Материалы и методы. Нами проанализировано100 историй болезни пациенток, прооперированных в гинекологическом отделении ММУ МСЧ№1 г. Самары, за 2004-2005гг. Возраст исследуемых женщин колебался от 38 до 45 лет. Для выявления факторов риска развития постгистерэктомического синдрома была разработана специальная анкета, включающая 40 вопросов. Из ста пациенток у 92 были сохранены придатки с одной или с обеих сторон. Восьми женщинам произведена тотальная гистерэктомия с придатками, из них четырем женщинам была выполнена экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника.

Результаты исследования. Нами выявлено, что подавляющее большинство женщин проживали в экологически неблагоприятных районах. В 45% наблюдений имелось указание на наличие профессиональных вредностей. Курящие женщины составили 15%. По данным анамнеза у пациенток выявлены следующие экстрагенитальные заболевания: сердечно – сосудистые заболевания – у 28 %, эндокринная патология – у 12 %, заболевания желудочно – кишечного тракта – у 18 %, почек – у 14 % ожирение – у 10 %, хроническая железодефицитная анемия - у 18%, ангины- у 16%. У шести женщин в полости матки длительно находилась внутриматочная спираль. Две женщины страдали бесплодием. Пациентки с хроническими воспалительными процессами придатков выявлены в 30% случаев. Субтотальная гистерэктомия с сохранением придатков с обеих сторон произведена 52 из 92 женщин (56,5%), с оставлентем одного яичника-14(15,2%), с удалением одновременно маточных труб-12(13%). Резекция яичников с одной или двух сторон выполнена у 20 женщин (21,7%). В шести наблюдениях (6,5%) один из яичников был удален во время предыдущих операций.

После гистологической верификации диагноза в 96 наблюдениях диагностирована миома матки, из них в 4% в сочетании с аденомиозом, в 46% - в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия. После оперативного лечения пациентки наблюдались в течение года. Производилось клиническое обследование, контроль общего состояния. В 50% наблюдений развилась клиника хирургической менопаузы. Выраженность симптомов подвержена значительным, сходным с естественной менопаузой, индивидуальным колебаниям, но в то же время с определенной хронологической последовательностью их появления. Тяжелое течение наблюдалось у восьми больных с тотальной овариэктомией, легкое - у 38 пациенток.

Нейровегетативные симптомы возникали уже в первые дни после оперативного вмешательства у 46 обследованных женщин. Приливы жара к голове и верхней части туловища, обильное потоотделение (особенно по ночам) были наиболее ранними и специфичными симптомами выключения функций яичников. Головные боли, головокружения, приступы сердцебиения в покое, парестезии, общая слабость и быстрая утомляемость констатированы нами в первые недели после овариэктомии у 42 пациенток. Нервные расстройства проявлялись в виде эмоциональной лабильности, с раздражительностью, плаксивостью, нарушением сна, аппетита, снижением либо утратой либидо. Снижение памяти (особенно на текущие события) и снижение способности к обучению отмечалось у 28 женщин, занимающихся интеллектуальным трудом, они вынуждены были сменить работу. Эти нарушения более выражены при наличии тревожных расстройств и депрессии. В четырех наблюдениях было отмечено развитие средневременных урогенитальных расстройств, которые проявлялись сухостью слизистой влагалища, зудом, диспареунией, учащенным мочеиспусканием. Это отрицательно сказывалось на качестве жизни пациенток, приводило к сексуальной дисгармонии.У семи пациенток отмечалась сухость, снижение тургора и истончение кожи, быстрым появлением морщин, ломкость волос, ногтей. Развитие синдрома андрогенодефицита у трех женщин характеризовалось выраженной слабостью, высокой частотой аффективных расстройств, утратой либидо. У них отмечалось снижение тургора кожи, мышечного тонуса, развитие остеопороза и снижение массы тела.

Развитие симптомов менопаузы в случаях с сохранением придатков происходило позже, но в той же последовательности что и при билатеральной овариэктомии. Мы связывали развитие хирургической менопаузы у женщин с сохраненными яичниками со следущими факторами риска : травматичность операции (15%), наличие различной экстрагенитальной патологии (90%), профессиональная вредность (45%), курение (15%), нарушение функции яичников до операции (18%), удаление одних придатков во время предыдущих оперативных вмешательств (6,5%), удаление маточных труб - одной или с обеих сторон во время операции (13%), отсутствие в анамнезе беременностей и родов (2%).

Заключение. Таким образом, наши исследования подтверждают литературные данные о развитии симптомов хирургической менопаузы у подавляющего большинства женщин после субтотальной гистерэктомии без придатков. Данное обстоятельство диктует необходимость проведения комплексной программы профилактики с первых недель послеоперационного периода с учетом выявленных нами факторов риска.

ЦВЕТНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ФУЗ-АБЛАЦИИ

Вишнинский А.А., Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В., Степанов А.А., Лазуткина В.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППО; ФГУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Росздрава, Москва, Россия

В последние годы для лечения миомы матки все чаще стали применяться малоинвазивные методы лечения. Одним из них является фокусированная ультразвуковая абляция (ФУЗ-абляция) миоматозных узлов под МРТ-контролем.

Целью нашей работы явилось изучение кровоснабжения миомы матки, подвергнутой абляции в зависимости от МР-типа миоматозных узлов.

Оценка кровотока проведена у 61 больной с миомой матки в возрасте от 26 до 53 лет на ультразвуковом сканере «ESAOTE» модель TECHNOS MPX (пр-во Италия) с помощью мультичастотного УЗ-зонда с базовой частотой 3,5 МГц и трансвагинального УЗ-зонда с базовой частотой 6,5МГЦ. Характер кровотока в миоматозных узлах оценивался на основании индекса резистентности (RI) и регистрации кривых скоростей внутриопухолевого кровотока до и через 24 часа после ФУЗ-абляции.

Объем миоматозных узлов варьировали от 12 до 106,3 мм3. В 69,2% случаев узлы имели МР-тип: «темная» (простая) миома, в 30,8% случаев – «серая» (вариант степени зрелости пролиферирующей миомы) миома. Узлы с МР-типом «белая» (пролиферирующая) миома не входили в число мином, подвергнутых ФУЗ-МРТ, т.к. такие узлы практически не поглощают ультразвук и не поддаются лечению в достаточной степени. МР-тип узлов определяли не только с помощью МРТ, но и с помощью чрезкожной пункционной трепанобиопсии узлов под УЗ-контролем с последующим исследованием препарата. Полученные результаты в 88,9% случаев подтверждали результаты МРТ и в то же время исключали саркому матки, узловую форму аденомиоза.

Установлено, что в миоматозных узлах с МР-типом «темная» миома в 33,3% случаев через 24 часа после ФУЗ-абляции исчезало прокрашивание сосудистого русла – аваскулярный узел.

В 66,7% узлов количество сосудистых структур уменьшалось в 2,9 – 3,3 раза. Индекс резистентности в визуализируемых сосудах повышался в 1,8 раза, скорость кровотока уменьшалась в 2,1 раза. Показатели внутриопухолевого кровотока в узлах с МР-типом «серая» миома изменялись следующим образом: IR увеличивался в 1,1 раз, скорость кровотока снижалась в 1,7 раза, аваскулярных узлов через сутки после лечения не наблюдалось.

Таким образом, допплерографическая характеристика внутриопухолевого кровотока по RI и скорости кровотока позволяют судить не только об эффективности ФУЗ-МРТ в лечении миомы матки, но и в определенной степени производить неинвазивную оценку морфофункционального состояния миоматозных узлов.

МОРФОЛОГИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Вознесенская Н.В., Кожемятова И.В., Албутова М.Л.

Россия, г. Ульяновск, Ульяновский государственный университет

В биологических жидкостях происходят высокодинамичные изменения молекулярного состава и характера взаимодействия различных компонентов в физиологических, экстремальных и патологических состояниях. Эти изменения являются информативными при исследовании гомеостаза молекулярного уровня и могут служить критериями эффективности проведенного лечения различных воспалительных процессов нижнего отдела гениталий. Структуры биологических жидкостей позволяют оценить комплексное взаимодействие внешних и внутренних факторов на организм человека. Информация носит оперативный характер и позволяет судить об изменениях, происходящих в организме, по структуре биологической жидкости в реальном времени.

Исследования проведены с целью выявления маркеров воспалительных процессов в нижних отделах гениталий в цервикальной слизи и изменений их количества и выраженности в динамике лечения.

Изучение морфологии цервикальной слизи проведено в 2 группах женщин: I группа (контрольная) - 35 женщин без патологических изменений на шейке матки и влагалища; II группа - 27 женщин с цервицитами и кольпитами специфической и неспецифической этиологии. Во II группе морфология цервикальной слизи изучалась в динамике лечения с интервалом в 10 дней.

Морфология цервикальной слизи изучалась по методу Шабалина В.Н. и Шатохиной С.Н.(1999). Забор цервикальной слизи производился в фолликулярную фазу менструального цикла. Для микроскопии препараты готовились из нативной слизи и с добавлением белкового реагента. Слизь разводилась дистиллированной водой в соотношении 1:2, центрифугировалась, затем к надосадочной жидкости добавлялся Литос-реагент в соотношении 1:4. Одна капля смеси слизи и Литос-реагента наносилась на Литос-карту в объеме 0,2 мл, другая – на предметное стекло и покрывалась покровным стеклом. Препараты высушивались в течение 48 часов, полученные фации на Литос-карте (системная организация) и под покровным стеклом (локальная организация) подверглись исследованию на стереомикроскопе фирмы Deica (Германия) в проходящем поляризованном свете и темном поле.

Установлено, что при системной организации цервикальной слизи при воспалительных процессах фация имеет две четко выраженных зоны белковую и солевую. Белковая зона утолщенная, валикообразная, затемненная, содержала широкие редкие П-образные трещины, которые в промежуточной зоне переходят в мелкие трехлучевые трещины с наложением пигмента в виде «колючек». Эти трещины распространяются вглубь фации, что, вероятно, свидетельствовало об обширности воспалительного процесса.

У 29 % женщин в белковой зоне были обнаружены штриховые трещины, указывающие на нарушение микроциркуляции в тканях и имеющийся ангиоспазм. У 15% женщин белковая зона содержала жгутовые трещины, свидетельствующие о некробиотических изменениях в тканях.

Солевая зона всех женщин содержала большое количество глыбок солей и в единичных случаях, структуры в виде папоротника, а также тонкие мелкие трехлучевые трещины, исходящие из белковой зоны. При изучении локальной организации цервикальной слизи определялся переходный морфотип в 10,6%, пластинчатый морфотип в 15,2% и в 74,3% цервикальная слизь морфотипов не образовывала.

После проведенной местной противовоспалительной терапии с использованием антибактериальных свечей морфологическая картина значительно изменялась. Фации также были разделены на две четких зоны: белковую - краевую и центральную -солевую. Белковая зона становилась светлой и содержала четкую сеть мелких, тонких трехлучевых трещин, не распространяющихся в солевую зону, причем такие картины наблюдались как в нативной цервикальной слизи, так и в смеси с белковым реагентом и соответствовали фациям здоровых женщин.

Гребешковые структуры и жгутовые трещины в белковой зоне не определялись, что указывало на уменьшение некробиотических процессов после проведенной местной противовоспалительной терапии, но вместе с тем выраженные застойные явления локального характера сохранялись, по видимому, в связи с нарушением оттока цервикальной слизи и вагинального секрета, содержащего продукты распада тканей и лекарственных препаратов.

Таким образом, проводимая местная противовоспалительная терапия уменьшает воспалительные проявления эндоцервицита и кольпита, однако мелкая сеть трехлучевых трещин в белковой зоне, отражающая сохраняющиеся нарушения в микроциркуляторном русле свидетельствует о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий иного санационного лечения и проведения общей системной терапии.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о том, что текстуры биожидкостей являются высокозависимыми от изменений химического состава внутренней среды организма, служат маркерами обшей реакции организма на патологические факторы, внешние химические и физические воздействия случайного и направленного (лечебного) характера.

Ведение в медицинскую практику метода оценки самоорганизации биологических жидкостей при различных патологических состояниях организма открывает возможности использования маркеров структур в гинекологической практике и общей врачебной практике для диагностики состояния гомеостаза и изменений его под влиянием лечебных воздействий до полной реабилитации.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ В СТАЦИОНАРЕ

Волгина В.Ф., Погорелова А.Б.

ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий, г. Москва

Медико-социальная проблема абортов в стране остается актуальной, несмотря на установившуюся тенденцию их снижения в связи с большой распространенностью, а также не-

гативным влиянием на репродуктивное здоровье женщин и значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности.

Большое число абортов обусловлено медицинскими (легальными) абортами в сроки до 12 недель, составившими 80,8% в общем числе абортов в 2005 г. по официальным статистическим данным. Если самопроизвольное прерывание беременности (11,2% в 2005 г.) не всегда возможно предупредить, особенно в ранние сроки, то на распространенность легальных абортов можно влиять изменением репродуктивного поведения населения и повышением эффективности работы по профилактике непланируемой беременности.

Анкетирование городских женщин, прервавших беременность в сроки до 12 недель, позволило выделить из них группу, не имевших родов. Репродуктивное поведение женщин во многом зависит от возраста, социального статуса, семейного положения. Из 50 нерожавших респонденток 36% были в возрасте до 20 лет (18% несовершеннолетних), 34% - 20-24 лет, 18% - 25-29 лет и 12% - 30 лет и старше. Среди них преобладали служащие – 32%, студентки высших и средне-специальных учебных заведений – 28%, учащиеся школ – 12%, не работали – 18%. Не состояли в браке 72%, не имели собственного жилья – 46%, из них 34% снимали квартиру, 12% проживали в общежитии.

На момент анкетирования прервали одну беременность 58% опрошенных, две – 26%, три – 14% и четыре – 2%. Из 86 беременностей, имевших место у всех женщин, самопроизвольным выкидышем закончились 5, одна беременность была внематочной, остальные прерваны по желанию женщин.

Частота абортов зависит от контрацептивного поведения населения, обусловленного психологическими установками, достаточной информативностью, доступностью контрацептивов, профессионализмом консультирования.

Анкетирование показало, что из 50 женщин 23 не использовали контрацепцию ранее и 36 – перед последней беременностью, полагая, что она не наступит, остальные применяли традиционные методы контрацепции. Только 32% опрошенных собирались использовать эффективные методы предупреждения беременности, значительная часть – затруднилась с ответом на этот вопрос, так как не имела достаточных сведений о них. Вместе с тем, собирались после выписки из стационара обратиться в женскую консультацию по поводу контрацепции только 27 из 50 респонденток. Хотели иметь детей 48 опрошенных (одного – 15, двух – 31 и трех – 2). Планировали в дальнейшем рождение ребенка 62% респонденток, однако, при наступлении следующей беременности прервут ее 12%, будут рожать только 36%, остальные затруднились с ответом.

Таким образом, значительная часть молодых, нерожавших женщин, не использующих контрацепцию, как альтернативу аборту, не обращающихся в женскую консультацию по вопросам предупреждения беременности, являются группой риска по неоднократному прерыванию беременности и нуждаются в особом внимании врачей акушеров-гинекологов женских консультаций и центров планирования семьи и репродукции.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Волков В.Г., Горшкова И.А.

Россия. Тула. Тульский государственный университет

Актуальность: ведущее место в структуре гинекологической патологии занимают воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), особенно придатков матки. Несмотря на большой арсенал медикаментозных и немедикаментозных средств используемых для лечения, необходимость дальнейшего изучения этой актуальной гинекологической патологии не вызывает сомнения.

Цель исследования: оценить эффективность лечения острых воспалительных заболеваний органов малого таза антибиотиками группы цефалоспоринов третьего поколения в сочетании с метронидазолом.

Методология: ретроспективное исследование.

Материал и методы: проведено детальное изучение характера течения воспалительных заболеваний придатков матки у 100 женщин, находившихся на лечении в гинекологическом отделении больницы скорой медицинской помощи им. Д.Е. Ваныкина, г.Тулы в 2006 г с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки. Средний возраст составил 28,5 лет (от 16 до 51 г.). Все пациентки получали консервативную терапию включающую назначение антибактериальных препаратов, по показаниям назначали симптоматическое лечение и физиотерапевтические процедуры. Использовались, клинические биохимические, бактериологические методы исследования.

Результаты: установлено, что у 55% больных в анамнезе имели место медицинские аборты, длительное ношение ВМС (7%), 2 прооперированы ранее по поводу внематочной беременности. Отмечена высокая частота бактериального вагиноза (20%).

В соответствии с различными режимами проведения антибактериальной терапии больные были разделены на 2 группы. В I (основную) группу включили 78 женщин, у которых основным стартовым антибиотиком был выбран цефтриаксон в сочетании с атианэробными препаратами (метронидазол). Цефтриаксон назначался по 1 г 2 раза в сутки парентерально. Во II группу включили 22 пациентки, у которых стартовым антибиотиками были аминогликозиды в сочетании с полусинтетическими пенициллинами и метронидазолом. Антимикробная терапия продолжалась 7-10 дней, с 5 – 6 суток присоединяли физические методы лечения. Этиотропная терапия всегда сочеталась с использованием антиоксидантов – аскорбиновой кислоты.

Снижение температурной реакции и исчезновение перитонеальных симптомов у больных I группы происходило в течение 24 часов с момента поступления. Через 72 часа у всех пациенток этой группы лечение было признано эффективным, о чем свидетельствовало снижение СОЭ, уровня С – реактивного белка. У пациенток II группы репаративные процессы происходили медленнее. Средний койко-день в I группе составил 10.9 дней и больные были выписаны для продолжения лечения в амбулаторных условиях. Средний койко-день пребывания пациенток II группы составил в среднем 13,7 дней.

Выводы: ранняя диагностика ВЗОМТ, современная патогенетически обоснованная и комплексная терапия резко ограничивают возможность гематогенного и лимфогенного распространения инфекции. Несмотря на предложенные многочисленные схемы лечения ВЗОМТ, выбор лекарственного средства, в каждом конкретном случае, должен зависеть от тяжести клинических проявлений заболевания у отдельно взятой больной и материального обеспечения стационара. Цефалоспорины третьего поколения в сочетании с метронидазолом могут быть методом выбора для проведения эффективной консервативной комплексной терапии воспалительных заболеваний придатков матки в условиях гинекологического стационара оказывающего ургентную помощь.

ФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Волков Р.В., Евтушенко И.Д., Иванова Т.В., Тихонова Н.В., * Иванов С.Н., * Волкова Т.Г.

*Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ВПО Сибирского государственного медицинского университета Росздрава, *ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия*

Наиболее распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов является лейомиома матки. Основным методом лечения миомы матки остается хирургический. По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН частота гистерэктомий составляет 32,5-38,2% от всех операций в гинекологии. Все более популярным становиться эндоскопический доступ. Значительная часть осложнений лапароскопического доступа связана с возникшими кардиореспираторными нарушениями. В настоящее время основную роль в развитии кардиоваскулярной патологии отводят нарушению функции эндотелия сосудов.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение влияния субтотальной гистерэктомии без придатков, выполненной лапароскопическим доступом, на функциональное состояние эндотелия сосудов у больных с миомой матки.

В открытое контролируемое клиническое исследование методом параллельных групп сравнения было включено 90 женщин, в возрасте 39-49 лет. Основную группу составили 60 женщин с миомой матки, группу сравнения – 30 женщин аналогичного возраста без миомы матки. Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, росто-весовым показателям и анамнестическим данным.

У всех женщин изучали анамнез, проводили общее и гинекологическое обследование. В рамках нашей работы до операции на 7-е и 30-е сутки после операции определяли в крови концентрацию эстрадиола, прогестерона, фолликулостимулирующего гормона иммуноферментным методом, а также концентрацию стабильных метаболитов оксида азота спектрофотометрическим методом. Инструментальные методы включали ультразвуковое исследование сердца и сосудодвигательной функции эндотелия сосудов по методике D.S. Celermajer (1992).

Уровень исследуемых гормонов у пациенток с миомой матки не выходил за рамки нормы, а также не изменялся после операции как на 7-ые, так и на 30-ые сутки, что согласуется с литературными данными.

Ультразвуковое исследование сосудистого эндотелия выявило, что на 7-е сутки после операции у пациенток было отмечено достоверное снижение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) в сравнении с исходным уровнем ($p<0,05$). К 30-ым суткам после гистерэктомии ЭЗВД по-прежнему оставалась ниже дооперационного уровня. Эндотелий-независимая вазодилатация на протяжении всего послеоперационного периода не изменялась и находилась в пределах физиологической нормы. Полученные результаты позволяют сделать вывод об обратимости нарушения функции сосудистого эндотелия у пациенток с лейомиомой матки после гистерэктомии.

Одной из основных функций эндотелия является регуляция сосудистого тонуса, которая осуществляется через синтез оксида азота (NO). Было обнаружено, что у женщин с миомой матки до операции суммарная концентрация стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови достоверно выше (9,09+4,55), чем у женщин группы сравнения (6,08+2,3) ($p<0,05$). В послеоперационном периоде отмечен рост суммарной концентрации стабильных метаболитов NO, на 7-ые сутки различия были статистически значимы.

Комплексная оценка сердечно-сосудистой системы включало ультразвуковое исследование сердце с доплерографией. По нашим данным основные показатели ультразвукового исследования сердца у женщин с миомой матки до и после оперативного лечения не отличались от показателей контрольной группы. Кроме этого в послеоперационном периоде не было отмечено отрицательной динамики в показателях ультразвукового исследования сердца.

Таким образом, у пациенток с миомой матки отмечено нарушение ЭЗВД и повышение синтетической активности эндотелия сосудов (высокая концентрация метаболитов оксида азота), что является начальной стадией дисфункции эндотелия. В послеоперационном периоде наблюдается ухудшение функции эндотелия, отмечается статистически значимое снижение ЭЗВД сосудов и повышение суммарной концентрации метаболитов NO. Напротив, лапароскопическая гистерэктомия не оказывает значимого влияния на функцию яичников и на основные кардиогемодинамические показатели сердца.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Гусаева Х.З., Василенко И.А.

ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий»
Институт ревматологии РАМН, Москва, Россия

Возникновение и прогрессирование эндометриоза сопровождается сложными реакциями регулирующих гомеостатических систем женского организма. Высказываются разнообразные, а подчас и противоречивые мнения об этиологии и патогенезе этого заболевания.

Изучение субпопуляционного состава мононуклеаров периферической крови на разных стадиях эндометриоза методом проточной цитофлуориметрии выявило значительные изменения в составе иммунокомпетентных клеток: снижение количества циркулирующих Т-лимфоцитов (CD3+) (В.Ю. Брусницына, О.И. Мазуров, Н.Н. Александрова, 1998), угнетение функции Т-супрессоров/цитотоксических клеток (CD8+) (Н.Н. Попов, Л.В. Потапова, 2000), снижение активности Т-лимфоцитов (CD38+, HLA-DR+) и натуральных киллеров (CD16+, CD56+) (C.A. Hernandez Guerrero, R. Tlapanco Barba, C. Ramos Perez et al. 2003).

Однако следует отметить, что практически все проведенные исследования посвящены изучению причин развития эндометриоидных очагов в перитонеальной полости, которые, в соответствии с общепринятой классификацией, относятся к наружному эндометриозу. Патогенез аденомиоза остается практически не изученным. При этом высказываются предположения, что факторы, определяющие развитие аденомиоза, могут отличаться от таковых при наружном.

Настоящая работа является попыткой выявить и количественно охарактеризовать изменения морфофункционального состояния лимфоцитов периферической крови больных аденомиозом при различных стадиях патологического процесса, используя экспресс-метод компьютерной фазовой морфометрии живых клеток.

Обследовано 24 пациентки (средний возраст 42,9 ± 1,7 лет) с верифицированным диагнозом аденомиоза различной степени тяжести, поступивших для оперативного лечения. Из них в группы сравнения были включены 13 пациенток с аденомиозом I-II стадии (группа I) и 11 – с аденомиозом III стадии (группа 2). Стадирование заболевания осуществлялось в соответствии с классификацией Л.В.Адамян (1993 г.). Контрольную группу составили 12 гинекологически здоровых женщин фертильного возраста (41,8 ± 1,3 года).

Забор крови производили в стандартных условиях из кубитальной вены, популяции мононуклеаров, Т- и В-лимфоцитов выделяли по общепринятым стандартным методикам, производили подсчет количества клеток и последующий цитологический анализ.

Морфофункциональное состояние живых функционирующих клеток оценивали в режиме реального времени методом компьютерной лазерной фазовой морфометрии (КФМ) на основе диагностического комплекса «Цитоскан» (Москва, Россия).

При анализе морфофункционального состояния Т- и В-лимфоцитов учитывали следующие показатели: диаметр, периметр, высоту, площадь и объем каждой клетки; расчет средних по популяции значений этих клеточных величин и структуру распределения популяции по анализируемым размерным показателям.

Является очевидным, что морфометрические показатели Т-лимфоцитов у пациенток I группы оставались в пределах контрольных значений. Исключение составила только величина фазовой высоты: 2,1 мкм против 2,3 мкм ($p<0,05$). Наиболее выраженные изменения были отмечены во II группе: средние значения диаметра, периметра, площади и объема клеток превышали контрольные величины на 8, 10, 22 и 25%, соответственно ($p<0,05$). Фазовая высота Т-лимфоцитов оставалась сниженной – 2,1 мкм.

Анализ морфометрических параметров В-лимфоцитов показал, что в I группе достоверно увеличились только высота и объем клеток: на 10 и 25%, соответственно ($p<0,05$). Для пациенток II группы характерным было уменьшение диаметра, периметра и площади клеток при высоких значениях высоты и объема ($p<0,05$).

Интересные данные были получены при изучении внутрипопуляционного распределения Т- и В-лимфоцитов по величине их диаметра.

Так, у женщин с аденомиозом I-II стадии зарегистрировано увеличение количества больших и малых Т-лимфоцитов до 23 и 43%, соответственно (против 15 и 28% в контроле). При этом процент клеток со средним диаметром (6,5 – 8,5 мкм) уменьшался более чем в 1,5 раза (35%). При III стадии патологического процесса содержание больших Т-лимфоцитов оставалось высоким (22%), а малых и средних – в пределах контрольных значений.

Для В-звена оказалось характерным во всех группах сравнения высокое содержание больших лимфоцитов (61 и 54%, соответственно) при резком уменьшении малых клеточных форм в 3 и более раза.

Ранее проведенными исследованиями было установлено, что фазовая высота лимфоцита отражает состояние хроматина в ядре и уровень его метаболизма в клетке: увеличение этого показателя свидетельствует о снижении пролиферативной активности, а уменьшение, напротив, указывает на повышенную способность к пролиферации. В связи с этим был проведен сравнительный анализ распределения лимфоцитов по их фазовой высоте (до 1,5 мкм, от 1,5 до 3,0 мкм и выше 3,0 мкм). В Т-звене у пациенток I группы уровень клеток с высотой более 3 мкм, соответствующий низкому уровню активации, остается в диапазоне контрольных значений. Во II группе содержание таких лимфоцитов увеличивалось практически в 2 раза. Количество Т-клеток с высотой менее 1,5 мкм оказалось сниженным во всех группах. Однако обнаружено прогрессирующее увеличение субпопуляции лимфоцитов с высотой 1,5 – 3 мкм до 81 и 88%, соответственно (против 73% в контроле).

В отношении В-звена, мы отмечали аналогичную картину: снижение количества В-лимфоцитов с низкой высотой (0 и 3%, соответственно, против 25% в контроле); увеличение содержания высоких лимфоцитов (3 и 12%, соответственно, против 1% в контроле). Субпопуляция В-клеток с фазовой высотой 1,5 – 3,0 мкм также была увеличена и составляла 97 и 84%, соответственно (против 74% в контроле).

Таким образом, проведенные нами исследования морфофункционального состояния клеток иммунной системы при различных формах аденомиоза, позволили установить наличие характерных изменений их морфометрических параметров.

При I – II стадии патологического процесса средние значения диаметра, периметра, площади и объема Т- и В-лимфоцитов остаются в пределах нормальных значений. Однако внутри Т-популяции увеличивается содержание больших и малых клеток, а внутри В-популяции – только больших. Средняя фазовая высота Т-лимфоцитов снижается за счет увеличения группы клеток с показателями 1,5 – 3,0 мкм, а фазовая высота В-лимфоцитов наоборот повышается тоже из-за увеличения количества клеток с высотой 1,5 – 3,0 мкм, при этом субпопуляция клеток с низкой высотой (< 1,5 мкм) практически не определяется. При III стадии для Т-лимфоцитов характерно увеличение средних величин диаметра, периметра, площади и объема при низкой фазовой высоте. Распределение клеток по диаметру возвращается к нормальному. Т-лимфоциты со средними значениями фазовой высоты составляют большинство популяции. У В-клеток наблюдаются разнонаправленные изменения размерных показателей: диаметр и площадь клеток снижены, периметр и объем практически без изменений, а высота увеличена. В популяции сохраняется высокий процент средних и больших лимфоцитов. Значительно уменьшено количество клеток с низкой фазовой высотой и увеличен процент В-лимфоцитов с высотой более 3 мкм.

Полученные нами результаты показывают, что у обследованных женщин с аденомиозом I – II стадии увеличено содержание наивных лимфоцитов (малые клетки) и незначительно повышен цитотоксический потенциал Т-звена иммунитета (увеличено содержание больших клеток, представленных цитотоксическими лимфоцитами и натуральными киллерами). Пролиферативная активность Т-клеток остается на среднем уровне. Увеличен процент больших В-лимфоцитов – продуцентов иммуноглобулинов. Однако пролиферативная активность популяции В-клеток практически не меняется. При III стадии повышается общий активационный потенциал Т-звена, а цитотоксическая активность имеет тенденцию к снижению. В клеточном звене гуморального иммунитета на фоне высокого процента больших В-клеток начинают проявляться признаки снижения их пролиферативной способности.

Заключая вышеизложенное, можно констатировать, что иммунологический аспект этиопатогенеза аденомиоза, в частности, играет одну из ключевых ролей в развитии патологического процесса. И, судя по полученным результатам, изучение показателей иммунной системы у этих больных должны и будут активно продолжаться. Не вызывает сомнения, что повышение эффективности диагностических приемов преимущественно зависит от выбранного комплекса методов исследования и способов оценки полученных результатов. Поэтому разработка и внедрение в практику новых клинических, иммунологических и инструментальных способов и технологий будет способствовать оптимизации диагностики и лечения пациенток с аденомиозом.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Гурджиев В.Ш., Бурлев В.А.

ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий» Москва, Россия

Аденомиоз – заболевание, встречающееся преимущественно у женщин репродуктивного возраста и характеризующееся бессистемным прорастанием эндометриальных желез и стромы в подлежащий миометрий (Parrott E., Butteworth M et al.; Schindi Monika, Birner P. et al.).

Целью настоящего исследования явилось изучение содержания ангиогенных промоутеров и ингибиторов, а также их соотношения, в сыворотке крови, перитонеальной жидкости и цервикальной слизи у больных с различными формами аденомиоза.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 21 пациентка, средний возраст - 48,5±2,6 года с аденомиозом, которым была проведена гистерэктомия лапароскопическим доступом. Большинство обследуемых (83%) находились в позднем репродуктивном и пременопаузальном периоде.

Контрольную группу составили 10 пациенток, которым производилась стерилизация маточных труб лапароскопическим доступом.

Кровь для исследования получали из кубитальной вены в стандартных условиях у всех пациенток утром в день операции, а в основной группе также спустя 4-5 суток после операции. ПЖ собирали при проведении лапароскопии с соблюдением правил предотвращения контаминации кровью. Анализ содержания сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР–А), 1 растворимого рецептора к СЭФР (рСЭФР Р-1), 2 растворимого рецептора к СЭФР (рСЭФР Р-2), ангиогенина (АНГ), ангиопоэтина-2 (анг-2), в сыворотке крови и в ПЖ проводился с помощью иммуноферментного анализа с применением стандартных наборов (R&D systems, США). Проведение реакции и расчет результатов осуществляли в стандартных условиях согласно рекомендациям производителя.

По преимуществу клинических проявлений пациенты были условно разделены на 2 основные группы: с аденомиозом I-II степени распространения и с аденомиозом III-IV степени распространения. Из общего числа больных, количество пациентов с аденомиозом I-II степени и пациентов с III-IV степенью распространения составило 9 и 12 пациенток, соответственно. Важно отметить, что среди больных с I-II и IV степенью распространения не встретилось ни одного случая, ни очаговой, ни узловой формы аденомиоза. У больных с III степенью распространения аденомиоза были выявлены как диффузная форма (50%), так и очаговая (33,3%), и узловая (16,7%).

К моменту обследования длительность клинического проявления заболевания в среднем составила 3,3±0,5 лет (колебания от 0,5 до 9 лет). Ни одной из пациенток не проводилась гормональная терапия в течение 4 месяцев до исследования, женщины не использовали внутриматочные средства контрацепции, не были беременными и не лактировали в течение предшествующих 4 месяцев. Образцы крови, перитонеальной жидкости и цервикальной слизи были получены от одних и тех же больных.

Результаты: Установлено, что в цервикальной слизи у больных с аденомиозом в зависимости от стадии заболевания наблюдается достоверное и резкое увеличение содержания СЭФР-А (60,5±32,5 и 1174,3±376,5 соответственно). Аналогичные изменения характерны и для сыворотки крови, однако, без более выраженных колебаний (130,4±32,9 и 240,7±144,9 соответственно). Содержание рСЭФР Р-1 в цервикальной слизи также достоверно повышено (21,3±12,2 и 114,8±89,1), как и в сыворотке крови (44,6±27 и 125,1±77,8 соответственно) в зависимости от стадии заболевания. Не установлено достоверных изменений в содержании рСЭФР Р-2, ангигенина и ангиопоэтина 2 в цервикальной слизи.

Следовательно, у больных с аденомиозом в цервикальной слизи обнаружено резкое увеличение содержания СЭФР-А и рСЭФР Р-1. Однако, увеличение уровня СЭФР-А не адекватно повышению ингибитора рСЭФР Р-1. Такой дисбаланс между увеличением активности проангиогенного и антиангиогенного фактора роста в цервикальной слизи указывает на изменение аутопаракринной регуляции ангиогенеза в эндометрии и как следствие усиление пролиферативной активности сосудов и рост ткани.

Содержание СЭФР-А в перитонеальной жидкости у больных III-IV стадией достоверно выше (301,8±200,7) по отношению к нормативным значениям (173,5±25,8), а рСЭФР Р-1 ниже вне зависимости от стадии заболевания (14,9±8,9 и 14,2±13,1 соответственно). Содержание рСЭФР Р-2 в перитонеальной жидкости не изменялось у больных с различными стадиями заболевания по отношению к контрольной группе (2900±750). Уровни ангиогенина в перитонеальной жидкости были достоверно выше (285,8±273,4 и 315,7±277,7 соответственно), чем нормативные значения, но не изменялись в зависимости от стадии заболевания (117,2±37,4). Наблюдалось достоверное снижение нормативных значений ангиопоэтина 2 у больных обеих групп (732,5±221,6 и 835,8±365,9).

Следовательно, у больных с аденомиозом в перитонеальной жидкости, так же как и в сыворотке крови, установлен дисбаланс между содержанием про- и антиангиогенными факторами роста. Так концентрация СЭФР-А и ангиогенина были достоверно выше, рСЭФР Р-1 и ангиопоэтина 2 ниже нормативных значений. Изменения локальных факторов ангиогенеза в перитонеальной жидкости могут способствовать активации роста сосудов и эктопического эндометрия.

Заключение: В проведенном исследовании показано наличие паракринных изменений ангиогенеза при аденомиозе, заключающихся в дисбалансе системных и локальных факторов в сторону повышения уровня проангиогенных компонентов. Отек и соответственно гипоксия миометрия в случае развития заболевания замыкают «порочный круг». На системном уровне в сыворотке крови установлено увеличение проангиогенных факторов при всех формах аденомиоза. На локальном, в перитонеальной жидкости при I-II стадии снижение ангиогенного потенциала, а при III-IV стадии резкое его повышение с одновременным снижением антиангиогенной активности. Перитонеальная жидкость – индикатор локального состояния ангиогенеза.

Полученные данные могут служить важным дополнительным дифференциально-диагностическим критерием оценки как наличия аденомиоза, так и степени и характера поражения, поскольку существующие методы обследования несовершенны и не позволяют адекватно назначить терапию или выбрать оптимальный объем хирургического лечения. В будущем, сочетанное или монотерапевтическое применение антиангиогенных препаратов на начальных стадиях заболевания позволит наиболее эффективно воздействовать на патологический процесс.

РАК ТЕЛА МАТКИ И РАК ЯИЧНИКОВ В СОСТАВЕ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ ЖЕНЩИН БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Газазян М.Г., Коваленко Б.С., Ивкина Л.Ю.

Россия, г. Курск, ГОУ ВПО КГМУ, кафедра акушерства и гинекологии Белгород, Белгородский областной онкологический диспансер

Актуальность: Первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) представляют собой чрезвычайно сложную и многогранную проблему теоретической и клинической онкологии. В литературе, посвященной полинеоплазиям, отмечается преобладание среди различных сочетаний ПМЗО гормонально зависимых новообразований (рак яичников, матки и молочной железы),однако, отсутствуют региональные характеристики длительной динамики этих заболеваний с учетом возрастных, клинических и морфологических особенностей, что не позволяет правильно выбрать тактику ведения данных пациентов.

Цель работы - изучение 25-летней возрастной динамики роста рака тела матки, яичников и их сочетаний для выработки лечебных и диагностических рекомендаций.

Материалы и методы исследования: проанализированы 6382 амбулаторные карты и истории болезни пациентов, заболевших раком яичников (2716) и раком тела матки (3666) для выявления динамики заболеваемости за период с 1981 по 2005 г.г. Выделены 4 возрастные группы: I-15-29 лет, II-30-49 лет, Ш-50-69 лет, IV-70 лет и старше. Проведен детальный анализ выявленных полинеоплазий, сочетающих рак тела матки и рак яичников (134 случая). Сопоставлены клинико-анамнестические данные, наличие экстрагенитальной патологии, морфологическая структура опухолей, объем и характер проведенного лечения. При оценке распространенности опухолевого процесса использована международная классификация по системе TNM и TNM (5 пересмотр), разработанная Комитетом Международного противоракового союза (1996г.)

Полученные результаты. При сравнении частоты возникновения рака тела матки в различных возрастных группах женщин за период с 1981 по 2005 г.г., выявлен рост заболеваемости в возрастной группе 15-29 лет в 6 раз, в группе 30-49 лет - в 1,6 раза, в группе 50-69 лет - в 1,7 раза, у женщин 70 лет и старше - в 4,4 раза. Динамика заболеваемости раком яичников за этот же временной период выглядит следующим образом: выявлен рост заболеваемости в группе 15-29 лет в 2,8 раз, в группе 30-49 лет - в 2,2 раза, в группе 50-69 лет - незначительное снижение заболеваемости в 1,1 раза, у женщин 70 лет и старше- рост в 3,4 раза. Количество ПМЗО, сочетающих рак тела матки и яичников за данный временной период составило 34 случая: в I и IV возрастных группах ПМЗО изучаемого сочетания не зарегистрировано. В группе 30-49 лет выявлен рост заболеваемости в 3 раза, в группе 50-69 лет-рост заболеваемости в 6 раз. При дальнейшем анализе выявлено, что 80% полинеоплазий данной локализации явились синхронными опухолями, и, лишь в 20% зарегистрированы метахронные ПМЗО.

В возрастной группе женщин 30-49 лет зарегистрировано17 полинеоплазий данной локализации (48,5%), причем 88,2% составили синхронные опухоли и 11,6% -метахронные полинеоплазии. В 4-х случаях первой опухолью выявлен рак тела матки (23,6%), в 4-х-рак яичников (23,6%), в 9-ти случаях опухоли выявлены одновременно (52,9%). 60% пациенток предъявляли жалобы на боли внизу живота, 41%- на кровянистые выделения из половых путей, 24%-на нарушения овариально-менструального цикла, 17,6%-на учащенное мочеиспускание, 6%-на вздутие живота. Средняя продолжительность симптомов у пациенток данной возрастной группы составила 9 месяцев. Индекс массы тела данной группы пациенток (ИМТ) в среднем составил 32,1 у 59% пациенток выявлено ожирение II-III степени, у23,6%-гипертоническая болезнь, у 6%-варикозная болезнь ног. В гинекологическом анамнезе у пациенток данной группы выявлены: в 35,6%- миома тела матки, в12%-склерокистоз яичников и 17,6%- хронический аднексит. Таким образом, большинство пациенток исследуемой группы входили в группу среднего риска по возникновению и наличию метаболических нарушений. В 60% случаев полинеоплазий рак тела матки у пациенток данной возрастной группы выявлен в 1-1а стадии, в 17,6%-в 0 стадии, в 22,4%- во II стадии заболевания. Рак яичников у пациенток исследуемой возрастной группы выявлен в 11,7%-с 0 стадией, в 29,5%-с I стадией, в 35,3%-с II-IIс стадией, в 23,5%-в III- стадией.В 53% выявлен рак левого яичника, в 29%-рак правого яичника, в 18%-двухстороннее поражение яичников. Морфологические диагнозы в 17,6% случаев представлены атипической гиперплазией эндометрия, в 35,4 %-высокодифференцированной аденокарциномой эндометрия, в 41,1%-умеренно дифференцированной аденокарциномой эндометрия, и, в 5,9%-низкодифференцированной аденокарциномой эндометрия. Рак яичников морфологически представлен в 35,6%- из серозной кистомы, в 11,7% из - пролиферирующей серозной кистомы, в 23,5%-рак из псевдомуцинозной кистомы, в 29,2%-железисто-папиллярным раком. В 64,7% проведено комплексное лечение, в 11,7%-хирургическое лечение, в 23,6%-комбинированное лечение. Средняя продолжительность жизни женщин данной возрастной группы составила 5,6 года.

В возрастной группе пациенток 50-69 лет зарегистрировано 17 случаев ПМЗО, сочетающих рак тела матки и рак яичников (48,5%), причем 70,6% составили синхронные опухоли и в 29,4%-метахронные опухоли. В 5 случаях первой опухолью явился рак эндометрия, что составило 29,4%, и в 4 случаях - первой опухолью выявлен рак яичников (23,5%), в остальных случаях рак тела матки и рак яичников выявлен одновременно (47%).

68% пациенток предъявляли жалобы на боли внизу живота,60%-на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы, 11% - на нагрубание молочных желез и нарушение овариально-менструального цикла, 5% женщин жалоб не предъявляло и заболевание выявлено при проф. осмотрах. Средняя продолжительность симптомов у данной группы пациенток составила 5,8 месяцев. Средний ИМТ у женщин возрастной группы 50-69 лет составил 33,1, В 78% случаев выявлено ожирение II-III степени, в 63,6%-гипертоническая болезнь, в 35,6%-сахарный диабет II тип. Сопутствующими гинекологическими заболеваниями были у 10%-фибромиома тела матки, ву13,5%-бесплодие, у 45%-хронический аднексит. В 18% случаев рак тела матки выявлен в 0 стадии заболевания, в 82% случаев - в Ia –Ib стадиях. Рак яичников у данной группы пациенток выявлен с 0 стадией заболевания в 9% случаев, в 54,5%-с I-Ib стадией, в 18,5%-с II стадией, в 9%-с IIIстадией, в 9%-с IVстадией заболевания. Рак правого яичника выявлен в 45,5% случаев. Рак левого яичника - в 45,5% и в 9%-выявлен рак обоих яичников.

Морфологически диагнозы представлены в 72,7% умереннодифференцированной аденокарциномой эндометрия; в 9%-высокодифференцированной аденокарциромой, и, в 18,3%-атипической гиперплазией эндометрия. Рак яичников морфологически представлен в 45,6% раком из серозной кистомы; в 18,2%-рак из псевдомуцинозной кистомы; в 18,2%- злокачественной гранулезоклеточной опухолью яичника; в 9%-рак из эндометриоидной кистомы и в 9%-умереннодифференцированная аденокарцинома. В 54,5% случаев заболевания проведено комбинированное лечение, в 36,6%-комплексное лечение, в 9,1%-хирургическое лечение.

Средняя продолжительность жизни пациенток данной возрастной группы на момент анализа составила 5 лет, живы 70,5% женщин с полинеоплазиями, сочетающими рак тела матки и рак яичников.

Выводы: 1. Выявлен рост заболеваемости женщин Белгородской области за период наблюдения с 1981 по 2005гг. как полинеоплазиями сочетающими рак тела матки и рак яичников, так и отдельными вышеуказанными нозологическими формами. 2. 80% полинеоплазий данной локализации являются синхронными. 3. Все случаи ПМЗО данной локализации зарегистрированы в возрастных группах 30-49 лет и 50-69 лет. 4. В обеих возрастных группах выявлено сочетание одинаковых экстрагенитальных заболеваний: метаболический синдром, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, варикозная болезнь вен нижних конечностей, а также гинекологических болезней, представленных миомой матки, хроническим аднекситом. 5. Эти факты позволяют формировать группы риска по возникновению полинеоплазий, сочетающих рак тела матки и яичников, с целью проведения активных диагностических и лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Газазян М.Г., Хурасева А.Б., Милюкова М.Ю.

Россия, г. Курск, ГОУ ВПО КГМУ, кафедра акушерства и гинекологии

Патологию соединительной ткани, проявляющуюся снижением ее прочности, принято обозначать термином «дисплазия». Аномалии тканевой структуры приводят к нарушению гомеостаза на уровнях тканей, органов и организма в целом, что сопровождается различными системными нарушениями (Капустин А.В., Хавкин А.И., 1989).

В последнее время отмечается рост гинекологических заболеваний в молодом возрасте, в структуре которых преобладают нарушения менструальной функции, частота данной патологии составляет около 15% (Богданова Е.А., 2000; Гуркин Ю.А., 2000).

Цель исследования: изучение особенностей менструальной функции у девочек-подростков с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материал исследования: 60 девочек-подростков 13-18 лет, из которых 30 подростков (основная группа) с клиническими проявлениями ДСТ, 30 девочек без признаков ДСТ - контрольная группа.

Методы исследования: анализ клинико-анамнестических данных; общеклиническое обследование, целенаправленное выявление признаков дисплазии соединительной ткани по шкале, разработанной С.Н. Буяновой и соавт, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты исследования: при обследовании средний возраст пациенток основной группы составил 15,5±2,5 лет, контрольной 14,5±2,5 лет. Из антенатального анамнеза выявлено, что 66,7% девочек родились с СЗРП, в то время как в контрольной группе СЗРП наблюдалось в 16,7%.

Среди признаков дисплазии соединительной ткани, выявленных у пациенток основной группы астенический тип телосложения и пониженная масса тела были характерны для 80,0%, в контрольной группе для 6,7%; кифозы и сколиозы обнаружены у 70,0% девочек основной и 6,7% контрольной группы, плоскостопие у 26,7% пациенток основной и 3,3% контрольной групп. Гипермобильность суставов, склонность к вывихам, растяжение связочного аппарата суставов были характерны для 16,7% девочек основной группы, в контрольной группе данные признаки не выявлены. Варикозное расширение вен нижних конечностей и прямой кишки обнаружены у 3,3% пациенток основной группы, в контрольной группе они не диагностированы. Дисфункция желчевыводящих путей, выявлена у 20,0% пациенток основной группы, в контрольной у 3,3%; пролапс митрального клапана, нарушение сердечного ритма (предсердные экстрасистолии) были обнаружены у 6,7% пациенток основной группы, в контрольной данная патология не выявлена. Нефроптоз диагностирован у 10,0% девушек основной группы, в контрольной группе отсутствовал. Признаки неправильного положения внутренних половых органов у близких родственников выявлены у 36,7% девочек основной группы, чего не было отмечено в контрольной группе.

У девочек с клиническими проявлениями ДСТ, в 2,5 раза чаще наблюдается раннее и в 1,5 раза чаще позднее менархе. Средний возраст менархе составил 12,8±2,4 лет, в контрольной группе – 12,4±1,2 лет. В основной группе у 26,7%, девушек менструальный цикл был не регулярным, в контрольной группе менструальный цикл не установился у 6,7% пациенток. В группе девочек с ДСТ регулярная менструация установились сразу у 16,7%, через пол года у 16,7%, а через год у 40,0%. Более благоприятное становление менструального цикла отмечено у девочек контрольной группы: менструальный цикл приобрел сразу регулярный характер у 33,3%, в течение 6 месяцев у 33,3%, а через год у 26,7%.

В основной группе чаще диагностировались отклонения продолжительности цикла: менее 24 дней – у 23,3%, более 30 дней – у 26,7%, тогда как в контрольной группе у 10,0%, и у 6,7% соответственно. У девочек-подростков с ДСТ в 13,3% выявлена вторичная аменорея, в противоположность этому в контрольной группе всего лишь в 3,3%.

Для девочек основной группы характерным клиническим признаком, являлась дисменорея. Болезненные менструации у них, отмечались в 73,3%, что в 2 раза чаще, чем у девочек контрольной группы 36,7%, при этом определялась определенная взаимосвязь между клиническими проявлениями и данными инструментального обследования.

