

Анализ содержания провоспалительного цитокина «ИНФ в сыворотке у детей обеих групп выявил тенденцию к росту значений этого показателя, наиболее выраженную у детей, получавших «Деринат». Однако уровень этого цитокина в сыворотке детей обеих групп достоверно оставался ниже нормы.

Полученные показатели свидетельствовали о дисбалансе цитокинового звена иммунной системы в остром периоде обструктивного бронхита.

Таким образом, наши исследования показали, что назначение иммуномодулятора «Деринат» влияет на содержание цитокинов в крови, в большей степени, на уровни провоспалительных цитокинов, снижая их количество, что способствует угнетению процесса воспаления при обструктивном бронхите.

УДК: 618

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВОГО ДНА

К.Ю. Караева

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России,
г. Владикавказ. Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

(Зав.кафедрой – к.м.н. Караева К.Ю.)

E-mail: kristina_karaeva76@rambler.ru

Выбор метода хирургической коррекции пролапса тазового дна остается актуальной проблемой до настоящего времени, что обусловлено как высокой частотой встречаемости (40-50%), так и частотой рецидивирования (1,6–33%) данной патологии. Целью исследования было оценить различия наиболее распространенных методов коррекции пролапса тазового дна. В исследование вошли 552 женщины в возрасте от 28 до 82 лет, которые получали стационарное ле-

чение в гинекологическом отделении Центра планирования семьи и репродукции г. Москва в период с 01.01.2005 г. до 31.12.2009 г., которым осуществляли коррекцию пролапса тазового дна четырьмя методами. Пациентки были распределены в 4 группы: группа I (n=152) – установка системы Prolift, группа II (n=63) – лапароскопическая промонтофикация, группа III (n=65) – манчестерская операция, группа IV (n=272) – кольпоперинеолеваторопластика. Средней возраст пациенток I-ой группы составил $56,9 \pm 8,3$ лет, II-ой группы – $51,8 \pm 7,2$ года, III-ей группы – $47,2 \pm 9,3$ лет, IV-ой группы – $58,9 \pm 12,1$ лет. Сравнительный анализ среднего возраста пациенток групп исследований выявил различия между всеми группами ($p=0,01$). У 50,9% пациенток был диагностирован пролапс матки: в I-ой группе в 46,1% случаев, во II-ой – в 66,7% случаев, в III-ей группе – в 33,3% и в IV-ой – в 54,4%. Пролапс матки I-II степени чаще имел место у пациенток III-ей группы ($p<0,01$), III-IV степени – у женщин I-ой и IV-ой групп ($p<0,01$). К моменту госпитализации 10,7% пациенток перенесли либо надвлагалищную ампутацию матки, либо гистерэктомию. Пролапс культи шейки матки был обнаружен у 6,2% пациенток: в I-ой группе у 9,2%, во II-ой – у 19,1%, в IV-ой группе – у 2,9% пациенток. У 4,5% женщин был диагностирован пролапс купола влагалища: у 8,5% в I-ой группе, у 14,3% во II-ой группе, у 1,5% в III-ей группе и у 0,7% пациенток в IV-ой группе. В клиническом диагнозе 82,8% пациенток было указано опущение стенок влагалища. Опущение стенок влагалища чаще наблюдалось у пациенток I-ой группы (88,8%) по сравнению с , а также у пациенток III-ей и IV-ой (93,8% и 86,0%) по сравнению со II-ой (42,9%) ($p<0,01$). Цистоцеле имело место у 64,5% пациенток: у 78,9% пациенток I-ой группы, у 30,1% – II-ой группы, у 53,8% – III-ей группы и у 66,9% – IV-ой группы. У пациенток I-ой группы цистоцеле встречалось чаще, чем у женщин II-ой, III-ей, IV-ой группы ($p<0,01$), а у пациенток II-ой группы чаще, чем у пациенток III-ей и IV-ой групп ($p<0,01$). Несколько реже встречалось ректоцеле – у 39,1% пациенток: у 55,3% пациенток I-ой группы, у 15,9% жен-

