

фолликулы. На наличие ДНК ЦМВ проведена ПЦР – диагностика перитонеальной жидкости, биоптатов яичников, во время лапароскопии, отделяемого мочевого тракта, а также ИФА для определения АТ CMV IgM и АТ CMV IgG. ДНК ЦМВ была выявлена у 7 человек в биоптатах яичников (21,8 %), у 5 пациенток в перитонеальной жидкости (15,6 %) IgM к ЦМВ у 4 (12,5 %), диагностический титр IgG у 28 (87,5 %). Колебания титра IgG составляли от 1,47 до 10,9, при референтных значениях титра IgG до 0,9. Нами отмечена закономерность, что у пациенток с наличием ДНК ЦМВ в исследуемом материале, диагностический титр IgG к ЦМВ, или IgM, более выраженные клинические проявления ГМС и изменение уровня гормонов. Вся группа пациенток получала терапию, включающую следующие препараты: иммуноглобулин антицитомегаловирусный человека по 1,5 мл в/м № 5, через каждые 4 дня, лаферон 2 млн.МЕ в/м № 10, тиотриазолин 2,5% по 2 мл в/м, витамин Е по 100 мг № 10, настойка эхинацеи по 2,75 мл 3 раза в день, Солкотриховак по 1 дозе, виферон – 3 по 2 свечи (через 12 ч.) per rectum №10, УФО крови №5. Было проведено 3 курса терапии с интервалом 15 дней. У данной группы пациенток патогенетически обоснованным было использование активного эстрогена – эстрадиола, для создания конкурентной реакции со стороны органов-мишеней. Предпочтение было отдано трансдермальному препарату дивигель. Доза составляла 1 мг в сутки. Длительность приема препарата составляла 21 день, гестагены были подключены в схему с 15-го дня приема дивигеля в минимальной терапевтической дозе на протяжении 10 – 12 дней.

Результаты. Через 1 месяц лечения в группе было произведено контрольное обследование, при

котором: ДНК к ЦМВ была обнаружена у 2 больных (6,2 %), АТ CMV IgM не выявлены, АТ CMV IgG выявлены у 11(34,3 %). Колебания титра IgG составляло от 1,34 до 4,47. При гормональном исследовании отмечалось снижение ФСГ, ЛГ у 23 человек, уровень E_2 приближался к нижней границе нормы, коэффициент $E_2/ФСГ$ увеличился и составил 22 – 34 (в 1-ю фазу цикла). Повторное контрольное обследование проводилось через 3 месяца после окончания терапии, при котором: ДНК к ЦМВ не выявлялось во всей группе, АТ CMV IgM не выявлены, АТ CMV IgG у 2 (6,2 %), титр – 1,8 – 2,2. Колебания титра АТ CMV IgG составляло от 0,4 до 0,9 у 30 человек (93,7 %).

При гормональном исследовании уровень ФСГ, ЛГ и уровень E_2 – в пределах нормы у 25 пациенток, коэффициент $E_2/ФСГ$ 27-40 (в 1-ю фазу цикла). При УЗ-исследовании структура яичников соответствовала возрастным нормам.

Заключение. Учитывая полученные результаты, можно сделать выводы:

- ЦМВ оказывает негативное влияние на репродуктивную систему; – ЦМВ, один из факторов развития РЯ; – целесообразно обследование пациенток с ГПС на ЦМВИ методом ПЦР и ИФА; – для подтверждения диагноза СРЯ; – для постановки окончательного диагноза необходимо проводить лапароскопию с биопсией гонад и забором материала из брюшной полости для ПЦР – диагностики ЦМВ; – патогенетически обоснованным является применение эстроген-гестагенной терапии при формирующейся РЯ, как одного из этапов лечения этой патологии, при этом предпочтительно назначение трансдермального препарата дивигель; – предложенная нами методика лечения РЯ у больных с ЦМВИ является высоко эффективной

Русина Е.И.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза не только сопровождается различными гинекологическими заболеваниями (миома матки, опухоли яичников, эндометриоз и др.), но может являться самостоятельной патологией и причиной хронических тазовых болей, бесплодия. Выяснение роли патологии соединительной ткани в развитии варикоза – область активных научных поисков.

Цель исследования: изучить особенности проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у больных с варикозным расширением вен малого таза.

Материалы и методы. Проведено лапароско-

пическое, морфо-функциональное обследование 25 женщин в возрасте $32 \pm 5,5$ лет с жалобами на боли в области малого таза более 6 месяцев. По разработанному нами алгоритму оценивались 65 признаков ДСТ.