Варикозное расширение вен малого таза - одна из главных причин развития синдрома хронических тазовых болей у женщин. Это проявления ДСТ со стороны органов малого таза выявлялось при ультразвуковом исследовании в основной группе в 10,0±5,5%, тогда как у девочек контрольной группы данной патологии не выявлено.

Представленные данные говорят о том, что клинические проявления дисплазии соединительной ткани достоверно отличались в исследованных группах. Кроме того, следует отметить, что ДСТ в 4 раза чаще диагностируется у девочек-подростков родившихся с СЗРП.

Выводы: 1. ДСТ является одним из основных факторов риска формирования нарушений менструального цикла у девочек подростков. 2. Для девочек с ДСТ характерна такая патология, как олигоменорея, вторичная аменорея и дисменорея. 3. Пациенткам с ДСТ рекомендуется проведение терапии направленной на нормализацию менструальной функции и предотвращению прогрессирования коллагенопатий, путем назначений препаратов магния и препаратов, укрепляющих сосудистую стенку, использование гормональной терапии в данной группе больных не целесообразно.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У КУРЯЩИХ ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кузьмичев Л.Н., Кулакова Е.В.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Россия г. Москва

Актуальность проблемы лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпоральным оплодотворением является очевидной. Среди многочисленных причин, вызывающих бесплодие, курение занимает одной из ведущих мест. В последнее время в мире отмечается рост числа курящих женщин, особенно молодого возраста. Табачный дым содержит несколько сотен субстанций, включая никотин, монооксид углерода и мутагены, такие как радиоактивный полоний, бензопурины, нафталин, метилнафталин (Stilman 1986). Табачный дым является источником экзогенных про-оксидантов: химически активного кислорода и свободных радикалов (Frei 1991, Zhou 2000). При смещении состояние динамического равновесия между про-оксидантами и антиоксидантами происходит развитие оксидативного стресса, нарушение функции и разрушение ДНК, белков, липидов (Finkel 2000).

Целью нашего исследования было проанализировать влияние курения на уровень тревоги и эффективность программы ЭКО.

Материалы и методы: Ретроспективно были проанализированы 238 историй болезни женщин, из них после лечения методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) - 186 человек, которые лечились от бесплодия в ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий с декабря 2004 года по февраль 2007 года в отделении вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения, наблюдавшихся в отделениях центра во время беременности. Средний возраст женщин составлял 32,6+4,9 лет. Курящих было 85 (46%), из них 37 человек прекратило курить за месяц до начала программы, некурящих- 101 человек. Исследуемая группа- 48 человек курящих (менее 10 сигарет в день) и 138 некурящих. Группа контроля -52 фертильные женщины, у которых беременность наступила и протекала без патологии в естественном цикле, из них курящих – 15 (28%) в начале беременности, переставших курить во время беременности. Основная и контрольная группа были сравнимы по возрасту, росто-весовым и демографическим показателям. Интервьюированы по опросникам и тестам: Бека, Спилбергера. Лечение бесплодия проходило по стандартным схемам с использованием аналогов гонадотропин рилизинг гормонов, рекомбинантного ФСГ с учетом индивидуального уровня гормонов.

Результаты исследования: Женщины, которые курили во время проведения программы ЭКО и в процессе беременности составляли 48 человек (24,7%). Среднее количество сигарет 8.0+1.2. Продолжительность курения составляла 10.7+2.0 лет. Бесплодием страдали в течение 8.6 +2.1 год. По количеству зрелых ооцитов статистически значимой разницы мы не получили, однако по данным полученных эмбрионов хорошего качества у некурящих составили 49% против 18,2% у курящих. По числу наступивших беременностей результаты получились стастически значимыми: у некурящих женщин после первого цикла ЭКО беременность наступила у 52 женщин (52%), у курящих – 12 (26%).

По данным теста Бека и Спилбергера уровень тревоги и депрессии у курящих женщин был незначительно выше по сравнению с некурящими. Во время проведения программы ЭКО тревога нарастала в период перед проведением пункции яичников и переноса эмбрионов в полость матки. В группе женщин, которые курили, количество выкуриваемых сигарет возрастало в среднем до 12-14 штук против 6-8 сигарет по мере усиления тревоги. После выкуривания сигареты женщина отмечала снижение внутренней тревоги на короткий промежуток времени, а потом выраженность тревога усиливалась. Имплантация и эмбриогенез являются наиболее чувствительными стадиями в программе ЭКО во время которых проявляются косвенные эффекты от курения: позднего периода имплантации, изменение функции яичников женщины и/или сдержанным ростом фолликулов во время проведения стимуляции суперовуляции. Дым сигареты, продукты распада, могут вызвать изменения в качестве ооцитов через повреждающий эффект присутствующих метаболитов в фолликулярной жидкости.

Выводы: Таким образом, процедура лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения у женщин некурящих эффективнее, чем у курящих. По числу наступивших беременностей у некурящих женщин после первого цикла ЭКО эффективность программы составила 52%, у курящих – 26% ($p<0.05$).

Уровень гормонов прогестерона и фолликулостимулирующего гормона был достоверно выше у курящих женщин, что приводит к снижению фертильности и увеличению циклов лечения методом ЭКО более трех раз. Продукты распада сигаретного дыма напрямую отрицательно влияют на качество эмбрионов, процесс имплантации и наступление беременности.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕТЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кулакова Е.В.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Россия г. Москва

Проблема лечения бесплодия методами вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпоральным оплодотворением является актуальной. Супружеские пары, страдающие бесплодием, в течение многих лет находятся в процессе лечения, испытывают психоэмоциональное напряжение. Сам диагноз бесплодия накладывает отрицательный отпечаток на взаимоотношения, эмоциональную сторону семейной жизни. Это способствует изменению функционирования соматической и психической сферы, развитию пограничных психических расстройств.

Цель исследования: определить наличие иммунологических изменений у женщин с бесплодием с пограничными психическими расстройствами.

Материал и методы исследования: Группу исследования составили 526 женщин с бесплодием, обратившиеся в ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий с декабря 2004 года по февраль 2007 года в отделении вспомогательных репродуктивных технологий. Средний возраст женщин составлял 32,6+4,9 лет. Группу контроля составили 52 фертильные женщины, обратившиеся в поликлиническое отделение центра с вопросами репродукции. Методы исследования крови: клинико-психопатологи ческий,психологическое тестирование, иммунологические методы, анализ и определение интерферонового статуса, который исследовался по уровню продукции сывороточного,

альфа и гамма интерферонов титрованием в культуре фибробластов человека (DFH M-19 с использованием микрометода в полистероловых 96 луночных панелях. Состояние иммунной системы оценивали по концентрации иммуноглобулинов трех основных (A, M, G) классов методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Фенотипическую характеристику лимфоцитов в периферической крови изучали методом проточной цитофлюориметрии на приборе Bio Rad (США), с использованием моноклональных антител Becton Dickinson основных популяций лимфоцитов: Т-лимфоцитов, Т-хелперов, цитолитических Т-клеток, естественных киллеров, В-лимфоцитов с помощью моноклональных антител к дифференцировочным антигенам соответственно CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, CD25+, HLA-DR. Кроме того, вычисляли иммунорегуляторный индекс (CD4+/CD8+). Интервьюированы по опросникам и тестам: Бека, Спилбергера.

Результаты исследования: В ходе проведения исследования пограничные психические расстройства были диагностированы в соответствие с критериями МКБ-10 у 295 человек, что составляет 56%. Ведущее место заняли расстройства адаптации, которые составили 51,5 %, тревожные расстройства 31,2%, конверсионные расстройства 7,9 %, соматоформные расстройства 4,1%, шизотипические 4,1%, дистимия 1,5%. В иммунном статусе отмечалось изменение субпопуляционного состава лимфоцитов в виде увеличения CD3, CD8 до 86% и 43% соответственно, в то время как в контрольной группе CD3, CD8 составляют 65,0% и 22,1%. Кроме того, нарушение функционирования данной системы проявлялось в дисиммуноглобулинемии, то есть в увеличении содержания Ig M до 3,1 г/л, по сравнению с контрольной группой Ig M – 1,8 г/л. При изучении интерферонового статуса нарушение функционирования данной системы также отмечено у большинства обследованных в виде снижения ИФН-? до 12 Е/мл и ИНФ-? до 25 Е/мл, что свидетельствует о развитии интерферондефицитного состояния (в контрольной группе – 24 Е/мл и 60 Е/мл соответственно).Увеличение же циркулирующего интерферона до 6 Е/мл, что свидетельствует о напряженности данной системы.

Показатели личностной и ситуационной тревожности у женщин, страдающих проблемами бесплодия, были выше в среднем на 11-13 баллов. Не отмечалось достоверной разницы по шкале депрессии Бека. Особенностью тревожно-депрессивных расстройств у женщин основной группы является сниженное настроение в сочетании с соматоневрологическими нарушениями, а так же наличием фобий с неуверенностью в результатах наступления желаемой беременности, которые гипертрофируются в сознании пациентки, с тревогой и опасениями за свое материнское будущее. На первом плане страх ненаступления беременности или прерывания наступившей беременности малого срока. Обостряется самонаблюдение с тщательным самоконтролем ощущений в теле. Нарушение сна с ранним утренним пробуждением преобладает в соматовегетативных проявлениях, плохим настроением в утренние часы.

Выводы: Женщины с бесплодием в 56% страдают пограничными психическими расстройства донозологического и нозологического уровня. Ведущими были расстройства приспособительных реакций адаптации и тревожно-депрессивные расстройства. Нарушения в психической сфере приводят к росту CD3, CD8, дисиммуноглобулинемии, напряженности в иммунной системе.

СОДЕРЖАНИЕ МЕЛАТОНИНА И СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ.

Гарипова Г.Х.

Россия, г. Казань, ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Росздрава.

Нарушениям в гормональной регуляции репродуктивной системы придается большое значение при формировании и развитии гиперпластических процессов эндометрия. Появившиеся данные о координирующей роли мелатонина в поддержании гормонального гомеостаза, позволяют по-новому рассмотреть его роль в этой патологии женского организма. Нарушение количественной продукции и ритма выделения мелатонина является пусковым моментом, приводящим на начальных этапах к развитию десинхроноза, за которым следует органическая патология (Малиновская Н.К., 1998). Мелатонину свойствен противоопухолевый эффект. Как природный антиэстроген, он может оказывать влияние на пролиферативные процессы. Связь между нарушением синтеза и метаболизма мелатонина и патогенезом рака тела матки показана в работах Bartsch C. et al., 1988, 1999.

В связи с этим, целью нашей работы явилось – изучение уровня мелатонина и гормонального статуса женщин с различными формами гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 90 женщин с гиперплазией эндометрия в возрасте от 48 до 60 лет, которые были распределены в следующие группы: 1 – 34 женщины с атипической гиперплазией эндометрия, из них у 16 (29,41%) – простая атипическая гиперплазия, аденоматозные полипы эндометрия у 12 (35,29%), у 6 (17,65%) – сложная; 2 – 56 женщин с простой формой гиперплазии эндометрия без атипии. Группу сравнения составили 16 практически здоровых женщин. Продолжительность заболевания колебалась от 1 до 16 мес. У большинства женщин отмечен рецидивирующий характер кровотечений.

Диагноз был верифицирован гистологическим исследованием материала, полученного при диагностическом выскабливании полости матки. Помимо общеклинического обследования у всех женщин количественно определяли уровень мелатонина сульфата в суточной моче методом ИФА с набором реактивов фирмы IBL: MELATONIN SULFAT 6-SULFATOXYMELATONIN, ELISA, Hamburg, а также содержание ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, пролактина в сыворотке крови методом ИФА.

Результаты исследования. Определение уровня мелатонина сульфата показало, что средние значения мелатонина в исследуемых группах практически не отличались между собой, но были достоверно ниже, чем в группе контроля. У больных с атипией эндометрия уровень мелатонина в суточной моче составил 59,08±8,12 нг/мл (в группе контроля 86,97±10,47 нг/мл), с простой гиперплазией эндометрия – 53,46±5,46 нг/мл.

При анализе данных установлено, что в каждой группе имелись женщины как высоким, так и с низким значением мелатонина, что позволило выделить 2 подгруппы больных: с низким (31,3±4,58 нг/мл и 35,1±3,42 нг/мл) и высоким уровнем мелатонина (149,65±16,25 нг/мл и 163,51±21,09 нг/мл). Среди женщин с атипией эндометрия у 19 (55,8%) значения мелатонина были низкими и у 15 (44,1%) – высокие.

В группе больных с гиперплазией эндометрия без атипии снижение уровня мелатонина наблюдалось чаще (67,9% – 38 женщин) и соответствовал 35,1±3,42 нг/мл, высокие цифры (163,51±21,09 нг/мл) имели 18 (32,1%) женщин. При проведении корреляционного анализа в обеих подгруппах доказа-

на прямая связь сниженных значений мелатонина с длительностью заболевания (r=0,85*; p<0,05) и высоких значений с кистозными образованиями в яичниках (r=0,74*; p<0,05) и избыточной массой (r=-0,71*; p<0,05).

Изучение гормонального фона показало, что секреция ФСГ и ЛГ в исследуемых группах независимо от уровня мелатонина соответствовала значениям в группе контроля. Достоверно не отличались показатели эстрадиола и тестостерона в сыворотке крови у больных с различным уровнем мелатонина и формами гиперпластических процессов. Вместе с тем, у женщин с низким содержанием мелатонина наблюдалось резкое повышение прогестерона в сыворотке крови в 3,8 раза при атипической гиперплазии эндометрия и в 2,3 раза – без атипии. У женщин, имеющих высокие значения мелатонина независимо от формы гиперплазии эндометрия, уровень прогестерона соответствовал значениям в группе контроля. Уровень пролактина во всех 4 подгруппах оказался достоверно повышенным и не зависел от значений мелатонина.

Таким образом, можно полагать, что выявленная гиперпрогестеронемия, является неслучайным фактом. Снижение продукции мелатонина связано с нарушением стероидной функции яичников, что может иметь значение при лечении больных с гиперпластическими процессами эндометрия

ГРУППА РИСКА НА СКОПЛЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Гасанова М.К., Захарова Л.В.

Россия, Москва, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава

Целью данной работы явилось изучение причин скопления жидкости в полости матки у пациенток в постменопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 120 женщин постменопаузального периода, не предъявлявших гинекологических жалоб. В исследование не были включены женщины, получающие заместительную гормональную терапию, а также пациентки с миомой матки, патологией эндометрия и неконтролируемой артериальной гипертензией.

Основную группу составили 70 женщин с внутриматочной жидкостью в полости матки. Контрольную группу - 50 женщин без серозометры. Наблюдалась идентичность больных в группах по возрасту, времени наступления и длительности постменопаузы.

Всем пациенткам проводили комплексное цитологическое и микробиологическое исследование вагинального отделяемого и аспирата из полости матки.

Результаты. Анализ заболеваемости позволил отметить, что на момент обследования у всех пациенток имелись сопутствующие соматические заболевания, причем у большинства женщин были выявлены по 2 и более хронических экстрагенитальных заболевания. Наиболее частой соматической патологией была гипертоническая болезнь при достоверном ее повышении у пациенток с серозометрой (74,3%; 52% соответственно).

Основную группу женщин на 52,8% составили пациентки с атрофическим кольпитом, в 38,6% случаев выявлены бактериальный вагиноз, и только у 8,6% женщин отмечен условно нормоценоз. Контрольную группу женщин на 66% составили пациентки с уловным нормоценозом и 34% с атрофическим кольпитом.

Микробиологический анализ аспирата из полости матки показал, что микробное обсеменение эндометрия коррелировало с количеством внутриматочной жидкостью в полости матки.

При скоплении небольшого количества (передне-задний размер полости матки до 3 мм) серозной жидкости в полости матки выявлялись факультативно-анаэробные УПМ (условно-патогенные микроорганизмы) в минимальных концентрациях (≤ 4 lg КОЕ/мл), преобладали лактобациллы. По мере увеличения количества внутриматочной жидкости содержание лактобактерий уменьшалось, а титр УПМ возрастал. Общее количество микроорганизмов достигало 5-8 lg КОЕ/мл. Выявлен полимикробный характер микрофлоры, который был идентичен вагинальному спектру.

Заключение. В постменопаузе сосуды подвергаются определенным изменениям, обусловленным дефицитом эстрогенов и длительным повышением артериального давления. Эти изменения вызывают дисфункцию эндотелия и повышение его проницаемости, что приводит к скоплению жидкости в полости матки. Дефицит эстрогенов также приводит к атрофическим изменениям во влагалище, степень выраженности которых зависит от длительности постменопаузы. В связи с этим нижние отделы урогенитального тракта становятся уязвимыми, восприимчивыми к инфекциям, что приводит к инфицированию полости матки. Наличие воспалительного процесса в полости матки способствует еще большему нарушению стенок сосудов базального слоя эндометрия, усилению проницаемости и увеличению жидкости в полости матки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гаспарян Н.Д., Логутова Л.С., Будыкина Т.С., Горенкова О.С., Кручинина Е.В, Алимова Н.Г.

МОНИИАГ, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность и переносимость препаратов залаин и гинофорт при лечении острого кандидозного вульвовагинита (КВ) у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы: было обследовано 80 пациенток с острым КВ в возрасте от 20 до 41 года. Средний возраст женщин составил 27 лет. Критерием исключения из исследования явились: хронический рецидивирующий КВ или наличие ИППП. Методом слепой выборки пациентки были разделены на 2 группы: в I группу вошли 40 женщин, получавших лечение препаратом гинофорт, во II – 40 пациенток, лечившихся препаратом залаин.

Всем женщинам до лечения, через 7 и 28-30 дней после окончания терапии проводились следующие исследования: микроскопия влагалищных мазков и посев влагалищного содержимого на хромогенную среду для селективного выделения дрожжей и прямой идентификации рода Candida. При первом визите все пациентки были обследованы на наличие ЗППП методом РИФ. Эффективность терапии оценивали на основании клинических данных и результатов лабораторных исследований, количество рецидивов КВ оценивалось через месяц после лечения.

Результаты: При первичном осмотре все женщины предъявляли жалобы на выделения из влагалища, сопровождающиеся зудом и жжением. Каждая третья пациентка отмечала умеренную болезненность в области наружных половых органов. При влагалищном осмотре гиперемия слизистых оболочек была у 73% женщин, отечность – у каждой второй пациентки.

До лечения при микроскопии влагалищного мазка у всех пациенток определялась Candida, количество лейкоцитов было до 20 в поле зрения. Анализ результатов посева влага-

лищного содержимого показал, что основной причиной КВ в обеих группах была C. albicans (90%). Одинаково часто в исследуемых группах высевалась C. tropicalis (7,5%) и C. glabrata (2,5%). Сопутствующая условно-патогенная микрофлора (Staphylococcus epidermidis) в незначительном количестве определялась у 15% женщин. Всем больным I группы назначался препарат гинофорт, который при помощи аппликатора вводился в задний свод влагалища однократно. Пациентки II группы получали препарат залаин, 1 суппозиторий интравагинально также однократно.

При повторном визите (через неделю) все пациентки, получавшие залаин, отмечали положительную динамику уже на 3 сутки после приема препарата. Причем наиболее быстро купировались такие симптомы как зуд и жжение, что значительно улучшило качество жизни наших пациенток.

Через неделю после лечения препаратом залаин у 36 (90%) пациенток пейзаж влагалищного мазка нормализовался: Candida не определялась и количество лейкоцитов было до 10 в поле зрения. У 4 женщин (10%) при микроскопии мазков было обнаружено незначительное количество мицелий гриба. В бактериальных посевах у этих пациенток были высеяны C. albicans. Трое пациенток жалоб не предъявляли, одна – отмечала незначительное жжение во влагалище. Все пациентки получили дополнительно 1 курс лечения залаином. При повторном исследовании микроскопическое исследование во всех наблюдениях дало отрицательный результат, жалоб пациентки не предъявляли.

Через 7 дней после лечения препаратом гинофорт у 36 (90%) пациенток клинических проявления КВ не было, микробный пейзаж влагалищного мазка полностью нормализовался: грибы рода Candida не определялись, лейкоцитов было не более 10 в поле зрения. У 4 женщин продолжали оставаться жалобы на выделения из половых путей, сопровождающиеся зудом. У всех больных при микроскопии было выявлено наличие грибов Candida, а при бактериологическом исследовании во всех случаях были высеяны грибы Candida не- albicans. Все пациентки повторно получили лечение препаратом гинофорт. При обследовании через 14 дней от начала лечения клинический и лабораторный эффект отсутствовал, что потребовало дополнительно назначения системного антимикотика (микосист 150).

Оценка рецидивов заболевания проводилась через 28-30 дней. Через месяц после проведенного лечения препаратом залаин 97,5% женщин жалоб не предъявляли. При проведении микроскопического и культурального исследования содержимого влагалища грибы и условно-патогенные микроорганизмы не высевались. Одна пациентка (2,5%), которая на первом контрольном визите не предъявляла никаких жалоб, отметила вновь появление творожистых выделений из половых путей. При микроскопии влагалищного содержимого и в посеве были выявлены грибы C albicans.

При лечении препаратом гинофорт через 28 - 30 дней жалобы на обильные выделения из половых путей творожистого вида, которые сопровождались зудом наружных половых органов, предъявляли 5 (12,5%) пациенток. При проведении микроскопии влагалищного содержимого был подтвержден диагноз КВ. При культуральном исследовании у 4-х женщин были высеяны грибы Candida не- albicans, а в одном наблюдении - C albicans.

Побочных реакций при приеме препаратов гинофорт и залаин не было.

Выводы: Эффективность препаратов залаин и гинофорт была сопоставима при лечении острого КВ, вызванного грибами C. albicans. Препарат залаин показал высокую эффективность при лечении острого КВ, вызванного грибами Candida не- albicans. Гинофорт оказался неэффективным при наличии возбудителей Candida не- albicans. Залаин и гинофорт хорошо переносятся пациентками, побочных эффектов не было.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н., Горенкова О.С., Баринова И.В., Шагинян Г.Г., Склянкина И.В., Маняхина А.Е.

Россия, Москва, МОНИИАГ, РГМУ

В основе патогенеза гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) лежит гормональный дисбаланс, который выражается абсолютной или относительной гиперэстрогенемией. Эндометрий является самой чувствительной тканью-мишенью половых гормонов. Известно, что реализация действия гормонов определяется состоянием рецепторного аппарата эндометрия, которому в развитии ГПЭ придается большое значение. Для противорецидивной терапии ГПЭ применяют гормональные препараты, состав и дозу которых подбирают в зависимости от результатов гистологического исследования соскоба эндометрия, сочетанных гинекологических и соматических заболеваний, возраста женщины и индивидуальной переносимости препарата. Следовательно, одним из резервов снижения рецидивов ГПЭ у женщин позднего репродуктивного возраста является адекватный выбор потиворецидивной терапии.

Цель: оценить отдаленные результаты гормональной терапии ГПЭ у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы: было обследовано 65 пациенток позднего репродуктивного возраста с ГПЭ – простой железистой гиперплазии и железистыми полипами эндометрия. Возраст пациенток в среднем составил 42,6 ± 0,8 лет с индивидуальными вариациями от 35 до 48 лет. На первом этапе всем женщинам проводилось выскабливание матки под контролем гистероскопии, тогда же производился забор биоптатов эндометрия, окончательный диагноз был поставлен после гистологического исследования полученного препарата. Ни одна из обследованных нами пациенток не имела тяжелой соматической патологии и выраженных метаболических нарушений, и не получала гормональную терапию в течение 3-х месяцев до проводимого нами обследования.

Для выбора терапии изучали уровень рецепторов эстрадиола (РЭ) и прогестерона (РП) в цитозоле биоптатов эндометрия по общепринятой методике EORTC Breast Cancer Group (1982). Затем, в цитозольной фракции определяли специфическое связывание РП с тестируемыми гестагенами, по методу Бассалык Л.С. (1987). Всем пациенткам проводилась противорецидивная гестагенотерапия ГПЭ с учетом специфического связывания РП с синтетическими гестагенами. Контроль, за состоянием эндометрия осуществлялся при УЗИ каждые 3 месяца на фоне терапии и в течение первого года после окончания лечения, а затем – два раза в год.

Результаты. Для изучения чувствительности эндометрия к различным синтетическим гестагенам, использовали следующие препараты: прогестерон как препарат сравнения, дидрогестерон, медроксипрогестерон ацетат (МПА) и норэтистерона ацетат. В зависимости от силы связывания РП с прогестинами женщинам назначались следующие препараты: 21-ой пациентке - дюфастон по 20 мг в сутки с 5 по 25 день цикла, 19 - норколут или примолют-нор по 10 мг в сутки с 5 по 25 день цикла в течение 6 месяцев и 25 - депо-провера 150 мг 1 раз в месяц внутримышечно в течение 3 месяцев.

На фоне проводимой терапии у пациенток с ГПЭ через 3 месяца были диагностированы 3 рецидива заболева-

ния. Из них 2 женщины получали норколут и 1 –дюфастон. Пациентки, получавшие лечение норколутом были прооперированы в связи с наличием рецидива заболевания и роста миомы матки. Пациентке, получавшей дюфастон, была произведена аблация эндометрия. Через 3 месяца после окончания гормональной терапии был 1 рецидив после терапии дюфастоном. Пациентке была произведена гистерэктомия по поводу рецедивирующей гиперплазии эндометрия, не поддающейся консервативному лечению. При терапии МПА во время лечения и через 12 месяцев после его окончания рецидивов заболевания не было. Через 4-16 месяцев по окончании противорецидивной гестагенотерапии 10 женщин без дополнительной стимуляции реализовали генеративную функцию. В дальнейшем под нашим наблюдением в течение 3-х лет находились 43 женщины после проведенного противорецидивного лечения. Через 3 года рецидив ГПЭ был у 1 пациентки, получавшей лечение препаратом депо-провера 150. Дальнейшая гормональная терапия данной больной была невозможна в связи с заболеванием печени, и больной была произведена гистерорезектоскопия - аблация эндометрия. У остальных женщин рецидивов заболевания не было.

Для оценки эффективности гестагенотерапии был проведен сравнительный анализ частоты рецидивов заболевания в анамнезе и после нашего лечения. В анамнезе у 35 (53,9%) женщин была рецидивирующая ГЭ, остальные 30 (46,1%) пациенток обратились впервые. За время лечения и в течение 3-х лет после проведенного лечения были диагностированы рецидивы у 5 пациенток, что составило 7,8%.

Выводы. Противорецидивная гестагенотерапия ГПЭ у женщин позднего репродуктивного возраста с учетом специфического связывания РП эндометрия с синтетическими прогестинами позволила снизить частоту рецидивов ГПЭ в 7 раз.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ НА БОЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК

Герасимов А.М., Сытова Л.А., Пузырев М.О., Смирнова С.В., Шульпина Е.Ю.

Россия, г. Иваново, ФГУ Ивановский НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава

Актуальность изучения эндометриоза определяется многими факторами. Отмечается стабильно высокая частота встречаемости эндометриоза – от 5 до 50%. До настоящего времени нет единого мнения об этиологии и патогенезе эндометриоза. Отмечена связь эндометриоза с нарушением фертильности, ухудшением качества жизни. Некоторыми авторами показано формирование у больных эндометриозом нарушений в психоэмоциональной сфере, однако указные данные зачастую носят противоречивый характер. Боль и бесплодие зачастую выступают ведущими симптомами при эндометриозе и бесспорно оказывают влияние на качество жизни и психику пациенток.

Цель работы: установить влияние эндогенной интоксикации у больных с эндометриозом на выраженность у них болевого синдрома и качество жизни, связанное со здоровьем.

Материал и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 44 женщин с верифицированным эндометриозом, находившихся на лечении в гинекологическом отделении ФГУ «Ивановский НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова» Росздрава в 2005-06 гг. Использовались стандартизированные тестовые опросники. Возраст пациенток составил от 23 до 47 лет, в среднем 34,1±6,2 года. Характер становления менструальной функции не отличался от средних показателей в популяции. Бесплодием страдало 68,2% % женщин. Подавляющее большинство женщин занимались преимущественно умственным трудом - 81,8%. Качество жизни пациенток исследовалось с помощью опросника MOS SF-36, включающее 8 показателей: 1. Physical Functioning (PF) - физическое функционирование, 2. Role-Physical (RP) - влияние здоровья на ролевое функционирование, 3. Bodily Pain (BP) – отсутствие боли, 4. General Health (GH) - общее состояние здоровья, 5. Vitality (VT) – жизнеспособность, 6. Social Functioning (SF) - социальное функционирование, 7. Role-Emotional (RE) - эмоциональное благополучие, 8. Mental Health (MH) - оценка психического здоровья, характеризующая настроение. Уровень эндогенной интоксикации определялся по показателям молекул средней массы (МСМ) в сыворотке крови на пиковой их концентрации, определяемой при =280 нм по методике Малаховой в модификации Габриэлян. Для статистической обработки использована компьютерная программа STATISTICA.

Результаты. Установлено, что показатели эндогенной интоксикации, которые оценивались по уровню средних молекул имеют более широкий разброс по сравнению с нормой. Средний уровень МСМ составил 0,26±0,15 Еоп/ч, с индивидуальными колебаниями 0,031 до 0,520 Еоп/ч, при норме до 0,2 Еоп/ч, причём за пределы нормы выходило 83,3% наблюдений. Т.о. у подавляющего большинства женщин отмечались аномальные показатели МСМ. Между показателями BP (отсутствие боли) и уровнем средних молекул крови нами отмечена положительная корреляционная связь ($r=0,31$, $p<0,05$). Уровень средних молекул крови находился в отрицательной корреляционной связи с большинством показателей качества жизни (PF – r= -0,46, VT – r= -0,77, SF -r = -0,51, MH – r= -0,46, RE – r= -0,42; $p<0,05$). Таким образом, интоксикация при эндометриозе значительно влияет на качество жизни, причем преимущественно снижая показатели сферы жизненной энергии и эмоциональной сферы. Имеющаяся положительная корреляционная связь между BP (отсутствие боли) и уровнем МСМ говорит о снижении боли на высоте интоксикации, что свидетельствует о тормозном влиянии интоксикации при эндометриозе на процесс проведения и восприятия болевых импульсов.

Выводы: Наружный эндометриоз сопровождается состоянием эндогенной интоксикации, что выражается в повышении уровня МСМ и специфическими нарушениями качества жизни и эмоциональной сферы.

Эндогенная интоксикация при эндометриозе ассоциирована со снижением выраженности болевого синдрома, что может быть обусловлено нарушением индивидуального восприятия болевых импульсов, т.е. повышением порога болевой чувствительности.

Так же эндогенная интоксикация при эндометриозе значительно влияет на качество жизни пациенток, приводя к снижению большинства его показателей, в частности снижая показатели жизненной энергии и эмоциональной сферы.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА, НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У КРЫС

Герасимов А.М., Смирнов В.М., Перетятко Л.П.

ГОУВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава, Иваново
ФГУ ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий, Иваново

Экзогенно вводимые половые стероиды – класс фармакологических препаратов, которые весьма активно используются в лечении многих гинекологических заболеваний, в частности эндометриоза. Существует несколько классов препаратов стероидного происхождения, производных гестагенов, эстрогенов и андрогенов, оказывающих иногда разноплановое влияние на органы репродуктивной системы, но применяющихся при одних и тех же патологических состояниях. Особенно широко данные препараты применяются при эндометриозе, однако назначаются они без учёта их влияния на морфологические характеристики органов репродуктивного тракта.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния препаратов, используемых в лечении эндометриоза на морфологические характеристики генитального комплекса.

Материалы и методы. Исследование проводилось в условиях вивария кафедры фармакологии ИвГМА на крысах линии Wistar. Все крысы были разделены на 4 подгруппы по слепому принципу: I группа – контрольная, во II-ой группе животные получали даназол, в III-ей – медроксипрогестерона ацетат, в IV-ой – монофазные КОК (этинилэстрадиол – дезогестрел). Все животные были синхронизированы в эстральном цикле в течение 2 месяцев (по характеру кольпоцитологии). Медроксипрогестерон вводился однократно внутримышечно в дозе 2 мг на одно животное. Даназол в дозе 100 мг/кг и монофазные КОК в дозе 1 мг/кг (в пересчете на гестагеновый компонент) вводились в течение 10 дней per os на 1%-ном крахмальном клейстере. Забой крыс производился под нембуталовым наркозом в летальной дозе. Производилась экстирпация генитального комплекса. Генитальные комплексы взвешивались, затем фиксировались в нейтральном формалине, проводка и заливка по стандартной методике в эпон-аралдит. Выполнялись полутонкие срезы, которые окрашивались гематоксилин-эозином. Препараты оценивали при световой микроскопии. Кольпоцитологические мазки окрашивались по Романовскому – Гимзе и оценивались подсчетом под световым микроскопом.

Полученные результаты. В контрольной группе крыс средняя масса генитального комплекса составила 0,473±0,065 г (с индивидуальными колебаниями от 0,210 до 0,800 г). Все крысы контрольной группы находились в состоянии диэструса, о чем свидетельствовали влагалищные мазки, содержащие в основном лейкоциты и умеренное количество слизи.

Гистологическое исследование яичников и матки показало относительно гетерогенную группу. В яичниках лютеиновая ткань преобладала над гранулезными клетками в соотношении от 60 до 80%, расположенными субкапсулярно. Фолликулярный аппарат был на ранних стадиях развития (в основном примордиальные фолликулы), количество которых колебалось.

В теле матки подслизистый и слизистый слои диффузно инфильтрированы лейкоцитами с преобладающим эозинофильным компонентом. Эпителий в основном кубический. Мышечный слой неравномерно истончен.

В группе крыс, получавших даназол, масса генитального комплекса составила в среднем 0,609±0,06 г, что значительно больше ($p<0,05$) соответствующего показателя в контрольной группе. Влагалищные мазки в данной группе демонстрировали значительную гормональную насыщенность: преобладали ороговевающие и промежуточные клетки, многие в состоянии кариопикноза, слизь в минимальных количествах, лейкоцитов практически не было, обсемененность флорой мала. 4 тип реакции развивался, видимо, за счет относительной гиперандрогении, что является фармакологическим эффектом даназола.

В отличие от группы контроля, у животных, получавших даназол, в яичниках лютеиновые клетки преобладали над текой в соотношении 80-90% к 10%. Фолликулы в умеренном количестве с преобладанием явлений обратного развития.

В теле матки эозинофильная инфильтрация затрагивала все слои, была массивной. Эндометрий пролиферативного характера с минимальными секреторными преобразованиями. Часто выявлялись некротические явления в ядре и цитоплазме. Во всех слоях отмечалось усиление сосудистого компонента, часто встречались межмышечные сосудистые «поля», «клубки».

В группе крыс, получавших медроксипрогестерон, масса генитального комплекса составила 0,419±0,025 г, что достоверно не отличалось от таковой контрольной группе. Влагалищные мазки демонстрировали эстрогеновую недостаточность: в мазках преобладали базальные и парабазальные клетки, небольшое количество лейкоцитов и обилие слизи. Обсемененность микрофлорой значительная.

Гистологическая характеристика яичников показала определенную гетерогенность. Соотношение тека-клеток к лютеиновым колебалось от 50/50% до 90/10%. Количество фолликулов умеренное на разных стадиях развития.

Во всех случаях в матке имели место апоптотические изменения в эпителии желез эндометрия. Отмечалось снижение количества желез вплоть до аплазии. Во всех случаях имела место лимфо-плазмо-гистиоцитарная инфильтрация подслизистого и мышечного слоев с явлениями фиброза подслизистого слоя.

В группе крыс, получавших монофазные КОК, масса генитального комплекса достоверно увеличилась и составила 0,55±0,02 г (0,405-0,660 г). В мазках преобладала умеренная эстрогеновая насыщенность (3 тип, метаэструс): доминировали промежуточные клетки, обнаружено большое количество слизи и лейкоцитов, значительная бактериальная обсемененность.

В яичниках соотношение лютеиновых клеток к гранулезным колебалось от 60/40% до 80/20% в виде очаговых скоплений. Количество фолликулов колебалось от умеренно сниженного до избыточного на разных стадиях развития.

В матке имело место нарушение закладки желез: от их зачатков до избыточного количества нефункционирующих желез, с деформацией и очаговой деэпителизацией. Ядра «отслоены» от базальной мембраны. Эпителий кубический, местами дистрофический с признаками очагового некроза и некробиоза (кариорексис и кариолизис). Инфильтрация подслизистого слоя скудная, гранулоцитарная.

Обсуждение результатов. Гормональные препараты оказывают разноплановое действие на яичники и ткани матки. Наиболее существенное влияние на яичники оказывает даназол, вызывая дегенерацию фолликулов. Препараты медроксипрогестерона и эстроген-гестагенов существенного влияния на состояние фолликулярного аппарата не оказывают. Наибольшие сдвиги отмечаются в состоянии матки. Так, даназол приводит эпителий слизистой к секреторной трансформации и значительно усиливает сосудистый компонент (неоангиогенез), что на макроуровне выражается в значительном увеличении массы генитального комплекса. Медроксипрогестерон приводит к выраженной секреторной трансформации железистого эпителия и вызывает усиление апоптотической активности, вызывает фиброз стромы. Действие же сочетанных эстроген-гестагенных имело несбалансированный характер: усиление железистого компонента,

однако без признаков активности в нем, в сочетании с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями в эпителии желез.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО КОНТРАЦЕПТИВА НОВАРИНГ В ЛЕЧЕНИИ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Гергова Ф.Х., Узденова З.Х., Шаваева В.А., Боттаева Л.В., Хапаева А.И.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет
Россия, г.Нальчик, ГУЗ Центр планирования семьи и репродукции

Фолликулярные кисты яичников (ФКЯ) являются наиболее распространенной патологией у женщин репродуктивного возраста. Среди доброкачественных новообразований яичников на их долю, по данным отечественных и зарубежных авторов, приходится до 54%. Согласно нашим исследованиям проведенным в гинекологическом отделении ГКБ №2 за период с 2005 по 2007 гг., ФКЯ составили до 55,9%. Широкое применение в лечении фолликулярных кист яичников нашли гормональные контрацептивы.

Цель исследования: изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения фолликулярных кист яичников у женщин репродуктивного возраста вагинальным контрацептивным кольцом НоваРинг.

Обследовано 25 женщин репродуктивного возраста с фолликулярными кистами яичников. Средний возраст пациенток составил 27±0,5 года. Пациентки были сопоставимы по основным клиническим параметрам. Диагноз ФКЯ устанавливался на основании клинических данных, УЗИ органов малого таза, уровня онкомаркеров в крови и гормонального профиля. Наблюдение за пациентками осуществляли в ходе гормональной терапии через 1, 3, 6, месяцев и после окончания курса лечения. С целью гормональной терапии назначалось контрацептивное кольцо НоваРинг.

Для проведения гормональной терапии были отобраны женщины с отсутствием повышения уровня онкомаркеров, а так же руководствовались данными эхографии, а именно наличием тонкостенного однокамерного образования небольших размеров от 4,0 до 8,0 см в диаметре, при отсутствии плотных структур, перегородок и дополнительных полостей.

Гормональная терапия назначалась на 6 месяцев, УЗИ контрольные проводился каждые 3 месяца. При отсутствии эффекта пациентам рекомендовалось оперативное лечение.

При оценке эффективности лечения отмечено, что на фоне терапии НоваРингом боли исчезли через 1 месяц у 8 больных, к концу 3 месяца приема - у всех пациенток. Через 3 месяца нарушение менструальной функции сохранялось у 8 пациенток. Через 6 месяцев у всех больных менструации носили регулярный характер. Полный регресс ФКЯ отмечен к концу 3 месяца лечения у 12 больных, у 10 уменьшение образования было отмечено через 5-6 месяцев. 2 больным, ввиду отсутствия положительного эффекта от гормональной терапии, было рекомендовано оперативное лечение.

При анализе гормонального статуса до лечения было установлено, что средняя концентрация (СК) ФСГ у больных с ФКЯ достоверно выше нормы, средний уровень ЛГ в динамике менструального цикла был в 2 раза ниже нормы. В процессе лечения средние уровни ЛГ и ФСГ закономерно снижались. СК эстрадиола до лечения составляла в первую фазу цикла 0,7±0,01 н/моль/л (что выше нормы), во вторую фазу 0,5±0,02 н/моль/л; СК прогестерона в динамике менструального цикла была достоверно снижена. На фоне лечения СК эстрадиола в течение менструального цикла достоверно снижалась, составляя к 3-му месяцу 0,3±0,001 н/моль/л, содержание прогестерона так же было снижено и носило монотонный характер.

84% пациенток отметили ряд преимуществ данного метода лечения, основными из которых явились: удобство в применении, эффективность метода, естественность, хороший контроль цикла в процессе контрацепции, улучшение качества жизни.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют заключить, что влагалищное кольцо НоваРинг – это современный инновационный метод гормональной контрацепции, оказывающий положительный лечебный эффект и способствующий восстановлению репродуктивной функции у больных с ФКЯ. Особенностями НоваРинга являются постоянное выделение малых доз гормонов, отсутствие эффекта первичного прохождения препарата через желудочно-кишечный тракт, отсутствие необходимости ежедневного контроля за применением.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН КОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ

Гладкая В.С.

Россия, Республика Хакасия, г. Абакан ГУЗ «Хакасская республиканская больница» им. Г.Я. Ремишевской

В структуре населения Хакасии женщины составляют 53,3% (291 180 человек), среди них 53,2% (158 145) находятся в репродуктивном возрасте. Женщин коренной национальности (хакасок) – 11,9% (34 595 человек), поэтому наибольшую актуальность приобретает изучение физического развития и здоровья женщин, а также особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов. Большое количество беременностей и родов у женщин, проживающих в условиях социально-экономической нестабильности, негативным образом сказывается на состоянии репродуктивного здоровья женщин и приводит к различным осложнениям.

Цель исследования. Изучить состояние репродуктивного здоровья женщин-хакасок, особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование медицинских документов, изучена социально-гигиеническая характеристика, репродуктивный, соматический анамнез, особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных у 225 женщин-хакасок, проживающих в Аскизском районе Хакасии.

Результаты исследования. Средний возраст обследованных женщин-хакасок составил 28,87±0,41 лет. Средняя длина тела женщин составила: 155,4±0,7 см (141,0 – 173,0 см). Средние значения пельвиометрических параметров женщин составили: distantia spinarum - 23,62±0,09 см; distantia cristarum - 26,65±0,09 см; distantia trochanterica - 30,08±0,09 см; conjugata. externa - 18,74±0,07 см. Среди обследованных женщин-хакасок у 64,4% выявлены различные формы узкого таза. Наиболее часто встречался поперечносуженный таз - 46,2%, общеравномерносуженный таз – 32,4%, простой плоский таз – 19,3% и плоскорахитический таз в 2,1 %.

При исследовании репродуктивного анамнеза выявлено, что средний возраст менархе у женщин-хакасок составил 13,9±0,1 лет, сексуальный дебют у них отмечается с 18,1±0,1 лет. Первородящие среди обследованных женщин составили – 34,2% (77), а повторнородящие – 65,8% (148). Женщины, имеющие вторые и третьи роды, составили – 51,1% (115).

Многорожавшие, имеющие четверо и более родов, встречались в 14,7% случаев. Среди обследованных женщин медицинские аборты в анамнезе отмечены в 56% случаев, из них – у 15,9% женщин выявлено прерывание беременности до первых родов. Осложненное течение предыдущих родов выявлено в 18,7% (42) женщин. Наиболее частыми осложнениями в родах у них были: рубец на матке (30,9%); крупный плод (19,0%); поздний гестоз - (16,7%); кровотечение при беременности и в родах - (11,9%) и преждевременные роды (11,9%).

Среди обследованных женщин в 78,7% случаях выявлены воспалительные заболевания репродуктивной сферы. Вагинит встречался в 65,8%, сальпингит в 21,8% случаев и у 36% женщин регистрировалась эрозия шейки матки. Следует отметить, что в 38,2% случаев у обследованных женщин, во время беременности выявлены инфекции передаваемые половым путем (ИППП). Хламидиоз выявлялся в 16,0%, трихомониаз в 13,6% и кандидоз в 12,7% случаев.

Экстрагенитальная патология у женщин увеличивает частоту различных акушерских осложнений и риск рождения неполноценного потомства (М.М. Шехтман, 1999). При изучении состояния здоровья женщин, выявлено, что 71,6%(161) женщин, имели различные соматические заболевания. В структуре соматической патологии у женщин-хакасок, преобладают заболевания органов дыхания - 18,2%, сердечно-сосудистой системы – 17,3%, щитовидной железы – 16,0%, мочевыделительной системы – 10,7% и заболевания ЛОР-органов – 10,2%.

Немногочисленные исследования свидетельствуют о том, что этническая принадлежность оказывает влияние на особенности течения беременности и возникновение различных осложнений беременности, в то же время некоторые заболевания специфичны для определенной национальности [3].

Анализ течения беременности показал, что в 80,4% (181) случаях у женщин-хакасок, выявлено осложненное течение беременности. Частота раннего гестоза составила - 28,4%, а железодефицитная анемия - у них встречалась в 8,4%, а угроза прерывания беременности составила - 8,9% случаев. Наиболее частое осложнение второй половины беременности – железодефицитная анемия (56,0%), а частота позднего гестоза составила 18,7%.

Роды являются завершающим этапом беременности. От правильного их ведения во многом зависит исход для матери и плода. Мы изучали у обследуемых женщин продолжительность и течение родового акта, осложнения, а также частоту акушерских пособий и оперативных вмешательств. По данным отечественных авторов, средняя продолжительность родов у первородящих составляет 8 – 10 часов, у повторнородящих – 6 - 8 часов (В.И. Кулаков, 2000; Г.М. Савельева, 2000; Е.А. Чернуха, 2005)

Результаты проведенных исследований показали, что продолжительность родового акта, у первородящих женщин-хакасок составила - 8,45±0,36 час. (I период - 7,89±0,35 час.; II период - 0,37±0,03 час.; III период - 0,13±0,01 час.); у повторнородящих - 5,38±0,23 час (I период - 5,10±0,23 час.; II период - 0,21±0,01 час.; III период - 0,13±0,004 час.).

Нормальные роды у женщин-хакасок наблюдались в 39,1% случаев, а осложненное течение родов у них отмечено в 60,9%. Среди обследованных женщин срочные роды наблюдались в 96%; преждевременные роды - 4%. Частота преждевременного разрыва плодных оболочек отмечена у 31,6%. Существенное влияние на течение родового акта у обследованных женщин оказывали аномалии родовой деятельности: быстрые роды регистрировались в 17,3% случаев; стремительные у 8,0% женщин, а слабость родовой деятельности, выявлена в 11,1% случаев. Несмотря на то, что у женщин-хакасок в 64,4% случаях выявлен анатомически суженный таз, однако клиническое несоответствие в родах отмечено в 0,4%. Крупный плод (масса детей 4000 г и более) у них встречался в 8,0%.

Большое количество разрывов мягких тканей родового канала (18,7%) объясняется наличием быстрых и стремительных родов и необоснованно редко проводимыми операциями, подготавливающими родовые пути (перинеотомия и эпизиотомия составила - 1,8%).

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Роды через естественные родовые пути составили 89,3%, а частота кесарева сечения у женщин-хакасок составила 10,7%. Кесарево сечение в плановом порядке произведено в 38,5% (20) случаев, а в экстренном порядке в 61,5% (32) случаев. Основными показаниями для планового родоразрешения являлись: рубец на матке – 13 (65%); тяжелый гестоз – 7 (35%).

Основными показаниями для экстренного оперативного родоразрешения у женщин являлись: слабость родовой деятельности - 40,6%; рубец на матке - 21,9%; гестоз средней и тяжелой степени - 12,5%; клинически узкий таз – 15,6%; предлежание плаценты – 6,3%; тазовое предлежание плода – 3,1%. При корреляционном анализе определяется положительная зависимость между частотой операции кесарева сечения и массой тела женщины (r=0,764).

Общая кровопотеря при самопроизвольных родах у женщин-хакасок составила 215±5,0 мл. Следует отметить, что всем женщинам проводилась профилактика гипотонического кровотечения по единой методике.

Оценка физического развития новорожденных проводилась по данным массы, длины тела, окружности головы и груди. Средние значения антропометрических параметров новорожденных, родившихся у женщин-хакасок, составили: масса тела -3334,4±30,6 г.; длина тела - 53,6±0,2 см; окружность головы - 34,0±0,1 см; окружность груди - 32,8±0,1 см.

Состояние новорожденных при рождении оценивали по шкале Апгар (на 1 и 5 минутах жизни). Средняя оценка по шкале Апгар на первой и пятой минуте у новорожденных составила 7,51±0,06 и 8,64±0,4 баллов, соответственно.

Анализ течения неонатального периода показал, что заболеваемость новорожденных составила - 26,7% (60). Детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар от 3 до 6 баллов, составило - 12%. При изучении заболеваемости новорожденных- выявлено, что церебральная ишемия наблюдалась в 22,2% (50), асфиксия в родах 12,0% (27), задержка внутриутробного развития плода составила - 5,3% (12), респираторный дистресс-синдром диагносцирован в 4,4% (10), родовая травма в 4,4% (10), частота врожденных аномалий составила - 1,8% (4) случаев.