щин II-ой группы, у 30,8% III-ей группы и 37,5% женщин IV-ой группы. Частота встречаемости ректоцеле была выше у пациенток I-ой группы, чем в остальных группах ($p < 0,01$), при этом ректоцеле также чаще имело место у пациенток II-ой группы, чем у пациенток IV-ой группы ($p < 0,01$). При сравнительном анализе пациенток групп исследования было обнаружено, что степень выраженности ректоцеле было достоверно больше у пациенток I-ой группы, чем у пациенток III-ей ($p = 0,007$) и IV-ой групп ($p = 0,07$). В меньшем количестве случаев встречалось энтероцеле – у 9,6% пациенток: у 15,8% пациенток I-ой группы, у 4,8% пациенток II-ой группы, у 4,6% женщин III-ей группы и у 8,5% из 272 женщин IV-ой группы. Энтероцеле достоверно чаще встречалось у пациенток I-ой группы, чем у II-ой и III-ей групп ($p < 0,01$). Сравнительный анализ частоты встречаемости стрессового недержания мочи (СНМ) выявил, что у пациенток II-ой группы СНМ имело место достоверно чаще, чем у пациенток I-ой, III-ей и IV-ой групп, 44,4% против 21,1%, 13,8%, 19,5%, соответственно ($p < 0,01$). Миома матки была диагностирована достоверно чаще у пациенток I-ой группы по сравнению с III-ей группой, 23,7% против 4,6%, соответственно ($p < 0,01$). При этом у пациенток II-ой группы миома матки встречалась чаще, чем у женщин III-ей и IV-ой групп, 31,7% против 4,6% и 16,5%, соответственно ($p < 0,01$), а у пациенток IV-ой групп – чаще, чем у женщин III-ей группы, 16,5% против 4,6%, соответственно ($p < 0,01$). Объемные образования придатков матки имели место достоверно чаще у пациенток II-ой группы, чем у женщин I-ой группы, 14,3% против 3,3%, соответственно ($p < 0,01$). У пациенток III-ей группы матку в ходе настоящего вмешательства не удаляли, а у пациенток I-ой группы достоверно реже удаляли матку (29,6%), чем у женщин II-ой (65,1%) и IV-ой групп (61,4%) ($p < 0,01$). Стрессовое недержание мочи (СНМ) у 45,9% пациенток потребовало установкиTVT-О. Пациенткам IV-ой группы достоверно чаще выполняли данную операцию, чем в I-ой, II-ой и III-ей группах, 75,5% против 15,6%, 32,1% и 22,2%, соответственно ($p < 0,01$). Длительность операции у пациенток групп

исследования колебалась от 15 до 300 минут. Наибольшая длительность операции отмечалась у пациенток I-ой группы (80,4±35,9 минут) ($p<0,0001$), второе место занимали пациентки II-ой группы (65,5±53,9 минут) ($p<0,0001$), третье место – у пациенток III-ей и IV-ой групп (63,0±16,9 и 62,3±26,6 минут) ($p<0,0001$). Интраоперационные осложнения имели место только у одной пациентки (0,7%) в I-ой группе. Кровопотеря варьировала от 30 до 600 мл. У пациенток I-ой и III-ей групп объем кровопотери (133,9±79,8 мл. и 139,2±61,5 мл.) был достоверно больше чем, у пациенток II и IV-ой групп (97,5±26,3 мл. и 110,7±61,1 мл.) ($p<0,0001$). Послеоперационный период протекал с осложнениями у 29,6% пациенток: 7,2% – в I-ой группе, 11,1% – во II-ой группе, 4,6% – в III-ей и 8,8% – в IV-ой группе. Достоверных различий в частоте развития послеоперационных осложнений выявлено не было ($p>0,05$). Длительность госпитализации у пациенток групп исследования варьировала от 2 до 41 дня. Достоверных различий в длительности госпитализации обнаружено не было. Средняя длительность стационарного лечения составила 7,5±2,8 в I-ой группе, 9,1±4,9 – во II-ой, 7,6±2,4 – в III-ей и 8,9±3,7 – в IV-ой группе. Из 552 пролеченных женщин хирургическую коррекцию пролапса тазового дна до настоящей госпитализации проводили у 9,1% женщин: у 11,2% в I-ой группе, у 19,0% – во II-ой группе, у 7,7% – в III-ей группе и у 5,9% – в IV-ой группе. Сравнительный анализ частоты распределения женщин с рецидивами пролапса тазового дна выявил достоверные различия только между пациентками II-ой и IV-ой групп, 19,0% против 5,9% ($p<0,01$). Сравнительный анализ указанных методов коррекции пролапса тазового дна позволило выявить следующие особенности. У пациенток 50-60 лет со значительными степенями пролапса матки, стенок влагалища и наличием миомы выбор следует делать в пользу установки синтетической системы Prolift. У пациенток такого же возраста с пролапсом матки I-II ст. со СНМ, миомой матки, метроррагией и наличием объемных образований яичников выполнять лапароскопическую промонтофиксацию. У более молодых женщин при со-

четании пролапса тазового дна с элонгацией шейки матки и опущением стенок влагалища выбирать манчестерскую операцию. Женщинам старше 70 лет с пролапсом матки III-IV ст., опущением стенок влагалища, сочетающимся с миомой матки и СНМ предпочтительно выбирать кольпоперинеолеваторопластику с передней и/или задней кольпоррафией. Учитывая тот факт, что имеются достоверные различия в длительности операции и объеме кровопотери и отсутствуют различия в частоте послеоперационных осложнений и длительности стационарного лечения, выявленные отличия скорее обусловлены видом доступа и методикой ликвидации тазовой десценции.

Таким образом, индивидуальный подход в выборе метода коррекции пролапса тазового дна является одним из основных факторов, позволяющих снизить частоту как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, сократить пребывание пациентки в стационаре, добиться скорейшего возвращения женщины к обычному образу жизни.

УДК: 060.101

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ

И. А. Карачаева

КБГУ им. Х.М.Бербекова, послевузовское образование

Кафедра педиатрии, акушерства и геникологии

(зав.кафедрой – Жетишев Р.А.)

Научный руководитель: к.м.н., асс.кафедры Тлостанова Л.К.

irka110920@mail.ru

Одним из последствий эстроген-дефицитного состояния в пре- и постменопаузе является рост кардиальной и сосудистой патологии, обусловленной атеросклерозом. Защитные свой-