Результаты. При лапароскопии у всех пациенток обнаружено одно- или двустороннее расширение вен параметриев, у 9 женщин (36 %) – истончение или дефекты в широких маточных связках. Другая патология репродуктивных органов не была найдена. У 24 больных (96 %) выявлены признаки ДСТ. Наиболее часто наблюдались следующие проявления ДСТ: мигрень

(91 %), астенический соматотип (74 %), склонность к легкому образованию синяков (65 %), вегетативные дисфункции (63 %), нарушение эвакуаторной функции ЖКТ (55 %), гипермобильность суставов (49 %), деформации грудной клетки и позвоночника (36 %), опущение стенок влагалища I – II степени (25 %). Сочетание 6 – 10 признаков обнаружено у 78 % женщин, 10 – 15 признаков у 22 % женщин. У 85 % больных имелись какие-либо малые аномалии развития – изог-

нутые мизинцы, эпикант, неправильный рост зубов, деформированная ушная раковина, сандалевидная щель.

Заключение. У большинства больных с хронической венозной недостаточностью малого таза выявлены маркеры системной патологии соединительной ткани. Это необходимо учитывать для формирования групп риска и выбора тактики лечения больных с этой патологией.

Шешунов И.В., Субботин Д.Н., Розуван А.А., Данилов Д.В.

Кировская государственная медицинская академия, МСЧ-52, Федеральное медико-биологическое агентство, Россия

ВНЕДРЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ МАЛОГО ГОРОДА

Цель: На примере внедрения в практику гинекологического стационара методов эндовидеохирургии и круглосуточной ультразвуковой диагностики показаны возможности изменения структуры, применяемых диагностических и лечебных технологий пациентам гинекологического профиля в условиях ведомственного лечебного учреждения малого города.

Материал и методы. Для изучения взяты две группы заболеваний наиболее часто встречающейся экстренной патологии малого таза, требующей оперативного вмешательства, – внематочная беременность и апоплексия яичника. Произведены сравнения структуры, методов лечения и исходов заболевания за 1999 – 2002 гг. и 2003 – 2004 гг. и первую половину 2005 г. в гинекологическом стационаре МСЧ-52 г. Кирово-Чепецка. Критерий сравнения выбран по признаку внедрения эндовидеохирургии и круглосуточного ультразвукового исследования в практику работы гинекологического отделения.

Результаты исследования.

Внематочная беременность. Всего обработаны результаты лечения 74 пациенток, из них в 1999 – 2002 гг. 45 человек (1-я группа), в 2003 – 2005 – 29 (2-я группа). В 1-й группе выполнены только лапаротомические вмешательства, во 2-й только лапароскопии. Больные сопоставимы по возрасту, соматическому статусу, времени поступления в стационар (25 и 32 часа соответственно) от начала заболевания, но различны по величине кровопотери (539 мл в группе 1 и 177 мл в группе 2 соответственно). При поступлении всем пациенткам второй группы произведено ультразвуковое обследование. Пункция заднего свода пациенткам данной группы

не проводились. Результаты лечения: в 1-й группе средний койко-день после операции составил 10,9, во второй – 6; время операции 55 мин. и 79 мин. во второй соответственно, время постельного режима в 1-й группе – 49,5 час, во 2-й – 7,5 часа; продолжительность болевых ощущений, потребовавших обезболивания, в 1-й группе 76, во 2-й группе – 12,8 часа соответственно.

Апоплексия яичника. За 1999 – 2002 гг. произведено всего 14 оперативных вмешательств (100 % лапаротомным доступом) по поводу апоплексии яичника. Средний койко-день составил 10,6. Средняя кровопотеря 288 мл. В 2003 – 2004 гг. и первой половине 2005 г. не было ни одного оперативного вмешательства по поводу апоплексии яичника.

Выводы. Внедрение в практику гинекологического отделения круглосуточного ультразвукового обследования и эндовидеохирургических вмешательств позволило:

1. Выработать критерии дифференциального клинично-сонографического диагноза.
2. Отказаться от неоправданных болезненных и травмирующих вмешательств – пункций заднего свода.
3. Отказаться от оперативного вмешательства при апоплексии яичника.
4. Почти полностью заменить лапаротомный метод доступа при экстренных оперативных вмешательствах на придатках матки, что позволило снизить затраты на лечение экстренных больных, снизить травматичность, длительность госпитализации, нетрудоспособность пациенток.