Заключение. Таким образом, социально-экономические факторы неблагополучно влияют на репродуктивное здоровье женщин коренного населения Хакасии. Это приводит к ухудшению соматического здоровья, увеличению гинекологических заболеваний, среди которых лидируют воспалительные заболевания женской половой сферы, что, способствует осложненному течению беременности: высокой распространенности анемии и инфекционных заболеваний, гестозу, угрозе прерывания беременности, рождению доношенных детей с низкой массой тела.

Оптимизация качественного оказания медицинской помощи во время беременности и в родах, решение кадровой проблемы, предгравидарная подготовка и планирование беременности, последовательность и согласованность действий медицинского персонала, являются необходимыми условиями сохранения репродуктивного здоровья и здоровья нации.

ВЛИЯНИЕ АУТОИММУННОГО ДИАБЕТА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Глазкова О.Л., Сибирская Е.В.

Россия, г. Москва, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО РМАПО

В настоящее время сахарный диабет 1 типа рассматривают как классическую аутоиммунную болезнь. Доказательством аутоиммунной природы сахарного диабета 1 типа является наличие аутоантител к широкому спектру мембранных и цитоплазматических компонентов β-клеток, включая инсулин, проинсулин и глютаматдекарбоксилазу. У больных сахарным диабетом 1 типа обнаруживают не только островковонаправленные антитела, но и аутоантитела к другим органам и тканям, в том числе к лимфоцитам, клеткам гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, а также к симпатическим и парасимпатическим нейронам. В этой связи при сахарном диабете 1 типа нельзя исключить и наличие аутоиммунного поражения яичниковой ткани, следствием которого может явиться нарушение менструального цикла на фоне синдрома истощенных яичников или аутоиммунного оофорита.

Сахарный диабет 1 типа чаще всего манифестирует в молодом возрасте. Несмотря на то, что создание и совершенствование препаратов инсулина позволило многим пациенткам сохранять двухфазный менструальный цикл и беременеть, проблему коррекции негативного влияния сахарного диабета на репродуктивную систему женщины нельзя считать решенной.

Цель исследования: изучить состояние репродуктивной системы у женщин больных сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования: Проведено обследование 100 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (32,2±1,8 лет), страдающих сахарным диабетом 1 типа, с длительностью заболевания от 2 месяцев до 32 лет (14,5±6,8 лет). Гинекологическое обследование включало анализ анамнестических данных, осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза с ЦДК в динамике менструального цикла, тесты функциональной диагностики. У пациенток с нарушениями менструального цикла на 5-7 день менструального цикла определяли концентрацию ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, ДГЭА-сульфата, ТТГ, 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови (ИФА). 30 женщинам в возрасте до 25 лет, больным сахарным диабетом 1 типа, отобранных методом случайной выборки, определяли в сыворотке крови содержание тиреотропного гормона, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, аутоантител к цитоплазматическим антигенам β-клеток (ICA) и к инсулину (IAA), а также антител к ткани яичников методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа. Контрольную группу для определения овариальных антител (n=10) составили практически здоровые женщины в возрасте от 18 до 30 лет, средний возраст 24,2±1,6 лет, проходившие профилактический осмотр в поликлинике.

Результаты: В группе обследованных больных преобладали пациентки с сахарным диабетом средней степени тяжести (59 человек), тяжелая форма заболевания имела место у 40, а легкая – у 1 женщины.

В изучаемой группе среди сопутствующих или имеющихся в анамнезе гинекологических заболеваний превалировали: кандидозный вульвовагинит (у 46%), бактериальный вагиноз (у 34%), эктопия шейки матки (у 28%), миома матки (у 24%), миома матки в сочетании с аденомиозом (у 9%), хронический сальпингооофорит (у 22%), дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода (9%), полипы эндометрия (у 7%), невынашивание беременности отмечено в 18% наблюдений, первичное бесплодие у 7% пациенток.

У 9 обследованных женщин менструации отсутствовали, из них 7 (77,77%) были прооперированы в возрасте до 40 лет по поводу миомы матки – 4(57,14%), аденомиоза – 2(28,57%) и рецидивирующей гиперплазии эндометрия – 1(14,28%), а у 2 (22,22%) женщин наступила ранняя менопауза.

Среди 91 женщины репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом 1 типа, менструальный цикл был регулярным у 47 (51,64%), причем у 30 (63,83%) – овуляторным. В остальных наблюдениях отмечены те или иные отклонения в ритме или характере менструаций (аменорея, олигоменорея, гиперполименорея, нерегулярные менструации). Первичная аменорея имела место у одной пациентки с началом заболевания в детском возрасте, вторичная аменорея в анамнезе – также у женщины с дебютом диабета в детстве и длительностью заболевания 20 лет. Альгодисменорея отмечена в 51,64% наблюдений.

Гиперпролактинемия наблюдалась у 2 (4,54%) женщин, соотношение ЛГ/ФСГ более 2,5 при высоком содержании ЛГ на 5-7 день цикла в 2,27% случаев.

При статистическом анализе нами были выявлены следующие взаимосвязи: прямая зависимость частоты нарушений менструального цикла от длительности заболевания сахарным диабетом ($\chi 2=40,8$), большая частота нарушений менструального цикла у женщин с более ранним дебютом основного заболевания ($\chi 2=75,81$), сильная прямая зависимость частоты нарушений цикла и степени тяжести диабета ($\chi 2=32,4$), большая частота нарушений менструального цикла у пациенток с потребностью в более высоких дозах инсулина ($\chi 2=6,8$).

При проведении исследования на определение антиовариальных антител к ткани яичника ни у 30 женщин с сахарным диабетом 1 типа, ни у здоровых женщин контрольной группы (n=10) не было обнаружено повышение титра антител выше допустимой нормы (норма от 0 до 10 U/мл). В то же время, была выявлена положительная корреляция между концентрацией антител и степенью тяжести сахарного диабета.

У 21 (70%) женщины со средней степенью тяжести сахарного диабета 1 типа уровень антител к ткани яичника колебался от 0,3 до 4,9 U/мл (средний показатель 2,8±1,2 U/мл). Антител к инсулину и β-клеткам поджелудочной железы не было обнаружено ни у одной женщины в данной группе больных, титр антител к тиреоглобулину колебался от 3 до 15 (среднее значение 8,2±4,4 МЕ/мл) при норме от 0 до 100 МЕ/мл, уровень титра антител к тиреопероксидазе был от 0 до 10 (среднее значение 5,6±2,2 МЕ/мл) при норме от 0 до 30 МЕ/мл.

У 9 (30%) женщин с тяжелым течением сахарного диабета 1 типа уровень антител к ткани яичника колебался от 6,9 до 9,7 U/мл (средний показатель 8,4±1,4 U/мл). Антитела к β-клеткам поджелудочной железы не были обнаружены ни у одной женщины в данной группе больных. Антитела к инсулину были выявлены у 2 женщин с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет. Уровень титра антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе также не был повышен, но по сравнению с пациентками со средней степенью тяжести сахарного диабета 1 типа показатели были более высокими: 78±12,4 МЕ/мл и 14,8±10,6 МЕ/мл соответственно.

В контрольной группе здоровых женщин (n=10) уровень антител к ткани яичника колебался от 0,1 до 3,2 U/мл (средний показатель 2,2±1,8 U/мл), отсутствовала патология щитовидной железы и не было выявлено изменений гормонального статуса.

Выводы: Более чем половина женщин, больных сахарным диабетом 1 типа, имеют нарушения менструального цикла, причем частота нарушений зависит от длительности, времени дебюта и степени тяжести заболевания. Концентрация антиовариальных антител в сыворотке крови больных зависит от степени тяжести сахарного диабета 1 типа, что дает возможность предположить аутоиммунный генез нарушения функции яичников по крайней мере у части пациенток.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Кортунова В.В., Красникова М.Б.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Остроконечные кондиломы гениталий, вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются одним из самых распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Проблема имеет социальную значимость, так как подавляющее большинство больных составляют лица молодого трудоспособного возраста (до 70% юных женщин). Максимум заражения ВПЧ - инфекцией приходится на возраст 18-25 лет.

Целью нашего исследования явилось изучение медико-социального статуса женщин, страдающих папилломавирусной инфекцией гениталий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 85 молодых женщин с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) гениталий. При обследовании изучаемого контингента женщин применялись общепринятые клинические методы, бактериологические, бактериоскопические, эндоскопические (кольпоскопия, вульвоскопия), цитологические, гистологические, иммунологические методы, метод ПЦР, гистоморфологические методы исследования, а также многофакторное анкетирование.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст молодых женщин с ПВИ составил 22.9 лет. Продолжительность заболевания варьирует от 7 дней до 1 года. Все пациенты предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, зуд, жжение и высыпания в области гениталий. В 68,8% случаях остроконечные кондиломы имели множественный характер и были расположены в области больших и малых половых губ, промежности, преддверия и стенок влагалища, устья уретры. Наряду с остроконечными кондиломами у всех молодых женщин диагностирована гинекологическая патология: вульвовагиниты (100%), фоновые заболевания шейки матки (81,1%), цервициты (6,5%), хронический сальпингоофорит (18,2%), кроме того, при бактериологическом исследовании выявлена сопутствующая микрофлора: хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, кандиды. Диагноз папилломавирусной инфекции подтвержден методом ПЦР, нахождением койлоцитов при цитологическом исследовании мазков.

По специально разработанной анкете, которая включала вопросы, касающиеся социальной принадлежности и занятости, условий и образа жизни, состояния здоровья, медико-социальных факторов, влияющих на репродуктивное здоровье, методов контрацепции, были опрошены 85 женщин с папилломавирусной инфекцией гениталий.

Из числа опрошенных женщин студентками ВУЗов являлись 63,6%, студентами колледжа - 14,6%, работающими - 21,8%. Основные профессии среди работающих: бухгалтера, преподаватели, менеджеры, медицинские работники. Уровень образования респонденток: незаконченное высшее образование имеют 63,3%, высшее - 23,5%, среднее профессиональное образование -13,2%.

Более половины молодых женщин (51,9%) проживают в общежитии. Свои жилищные условия как неудовлетворительные оценивают 10,9% опрошенных, как удовлетворительные - 61,8%, как хорошие - 27.3%.

Трехразовый режим питания соблюдают 68,1% молодых женщин. Два раза в день (обед и ужин) питаются 21.5%. Нерегулярное питание отметили 10.4% женщин. Приведенные данные позволяют утверждать, что каждая третья молодая женщина имеет нарушение режима питания.

Анализ анкетных данных показал, что все опрошенные молодые женщины живут половой жизнью. На раннее начало половой жизни указали 61,8% молодых женщин. Среди всех женщин только 16,3% живут в браке. Треть женщин (33,4%) считают нормой внебрачные половые отношения. Сексуальная активность молодых женщин достаточно велика - 96,4% женщин имели несколько половых партнеров. Контрацепцию применяли только 46,7% женщин, преимущественно барьерный метод.

Большинство опрошенных (54.5%) первые знания о сексе получили в возрасте 15-19 лет. Источником информации были: подруги (73.6%), врачи (14%), родители (12.4%). Из всех опрошенных имели беременность 27,3% женщин: только аборты - 74,7%, только роды - 20%, замершую беременность - 5,3%. Во всех случаях прерывания беременности причиной послужила нежеланная беременность.

Употребляют спиртные напитки 78,7% опрошенных молодых женщин. Наибольшее число (70,9%) женщин употребляют спиртные напитки от случая к случаю, однако 12,3% молодых женщин имеют тягу к алкоголю. Никотиновую зависимость имеют 29% опрошенных женщин, по мнению 23.1% курящих опрошенных, их здоровье ухудшилось с началом курения.

Оценивают свое здоровье как отличное 18%. хорошее - 34,5%, удовлетворительное - 52,7%, плохое - 5,5% женщин.

Ранее получали лечение, но поводу остроконечных кондилом 60% женщин, в 97% случаев производилось локальное удаление кондилом, без противовоспалительного и противовирусного лечения.

Таким образом, многофакторное анкетирование и клиническое обследование женщин с папилломавирусной инфекцией, позволяет считать данную проблему не только медицинской, но и социальной.

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Глебова Т.К.

Россия, г. Красноярск, Красноярская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования.

Доброкачественные дисгормональные заболевания молочных желез – мастопатии, относятся к группе наиболее распространенных среди женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Частота патологии в популяции составляет от 25 до 60%. Однако в последние годы частота мастопатии возросла и среди девочек-подростков. Среди факторов, способствующих развитию патологии молочных желез следует указать наследственную предрасположенность, раннее половое созревание, длительный стресс, гинекологические заболевания, аномальное репродуктивное поведение (артифициальные аборты, малочисленные или поздние роды, продолжительное или очень кратковременное кормление), дисфункция щитовидной железы, заболевания печени, различные эндокринные нарушения.. Кроме того, необходимость дальнейшего изучения мастопатии вызывает высокий риск ее озлокачествления.

Цель исследования: изучение состояния молочных желез у девочек ювенильного возраста с целью выявления у них особенности патологии молочных желез.

Материалы и методы: нами проведено обследование 76 девушек в возрасте 13-18 лет, обратившихся в Краевой центр планирования семьи, Центр охраны здоровья матери и ребенка и гинекологическое отделение Краевой клинической боль-

ницы. В объем обследования включались: опрос по специально разработанной нами анкете, обще-клинические анализы, осмотр и пальпация молочных желез, УЗИ молочных желез, гинекологический осмотр, маммография и пункционная биопсия (по показаниям)с последующим цитологическим исследованием пунктата. При необходимости проводился осмотр эндокринологом, хирургом, гастроэнтерологом, онкологом. Всем девушкам проводилось УЗИ молочных желез на 5-6 день менструального цикла аппаратом Aloka-650. По результатам обследования молочных желез все пациентки были разделены на 2 группы. Первая (основная) группа – 39 девушек, имевших в изменения в молочных железах. Вторая (контрольная) группа – 37 пациенток, не имевших патологии.

Результаты исследования: большинство пациенток первой группы составили девушки 14-17 лет – 44 (86%), 18 лет – 5 (10%), 13 лет – 2 (4%). 26 (50%) девушек учились в школе, остальные (24 - 47%) в колледже и училище, работала 1 (3%). В Красноярске проживали 36 (70%) девушек, в районах края 15 (30%). Менархе в 10-11 лет отмечалось у 9 девушек (18%), в 12-13 лет у 30 (58%), в 14 лет - у 12 (24%). Менструации установились сразу у 42 пациенток (82%), через 1,5 года – у 9 (18%). К моменту обследования не установились регулярные менструации у 9 (18%). Практически здоровыми были 30 (59%) девушек, 4 (8%) имели заболевания печени, патологию щитовидной железы – 9 (18%), ожирение - 5 (10%), хронический тонзиллит - 3 (5%). Половина из обследованных девушек жила половой жизнью, в браке не состояли. Из них у 22 человек (88%) она была нерегулярная. 10 (40%) девушек имели по 1 - 2 беременности, которые в 9 (90%) случаях закончились искусственным прерыванием и только 1 (10%) - срочными родами. Среди девушек живущих половой жизнью 19 (76%) предохранялись от нежелательной беременности: 6 (24%) - использовали физиологический метод, 10 (40%) - барьерный, 3 (12%) - КОК. 23 девушки (46%) имели патологию гениталий: 9 (18%) хронический сальпингоофорит, 9 (18%) эндометриоз, кисты яичников 5 (10%).

Все девушки изучаемой группы в течение 3-4 лет отмечали циклические боли и нагрубание молочных желез накануне менструации. У пациенток данной группы патология молочных желез была выявлена в 33 случаях (65%), у 14 (27%) она сочеталась с гинекологической патологией. Среди пациенток с патологией молочных желез в 97% (32 больные) изменения носили диффузный характер, а в структуре преобладали гиперпластические процессы железистой ткани и множество мелких кист. Только в 3% (1) имелась узловая форма. При проведении пункционной биопсии и гистологического исследования онкопатология была исключена.

Во второй группе девушки 14-17 лет составили 60% (15), 18 лет - 40% (10). Учились в школе 14 (57%), остальные в училище, колледже. Все девушки проживали в г. Красноярске. Менархе в 12 лет было у 18 девушек (72%), в 13 лет – у 7 (28%). Менструации у всех установились сразу или через 3-6 месяцев, а к моменту обследования были регулярными. Здоровыми были 17 (66%) девушек, 8 (34%) имели миопию, вегето-сосудистую дистонию. В данной группе 15 (60%) девушек вели нерегулярную половую жизнь, были не замужем. 7 девушек (47%) имели в анамнезе по одной беременности, которые в 100% закончились искусственным абортом. При этом контрацепция использовалась 13 (87%) пациентками: 4 (27%) применяли физиологический метод, 5 (33%) - барьерные средства, 4 (27%) – КОК. Гинекологической патологии в контрольной группе не было. Нагрубание молочных желез и циклические боли отмечали 4 девушки (20%). Во всех случаях (6 – 24%) выявленные изменения были диффузными. При УЗИ обнаружена картина железисто-кистозных и кистозно-фиброзных форм, узловых форм не было.

При сравнении исследуемых групп можно отметить, что в основной группе патология молочных желез встречалась в 2,5 раз чаще. Можно предположить, что это связано с тем, что у девушек имеются многочисленные факторы риска: раннее менархе (19%), длительный период становления менструального цикла (18%), нарушения менструального цикла (18%). У девочек контрольной группы менструации устанавливались быстрее и к моменту обследовании оставались регулярными. В отличие от контрольной, девушки основной группы в 46% имели патологию гениталий, что, несомненно, могло повлиять на формирование патологии молочных желез. Необходимо заметить, что девушки обеих групп достаточно рано, с 14 – 16 лет, начинали половую жизнь. При этом девушки контрольной группы оказались сексуально более активными, а при возникновении у них беременностей последние прерывались в 100%. У 42% девушек основной группы встречались заболевания печени, щитовидной железы, ожирение, тонзиллит, в то время как пациентки контрольной группы таких заболеваний не имели. Кроме того, возможно, имело значение и то, что гормональная контрацепция применялась только в 12%, против 27% - в контроле.

Необходимо заметить, что большинство девушек обеих групп проживали в городе, т.е. неблагоприятные экологические условия оказывали непосредственное влияние на развитие молочных желез. Кроме того, девушки указывали на наличие стрессовых ситуаций, связанных с учебой, семейными обстоятельствами, возникновением незапланированной беременности, что тоже принято относить к факторам риска.

Заключение: 1. При сочетании нескольких факторов риска частота доброкачественной патологии молочных желез у девушек возрастает.

2. В ювенильном возрасте мастопатия представлена преимущественно диффузными формами.

3. С целью предупреждения развития мастопатии при наличии у пациенток многочисленных факторов риска целесообразно проводить профилактические мероприятия: здоровый образ жизни, регулярные осмотры и самообследование молочных желез, лечение соматической и гинекологической патологии.

4. При необходимости контрацепции отдавать предпочтение гормональной контрацепции (микродозированые КОК – Логест, Мерсилон).

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН, ВКЛЮЧЕННЫХ В ПРОГРАММУ ИКСИ

Глинкина Ж.И.

ФГУ НЦ АГ и П «Росмедтехнологий» Москва, Россия

Цель: выявить структуру и частоту генетических изменений у мужчин программы ИКСИ.

Материал: пациенты программы ИКСИ

Методы: клинико-гениалогический, цитогенетический метод, молекулярно-цитогенетический, метод полимеразной цепной реакции, серологический метод.

Результаты исследования:

В исследование было включено 558 мужчин, которые имели отклонения в показателях спермограммы и нуждались в проведении процедуры ИКСИ. Первичное бесплодие среди пациентов отмечалось в 48% наблюдений. Средний возраст мужчин составлял 39 лет. При медико-генетическом консультировании у 20 мужчин из 558 (3.6%) были выявлены врожденные пороки развития. Моногенные заболевания и гетерозиготное носительство мутантных генов были обнаружены у 22 пациентов (4%).

При исследовании кариотипа в культивированных лимфоцитах крови 558 мужчин в 30 наблюдениях (5.4%) были выявлены изменения хромосомного набора.

В 17 из 30 наблюдений были обнаружены перестройки аутосом, которые в основном представлены транслокациями и перицентрическими инверсиями. В половине наблюдений транслокации аутосом были представлены робертсоновскими транслокациями хромосом 13 и 14. Из 3 выявленных перицентрических инверсий две были представлены инверсиями хромосомы 7. Исследование кариотипа двух мужчин показало у них делеции хромосомы Y и хромосомы 16 (мозаичная форма). Кроме того, были выявлены кариотипы, соответствующие синдрому Клайнфельтера (полная и мозаичная форма), синдрому полисомии хромосомы Y (полная и мозаичная форма), а у одного мужчины кариотип был представлен - 46,XX (всего 11 наблюдений).

Исследование AZF локусов Y хромосомы было проведено у 157 пациентов. У 20 из них было выявлено наличие микроделеции в локусе AZFc Y хромосомы, что составило 12.7%.

С помощью молекулярно-цитогенетического FISH метода было проведено исследование частоты анеуплоидии гоносом в половых клетках мужчин с нормозооспермией и различными отклонениями в показателях спермограммы.

Мужчины первой группы с нормальными показателями спермограммы и с нормальным кариотипом составили группу сравнения. Уровень анеуплоидии гоносом в сперматозоидах у них составил – 0.22%.

У мужчин с нормальным кариотипом и олигоастенотератозооспермией (ОАТ) был выявлен самый высокий уровень анеуплоидии в сперматозоидах по изучаемым хромосомам - 0.85%. У мужчин с показателями спермограммы на границе нормы - 0.50%; с олигоастенозооспермией - 0.48%; с тератозооспермией - 0.62%. Полученные данные указывают на то, что при любых отклонениях в показателях спермограммы наблюдается повышенный уровень анеуплоидии гоносом в сперматозоидах.

Исследование антигенов системы HLA I класса показало ассоциацию антигенов с отклонениями в показателях спермограммы. Мы обследовали 3 группы мужчин русской популяции: 1- с нормозооспермией (106 человек), 2- с олигозооспермией, астенозооспермией или сочетанной формой олигоастенозооспермией (102 человека), 3- с тератозооспермией (или в сочетании с олиго, астенозооспермией) (109 человек). Положительная ассоциация антигенов HLA I класса была выявлена только у пациентов с тератозооспермией ($p< 0,05$). Риск возникновения заболевания > 4 был обнаружен при гаплотипах A10,B35 (4,5) и A26,B18 (4,7). Сочетание обоих антигенов в гаплотипе B18 и B35 увеличивает риск до 11.

Заключение: Полученные данные указывают на то, что среди пациентов, включенных в программу ИКСИ выявляется повышенный уровень генетических изменений по сравнению с общепопуляционным. Мы считаем, что все пациенты включенные в программу ИКСИ должны пройти медико-генетическое консультирование с генетическими методами обследования. Антигены системы HLA I класса могут быть использованы как иммунологические маркеры заболевания, а их исследование у пациентов с нарушением сперматогенеза может иметь значение для прогноза здоровья будущего потомства.

ПРЕИМПЛАНТАЦИОННАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭМБРИОНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕЛЕЦИЕЙ AZF ЛОКУСА Y ХРОМОСОМЫ

Глинкина Ж.И., Кузьмичев Л.Н., Бахарев В.А., Дзенис И.Г., Азизова Г.Д.

ФГУ НЦ АГ и П «Росмедтехнологий» Москва, Россия

При включении пациентов в программу вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) следует помнить о генетических причинах возникновения бесплодия. В настоящее время мужской фактор среди супружеских пар с бесплодием составляет около 50%. Одной из причин, вызывающей нарушение сперматогенеза являются делеции AZF локуса Y хромосомы. По нашим данным около 13% всех случаев выраженной патоспермии и необструктивной азооспермии обусловлено мутацией одного или нескольких AZF локусов. Генетические исследования не только диагностически ценны, но они могут дать информацию о передаче данного заболевания потомству мужского пола, о чем необходимо информировать пациентов. При выявлении данных мутаций нами предлагается пациентам проведение преимплантационной генетической диагностики (ПГД) в рамках программы ЭКО.

Трем супружеским парам, где у мужей отмечалась олигоастенотератозооспермия и была выявлена делеция AZFc локуса была проведена ПГД с выбором пола эмбрионов. ПГД проводили на третий день от оплодотворения.

Было проведено 6 циклов стимуляции суперовуляции. У первой пациентки 2 цикла, у второй - 3, у третей -1 цикл. Всего из 78 яйцеклеток было получено 53 эмбриона (67.9%). Для биопсии бластомеров был пригоден 41 эмбрион (77.3%). Из 41 полученного бластомера, 5 не содержали ядер. Ядра были получены из 36 бластомеров, в 3 бластомерах было по 2 ядра, таким образом, общее количество ядер для исследования составило 39. В ходе диагностики было потеряно 2 ядра, сигналы отсутствовали в 3 ядрах. Таким образом, из 41 морфологически пригодного эмбриона были проанализированы 32 эмбриона, что составило 78%. В результате программы ЭКО 3 пациенткам в 5 циклах было перенесено 8 эмбрионов женского пола. В одном цикле переноса эмбрионов не было по причине отсутствия эмбрионов женского пола. В 18 ядрах был выявлен мужской пол, в 3- синдром Шерешевского –Тернера, в 1- YY, и в 3 бластомерах, где было получено по 2 ядра -XX (такие эмбрионы не переносятся). Беременность наступила у одной женщины, в результате которой родилась здоровая девочка.

Таким образом, ПГД эмбрионов с последующим переносом только нормальных эмбрионов позволит предупредить рождение ребенка с генетическими изменениями у пациентов программы ЭКО.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНО-ВИСЦЕРАЛЬНЫМ И ГЛЮТЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ОСОБЕННОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Глухова М.В., Линева О.И.

Россия, г. Самара, ОАО «Самарский Диагностический Центр», Кафедра акушерства и гинекологии ИПО СамГМУ.

Ожирение является одним из самых распространенных заболеваний населения экономически развитых стран, где четверть населения имеет массу тела, более чем на 15% превышающих норму. Наличие ожирения приводит к нарушениям менструальной и репродуктивной функции женщин или отягощает уже имеющиеся отклонения. Риск развития заболеваний, связанных с ожирением, зависит не столько от степени избытка массы тела, сколько от характера распределения жировой ткани, формирующего глютеофеморальный (гиноидный) и абдоминально-висцеральный (андроидный) типы ожирения.

Выявлена взаимосвязь между характером распределения жировой ткани и наличием метаболических осложнений. Считается, что андроидный тип ожирения часто сочетается с инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией, дислипидемией и артериальной гипертензией,гиперандрогенией

и гирсутизмом,составляя основу метаболического синдрома. В настоящее время интенсивно изучается роль андроидного типа ожирения в патогенезе хронической ановуляции при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ) и гиперплазии эндометрия. Выявлены основные метаболические и гормональные нарушения, сопровождающие наличие андроидного ожирения и приводящие к нарушениям менструальной и репродуктивной функции. При этом остается неясным, какие нарушения в деятельности эндокринной системы характерны для женщин с гиноидным типом ожирения.

Актуальность решения данной проблемы обусловлена необходимостью в правильном выборе лечения различных типов ожирения, направленных на дальнейшее уменьшение проявлений метаболического синдрома у женщин.

Цель исследования: сравнительная оценка гормонального статуса пациенток с гиноидным и андроидным типом ожирения и изучение влияния сибутрамина на метаболические параметры и эндокринную функцию репродуктивной системы у женщин с данными видами ожирения.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 48 пациенток в возрасте от 23-39 лет (средний возраст 31,1± 4,1 года) с ожирением и с нарушением менструальной и репродуктивной функции, и 20 пациенток с нормальной массой тела, составивших контрольную группу. Средняя масса тела обследованных больных составила 95,4± 4,6 кг; средний показатель индекса массы тела (ИМТ)- 33,5±2,7 кг/м2. У всех женщин имелись нарушения менструальной функции: у 42(87,5%)-олигоменорея, у 1(2%)- аменорея 2, у 5 (10,5%) -менструальный цикл был регулярным, при этом у 1-й имела место недостаточность лютеиновой фазы и у 4х-ановуляция. Средняя длительность нарушений менструального цикла составила около 10 лет. У 39(81,2%) больных отмечено первичное или вторичное бесплодие.

У 15(68,2%) больных 1-й группы и у 20(77%) больных 2-й группы выявлены эхографические признаки синдрома поликистоза яичников (СПКЯ).

Обследованные женщины не получали каких либо гормональных препаратов на протяжении 3-х месяцев до проведения исследования. По отношению окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) пациентки с ожирением разделились на 2 группы: 1-я группа гиноидный тип (ОТ/ОБ<0,85; n=22) с ИМТ=32,8 ± 2,6 кг/м2 и 2-я группа – андроидный тип (ОТ/ОБ>0,85; n=26) с ИМТ =34,4± 2,8 кг/м2.

Концентрацию гормонов в сыворотке крови определяли до и после терапии сибутрамином, а также оценивали липидный спектр крови, уровень глюкозы натощак и определение орального глюкозотолерантного теста. Всем пациенткам проводилось УЗИ и УЗДГ исследование органов малого таза.

Результаты исследования: Согласно полученным данным у пациентов 2-й группы (ОТ/ОБ >0,85) отмечена более высокая, чем в 1-й группе (ОТ/ОБ< 0,85) секреция инсулина (мкЕд/мл)-23,5± 2,5 и 7,8±1,5 соответственно; свободного тестостерона (пг/мл)- 5,1±0,4 и 4,3±0,3 соответственно; ДЭА-С (мкг/мл)- 4,1±1,1 и 3,6±0,7 соответственно; при снижении ПССГ (нМоль/л) -14,8±2,6 и 23,1±3,1 соответственно. В группе женщин с гиноидным типом ожирения был более высокий уровень пролактина (мМЕ/мл)- 823,7± 123,1 по сравнению с женщинами 2-й группы -318,6± 36,3,при нормальных показателях ТТГ в обоих группах. Обнаружено повышение ЛГ (мМЕ/мл)- во 2-й группе 11,8± 2,2 против 4,3± 1,6 в 1-й группе. Тенденция к снижению ПССГ более выражена во 2-й группе, что сопровождалось закономерным подъемом свободных фракций тестостерона при увеличении его общего пула в обоих случаях.

С целью снижения массы тела всем пациенткам проводили терапию сибутрамином (Меридиа,"Abbot Laboratories",США). Начальная суточная доза для всех больных составила 10 мг в сутки. Отмечено, что потеря массы тела у 15(57,7%) больных 2-й группы составила менее 2±0,8 кг за 1-й месяц и доза сибутрамина была увеличена до 15 мг в сутки. Общая продолжительность лечения составила 6 месяцев. Через 3 месяца выявлено снижение массы тела и ИМТ в обеих группах, но более выраженное у больных 1-й группы с гиноидным типом ожирения: 8,5± 2,1и 7,4± 1,7 кг соответственно. Через 6 месяцев потеря массы тела составила 17,3± 2,5 и 15,4± 1,9 кг соответственно.

За 6 месяцев терапии сибутрамином ОТ уменьшилась на12± 1,9 и 9± 1,2 см соответственно; ОБ на 10,4± 1,9 и 8,2± 1,1 см соответственно. У пациентов 2-й группы достоверно снизился показатель ЛГ, св. тестостерона, ДЭА-С и достоверно вырос исходно низкий уровень ПССГ в обеих группах. К концу терапии диагностировано значительное уменьшение размеров яичников, более выраженное во 2-й группе. Через 6 месяцев терапии сибутрамином количество больных с регулярным циклом увеличилось примерно в 6 раз в 1-й группе и в 4 раза во 2-й группе.

Выводы: В нашей работе выявлены однотипные нарушения метаболического и гормонального статуса у пациенток с гиноидным и андроидным типами ожирения, отличающиеся лишь в количественном выражении, определяющим в состоянии здоровья обследованных женщин является степень повышения уровня секреции инсулина и андрогенов.

.Применение сибутрамина с индивидуальным подбором дозы при разных типах ожирения является эффективным в снижении веса, но более выражено при гиноидном типе ожирения.

.Для получения более выраженного эффекта в снижении веса пациенткам с андроидным типом ожирения необходимо терапию начинать с большей дозы сибутрамина.

.Применение сибутрамина является эффективным в нормализации показателей гормонального профиля, более выраженное у больных с андроидным типом ожирения.

Нормализация гормонального статуса на фоне терапии сибутрамином приводит к изменению объема яичников, что позволяет их корректировать, не прибегая к гормональной терапии при СПКЯ.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ ОЗЕРА ЭЛЬТОН НА ГОРМОНАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЯИЧНИКОВ В ПЕРИОД ПРЕКЛИМАКТЕРИЯ

Жаркин Н.А, Гнутова С.В.

ВолГМУ г.Волгоград, Россия

ГУЗ санаторий «Эльтон», Волгоградская область, п. Эльтон, Россия

Курорт «Эльтон» располагает лечебными иловыми сильносульфидными соленасыщенными бромными грязями, бромной хлоридного магниево-натриевого состава рапой, среднеминерализованной сульфидно-хлоридного натриевого состава водой Сморогдинского минерального источника.

Актуальность проблемы:

В связи с падением рождаемости, наблюдаемое в России с начала 90-х годов прошлого столетия число женщин старшей возрастной группы постоянно увеличивается. Сохраняя работоспособность и социальную активность, тем не менее, они испытывают потребность в повышении качества жизни в связи с увеличением числа хронических заболеваний как организма в целом, так и репродуктивной системы, в частности. Более того, возрастные гормональные изменения или эстрогендефицитные состояния, обусловленные потерей репродуктивных органов, обусловливают появление общих болезненных симптомов, также снижающих качество жизни

пациенток. Отмечено, что лечение женщин с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в перименопаузальном возрасте природными бальнеологическими факторами на курорте Эльтон сопровождается не только улучшением в течении основного заболевания (уменьшением болей в суставах, повышением их подвижности), но и общего состояния в виде седативного действия, отсутствия продолжительное время климактерических симптомов (приливов, бессонницы). Однако, научных исследований в этом направлении до сих пор не проводилось, методика применения природных бальнеофакторов озера Эльтон для больных, имеющих эстрогендефицитные состояния не разработана. В связи с этим научные исследования по разработке метода бальнеотерапии природными факторами соленого озера Эльтон являются актуальными и могли бы способствовать расширению показаний к их применению и развитию самого курорта.

Цель исследования: повышение эффективности лечения и качества жизни пациенток с эстрогендефицитными состояниями на основе комплексной бальнеотерапии на курорте «Эльтон».

Материалы и методы лечения: Проспективное обследование с использованием современных высокочувствительных методов диагностики проведено 46 пациенткам, из которых 21 пациентке - с тяжелой степенью тяжести климактерических расстройств, 10 пациенткам - со средней тяжестью, 15 пациенткам – с легкой степенью. Помимо общего и гинекологического исследования до и после курортного этапа лечения всем больным определялись в динамике: менопаузальный индекс ; шкала дисменореи ; шкала S C L-90 уровня депрессии; определение в плазме крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола IFA -методом, а также микроэлементов: кальций, магний, холестерин, билирубин. Оценка вегетативной реактивности проводились методом Риодораку- измерение электропроводности кожи репрезентативных точек акупунктуры; дополнительно исследовались урогенитальные расстройства методом анкетирования..

В методике лечения применялись: диета, ЛФК, рапные бромные хлоридного магниево-натриевого состава или хвойно-рапные ванны, грязевые аппликации, физиолечение, массаж воротниковой зоны, психотерапия, терренкур.

Результаты исследования.

Эффект от лечения начал проявляться после 2-3-й процедуры грязелечения : улучшалось общее состояние, снижалась выраженность симптомов, типичных для эмоционально-психических расстройств. При гипертензии артериальное давление начало снижаться после 3-4–й и нормализовалось после 9-11-й процедуры. У всех больных отмечалось улучшение самочувствия: становились менее выраженными и исчезали раздражительность, плаксивость, головная боль, улучшался сон, повышалась работоспособность, исчезали приступы сердцебиения, реже возникали симпатико-адреналовые кризы. Аллергические реакции на различные раздражители, как правило, исчезали к концу лечения.

На фоне лечения отмечались достоверные изменения вегетативной регуляции, гормонального баланса, характеризующиеся возрастной нормой. Имело место снижение показателей школы депрессии, менопаузального индекса от29 до 17 ($p \leq 0,5$), уменьшение урогенитальных расстройств. Отдаленные результаты, прослеженные через 6-8 месяцев у 40 пациенток свидетельствовали о стойкости достигнутого на курорте эффекта.

Выводы.

Таким образом, применение комплексного санаторного лечения природными факторами озера Эльтон у женщин с дефицитом эстрогенов способствовало уменьшению тяжести климактерических расстройств, что обеспечило повышение качества жизни пациенток.

ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Гордон К.В., Мельникова Т.В., Несват Л. М., Шаманская Е.Н., Юшина И.Г.

Россия, г.Сочи, ФГУ Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации

Интерес к вопросам реабилитации гинекологических больных, страдающих бесплодием, определяется ростом частоты проведения у них реконструктивно-пластических операций на придатках матки с использованием эндоскопического доступа и сохраняющейся их недостаточной эффективностью, которая колеблется сегодня в различных клиниках от 18% до 37%.

Целью исследования явились научное обоснование и разработка современной методологии преемственного восстановительного лечения пациенток, перенесших органосохраняющие операции на органах малого таза.

Материал и методы исследования и лечения. Единицами наблюдения в рамках настоящего исследования с использованием метода непреднамеренного отбора больных были определены 361 пациентка, перенесшая реконструктивно-пластические операции на придатках матки, и проходивших курс восстановительного лечения в гинекологической клинике НИЦ КиР и ряде здравниц Сочи, по поводу бесплодия. С целью оценки эффективности разрабатываемой методики обследованные были поделены на две группы. Пациентки основной группы (164 женщины) проходили двухэтапное восстановительное лечение: 1 этап – в течение первых 7 дней после операции проводился курс ранней реабилитации, включавшей кроме традиционной фармакотерапии, талассо-, озоно- и КВЧ-терапию, а через 3-5 месяцев после лечебной лапароскопии начинался 2 этап - курс санаторно-курортного лечения, основанный на применении различных лечебных схем, включавших климатотерапию, талассотерапию, ЛФК, общий массаж, сероводородную или йодобромную бальнеотерапию, современную аппаратную физиотерапию в различных комбинациях. Больные контрольной группы (197 женщин) в раннем послеоперационном периоде получали только медикаментозное стандартное лечение и в период до 18 месяцев после операции другого лечения не получали.

Результаты и обсуждение. После курса ранней послеоперационной реабилитации у больных основной группы диагностировалось устойчивое психоэмоциональное состояние, более высокие уровни активности и настроения, субъективной оценки самочувствия. Оценка функциональной активности ВНС выявила нормотонический тип реакции при проведении ортоклиностатической пробы у 78% обследованных. Уровень защитно-приспособительных реакций гомеостаза в основной группе был достоверно выше: состояние спокойной активации отмечалось у 34% обследованных, а повышенной у – 52,3% больных. Явлений активного воспалительного процесса в малом тазу не было отмечено ни у одной больной в течение 6 месяцев после оперативного лечения, признаки умеренного спаечного процесса при бимануальном исследовании и УЗИ отмечались в 52% случаев. Нормальные показатели гормонального фона были отмечены в 37,2% случаев, 2-фазный менструальный цикл на протяжении 3 месяцев был зарегистрирован у 16% больных, признаки недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла в 78% случаев. Из 67 пациенток, прооперированных в МУЗ «Городская больница № 2» г.Сочи в течение 6 месяцев после операции беременность наступила у 24 женщин, из них – закончилась нормальными родами у 21 женщины, внематочная беременность имела место у 1 больной, прерывание беременности на ранних сроках

– у 2 пациенток. Таким образом, эффективность 1 этапа послеоперационной реабилитации составила 35,8%.

У пациенток основной группы, прошедших курс восстановительного лечения через 3-5 месяцев после операции, беременность наступила в 60% случаев, поступивших на СКЛ через 6-9 месяцев – в 42%, через 1 год - в 12, 3% случаев. Обострения ХВЗОТ в течение 3 лет не было отмечено у 62,8% женщин. После курса восстановительного лечения в 28% случаев наблюдалось улучшение в клиническом течении экстрагенитальной патологии.

У больных контрольной группы позитивная динамика основных гомеостатических показателей под воздействием курортного лечения была менее выраженной, однако в связи с более неблагоприятным исходным фоном достичь сходной эффективности в их лечении не удалось. В течение 1 года после оперативного лечения беременность не наступила ни у одной больной, в течение 3 лет после операции у 12% больных, причем в 1/3 случаев – внематочная.

Таким образом, преемственное двухэтапное восстановительное лечение обеспечивает нормализацию психоэмоционального состояния, функциональной активности вегетативной нервной системы, гормонального фона, иммунного статуса, активности антиоксидантной системы и специфических функций женского организма, достоверно повышает эффективность хирургического лечения, способствует восстановлению фертильности женщин, нормальному течению беременности и родов, снижению уровня заболеваемости новорожденных и повышению показателей качества жизни.

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ ДИСПЛАЗИИ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ

Грачева О.Н.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Актуальность. Многообразие и сложность морфологии и функций соединительной ткани обеспечивает ей центральную роль в саногенетических процессах и предполагает активное участие основных ее элементов в развитии многих видов патологии. Заболевания соединительной ткани встречаются столь часто, а их клинические проявления так многолики и разнообразны, что непросто соединить множество симптомов воедино и увидеть за частной симптоматикой системную патологию. Зачастую именно вторичные, а не первичные симптомы становятся ведущими в формулировке диагноза. Поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и родов.

Цель исследования - изучить характер нарушений репродуктивной функции при сочетании внешних фенотипических признаков соединительнотканной дисплазии (СТД) с признаками СТД со стороны внутренних органов (сердца).

Материал и методы. Характер исследования – ретроспективный клинико-статистический. Проанализирована репродуктивная функция у 64 женщин. В основную группу вошло 32 женщины в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст 23,6 -+ 0,49 года) с внешними и висцеральными фенотипическими маркерами соединительной ткани. К внешним проявлениям СТД мы относили: астеническое телосложение, сколиоз, гипотрофия, остеохондроз, миопия, варикозное расширение вен нижних конечностей, стрии на коже. Астеническое телосложение диагностировалось преобладанием продольных размеров тела. За висцеральные фенотипические маркеры СТД принимались малые аномалии сердца: пролапс митрального клапана (ПМК) и открытое овальное окно. Сопоставимую по возрасту контрольную группу составили 32 женщины без патологии сердечно-сосудистой системы (ССС).

Достоверность различий в частоте анализируемых признаков в указанных группах пациенток оценивалось по критерию х 2 Пирсона, при анализе количественных признаков использовался критерий Стьюдента.

Результаты. По полученным данным у 26 женщин с патологией ССС при осмотре выявлялся хотя бы один из семи перечисленных внешних фенотипических признаков. 6 женщин из этой группы не имели данных признаков. В среднем у пациенток с микроаномалиями сердца выявлялось 2-3 внешних маркеров СТД ($p<0,05$).

В группе контроля те же признаки СТД наблюдались гораздо реже: один признак имели 9 женщин, два признака – одна пациентка. 22 женщины из группы контроля не имели проявлений «слабости» соединительной ткани.

Наиболее частыми внешними проявлениями СТД в основной группе были отклонения со стороны кожи и скелета. Астеническое телосложение отмечалось в 6 случаях, остеохондроз – 8, гипотрофия – 5, сколиоз – 4, варикозное расширение вен – 7. В контрольной группе каких-либо закономерностей не выявлено.

Анализируя менструальную функцию женщин с СТД у 11 пациенток были выявлены нарушения: позднее наступление менархе, ювенильные маточные кровотечения, дисменорея (34,4%, против 12,7% в контроле, $p < 0,05$).

В дальнейшем акушерский анамнез женщин с СТД нередко был отягощен бесплодием в 21,8%; самопроизвольными выкидышами в 14,3%; преждевременными родами с ранним отхождением околоплодных вод в 18,3%; слабостью родовой деятельности в 20,1%. В группе контроля соответственно: 14,7%; 7,3%;12,1%; 11,6%. Оценивая внутриутробное состояние плода, мы установили, что частота хронической плацентарной недостаточности у женщин с СТД в 1,8 раза выше, чем в группе здоровых женщин. Обращает внимание высокая частота гипотонического кровотечения у пациенток основной группы, в 1,6 раза превышающая аналогичные показатели в контроле.

Заключение. Многие внешние фенотипические признаки СТД зачастую остаются без внимания. Между тем, собранные воедино, эти признаки могут свидетельствовать о СТД и быть основанием для более глубокого обследования пациента (и, чем больше признаков выявляется при осмотре, тем больше оснований ожидать наличия СТД со стороны сердца). Диагностическая ценность фенотипических признаков различна. Наибольший диагностический вес имеют отклонения со стороны скелета и кожи.

Выявляемые признаки СТД должны оцениваться в зависимости от числа, степени выраженности, характера и клинической значимости диспластических изменений.

Это еще раз подтверждает, что СТД сердца в большинстве случаев не являются первичными, а должны рассматриваться как аномалии, в основе которых лежит дефект соединительной ткани.

Необходимо прогнозирование нарушений менструальной функции и гестационных осложнений с проведением преконцепционной подготовки при выявлении СТД фенотипически.

ПУНКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Гребёнкин Б.Е., Палакян Л.П.

Россия, г. Пермь, ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Введение.

Среди множества патологических процессов наибольший интерес у клиницистов во все времена вызывали те из них, которые относят к ургентной патологии. В силу этого доброкачественным опухолям всегда уделялось меньше внимания по сравнению со злокачественными, между тем доброкачественные опухоли яичников являются довольно распространённой патологией среди женщин. Достаточно сказать, что до 11– 12 % чревосечений выполняются в гинекологических отделениях по поводу опухолей яичников или их осложнений (Серов В.Н.,2001).

Проблема диагностики и лечения кист яичников сложна и чрезвычайно актуальна не только в связи с ростом заболеваемости, но и проблемами репродуктивной системы. Кисты яичников составляют 17% от всех овариальных образований, из них фолликулярные – 85-90%, кисты жёлтого тела – 2-5%, текалютеиновые кисты – 1-2%, эндометриоидные – 5-10%. Согласно международной гистологической классификации ВОЗ, все перечисленные кисты относят к опухолевидным образованиям яичника (ОПЯ).

По данным разных авторов, частота опухолей яичников возрастает и за последние 10 лет увеличилась с 6-11 до 19-25% всех опухолей половых органов. Путём скринингового анкетирования и гинекологического осмотра показано, что частота встречаемости опухолями яичников составила 13,3%, причём, большая часть выявленной патологии приходится на опухолевидные процессы – 58,8%, на истинные опухоли – 39,1%.

Несмотря на успехи, достигнутые в выявлении опухолей яичников, остаются трудности в верификации истинной природы овариального образования на этапе до гистологического исследования.

В настоящее время появились новые возможности ранней и более точной дифференциальной диагностики новообразований яичников, основанные на дальнейшей разработке и усовершенствование методов визуализации овариальных образований и иммунологических тестов. Это позволило избежать операционной травмы, напрасных повреждений здоровой яичниковой ткани.

Выбирая метод лапаротомии, что само предполагает серьёзную операционную травму, хирург после удаления кисты с целью гемостаза вынужден наложить лигатуры.

Наложение лигатур на здоровую, оставшуюся ткань яичника, неизбежно приводит к деформации яичниковой ткани и ишемии её значительной части, что в свою очередь ведёт к рубцеванию ткани. В случае отсутствия противопоказаний к лапароскопии хирург после вылущивания капсулы также с целью гемостаза коагулирует монополярным электродом здоровую ткань яичника, что на наш взгляд приводит к серьёзному повреждению фолликулярного аппарата за счёт двух негативных моментов. Во первых электрокоагуляция приводит к непосредственному повреждению эндокринной ткани на глубину 3 - 4 мм и более. Вторым фактором является шоковое воздействие на овоциты проходящего тока от монополярного электрода через все ткани к противоположному электроду. В этой связи, исходя из современных требований принципа органосохраняющих вмешательств, особый интерес вызывает пункционная терапия, к которой многие исследователи периодически возвращают своё внимание. Однако рецидивирующее течение кистообразовательного процесса часто вызывает сомнение в эффективности последнего метода. Хотя, необходимо признать, что рецидивы кист яичника нередко имеют место и после хирургического лечения.

Нами предлагается использовать метод уточнения характера опухолевидного образования с использованием ультразвуковой диагностики, что позволяет приблизить эффективность метода пункционной терапии к хирургическому, оставив при этом преимущества малоинвазивного вмешательства, исключения хирургической травмы, наркоза и травмы яичника.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось определение тактики ведения больных с кистозными образованиями яичников и возможности использования малоинвазивных методов лечения на основе ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы исследования.

На базе отделения гинекологии ПККБ обследовано 280 женщин.

220 пациентам (96%) проведено хирургическое лечение включающее в себя (аднексэктомия с одной стороны – 28,64%, экстирпация матки с придатками – 23,64%, удаление опухоли яичника – 20,91%, двухсторонняя аднексэктомия – 18,64%, надвлагалищная ампутация матки с придатками – 4,55%, вылущивание кисты – 3,64%.).

Помимо общеклинического обследования, всем пациенткам до операции было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза с трансабдоминальными и трансвагинальными датчиками. Обращалось внимание на следующие критерии: тонкая или толстая капсула, гладкая или с разрастаниями. Содержимое кистозного образования: однородное или неоднородное, наличие эхопозитивных включений, дисперсная взвесь. Количество камер: однокамерное или многокамерное образование. Критерии выбора доступа для хирургического лечения анализировали на основании возраста, сопутствующих соматических заболеваний, величины и структуры овариального образования, сопутствующих гинекологических заболеваний и характера спаечного процесса, предшествующих операций.

60 женщинам (21,4%) проведена пункция кисты яичника. Показанием для проведения пункции кисты яичников явилось однокамерное образование с однородным жидким содержимым по данным ультразвуковой диагностике, тонкая капсула кисты. Обязательным явилось отсутствие повышения показателя с использованием маркёра СА-125.

Методика проведения пункции под контролем ультразвукового исследования: обработка влагалища трижды С4, спиртом. Взятие задней губы шейки матки на пулевые щипцы. Под местным обезболиванием раствором лидокаина 2%-4мл., выполнялся прокол иглой через задний свод влагалища. Содержимое кисты яичника отправляли на цитологическое исследование.

При цитологическом исследовании клеток новообразований выявлено не было. Осложнений после пункций не наблюдалось. Продолжительность нахождения пациентов в стационаре составила от 2 до 4 суток.

При наблюдении в периоде более года рецидивов не отмечено. Противопоказанием к проведению пункционной терапии явилось:

1) многокамерное образование с толстой капсулой,
2) неоднородность жидкого содержимого,
3) пролиферативные изменения на капсуле.

Выводы:

Таким образом пункционная терапия кист яичников при определении предложенных показаний под контролем УЗИ является эффективным, малоинвазивным, органосберегающим методом лечения, позволяющим снизить риск операционных и послеоперационных осложнений а также длительности нахождения пациентов в стационаре, что ведёт к уменьшению финансовых затрат и может быть рекомендовано к более активному внедрению в клиническую практику.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Григорьева Л.А., Коваль И.П., Новицкая Е.В.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет МЗ РФ», кафедра акушерства и гинекологии

Общая оценка здоровья девочек и девушек-подростков с использованием качества их жизни (КЖ) изучена недостаточно. В работе изучено КЖ 58 девочек и девушек-подростков с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) в возрасте от 12 до 17 лет.

Сформированы следующие группы: 1) с ВСД по симпатикотоническому типу, 2) с ВСД по ваготоническому типу, 3) с ВСД по смешанному типу, 4) без проявлений ВСД. Более двух третей подростков перовой, второй, третей групп имели сопутствующие хронические заболевания - хронический гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП), хронический тонзиллит, ожирение, невротические состояния, нарушения опорно-двигательного аппарата, эндемический зоб.

В исследовании использован опросник, включающий 20 вопросов, сгруппированных в 4 блока: общее состояние здоровья, физическая активность, психическое здоровье и болевой синдром.

При сравнении показателей КЖ всех подростов, в целом отмечено их отклонение в худшую сторону в первых трех группах ($p < 0,05$). Выявлена зависимость КЖ от типа вегетативной дисфункции. Наиболее низкие показатели КЖ наблюдаются у подростков 2, 3 групп ($p < 0,05$). Ухудшение показателей КЖ обусловлено снижением способности к физическим нагрузкам, ухудшением психического здоровья, наличием болевого синдрома. На вопрос о настроении, две трети подростков ответило, что «у меня часто состояние депрессии, когда мне трудно чем-либо заняться». О наличии болевого синдрома одна треть подростков отвечает, что « у меня почти всегда что-нибудь болит». При этом прослеживается обратная средней силы связь между способностью к физическим нагрузкам и выраженностью болевого синдрома ($r = 0,65$), и прямая корреляционная связь средней силы ($r = 0, 59$) между состоянием психического здоровья и снижением жизненной активности.

Сопутствующая патология других органов и систем у подростков 1. 2. 3 групп влияет на КЖ. Из них наиболее значимые - неврозы, ожирение, нарушения опорно-двигательного аппарата ($p < 0,001$). Хронический гастродуоденит, эндемический зоб. ДЖВП ($p < 0,05$). Хронический тонзиллит не оказывает существенного влияния на КЖ ($p > 0,05$).

Таким образом, мы видим, что у подростков с ВСД значительно снижено КЖ по сравнению со своими сверстниками, особенно при вегетативной дисфункции по ваготоническому и смешанному типам. Сопутствующая патология ухудшает КЖ подростков с ВСД, что требует ранней коррекции не только неврологической, но соматической патологии.

ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ПОД КОНТРОЛЕМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Григорьева Е.Е., Казарян Р.А.

Россия, Барнаул, Комитет по делам здравоохранения администрации города Барнаула, МУЗ «Городская больница №8»

В последние годы в литературе обсуждается вопрос о консервативном ведении больных с кистозными образованиями яичников. Анализ литературных источников свидетельствует о росте частоты опухолей в 2 раза и опухолевидных образований яичников в 2,5-3 раза за последнее десятилетие. Каждая 200-ая женщина госпитализируется в гинекологическое отделение по поводу фолликулярных кист, кист желтого тела и текалютеиновых кист. Опухолеподобные поражения яичников подлежат консервативному лечению, в частности, пункции кист под контролем эхографии и гормональной коррекции.

Цель исследования: оценить эффективность консервативной терапии с использованием пункции под контролем эхографии у больных с опухолевидными образованиями яичников.

Материалы и методы исследования: обследованы 116 пациенток в возрасте от 17 до 34 лет. В основную группу вошло 84 больных, которым проведена пункция объемного образования яичника, группу сравнения составили 32 пациентки, которым проведено консервативное лечение без инвазивных методик. Всем больным проведено гинекологическое, общеклиническое, гемостазиологическое, бактериологическое, эхографическое, цитологическое исследования. Пункция образования яичника выполнялась пункционным адаптером к трансвагинальному датчику 7,5 МГц УЗ аппарата Hawk – 2102 (BK Medical) иглой 1,35. Подбор больных осуществлялся на основании результатов эхографических исследований – наличие однокамерного тонкостенного образования небольших размеров (до 9,0 см в диаметре) при отсутствии плотных структур, перегородок и дополнительных полостей.

Средний возраст составил $26 \pm 0,6$ лет. Распределение по возрасту: до 20 лет – 6 (5,2%) пациенток, от 20 до 30 лет – 92 (79,3%), старше 30 лет – 18 (15,5%). Рецидивы кист единственного яичника оставшегося после ранее перенесенных операций наблюдались у 26 (30,9%) больных основной группы, что составило 22,4% от всех обследованных.

Инвазивные процедуры под контролем трансвагинальной эхографии позволили определить основные нозологические формы кистозных образований, которые распределены следующим образом: фолликулярные кисты – 28 (33,3%); кисты желтого тела – 7 (8,3%); эндометриоидные кисты – 20 (23,8%); воспалительные образования – 11 (13,1%); простая серозная цистаденома – 18 (21,4%). Дифференциальная диагностика проведена на основе цитологического исследования аспиратов и определения уровня эстрадиола в пункционном содержимом. При фолликулярных кистах определены клетки гранулезы (53,4%) и отсутствие клеточных элементов (46,6%), при кистах желтого тела – лютеиновые клетки (85,7%) и эритроциты (71,4%), при эндометриоидных образованиях – сидерофаги (100%) и дегенерирующие эпителиальные клетки (60%), при воспалительных кистах – отсутствие клеточных элементов (9,1%) или лейкоциты (90,9%), при простой серозной цистаденоме определялись клетки эпителия, макрофаги и лимфоциты у 94,4% обследованных. Концентрация эстрадиола в содержимом кист, определяемая методом моноклональных антител, была выше 100 пг/мл у каждой четвертой обследованной, чаще при фолликулярных кистах (78,6%) и эндометриоидных кистах яичника (30%).

На основании полученных результатов проведено дифференцированное лечение с использованием противовоспалительной, гормональной терапии. Отдаленное исследование проведенное через 3 и 6 месяцев после лечения показало, что лечение было эффективным у 79 (94,0%) больных основной группы и у 12 (37,5%) контрольной группы. При первичном рецидивировании кист проведены повторные пункции у 16,4% больных, при эндометриозе у 11 (55%) пациенток выполнены эндоскопические вмешательства.

Таким образом, использование пункций под контролем трансвагинальной эхографии в комплексе консервативной терапии опухолевидных образований яичников является высокоэффективным методом лечения. Использование повторных инвазивных методик при трансвагинальной эхографии

у больных с эндометриоидными кистами яичников является нецелесообразным, и диктует необходимость проведения манипуляционной лапароскопии.

РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Громова М. А., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета

Целью проведенного исследования был сравнительный анализ эффективности хирургического лечения 150 пациенток с пограничной опухолью яичников I стадии распространения опухолевого процесса в зависимости от объема оперативного вмешательства.

Материалом для исследования послужили клинико-морфологические данные больных пограничными опухолями яичников, получавших хирургическое и комбинированное лечение в условиях Московского городского онкологического диспансера №1 за период с 1992 по 2004 гг.

В зависимости от объема оперативного вмешательства, производимого пациенткам, были выделены две группы. Первую составили 73 (48,7%) женщины, которым на этапе хирургического лечения были выполнены операции традиционного объема. Средний возраст пациенток I группы был 51±0,9 лет. При морфологическом исследовании встретилось 53,4% серозных и 46,6% муцинозных опухолей. Во вторую группу вошли 77 (51,3%) женщин с пограничной опухолью яичников, которым выполнялось органосохраняющее оперативное вмешательство (с сохранением матки и части здорового яичника). Все пациентки находились в возрастном интервале от 17 до 40 лет, то есть в оптимальном репродуктивном возрасте. Средний возраст составил 29,9±1,2 года. При морфологическом исследовании у больных были диагностированы серозные пограничные опухоли у 68,8% и муцинозные у 31,2%.

После окончания лечения пациентки прослежены в течение 2 – 14 лет, что позволяет судить об исходе заболевания и эффективности проведенного лечения.

В целом частота рецидивов составила 8,2% в I группе и 16,9% во II группе.

Следует отметить, что значительная часть рецидивов после органосохраняющего лечения (61,5%) возникла у пациенток с недостаточным объемом хирургической операции, произведенной в неонкологическом учреждении (у 8 из 25 больных, что составило 32%). При выполнении органосохраняющей операции в объеме аднексэктомии со стороны поражения, резекции противоположного яичника с целью его биопсии и резекции большого сальника, частота рецидивирования составила 9,6%.

Анализируя локализацию рецидивной опухоли, отмечено, что в 10 случаях из 13 она возникла в оставшемся противоположном яичнике (при 1а и 1с стадиях), у 3 больных – в ткани резецированного яичника (1а и 1в стадия).

Частота рецидивов увеличивается при наличии таких факторов как билатеральное поражение яичников (1в стадия), разрыв капсулы, обсеменение наружной поверхности опухоли (1с стадия), по сравнению с изолированным поражением одного яичника (1а стадия).

Сравнивая количество рецидивов у больных, имевших различные гистологические варианты яичниковой неоплазии, отмечено более благоприятное течение опухолей муцинозного строения независимо от объема оперативного вмешательства.

Так, в I группе рецидивы возникли у 2 (5,9%) из 34 больных после лечения муцинозной опухоли, причем активизация происходила в поздние сроки (5-9 лет), рецидивирование серозных опухолей произошло в 4 случаях из 39 (10,3%) и носило более агрессивный характер. В 3 случаях рецидивы возникли в период от 10 месяцев до 5 лет.

После проведенного органосохраняющего лечения (II группа) рецидивы диагностированы у 10 пациенток из 53, имевших серозную пограничную опухоль яичника и 3 из 24 пациенток, имевших муцинозную пограничную опухоль, таким образом, уровень рецидивирования при серозных опухолях составил 18,7%, при муцинозных – 12,5%. Сроки возникновения рецидивов составили от 2 до 11 лет.

Таким образом, учитывая более высокую частоту рецидивирования пограничных опухолей яичников при выполнении органосохраняющей операции в сравнении с операциями традиционного объема, независимо от возраста больной показано выполнение радикальной операции – ампутации (экстирпации) матки с двухсторонней аднексэктомией и резекцией большого сальника. При желании женщины сохранить репродуктивную функцию следует в первую очередь руководствоваться гистологическим вариантом опухоли и стадией заболевания. Выполнение органосохраняющей операции допустимо только при 1А стадии опухолевого процесса в объеме односторонней аднексэктомии, резекции противоположного яичника с целью его биопсии и оментэктомией.

КОНТРАЦЕПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Гурова З.Г., Терегулова Р.Р.

Россия, г. Уфа, МУ «Женская консультация №1»

В течение многих десятилетий Россия является одним из лидеров по числу производимых абортов. До сих пор аборт у нас в стране остается основным методом регуляции рождаемости, уровень применения современных средств контрацепции в Башкирии, как и в целом по России, остается невысоким. В каждой стране проводятся исследования репродуктивного поведения населения для решения задачи по улучшению репродуктивного здоровья и сохранению детородной функции. Исследование контрацептивного поведения особенно актуально сегодня в связи с дискурсом проблемы абортов

Нами были изучены объем знаний студенческой молодежи в отношении различных методов предупреждения нежелательной беременности, источники этих знаний, психологические аспекты применения контрацепции и др.

С помощью анонимного анкетирования нами были изучены некоторые аспекты сексуального, репродуктивного и контрацептивного поведения 823 девушек города Уфы. Опрошены были девушки 15 – 24лет, учащиеся ВУЗов и средне – специальных учебных заведений. Девушки 15 -16 лет составили 2,6 %, 17 лет – 14,5 %, 18 лет – 31,8 %, 19 лет – 28 %, 20 лет – 18,3 %, 21 - 22 года – 4,4%. Изучение вредных привычек показало, что 24% девушек курят, 44,5 % употребляют алкогольные напитки, 3% девушек признались в том, что когда-либо употребляли наркотические вещества.

Анализ сексуального поведения молодых девушек показал его зависимость от возраста и социального статуса. Число девушек, имевших опыт половой жизни, закономерно увеличивается от 15,4 % среди 15 - 16 летних до 52,3 % среди 17 – 18 летних. Средний возраст начала половой жизни среди студенток ВУЗов составил 18,2, среди студенток СУЗов – 16,7 лет. Опыт сексуальных отношений к 18 годам имеют 52,3% подростков. Положительное отношение к гражданскому браку высказали большинство опрошенных(70,7%). Большинство

девушек (68,7%),заполнивших анкеты, имели половые отношения и из них только 7,2% зарегистрированы в официальном браке.

94 % девушек знают о различных методах контрацепции. Изучение их контрацептивного поведения выявило недостаточное использование эффективных методов предупреждения беременности. Лишь 7,8 % живущих половой жизнью девушек использовали современные методы – оральные контрацептивы. 92,2 % применяли различные низко эффективные «традиционные методы контрацепции»: 53,3% барьерные (презерватив), 30,1 % coitus interruptus, 8,8 % использовали спермициды. При этом структура использования контрацептивов у женщин, имеющих постоянного партнера, практически не отличается от тех, кто имеет неустойчивые сексуальные связи. Недостаточное использование эффективных методов контрацепции способствовало тому, что 9,3% (51) девушек, живущих половой жизнью, имели в анамнезе аборт.

Таким образом, в исследовании четко выявлен гендерный стереотип контрацептивного поведения: большее использование мужских средств предохранения (презервативы и прерванное половой акт) и недостаточное использование эффективных методов контрацепции, что свидетельствует о том, что необходимо повысить качество консультаций по вопросам контрацепции и информированность молодежи из достоверных источников.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Гурьева В.А., Варнакова Е.С, Костыркина О.С., Сопотова И.В.

Россия, Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, краевой маммологический центр

Целью настоящего исследования явилась оптимизация методов диагностики и терапии внутрипротоковой патологии молочных желез при синдроме патологической секреции. В исследование были включены 112 женщин в возрасте 46,42±1,69 лет.

Критерием включения в исследование явилось наличие синдрома патологической секреции у пациенток с ФКБ

Критерием исключения явились: синдром галактореи (выделения молозивного характера), случаи гиперпролактиномии и узловые образования.

Обследование женщин проводилось с помощью общепризнанных скрининговых методов (маммография, ультразвуковое исследование), дуктографии, а также менее изученных методов электроимпедансной маммографии (ЭИМ) и радиотермографии (РТГ). Цитологическое исследование отделяемого млечных протоков проводилось с использованием различных методов забора материала: путем традиционных мазков-отпечатков, с помощью наружной вакуумной аспирации и дуктального лаважа.

Рентгеновская маммография ни в одном случае не позволила установить патологию, в силу малых размеров внутрипротоковых образований и отсутствия отличий по плотности папиллом и железистой ткани молочных желез. При ультразвуковом исследовании молочных желез в основном выявлялась дилатация млечных протоков (17,9%) и лишь в 1,7% она сочеталась с множественными гиперэхогенными включениями внутри протока округлой формы от 0,2 до 0,3 см в диаметре, что позволяло предположить внутрипротоковую патологию. ЭИМ имела большую информативность и позволила в 33,4% случаев предполагать пролиферативный процесс в молочной железе. Метод ЭИМ основан на определении сопротивления электрическому току в ткани молочной железы, при внутрипротоковой пролиферации выявляется высокая электропроводность, учитывая повышенный кровоток. По данным РТГ на основании различий локальной температуры тканей молочной железы установлен горячий очаг в 38,1 %. Дуктография позволила выявить внутрипротоковую патологию в 57,2% случаев. Специфичность данных трех методов не имела особых различий, однако у РТГ она была более высокой 90%, у дуктографии - 88%, и ЭИМ - 83%. Чувствительность была более высокой у дуктографии - 91%, РТГ- 72%, ЭИМГ – 64%.

Обследование путем мазков отпечатков позволяло верифицировать клеточный состав и поставить цитологический диагноз лишь в 15,2% случаев. При заборе внутрипротокового содержимого методом наружной вакуумной аспирации интерпретация содержимого проведена была в 41,9% случаев, а при дуктальном лаваже - в 96,43% случаев. Специфичность цитологического метода мазков-отпечатков была низкой (12%), еще более низкой была чувствительность (7%). Специфичность наружной вакуумной аспирации составила 28%, чувствительность – 27%. Диагностическая ценность цитологии, полученной путем дуктального лаважа, почти приравнивалась к гистологии. Так специфичность данного метода составляла 94%, чувствительность – 95%, Специфичность гистологии - 100%, чувствительность - 94%. Следовательно, при подозрении на внутрипротоковую патологию методом выбора могут быть в качестве скрининговых, не инвазивных, РТГ или ЭИМ, при установлении очага пролиферации по данным скрининговых методов, в качестве уточняющих показаны дуктальный лаваж и дуктография.

Возможность ранней диагностики позволила провести своевременно секторальную резекцию у всех пациенток с доброкачественными внутрипротоковыми пролиферациями. Однако, выполнение секторальной резекции при протоковой патологии, к сожалению, не устраняет патогенетические механизмы клеточной пролиферации, но усугубляет дополнительно степень риска вследствие операционной травмы молочной железы - риска рецидива и перерождения. В связи с этим, всем пациенткам после резекции молочной железы проводилась реабилитация с помощью препарата Индинол в суточной дозе - 4 капсулы, с продолжительностью курса - 6 месяцев. Применение Индинола позволяет влиять на все патогенетические пути стимуляции пролиферации. Индинол влияет на метаболизм эстрогенов, препятствуя образованию агрессивного 16α-гидроксиэстрона, блокирует пролиферацию через ростовые факторы и цитокины, а также индуцирует процессы апоптоза (программированной клеточной гибели) трансформированных клеток. Предварительные результаты показали хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов, а при сочетании его с Эпигаллатом в раннем послеоперационном периоде наступало более быстрое заживление послеоперационной раны и уменьшались клинические проявления со стороны оперированной молочной железы вследствие противовоспалительного действия Эпигаллата

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ДУКТОФОРИТОМ

Гурьева В.А., Костыркина О.С., Варнакова Е.С., Сопотова И.В.

Россия, Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, краевой маммологический центр

Целью исследования явилось совершенствование методов диагностики и мониторинга состояния внутрипротокового эпителия, и оптимизации терапии пациенток с хроническими дуктофоритами.

В исследование были включены 89 женщин с патологической секрецией из сосков молочных желез и подтвержденным хроническим дуктофоритом. Женщины в зависимости от метода терапии были разделены на 2 группы. 48 пациенток с хроническим дуктофоритом составили основную группу. Этим женщинам проводили санационную терапию протоков с помощью дуктального лаважа, в количестве 7 процедур с включением антибиотиков, соответственно чувствительности возбудителей. Локальную терапию сочетали с применением препарата Эпигаллат, в течение 3-6 месяцев. Во вторую группу (группа сравнения) была включена 41 пациентка с фиброзно-кистозной болезнью (ФКБ), осложненной хроническим дуктофоритом, которым проводилась только традиционная терапия ФБК.

Для цитологического исследования содержимое протоков получали с применением новых технологий – наружной вакуумной аспирации и дуктального лаважа. Аспирацию проводили по Papanikolau G.N. с помощью устройства, напоминающего мини-отсос. Данная методика позволяет увеличить клеточный состав до 120 клеток и более. Недостатком наружной вакуумной аспирации является отсутствие возможности верифицировать из какого протока получены измененные клетки, и при этом, также не во всех случаях возможно получение клеточного состава, частота неудач составляет 15-20%. Методика дуктального лаважа более инвазивна, но при этом информативность полученных с ее помощью результатов во много раз выше. Дуктальный лаваж позволяет собрать в 3-10 раз большее число клеток протокового эпителия, чем при наружной аспирации (до 600-1350 клеток.), и определить при этом пораженный проток. Вслед за дуктальным лаважем, учитывая подготовленность больной, выполнялась дуктография.

Диагноз дуктофорита выставлялся по характерной дуктограмме (сгущение и извитость млечных протоков) и цитотограмме, указывающей на хронический воспалительный процесс. Дополнительно проводилось бактериологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам.

С помощью мазков отпечатков цитологический диагноз был поставлен лишь в 15,2% случаев, при наружной вакуумной аспирации в 41,9% случаев, а при дуктальном лаваже - в 96,4% случаев.

Диагностическая ценность забора цитологии методом дуктального лаважа почти приравнивалась к гистологии. Так специфичность данного метода составляла 94%, чувствительность – 95%, Специфичность гистологии - 100%, чувствительность - 94%.

Методика дуктального лаважа использовалась при терапии хронических дуктофоритов. Процедуру санации протоков проводили ежедневно, на протяжении 7 дней. Для санационной терапии протоков использовали 0,02% раствор хлоргексидина в сочетании с антибиотиком. Также в комплекс терапии хронических дуктофоритов включали препарат Эпигаллат, в дозе 4 капсулы в сутки, продолжительность приема Эпигаллата составляла от трех до шести месяцев, в зависимости от результатов лечения. В основной группе эффект наблюдался у всех за исключением 2 пациенток, которые не смогли продолжить лечение в полном объеме. У пациенток группы сравнения на фоне традиционной терапии излеченность составляла лишь 39% случаев.

Таким образом, включение в комплекс терапии хронического дуктофорита санационной терапии, имеет преимущества перед традиционным лечением, в результате выраженного противовоспалительного эффекта данного метода, воздействующего локально. Патогенетически обоснованным является сочетание этой терапии с препаратом Эпигаллат вследствие потенцирования противовоспалительного действия и синергизма с санационной терапией. Предполагается и профилактический эффект воздействия Эпигаллата, учитывая вероятность повышенной пролиферации на фоне хронического воспаления у пациенток с дуктофоритом. Изменение тактики в лечении хронических дуктофоритов позволило не только повысить эффективность консервативной терапии, но и снизить частоту секторальной резекции молочной железы, в качестве лечебно-диагностического средства при синдроме патологической секреции у пациенток с хроническим дуктофоритом.

ВИТАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ФАЗОМЕТРИЯ В ИЗУЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ

Гусаева Х.З., Адамян Л.В., Гаврилова Т.Ю., Василенко И.А., Метелин В.Б.

ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий,
ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва, Россия

Актуальность. На современном этапе научных и клинических исследований активно используются разнообразные автоматизированные методы для оценки морфофункционального статуса клеток иммунной системы, позволяющие анализировать изменения поверхностной архитектоники, рецепторно-мембранного аппарата, размерных параметров, функциональной активности и ряда других показателей. Однако в подавляющем большинстве случаев исследуются фиксированные и окрашенные цитообъекты.

Цель исследования: Оценить морфофункциональное состояние клеточных звеньев иммунитета методом витальной компьютерной фазометрии (КФМ) при сочетанных доброкачественных заболеваниях матки.

Материал и методы исследования. Были проанализированы морфометрические параметры мононуклеарных клеток методом компьютерной фазометрии периферической крови и перитонеальной жидкости в группах сравнения: у пациенток с сочетанием миомы матки и аденомиоза (I группа); с сочетанием миомы матки и гиперплазией эндометрия (II группа), с сочетанием аденомиоза и гиперплазией эндометрия (III группа); с сочетанием миомы матки, аденомиоза и гиперплазией эндометрия (IV группа) и больные с миомой матки (V группа).

Известно, что для каждого вида клеток характерны определенные размерные показатели, по которым они могут быть идентифицированы. Изменение морфометрических параметров, в частности, увеличение диаметра (D), периметра (P) и площади (A) с одновременным снижением фазовой высоты (H) и объема (V), отражает уровень функциональной активности клеток. Лимфоциты при КФМ идентифицируются как клетки округлой или овальной формы. Моноциты представлены клет-

ками округлой или неправильной формы с наличием гребневидных и ребристовидных мембранных образований, широким ободком цитоплазмы и крупным бобовидным ядром.

Результаты исследования. Установлено, что у пациенток I группы средние морфометрические показатели мононуклеаров периферической крови отличались достоверно меньшими значениями среднего диаметра, периметра и площади (91,8, 88,4, 83,4% от нормативных величин, $p<0,05$) при сниженных фазовых высоте и объеме (95,4 и 93,5%, соответственно, $p>0,05$). В популяции мононуклеаров перитонеальной жидкости этих больных были значительно увеличены средние величины диаметра, периметра, площади и объема (110,6, 107,2, 121,2 и 144,2%, соответственно, $p<0,05$), фазовая высота клеток соответствовала значениям нормы.

У больных II группы все размерные показатели мононуклеаров периферической крови оставались в диапазоне нормальных значений, отмечалось только снижение фазовой высоты клеток (90,9%, $p<0,05$). В перитонеальной жидкости, напротив, средние D, P, S и V превышали нормативные величины на 9,4, 5,2, 114,8 и 118,1%, соответственно. Высота снижалась на 4,6% ($p>0,05$).

Для III группы оказалось характерным снижение морфометрических показателей мононуклеаров ПК: D, P, H, S и V клеток составили 92,9, 90,0, 90,9, 87,5 и 88,3% от нормы, соответственно ($p<0,05$). В перитонеальной жидкости при практически неизмененных значениях диаметра и периметра, были увеличены площадь и объем (109,0 и 124,4%, соответственно, $p<0,05$), но уменьшена средняя высота клеток (95,4%, $p<0,05$).

В IV группе все морфометрические показатели мононуклеаров периферической крови оказались ниже нормативных величин : средние D, P, H, S и V клеток составили 88,2, 85,6, 86,4, 78,0 и 70,8%, соответственно ($p<0,05$). Мононуклеары перитонеальной жидкости, напротив, отличались увеличенными значениями D, P, S и V – 107,0, 104,4, 115,2 и 128,0%, соответственно. Фазовая высота оставалась в пределах нормы.

У мононуклеаров периферической крови больных V группы также было зарегистрировано снижение всех размерных параметров: 91,8, 91,2, 95,4, 85,7 и 82,4% для D, P, H, S и V клеток, соответственно ($p<0,05$). В перитонеальной жидкости основные показатели клеточной популяции оставались в диапазоне нормальных значений, отмечалось только недостоверное снижение фазовой высоты (95,4%, $p>0,05$), увеличение площади (105,3%, $p>0,05$) и объема (112,3%, $p>0,05$).

Заключение. Таким образом, полученные результаты позволили выявить и охарактеризовать некоторые особенности перестройки иммунной системы у обследованных пациенток. Можно констатировать, что при ряде доброкачественных заболеваний матки, а именно, при миоме матки; сочетаниях миомы и аденомиоза, аденомиоза и гиперплазии эндометрия, миомы, аденомиоза и гиперплазии отмечаются изменения морфофункционального состояния клеточного звена иммунитета на системном уровне. Выраженные изменения локального иммунитета зарегистрированы преимущественно у больных миомой матки и аденомиозом, миомой матки и гиперплазией эндометрия, а также сочетанием этих патологических процессов (миома матки, аденомиоз и гиперплазия эндометрия).

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

Гусаева Х.З., Адамян Л.В., Гаврилова Т.Ю., Василенко И.А., Метелин В.Б.

ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий, ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва, Россия

Актуальность. Цитокиновая сеть формирует систему инициирующих, амплифицирующих и супрессорных сигналов, что приводит к формированию и интеграции физиологических и патологических реакций организма на любое антигенное воздействие, микробную инвазию, воспаление, повреждение тканей, развитие опухолей и стресс. На уровне организма цитокины осуществляют связь между иммунной, нервной, эндокринной, кроветворной и другими системами и служат для их вовлечения в организацию и регуляцию защитных реакций. Известно, что в запуске специфического иммунного ответа участвуют противовоспалительные цитокины: IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, TNF-α, IFN-γ и другие. Провоспалительные цитокины составляют альтернативную группу: IL-4, IL-10, IL-13 и другие.

Цель исследования. Определялить уровень ряда цитокинов (IL-6, IL-8, TNF-α, INF-γ и IL-4) в периферической крови и перитонеальной жидкости у больных с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки.

Материал и методы исследования. Были обследованы 43 женщины, из них 12 пациенток с сочетанием миомы матки и аденомиоза (I группа), 8 - с сочетанием миомы матки и гиперплазии эндометрия (II группа), 9 - с сочетанием аденомиоза и гиперплазии эндометрия (III группа), 7- с сочетанием миомы матки, аденомиоза и гиперплазии эндометрия (IV группа), 7 - с миомой матки (V группа). Все женщины были сопоставимы по среднему возрасту и характеру экстрагенитальной патологии. Концентрацию цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использование отечественных тест-систем («Цитокин», С.-Петербург).

Результаты исследования. Во всех исследуемых группах уровень фактора некроза опухоли (TNF-α) превышал нормативные значения (2,5 пк/мл). Однако это увеличение не было равнозначным: у обследованных пациенток содержание данного цитокина в крови составило 3,8, 6,1, 6,4, 6,7 и 4,5 пк/мл в I, II, III, IV, и V группах соответственно. В то же время и максимальное содержание TNF-α в перитонеальной жидкости было отмечено в группе больных миомой матки и аденомиозом (12,1 пг/мл против 3,3 пг/мл у соматически здоровых женщин). При сочетанных патологических процессах – миома и гиперплазия эндометрия, аденомиоз и гиперплазия, миома, аденомиоз и гиперплазия – в перитонеальной жидкости содержание TNF-α было снижено, оставаясь практически на одном уровне: 8, 0, 8,5 и 8,3 пг/мл, соответственно. Наиболее низкие значения цитокина оказались в группе пациенток с лейомиомой матки – 4,8 пг/мл. Значительное повышение TNF-α характеризует цитотоксический потенциал мононуклеарных клеток крови, высокие уровни этого фактора в перитонеальной жидкости свидетельствуют о функциональной активности фагоцитарных моноцитов. Минимальное содержание этого фактора в крови зарегистрировано у больных миомой матки – 374,8 пк/мл, максимальное – у пациентов с сочетанием миомы матки и гиперплазии эндометрия – 567 пк/мл. У больных, составивших III и IV группы значительной разницы между уровнем INF-γ не выявлено – 511,3 и 527,2 пк/мл.

В перитонеальной жидкости, напротив, максимальный уровень INF-γ был обнаружен у больных с сочетание гиперплазии эндометрия и аденомиоза (864,1 пк/мл). У пациентов

других групп содержание данного цитокина составило 503,0, 453,8, 766,3 и 647,3 пг/мл в I, II, IV и V группах, соответственно. Хотя описана продукция INF-γ моноцитами и некоторыми другими клетками, основным источником этого цитокина считаются клетки лимфоидного ряда. Физиологические эффекты этого клеточного фактора направлены как на поддержание неспецифического воспаления, так и на регуляцию адаптивного иммунитета. Среди цитокинов INF-γ является основным активатором макрофагов. Высокий уровень INF-γ ассоциируется с эффективным иммунным ответом на основе реакций гиперчувствительности замедленного типа.

При анализе следующего провоспалительного цитокина IL-6 – установлено, что в периферической крови у пациентов I, II, III и IV групп, его концентрация изменялась недостоверно: 311,4, 233,1, 217, 1 и 259,3 пк/мл. Обращает внимание низкий уровень IL-6 у больных с миомой матки. Содержание в перитонеальной жидкости у больных миомой матки и аденомиозом составило 931,4 пг/мл, у больных с миомой матки и гиперплазией эндометрия – 767,7 пг/мл, с аденомиозом и гиперплазией эндометрия – 813,1 пг/мл, а при сочетании миомы матки, аденомиоза и гиперплазии эндометрия – всего 715, 4 пг/мл. Самый низкий уровень IL -6 зарегистрирован в перитонеальной жидкости больных миомой матки.

Кроме того, важно, что IL-6 является антагонистом TNF-α, соотношение уровней этих цитокинов у пациентов с сочетанными доброкачественными заболеваниями матки может способствовать адекватной оценке нарушений их иммунореактивности, поскольку позволяет дифференцировать компенсированное или декомпенсированное состояние иммунной системы при прогрессировании патологического процесса. Это состояние отражает способность сохранения баланса в цитокиновой сети, направленное на поддержание иммунного гомеостаза в организме.

Изменение содержания в периферической крови и перитонеальной жидкости у обследованных больных IL-8-хемокина, основное свойство которого обеспечивать хемотаксис в зону воспаления различных типов клеток: нейтрофилов, моноцитов, эозинофилов, Т-клеток. Мы не обнаружили в крови достаточную для определения концентрацию IL-8 у больных I группы. В перитонеальной жидкости также уровень этого цитокина находился на минимальных значениях – 16,1 пк/мл. У пациентов II группы и в периферической крови, и в перитонеальной жидкости было зарегистрировано максимальное содержание IL-8: 48,3 и 68,2 пг/мл, соответственно. Достаточно высокий уровень цитокина в периферической крови отмечался и у пациентов III, IV и V групп: 23,8, 24,9 и 27,3 пг/мл, соответственно. В перитонеальной жидкости, напротив, большая концентрация была зарегистрирована у пациентов III группы – 56,9 пг/мл, а в IV и V группах уровень IL-8 оказался практически равнозначным – 47,3 и 44,9 пг/мл. Высокий уровень сывороточной продукции IL-8 может свидетельствовать о значительной активации мононуклеарных фагоцитов – продуцентов провоспалительных цитокинов, которые играют важную роль в иммунопатологических процессах. Кроме того, IL-8 является индуцибельным белком. Его продукция начинается только после воздействия на клетки митогенов или эндогенных регуляторов: IL -1, IL -3, TNF-α и др.

Выводы. Таким образом, результаты настоящего исследования указывают на важную роль иммунной системы в патогенезе доброкачественных заболеваний матки. Изучение цитокинового профиля позволяет в определенной степени конкретизировать механизмы иммунологических нарушений на системном и локальном уровнях при конкретном патологическом процессе, а также оценить значение и роль каждого из них в манифестации клинических проявлений при сочетанных заболеваниях матки.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МИОМЭКТОМИИ.

Давыдов А.И., Стрижакова М.А., Бахтияров К.Р., Вороной С. В.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 лечебного факультета ММА им. И. М. Сеченова, Москва

В большинстве наблюдений подслизистая миома матки является показанием к хирургическому лечению, а трансцервикальная миомэктомия (гистерорезектоскопия) по праву считается методом выбора лечения этих больных при наличии определенных условий. Высокочастотная трансвагинальная эхография представляет не только информативный метод диагностики подслизистых опухолей матки, но и позволяет обосновать показания и условия для выполнения трансцервикальной миомэктомии.

Цель исследования: оценить возможности 3Д трансвагинальной эхографии в диагностике миомы матки с различной локализацией узлов для оптимизации выбора метода хирургического лечения.

Материалы и методы: проведено обследование 56 больных подслизистой миомой матки в возрасте от 24 до 44 лет (средний возраст – 33,5+2,2 лет). Ультразвуковое сканирование проводилось аппаратом “Nemio” SSA-550A фирмы “Toshiba” (Япония), обеспечивающего трехмерную реконструкцию изображения, и снабженного трансвагинальным преобразователем с частотой акустических колебаний 5-10 МГц. На первом этапе производили 2Д эхографию, на втором – 3Д. По ультразвуковой картине оценивались: размеры матки, структура миометрия, локализация узлов миомы по отношению к различным слоям миометрия, деформация М-эха и/или наружных контуров матки. Гистерорезектоскопию и лапароскопию осуществляли с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия) по общепринятой методике. Для минилапаротомии использовали набор инструментов фирмы “San” (Россия). Оценку эффективности диагностики миомы матки и топографических особенностей узлов проводили путем сравнения полученных данных с описанием макроскопической картины и результатами гистологического исследования.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлена следующая локализация узлов миомы: подбрюшинная – 33,9%, подслизистая – 44,6%, межмышечной с центрипетальным ростом – 21,5%. Всем пациенткам произведено хирургическое лечение. 21 (37,5%) женщинам – трансцервикальная миомэктомия, 11 (19,6%) пациенткам – лапароскопическая миомэктомия и 24 (42,9%) больным – миомэктомия через мини-доступ. Наши исследования показали, что точность эхографической диагностики миомы матки для 2Д метода составила 93,6%, а 3Д метода – 96,2% (p>0,05). Именно данные 3Д трансвагинальной эхографии позволили в 15 (26,8 %) наблюдениях при подслизистой локализации узлов (размеры опухоли превышали 6 см) и в 6 (10,7%) наблюдениях при центрипетальном росте узлов (опухоль достигала периметрия) в качестве оперативного доступа выбрать мини-доступ.

При межмышечной локализации миоматозных узлов без тенденции к центрипетальному росту и при подбрюшинном расположении опухоли правильный диагноз был установлен независимо от метода сканирования. При наличии подслизистой или межмышечной опухоли с центрипетальным ростом, применение ультразвукового исследования с трехмерной реконструкцией изображения являлось предпочтительным, так как этот метод обладает большими возможностями в изучении топографических особенностей: позволяет оценить

расположение миоматозных узлов по отношению разным отделам матки, уточняет глубину распространения миомы в мышечный слой матки, а также дает возможность произвести сравнительную оценку толщины миометрия между опухолью и серозой матки.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Давыдов А.И., Стрижакова М.А., Пашков В.М., Лебедев В.А., Буданов П.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Качество жизни – совокупность объективных и субъективных характеристик человека, отражающих степень жизненного комфорта. Это понятие включает в себя психологические особенности личности, ее уровень бытовой и трудовой активности, а также физическое и сексуальное благополучие. Результаты тестирования по шкале NHP свидетельствуют о том, что качество жизни женщин зависит не только от метода лечения, но и от побочных эффектов, связанных с эмоциями и дисфункцией вегетативной нервной системы.

Важным аспектом данной проблемы является сравнительный анализ результатов оценки качества жизни больных после различных методов лечения, в том числе малоинвазивной хирургии.

Нами проведена оценка качества жизни 160 (65,04%) женщин репродуктивного и пременопаузального периодов после гистерорезектоскопии по поводу гиперпластических процессов в эндометрии и/или подслизистой миомой матки – основная группа. В группу сравнения включены 86 (34,96%) больных после субтотальной и тотальной гистерэктомии без придатков матки, которым хирургическое вмешательство было выполнено по идентичным показаниям.

Проведенные нами исследования по шкале NHP показали, что до гистерорезектоскопии у всех женщин наблюдалось снижение показателей качества жизни. При этом страдали такие показатели как энергичность (37,38), сон (28,99), эмоциональные реакции (26,84) и физическая активность (21,40). Уже через месяц после гистерорезектоскопии наблюдали улучшение таких параметров качества жизни, как энергичность и физическая активность. Повышение качества жизни в отношении эмоциональных реакций и социальной изоляции установлено в более поздние сроки. Спустя 6 месяцев после эндохирургического вмешательства признаки социального дискомфорта почти полностью купировались.

Справедливо отметить, что эти показатели качества жизни связаны как с особенностями личности женщин, так и с тяжестью конкретной патологии. Поэтому мы оценили качество жизни до и после гистерорезектоскопии в группах больных подслизистой миомой матки и гиперпластическими процессами в эндометрии. Достоверных различий между показателями качества жизни в сравниваемых группах не обнаружено. Тем не менее, уровень качества жизни женщин после трансцервикальной миомэктомии оказался в целом выше, чем после аблации эндометрия: энергичность 5,12 против 12,11; эмоциональные реакции 1,95 против 3,7; социальная изоляция 1,2 против 4,19; физическая активность 2,85 против 5,62. Средние суммарные значения показателей качества жизни после трансцервикальной миомэктомии в 7 раз ниже (лучше), чем до операции; в то время как после тотальной аблации эндометрия эти же показатели улучшились в 4 раза. У подавляющего большинства обследованных после гистерорезектоскопии не только устранилась причина постгеморрагической анемии, но и значительно уменьшилась тяжесть дисменореи – фактора, влияющего на трудоспособность и сексуальную активность женщины.

Немаловажная роль в статусе качества жизни отводится сексуальной функции пациентки. Нами изучена половая функция 140 больных основной группы. Исследования по этому аспекту проводили по специально разработанной анкете.

До гистерорезектоскопии жалобы на неудовлетворенность от половой жизни предъявляли 116 (82,86%) пациенток, что, по их мнению, было связано с длительными и обильными менструациями, ациклическими маточными кровотечениями, сопровождающимися слабостью, болевым синдромом и/или страхом возобновления кровотечения после полового контакта. Анализ сексуальной функции, выполненный спустя 6 месяцев после эндохирургического лечения, установил, что повышение удовлетворения от сексуальной жизни отмечали 51 (31,9%) женщин, снижение – 13 (8,1%). Удовлетворенность от сексуальной жизни не изменилось у 47,5% обследованных. Частота сексуальных контактов осталась неизменной у 65,6%, а либидо – у 71,3%. Повышение частоты сексуальных контактов отмечали 16,3% женщин.

До гистерорезектоскопии жалобы на диспареунию предъявляли 117 (83,57%о) женщин. При этом диспареуния 0 степени отмечена в 71 (50,71%о) наблюдении, 1 степени – в 33 (21,42%о), 2 степени – в 13 (9,28%о). После эндохирургического вмешательства интенсивность данного симптома во всех его проявлениях уменьшилась в среднем на 49,3%о. Однако, у 24 (17,14%) женщин сохранилась диспареуния 1-2 степени.

Нами проведен сравнительный анализ основных показателей качества жизни женщин после гистерорезектоскопии и гистерэктомии, у которых хирургическое вмешательство выполнено по идентичным показаниям.

В процессе работы установлено, что только в отношении сна не выявлено достоверных различий в зависимости от метода операции. По другим же показателям качества жизни (энергичность, болевые ощущения, социальная изоляция, физическая активность) обнаружены неоспоримые преимущества гистерорезектоскопии. Особенно следует отметить оценку энергичности (8,61 против 20,3 после гистерэктомии), эмоциональных реакций (2,79 против 19,7 после органоуносящей операции) и физической активности (3,82 против 10,96 после гистерэктомии) – показателей, наиболее объективно отражающих состояние качества жизни.

Анализ данных доказывает, что улучшение показателей качества жизни наблюдаются как после гистерорезектоскопии, так и гистерэктомии. Однако темпы повышения этих показателей после гистерорезектоскопии значительно превосходят таковые после гистерэктомии.

Безусловно, совершенно предсказуема более высокая оценка качества жизни после малотравматичной операции, нежели после гистерэктомии. С другой стороны, вполне вероятно, что у женщин, которым выполнена гистерэктомия, исходный уровень качества жизни был намного ниже такового женщин, имевших условия для эндохирургического вмешательства.

Кроме показателей шкалы NHP нами также оценена половая функция женщин основной группы (гистерорезектоскопия) и группы сравнения (гистерэктомия). Как показали эти исследования, после гистерорезектоскопии диспареуния наблюдалась достоверно реже, чем после гистерэктомии: дискомфорт во время полового акта (0 степень) отмечали 23,8% женщин после гистерорезектоскопии и 47,7% - после гистерэктомии, локальную болезненность (1 степень) – 7,5% и 13,9%, невозможность половых контактов из-за боли (2 степень) – 3,1% и 6,9% соответственно. Более того, после гистерэктомии более чем в два раза возросла удельная частота

0 степени диспареунии – с 20,9% до 47,7%. В целом тяжесть диспареунии после гистерорезектоскопии уменьшилась в 2,12 раза, после гистерэктомии – в 1,15 раза.

В то же время, достоверных различий в качественной характеристике половой функции женщин после гистерорезектоскопии и гистерэктомии не обнаружено. Так, остались неизменными либидо у 63 (39,4%) пациенток после гистерорезектоскопии и у 55 (63,9%) – после гистерэктомии, удовлетворенность половой жизнью – у 112 (70%) – после гистерорезектоскопии и у 56 (65,1%о) – после гистерэктомии, частота половых контактов – у 85 (53,1%о) после гистерорезектоскопии и у 51 (59,3%) – после гистерэктомии.

Таким образом, анализ проведенных нами исследований свидетельствует, что после неосложненного хирургического вмешательства у всех женщин, независимо от метода операции, улучшаются показатели качества жизни. Однако темпы повышения этих показателей после гистерорезектоскопии значительно превосходят таковые после гистерэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А., Буданов П.В., Коваленко М.В.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета ГОУ ВПО ММА имени И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Миома матки является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью женской репродуктивной системы. Ее частота колеблется от 20% до 50%. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных процессов.

Основными методами хирургического лечения больных с миомой матки являются радикальный и органосберегающий.

Нами изучены ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющего хирургического лечения больных миомой матки.

Эндохирургическое лечение нами выполнено у 183 больных миомой матки. В 63 наблюдениях (пациентки с подслизистой миомой матки) произведена гистрерорезектоскопия – электрохирургическая миомэктомия. В 74 случаях выполнена лапароскопия – миомэктомия или электродеструкция миоматозных узлов. У 46 больных произведена миомэктомия с помощью мини-лапаротомного доступа.

Контроль за эффективностью эндохирургического лечения проводили с учетом клинических данных, при объективном исследовании, трансвагинальной эхографии и определении клинико-лабораторных показателей. Ближайшие результаты эндохирургического вмешательства оценивали в течение нескольких часов (суток) после операции и далее через 30 дней. Отдаленные результаты изучали спустя 3-6-9 месяцев от момента органосохраняющего хирургического лечения и далее каждые 6 месяцев. При этом обращали внимание на изменения менструальной функции, состояние матки по данным объективного исследования и трансвагинальной эхографии. По показаниям (возобновление менорагий, выявление деформации срединного М-эха) выполняли контрольную гистероскопию. Максимальная продолжительность наблюдения составила 5 лет (в среднем – 3,68+0,34 лет).

Изучение результатов эндохирургического лечения в течение 0-3 суток послеоперационного периода показало, что в 181 из 183 (98,91%) наблюдений состояние пациенток оценено как удовлетворительное, в том числе у 2 больных с клиническими проявлениями преходящей гипонатриемии.

Интраоперационное кровотечение во время трансцервикальной миомэктомии, потребовавшее расширения объема хирургического вмешательства до гистерэктомии, имело место в 1 из 63 (1,59%) наблюдений (производилась резекция подслизистого миоматозного узла II типа).

Интенсивность и длительность маточного кровотечения в послеоперационном периоде зависели от объема хирургического вмешательства и конкретной клинической ситуации. После изолированной трансцервикальной миомэктомии кровянистые выделения из половых путей продолжались от 1-3 дней до 1,5 месяцев. Причем, в течение 3-5 дней они были умеренными и постоянными, а в дальнейшем – скудными и спорадическими. Длительность маточного кровотечения у больных подслизистой миомой матки коррелировала с величиной подслизистого миоматозного узла и глубиной его залегания в миометрий. При 0 типе подслизистой миомы длительность умеренного маточного кровотечения не превышала 1-3 дней; при I типе подслизистой миомы маточное кровотечение продолжалось от 7 до 28 дней, причем через 7 дней его интенсивность значительно снижалась. При II типе подслизистой миомы продолжительность кровянистых выделений из половых путей составила до 45 дней (в среднем – 28,77+1,98 дней).

Эффективность органосохраняющего хирургического лечения оценивали по следующим показателям:

1) клинический – коррекция нарушений менструальной функции (мено- и метрорагии), уменьшение объема матки по данным гинекологического исследования;

2) ультразвуковой – уменьшение размеров матки, отсутствие признаков подслизистой миомы матки и деформации срединного маточного эха.

Динамическое трансвагинальное ультразвуковое сканирование производили спустя 1-2-3-6-9-12 месяцев после операции, диагностическую гистероскопию – спустя 90 дней при наличии показаний (возобновление менорагий, обнаружение деформации срединного маточного эха).

При этом максимальные темпы уменьшения величины узлов миомы наблюдали в первые 6 месяцев после оперативного лечения (при этом пик уменьшения размеров миоматозных узлов соответствовал 3-4 месяцу). После 6 месяцев наблюдения отмечали стабилизацию размеров матки.

У 7(5,83%) из 120 пациенток, которым была выполнена лапароскопия или мини-лапаротомия и консервативная миомэктомия в течение 5 лет наблюдения по данным гинекологического исследования и трансвагинального ультразвукового сканирования отмечено увеличение размеров матки до 11-12 недельной беременности за счет роста межмышечных и подбрюшинных узлов миомы. В 4 наблюдениях больным репродуктивного периода произведена повторная лапароскопия и консервативная миомэктомия. У 3 больных, достигших к этому моменту пременопаузального периода, выполнена субтотальная гистерэктомия.

У всех 56 пациенток после изолированной трансцервикальной миомэктомии зарегистрировано изменение характера менструаций уже через 1-2 месяца после операции: их длительность сократилась до 5 дней, объем менструальной кровопотери значительно уменьшился, сократилась частота и тяжесть дисменореи. У 5(71,43%) из 7 больных, которым выполнена трансцервикальная миомэктомия и тотальная аблация эндометрия (пациентки пременопаузального периода с сочетанием подслизистой миомы матки и гиперпластического процесса эндометрия) в последующем наступила аменорея, у 2 (28,57%) пациенток этой группы менструации стали скудными и короткими.

У 3 (4,76%) больных спустя 30, 32, 36 месяцев после трансцервикальной миомэктомиии возобновилась полименорея. В двух наблюдениях при ультразвуковом исследовании диагностированы подслизистые узлы миомы средним диаметром 15-20 мм; произведена повторная резекция опухоли, в течение 18-месячного периода динамического наблюдения

рецидива миомы матки не отмечено, длительность и интенсивность менструального кровотечения нормализовались. У одной больной потребовалось расширение объема хирургического вмешательства до гистерэктомии, поскольку отмечено увеличение общих размеров матки за счет межмышечных и подбрюшинных узлов миомы.

У 27(14,75%) из 183 пациенток, которым выполнено органосберегающее хирургическое лечение по поводу миомы матки, в течение 9-12 месяцев послеоперационного периода наступила маточная беременность.

Таким образом, результаты проведенных исследований подтверждают высокую эффективность органосберегающих операций у больных с миомой матки (миомэктомии, выполняемые в процессе лапароскопии и мини-лапоротомии или гистерорезектоскопии) – 94,2-95,3% соответственно. Повторная органосохраняющая операция потребовалась у 6 (3,3%) пациенток, а радикальная (гистерэктомия) – только лишь у 4 (2,2%).

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндухов И.А., Коваленко М.В.

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов и диагностируется у 20-35% женщин репродуктивного возраста. Подслизистая локализация опухоли наблюдается у 20-32% больных миомой матки и обычно сопровождается маточными кровотечениями, невынашиванием беременности, бесплодием. До недавнего времени основными видами хирургических вмешательств при подслизистой миоме матки являлась субтотальная или тотальная гистерэктомия. Современный этап развития и внедрения эндоскопической хирургии положил начало новому разделу оперативной гинекологии – внутриматочной хирургии.

В период с 1996 по 2002 гг. в гинекологических отделениях 7 ГКБ г. Москвы нами выполнена трансцервикальная миомэктомия у 98 пациенток репродуктивного периода. Средний возраст обследованных составил 34.2+4,5 лет, период наблюдения 3+1,2 г. Все операции произведены в плановом порядке.

При поступлении в стационар большинство обследованных (89,1%) предъявляли жалобы на длительные и/или обильные менструации, сопровождающиеся слабостью, недомоганием. В целом длительность клинических проявлений варьировала от 6 мес до 4 лет, составив в среднем 2,4+1,1 лет.

В ходе объективного и ультразвукового исследований величина матки у 62,7% пациенток варьировало от 5 до 6, у 23.4% – от 6 до 8, у 3,9% – от 8до 10 недельной беременности. Узлы миомы другой локализации (подбрюшинные и межмышечные) были выявлены у 46% пациенток.

Все пациентки, поступившие для плановой гистерорезектоскопии проходили полное общеклиническое обследование.

Размеры удаленных узлов варьировали от 0.5 до 7 см, количество удаленных узлов – от 1 до 3. Подслизистая опухоль чаще локализовалась в дне матки – 30,5%.

Для оценки отдаленных результатов все обследованные пациентки были разделены на 3 группы: 1 группу составили 28 пациенток с бесплодием, 2 группу – 7 женщин с невынашиванием беременности, 3 группу – 63 пациентки, не планирующие беременность, основным стремлением которых явилось сохранение менструальной функции и проведение органосберегающей операции.

Пациентки 1 группы (28) были в возрасте от 22 до 40 лет, из них 12 отмечали первичное и 16 вторичное бесплодие. У 13 обследованных этой группы выявлены меноррагии. В остальных наблюдениях нарушения менструальной функции отсутствовали. У 6 пациенток, помимо подслизистой опухоли, выявлены подбрюшинные узлы и межмышечно-подбрюшинные узлы, которые дополнительно лапароскопической миомэктомии. Размеры удаленных узлов у пациенток этой группы колебались от 2,5 до 6 см: до 3 см – у 1, от 3 до 5 см – 21, от 5-6 см – 6 пациенток. У 23 из них удалено по одному подслизистому узлу, у 5 – по два узла. Менструальный цикл после трасцервикальной миомэктомии нормализовался у всех пациенток этой группы, рецидивов маточного кровотечения за время наблюдения не отмечено.

После трансцервикальной миомэктомии в сроки 6-18 месяцев у 19 пациенток наступила маточная беременность (у одной из них выявлена анэмбриония), у одной – трубная беременность. У 15 пациенток беременность завершилась своевременными родами, из них у 8 – самопроизвольными родами через естественные родовые пути, у 7 – выполнено кесарево сечение в плановом порядке. У 4 пациенток беременности завершились самопроизвольными выкидышами в срок 7, 9, 12 и 18 недель. У одной пациентки после операции и последующего позднего выкидыша наступила повторная беременность, которая протекала с угрозой прерывания в первом триместре и развитием истмико-цервикальной недостаточности. После наложения швов на шейку матки беременность развивалась нормально и завершилась самопроизвольными родами.

Вторую группу составили 7 пациенток в возрасте от 27 до 34 лет с невынашиванием беременности. В анамнезе у них было 2-4 самопроизвольных выкидышей в сроках от 5 до 19 недель. У 5 из них отмечалась меноррагия, у остальных двух нарушений менструального цикла не отмечено. Основным показанием к трансцервикальной миомэктомии у 3 пациенток являлось невынашивание беременности, у остальных – нарушение менструального цикла.

Размеры удаленных узлов были следующие: до 3 см – у 3 пациенток, от 3 до 5 см – у двух, более 5 см – у двух. У 6 женщин удалено по одному узлу и у одной – два узла.

Менструальный цикл после трансцервикальной миомэктомии нормализовался у всех пациенток этой группы, беременность наступила у 6 (у одной – дважды). У 3 женщин беременность завершилась своевременными родами: двое из них родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке, у одной – беременность закончилась самопроизвольными родами через естественные родовые пути.

У 3 пациенток вновь произошли самопроизвольные выкидыши на сроках 11 12, и 18-19 недель гестации. У одной из этих пациенток выявлена истмико-цервикальная недостаточность; через 7 мес у нее наступила повторная беременность, наложены швы на шейку матки и впоследствии беременность завершилась самопроизвольными своевременными родами. У двух пациенток причина невынашивания не выяснена. У одной женщины беременность не наступила по настоящее время.

В 3 группу включены 63 пациентки в возрасте от 28 до 40 лет. Показанием к гистерорезектоскопии у всех пациенток этой группы были маточные кровотечения, вызванные подслизистой локализацией миомы.

После трансцервикальной миомэктомии беременность наступила у 6 пациенток и была прервана у всех до 12 недель как нежеланная.

В течение первых 6 месяцев после операции у 59 пациенток отмечался положительный клинический эффект в отношении маточных кровотечений. После операции продолжали беспокоить изменения менструального цикла у 6 женщин: у 4 отмечались скудные выделения до и после менструации, у двух – менструации оставались обильными.

У 3 пациенток через 2, 4 и 5 лет возник рецидив подслизистой миомы матки, двум из них повторно произведена транс-

цервикальная миомэктомия и у одной при сочетании подслизистого узла с аденомиозом – субтотальная миомэктомия.

Тотальная и субтотальная гистерэктомия была произведена 6 пациенткам с рецидивом маточных кровотечений. У двух из них ранее диагностирован аденомиоз, который стал более распространенным и клинически выраженным; отсутствовал эффект от проводимой гормонотерапии. У 3 пациенток значительно увеличилась общая величина матки за счет роста миоматозных узлов другой локализации, что вызывало маточные кровотечения. У одной пациентки показанием к гистерэктомии явился рецидив подслизистой миомы матки в сочетании с аденомиозом. Обращает внимание, что практически все пациентки имели нарушение жирового обмена, у двух из них была нарушена функция щитовидной железы, а у 3 имела место фиброзно-кистозная мастопатия.

У 6 женщин с нормальным менструальным циклом после операции по прошествии некоторого времени (от 12 месяцев до 5 лет) наступила менопауза, притом у 3 преждевременно, в возрасте 42-44 лет. У двух пациенток стойкая менопауза наступила сразу после операции.

Таким образом, из 98 больных подслизистой миомой матки, которым выполнена трансцервикальная миомэктомия, у подавляющего большинства (79/80,6%) отмечен положительный клинический эффект в отношении маточных кровотечений, у 16(57%) из 28 пациенток с бесплодием наступила беременность, 4(57,1%) из 7 женщин с невынашиванием беременности родили. У 19 (19,3%) пациенток возникли рецидивы маточных кровотечений, у 3(3%) – рецидив подслизистой опухоли. Только 6(6,1%) больным за время наблюдения потребовалась гистерэктомия. Группу риска в отношении рецидива кровотечений составляют в основном пациентки с аденомиозом и миоматозными узлами другой локализации, имеющих величину матки более 8 недель беременности к моменту трансцервикальной миомэктомии.

Согласно полученным нами данным трансцервикальная электрохирургическая миомэктомия – относительно простой, безопасный и, вместе с тем, высокоэкономичный метод, позволяющий считать его методом выбора хирургического лечения больных подслизитой миомой матки у женщин репродуктивного возраста с целью сохранения репродуктивной и менструальной функции.

РОЛЬ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАЗИИ И ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Девятовская А.Г., Смирнова Т.Е., Гажонова В.Е.

Россия, г. Москва, ФГУ Объединенная больница с поликлиникой УДП РФ

Актуальность: проблема диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия не теряет своего значения. Хирургическая тактика лечения пациенток с патологией эндометрия непрерывно совершенствуется. Активно внедряются малоинвазивные технологии в современную гинекологическую практику. При выборе типа операции при патологии эндометрия (раздельное диагностическое выскабливание, диагностическая гистероскопия с РДВ, гистерорезекция полипа) учитываются результаты предоперационного трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза. Наличие сопутствующей гиперплазии эндометрия (ГЭ) может снижать чувствительность двухмерного ТВУЗИ в диагностике полипов эндометрия (ПЭ). Трехмерная эхография позволяет повысить точность диагностики патологии эндометрия по сравнению с традиционным двухмерным ТВУЗИ.

Целью нашей работы была оценка точности предоперационной трехмерной эхографии в дифференциальной диагностике ПЭ при сочетанной патологии эндометрия.

Материал и методы: ретроспективно были изучены 150 пациенток с патологией эндометрия (средний возраст 36,3+/-4,3 лет). Была определена структура патологии эндометрия, проведена оценка точности предоперационного двухмерного трансвагинального ультразвукового сканирования (ТВУЗИ) в диагностике гиперплазии эндометрия (ГЭ), полипов эндометрия (ПЭ) и их сочетания. Проспективно обследовано 70 пациенток репродуктивного возраста с подозрением на патологию эндометрия по данным двухмерного ТВУЗИ, на дооперационном этапе данным пациенткам проводилось трехмерное ТВУЗИ с ангиографией. Сравнительная оценка точности двухмерной и трехмерной эхографии в дифференциальной диагностике ПЭ проводилась при сопоставлении с гистероскопическими и морфологическими данными.

Результаты: При ретроспективном изучении 150 пациенток с патологией эндометрия по данным гистологического исследования было выявлено, что изолированная ГЭ встречалась в 17,2% случаев, ПЭ – в 47,1 % случаев, сочетание ПЭ и ГЭ – 27,6%, рак эндометрия – в 6% случаев, изолированная субмукозная миома матки – 2,1% случаев. Точность ТВУЗИ диагностики патологии эндометрия составила 89,2%, однако следует отметить, что точность дифференциальной диагностики ПЭ и ГЭ составила 71,2%, в результате чего была выбрана неадекватная хирургическая тактика при недиагностированных полипах эндометрия, что привело к рецидивированию ПЭ и повторным хирургическим вмешательствам в 9,3% случаев. В 90% случаев точность двухмерной эхографии в дифференциальной диагностике ПЭ снижалась при сочетанной патологии эндометрия. Проспективно обследованы 70 пациенток с патологией эндометрия по данным двухмерного и трехмерного ТВУЗИ. Точность данных методик при сопоставлении с данными гистологического исследования составила: в выявлении патологии эндометрия – 86,6% и 92,8% соответственно, в диагностике ПЭ – 73,5% и 85,7% соответственно, причем при сочетанной патологии эндометрия ПЭ были диагностированы в 61,5% и 75% случаев соответственно. После проведения трехмерной эхографии на дооперационном этапе в 4,6% случаев тактика хирургического оперативного вмешательства была изменена в пользу гистерорезектоскопического прицельного удаления полипа эндометрия без предварительного проведения диагностической гистероскопии, что позволило в данном случае уменьшить количество оперативных вмешательств и в последующем снизить количество рецидивов ПЭ.

Заключение: применение трехмерной эхографии у пациенток с сочетанной патологией эндометрия позволяет повысить точность дифференциальной диагностики полипов эндометрия и выбирать оптимальный метод хирургического лечения на дооперационном этапе.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Демьянова Т.Н., Богданова Н.Л., Дикова С.Н., Чупурова И.Н., Елгина С.И.

Россия, г. Кемерово, МУЗ Городская клиническая больница №3.

Актуальность: Внематочная беременность до настоящего времени является одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Непреходящая актуальность этой проблемы обусловлена, главным образом, стабильно высокой частотой

эктопической беременности в структуре неотложных состояний в акушерстве и гинекологии: число больных с подозрением на внематочную беременность (ВБ) варьирует от 1 до 12% по отношению к пациенткам, госпитализированным в гинекологические стационары. Также отмечена тенденция к неуклонному росту частоты ВБ во всем мире. Это связано с бурным ростом воспалительных заболеваний женских половых органов, особенно хламидийной и гонорейной этиологии, широким распространением консервативно- пластических операций на маточных трубах, внедрением программы экстракорпорального оплодотворения in vitro.

В развитии эктопической беременности любой локализации принято выделять два этапа – этап прогрессирования, этап прерывания беременности. Клиника последнего во многом определяется «механизмом гибели плодного яйца» и прерывания беременности: по типу разрыва маточной трубы или по типу трубного аборта. Безусловно, при «классическом» течении нарушенной трубной беременности диагностика заболевания не представляет каких-либо сложностей. Применение в подобных случаях рутинного кульдоцентеза позволяет достаточно четко сформулировать диагноз и определить показания к хирургическому лечению. Однако, в большинстве наблюдений (по литературе – до 80%) патогномоничные признаки ВБ отсутствуют и течение заболевания характеризуется как «стертое».

Материал исследования: В ГБ №3 проведено оперативное лечение 95 женщинам с внематочной беременностью в 2006г. в возрасте от 18 до 40 лет. Возраст менархе колебался от 11 до 16 лет, но у подавляющего большинства менархе приходится на 12-13 лет (44,4%) и 14-15 лет (35,5%). Менструальный цикл установился сразу у 86,6%, через 8-10 месяцев – у 2,2%, через 5 лет – у 1,2%, и не установился до настоящего времени – у 10%. При изучении репродуктивной функции женщин с ВБ установлено, что 28,45 (26 женщин) в прошлом не имели беременности, остальные 72,65 (69) были повторно беременными. Раннее начало половой жизни было отмечено у 19 женщин (20,0%), 22 (23,2%) женщины жили половой жизнью вне брака (т.е. можно предположить, что они имели более одного полового партнера). До наступления ВБ 49,5% (47) женщин имели в анамнезе роды, из них по 1 ребенку родили 34 женщины (72,3%), по 2 и более ребенка имели 13 женщин (27,6%). Выкидыши зарегистрированы у 9,5% (9) женщин. Анамнез отягощенный абортами был у 48,45 (46 человек). По 1 аборту имели 43,45 (20 женщин), по 2-3 аборта 39,1% (18 женщин), по 4-5 абортов 13% (6 женщин), 6 и более абортов – у 2 женщин (4,3%). Выявление повторной ВБ в противоположной трубе отмечено в 20 случаях (21,1%, причем у 2-х женщин, у которых была проведена органосохраняющая операция по поводу ВБ, выявлена ВБ в той же трубе. Гинекологические заболевания в анамнезе были у 74,3% женщин. Основные жалобы при поступлении были: кровянистые выделения у 83,3 % женщин, задержка менструации у 82,2%, боли внизу живота у 33,3%, и около 8,9% женщин отмечали другие жалобы. Важно отметить, что с подозрением на ВБ были госпитализированы 50,55 (48 женщин), остальные 49,5% (47 женщин) были госпитализированы по поводу другой патологии: чаще всего это внебольничный выкидыш ранних сроков беременности, угроза выкидыша, апоплексия яичника, ДМК, воспалительные процессы в полости матки и в придатках.

Если анализировать своевременность диагностики и лечения больных с ВБ можно представить следующие результаты: в течение первых 2-х часов с момента поступления прооперирована 51 женщина (59,7%), первых 6-ти часов – 22 женщины (23,15); в первые сутки были прооперированы 15 человек (15,8%). На 3 сутки взяты на операционный стол 7 женщин (7,4%) в связи с трудностью диагностики. Лапароскопические операции были проведены подавляющему большинству женщин – 91,65 (87 человек), при этом 52 женщинам (59,85) была удалена маточная труба, 28 женщинам (32,25) проведена сальпинготомия и удаление плодного яйца, и 7 – (8,0%) выдавливание плодного яйца из маточной трубы. Хирургическое лечение ВБ лапаратомным доступом было проведено 8 женщинам (8,4%): удаление маточной трубы – у 6, 2-м пациенткам удалили обе трубы. Течение послеоперационного периода протекало без осложнений. При выписке всем женщинам было рекомендовано пройти курс реабилитации для полного восстановления репродуктивной функции.

Выводы: Клиническая симптоматика внематочной беременности отличается значительным многообразием. Факторами риска ВБ остаются позднее начало менструального цикла, нерегулярный менструальный цикл, аборты и гинекологические заболевания в анамнезе, перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Несомненным резервом диагностики ВБ остается лапароскопия, которую можно применять без других параклинических исследований. Наши данные свидетельствуют об абсолютной диагностической ценности данного метода. Более того, диагностическая быстрому установлению диагноза и лечению больной.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Демьянова Т.Н., Богданова Н.Л., Дикова С.Н., Переделкина О.Н., Елгина С.И.

Россия, г. Кемерово, МУЗ Городская клиническая больница №3.

Актуальность: Внематочная беременность до настоящего времени является одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Непреходящая актуальность этой проблемы обусловлена, главным образом, стабильно высокой частотой эктопической беременности в структуре неотложных состояний в акушерстве и гинекологии: число больных с подозрением на внематочную беременность (ВБ) варьирует от 1 до 12% по отношению к пациенткам, госпитализированным в гинекологические стационары. Также отмечена тенденция к неуклонному росту частоты ВБ во всем мире. Это связано с бурным ростом воспалительных заболеваний женских половых органов, особенно хламидийной и гонорейной этиологии, широким распространением консервативно- пластических операций на маточных трубах, внедрением программы экстракорпорального оплодотворения in vitro.

В развитии эктопической беременности любой локализации принято выделять два этапа – этап прогрессирования, этап прерывания беременности. Клиника последнего во многом определяется «механизмом гибели плодного яйца» и прерывания беременности: по типу разрыва маточной трубы или по типу трубного аборта. Безусловно, при «классическом» течении нарушенной трубной беременности диагностика заболевания не представляет каких-либо сложностей. Применение в подобных случаях рутинного кульдоцентеза позволяет достаточно четко сформулировать диагноз и определить показания к хирургическому лечению. Однако, в большинстве наблюдений (по литературе – до 80%) патогномоничные признаки ВБ отсутствуют и течение заболевания характеризуется как «стертое».

Материал исследования: В ГБ №3 проведено оперативное лечение 95 женщинам с внематочной беременностью в 2006г. в возрасте от 18 до 40 лет. Возраст менархе колебался от 11 до 16 лет, но у подавляющего большинства менархе приходится на 12-13 лет (44,4%) и 14-15 лет (35,5%). Менструальный цикл установился сразу у 86,6%, через 8-10 месяцев – у 2,2%, через 5 лет – у 1,2%, и не установился до настоящего времени – у 10%. При изучении репродуктивной функции женщин с ВБ установлено, что 28,45 (26 женщин) в прошлом не имели бе-

ременности, остальные 72,65 (69) были повторно беременными. Раннее начало половой жизни было отмечено у 19 женщин (20,0%), 22 (23,2%) женщины жили половой жизнью вне брака (т.е. можно предположить, что они имели более одного полового партнера). До наступления ВБ 49,5% (47) женщин имели в анамнезе роды, из них по 1 ребенку родили 34 женщины (72,3%), по 2 и более ребенка имели 13 женщин (27,6%). Выкидыши зарегистрированы у 9,5% (9) женщин. Анамнез отягощенный абортами был у 48,45 (46 человек). По 1 аборту имели 43,45 (20 женщин), по 2-3 аборта 39,1% (18 женщин), по 4-5 абортов 13% (6 женщин), 6 и более абортов – у 2 женщин (4,3%). Выявление повторной ВБ в противоположной трубе отмечено в 20 случаях (21,1%, причем у 2-х женщин, у которых была проведена органосохраняющая операция по поводу ВБ, выявлена ВБ в той же трубе. Гинекологические заболевания в анамнезе были у 74,3% женщин. Основные жалобы при поступлении были: кровянистые выделения у 83,3 % женщин, задержка менструации у 82,2%, боли внизу живота у 33,3%, и около 8,9% женщин отмечали другие жалобы. Важно отметить, что с подозрением на ВБ были госпитализированы 50,55 (48 женщин), остальные 49,5% (47 женщин) были госпитализированы по поводу другой патологии: чаще всего это внебольничный выкидыш ранних сроков беременности, угроза выкидыша, апоплексия яичника, ДМК, воспалительные процессы в полости матки и в придатках.

Если анализировать своевременность диагностики и лечения больных с ВБ можно представить следующие результаты: в течение первых 2-х часов с момента поступления прооперирована 51 женщина (59,7%), первых 6-ти часов – 22 женщины (23,15); в первые сутки были прооперированы 15 человек (15,8%). На 3 сутки взяты на операционный стол 7 женщин (7,4%) в связи с трудностью диагностики. Лапароскопические операции были проведены подавляющему большинству женщин – 91,65 (87 человек), при этом 52 женщинам (59,85) была удалена маточная труба, 28 женщинам (32,25) проведена сальпинготомия и удаление плодного яйца, и 7 – (8,0%) выдавливание плодного яйца из маточной трубы. Хирургическое лечение ВБ лапаратомным доступом было проведено 8 женщинам (8,4%): удаление маточной трубы – у 6, 2-м пациенткам удалили обе трубы. Течение послеоперационного периода протекало без осложнений. При выписке всем женщинам было рекомендовано пройти курс реабилитации для полного восстановления репродуктивной функции.

Выводы: Клиническая симптоматика внематочной беременности отличается значительным многообразием. Факторами риска ВБ остаются позднее начало менструального цикла, нерегулярный менструальный цикл, аборты и гинекологические заболевания в анамнезе, перенесенные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Несомненным резервом диагностики ВБ остается лапароскопия, которую можно применять без других параклинических исследований. Наши данные свидетельствуют об абсолютной диагностической ценности данного метода. Более того, диагностическая быстрому установлению диагноза и лечению больной.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Демьянова Т.Н., Переделкина О.Н., Богданова Н.Л., Елгина С.И.

Россия, г. Кемерово, МУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского.

Актуальность: Миома матки – наиболее распространенная доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышечных и соединительных элементов. Возникает опухоль в возрасте 20-40 лет. Можно отметить, что миома резко «помолодела». Патогенез миомы матки общепризнанно связывать с гормональными нарушениями в организме, что позволило считать эту опухоль гормонозависимой. Важную роль в развитии миомы играют конституционально-наследственные факторы, метаболические и иммунные нарушения, состояние других органов и систем. Данные генеалогического анамнеза указывают на высокую частоту миомы матки у матери и близких родственниц. Миома матки чаще встречается у женщин пикнотического типа с развитой мышечной системой. Высокая частота гипертензивных состояний у больных с этой опухолью подтверждает ее связь с особенностями гемодинамики. Многочисленные изменения в организме женщины, выявляемые в процессе развития миомы матки, свидетельствуют о полифакторном характере этой болезни. В то же время все они наблюдаются при ряде других нейроэндокринных заболеваний и нарушений репродуктивной системы (конституциональная-наследственная предрасположенность, метаболические нарушения, изменения гормональной системы и рецепторного аппарата, другая сопутствующая патология генитальных и экстрагенитальных органов), в основе патогенеза которых лежат расстройства биосинтеза, ритмичного выброса и метаболизма гормонов. Таким образом миома матки является разновидностью гиперпластических процессов матки, гормонозависимым заболеванием, развитие и течение которого, наряду с общими закономерностями, во многом определяется индивидуальными особенностями.

Клиническая картина миома матки зависит от ее локализации, размеров, возраста и других параметров. Общими симптомами являются боли и кровотечения, связанные и несвязанные с менструальным циклом, их последствия (анемия, гемодинамические нарушения). Наиболее частым осложнением миомы матки является некроз опухоли, который сопровождается клиникой острого воспалительного процесса, вплоть до развития картины острого живота. Дегенеративные изменения в узлах могут возникать в результате нарушений системы сложных биохимических процессов в сосудах, питающих опухоль, а также вследствие «перекрута» ножки опухолей с подбрюшинной локализацией.

Материал исследования: На базе гинекологического отделения ГКБ №3 нами проведен анализ 98 историй болезни пациенток, прооперированных по поводу миомы тела матки в 2006 году. Лапароскопическим путем – 15,3% (15 женщин), лапаротомным- 84,7% (83 женщины). В экстренном порядке было госпитализировано 20 женщин, что составило 20,4%. В плановом порядке госпитализировано 78 женщин (79,6%). При поступлении 18% женщин не предъявляли никаких жалоб. 50%- предъявляли 2 и более жалобы на обильные и болезненные менструации (37,8%), боли внизу живота (30,8%), нарушение функции соседних органов (9,0%), кровянистые выделения (7,0%), нарушения менструального цикла (5,0%), полименорея (4,9%), бесплодие (2,0%), слабость, быструю утомляемость (1,4%), диспариурия (1,4%), повышение температуры тела до 38 С (0,7%). При анализе менструальной функции установлено, что для больных миомой матки характерен поздний возраст menarche: с 14 лет – у 44 (44,9%); с 15 лет и старше – у 14 (14,3%). Менструальный цикл установился: сразу – у 81,6 (80 женщин), через год – у 14,3% (14 женщин), не установился – у 4,1% (4 женщины). Количество беременностей исследуемой группы распределись следующим образом: не имели беременностей 10 женщин, что составило 10,2%, одну беременность имели 8 женщин (8,2%), по две беременности было у 15 женщин (15,3%), три беременности и более – у 42 женщин (42,9%). Количество родов: не имели родов 18 женщин (18,4%), 1 роды были у 30 женщин (30,6%), 2 – у 47 женщин (48,0%), 3 – у 3 женщин (3%). Количество абортов: не было аборотов у 19 женщин (19,4%), по одному медицинскому аборту было у 22 женщин (22,4%), 2 м/а – у 15 жен-

щин (42,9%). Выкидыши в анамнезе были у 3 женщин (3%). Гинекологические заболевания перенесли 16 женщин (92,8%). Из экстрагенитальных заболеваний чаще всего встречались: заболевания сердечно-сосудистой системы (35,5%), патология ЖКТ (24,0%), заболевания мочевыделительных путей (12,5%), патология костно-мышечной системы (9,6%), анемия (9,6%), заболевания органов дыхания (5,8%), эндокринная патология (3,0%) (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и мастопатии). Оперативные вмешательства в анамнезе имели 40 женщин (40,8%), из них у 14 женщин было 2 и более операции (14,2%): резекция яичников, кесарево сечение, удаление фиброаденомы молочной железы, оперативное лечение гнойного мастита, гидроденита, врожденного вывиха тазобедренного сустава, аппендэктомии, холецистэктомии, струмэктомии, тонзилэктомии, нефропексии, венэктомии. Продолжительность заболевания миомой матки: до 1 года была у 35 женщин (35,7%), от 3 до 5 лет – у 32 (32,7%), 6 лет и более – у (31,6%). Величина миомы матки к моменту поступления была: нормальных размеров – у 8 женщин (8,2%), 5-6 недель – у 11 женщин (21,4%), 7-8 недель – у 21 женщины (21,4%), 11-12 недель – у 7 женщин (7,1%), 13-14 недель – у 15 женщин (15,3%), более 15 недель – у 15 женщин, что составило 15,3%. Имело место расположение узлов: сочетанное расположение – 68,4%, субсерозное – 19,4%, субмукозное -9,2%, интерстициальное -3%. Для уточнение диагноза проводились дополнительные методы обследования:

УЗИ было выполнено 98 женщинам (100%)

Гистероскопия была выполнена 15 женщинам (15,3%). Обнаружено интерстицио – субмукозное расположение узлов у 20%; субмукозный узел у 26,7%; аденомиоз у 26,7%; полип эндометрия (фаза пролиферации) у 26,7%.

Всем женщинам проведена кольпоскопия: в одном случае выявлена лейкоплакия шейки матки; в двух случаях патологии не выявлено. раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала проводилось 75 женщинам, что составило 76,5%.

Результат гистологического исследования соскоба: патология эндометря – 45%, патология шейки матки – 5%, сочетание – 30%. После выскабливания полости матки 20 женщин получали гормональное лечение (20,4%), из них: производные прогестерона (17-ОПК, дюфастон, депопровера, норколут) – 5 женщин (25%); аналоги гонадотропин-релизинг гормона (бусерелин, зодалекс, дефиллирин) – 4 женщины (20%); оргометрил – 11 женщин (5,5%).

Показанием к оперативному лечению явилось:

- в экстренном порядке: нарушение питания в узле – 5%; в остальных случаях по поводу миомы проводились как сопутствующая патология, при ургентных ситуациях: апоплексия яичника, предперфорационное состояние гнойной тубовариальной опухоли – 4%.
- в плановом порядке: быстрорастущая миома тела матки больших размеров – 37,8%; сочетание миомы с гиперпластическим процессом эндометрия -19,5%, миома тела матки в сочетании с андемиозом – 14,3%; сочетание миомы с образованием в придатках – 7,2%, нарушение функции соседних органов – 7,2%, бесплодие -3%, меноррагия приводящая к анемии -2%.

Объем операций следующий: гистерэктомия тотальная – 66,3%, гистерэктомия субтотальная -17,3%, консервативная миомэктомия – 16,4%.

Выводы: Факторами риска развития миомы тела матки являются – поздний возраст menarche, длительное установление менструального цикла, большое количество абортов, наличие гинекологических заболеваний, экстрагенитальной патологии. Длительное наблюдение в ж/к практически без консервативной гормональной терапии и большие размеры матки не позволяют провести органосохраняющие операции эндоскопическим доступов в условиях стационара.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ИНГУШЕТИИ С ЙОДДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Дзарахова М.А.

Россия, г. Махачкала, Дагестанский научный центр РАМН

Неблагоприятная экологическая ситуация, рост заболеваемости за последние годы обосновывает необходимость дальнейшего изучения особенностей физического и полового развития подростков.

Физическое развитие является наиболее объективным показателем, характеризующим уровень репродуктивного здоровья подростка, и характеризуется последовательностью и равномерностью роста и развития. В статье приведена сравнительная оценка физического развития в пубертатном периоде девушек в зависимости от состояния тиреоидной системы. Для решения поставленной задачи были изучены особенности физического развития у 200 девушек-подростков Ингушетии. Основную группу составили 75 девушек с йоддефицитными состояниями (ЙДС) в возрасте 12-14 лет и 75 девушек с ЙДС в возрасте 15-18 лет. В контрольную группу вошли 25 здоровых девушек-подростков в возрасте 12-14 лет и 25 здоровых девушек-подростков в возрасте 15-18 лет.

Из всех показателей физического развития девушек в пубертате наибольшее значение для становления менструальной функции, как показателя готовности к репродукции имеет масса тела. В возрасте 12-14 лет средние показатели массы тела у девушек-подростков основной группы отставали от контрольных показателей: 40,27±1,13 – 44,35±0,11 кг. Аналогичная картина выявлена и в старшей возрастной когорте: 52,98±1,44 – 58,81±2,13 кг ($p>0,05$), то есть у девушек с ЙДС масса тела продолжает отставать. При сравнении средних показателей длины тела установлено, что средне-взвешенная роста девушек подростков 12-14 лет в основной группе составляла 146,11±1,36 см с индивидуальными колебаниями от 140 см до 156 см. У подростков группы сравнения аналогичный показатель составил 151,35±0,11 см с индивидуальными колебаниями от 145 см до 160 см. Следовательно, девушки с ЙДС в возрасте 12-14 лет имеют минимальную среднюю длину тела по сравнению со здоровой группой данного возраста. Однако к 15-18 годам выявленные различия между сравниваемыми группами выравниваются: средний рост девушек с тиреоидной патологией составил 162,38±3,11 см против 160,01±1,18 см в контроле. Таким образом, более выраженные отклонения от средне-весовых показателей физического развития преимущественно за счет дефицита массы тела наблюдается у девушек с морфофункциональными нарушениями в тиреоидной системе, чем у девушек с неизмененной щитовидной железой. У девушек основной группы средний показатель окружности грудной клетки (ОГ) в 12-14 лет значительно ниже аналогичного показателя группы сравнения: 78,63±2,55 см и 80,91±0,11 см соответственно. К окончанию периода полового созревания различия в показателях ОГ девушек основной и контрольной групп усиливаются: 81,45±0,67 и 84,26±0,18 см ($p>0,05$). Средние размеры костного таза у девушек с ЙДС в младшей возрастной группе отставали от аналогичных показателей здоровых девушек. Так, d.spinarum в основной группе составила 21,81±0,17 см, в контроле – 22,13±0,21 см; c.externa – 16,65±0,16 см и 17,80±0,23 см соответственно. Аналогичная ситуация наблюдается и на заключительном этапе полового созревания: размеры акушерского таза у девушек основной группы при сравнении их с группой контроля продолжают отставать.

Вывод: основные показатели физического развития у девушек-подростков с ЙДС ниже аналогичных показателей

их здоровых сверстниц. Сравнение ряда показателей, характеризующих физическое развитие подростков, показало, что девушки с ЙДС имеют меньшую длину и массу тела, индекс массы тела, окружность грудной клетки и размеры таза по сравнению со здоровыми сверстницами. К началу репродуктивного периода у этих девушек продолжается рост тела, сопровождающийся меньшими объемами грудной клетки. При этом они меньше, чем здоровые девушки прибавляют в массе тела. Главный акушерский размер таза – c.externa меньше, чем у здоровых сверстниц, что говорит о незавершенности развития акушерского таза. Полученные результаты исследования можно расценить как продолжающийся «пубертатный скачок» и незавершенное физическое развитие девушек-подростков с ЙДС.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЙОДДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Дзарахова М.А.

Россия, г. Махачкала, Дагестанский научный центр РАМН

В последние годы отмечено усиление внимания эндокринологов всего мира к проблеме хронического йодного дефицита. Рост заболеваний щитовидной железы, несомненно, определяет состояние репродуктивного здоровья.

В статье приведена сравнительная оценка гармоничности полового развития девушек в зависимости от состояния тиреоидной системы. Для решения поставленной задачи были изучены особенности полового развития у 200 девушек-подростков Ингушетии. Основную группу составили 75 девушек с ЙДС в возрасте 12-14 лет и 75 девушек с ЙДС в возрасте 15-18 лет. В контрольную группу вошли 25 здоровых девушек-подростков в возрасте 12-14 лет и 25 здоровых девушек-подростков в возрасте 15-18 лет. Стадии развития вторичных половых признаков мы оценивали по методике Л.Г.Тумилович (1975). У подростков основной группы младшей возрастной категории общий БПР был ниже, чем в контрольной группе и составил 8,60±0,18 и 9,46±0,31 соответственно. При этом наиболее низким оказался показатель характера менструаций по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы (4,00±0,28 против 4,38±0,25 соответственно). Степень развития аксилярного и лобкового оволосения также несколько отстает от таковых показателей в группе сравнения, но, в то же время, превышает показатель развития молочных желез, что можно клинически наблюдать в виде нарушенных темпов и последовательности развития отдельных вторичных половых признаков. Молочные железы у девушек с ЙДС не достаточно развиты в обеих возрастных группах в сравнении с группой контроля. Сравнительная оценка полового развития в пубертатном периоде у девушек – подростков с ЙДС свидетельствует о том, что наличие морфологических и функциональных изменений в щитовидной железе значительно ухудшает половое развитие девушек. Полученные данные полового развития девушек, страдающих ЙДС, позволяют отметить, что формирование вторичных половых признаков у них происходит в разные сроки и с разной степенью интенсивности. У девушек основной группы в 12-14 лет невысокий уровень физического развития, незавершенны пубертатные изменения массы, длины тела, не сформирован костный таз. К окончанию периода полового созревания (15-18 лет) низкий БПР в основной группе формируется за счет показателя, характеризующего менструальную функцию. Эти подростки отличаются более ранним и интенсивным подмышечным и лобковым оволосением. Рост волос на лобке и в подмышечных впадинах в период полового созревания обеспечивается выработкой стероидных гормонов не только яичниками, но и корой надпочечников. Следовательно, полученные данные могут свидетельствовать о повышении стероидогенеза в яичниках и коре надпочечников у девушек с ЙДС. Средний возраст менархе у девушек-подростков с ЙДС составил 12,7±0,1 лет. У здоровых подростков менархе наступило раньше – в 12,41±0,09 лет. Длительность установления менструального цикла до 6 месяцев в группе здоровых девушек отмечалась чаще – 76,7% по сравнению с подростками основной группы – 27,8% ($p<0,05$). Достоверно больше доля девушек-подростков с тиреоидной патологией, у которых менструальный цикл установился через год (48,2% против 16,7% в контроле) и позже (17,5% и 6,7% соответственно). Следует отметить, что подростки с неустановившимся к моменту обследования циклом были выявлены только в группе с тиреоидной патологией. У девушек-подростков с ЙДС достоверно чаще длительность менструального цикла свыше 29-30 дней превышала аналогичный показатель в группе здоровых сверстниц – 26,1% против 10% в контроле. Менструации у девушек с ЙДС были более длительными, чем у здоровых сверстниц. В то же время полименорея была выявлена только у девушек-подростков основной группы.

Выявлены достоверные различия и в количестве теряемой крови во время менструации. У девушек с ЙДС гиперменорея отмечена в 65% наблюдений, тогда как у здоровых девушек почти в 10 раз меньше. Частота I аменореи в основной группе в 4 раза превышала таковой в группе сравнения, к тому же, II аменорея была выявлена только у девушек-подростков с наличием патологии щитовидной железы. Вывод: становление менструальной функции у девушек-подростков Ингушетии с ЙДС сопровождалось различными нарушениями. В этой группе подростков менструальная функция имела худшие характеристики по сравнению со здоровыми сверстницами: более поздний возраст менархе, длительное установление регулярного менструального цикла, большая длительность и интенсивность менструаций. Только в этой группе подростков были отмечены полименорея, ювенильные кровотечения, вторичная аменорея.

СТРУКТУРНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ МИО-, ЭНДОМЕТРИЯ

Дикарева, Л.В., Шварев Е.Г., Шрамкова И.А., Ромахова Т.В., Аюпова А.К.

Россия, Астрахань, ГОУ ВПО «АГМА Росздрава», кафедра акушерства и гинекологии ФПО

ФГУ «Научно-исследовательский институт по изучению лепры Росздрава»

Цель исследования: разработка нового способа ранней диагностики гиперпластических процессов мио - эндометрия на основе структурных и биохимических показателей биологических жидкостей у больных групп риска.

Материал исследования: биологические жидкости (БЖ) (смывы из полости матки, сыворотки крови), аспираты и биоптаты эндометрия больных гиперпластическими процессами мио – эндометрия различной степени выраженности.

Методы исследования: клинический, патогистологический, цитологический, биохимический, клиновидной дегидратации биологических БЖ, статистический.

Результаты исследования: разработан и апробирован способ выявления гиперпластических процессов (ГПЭ) и рака

эндометрия (РЭ) у больных миомой матки (ММ), позволяющий в короткие сроки, на малых объемах БЖ, с минимальными материальными затратами оценить патологические процессы на доклиническом этапе.

Несмотря на наличие достаточного количества методов выявления патологии мио-эндометрия, по - прежнему сохраняется потребность в поиске новых. Это обусловлено недостаточной чувствительностью существующих методов, сложностью и дороговизной их использования как на этапе скрининга, так и мониторинга в процессе лечения.

В качестве исследуемого биологического материала нами был выбран эндометриальный секрет, так как при применении иммунофлюоресцентной и гистохимической методик исследования образцов нормальной, гиперплазированной и малигнизированной ткани эндометрия была показана способность ряда ферментов и их изоформ накапливаться в апикальных отделах железистых клеток, а затем выделяться в эндометриальную слизь (Е.Г. Шварев, 1993). Как известно, биологическое своеобразие Э состоит в том, что эта гормоночувствительная ткань обладает способностью не только к циклическому обновлению почти всего клеточного состава, но и испытывает на себе влияние половых гормонов, продуктов перекисного окисления липидов и белков.

Не вызывает сомнения, что развитие различного рода патологических процессов ассоциировано с возникновением состояния т.н. оксидантного стресса, который либо является непосредственной причиной возникновения заболевания, либо сопровождает его развитие. При этом увеличивается продукция активных форм кислорода (АФК) и в процесс вовлекается антиоксидантная система (АОС) организма, регулирующая процессы перекисного окисления липидов и белков.

В последние годы в клинической медицине получила развитие новая диагностическая технология, базирующаяся на извлечении информации надмолекулярного уровня при фазовом переходе БЖ в твердое состояние (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 1999; 2001). Жидкостная система организма практически мгновенно реагирует на воздействие, что отражается в определенном изменении ансамбля структур, формирующихся при ее переходе в твердую фазу. Эта информация содержится в структуре т.н. фаций, микроскопическое исследование которых позволяет получить морфологическую расшифровку (В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 2000). Описанный феномен открывает перспективы использования результатов структурного анализа БЖ в скрининге и мониторинге (в процессе лечения) больных ГПЭ и РЭ.

Предлагаемый нами подход позволяет проводить одновременно биохимическое, цитологическое и кристаллографическое исследования. В диагностическом отношении он оказался эффективнее, чем выявление маркеров в сыворотке крови, где эти показатели отличались значительной вариабельностью (влияние разнообразных эндогенных факторов).

Для получения представления об особенностях структуропостроения смывов из полости матки и оценки некоторых биохимических параметров у больных с различной патологией ее тела обследовано 210 пациенток, которые были разделены на 4 группы: первая группа - контрольная, состоящая из 32 (15,2 %) женщин, у которых не было патологии репродуктивных органов, вторая, куда вошли 104 (49,5%) больных ММ с нормальным строением Э, третья, включавшая 42 (20,1 %) больные ММ с ГПЭ и четвертая группа -32 (15,2%) больные ММ в сочетании с атипической гиперплазией эндометрия (АГЭ) и РЭ. Средний возраст больных в исследуемых группах составил соответственно 57,6±0,3, 45,9±0,23, 46,6±0,31 и 60,2±0,34 лет.

Для исследования структур смывов из полости матки был избран принцип перевода их в твердую фазу методом клиновидной дегидратации. Анализ структурообразующих элементов дегидратированной капли проводили с помощью стереомикроскопа MZ – 12 фирмы Leica. Исследованию подвергались натурные образцы высушенных капель – фации, а также их фотографии, полученные при увеличениях от х10 до х160.

У больных ММ с нормальным строением Э в исследуемых образцах фаций преобладали крупные трещины, формирующие между собой отдельности и при этом встречались лишь единичные трехлучевые трещины. Необходимо отметь, что по мере нарастания тяжести патологии Э (например, при ЖГЭ) площадь распространения трехлучевых трещин прогрессивно увеличивалась.

У 32 больных с атипической гиперплазией и РЭ структура фаций резко отличалась от вышеописанной: в исследуемых препаратах практически по всей площади фаций появлялась сеть трехлучевых трещин (патент на изобретение № 2290639от 27.12.2006 г).

Одновременно в исследуемых группах, в смывах из полости матки, определяли содержание одного из ферментов АОЗ – каталазы и вторичного продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МДА).

Так, значения показателя каталазы и каталазного числа у лиц контрольной группы оказались равными 3,09±0,18 ед. и 0,8±0,08 ед. У больных ММ с нормальным строением эндометрия исследуемые параметры были в пределах 2,53±0,16 ед. и 0,71±0,05 ед., а у пациенток с ММ в сочетании с ГПЭ соответствовали 1,8±0,33 ед. и 0,44±0,09 ед. Наиболее низкие значения указанных ферментов зарегистрированы в группе больных ММ в сочетании с АГЭ и РЭ – 0,68 ±0,2 и 0,2±0,09ед. ($p< 0.05$).

Напротив, значения МДА в исследуемых группах имели отчетливую тенденцию к увеличению и оказались соответственно равными – 0,37 ±0,1 нмоль, 0,49± 0,06 нмоль, 1,68 ±0,23 нмоль и 3,01±0,85нмоль (приоритет заявки на изобретение №. 2007101040 (001097) от 09.01.2007г.).

Заключение: структурные особенности морфологической картины смывов из полости матки, а также оценка некоторых ферментов АОЗ, вторичных продуктов ПОЛ позволяют доступными методами еще на доклиническом этапе (начиная с женских консультаций!) выявлять формирующиеся тенденции развития патологического процесса мио-эндометрия. Представленный подход дает возможность выделить контингент женщин повышенного риска по формированию патологии Э с последующим углубленным обследованием и диспансеризацией, предотвращая тем самым развития предрака и рака этой локализации. Атравматичность забора материала, простота его обработки и хранения открывают широкие возможности проведения многократных анализов, являющихся необходимым условием для динамической оценки состояния Э в процессе лечения.

УРГЕНТНАЯ ФОРМА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Чернышенко Т.А., Ильина И.Ю., Кайфаджян М.М., Нуруллин Р.Ф.

Россия, г. Москва, ГКБ №1 им. Н.И Пирогова

К наиболее распространенному урогинекологическому заболеванию относится пролапс гениталий в связи с тем, что данная патология более, чем в 50% случаев проявляется симптомами нижних мочевых путей.

Опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) тяжелое заболевание, представляет собой разновидность грыж тазового дна, удельный вес которого колеблется от 28 до 39,8%.

При пролапсе гениталий происходит нарушение обеих фаз нормального мочеиспускания, обструктивные симптомы результат дисфункции этапа опорожнения, проявлением нару-

шение функции накопления является стрессовое недержание мочи, смешанная форма инконтиненции и гиперактивный мочевой пузырь (ГМП).

ГМП – это клинический синдром, который по определению Международного общества по удержанию мочи (International Continence Society, ICS) объединяет симптомы ургентности с наличием или без ургентного недержания мочи, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием (число мочеиспусканий > 8 раз в сутки) и ноктурией (≥ 2 ночных пробуждений для мочеиспускания). Под ургентностью понимают внезапный сильный позыв на мочеиспускание, который трудно сдержать.

По данным эпидемиологических исследований в Европе и США частота встречаемости ГМП у женщин составляет около 16,9%. При пролапсе гениталий доля ургентного недержания составляет -27,33%.

Анализируя этиологию симптомов нижних мочевых путей при пролапсе гениталий, одной из неизученных до конца проблем, остается патогенез синдрома ГМП. На сегодняшний день в оценках патогенеза императивной формы мочеиспускания отсутствует, какая либо анатомическая концепция. Обзор литературы о влиянии пролапса тазовых органов и его оперативной коррекции на ирритативные симптомы нарушения мочеиспускания не дает точного ответа, но по некоторым данным после хирургического лечения только у 25-40% больных улучшаются ирритативные симптомы мочеиспускания.

Целью данного исследования было оценить влияние хирургической коррекции пролапса гениталий, в том числе в комбинации с антистрессовыми операциями, на динамику симптомов ГМП.

Материалы и методы. В исследование включено 36 больных с различной степенью пролапса гениталий в сочетании с синдромом ГМП, в возрасте от 47 до 82 лет. Большинство пациенток находилось в возрасте старше 60 лет, в периоде постменопаузы.

Продолжительность пролапса гениталий составила от 3 до 32 лет, средняя продолжительность симптомов ГМП 5 ± 2,24 лет (от 1,5 до 11).

Критериями исключения пациенток из исследования являлись: острые воспалительные заболевания мочевых путей и гениталий, неврологическая патология, изолированная ноктурия, тяжелая сопутствующая патология

Алгоритм обследования больных, включал в себя: анамнез заболевания, заполнения опросника, дневника мочеиспускания в течение 72 часов, рутинные лабораторные методы исследования, особую ценность представляла микроскопия осадка мочи и ее посев на стерильность, влагалищного исследования с одновременным выполнением функциональных проб, одночасовой прокладочный тест, ультросонографическое исследование почек, органов малого таза, определение остаточной мочи, комплексное уродинамическое исследование.

На основании клинического обследования больные были разделены на группы по уродинамическому признаку : группу А (n =12) составили больные с ГМП без детрузорной гиперактивности, группу Б (n=24) с детрузорной гиперактивностью.

В результате гинекологического исследования больные распределялись по степени пролапса гениталий следующим образом: с полным выпадением матки и стенок влагалища (ПВМ)-5 (14%), неполным выпадением матки и стенок влагалища (НВМ)-27(75%), выпадение купола влагалища (ВКВ) у 1(3%), опущение передней стенки влагалища (ОПСВ)-3(8%).У всех пациенток имелся дефект пубоцервикальной фасции, проявлявшийся в цистоцеле-II ст. у 5 (14%), у 24 (86%) цистоцеле III-IVст., одним из проявлений несостоятельности мышц тазового дна было наличие ректоцеле II ст. у 27 (79%), III ст. у 7(21%).

Показанием к оперативному лечения, явилась прежде всего гинекологическая патология и как проявление ее стрессовое недержание мочи.

Базовой операцией по коррекции пролапса гениталий, учитывая возраст больных, степень опущения и выпадения внутренних половых органов являлась влагалищная гистерэктомия без придатков у 31 (86,1%). 5(13,9%) больным производились операции в объеме манчестерской и передней кольпорафии. Цистоцеле коррегировалось за счет передней кольпорафии у 36 (100%), при наличии ректоцеле (II-IIIст) у 34 (94%) выполнялась кольпоперинеолеваторопластика. При верификации выраженной степени тяжести стрессовой инконтиненции производились антистрессовые слинговые операции у 10 (27,8%) больных с использованием синтетического материала (полипропилена) –TVT, и аутоматериала.

Исходные показатели дневника мочеиспускания представлены в группе А увеличением среднего числа мочеиспусканий в сутки до 10,8± 1,5 (от 9 до 15), среднее число императивных позывов в сутки 1,9± 1,8 (от 1 до 4),среднее число эпизодов ургентного недержания мочи в сутки составило 1,3± 0,9 (от 1 до 4), средний объем мочеиспускания,мл- 120±20 (от 100 до 180), количество больных с ургентным недержанием мочи-4, В группе Б были получены следующие результаты: среднее число мочеиспусканий в сутки увеличено до 13,2±0,5 (от 10 до 17), среднее число императивных позывов в сутки 4,3±1,2 (от 1 до 6), среднее число эпизодов ургентного недержания мочи 1,8±0,6 (от 1 до3), средний объем мочеиспускания 105 ±19 (от 50 до 150), количество больных с ургентным недержанием мочи -13.

Результаты цистометрии до оперативного лечения представлены в А группе средним объемом первого ощущения наполнения мочевого пузыря, мл - 103±44 (от 49 до 152), средний объем первого позыва, мл. 152±38 (от 48 до 248), средний объем сильного позыва, мл- 256±23 (от 131 до 355), средняя цистометрическая емкость- 266±46(от 195 до 388 мл), чувствительность мочевого пузыря повышена у 7 (58%), В группе Б выявлены следующие показатели средним объемом первого ощущения наполнения мочевого пузыря, мл - 69±16 (от 45 до 132), средний объем первого позыва, мл. 133±20 (от 95 до 141), средний объем сильного позыва, мл- 216±18 (от 185 до 269), средняя цистометрическая емкость - 239±16 (от 91 до 276мл), чувствительность мочевого пузыря повышена у 15 (62%), средний объем первого непроизвольного сокращения детрузора- 116±67 (от 42 до 171), средняя амплитуда непроизвольного сокращения детрузора.- 27 (от 5 до 48 см. водн. ст.).

Результаты. Оценку влияния оперативного лечения на симптомы нижних мочевых путей проводили на основании изменений показателей дневника мочеиспускания и параметров уродинамического исследования.

В послеоперационном периоде получены следующие изменения со стороны дневника мочеиспускания: в группе А уменьшение среднего числа мочеиспусканий в сутки до 8,8± 1,9 (от 5 до 13), среднее число императивных позывов в сутки 1,7± 1,2 (от 0 до 3) среднее число эпизодов ургентного недержания мочи в сутки составило 1,3± 0,6 (от 0 до 3), средний объем мочеиспускания, мл.- 135 ±36 (от 100 до 170), количество больных с ургентным недержанием мочи-3, В группе Б были получены следующие результаты: среднее число мочеиспусканий в сутки уменьшилось до 12,8±1,5 (от 7 до 15), среднее число императивных позывов в сутки 3,7±1,5 (от 0 до 5), среднее число эпизодов ургентного недержания мочи 1,7±0,3 (от 0 до 4), средний объем мочеиспускания - 120 ± 42 (от 80 до 160), количество больных с ургентным недержанием мочи -11. Результаты цистометрии после оперативного лечения представлены в группе А следующими показателями: увеличением среднего объема первого ощущения наполнения мочевого пузыря, мл до 121 ±65 (от 49 до 124), средний объем первого позыва -161 ±41 (от 139 до225 мл), средний объем сильного позыва- 272± 35 (от 254 до 378 мл), средняя цистометрическая емкость, мл- 285 ±62 (от 234 до 378). В группе Б выявлены следующие показатели средний объемом

первого ощущения наполнения мочевого пузыря, мл. 78±20 (от 49 до 112), средний объем первого позыва, мл. 152±36 (от 124 до 189), средний объем сильного позыва 236±29 (от 217 до 259 мл.), средняя цистометрическая емкость, мл увеличилась до 256±45 (от 229 до 271), чувствительность мочевого пузыря повышена у 11 (54 %), средний объем первого непроизвольного сокращения детрузора- 105± 52 (от 38 до 124мл.), средняя амплитуда непроизвольного сокращения детрузора - 11 (от 5 до 42 с. водн. ст.).

После оперативного лечения значимое улучшение или полное отсутствие симптомов ГМП отметили лишь 11 женщин, что составило 31%. Из них 4 (33%) были из группы А и 7 (29%) из группы Б. Симптомы ургентности сохранились у 25 (69%) больных, при этом у 2 больных, которым также была установлена петля TVT, появилось ургентное недержание мочи, что также совпало с выявлением у 1 из них детрузорной гиперактивности de novo. Других корреляций между результатами дневника мочеиспускания, данными уродинамического исследования, степенью пролапса гениталий или продолжительностью заболевания не получено.

Больным с сохранившимися симптомами учащенного и ургентного мочеиспускания проводилась консервативная терапия М-холинолитическим препаратом троспия хлорида (Спазмексом) в дозе 15 мг/ 3 раза в день.

Заключение. Таким образом, у женщин с пролапсом гениталий по данным нашего исследования симптомы ургентности, вне зависимости от результата уродинамического исследования являются неблагоприятным прогностическим фактором в плане сохранения клиники ГМП в послеоперационном периоде.

Вероятнее всего это связано с тем, что ГМП является патогенетическим следствием экстрагенитальных нарушений, таких как возрастные изменения в детрузоре или не выявленных ранее неврологических расстройств, а пролапс тазовых органов является лишь сопутствующим заболеванием.

ЛАПАРАСКОПИЯ, КАК РЕШЕНИЕ ВОПРОСА ТАЗОВЫХ АЛГИЙ В СВЕТЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Доброхотова Ю.Э, Гришин И.И, Авалишвили О.О.

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ, РГМУ, Москва

Синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) принято считать боль, продолжительностью более 3 месяцев, локализующаяся в области малого таза, с интенсивностью, вызывающей нетрудоспособность, требующая медикаментозного или хирургического лечения»

Более 60% женщин, ежегодно обращающихся за помощью к акушеру-гинекологу, предъявляют жалобы на тазовую боль

Как правило хроническая тазовая боль (ХТБ) сопровождается анамнезом с целым рядом неудачных попыток лечения, депрессией, изменением роли в семье. По данным различных авторов наиболее частые причины хронической тазовой боли - воспалительные заболевания органов малого таза, эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу, миома матки, тазовое венозное полнокровие (ТВП), урологические заболевания, синдром раздраженного кишечника. Частые причины, нередко остающиеся нераспознанными - интерстициальный цистит, грыжи, нейропатии.

В настоящее время не вызывает сомнений, что при наличии длительно существующих ХТБ неясной этиологии показано проведение комплексного лечения, включающего в себя лапароскопию, лекарственную терапию (нестероидная противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия), физиотерапевтические мероприятия, а также психологическую реабилитацию.

Целью нашего исследования явилось: придание приоритета роли лапароскопии в диагностике причин тазовых алгий в свете синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Нами клинически обследовано и проведено комплексное лечение 82 женщин репродуктивного возраста с ХТБ, в возрасте от 25 до 45 лет. Средний возраст составил 33,7 ± 2,3 лет. Продолжительность болевого синдрома наблюдалась от полугода до четырех лет с различной интенсивностью. Помимо клинического и гинекологического исследований больным дополнительно проводилось трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) сосудов, в ряде случаев эмисионная компьютерная томография (ЭКТ) тазовых вен, а так же селективная оварикография.

Результаты и обсуждения. Проведенное нами исследование показало, что у 38 пациенток выявлен воспалительный процесс в придатках матки (сальпингит, сальпингоофорит, гидросальпинкс), что сопровождалось спаечным процессом в малом тазу. Во время проведения лапароскопии производился сальпингоовариолизис, при необходимости удаление вовлеченных в патологический процесс маточных труб. У 26 пациенток обнаружен эндометриоз в той или иной степени выраженности (от единичных небольших очагов до вовлечения в патологический процесс соседних органов) им проводилось коагуляция эндометриоидных гетеротопий, удаление очагов эндометриоза, у 9 - варикозное расширение вен малого таза, в послеоперационном периоде было рекомендовано применение венотоников, и лишь у 6 – видимой патологии обнаружено не было. Данная группа пациенток была нами направлена на консультации к смежным специалистам (хирургам, урологам, неврологам) для уточнения характера боли. Анализируя результаты проведенного комплексного лечения, через 6 месяцев было отмечено, что у подавляющего большинства больных 68% болевой синдром полностью купировался, частично купировался у 24% и у 8% женщин эффекта от проведенного лечения достичь не удалось, что, по-видимому, связано с имеющим место полиэтиологическим характером тазовых алгий.

Заключение. Таким образом, дифференциальная диагностика тазовых алгий требует последовательного применения клинических и инструментальных методов исследования с применением современных технологий, в частности оперативной лапароскопии. Посредствам которой мы можем не только установить правильный диагноз, но и устранить причину вызвавшую недуг.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ГОНАДНЫХ ВЕНАХ

Доброхотова Ю.Э., Гаврилов С.Г., Гришин И.И., Авалишвили О.О.

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ, РГМУ, Москва

Хронические тазовые боли (ХТБ) могут быть обусловлены разнообразными причинами. Наряду с основной гинекологической патологией значительную часть пациенток с ХТБ составляет группа больных с варикозной болезнью вен малого таза (ВБВМТ) и синдромом тазового венозного полнокровия (СТВП). В настоящее время разработаны и продолжают со-

вершенствоваться хирургические методики лечения ВБВМТ, а именно: открытая внебрюшинная и лапароскопическая резекции гонадных вен, эндоваскальная эмболизация яичниковых вен. Применение этих операций преследует основную цель – купирование хронической тазовой боли, которая является наиболее ярким и драматическим симптомом ВБВМТ.

Цель. Оценить эффективность хирургических вмешательств на гонадных венах в лечении хронических тазовых болей.

Материалы и методы. Нами обследовано 95 женщин в возрасте от 24 до 44 лет с хроническими тазовыми болями, из них у 32 диагностирована ВБВМТ. Всем пациенткам помимо клинического обследования и гинекологического исследования выполнены ультразвуковое исследование органов малого таза, трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое ангиосканирование, эмиссионная компьютерная томография тазовых вен. Селективная оварикографию и тазовую флебографию проводили больным, которым планировалось хирургическое вмешательство на гонадных венах. Оперативным вмешательствам на яичниковых венах подверглись 23 больных. Из них 11 женщинам произведена открытая внебрюшинная резекция (ВР) гонадных вен, 5 – лапароскопическая резекция (ЛР) овариальных вен, 7 – эндоваскальная эмболизация (ЭЭ) яичниковых вен спиралями Джиантурко.

Результаты и обсуждение. Внебрюшинную резекцию выполняли больным с сопутствующей варикозной болезнью вен нижних конечностей, стволовым, рассыпным или многоствольным типом строения гонадных вен, предшествующими операциями на органах малого таза. Купирование ХТБ наблюдали у 100% пациенток в течение 3-6 месяцев со стойкой ремиссией в течение последующих 3 лет наблюдения. Достоинством операции является техническая простота выполнения, надежное лигирование всех притоков гонадных вен на протяжении мобилизованной вены, визуальный контроль протяженности резецируемого участка сосуда. Лапароскопической резекции подверглись больные с одно- и многоствольным строением гонадных вен, сопутствующей варикозной болезнью нижних конечностей или гинекологической патологией. Полное исчезновение тазовых алгий отмечено в 100% случаев в течение 2-5 месяцев. Преимуществом данного вида хирургического вмешательства служат малая травматичность и косметичность, возможность симультанных операций на органах малого таза. Эндоваскальную эмболизацию проводили пациенткам со стволовым типом строения гонадных вен без сопутствующей венозной или гинекологической патологии. Очевидными достоинствами метода представляются высокие косметические качества, возможность во время диагностической оварикографии провести лечебную манипуляцию-эмболизацию гонадных вен. Эффективность эндоваскальной эмболизации составила 77%. У 13% больных болевой синдром сохранялся, что потребовало проведения открытой внебрюшинной резекции гонадных вен со спиралями Джиантурко, после выполнения которой болевой синдром полностью купирован.

Заключение. Таким образом, хирургические вмешательства на гонадных венах служат эффективными методами лечения ХТБ, причиной которых явилась ВБВМТ. Детальное обследование больных с ХТБ позволит осуществить раннюю диагностику тазового венозного полнокровия и своевременное патогенетически обоснованное лечение данного заболевания. Методика эндоваскальной эмболизации нуждается в дальнейшей разработке, более строгом отборе больных для проведения этой лечебной процедуры.

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИО- И ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМА

Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А., Гришин И.И., Литвинова Н.А., Ибрагимова Д.М., Задонская Ю.Н.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, каф. акушерства и гинекологии Московского факультета

Значимость проблемы гиперпластических процессов в эндометрии (ГПЭ) обусловлена высоким удельным весом этой патологии в структуре гинекологической заболеваемости. Гиперпластические процессы в эндометрии, как известно, являются следствием нарушения гормонального баланса в результате ряда причин. Нередко ГПЭ сочетается с миомой матки, которая большинством исследователей рассматривается как гормонально-зависимая опухоль.

Согласно данным литературы гиперпластические процессы эндометрия можно выявить у каждой второй пациентки с миомой матки. Частота сочетания гиперпластических процессов эндометрия и миомы матки колеблется от 29 – 70%. Оба этих заболевания, как правило, развиваются на фоне повышенной секреции гонадотропинов, гиперэстрогении и дефицита прогестерона, поэтому нельзя исключить общность их генеза.

Лечение женщин с указанной патологией может быть хирургическое и консервативное. Цель консервативного лечения заключается в устранении тяжести клинических симптомов, а также в уменьшении или стабилизации размеров опухоли. В практическом здравоохранении в настоящее время широкое применение нашло гормональное лечение, которое способствует либо стабилизации размеров миомы либо нормализации состояния эндометрия и профилактике дисфункциональных маточных кровотечений. Между тем, анализ ближайших и отдаленных результатов гормональной терапии свидетельствует о часто возникающих рецидивах и осложнениях в виде побочных реакций, в частности, нарушения функции печени, щитовидной железы и т.д.

В настоящее время широко вошел в практику малоинвазивный, высокоэффективный, органосохраняющий метод лечения миомы матки – эмболизация маточных артерий. Данный метод позволяет ограничить число радикальных хирургических вмешательств.

Цель изучение влияния эмболизации маточных артерий на гормональный профиль пациенток с сочетанной патологией мио- и эндометрия в пременопаузальном периоде.

Материалы и методы. Для статистической обработки были использованы данные гормональных исследований.

Данные были получены у 30 пациенток, госпитализированных в стационар по поводу миомы матки. Возраст пациенток колебался от 45 до 50 лет (средний возраст 47.5 ± 2.5).

Для исследования состояния эндометрия всем пациенткам было выполнено раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Паталогоанатомический диагноз ставили на основании критериев, рекомендованных ВОЗ.

Содержание в сыворотке крови эстрадиола, лютеинизирующего гормона (ЛГ) фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) определяли на 3-й день, а прогестерона на 21-й день менструального цикла. Пациентки, проходящие обследование, не принимали никаких лекарственных препаратов, включая препараты половых гормонов, как минимум в течение полгода до начала обследования.

Результаты исследований. Все данные пациенток были выписаны и проведен их предварительный анализ. Данные паталогоанатомического исследования биопсии эндометрия показали, что в группе обследованных пациенток у 28 (98%) была выявлена гиперплазия эндометрия, из них у 23 (83%) выявлена железисто-кистозная гиперплазия, у 5 (18%) – полип эндометрия.

2 пациентки без гиперплазии эндометрия, по данным гистологического исследования выявлен эндометрий в фазе пролиферации.

Часть пациенток с подтвержденной гиперплазией эндометрия, включенных в данное исследование, категорически отказались от гормональной терапии, части из низ прием гормональных препаратов был противопоказан Уровень половых гормонов у всех пациенток до ЭМА варьировал в следующих границах:

ФСГ – 19,71 ± 12,84 (мМЕ\мл), ЛГ – 6,84 ± 1,14 (мМЕ\мл), ЛГ\ФСГ – 0,34 ± 0,04, эстрадиол – 0,49 ± 0,05 (нмоль\л), прогестерон – 2,08 ± 0,41 (нмоль\л).

Всем пациенткам была произведена эмболизация маточных артерий в качестве лечения миомы матки.

Оценка гормонального статуса была произведена всем пациенткам через 3 месяца после эмболизации маточных артерий. Была выявлена следующая закономерность:

ФСГ – 18,0 ± 2,2 (мМЕ\мл), ЛГ – 21,4 ± 2,7 (мМЕ\мл), ЛГ\ФСГ – 1,1, эстрадиол – 0,36 ± 0,04 (нмоль\л), прогестерон – 5,48 ± 0,38 (нмоль\л), которая может свидетельствовать о том, что эмболизация маточных артерий вероятно воздействует на нормализацию гормонального гомеостаза у пациенток в пременопаузальном периоде.

Выводы. Таким образом проведенное исследование позволяет сделать вывод о возможном влиянии эмболизации маточных артерий на нормализацию гормонального гомеостаза у пациенток с сочетанной патологии мио- и эндометрия в пременопаузальном периоде, отмечается тенденция к снижению эстрадиола и незначительному повышению прогестерона.

Предложенные данные могут быть использованы для прогнозирования эффективности ЭМА в качестве лечения гормонозависимых состояний мио- и эндометрия у женщин в пременопаузальном периоде.

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ДАННЫХ И ОСОБЕННОСТЕЙ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИО- И ЭНДОМЕТРИЯ ДО И ПОСЛЕ ЭМА В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Филатова Л.А., Алиева А.А., Гришин И.И., Литвинова Н.А., Ибрагимова Д.М.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, каф. акушерства и гинекологии Московского факультета

Занимая значительное место в структуре гинекологической заболеваемости гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) в сочетании с миомой матки становятся в ряд ведущих проблем современной гинекологии.

Столь пристальное внимание к сочетанной патологии мио- и эндометрия обусловлено следующими факторами:

Значительной частотой распространенности миомы матки и гиперпластических процессов эндометрия. Так, по мнению ряда авторов, миома матки в сочетании с ГПЭ диагностируется у каждой 5 – 6 женщины. После 40 лет риск возникновения данной патологии возрастает до 78-88%.

Отсутствием выраженного, продолжительного эффекта от гормональной терапии, склонность к рецидивированию патологического процесса.

Частым сочетанием с другой генитальной патологией (аденомиозом, опухолями яичников).

Наиболее частая причина, требующая госпитализации данных пациенток в стационар.

Большое внимание в последние годы уделяется изучению значимости для общеклинической практики различных методов диагностики патологии мио- и эндометрия.

Особое место в диагностики внутриматочной патологии получил ультразвуковой метод обследования. Трансабдоминальная или трансвагинальная эхография является неинвазивным, легко выполнимым и высоко информативным методом обследования больных и позволяет оценивать качественные и количественные характеристики внутриматочных структур.

Развитие современных технологий, используемых в УЗ аппаратуре, обусловлено появление новых диагностических методик исследования в гинекологической практике – цветового допплеровского картирования и допплерометрии. Данные методы позволяют не только регистрировать кровоток в артериях матки и эндометрия, но и производить количественную оценку его параметров.

Цель: Выявить влияние ЭМА на ультразвуковые параметры матки и особенности кровоток внутриматочных структур у пациенток с миомой матки в сочетании с гиперплазией эндометрия.

Материалы и методы исследования:

Для статистической обработки были использованы данные ультразвуковой диагностики. Оценивали общие размеры матки, структуру миометрия, выявлялось наличие миоматозных узлов, их размеры, локализация, наличие признаков гиперплазии эндометрия. Особое внимание уделялось изучению срединного маточного эха (М-эха). Допплеровский анализ включал определение кровотока, допплерометрические показатели, в частности, индекс резистентности и максимальную систолическую скорость кровотока. Данные были получены у 30 пациенток, госпитализированных в стационар по поводу миомы матки. Возраст пациенток колебался от 45 до 50 лет (средний возраст 47.5 ± 2.5).

Комплексное ультразвуковое исследование производили на аппарате «LogiQ–3» с трансвагинальным датчиком с частотой 6 МГц с функцией цветового допплеровского картирования и импульсноволновой допплерометрией. Эхографический контроль осуществляли через 3 месяца после проведения пациенткам ЭМА.

Результаты исследования:

Согласно данным ультразвукового обследования размеры матки варьировались от 6 до 16 недель (среднее значение 12 недель). После проведения ЭМА через три месяца размеры матки значительно уменьшились, среднее значение составляло 6-7 недель.

Толщина М-эхо колебалась от 12 до 22 мм (во вторую фазу цикла) в среднем составляла 17.3 ± 4.2 мм. В нашей работе частота выявления патологии эндометрия без определения ее морфологической формы составило 98%. Точность установления конкретной формы патологии была несколько ниже и составляла 96% для железисто-кистозной гиперплазии эндометрия.

Часть пациенток с выявленной гиперплазией эндометрия категорически отказались от гормональной терапии, части - гормональная терапия была противопоказана.

После ЭМА толщина М-эха измеренная во вторую фазу цикла варьировала от 10 до 19 мм, средние значения колебались от 14.5 ± 3.2 мм.

Морфологические изменения слизистой оболочки полости матки при развитии гиперпластических процессов, сопровождаются явлениями васкуляризации. (Кондриков Н.И., 1999г), о чем свидетельствуют данные цветового допплеровского картирования и допплерометрии. Регистрация главных маточных артерий при проведении цветного картирования была возможна у всех пациенток. По мнению ряда авторов сосуды нормального эндометрия в 1 фазе менструального цикла не определяются, а при наличии гиперпластических процессов частота их выявления может достигать от 10 – 65.7% случаев. (Терегулова Л.Е., 1995, Kupesic S., 1996, Aleem F. et all,1997). По нашим данным гиперпластические процессы эндометрия сопровождались увеличением частоты регистрируемых при цветовом допплеровском картировании сосудов эндометрия. Вне зависимости от морфологической формы доброкачественного гиперпластического процесса эндометрия во всех артериях эндо- и миометрия прослеживалась отчетливая тенденция к снижению средних значений показателей сосудистого сопротивления, что свидетельствует об активизации внутриорганного кровотока при данной патологии. Причем, наибольшие изменения отмечались в базальных артериях, где индекс резистентности имел средние значения в пределах 0.51 – 0.52.

Через 3 месяца после проведения ЭМА во всех артериях эндо- и миометрия прослеживалась тенденция к повышению средних значений показателей сосудистого сопротивления, что свидетельствует о снижении активизации внутриорганного кровотока, и может привести к возможному торможению активации процесса.

Выводы:

Применение современных ультразвуковых методик, включая цветовое допплеровское картирование и допплерометрию позволяет выявить и оценить особенности ультразвуковых данных и специфику сосудистого кровотока у пациенток с миомой матки в сочетании с гиперпластическим процессом эндометрия в пременопаузальном периоде.

Предложенные данные могут быть использованы для прогнозирования эффективности ЭМА в качестве лечения ГЭ.

РОЛЬ ИНФУЗИОННОЙ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО СИНДРОМА

Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Гришин И.И., Озерова Р.И., Алиева А.А., Бобров Б.Ю., Ибрагимова Д.М., Литвинова Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ РГМУ. Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета РГМУ. Федеральный центр рентгенохирургии, ГКБ № 1, Москва.

Описание эмболизации маточных артерий для лечения акушерско-гинекологических кровотечений впервые было сделано в 1979 году. С этого времени ЭМА выполнялась по поводу различных ситуаций – при послеродовых кровотечениях, после аборта, при внематочной беременности, после хирургических операция и т.п.

Показания к ЭМА практически неограниченны и включают все «симптомные» миомы, т.е. миомы, вызывающие кровотечения, боли, чувство тяжести, учащенное мочеиспускание, диспареунию и т.д., а также растущие миомы, миомы больших размеров.

Однако на сегодняшний день остаются вопросы, касающиеся оценки выраженности симптомов после эмболизации маточных артерий, адекватном купировании их, методах обезболивания, необходимости проведения антибактериальной и инфузионной терапии, длительности нахождения в стационаре, профилактических мероприятий, предотвращающих развитие серьезных последствий манипуляции. Это касается возможного развития некроза узла и появления ургентной ситуации, требующей лапаротомии, развития гемато-пиометры и/или профузного кровотечения у данной категории пациенток.

Разработка алгоритма ведения постэмболизационного синдрома позволит значительно улучшить переносимость процедуры и ближайшего периода, а также конечные результаты эмболизации маточных артерий.

Целью настоящего исследования явилось оценить роль инфузионной и антибактериальной терапии у пациенток в зависимости от степени тяжести постэмболизационного синдрома.

Материалы и методы: нами обследовано и проведено лечение 253 пациенткам поступивших в ГКБ № 1, за период с 2002-2006г.г. с диагнозом миома матки.

В зависимости от размеров матки до 14 недель или более 14 недель пациентки были распределены в 2 основные группы. I группу составили 143 пациентки, у которых размеры матки были до 14 недель беременности. II группу составили 110 больных, у которых размеры матки более 14 недель беременности.

Возраст больных в группах составил от 21 до 56 лет (в среднем 43,4±0,3).

Все больные, перенесшие эмболизацию маточных артерий, в зависимости от течения постэмболизационного периода находились под постоянным наблюдением гинеколога и эндоваскулярного хирурга в условиях стационара на протяжении от 1 до 10 (в среднем 2,3) суток. А в последующем клинико-инструментальное обследование пациенток с интервалом 2 недели – 1-3-6-12 месяцев, позволяющее детально оценить клиническое течение постэмболизационного периода.

Результаты: в постэмболизационном периоде нами были оценены: болевой синдром, кровяные выделения, температурная реакция, лейкоцитоз, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы мочеиспускания, изменения в системе гемостаза. В результате совокупной оценки выраженности симптомов в постэмболизационном периоде после ЭМА выделены три степени тяжести течения постэмболизационного синдрома: легкая (до 7 баллов) у 35,8%, средняя (8-14 баллов) у 54% и тяжелая (15-21 балл) у 10,2%. На основании оценки степени тяжести постэмболизационного синдрома нами разработана схема лечебно – профилактических мероприятий, необходимых для каждой степени. При легкой степени (до 7 баллов): незначительно выраженном болевом синдроме (0-1балл) или его отсутствии, субфебрильной температуре, незначительном лейкоцитозе, болезненности при мочеиспускании использовали анальгетики и спазмолитики, неспецифические нестероидные противовоспалительные препараты однократно, при возобновлении, повторные инъекции. У большинства обследованных кровяные выделения не носили угрожающего характера, что не потребовало назначения гемостатических препаратов. У 15,8% больных с миомой матки больших размеров потребовалось назначение гемостатической терапии.

Средняя степень тяжести (от 8 до 14 баллов): умеренно выраженные боли (2-3балла), лейкоцитоз, задержка мочеиспускания, тошнота потребовали назначения более сильной обезболивающей терапии, проведение инфузионной терапии кристаллоидами, внутримышечного введения антибактериальных препаратов, противовоспалительных препаратов, нормализации функции ЖКТ, при задержке мочеиспускания – катетеризацию мочевого пузыря.

Тяжелая степень постэмболизационного синдрома (15-21 балл) потребовала неоднократного назначения наркотических анальгетиков опиоидного ряда, курс инфузионной терапии, дезинтоксикационной терапии в объеме 1200-2000 мл, внутривенного введения препаратов фторхинолонов, кор-

рекцию реологических свойств крови, гемостаза, препаратов благоприятно воздействующих на перистальтику, нормализующих функцию кишечника, в\в противорвотных препаратов, катетеризацию мочевого пузыря катетером Foley.

Заключение: разработанная нами схема ведения больных с миомой матки в постэмболизационном периоде после ЭМА, основанная на оценке степени тяжести течения постэмболизационного синдрома позволяет объективно оценить состояние пациентов с миомой матки, подвергнувшихся эндоваскулярному вмешательству, что способствует значительному снижению проявления побочных симптомов.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Кайфаджян М.М., Нуруллин Р.Ф., Жданова М.С.

Россия, г. Москва, РГМУ, Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ.

Актуальность. Симптомы со стороны нижних мочевых путей – это клиническое проявление самых разных заболеваний, одним из которых является пролапс гениталий. Опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) представляет собой тяжелую патологию, удельный вес которой колеблется от 28 до 39,8 %. Среди женщин, оперированных в гинекологических стационарах, на долю генитального пролапса приходится до 15 %, занимая, таким образом, третье место после доброкачественных опухолей и эндометриоза. Несмотря на «омоложение» данного заболевания, число больных с пролапсом гениталий репродуктивного возраста составило 14,5 %, тяжелые его формы встречаются преимущественно у пожилых женщин.

Спектр симптомов нарушения мочеиспускания у женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов весьма разнообразен. Он включает в себя учащенное, ургентное мочеиспускание, недержание мочи как проявление дисфункции фазы накопления, а также затрудненное мочеиспускание, вплоть до острой задержки в результате нарушения фазы опорожнения. Данные нарушения функции мочеиспускания могут быть как следствием генитального пролапса, так и сочетаться с изменением топографии половых органов, не имея с ними причинно-следственной взаимосвязи.

Одним из проявлений нарушения фазы накопления является гиперактивный мочевой пузырь (ГМП). ГМП – это клинический синдром, который, по определению Международного общества по удержанию (International Continence Society – ICS), объединяет симптомы ургентности с наличием или без ургентного недержания мочи, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием.

По данным эпидемиологических исследований, в Европе и США частота встречаемости ГМП у женщин составляет около16,9%. Распространенность ГМП увеличивается с возрастом с 4,8 % (в возрасте до 25 лет) до 30,9 %(у больных старше 65 лет). Полагают, что императивным мочеиспусканием страдают 16-19 % взрослого населения России. На сегодняшний день нет четких данных, указывающих на взаимосвязь пролапса гениталий с развитием у больных симптомов ГМП.

Лечение больных с пролапсом гениталий в основном оперативное. В результате хирургической коррекции пролапса у 25-40 % больных также улучшаются ирритативные симптомы нарушения мочеиспускания. Однако у большинства больных симптомы ГМП сохраняются, что требует дополнительного лечения. Методом первого выбора при лечении больных с симптомами ГМП является медикаментозная терапия антихолинергическими препаратами. Эффективность последней составляет около 80 % и зависит от разных условий возникновения ГМП.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности троспия хлорида у женщин с синдромом ГМП, симптомы которого сохранились после хирургической коррекции генитального пролапса.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 28 женщин с симптомами ГМП, перенесших оперативную коррекцию пролапса гениталий. Возраст больных колебался от 55 до 82 лет, в среднем 68,07+12 лет. Пациентки были разделены на 2 группы. 1 группу образовали больные, у которых по данным уродинамического исследования выявлена детрузорная гиперактивность (n=17). 2 группу составили больные с так называемым ГМП без детрузорной гиперактивности (n=11). Оперативная коррекция пролапса заключалась во влагалищной гистерэктомии и передней кольпорафии. Коррекция функциональных расстройств смежных органов проводилась путем проведения кольпоперинеолеваторопластики у 24 (85,7 %) больных с целью устранения ректоцеле, хирургической коррекции несостоятельности мышц тазового дна и установки свободной влагалищной петли TVT, как антистрессовой операции – у 10 (36 %) пациенток.

Больных обследовали по стандартной схеме: заполнение дневника мочеиспусканий в течение 72 часов, рутинные лабораторные тесты, ультразвуковое исследование с определением количества остаточной мочи, урофлоуметрия, цистометрия и неврологический осмотр. Больных с обструктивным мочеиспусканием и неврологическими расстройствами в исследование не включали. Оценку результатов лечения проводили через 3 месяца на основании дневника мочеиспускания.

Для лечения симптомов ГМП использовали троспия хлорид в дозе 45 мг в сутки (15 мг 3 раза в день).

Результаты. Через 3 месяца приема троспия хлорида суммарная эффективность троспия хлорида достигла 82%. В группе с детрузорной гиперактивностью частота мочеиспускания снизилась на 31 %, число императивных позывов уменьшилось на 26 %, а средний обьем мочеиспускания увеличился на 28 %. В группе больных без детрузорной гиперактивности частота мочеиспускания снизилась на 24 %, число императивных позывов уменьшилось на 8%, а средний объем мочеиспускания увеличился на 19 %. При этом у больных не было отмечено увеличения объема остаточной мочи. У больных с детрузорной гиперактивностью все показатели достигли статистической достоверности. В группе без детрузорной гиперактивности статистически достоверных различий не получено.

Выводы. Полученные нами данные позволяют рекомендовать троспия хлорид в качестве второго этапа лечения больных с сочетанием пролапса гениталий и симптомов ГМП, которые сохраняются после хирургической коррекции пролапса.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А., Горбунова Е.А.

Россия, г. Москва, Российский Государственный Медицинский Университет, Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФУВ Московского факультета

Актуальность: Частота аденомиоза варьирует от 7,4 до 53% (Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, 1998). В его лечении нет единой тактики, что во многом связано с разными точками зрения

на происхождение и исход заболевания. Аденомиоз - одна из причин метроррагии, устойчивой к традиционной терапии. Кровотечения, вызванные аденомиозом, в 87% случаев оказываются рефрактерными к консервативной терапии, а у 22 % требуют гистерэктомии по экстренным показаниям (Серова О.Ф., 2000). Использование гистерорезектоскопии по показаниям может быть альтернативой гистерэктомии.

Цель работы - определить эффективность комбинированного подхода (гормонотерапии и органосохраняющей малоинвазивной операции) при лечении аденомиоза в пременопаузе как альтернативу гистерэктомии.

Материалы и методы исследования: Обследовано 26 пациенток в пременопаузе на фоне продолжающихся маточных кровотечений. Их возраст колебался от 45 до 53 лет (средний 50,1 лет). Женщины проходили лечение в гинекологическом отделении ГКБ №1 г. Москвы в 2006-2007 году. Всем пациенткам выполнено общеклиническое обследование, УЗИ органов малого таза, ПЦР-диагностика инфекций передающихся половым путём (материал брался из полости матки), гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с патоморфологическим исследованием соскобов.

В группу включены только пациентки с клиническими симптомами аденомиоза (альгодисменорея или меноррагия в сочетании с болевым синдромом, диспареунией, нейропсихическими нарушениями). При УЗИ у них выявлено увеличение матки до 6-8 недель, её шаровидная форма, неоднородность и «ячеистая» структура миометрия. При гистероскопии - эндометриоидные ходы в виде глазков тёмно-синюшного цвета или открытые, кровоточащие. На втором этапе лечения, после гистерорезектоскопии, диагноз аденомиоза подтвержден морфологически: наличие в миометрии желез эндометрия и очагов эндометриоза. При выявлении урогенитальных инфекций (в 5 случаях -Mycoplasma hominis, в 4 - Ureaplasma urealiticum, в 1- M. hominis и U. urealiticum одновременно, в 1 - M. hominis и G. vaginalis одновременно) проведена антибактериальная этиотропная терапия. Критериями исключения из группы составили: патология яичников по данным УЗИ и уровню СА-125, обнаружение вируса папилломы человека высокого онкогенного риска любого типа при ПЦР-диагностике отделяемого цервикального канала. При получении патогистологического заключения после раздельного диагностического выскабливания и исключения злокачественного процесса в эндометрии, женщинам была предложена гистероскопическая резекция эндомиометрия как способ устранения меноррагий.

Для сокращения продолжительности вмешательства и снижения риска развития возможных осложнений проводили предварительную подготовку эндометрия, которая заключалась в уменьшении его толщины. Это достигалось медикаментозным способом при назначении агониста гонадотропин-рилизинг гормона (Бусерелин, ЗАО «Фарм-Синтез», г.Москва). Подобная подготовка позволила значительно облегчить технику операции и сократить её продолжительность.

Без предварительной гормонотерапии гистерорезектоскопия эндометрия выполнена 4-м пациенткам: 2-м с эндометрием секреторного типа и 2-м с очаговой простой типичной гиперплазией эндометрия, которые отказались от гормональной терапии. Остальным 22 пациенткам в качестве гормональной подготовки использовался эндоназальный спрей бусерелин 0,2% по 1 инсуфляции (150 мкг) в каждую ноздрю 3 раза в сутки (900 мкг/сут) в течение 2-3 месяцев.

В последующем УЗ-контроль осуществляли регулярно через месяц после операции, затем через 3 месяца, в дальнейшем, при отсутствии данных за рецидив заболевания, через полгода после операции. УЗИ выполняли трансабдоминальным и трансвагинальным доступом: определяли длину тела матки, передне-задний размер, толщину стенок матки, величину срединного М-эхо, структуру и локализацию участков эндометрия при их наличии, оценивали облитерацию полости матки за счет образования синехий, а также размеры и структуру яичников. По истечении 6 месяцев от момента проведения гистерорезекции, с целью определения состояния внутренней поверхности полости матки, всем пациенткам выполняли аспирационную биопсию эндометрия.

Полученные результаты: через 3 месяца после проведенного эндохирургического лечения у 21 пациенток наблюдалась аменорея, у 5 олигоменорея. Болевой синдром и диспареуния купировались у всех пациенток. При УЗИ определялось уменьшение размеров матки на 0,5-1,0 см по всем плоскостям, но в миометрии сохранялась неоднородность. Через 6 месяцев у 25 пациенток наблюдалась аменорея, у 1 олигоменорея, при УЗИ определялось уменьшение размеров матки до нормальных (на 1,0-1,3 см по всем плоскостям), данных за гематометру или синдром Ашермана не выявлено ни у одной пациентки. Толщина М-эхо = 1-2 мм. При повышении, по данным УЗИ, М-эхо свыше 3-4 мм выполняли контрольную гистероскопию с прицельной биопсией эндометрия - у таких пациенток было выявлены синехии в полости матки и фиброз стенок полости матки (3 пациентки). Морфологических заключений, свидетельствующих о сохранившейся пролиферации эндометрия, то есть отсутствии эффекта от проведенного гистерорезектоскопического лечения, в нашей группе не было.

Выводы: использование только гормонотерапией а-Гн-РГ при лечении аденомиоза в пременопаузе не всегда эффективно, т.к. после окончания гормонотерапии через 3-6 месяцев наблюдается более интенсивное увеличение матки и прогрессирование заболевания. Более целесообразно применять комплексный подход к лечению аденомиоза в пременопаузе, используя гормонотерапию и внутриматочную хирургию. Полученные результаты демонстрируют возможность рекомендовать в качестве органосохраняющей операции гистерорезекцию и аблацию эндометрия у пациенток в пременопаузе при аденомиозе 1-2 степени без наружнего эндометриоза. Для получения стойкого эффекта и отсутствия рецидива кровотечения целесообразно назначать гормональную подготовку агонистом гонадотропин-рилизинг гормона (Бусерелин, ЗАО «Фарм-Синтез», г.Москва) перед гистерорезекцией эндометрия.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ

Додхоева М.Ф., Джонова Б.Ю., Хабибова Ш.А.

Душанбе, Республика Таджикистан

Климактерическая миокардиодистрофия – это поражение сердца, в основе которого лежит дистрофия миокарда, обусловленная эндокринными и нейровегетативными нарушениями, возникающими в период гормональной перестройки организма.

Цель исследования: изучить особенности течения климактерического синдрома с проявлениями миокардиодистрофии у женщин перименопаузального возраста.

Материал и методы исследования. Обследовано 162 женщины перименопаузального возраста (40-55 лет), из которых 102 женщины с климактерическим синдромом (КС) с проявлениями миокардиодистрофии составили основную группу и 60 женщин с физиологическим течением климактерия составили группу сравнения. Весь контингент обследованных был разделен на три возрастные подгруппы: 40-45 лет, 46-50 лет, 51-55 лет.

Обследование проводилось по специально разработанным картам. Изучена частота и степень выраженности нейровегетативных, психоэмоциональных и обменно-эндокринных

проявлений КС. Тяжесть клинических проявлений КС оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (Е.В. Уварова, 1982).

Всем обследованным было проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное исследование, включая электрокардиографическое и эхокардиографическое, ультразвуковое исследование гениталий, определение фибриногена и степени тромботеста, исследование сахара крови, тестов функциональной диагностики, бактериоскопическое и цитологическое исследование мазков.

Результаты исследования показали, что среди обследуемых женщин с климактерической миокардиодистрофией начало развития заболевания в возрасте пременопаузы отмечено в 67,7% случаев, с началом менопаузы – в 32,3%. Осложненная форма заболевания отмечена в 88,3% случаев у женщин с сопутствующими заболеваниями. Анализ результатов исследования показал, что частота экстрагенитальной патологии выше у женщин с климактерическими расстройствами, по сравнению с женщинами группы сравнения, кроме анемии, которая чаще отмечается в группе сравнения.

Проведенное исследование показало, что нейровегетативные проявления КС были выражены во всех возрастных группах: у женщин 40-45 лет нарушения легкой степени отмечены в 56,7% случаев, средней степени – в 36,7%, тяжелой степени – в 6,6%; в возрастной группе 46-50 лет легкой степени расстройства выявлены в 66,7% случаев, средней степени тяжести – в 30,3%, тяжелой степени тяжести - в 3%; у женщин 51-55 лет легкой степени нарушения отмечены в 48,7% и средней степени – в 51,3% случаев.

Обменно-эндокринные нарушения легкой степени отмечены в возрастной группе 40-45 лет в 63,3%, 46-50 лет – в 63,6%, 51-55 лет - в 71,8% случаев.

Анализ результатов исследования выявил психоэмоциональные проявления КС в возрастной группе 40-45 лет легкой степени в 26,7% случаев, средней степени тяжести – в 30,3%, тяжелой степени – в 30,8%; в группе 46-50 лет легкой степени – в 53,3%, средней степени тяжести – в 63,6%, тяжелой степени – в 64% случаев; в группе 51-55 лет нарушения легкой степени отмечены в 16,7%, средней степени тяжести – в 3,03% и тяжелой степени – в 2,6% случаев.

Среди нейровегетативных проявлений климактерического синдрома у женщин с климактерической миокардиодистрофией наиболее часто отмечались: плохая переносимость высокой температуры – в 100% случаев, приливы – в 97,1%, головная боль – в 98%, вестибулопатии – в 90,2%, повышение АД – в 88,2%. Среди метаболических нарушений чаще отмечались: ожирение (52%), изменение функции щитовидной железы (19,6%), атрофические процессы в половых органах (вульвиты, кольпиты в 15,7% случаев) и боль в мышцах (7,8%). Психоэмоциональные нарушения включали в себя раздражительность (84,3%), утомляемость (80,4%), рассеянность (67,4%), ослабление памяти (66,7%), снижение работоспособности (66,7%), плохое настроение (34,3%). Нарушение полового влечение отмечалось у каждой третьей женщины с климактерической миокардиодистрофией (31,4%), в то время как в группе сравнения этот показатель был равен 15%, то есть в два раза реже. Частота уретральных расстройств по результатам нашего исследования составила 38,2%. Женщина отмечали недержание мочи при кашле, стрессе, поллакиурию (частые позывы к мочеиспусканию), никтурию.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют, что климактерический синдром с проявлениями миокардиодистрофии наиболее часто отмечается в возрасте пременопаузы, чаще на фоне экстагенитальной патологии, при этом отмечается высокая частота нейровегетативных и психоэмоциональных и более низкая – обменно-эндокринных нарушений в перименопаузе.

РАДИОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Дуванский Р.А., Торчинов А.М., Умаханова М.М., Аубекирова М.А.

Россия, г. Москва, Поликлиника Минобрнауки, ГОУ ВПО «Московский медико-стоматологический университет Росздрава»

Нами проанализированы результаты амбулаторного обследования и лечения 100 пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки. Больных с эктопией шейки матки было 35, из них 5 пациенток с рецидивирующей патологией, 15 - с эрозированным эктропионом, 30 – с лейкоплакией, 10 – с рубцовой деформацией шейки послеродовыми разрывами, 5 – с эндометриозом шейки матки, 5 – с дисплазией шейки матки I – II степени. Обследование больных включало в себя: клиническое обследование; кольпоскопическое исследование; микробиологическое исследование; цитологическое исследование; гистологическое исследование биоптатов шейки матки. Применяли отечественный радиоволновой генератор «Фотек-Е80». Аппарат предназначен для резания, а также моно- и биполярной коагуляции биологических тканей. Радиохирургическое лечение проводили в I фазу менструального цикла, что позволяло исключить наличие беременности цикла и улучшить течение раневого процесса.

Радиохирургическое лечение было выполнено в следующем объеме: прицельная биопсия шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки – у 95 больных, радиоконизация шейки матки с последующей радиокоагуляцией шейки – у 30 больных (15 - с эрозированным эктропионом, 10 – с рубцовой деформацией шейки послеродовыми разрывами, 5 – с дисплазией шейки матки I – II степени). Биопсию производили петлевым электродом. При четких границах поражения выполнялась простая эксцизия измененных участков. При выполнении биопсии применяли рабочий режим «резание», мощность выбирали в пределах 4-4,5 единиц. После забора материала шариковой насадкой проводили коагуляцию зоны воздействия в режиме «монокоагуляция», мощность 4,5-5 единиц. Интроперационных осложнений не отмечали. После радиохирургического воздействия отмечали заживление раны под фибриновой пленкой, которая отторгается на 9-15 сутки. Полная эпителизация раны после радиохирургического воздействия отмечали на 30-40 сутки. Кровотечения из зоны воздействия, после отторжения струпа нами не отмечено. Радиоконизацию провели конизатором, режим «смесь», мощность 4-4,5 единиц. При возникновении кровотечения из удаленной зоны проводили коагуляцию кровоточащих сосудов шариковым электродом в режиме «монокоагуляция», мощность 4,5-5 единиц. Полная эпителизация раны после радиоконизации наступала на 40-45 сутки. Отмечали отсутствие кровотечения при взятии биопсии и выполнении радиоконизации шейки матки, а также отсутствие грубых ожоговых струпов. Рецидивы заболевания были отмечены у 5 пациенток с лейкоплакией, им было проведено повторное лечение.

Применение радиохирургического воздействия являются эффективным методом лечения различных патологических процессов шейки матки. Радиоволновая хирургия позволяет значительно уменьшить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, кровопотерю и позволяет проводить диагностические и лечебные манипуляции на шейке матки в амбулаторных условиях.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дударь О.А., Ишпахтин Г.Ю., Ромашко Е.Ю., Нагорный Э.Ю.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет МЗ РФ», кафедра акушерства и гинекологии

Цель исследования - изучение эффективности лазерной профилактики осложнений в репродуктивной системе девочек подростков после прерывания беременности.

В основу исследования положены результаты обследования и лечения 68 девочек-подростков в возрасте от 12 до 16 лет, прервавших беременность в сроке 18-23 недели. Все девочки-подростки получали терапия гелий-неоновым лазером, курс которой состоял из 5 сеансов при мощности излучения 15 мВт. длине волны - 0.63 мкт, экспозиции - 60 мин. Использовали неинвазивную, черезкожную методику лазерного облучения.

Лазерное облучение крови проводилось через два часа после выскабливания полости матки. Для купирования явлений интоксикации лазерная гемокоррекция проводилась одновременно или последовательно с традиционной терапией. Обследование больных показало, что состояние АОС и ПОЛ в крови на фоне лазерной гемокоррекции значительно улучшалось: содержание диеновых конъюгат после лечения снижалось в плазме с 0, 180±0.04 до 0,09±0,03 ед ($p<0.05$), в эритроцитах - с 0. 154±0,03 до 1,141±0.04 ед ($p<0.05$), малонового диальдегида в плазме с -0,145±0,03 до 0,09±0,02 ед ($p<0,05$). В то же время уровень антиоксидантных антител увеличивался в плазме с 49,9±3,9 до 52,3±3,2 % ($p<0,05$), в эритроцитах - с 32,2±1,0 до 33,6±2,5% ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют об ингибирующем действии лазерного облучения крови на процессы ПОЛ и активации системы антиокислительной защиты при лазерной гемокоррекции у больных.

Таким образом, в комплексной профилактике осложнений целесообразно более широко использовать лазерное облучение крови с целью регуляции показателей системы ПОЛ и АОС, что способствует стимуляции адаптивных физиологических механизмов организма.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Духин А.О., Серебренникова К.Г., Хмелевская В.Ф., Багдасарова З.З.

Россия, г. Москва, Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, каф. Акушерства, гинекологии и репродуктологии ППОВ и педиатров,

Центральная Клиническая Больница Российской Академии Наук

Доброкачественные образования яичников (ДОЯ) - одна из самых распространенных патологий репродуктивной сферы, которая нередко является причиной нарушения репродуктивной функции, приводя изолированно или в сочетании с другими факторами к бесплодию. В настоящее время общепринятым считается органосохраняющий принцип при лечении ДОЯ, что способствует минимизации хирургической травмы и быстрейшей реализации репродуктивной функции.

Целью исследования явилась унификация (оптимизация) лечебно-реабилитационных мероприятий после хирургического лечения ДОЯ, направленных на улучшение репродуктивного здоровья и профилактике рецидива заболевания.

Материалы и методы. Нами было обследовано 122 пациентки репродуктивного возраста (средний возраст больных составил 26,4±1,2 года) с ДОЯ, которые после тщательного клинико-лабораторного обследования были прооперированы лапароскопическим доступом в плановом порядке. Предоперационное обследование включало анализ анамнестических, клинических данных, ультразвуковое исследование органов малого таза с цветным доплеровским картированием, компьютерную или магнитно-резонансную томографию (по показаниям), определение значений онкомаркеров в сыворотке крови, гормонального профиля, иммунограммы. Кроме того, при подозрении на опухолевый рост обязательным было обследование желудочно-кишечного тракта (гастро- и колоноскопия).

По нозологическим формам ДОЯ распределились следующим образом: фолликулярными кисты и кисты желтого тела – 22; эндометриоидные кисты – 43; параовариальные кисты – 7; серозные и муцинозные цистаденомы – 14; зрелые тератомы (дермоидные кисты) – 25;

опухоли стромы полового тяжа – 11. Хирургическая лапароскопия проводилась с использованием комплекса аппаратуры «Karl Storz» (Germany) по общепринятой методике.

Результаты. Объем оперативного вмешательства лишь у 16 пациенток заключался в односторонней аднексэктомии, а в остальных наблюдениях проводилась резекция яичников или энуклеация кист. Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений. После проведения симптоматической терапии всем пациенткам рекомендовалась комплексная реабилитационная программа включающая в себя: эфферентные методы детоксикации (УФО или лазерное облучение крови) в раннем послеоперационном периоде, гормонотерапию (КОК), системную энзимотерапию, фитотерапию, антиоксиданты и индукторы апоптоза. В дальнейшем пациентки находились под динамическим контролем с обязательным ультразвуковым мониторингом. Рецидив заболевания выявлен у одной пациентки (эндометриоидная киста) через полтора года после операции. Частота наступления маточной беременности после проведенных реабилитационных мероприятий (среди заинтересованных) составила 58,8%. Пациенткам со сниженным овариальным резервом, у которых в течение 6 месяцев после комплексного лечения не наступила беременность, проведена процедура экстракорпорального оплодотворения с последующим переносом дробящихся эмбрионов в полость матки. Частота наступления беременности на перенос эмбрионов составила 28,3%.

Выводы. Предложенная тактика ведения больных (эндоскопическое лечение) в сочетании с органосохраняющим принципом имеет важный медико-социальный и экономический эффект, позволяет сохранить репродуктивное здоровье и улучшить качество жизни пациенток с ДОЯ, а также является этапом подготовки к проведению программ вспомогательных репродуктивных технологий.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Евсеев А.А., Кузнецов М.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО Российский медицинский университет Росздрава

Актуальность. Сочетание гинекологической и хирургической патологии органов брюшной полости встречается нередко. Особенно часто (3,1-15%) заболевания женской половой сферы диагностируются на фоне желчекаменной болезни, что требует выбора последовательности, доступа и метода обезболивания предстоящих оперативных вмешательств. Прогресс в современной медицине, обусловленный широким внедрением эндоскопических методов диагностики и лечения, применением высокоэффективных методов анестезиологического пособия, позволил выполнять одномоментно несколько сложных оперативных вмешательств при наличии сочетанной хирургической и гинекологической патологии. Однако опыт проведения симультанных операций требует осмысления.

Цель исследования. Оценка целесообразности выполнении симультанных вмешательств при сочетании гинекологической и хирургической патологии, а также выявление особенностей течения послеоперационного периода.

Материалы и методы. Нами обследована 81 больная в возрасте от 25 до 76 лет. Средний возраст составил 47,3 ± 8,1 лет. Все пациентки имели различную гинекологическую патологию и хронический калькулезный холецистит, требующие проведения оперативного вмешательства. Показаниями к операции служили менометроррагии, анемизирующие больных с миомой матки, аденомиозом, (47), большие размеры миомы матки (3), атипическая гиперплазия эндометрия (2), объемные образования в области придатков матки (29): простая серозная цистаденома (11), папиллярная цистаденома (4), эндометриоидная киста яичника (5), зрелая тератома яичника (3), гидросальпинкс (6). Всем больным перед операцией было проведено полное общеклиническое обследование. Почти половина обследованных (48%) имели сопутствующие хронические заболевания: хронический гастрит (46%), гипертоническую болезнь (25%), ишемическую болезнь сердца (10%), хронический пиелонефрит (5%). Кроме того, 20 пациенток перенесли в прошлом оперативные вмешательства: у 15 произведена аппендэктомия из лапаротомного разреза по Волковичу-Дьяконову, у 13 выполнена одностороння аднексэктомия по поводу простой серозной цистаденомы и у 7 – резекция яичников с одной стороны по поводу эндометриоидной кисты (5) и зрелой тератомы (2).

Результаты исследования. При выполнении симультанных операций использовалась комбинированная анестезия с использованием эндотрахеального наркоза. Удаление желчного пузыря в связи с хроническим калькулезным холециститом проводилось в первую очередь лапароскопическим доступом. Время операции колебалось от 30 до 60 минут (среднее 36 ± 5 минут), интраоперационная кровопотеря составила 30-50 мл. Вторым этапом выполнялась гинекологическая операция. Лапароскопическим доступом произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков у 43, с придатками – у 8, экстирпация матки с придатками – у 2, резекция яичников – у 5, тубэктомия – у 5, аднекэктомия с одной стороны – у 11. Длительность операции составила при надвлагалищной ампутации 45-60 минут (в среднем, 52±5 минут), при экстирпации матки - 80-90 минут, аднексэктомии – 30-45 минут (в среднем, 36±4 минут), резекции яичника – 35-40 минут, тубэктомии 20-35 минут. Величина кровопотери не превышала при операции на придатках 50 мл, при надвлагалищной ампутации матки – 150 мл и экстирпации матки – 200 мл.

Гистерэктомия из лапаротомного доступа осуществлена у 7 больных в связи с большими размерами матки (3) и подозрением на злокачественный характер образования яичника (4). Продолжительность операции колебалась при надвлагалищной ампутации матки (2) 45-50 минут, при экстирпации матки (5) – 60-100 минут (в среднем, 75±6 минут), кровопотеря составила 150-200 мл и 250-300 мл соответственно.

Послеоперационный период протекал у подавляющего большинства (80) без особенностей. Самостоятельное опорожнение кишечника было отмечено у 80% на 3-4 сутки, у 20% - на 5 сутки. Мочеиспускание восстанавливалось на 1-2 сутки после удаления катетера. Скобки с послеоперационной раны сняты на 3-5 сутки после лапароскопии и на 6-7 сутки после лапаротомии. Заживление послеоперационной раны происходило первичным натяжением. Послеоперационный койко-день колебался от 7 до 8 суток.

У одной больной 47 лет, перенесшей симультанную операцию (лапароскопическую холецистэктомию и лапаротомическую экстирпацию матки с придатками с разделением спаек), к 4 суткам после операции развилась клиника острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Была произведена экстренная лапароскопия, лизис спаек с восстановлением пассажа кишечного содержимого. Пациентка была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии на 10 сутки.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности выполнения симультанных операций, позволяющих одномоментно производить хирургическое лечение гинекологической патологии в сочетании с заболеваниями органов брюшной полости. Это позволяет избавить больную от необходимости нескольких госпитализаций для проведения операций, сокращает сроки лечения и уменьшает время нетрудоспособности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВУШЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

Евтушенко И.Д., Сидорова М.М.

Россия, г.Томск, кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

Среди нарушений функций репродуктивной системы в период полового созревания одной из наиболее частых форм являются маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП), приводящие нередко в дальнейшем к стойким нарушениям менструальной и генеративной функции, гормонально обусловленным заболеваниям. К истинным МКПП относятся дисфункциональные маточные кровотечения, возникающие в период становления менструальной функции, т.е. кровотечения, в основе патогенеза которых лежат нарушения гормонального гомеостаза и отсутствуют органические заболевания половой сферы (опухоли, аномалии развития).

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) являются причиной развития хронической постгеморрагической железодефицитной анемии (ЖДА). Одним из этиологических факторов, способствующих возникновению МКПП, являются хронические соматические заболевания. Среди них в первую очередь следует выделить хронические заболевания печени. Проблема описторхоза в Западно-Сибирском регионе весьма актуальна, зараженность населения достигает 40%. Анализ инфицирования по возрастам, проведенный на материале приобских поселков, показал, что экстенсивность инвазии резко возрастает к 13 годам и в дальнейшем практически не меняется. При описторхозе страдают все функции печени.

Нарушение белковообразовательной функции печени приводит к нарушениям гормонального гомеостаза. По механизмам обратных связей эти изменения приводят к нарушениям нормального ритма секреции гипоталамо-гипофизарных гормонов, что в свою очередь усугубляет нарушения гормонального гомеостаза в репродуктивной системе в целом и приводит к стойкой ановуляции. Эта ситуация усугубляется тем что страдает система гемостаза(в печени осуществляется синтез ряда плазменных факторов свертывающей системы и системы фибринолиза). В таком случае, маточное кровотечение начавшись как дисфункциональное, усиливается и продолжается в связи с недостаточностью коагуляционного потенциала крови.

Доказано, что при хроническом описторхозе у детей страдает морфо-функциональное состояние эритрона, что повышает частоту железодефицитной анемии. Работ по изучению анемии у девушек с МКПП на фоне хронического описторхоза в доступной литературе не найдено.

Цель работы: выявить клинические особенности маточных кровотечений пубертатного периода на фоне хронического описторхоза.

Материалы и методы: Обследовано 80 девушек с МКПП и хроническим описторхозом в возрасте от 13 до 18 лет. Пациенток обследовали по следующим параметрам: жалобы, анамнестические данные, гинекологический осмотр, общий анализ крови, ультразвуковое исследование печени аппаратом «Aloka-1700» на предмет патологии со стороны печени, желчных путей, подтверждение описторхоза проводилось методом копроовоскопии по Като либо методом иммуноферментного анализа крови на АТ (IgM, IgG). В работе была использована тест-система “Тиатоп-стрип” производства ЗАО “Вектор-Бест” для иммуноферментного определения антител к антигенам описторхисов. Анемию диагностировали на основании следующих критериев: количество эритроцитов в периферической крови, гемоглобин (гемоглобинцианидный метод), цветовой показатель, сывороточное железо (реагенты «Konelab TM» фирмы «Thermo Electron Corporation»).

Результаты: У пациенток с описторхозом маточные кровотечения в 96% случаев носили рецидивирующий характер. У 75% пациенток с МКПП на фоне описторхоза выявлена железодефицитная анемия (ЖДА). Легкая степень ЖДА диагностирована у 88% пациенток, у 12% - ЖДА средней степени тяжести. Из анамнеза выяснено, что из группы девушек с диагностированной анемией 78% относились к категории часто болеющих детей, 8% имели в детстве пневмонию, у 23% девушек были хронические заболевания ЖКТ в анамнезе. В группе девушек без ЖДА в 50% случаев в анамнезе были редкие простудные заболевания, у 15% -в анамнезе были заболевания ЖКТ (хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, лямблиоз. Ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы у всех обследованных девушек показало наличие патологии у 45% (косвенные признаки хронического холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, диффузные изменения печени).

По показаниям пациенткам (30%) был назначен гормональный гемостаз низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами (КОК). Переносимость КОК была хуже у пациенток с ЖДА. Девушки жаловались на диспепсические явления в 70% случаев. В то время в группе без ЖДА такие расстройства встречались всего в 15%.

Таким образом, для маточных кровотечений пубертатного периода, протекающих на фоне хронического описторхоза, характерен рецедивирующий характер кровотечений, более частое назначение гормонального гемостаза, частое развитие постгеморрагической ЖДА. Отягощенный соматический анамнез, патология со стороны гепатобилиарной системы (по данным УЗИ), более характерны для пациенток с МКПП, хроническим описторхозом и ЖДА. Переносимость гормонального гемостаза лучше у пациенток без ЖДА.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ LNG – РЕЛИЗИНГ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ

Ермолова Е.В., Малка В.Ф.

Россия, г. Ростов-на-Дону, МСЧ ОАО «Роствертол»

Увеличение частоты миом матки в последние годы является, главным образом, результатом совершенствования диагностики, а именно, широкого применения эхоскопии, которая стала рутинным методом обследования женщин, обратившихся к врачу. Больные с миомой матки нуждаются в целенаправленной консультации выбора метода лечения, одним из которых, у этой категории пациенток является использование внутриматочной системы Мирена

Цель данной работы - изучить клиническую эффективность, а также, оценить переносимость внутриматочной системы Мирена, у больных с миомой матки, проживающих в г. Ростове-на-Дону и Ростовской области, по данным комплексного обследования.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 92 женщины позднего репродуктивного возраста 37±5 лет, с миомой матки, находившиеся под динамическим наблюдением с 2003 по 2007г. Всем пациенткам до введения внутриматочной системы Мирена проводилось трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ на аппарате ALOKA SSD-650. По показаниям выполнена ГСС с биопсией эндометрия и последующим гистологическим исследованием биоптата. При введении внутриматочной системы Мирена проводился УЗ-контроль сразу после введения, спустя 1мес, 3мес, 6мес и 12мес. Затем кратность осмотров составила 1раз в 6мес.

Результаты и обсуждение: у всех пациенток проведен анализ менструальной функции до начала лечения. Установлено, что жалобы на альгодисменорею были у 18 (20%) женщин, меноррагию у 79 (85,9%) человек, олигоменорею у 3 человек (3,3%) и у 10 (10,9%) пациенток менструация была нормальная. Причем выявлено, что жалобы на меноррагию предъявляли: 49 (53,8%) женщин с миомой матки. У 4 женщин с меноррагией (4,4%) – наблюдалось сочетание миомы матки и генитального эндометриоза, у 9 (9,9%) - сочетание миомы и гиперплазии эндометрия. У 8 (8,8:%) - сочетание миомы матки и полипа полости матки, у 1 (1,1%) женщины сочетание миомы матки, гиперплазии эндометрия и полипа полости матки и у 2 (2,2%) пациенток полип полости матки был без наличия миомы и эндометриоза. Менструация сопровождалась нормальной кровопотерей у 9 женщин с миомой матки (9,9%) и у 1 (1,1%) с миомой и полипом полости матки. Олигоменорея была у 2 пациенток (2,2%) с миомой матки. Размеры миомы у женщин до введения Мирены: 5-6 нед. 55 женщин (59,8%), 6-7 нед. 17 женщин (18,7%), 7-8 нед. 16 женщин (17,4%). Количество узлов у одной пациентки до введения Мирены: 1 узел 58 (63%) человек, 2 узла 18 (19,6%) человек, 3 и 4 узла соответственно 2 (2,2%) и 1 (1,1%) человек. Размеры узлов до введения Мирены: до 2-х см у 64 (69,6%) человек, 2-3 см у 29 (31,5%) человек, 3-4 см у 10 (10,9)человек, 5,5 см у 1 (1,1%) женщины.

Спустя 3 мес. использования Мирены, отмечено исчезновение альгодисменореи у 17 человек (18,5%), меноррагии у 75 (81,5%). Среди пациенток обнаружены ретенционные кисты яичников у 6 человек (6,6%), которые исчезли через 2-3 мес. Мажущие кровянистые выделения из половых путей наблюдались у 20 женщин (21,7%), которые через 3 мес. прошли у 14 человек (15,2%) и 6 мес. у остальных. Динамика

изменения размеров матки и размеров узлов через 3 мес. использования Мирены: 5-6 нед. 30 человек (32,6%), 6-7 нед. 10 человек (10,9%), 7-8 нед. 2 человека (2,2%). Узлы 1-2 см были у 79 женщин (85,9%), 2-3 см у 13 женщин (14,1%), 4 см у 4 женщин (4,4%) и 5,5 см у 1 женщины (1,1%). Когда общий размер миомы матки превышал 7-8 нед. и размер доминантного узла 3-4 см проводился курс лечения 3-6 мес. с использованием агонистов ГнРГ. При уменьшении размеров миомы до 7-8 нед. и доминантного узла до 3-4 см, женщинам вводили внутриматочную систему Мирена. Лечение агонистами ГнРГ проводилось 7 женщинам (7,7%).

Выводы: при использовании внутриматочной LNG – релизинг системы у женщин позднего репродуктивного возраста с миомой матки отмечено уменьшение выраженности симптомов заболевания (уменьшение размеров миоматозных узлов, уменьшение меноррагии, стабилизации роста миом матки).

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ермолова Н.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

В настоящее время изучение патогенеза наружного генитального эндометриоза (НГЭ) невозможно без комплексной оценки изменений в различных звеньях иммунной системы, системы цитокинов, выполняющих связующую и регулирующую роль на всех этапах иммунного ответа. Перитонеальная жидкость (ПЖ) играет важную роль в обеспечении функционирования эндометриоидных гетеротопий (Orol E. et al., 1996; Kupker W. et al., 1998). Количество ПЖ при эндометриозе повышается в ходе менструального цикла (Taketani Y., 1989; Ищенко А.И. и соавт., 2002). Из компонентов, обнаруженных в ПЖ пациенток с эндометриозом, значительное место занимают активированные макрофаги, которые продуцируют разнообразные цитокины, участвующие в имплантации и росте эндометриальных клеток вне матки (Raiter – Tenenbaum A. et al., 1998; Harada T. et al., 1999). Несмотря на то, что ПЖ содержит большое количество иммунокомпетентных клеток, наблюдается не ингибирование, а стимулирование эндометриоза. По данным В.П.Баскакова и соавт.(2002) дополнительным фактором риска развития эндометриоза являются воспалительные заболевания гениталий, приводящие к ановуляции и недостаточности функции желтого тела. Л.В.Адамян и соавт.(2006) показали, что воспалительные процессы составили 88% общего числа заболеваний и с одинаковой частотой отмечались в группах больных с разными формами эндометриоза. Однако, имеющиеся в научной литературе сведения весьма противоречивы.

Целью исследования явилось проведение сравнительной оценки уровней интерлейкинов – ИЛ-1β и ФНО-α в сыворотке крови и ПЖ у пациенток с гистологически подтвержденным НГЭ и без него.

Содержание цитокинов в образцах сыворотки крови и ПЖ определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «Bender MedSystems» (Austria) по соответствующим протоколам.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы Stat Soft). Однородность дисперсий проверяли по критерию Фишера. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента и его аналогу для непараметрических распределений – критерию Манна-Уитни. Результаты оценивали как статистически значимые при $p<0,05$.

Обследовано 50 пациенток с НГЭ 2-4 стадии по классификации r-AFS (1985) основной группы (у 70% пациенток были обнаружены эндометриодные кисты яичников), 20 больных без эндометриоза – контрольной. В процессе обследования применяли комплекс диагностических методик, включающих клинико-лабораторное обследование, УЗИ, лапароскопию, гистологическое исследование макропрепаратов, удаленных во время операций. Образцы ПЖ были получены во время диагностических и манипуляционных лапароскопий. Информированное согласие получено у всех пациенток.

Нами выявлена высокая частота ИППП и хронических воспалительных процессов у пациенток обеих групп. 93,8% всех обследованных страдали воспалительным процессом. У 36% пациенток основной группы был обнаружен хламидиоз, у 24% - трихомонадная инфекция, 14% больных имели микоплазмоз, уреаплазмоз был выявлен у 24% женщин, гарднереллез у 8%, гонорея у 4%, состояние дисбиоза у 36% пациенток. В контрольной группе хламидийная и трихомонадная инфекции были обнаружены по 30% случаев, мико и уреаплазменная инфекции по 20%, гонорея имела место у 10% пациенток, дисбиоз был выявлен у 12% больных. Всем больным было проведено соответствующее лечение, приведшее к выздоровлению, подтвержденному контрольными анализами.

Объем ПЖ в 1-ой группе пациенток составил 52±0,8 мл, во 2-ой - 18±0,6 мл.

Мы попытались определить взаимосвязь изменений в цитокиновом статусе у больных с НГЭ на системном и местном уровнях. Изучены основные провоспалительные цитокины –ИЛ-1β и ФНО-α, которые являются первыми в каскаде цитокинов, вырабатываемых клетками-продуцентами (моноциты, макрофаги, нейтрофилы, эндотелиальные клетки) в ответ на воздействие, и определяющими дальнейшее развитие воспалительного процесса. ИЛ-1β синтезируется в результате протеолитического расщепления специфическими протеазами прекурсорных частей. Протеолиз прекурсоров про-ИЛ-1β осуществляется LPS (липополисахариды)-индуцированными протеазами – эластазами, катепсином G, коллагеназой, т.е. теми ферментами, которые обнаруживаются в очаге воспаления. Нами выявлено достоверное повышение концентрации ИЛ-1β ($p<0,01$) в сыворотке крови пациенток с НГЭ, которая составила 502,4±6,7 пкг/мл в отличие от ее значения в группе сравнения (168,7±4,7 пкг/мл). В ПЖ пациенток основной группы содержание ИЛ-1β также превышало данные группы сравнения и составило 339,0±1,4 пкг/мл и 247,1±1,6 пкг/мл соответственно ($p<0,05$). По-видимому, в ответ на попадание микроорганизмов и липополисахаридов, имеет место индуцибельная секреция белков ИЛ-1-семейства. В комбинации с другими цитокинами, ИЛ-1β выполняет ключевую медиаторную функцию при воспалении. Совместно с ФНО-α, эти белки являются медиаторами реакций острой фазы, сопровождающейся синтезом белков воспаления – коллагеназы, эластазы, активатора плазминогена, усиливают метаболизм арахидоновой кислоты в фибробластах и эндотелиальных клетках (В.И.Кисилёв и соавт.,2005). Высокая концентрация ИЛ-1β, активирующего ангиогенез, способствует образованию спаек и развитию фиброза за счет стимуляции пролиферации фибробластов, накоплению коллагена и образованию фибрина, а так же повышает адгезивную способность лимфоцитов по отношению к эндотелию сосудов и реактивирует макрофаги (Э.К.Айламазян, 2006).

В сыворотке крови больных основной группы уровень ФНО-α также достоверно повышался и составил 31,3±0,3 пкг/мл в отличие от аналогичного показателя в группе сравнения (15,3±0,2 пкг/мл; $p<0.05$). В ПЖ уровень ФНО-α до-

стигал соответственно по группам 26,4±0,1 пкг/мл и 17,4±0,2 пкг/мл (p<0,05).

Известно, что высокие уровни уровни ИЛ-1β и ФНО-α в ПЖ коррелируют с ангиогенной активностью у пациенток с эндометриозом (Richter O. et al., 1998; Lebovis D.I. et al., 2000). Высокое содержание ФНО-α в ПЖ больных НГЭ усиливает адгезию стромальных клеток эндометриоидных гетеротопий на мезотелии, что инициирует имплантацию элементов эндометрия в полости малого таза (Bruse C. et al., 1998). ФНО-α индуцирует транскрипцию генов в различных клеточных типах: усиление экспрессии генов ИЛ-6, ИЛ-8, коллагеназы, белков теплового шока (Larrich Wright, 1999).

Таким образом, развитие НГЭ сопровождается повышением продукции активаторов ангиогенеза, цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β как в сыворотке крови, так и в перитонеальной жидкости, что свидетельствует об изменениях, происходящих на местном и системном уровнях. Они способствуют пролиферации эндометриоидных гетеротопий и, вероятно, оказывают агрессивное влияние на яичники, вызывая реактивные изменения в их тканях, приводят к развитию эндометриоидных кист.

По ряду эпидемиологических исследований выявляемость хламидиоза достигает 40%, 15% сексуально активных женщин колонизированы микоплазмами, а от 45 до 75% пациенток – уреаплазмами. Именно с этими микроорганизмами связано значительное число случаев воспалительных заболеваний органов малого таза, причем, скрытая инфекция гораздо чаще, чем манифестные формы ИППП, является причиной хронических заболеваний придатков матки. По-видимому, в настоящее время, с учетом полученных нами данных, подтверждающих высокий уровень провоспалительных цитокинов в ПЖ и сыворотке крови, нельзя не учитывать этот этиологический фактор в патогенезе развития эндометриоза.

ОКСИД АЗОТА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ермолова Н.В.

Россия, Ростов-на-Дону; ФГУ «Ростовкий НИИ акушерства и педиатрии федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию»

Эндометриоз относится к заболеваниям значительно нарушающим репродуктивную функцию. Его этиология до сих пор неизвестна. Согласно многочисленным исследованиям, количество перитонеальной жидкости (ПЖ) и уровень активированных макрофагов в ней у женщин, страдающих эндометриозом, увеличивается. Активация этой группы клеток ведет к усилению синтеза разнообразных молекул. Обнаружено, что способность ПЖ к индукции синтеза оксида азота (NO) была выше у пациенток с эндометриозом (Wu M.Y. et al., 1999; Henbndez-Guerrero C. et al., 2001).

В последнее время многими исследователями изучаются особенности ангио- и неоангиогенеза при эндометриозе. Снижение уровня сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР) обусловливает апоптоз эндотелия, ведущий к обструкции просвета и регрессии сосудов. Наряду с особенностями функции СЭФР, модулирующим пролиферацию гладкомышечных клеток сосудистой стенки (Кушлинский Н.Е., Герштейн Е.С., 2002), существенное значение в патогенезе наружного генитального эндометриоза (НГЭ) могут иметь вещества, продуцируемые эндотелием. Прежде всего, это относится к соединениям, контролирующим состояние кровеносных сосудов – эндотелину-1 (ЭТ-1) и оксиду азота (NO). Степень продукции из L-аргинина NO определяется активностью нитроксидсинтазы (NOS), которая трансформирует данную аминокислоту с образованием NO путем присоединения молекулярного кислорода к конечному атому азота в гуанидиновой группе L- аргинина. NO обладает способностью ингибировать адгезию лейкоцитов к стенке сосудов и влиять на выработку факторов роста, а так же оказывает антимитотическое и антипролиферативное действие (Ignarro J., 1990; Pepper C.B. et al., 1996).

Целью исследования явилось изучение состояния эндотелиальной системы при НГЭ.

Уровень СЭФР и ЭТ-1 в ПЖ определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «R&D-Systems» (USA). Эндогенный уровень оксида азота в форме нитрит-аниона (NO-) определяли с помощью реактива Грисса (Дмитренко Н.П. и соавт., 1998). Активность нитрооксидсинтазы (NOS) измеряли по увеличению продукции оксида азота из L-аргинина в присутствии NADPH (Julio D.J.L. et al., 1995).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы Stat Soft). Однородность дисперсий проверяли по критерию Фишера. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента и его аналогу для непараметрических распределений – критерию Манна-Уитни. Результаты оценивали как статистически значимые при p<0,05.

Все пациентки, находящиеся под наблюдением, были сопоставимы по исходной клинической характеристике. В исследование включено 50 пациенток с бесплодием и НГЭ 2-4 стадии по классификации r-AFS (1985)(у 70% пациенток были обнаружены эндометриоидные кисты яичников) составили основную группу, 20 пациенток без эндометриоза – контрольную. Клинико-лабораторное обследование, УЗИ, лапароскопия, гистологическое исследование макропрепаратов, удаленных во время операций проведено всем пациенткам. Образцы ПЖ были получены во время лапароскопий. Информированное согласие на использование крови и ПЖ, биоптатов брюшины и яичников было получено у всех пациенток. Объем ПЖ в 1-ой группе пациенток составил 52±0,8 мл, а во 2-ой -18±0,6мл. Результаты исследования компонентов эндотелиальной системы показали, что в ПЖ содержание СЭФР у пациенток основной группы было увеличено в 1,2 раза (34,6±1,5 пкг/мл и 29,2±1,2 пкг/мл)(p<0,05). При этом уровень ЭТ- 1 в ПЖ также был в 4 раза выше по сравнению с данными в группе контроля (0,410±0,03 fмоль/мл и 0,102±0,01 fмоль/мл)(p<0,05).

Определение NO и активности NO-синтазы в ПЖ свидетельствовало о снижении показателей оксида азота в 2,9 раза, которое соответствовало 7,3±0,6 мкмоль/л у больных с эндометриозом и 21,2±0,7 мкмоль/л у пациенток контрольной группы (p<0,001). При этом обнаружена та же направленность изменения активности NO-синтазы, что была характерна и для оксида азота. Отмечено более чем двухкратное количественное падение ее в этих условиях и достигавшее 10,2±0,9 мкмоль/л, против 21,3±0,8 мкмоль/л в контроле (p<0,001).

Выявленный рост продукции СЭФР в ПЖ пациенток с НГЭ относительно данных контрольной группы, обусловлен, по-видимому, основным стимулом к агрессивной ангиогенной пролиферации, характерной для НГЭ. Участие СЭФР в формировании кровеносных сосудов осуществляется при его взаимодействии с рецептором. Подтверждением реализации одного из важнейших механизмов в регуляции этого процесса является наличие рецепторов с высокой степенью аффинности к СЭФР только у эндотелиоцитов, в отличие от других ангиогенных элементов (Jakeman L.B. et al., 1995). Обращает на себя внимание факт увеличенной продукции ЭТ-1, обусловленной, очевидно, влиянием высокого уровня СЭФР на активность эндотелинпревращающего фермента (Matsura A. et al., 1997).

При взаимодействии ЭТ-1 с ЭТ-1 В1 рецептором возникает субстратрецепторный комплекс, обеспечивающий синтез NO в эндотелии. Такой эффект наблюдается только в случае нормального или низкого уровня ЭТ-1 (Гомозков О.А., 2002).

Что касается проведенного определения стабильных метаболитов оксида азота (NOx) и активности нитрооксидсинтазы (NOS), то можно полагать, что сохранение такого уровня данных процессов так же диктуется особенностями периода заболевания. Достигается он, очевидно, необходимым соотношением СЭФР и ЭТ-1 метаболически взаимозависимых и избирательно взаимодействующих. ЭТ-1 с ЭТ-1В1 рецептором эндотелия контролируют синтез NO и могут быть одним из факторов, определяющим его уровень в ПЖ (Ikeda U. et al., 1997). В то же время, можно полагать, что снижение в ПЖ активности NOS в данной ситуации несомненно является другой особенностью, лежащей в основе низкой продукции NO.

Снижение активности NOS в данной метаболической ситуации обусловлено, по-видимому, высоким уровнем трансформирующего фактора роста – β (ТФР-β), обнаруженного нами в ПЖ женщин с НГЭ (Ермолова Н.В., 2006). Избыток ТФР-β будет способствовать повышенному синтезу коллагена, так как данный полипептид считают самым мощным стимулятором этого процесса (Ehrlich H.P. et al., 1994). Указанный метаболический эффект обусловлен ингибирующим влиянием ТФР-β на активность NO-синтазы, в результате чего усиливается другой путь превращения L- аргинина при его взаимодействии с L-аргиназой и с участием орнитинаминотрансферазы приводит к образованию L-пролина, являющегося субстратом для синтеза коллагена в тканях (основного вещества межклеточного матрикса)(Chang C.I. et al., 1998).

Анализ полученных данных позволяет считать, что при НГЭ в ПЖ наблюдается рост продукции СЭФР, способствующий чрезмерному синтезу эндотелием ЭТ-1 в результате активации данным полипептидом эндотелинпревращающего фермента. Высокий уровень эндотелина-1 обусловливает его взаимодействие с ЭТ-1В2 рецептором эндотелия, что блокирует генерацию последним оксида азота. Низкая продукция NO усугубляется также падением активности NO-синтазы, чем нарушается трансформация L-аргинина с образованием NO.

Обобщая полученные результаты изученных эндотелиальных факторов у пациенток с НГЭ можно отметить ведущую роль высокого уровня СЭФР ПЖ в механизме формирования сосудистого компонента гетеротопий, обусловливающего их активный рост. Недостаточная продукция NO является причиной снижения апоптотических реакций в процессе пролиферации эндометриоидных образований, так как оксид азота участвует в апоптозупрессорных процессах. Низкая генерация NO свидетельствует о повышенной трансформации L-аргинина в L-пролин, способствующего развитию фиброза в виде спаечного процесса в брюшной полости, а также формированию плотной соединительнотканной капсулы у эндометриоидных кист яичников.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ЭЛЬТОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Жаркин Н.А., Симонян А.В., Бурова Н.А., Аболонина О.В., Плетнёва И.В.

Россия, г. Волгоград, ВолГМУ, кафедра акушерства и гинекологии; кафедра фарм. технологии и биотехнологии

Бальнеологическое средство «Эльтон» представляет собой липидный комплекс из лечебной грязи озера Эльтон. Выпуск средства «Эльтон» осуществляется с 1998 г. в соответствии с ТУ 13-01-03-44-98 (заключение ГСЭС РФ № 34.12.01.936.П.000882.09.04 от 24.09.2004) в виде масляного раствора или геля. Эльтон содержит глицериды, насыщенные и ненасыщенные органические кислоты, фосфолипиды (лецитины, кефалины), каратиноиды, ксантофилы, хлорофиллы, стерины. Средство оказывает обезболивающее, противовоспалительное, биостимулирующее (улучшает обменные процессы в органах и тканях), ранозаживляющее и кератопластическое (ускоряет процессы клеточной регенерации при вяло гранулирующих и медленно эпителизирующих ранах), антиоксидантное (за счет активации ферментов тканевого дыхания и связывания продуктов перекисного окисления липидов в органах и тканях) и мембраностабилизирующее действие.Средство «Эльтон» применяют в гинекологии, проктологии, урологии, дерматологии, оториноларингологии, стоматологии, офтальмологии, неврологии, средство показано при комплексном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата и инфекционных заболеваниях.

В гинекологии средство «Эльтон» рекомендовано для комплексной противовоспалительной терапии пациенток с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями влагалища и шейки матки. Эктопия шейки матки наблюдается у 10-15 % гинекологических больных (В.П.Сметник, Л.Г. Тумилович, 2000, В.Н. Прилепская и соавт., 2005), что требует поиска новых методов лечения данной патологии.

Для повышения биодоступности липидов наиболее рациональной лекарственной формой представляется структурированный гель с использованием аэросила, т.к. большинство применяемых мазей и гелей относятся к системам, обладающими определенными физико-механическими или реологическими свойствами, которые влияют на терапевтические и потребительские качества мазей. Поэтому актуальны и своевременны исследования по изучению реологических характеристик вновь разрабатываемых лекарственных форм.

Цель исследования: Разработка геля эльтона с использованием аэросила, обладающего оптимальной консистенцией и обеспечивающего максимальный терапевтический эффект и оценка эффективности сочетанного применения бальнеологического средства «Эльтон» и вагинальной лазеротерапии в комплексном лечении больных с эктопией шейки матки.

Материалы и методы исследования: Для проведения исследования по общепринятой методике готовили образцы геля на основе аэросила в концентрации от 5 % до 9 %. Упруго-вязко-пластичные свойства полученных образцов гелей исследовали на вискозиметре Brookfield RVDV Il+Pro. Для измерения реологических параметров использовали дисковые шпиндели № RV02-07, измерения проводили при температуре образца 20° С. Шпиндели вращали в исследуемом образце при последовательно увеличивающихся скоростях, при этом регистрировали следующие показания: напряжение сдвига, скорость сдвига, вязкость, температура. Для оценки

клинической эффективности геля эльтон были обследованы 32 пациентки в возрасте 17-32 лет, имеющие эктопию шейки матки с длительностью существования патологического процесса 1-14 месяцев. Группу сравнения составили 12 больных, основную группу –20 пациенток. Алгоритм обследования включал: общий и гинекологический осмотр, расширенную кольпоскопию с взятием мазков из цервикального канала на флору и мазков-отпечатков на онкоцитологию, гистоморфологическое исследование, ПЦР, ИФА. Всем больным после получения гистологических результатов была начата комплексная терапия, включающая местное противовоспалительное и иммуностимулирующие воздействие (Свечи Тержинан, Нео-пенотран, Генферон 1мл ед.; Лавомакс 750мг per os). Кроме того, больным основной группы применялось инфракрасное лазерное облучение шейки матки длиной волны 0,9 нм, импульсной мощностью 5 Вт, частотой следования импульса 600 Гц. Облучение проводилось гинекологической насадкой, которая приводилась в контакт с облучаемой поверхностью после чего, зона поражения обрабатывалась бальнеологическим средством «Эльтон». Курс лечения составил 10 дней. Процедуры проводились ежедневно, в первую фазу менструального цикла. Эффективность оценивалась через 1, 6 и 9 месяцев после окончания лечения.

Результаты и их обсуждение:

Образцы геля характеризуются увеличением эффективной вязкости при возрастании концентрации аэросила. На основании полученных данных определены значения коэффициентов динамического разжижения (Кд) и механической стабильности (МС).

Значения МС=1,48 %, КД =60,55 % (образец с содержанием аэросила 5 %); значения МС=1,26 %, КД =66,34 % (образец с содержанием аэросила 7 %); значения МС=1,09 %, КД = 81,67 % (образец с содержанием аэросила 9 %). Коэффициенты динамического разжижения образцов геля с содержанием аэросила 9 % превосходят аналогичные показатели образцов с меньшей концентрацией аэросила, что обеспечивает высокую степень адгезии к поверхности кожных покровов и слизистых оболочек под действием механического растирания и лучшее разжижение. Полученные значения МС свидетельствуют о незначительной степени разрушения структурного каркаса и о тиксотропных свойствах системы. Значения эффективной вязкости гелей укладываются в границы реологического оптимума консистенции. Вязкость геля с эльтоном характеризуется зависимостью ее значений от количества аэросила. При возрастании концентрации аэросила наблюдается увеличение вязкости. В процессе хранения образцов с содержанием аэросила от 5% до 8 % наблюдается синерезис, что свидетельствует о структурной нестабильности, связанной с недостатком вспомогательного вещества, поэтому дальнейшие исследования проводили с образцами геля с концентрацией аэросила 9 %.

Кольпоскопическая картина у всех больных характеризовалась незавершенной зоной трансформации (цилиндрический и плоскоклеточный эпителий) с гиперемией и неравномерной йодпозитивной окраской. При анализе результатов проведенного клинико-лабораторного исследования установлено, что эктопия на фоне хронического аднексита и эндометрита была выявлена в 4,2% случаев и в 95,8 % случаев на фоне клинически выраженного воспаления влагалища и шейки матки. Вагиниты и цервициты, обусловленные ИПП, выявлены у 52,3% обследованных, причем в 65,4% эпизодов это были смешанные инфекции, что обуславливало длительное течение, частые рецидивы и неэффективность предшествующего лечения. Изменения кольпоскопической картины наблюдались в обеих группах исследования, но участки эпидермизации шейки матки выявлялись у 14 из 20 пациенток основной группы на 35±2,6 день после окончания комплексного воздействия, в то время как в группе сравнения на 58±2,3 день ($p<0,05$), что в 1,8 раз быстрее. Кроме того, в основной группе в 1,6 раза быстрее происходило смещение зоны трансформации в сторону цервикального канала: на 96±1,4 день, против 154±1,7 дня в группе сравнения ($p< 0,01$). Рецидивы воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки наблюдались у 7(58,3%) больных группы сравнения, в то время как в основной группе они отсутствовали.

Выводы: На основании исследования структурно-механических показателей геля с эльтоном разработана технология состава геля, обладающего оптимальными реологическими параметрами и высокой стабильностью. Применение усовершенствованной методики лечения эктопии шейки матки привело к более быстрой и полноценной эпидермизации измененного эпителия и отсутствию рецидивов заболевания.

ВЛИЯНИЕ НА ЭНДОМЕТРИЙ И МАТОЧНЫЙ КРОВОТОК НИЗКОДОЗИРОВАННОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Зайдиева Я.З., Гус А.И., Гасанова С.Х., Курбанбекова Г.Э.

ФГУ НЦАГ и П Росмедтехнологий

Около половины женского населения планеты в настоящее время находится в возрасте старше 45-50 лет. Закономерно возникает вопрос о сохранении здоровья женской популяции и адекватном лечении климактерических проблем, возникающих более чем у 70% женщин в указанный период жизни. В настоящее время ЗГТ широко назначается пациенткам для купирования климактерических расстройств, профилактики остеопороза и других состояний, обусловленных дефицитом эстрогенов в постменопаузе. Однако, после публикации исследования «Инициатива во имя здоровья женщин» возникла необходимость выбора лечения, характеризующегося высокой эффективностью, безопасностью, а также предупреждающего развитие пролиферативных изменений в эндометрии и сводящих к минимуму частоту кровотечений у женщин, получающих гормонотерапию.

Целью исследования явилось: изучение влияния различных типов комбинированной низкодозированной гормонотерапии на состояние эндометрия и параметры маточного кровотока у женщин с климактерическими расстройствами в постменопаузе.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели обследовано 86 больных с климактерическими расстройствами в ранней постменопаузе, средний возраст которых составил 51,6±4,2 лет, а средняя продолжительность постменопаузы - 2,3±3,2 лет. В данное исследование не включались женщины с наличием противопоказаний для ЗГТ.

Для объективной оценки проводимой терапии все пациентки были распределены методом случайной выборки на 3 репрезентативные группы. В I группу включены 26 пациенток, лечение которых проводилось препаратом индивина (1мг EV+2,5мг МПА). Во II группу вошли 25 пациенток, принимавших препарат индивина, содержащий в два раза большую дозу прогестагена (1мг EV +5мг МПА). III группу составили 35 пациенток, которые принимали фемостон 1/5 (1мг+5мг). Гормонотерапия проводилась в непрерывном режиме в течение 1 года. Всем пациенткам исходно и в динамике было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее общеклинические и диагностические методы исследования.

Клиническая эффективность проводимой гормонотерапии оценивалась по шкале Грина, которая включает 21 основных симптомов КС. При этом сравнивались результаты, получен-

ные при обследовании больных на этапе скрининга, а также в динамике через 6 и 12 месяцев гормонотерапии. Оценивалось также качество жизни, связанное со здоровьем (HRQOL) по специальным анкетам (WHQ) (15 категорий).

Результаты и обсуждение. Во всех группах через год терапии частота приливов жара статистически достоверно снижалась от исходных значений: с 52,82±24,38 до 2,24±5,33 баллов в I гр., с 52,11±21,91 до 4,69±15,70 баллов во II гр. и с 47,43±25,77 до 2 1,98±4,97 баллов в III гр. ($p<0,0001$). Показатели качества жизни улучшились в 3 раза. Статистически достоверных различий между группами лечения не выявлено. Уровни гонадотропинов снизились в 1,5 раза. Одновременно с падением гонадотропинов уровень эстрадиола вырос в 8 раз (с 16,9±38,4 до 143±160 пг/мл).

Помимо оценки клинической эффективности гормонотерапии в настоящем исследовании проводился детальный анализ любых маточных кровотечений «прорыва», возникающих на фоне препаратов содержащих разные дозы и типы прогестагенного компонентов.

Согласно полученным нами данным, из общего числа обследованных примерно у каждой третьей женщины в первые полгода терапии отмечались маточные кровотечения «прорыва», как правило, в виде скудных выделений.

Во всех группах количество женщин с маточными кровотечениями достоверно уменьшилось к концу года лечения в сравнении с исходными данными (с 27,9% до 1,7% в I гр; с 29,9% до 1,7% во II гр и с 26,9% до 1,5% в III гр). При этом, к концу года лечения число пациенток без кровотечения было наибольшим в группе больных, принимавших препараты, содержащие низкие дозы гормонов (I и III группы) по сравнению с более высокими дозами прогестагена (II группа) ($p<0,005$). Таким образом, на протяжении всего периода наблюдения у подавляющего большинства пациенток во время гормонотерапии была аменорея.

С целью уточнения реакции эндометрия, а также влияния гормонотерапии на маточный кровоток, всем пациенткам был проведен динамический УЗИ контроль внутренних половых органов и допплерометрия сосудов матки. Согласно полученным данным, различия между исходными результатами и данными через год лечения объемов матки и яичников во всех группах были статистически не достоверны ($p>0,05$). Толщина «М-эха» на этапе скрининга статистически не различалась между тремя группами ($p>0,05$) и варьировала между группами от «линейного» до 5,6 мм. На фоне года лечения изменение среднего показателя толщины эндометрия было клинически незначимо (3,1-2,8-2,9 мм в зависимости от группы лечения), что характерно для женщин в постменопаузе и соответствует «тонкому» или атрофичному эндометрию. На фоне гормонотерапии как через 6 месяцев, так и спустя год лечения у 87% больных сохранялась тонкая слизистая тела матки. В 7 случаях были обнаружены полипы эндометрия и в 2 случаях – центрипетальный рост миоматозных узлов с деформацией полости матки, что явилось показанием для прекращения лечения и проведения гистероскопии с диагностическим выскабливанием в 7 и гистерорезектоскопии в 2 случаях.

Допплерометрия кровотока в маточных артериях выполнена у 45 пациенток. Проведение ЦДК сосудов матки показало, что у обследованных пациенток имеются нарушения маточной гемодинамики на разных уровнях измерения. Так, в общей группе пациенток достоверно высокими по сравнению с нормативными показателями были индексы сосудистого сопротивления всех трех основных сосудов матки: S/D соотношение 11,6±0,8* маточной (МА), 4,5±0,3* в радиальных (RA) ($p < 0,05$) и тенденция к увеличению в аркуатных артериях (АА) 5,8±0,74. Нарушения маточной перфузии затрагивали и такие показатели, как индекс резистентности (ИР) и пульсационный индекс (ПИ). Достоверное повышение средних значений ИР по сравнению с нормативными величинами выявлено во всех исследуемых сосудах: МА 0,96±0,08*, АА 0,87±0,03* и RA 0,85±0,02* ($p < 0,05$). Наряду с этим, установлено достоверное повышение средних величин ИП на всех уровнях сосудов матки (МА 3,1±0,1*, RA 1,49±0,07* и АА 1,93±0,12)* ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о выраженном снижении маточной гемодинамики на фоне повышения сосудистого сопротивления, превышающего нормативные значения, маточному кровотоку у пациенток в постменопаузе, обусловленные возрастным снижением функции яичников.

Через год гормонотерапии все изученные параметры сосудистого кровотока оставались выше нормативных значений. Отсутствие значимого снижения уголнезависимых показателей ПИ и ИР на уровне крупных маточных, мелких аркуатных и радиальных артерий у обследованных больных, по-видимому, обусловлено слабым воздействием низких доз эстрогенов (1мг) и прогестагенов (2,5 и 5 мг), содержащихся в использованных препаратах, на указанные параметры.

С целью оценки состояния эндометрия на фоне проводимого комбинированного режима непрерывной гормонотерапии исходно и спустя год лечения всем пациенткам в амбулаторных условиях атравматичными пластиковыми кюретками Пайпелль произведен вакуум-кюретаж эндометрия с последующим его гистологическим исследованием.

Гистологическая картина слизистой оболочки матки у больных 1 группы в исходном состоянии характеризовалась типичным для постменопаузы строением: слизистая в стадии атрофии или неактивная выявлена у 90,79%, в стадии ранней пролиферации 7,89%, и недостаточно материала для проведения гистоанализа в 1,32%, случаях. Анализ результатов после года гормонотерапии в этой группе не выявил значительных морфологических изменений эндометрия. В подавляющем большинстве случаев на фоне проводимой гормонотерапии слизистая тела матки сохранялась в атрофичном состоянии - 92,81%. При этом в незначительном проценте случаев встречались пролиферативные изменения 2,88%, или слизистая в стадии секреции 2,16%, а также недостаточно материала для исследования 0,72%.

Аналогичные результаты получены во II группе больных. Так, исходно по результатам морфологического исследования в 88,89% случаев диагностирована атрофия эндометрия, в 9,15% -ранняя пролиферация и в 1,96% случаев – материала из полости матки оказалось недостаточно для гистологического исследования. После года лечения в данной группе больных по данным морфологического исследования превалировали атрофические изменения (94,66%), крайне редко - слизистая тела матки в стадии пролиферации (2,29%) и секреции (3,05%).

В III группе пациенток прослеживалась такая же гистологическая картина. Атрофическая слизистая тела матки установлена исходно у 87%, пролиферация – в 10% и недостаточно материала в 3% случаев. После гормонотерапии у подавляющего большинства женщин сохранялась атрофия слизистой оболочки матки (94%). Одинаково часто в этой группе встречались «прогестиновый» тип слизистой тела матки, стадия пролиферации и недостаточного для гистоанализа материала (по 2%). Согласно полученным нами результатам гистологического исследования биоптатов эндометрия через год гормонотерапии гиперплазии или рака эндометрия не выявлено ни в одном случае.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о высокой эффективности низкодозированной гормонотерапии у больных в ранней постменопаузе при лечении климактерического синдрома. Гормонотерапии низкими дозами не вызывает значимых изменений маточного кровотока, поддерживает в атрофичном состоянии и, тем самым, оказывает защитный эффект в эндометрии.

ИНВАЗИВНАЯ АКТИВНОСТЬ И НЕОАНГИОГЕНЕЗ В ГИСТОГЕНЕЗЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Зайратьянц О.В., Адамян Л.В., Опаленов К.В., Осипова А.А., Сонова М.М, Барсанова Т.Г., Борзенкова И.П, Мовтаева Х.Р.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО и патологической анатомии ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, г. Москва, Россия

Генитальный эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний, занимая третье место после миомы матки и воспалительных заболеваний. Несмотря на большое число исследований, посвященных проблеме эндометриоза, причины его развития и многие вопросы патогенеза до настоящего времени не ясны (Серов В.Н., 1994; Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., 1995; Кондриков Н.И., 1999; Адамян Л.В., Кулаков В.И., 1998, 2006). Обсуждается роль матриксных металлопротеаз (ММП) как показателей инвазивной активности, а также процессов неоангиогенеза в патогенезе и клинико-морфологических проявлениях эндометриоза. ММП воздействуют на основные компоненты экстрацеллюлярного матрикса, вызывая их деструкцию, на продукцию клетками факторов роста и других биологически активных веществ, на межклеточные взаимодействия. Активность ММП регулируется специфическими тканевыми ингибиторами (ТИМП). Установлено, что, например, в опухолях уровень экспрессии ММП коррелирует с их инвазивной активностью, но также повышен в очагах эндометриоза, особенно в его стромальном компоненте в 3-4-ю стадии заболевания (Wu M., et al., 2005; Labied S., et al., 2005; Kirn H., et al., 2005).

Целью исследования явилось сравнительное изучение инвазивного потенциала и активности процессов неоангиогенеза эктопического эндометрия при эндометриозе тела матки и эндометриоидных кистах яичников.

Материал исследования составил 40 больных (возраст – от 21 до 47 лет), из них 26 – с внутренним эндометриозом (18 случаев – с 1-2-й стадиями и 8 – с 3-4-й стадиями распространения по классификации Л.В. Адамян, В.И Кулакова (1998)) и 14 – с эндометриоидными кистами яичников (8 - с 1-2-й стадиями, и 6 – с 3-4-й стадиями распространения наружной формы генитального эндометриоза по классификации Американского Общества Фертильности (1985)). Изучали операционный материал после гистерэктомий, произведенных по поводу внутреннего эндометриоза и миом матки, а также резекции или удаления яичников, выполненных в связи с эндометриоидными кистами. В качестве контроля исследовали 5 образцов эндометрия, полученных на секции у женщин умерших от травм в возрасте от 32 до 47 лет без патологии матки и яичников. Для оценки инвазивного потенциала очагов эндометриоза изучали экспрессию ММП-2, ММП-10 и ТИМП-2, а для определения активности процессов неоангиогенеза – экспрессию сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР) и CD-31 – маркера эндотелиальных клеток сосудов. Применяли иммунопероксидазный метод со стандартными контролями, использовали мышиные моноклональные антитела к ММП-2 (коллагеназе IV, клон CA-4001), ММП-10 (стромелизину-2, клон IVC5), ТИМП-2 (клон 3A4), СЭФР (клон G153-694), CD-31, систему детекции «Ultra Vision LP Value HRP Polymer» (Lab Vision, США и Becton Dickinson, США). Морфометрически в 10 полях зрения при увеличении микроскопа х400 подсчитывали процентное содержание клеток, экспрессирующих изучаемые маркеры, причем отдельно для эпителиального и стромального компонентов очагов эндометриоза (минимум в 1000 клеток каждого компонента). Экспрессия считалась положительной при умеренном и выраженном окрашивании цитоплазмы клеток. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью программы SPSS 9.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 1999).

Результаты исследования показали, что в неизмененном эутопическом эндометрии экспрессия ММП-2, ММП-10, ТИМП-2 наблюдается, главным образом, в стромальных клетках (в диапазоне от 5 до 15% клеток). В эктопическом эндометрии при эндометриозе экспрессия ММП-2 и ММП-10 также выявляется, преимущественно, в стромальных клетках и уровень их экспрессии выше, чем в неизмененном эндометрии, а также при эндометриозе яичников, по сравнению с эндометриозом тела матки, и возрастает в 3-4-й стадиях заболевания. При эндометриозе тела матки экспрессия ММР-2 отмечалась в 14% стромальных клеток при 1-2-й стадиях и в 38% - при 3-4-й стадиях, а при эндометриоидных кистах яичников – в 51% ($p<0,05$). Уровень экспрессии ММР-10 стромальными клетками был несколько меньше (соответственно, 8, 12, и 32% клеток). Параллельно повышалась экспрессия ТИМП-2, которая выявлялась, соответственно, в 9, 11, и 29% клеток. В эпителиальных клетках во всех наблюдениях внутреннего эндометриоза экспрессия ММП-2, 10 и ТИМП-2 не превышала 10%. Однако в эпителии эндометриоидных кист яичников показатели экспрессии ММП-2 и 10 были выше и составили 34 и 13% (ТИМП-2 – 11%). Визуализация, благодаря маркеру эндотелия CD-31, микроциркуляторного сосудистого русла, выявила его выраженное развитие не только в очагах эндометриоза, но и перифокально к ним, как в миометрии, так и в ткани яичников. Уровень экспрессии СЭФР не зависел от стадии эндометриоза и был выше в эпителиальном компоненте, чем в стромальных клетках. Так, при эндометриозе тела матки его экспрессировали 41% эпителиальных клеток и 27% стромальных, а при эндометриоидных кистах яичников – 42 и 25%. Зависимости уровня экспрессии СЭФР от стадии заболевания обнаружено не было.

Таким образом, при эндометриозе «носителем» инвазивного потенциала являются, преимущественно, стромальные клетки и уровень экспрессии ими ММП-2 и ММП-10 (как, впрочем, и ТИМП-2) выше при эндометриозе яичников, по сравнению с поражением тела матки, а также возрастает при 3-4-й стадиях распространения внутреннего эндометриоза. Очаги эндометриоза характеризуются активным процессом неоангиогенеза, независимо от их локализации и стадии заболевания.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ НА УРАЛЕ

Звычайный М.А., Воронцова А.В.

Россия, г.Екатеринбург, ГОУ ВПО УГМА Росздрава

Современный этап развития медицинских и биологических наук характеризуется все большим проникновением эндокринологии в различные частные дисциплины. Гинекологическая эндокринология в последние годы получила значительное развитие. От курьезных цирковых демонстраций различного рода «женщин с бородой» и «мужчин с молочными железами» мы за несколько последних десятилетий перешли к глубокому пониманию механизмов, определяющих половую дифференцировку, половое созревание и процессы размножения.

Расширение информации по регуляции менструальной функции, создание новых классификаций эндокринных нарушений в гинекологии, разработка более детальных схем патогенеза дало возможность для применения в клинической практике эффективных гормональных препаратов и немеди-

каментозных средств. Перечисленные достижения превратили гинекологическую эндокринологию в один из ведущих, фундаментальных разделов гинекологии, который находится на стыке теоретических и практических медицинских дисциплин.

Известно, что особенный рост частоты гиперпластических процессов репродуктивной системы (миомы матки, аденомиоза, гиперплазии эндометрия, мастопатии) отмечается у женщин в перименопаузе, когда в результате сложившихся гормональных взаимоотношений создаются предпосылки для возникновения не только монотопических гиперпластических процессов, но и одновременного поражения ими практически всех органов репродуктивной системы.

Вероятность влияния с помощью различных гормональных препаратов на процессы роста и развития миомы матки, так же, как и на сопутствующие ей патологические процессы в эндо-, миометрии (гиперплазия эндометрия, аденомиоз) и молочных железах (мастопатия), основывается на представлениях о гормональной зависимости возникающих изменений.

Развитие молекулярной биологии, медицинской генетики, клинической иммунологии в последние годы позволило выявить сложную систему факторов, участвующих в регуляции, и расширило представление о межклеточном взаимодействии и внутриклеточных процессах в гормонозависимых тканях.

Необходимо отметить, что при гипоэстрогении для опухолевой клетки всегда находятся другие, гормон-независимые пути выживания. Поэтому, используя препараты только лишь для снижения уровня эстрогенов, мы не всегда добиваемся положительных результатов в лечении гиперпластических процессов репродуктивной системы.

Большой выбор лекарственных средств, используемых при консервативной терапии гиперпластических процессов репродуктивной системы, и отсутствие системного подхода к таким больным способствует хаотичному назначению самых разнообразных препаратов, иногда принципиально противоречащих друг другу по механизму действия: например, гестагены (норколут, дюфастон, утрожестан и др.) и антипрогестагены (мифепристон).

На базах кафедры акушерства и гинекологии лечебно - профилактического факультета Уральской государственной медицинской академии и амбулаторно-консультативного отделения Городского эндокринологического центра г.Екатеринбурга нами изучались эффективность и безопасность использования тканеселективного модулятора эстрогенной активности Тиболона, синтетического 19-норстероидного препарата - мефипристона, фитонутриентов – Индинола и Эпигаллата у женщин в перименопаузе с гиперпластическими процессами репродуктивной системы и были получены обнадеживающие результаты.

Медицина “антистарения” - одно из современных медицинских направлений, основной задачей которого является ранняя диагностика, профилактика и лечение заболеваний и состояний, связанных со старением; это самая перспективная стратегия охраны здоровья человека в наступившем тысячелетии.

Какие же основные компоненты должна сочетать в себе antiage-терапия у женщин с дефицитом половых стероидов? С нашей точки зрения это: в первую очередь - заместительная гормональная терапия препаратами “натуральных” женских половых гормонов (эстрогенов, гестагенов, андрогенов), поскольку, вопрос о необходимости возмещения дефицита иных гормонов (соматотропина, мелатонина, тиреоидных гормонов и других) в настоящее время остается дискуссионным, доказательная база эффективности пока еще недостаточна и точки над “i” в этом вопросе возможно будут расставлены позже, а также: коррекция имеющейся патологии и профилактика возможных заболеваний; рациональное питание с восполнением витаминов, микро- и макроэлементов; адекватная система физических нагрузок по индивидуальным программам, адаптированным к возрасту, состоянию здоровья и образу жизни, разработанным совместно со спортивным инструктором; устранение стрессовых ситуаций, насколько это возможно при современном образе жизни и формирование позитивного отношения к ним с помощью аутотренинга; косметические процедуры и пластическая хирургия.

На сегодняшний день нами накоплен достаточный опыт применения целого ряда «натуральных» препаратов женских половых гормонов (таких как, Эстрожель, Утрожестан, Прожестожель и др.) в программах antiage-мероприятий у женщин с дефицитом половых гормонов, которым нам бы и хотелось поделиться в нашем докладе.

Таким образом, ценнейшие знания, накопленные за последние 10-15 лет, немедленно находят свое воплощение в создании «интеллектуальных» (т.е, продуманных в плане оптимальности дозировки, доставки и снижения токсичности) препаратов, обладающих целенаправленным действием по отношению к клеткам-мишеням, что незамедлительно отражается на клинических результатах и открывает дальнейшие перспективы для развития современной эндокринной гинекологии.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа

Золотарева Н.И., Белокриницкая Т.Е., Мочалова М.Н.

Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия

Молодёжь является важнейшей составляющей репродуктивного потенциала каждой нации. Репродуктивное здоровье подростков, наиболее подверженных негативному влиянию окружающей среды и общества, в современных условиях представляет собой многоаспектную и сложную проблему. К началу XXI века произошли существенные изменения сексуального и репродуктивного поведения подростков, которые, в конечном итоге, способствовали значительному росту их роли в формировании показателей абортов, рождаемости, материнской заболеваемости и смертности, а также прогрессирующему увеличению показателя гинекологической заболеваемости.

С целью изучения особенностей контрацептивного поведения и репродуктивных установок студенток-медиков проведено анкетирование студенток 1-6 курсов Читинской медицинской академии. Исследуемая группа была сформирована методом сплошного отбора. Опрос проводился анонимно, методом самозаполнения специально разработанных анкет, состоящих из 65 вопросов. Статистической обработке подвергнуто 474 анкеты: у студенток 1 курса – 76; 2 курса – 77; 3 курса – 68; 4 курса – 98; 5 курса – 57; 6 курса – 98. Возраст респондентов колебался от 17 до 26 лет.

Установлено, что сексуально активные девушки составили 67,8% (n=322), из них 32,9% (n=25) – студентки 1 курса, 50,6% (n=39) – 2 курса, 62% (n=42) – 3 курса, 78,6% (n=77) – 4 курса, 85,9% (n=49) – 5 курса, 91,8% (n=90) – 6 курса. Из числа имеющих сексуальные отношения начали жить половой жизнью до 15 лет – 0,8% (n=4), в 15-17 лет – 18,1% (n=86), в 18-20 лет – 40,7% (n=193), в 21-25 лет – 8,2% (n=39), то есть пик сексуального дебюта у студенток-медиков пришёлся на 18-20 лет (у подростков, проживающих в г.Чите, – 16,2±0,5 лет). Последний факт необходимо учитывать при организации работы по планированию семьи у данной категории молодёжи, поскольку относительно поздний возраст начала половой жизни является резервом снижения числа нежелательных беременностей, ИППП и связанных с ними осложнений.

Опрос показал, что большинство девушек, вступая в первый сексуальный контакт, оказались не готовыми к предупреждению нежелательной беременности и ИППП. Так, при

первом в жизни половом акте только 36,6% человек применяли презерватив, 3,3% – посткоитальные гормональные средства (постинор), 1,2% – спермициды (фарматекс), треть опрошенных – 33,4% – не использовали средства контрацепции, остальные применяли такие методы, как прерванный половой акт, ритмический, спринцевание самостоятельно приготовленными растворами. Следует отметить, что самая низкая приемлемость презерватива, постинора и фарматекса была у студенток 1 курса, сексуальный дебют у которых пришёлся на «довузовский» период.

Уровень ответственности за контрацептивный выбор повышается от 1-го к 6-му курсам: студентки младших курсов чаще выбирали контрацептивы по совету друзей и на основе сведений, полученных из средств массовой информации и популярной литературы. Старшекурсницы в большинстве случаев применяли метод контрацепции по рекомендации врачей женской консультации или Центра Планирования семьи, чаще пользовались специальной медицинской литературой. При этом предпочтение при выборе метода или средства контрацепции студентки-медики отдают надежности 89,4% (n=424), удобству в применении 29,7% (n=141) и отсутствию неблагоприятного влияния на здоровье 23,9% (n=113). Для каждой третьей девушки (30,8%) оказалась очень важной экономическая доступность метода.

На момент опроса из 322 (67,8%) сексуально активных девушек в браке состояли лишь 127 человек (39,4%), 188 (58,4%) – были не замужем, 7 (2,2%) – разведены. При этом оптимальным возрастом вступления в брак и деторождения все студентки считали 20-24 года. При оценке паритета установлено, что имели беременности 8% (2) студенток 1 курса, 15,4% (6) – 2 курса, 16,7% (7) – 3 курса, 20,8% (16) – 4 курса, 22,5% (11) – 5 курса, 29,6% (29) – 6 курса. В среднем на одну сексуально активную девушку пришлось 0,31 беременностей, из которых роды составили 0,11, медицинские аборты – 0,18 и самопроизвольные выкидыши – 0,02. В будущем большинство девушек планируют иметь двух детей – 67,9% (n=322), одного ребёнка – 21,5% (n=102), троих – 8,2% (n=39), ни одного – 2,4% (n=11). Ограничивающими деторождение факторами были: отсутствие собственного жилья или стесненные жилищные условия (72,5%), материальная необеспеченность (64,3%), карьера (27,1%). Значительно реже в качестве определяющих количество детей в семье назывались такие факторы как, нестабильная социально-экономическая обстановка, рост преступности, наркомании, плохое состояние здоровья и модель семьи родителей самой девушки.

Таким образом, гендерное поведение студенток-медиков социально детерминировано и характеризуется относительно поздним сексуальным дебютом, достаточно низкой частотой регулярного использования современных надёжных методов контрацепции, планированием в будущем малодетной семьи.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «БИОТЕК» В ТЕРАПИИ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА и КОЛЬПИТОВ

Зубковская Е.В.

Россия, г. Самара, Дорожная клиническая больница ст. Самара

Урогенитальный кандидоз, кольпиты и псевдоэрозия шейки матки являются широко распространенными заболеваниями, облигатным этапом терапии которых является восстановление как собственно слизистой оболочки влагалища, так и его оптимального микробиоценоза. Используемые в настоящее время препараты не являются лишенными некоторых недостатков, что обуславливает необходимость поиска новых средств терапии, в том числе среди нутрицевтиков и парафармацевтиков.

Одним из представителей данных средств является сыворотка молочная сгущенная – препарат «Биотек» (производства ООО «Профессиональные биотехнологии»), который содержит частично гидролизованный сывороточный белок, ферменты, углеводы в гидролизованном виде, лактаты, витамины, микро- и макроэлементы, живую культуру промышленных штаммов молочно-кислых стрептококков и обладает иммуномодулирующим, детоксицирующим эффектом, являясь мощным адаптогеном и биостимулятором с выраженной репаративной активностью.

Учитывая биологические эффекты препарата «Биотек», на базе гинекологического отделения Дорожной клинической больницы ст.Самара он использовался для лечения больных псевдоэрозиями, урогенитальным кандидозом и кольпитами. На фоне антибактериальной терапии у 45 больных урогенитальным кандидозом, у 81 больной неспецифическими кольпитами, и у 32 больных ПЭШМ применяли «Биотек» интравагинально путем введения тампонов, смоченных 20% раствором препарата один раз в сутки в течение10 дней. При необходимости лечение повторяли через 2-3 месяца. В контрольные группы вошли 35 больных урогенитальным кандидозом, 52 больные неспецифическими кольпитами и 37 больных с псевдоэрозией шейки матки, лечение которых проводилось идентично основным группам сравнения, но без использования препарата «Биотек».

Анализ результатов показал большую клиническую эффективность лечения с включением препарата «Биотек» по разработанной методике. У всех больных опытных групп на 10 сутки отмечалась нормализация микрофлоры, начало эпителизации псевдоэрозий и значительное уменьшение выраженности воспаления слизистой оболочки влагалища. В контрольной группе аналогичные результаты достигнуты к 15 суткам в 60-70% случаев. Побочных явлений при применении препарата не было. Отмечено достоверное сокращение сроков лечения, снижение частоты рецидивов заболевания, количества используемых антибактериальных средств.

Полученные убедительные данные о биологической активности препарата позволяют рекомендовать «Биотек» для более широкого использования в клинической практике.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Иванова М.Н., Ли Б., Минаева И.Г.

Россия, г.Воронеж, ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко Росздрава»

Актуальность проблемы: одна из ведущих причин развития предраковых и раковых заболеваний шейки матки – вирусные инфекционные процессы гениталий.

Учитывая доказанную роль вируса папилломы человека в возникновении онкозаболеваний шейки матки, особенно важным направлением является своевременная диагностика и лечение этой инфекции.

Деформация шейки матки является неблагоприятным фактором, отягощающим течение инфекционного процесса шейки матки. Посттравматический эктропион требует безусловного лечения, т.к. на его фоне противовоспалительная терапия теряет свою эффективность. Виды лечения этой формы фоновой патологии различны – они колеблются от сложных пластических операций до рутинных манипуляций типа диатермоконизации и криодеструкции.

В настоящее время встречается относительно мало исследований, посвященных сравнительному изучению эффективности терапии герпетической инфекции у женщин, перенесших различные виды лечения по поводу травматической деформации шейки матки.

Цель исследования: оценить эффективность лечения ВПЧ-инфекции на фоне различных видов коррекции посттравматического эктропиона.

Материалы и методы исследования: была проанализирована эффективность терапии герпетической инфекции у женщин перенесших хирургическое, электродиатермическое и криогенное лечение деформации шейки матки.

Были сформированы 4 исследовательские группы: I группа - 36 пациенток, у которых посттравматическая деформация пролечена диатермоконизацией шейки матки; II группа - 35 пациенток, которым была произведена пластика шейки матки; III группа - 42 пациентки, которым была произведена криодеструкция шейки матки и IV группа – 44 пациентки, перенесших электродиатермокоагуляцию шейки матки.

До операции и в послеоперационном периоде у женщин каждые 3 месяца в течение 1 года производилась ПЦР-диагностика вирусного поражения (выявлялся ВПЧ 16, 18). При выявлении поражения пациенткам всех групп проводилось местное лечение препаратом Эпиген-интим и системное - препаратом Генферон.

Было проведено два типа анализа обследуемого материала: стандартный анализ с использованием общепринятых методик медицинской статистики и вероятностный анализ динамики результатов исследования вирусной контаминации с помощью линейных трендов.

Результаты исследования: характер проведенного лечения деформации шейки матки прямо отражается на эффективности противовирусного лечения. Наиболее эффективным оказалось хирургического лечение травматического эктропиона – после этого вида коррекции шейки матки терапия герпетического поражения максимально эффективна, как в отношении ВПЧ 16, так и в отношении ВПЧ 18. Эффект элиминации ВПЧ-инфекции завершается у этих пациенток в промежуток 6-8 мес. послеоперационного периода. При восстановлении шейки матки методом электродиатермоконизации период элиминации инфекции затягивается более чем на 12 мес.

Криодеструкция наиболее эффективна в отношении ВПЧ 18 – элиминация возбудителя у пациенток, перенесших этот вид лечения шейки матки, завершилась к 9 мес. курации. Однако, элиминация ВПЧ 16 у пациенток этой группы, затягивается на срок более 12 мес.

Наименее эффективно лечение ВПЧ-инфекции у пациенток, перенесших электродиатермокоагуляцию. У этих пациенток имела место персистенция инфекции с периодическими обострениями (как в ноошении ВПЧ 16, так и в отношении ВПЧ 18).

Заключение: пациентки с вирусным инфицированием на фоне травматического эктропиона нуждаются в предварительной коррекции деформации шейки матки.

Эффективность лечения вирусного поражения прямо зависит от вида коррекции шейки матки.

Методом выбора следует признать пластические операции шейки матки и ее криодеструкцию.

РОЛЬ ИММУННОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА

Иванова Т.В., Евтушенко И.Д., Тихонова Н.В., Волков Р.В.

Россия, г.Томск, Сибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболевания органов малого таза воспалительного генеза являются своего рода дебютом большинства гинекологических заболеваний, с которыми женщина сталкивается в дальнейшем. Неадекватное лечение, как известно, приводящее к хронизации процесса, формирует основу патологий, которые могут нарушать фертильную функцию женщины и в ряде случаев требуют хирургического лечения. Вопрос применения иммунотропных средств в терапии острого сальпингита до сих пор остается дискутабельным в отечественной и зарубежной литературе.

Цель. Определить показания к включению в традиционную терапию острого сальпингита иммуномодулирующих средств.

Материалы и методы исследования. 120 больных с острым сальпингитом, поступивших в порядке экстренной помощи в возрасте от 18 до 42 лет. В зависимости от методов лечения больные были распределены на 3 группы. Группу сравнения составили 53 женщины с острым сальпингитом, получавших традиционное лечение. Основную группу составили 67 женщин, которым проводилась комплексная терапии с включением в традиционную противовоспалительную терапию пантогематоген F. Контрольная группа – 30 клинически здоровых женщин. Больные получали антибактериальную, дезинтоксикационную терапии, дозированную гипотермию местно. В работе использован пантогематоген F, полученный в НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН и представляющий субстанцию крови из пантов алтайского марала, переработанную по технологии низкотемпературного обезвоживания и стерилизации. Препарат назначался в первую половину дня в виде микроклизм 0,5% раствора пантогематогена F, курс – 10 дней.

Обследуемым проводилось изучение системного и местного иммунитета: 1) количество лейкоцитов, их морфологические формы; 2) фагоцитоз; 3) количество нейтрофилов, экспрессирующих C3B-, FCY-рецепторы; 4) уровень иммуноглобулинов A, M, G в сыворотке крови и класса A в промывных водах влагалища; 5) Т- и В-лимфоциты; 6) концентрация циркулирующих иммунных комплексов; 7) лизоцим в сыворотке и в промывных водах влагалища; 8) цитологический состав промывных вод влагалища. Больным проводили ультразвуковое сканирование органов малого таза. По показаниям для верификации диагноза производили лапароскопию. Все полученные данные обработаны методами вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Проведенное исследование функционального состояния системного и местного иммунитета при остром сальпингите выявило количественную и качественную неполноценность популяции иммунокомпетентных клеток и факторов неспецифической защиты. Преобладание в клеточном составе периферической крови нейтрофилов с пониженным уровнем экспрессии C3B- и FCY-рецепторов, угнетение фагоцитоза, снижение количества лизоцима, а также высокие уровни IgA и лизоцима в промывных водах влагалища свидетельствовали об истощении компенсаторных возможностей иммунного гомеостаза.

Выявленное при поступлении нарушение в соотношении иммунокомпетентных клеток оставалось без значительных изменений в процессе традиционной терапии. Таким образом, нормализации показателей иммунитета у больных острым сальпингитом в процессе традиционной терапии не проис-

ходит. Сохранявшиеся на протяжении периода наблюдения признаки угнетения рецепторной и фагоцитарной активности нейтрофилов, дисиммуноглобулинемия могли быть основными причинами случаев неполного эффекта от проводимого лечения, осложнений заболевания непосредственно во время лечения и в отдаленные сроки после выписки больных.

В процессе комплексной терапии отмечены положительные изменения в состоянии иммунного статуса. Полученные данные свидетельствуют о нормализации системного и местного иммунитета у больных острым сальпингитом при включении в схему лечения пантогематогена F. Использование последнего в комплексе терапии сопровождается ранним исчезновением клинических проявлений заболевания.

Выводы. Пантогематоген F может быть назначен в качестве стимулятора иммунной системы в лечении острого сальпингита у женщин с выявленной иммунной недостаточностью. Применение этого препарата при остром сальпингите способствует более быстрому восстановлению количественных и качественных характеристик нейтрофилов, в ранние сроки лечения нормализует основные показатели местного иммунитета. Восстановление характеристик нейтрофилов способствует повышению эффективности их функции в очаге воспаления. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения острого воспаления придатков матки подтверждает, что использование пантогематогена F позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм, сократить сроки лечения, уменьшить количество осложнений и рецидивов заболевания.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Иванян А.Н.,Мелехова Н.Ю., Калоева З.В., Шевцова Н.С.

Россия, г.Смоленск. Смоленская государственная медицинская академия, ООО Медицинский центр «Гинея»

ЦМВ достаточно широко распространён в человеческой популяции. От 60% до 100% взрослого населения в зависимости от социально-экономического уровня жизни инфицировано ЦМВ, то есть имеют постоянно циркулирующие в крови специфические иммуноглобулины класса G. Различают первичную, латентную и хроническую инфекции. Источниками инфекции является больные и носители цитомегаловирусной инфекции.

ЦМВИ имеет различную, чаще стертую клиническую симптоматику и нет чётких диагностических критериев, поэтому диагноз цитомегаловирусной инфекции ставится на основании данных иммунологических исследований. В настоящее время появилась возможность определения срока давности заболевания, что играет важную роль при обнаружении инфицирования беременных женщин. С этой целью определяется авидность – «эффективность» Ig G (сродство к антигену – комплиментарность молекулы). Первые (ранние) Ig G низкоавидные, поздние – высокоавидные. Обнаружение низкоавидных АТ – признак ранней, острой, недавно перенесённой инфекции или обострения хронической, высокоавидных – признак давно прошедшей (паст) инфекции.

Цель: определить наличия ЦМВ в крови исследуемых пациентов и возможные сроки инфицирования.

Материалы и методы:

В ООО медицинском центре «Гинея» г. Смоленска под нашим наблюдением находилось 38 пациенток репродуктивного возраста с невынашиванием, недонашиванием и бесплодием, а так же в процессе предгравидарной подготовки. Всем женщинам проводилось общеклиническое и гинекологическое обследование, включающее, изучение жалоб, сбор анамнеза, осмотр. Кроме того, проводилось специализированное обследование, включающее сероиммунологический метод исследования (ИФА) на TORCH инфекции с определением антител класса M, G и авидности.

При сероиммунологическом исследовании у 8 пациенток (21%) обнаружены иммуноглуболуны М. При этом, у 3 пациенток из 8 данной группы при наличии Ig M обнаруживаются Ig G с низкой авидностью, что свидетельствует об острой стадии инфекции. Индекс авидности составлял менее 40%. А у 5 пациенток обнаружены высокоавидные Ig G в присутствии Ig M, что свидетельствует о длительной персистенции ЦМВ- Ig M, после завершения острой стадии инфекции, либо о вторичном иммунном ответе в случае реинфекции.

У 30 пациенток (79 %) обнаружены низкоавидные Ig G вируса ЦМВ при отрицательном результате на Ig M, что свидетельствует об инфицировании более 3 месяцев назад. Индекс авидности в данной группе составлял более 60%. При этом при повторном исследовании через 10-14 дней обнаружено увеличение концентрации Ig G в 1,5 раза и отсутствие низкоавидных Ig G, что окончательно подтвердило, что инфицирование произошло в последние 2-3 месяца.

Всем пациентам для лечения реинфицирования или подострой инфекции проведен курс лечения препаратом «Панавир» 0,004%-5,0, 5 инъекций на курс через 24-72 часа.

Выводы: Таким образом, если индекс авидности исследуемой сыворотки менее 40%, то сыворотка содержит низкоавидные антитела, что указывает на первичную инфекцию, что требует противовирусной терапии. Если индекс авидности более 60%, то сыворотка содержит высокоавидные антитела, что указывает на паст-инфекцию и данные пациентки в терапии не нуждаются. В случае промежуточного результата индекса авидности от 41-до 59% -данная ситуация рассматривается как поздняя стадия первичной инфекции, что так же требует противовирусной терапии.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ – БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ

Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г.

Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия

.

Актуальность: искусственное прерывание нежелательной беременности является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин.

В России медико-социальная значимость аборта определяется его высокой распространённостью, значительным удельным весом в структуре причин материнской смертности, гинекологической заболеваемости.

В последние годы в России появилась альтернатива хирургическому аборту с использованием аналогов мифепристона.

Мифепристон – это 19-норстероид, который специфически блокирует рецепторы прогестерона и глюкокортикоидов. Блокада рецепторов прогестерона приводит к разрушению материнских капилляров в отпадающей оболочке, синтезу простагландинов в эпителии децидуальныых желёз и угнетению простагландиндегидрогеназы. Возросшие в результате этого концентрации простагаландинов индуцируют сокращение матки.

Мифепристон примерно в пять раз превышает чувствительность матки к аналогам простагландинов. Этот эффект развивается через 24-48 часов и лежит в основе схемы медикаментозного аборта, при которой через 36-48 часов после перорального приёма мифепристона вводят аналоги простагландинов.

Цель: проанализировать клинический эффект отечественного препарата «Мифепрекс» (производства «МосФарма»).

Материалы и методы исследования: нами проведено наблюдение за 80 пациентками, решившими прервать беременность с помощью медикаментозного метода.

Возраст: 18-21 – 26 (32,5%); 22-25 – 30 (37,5%); 26-30 - 14 (17,5%); 31-45 – 10 (12,5%).

Паритет: не рожавшие –17 (21%); 1 роды – 28 (35%); 2 роды – 23 (29%); 3 роды – 12 (15%).

В анамнезе – 1 аборт - 24 (30%); 2 аборта – 36 (45%); более 3-х – 20 (25%).

Социальный статус – работающие – 64 (80%), не работающие –16 (20%).

Причина прерывания беременности – не желание иметь детей – 28 (35%); неустроенность в семье – 25 (31%); другие причины – 27 (34%).

Наличие и срок беременности подтверждался объективным обследованием, данными УЗИ, и положительным тестом на беременность.

Препарат «Мифепрекс» назначался пациенткам в дозе 600 мг (3 таблетки), которые пациентка принимала в течение 2-х часов под наблюдением врача, находясь на дневном стационаре. На следующий день пациентка принимала 800 мг (4 таблетки) мизопростола (сайтотека) в течение 3-х часов под наблюдением врача. Изгнание продукта зачатия пациентка подтверждала на следующий день – либо лично, или по телефону. По рекомендации врача 45% пациенток принимала спазмолитические препараты (но-шпа, баралгин) для снятия болезненных ощущений внизу живота.

Результаты: аллергических реакций на приём препарата не отмечено. Изгнание продукта зачатия произошло через 6 часов от принятия мизопростола у 62 пациенток (77,5%), в течение 12 часов – у 18 пациенток (23,5%).

Продолжительность кровянистых выделений составила, в среднем – 7, 6 дней.

Контрольное УЗИ проводилось на 12-16 день после медикаментозного аборта.

Из осложнений – отмечен эндометрит у 1 пациентки (1,25%) на 12-е сутки после аборта, лечение которого проведено в амбулаторных условиях. Эффективность препарата сос тавила 98,75%. После проведения медикаментозного аборта пациенткам назначалась контрацепция (ВМС, гормональная контрацепция – синтетические прогестины).

Выводы: таким образом, медикаментозный аборт – альтернатива хирургическому методу (вакуум-аспирации, инструментальному методу), безопасный и безболезненный метод прерывания нежелательной беременности.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б.

ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий, г. Москва

Хронические воспалительные заболевания придатков матки (ХВЗПМ) неспецифической этиологии являются вторичными и являются, как правило, следствием перенесенных в детстве аппендэктомии с развитием (или без него) аппедикулярно-генитального синдрома, заболеваний толстого кишечника, диплококкового перитоита (дизентерия). Распространению инфекций способствуют возрастные анатомо-физиологические особенности детского организма. У детей чаще, чем у взрослых, формируются воспалительные процессы, сопровождающиеся образованием отека, инфильтрата, отложением фибрина и образованием спаек. Это создает в организме у ребенка очаги длительной латентной инфекции, вспышки которой могут происходить через различные промежутки времени под влиянием провоцирующих факторов. Такие девочки-подростки составляют группу риска по развитию нарушений репродуктивной системы в будущем.

Целью исследования явилось определение эффективности использования электроимпульсной терапии у девочек-подростков с хроническим неспецифическим сальпингоофоритом.

Дизайн и методы исследования: проведено проспективное исследование у 35 девочки в возрасте 11-17 лет и ретроспективный анализ 11 историй болезни пациенток, страдающих ХВЗПМ. Обследование включало общепринятые кинические, лабораторные и ультразвковое исследования. Для оценки болеутоления использовали Мак-Гиловский опросник боли в модификации Кузьменко (1986). Диагноз ХВЗПМ верифицирован на основании УЗИ и МРТ, где у 16(45,7%) девушек и у 8(22,6%) пациенток соответственно выявлены наличие гидросальпингсов и спаечных изменений в области придатков матки. Остальные 11(31,7%) были ранее прооперированы по поводу острого аппендицита или им произведена диагностическая лапароскопия. 29(82,6%) девочек страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а у 10 (28,6%) девочек выявлены нарушения функционального состояния толстого кишечника. Всем пациенткам проведена электроимпульсная терапия. Лечение проводили ежедневно, 1 раз в день с использованием внутриполостных проводников энергии.. Учитывая особенности адаптации пациенток курс физиовоздействий у девочек с нормо- и ваготонической направленностью регуляции сердечной деятельности составил 6 процедур, а у девочек с симпатикотонической направленностью – 9 процедур.

Результаты исследования. До лечения 28 (80%) пациентки с ХВЗПМ предъявляли жалобы на периодические боли, а 7 (20%) девочек – на постоянные слабые и ноющие боли внизу живота. Кроме того, каждая вторая девочка отмечала наличие болезненных менструаций, а все 16 (100%) пациенток пубертатного возраста нарушения ранее упорядоченного ритма менструаций. При гинекологическом исследовании у всех девочек определялась выраженная болезненность при пальпации придатков матки, спайки с одной или с обеих сторон, пастозность сводов.

Показатели альгометрии при медико-психологическом тестировании свидетельствовали о том, что в сенсорной шкале средний процент выбранных дескрипторов составил 4,0±0,8, выбранных рангов 4,2±0,4%; в аффективной шкале средний процент выбранных дескрипторов составил 2,2±0,2, выбранных рангов 1,5±0,1%, т.е. испытуемые чаще характеризовали боль с точки зрения ее сенсорного восприятия. Лимфоцитарный индекс (ЛИ) по Шагану и ядерный индекс нейтрофилов (ЯИН) по Машковскому составили 0,51±0,02 и 7,84%±0,04% соответственно. Соотношение лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов составило 1,32±0,01, что соответствовало неблагоприятной адаптационной реакции по Гаркави. При тетраполярной реографии сосудистого бассейна малого таза выявлено повышение периферического сопротивления мелких артериальных сосудов, снижение транскапиллярного обмена в малом тазу и венозного оттока.

Все пациентки физиотерапию переносили хорошо, неадекватные реакции отсутствовали. Болеутоление отмечено у всех обследуемых. Безболезненные менструации выявлены у 15(83,3%) девочек, а восстановление правильного ритма менструаций произошло у 12(75%) пациенток пубертатного возраста. При альгометрии средний процент выбранных дескрипторов в сенсорной шкале составил 2,7±0,3, выбранных рангов 1,1±0,4%; в аффективной шкале средний процент выбранных дескрипторов составил 6,2±0,8, выбранных рангов 4,2±0,6%, т.е. испытуемые чаще характеризовали боль с точки зрения ее эмоционального восприятия. ЛИ достоверно повысился и составил 0,72±0,01, а ЯИН снизился до 4,9±0,01%. Оба показате-

ля не отличались от нормативных (0,7 и 5,6% соответственно). Соотношение лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов составило 0,55±0,02, что соответствовало благоприятной реакции активации по Гаркави. При реографии сосудистого бассейна малого таза выявлено достоверное снижение периферического сопротивления мелких артериальных сосудов, восстановление транскапиллярного обмена и венозного оттока.

При ретроспективном анализе историй болезни девочек-подростков с ХВЗПМ, получавших нестероидные противовоспалительные средства из класса сульфонанилидов, также выявлен болеутоляющий эффект. Однако, при детализации структуры боли, средний процент выбранных дескрипторов и рангов в сенсорной и аффективных шкалах был приблизительно в равных соотношениях. Выявленное повышение ЛИ и снижение ЯИН были статистически достоверными, но отличимыми от нормы. Соотношение лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов в лейкограмме крови соответствовало благоприятной реакции тренировки по Гаркави. Кровоток в сосудистом бассейне малого таза изменений не претерпел.

Обсуждение полученных результатов. Полученные результаты показывают, что электроимпульсная терапия у пациентки с ХВЗПМ ослабляет сенсорную составляющую болевого ощущения и этим предупреждает его хронизацию, что соответствует принципам восстановительного лечения. ЛИ и ЯИН являются показателями уровня неспецифической реактивности и состояния неинфекционного иммуногенеза у подроска. Повышение в динамике ЛИ и снижение ЯИН являются благоприятным признаком в течении заболевания, но у пациенток с электроимпульсной терапией он соответствовал норме, в отличие от девочек, получивших медикаментозное лечение. Это свидетельствует о более выраженном иммунокоррегирующем эффекте лечебного физического фактора, в сравнении с медикаментозным средством. Динамическое повышение ЛИ дает представление о направлении обмена веществ в сторону алкалоза. Это косвенно может свидетельствовать об устранении проявлений общей гипоксии, характерной для больных ХВЗПМ. А улучшение микроциркуляции, тканевого дыхания и кровоснабжения сосудистого бассейна малого таза в целом после физиотерапии, определяемое на основании реографии, говорит об устранении локальной гипоксии. При детализации лейкограммы после электроимпульсной терапии у пациенток выявлены благоприятные адаптационные реакции активации (спокойной или повышенной) по Гаркави, которые наиболее «выгодны» для детского организма и предшествуют выздоровлению.

Выводы. Таким образом, использование электроимпульсной терапии в лечении девочек-подростков с ХВЗПМ является патогенетически обоснованным, клинически целесообразным и способствует повышению репродуктивно потенциала юных пациенток в будущем.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ВЕДЕНИИ ПОСЛЕАБОРТНОГО ПЕРИОДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б., Петрова С.Б.

ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий, г. Москва

Раннее начало половой жизни подростков, беременность и в большинстве случаев следующее за этим ее прерывание, негативно сказывается на становлении репродуктивной функции в будущем. Наличие у юных беременных психоэмоционального стресса, сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии, часто требующей соответствующей терапии перед операцией, и собственно сам инструментальный метод удаления первой беременности создают предпосылки для осложненного течения послеоперационного периода. Причем в раннем послеабортном периоде частота возможных осложнений составляет около 18%, а поздних - в 2 раза выше (О.Г. Фролова и соавт., 2003)

Целью исследования явилась оценка эффективности ранней восстановительной физиотерапии для профилактики развития репродуктивных нарушений в будущем.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 26 девочек в возрасте 13-17 лет. 12 пациенткам искусственное прерывание беременности (вакуум-аспирация) произведено в сроке 5-8 недель (обезболивание дипривано) с последующим внутривенным капельным введением метрогила и профилактической антибактериальной терапией. У 7 человек (I группа) в раннем послеоперационном периоде использовали низкочастотную магнитотерапию (абдоминально-влагалищная методика), а у 5 пациенток (II группа) – магнитолазерную (внеполостная методика), с первым воздействием не позднее 2-3 ч после операции, ежедневно, начиная со 2 сут у пациенток I группы – 3 раза в день, с перерывами между процедурами не менее 2 ч, курс составил 15 процедур, а во II группе – 2 раза в день, с тем же перерывом, курс 8 процедур. С целью онкологической настороженности назначению лечения с использованием внутриполостных проводников энергии предшествовала расширенная кольпоскопия и, в случае необходимости, онкоцитологическое исследование мазков из шейки матки. Ретроспективно группу сравнения составили 6 человек в послеабортном периоде, не получавших ранней физиотерапии.

4 девушкам по социально-медицинским показаниям беременность прервана в сроке 15-18 недель и в раннем послеоперационном периоде, наряду с лекарственной противовоспалительной терапией, проведена интерференцтерапия, ежедневно, по 3 раза в день, с тем же интервалом, курс составил 7 процедур (III группа). Ретроспективно группу сравнения составили 4 пациентки, не получавшие физиотерапии интерференционными токами.

Эффективность лечения оценивали по клиническим критериям общего состояния пациенток, результатам бимануального исследования состояния половых органов (включая тесты функциональной диагностики и измерение базальной температуры) и динамического УЗИ-сканирования.

Результаты. Учитывая психоэмоциональное состояние девочек, проведению физиолечения предшествовала доверительная беседа с каждой из них в присутствии мамы (или близких родственников) с целью разъяснения необходимости и положительного влияния предстоящих воздействий.

Все пациентки раннюю восстановительную физиотерапию перенесли хорошо, неадекватные психоэмоциональные реакции отсутствовали.

В I и II группах достоверно быстрее, чем в их группе сравнения, прекратились боли и кровянистые выделения из половых путей; отсутствие пальпаторно определяемых признаков воспаления внутренних половых органов подтверждены динамическими бимануальными исследованиями половых органов; нормализация размеров и отсутствие жидкостного содержимого матки – УЗИ-исследованием. Нами отмечено, что следующая за артифициальным абортом менструация у девушек, получивших физиолечение, началась приблизительно в ожидаемые сроки, прошла безболезненно и с умеренной кровопотерей. У пациенток группы сравнения менструация после искусственного аборта началась с задержкой до 14 дней, прошла безболезненно, но со скудной (мажущей), чем обычно, кровопотерей. Наблюдение за функциональным состоянием яичников на протяжении 2-3 менструальных циклов выявило, что восстановление его двухфазности имело

место у 4(33,3%) девушек уже в первом цикле, у 7(58,3%) человек во втором и у 1(8,4%) – в третьем после операции. А в группе сравнения, в равном соотношении, только во втором и третьем менструальных циклах.

Назначая раннюю восстановительную физиотерапию пациенткам III группы после искусственного прерывания беременности в поздних сроках, мы сразу ориентировали обследуемых на два этапа восстановительной электротерапии. Первый - проводимый в первые трое суток после операции в виде интенсивной интерференцтерапии, обладающей доказанным выраженным утеротоническим эффектом, и второй - с 5-7 день следующего менструального цикла, направленного на лечение (остаточных проявлений) и профилактику воспалительных заболеваний внутренних половых органов. В группе пациенток с ранней физиотерапией раньше на 2 сут, чем в группе сравнения, прекратились боли и кровянистые выделения из половых путей, а в результате динамического УЗИ-сканирования выявлено достоверно раннее восстановление размеров и нормализация состояния полости матки. При бимануальном исследовании у всех пациенток через 10 дней после операции выявлены в разной степени выраженные остаточные признаки воспаления внутренних половых органов, которые полностью отсутствовали после второго этапа физиолечения у всех девушек III группы и у половины пациенток группы сравнения, а у остальных - развились явления скрытого вялотекущего эндометрита, потребовавшего третьего (стационарного) этапа лечения.

Обсуждение. Анализируя полученные результаты, мы убедились, что для предупреждения развития побочных явлений и осложнений после первого аборта у девушек-подростков необходимо: индивидуально подобранная, направленная психоэмоциональная подготовка, минимально травмирующая операция (вакуум-аспирация полости матки в случае инструментального вмешательства) и комплексное послеоперационное восстановительное лечение. Последнее включает профилактическую противовоспалительную медикаментозную терапию и раннюю интенсивную физиотерапию. Эффективность физиовоздействий определялась дифференцированным выбором метода и методики проведения процедур, специфичностью и продолжительностью лечебного действия с обязательным учетом следующих особенностей: исходным общим состоянием пациентки (с учетом характера сопутствующих заболеваний), предъявляемыми ею жалобами, данными бимануального и УЗИ-исследований (наличия или отсутствия синдрома послеабортной фолликулярной трансформации яичников по А.А. Зелинскому). Жалобы на боли внизу живота в 1-2 сут преъявляли все пациентки, но интенсивность их была разной. Так, низкочастотную магнитотерапию получали пациентки (I группа) при умеренной боли внизу живота; выраженной болезненности при пальпации матки и придатков, пастозности сводов. Магнитолазерную терапию получали девочки (II группа) со слабыми болями внизу живота и локально определяемой болезненностью матки при бимануальном исследовании внутренних половых органов. У девушек-подростков использование интерференционных токов в раннем послеоперационном периоде после прерывания первой беременности в поздних сроках позволило достичь быстрого болеутоления и полностью заменить утеротоническую лекарственную терапию.

Выводы. Таким образом, ранняя восстановительная физиотерапия в комплексе лечебных мероприятий у несовершеннолетних после искусственного прерывания первой беременности явилось целесообразным и клинически эффективным методом лечения, позволяющим существенно снизить масштаб лекарственной нагрузки на юный организм и избежать возможные осложнения после вынужденной, в большинстве случаев, операции.

ПРИМЕНЕНИЕ АМБЕНА, ЭМОКСИПИНА И ДИМЕФОСФОНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОРОВОТЕЧЕНИЕМ

Исламова М.Н., Альмяшева Г.А.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева»

Цель исследования: изучить уровень эндогенной интоксикации и характер коагуляционного звена гемостаза у больных миомой матки, осложненной кровотечением и обосновать эффективность применения амбена, эмоксипина и димефосфона в комплексном ее лечении.

Материалы и методы. Обследовано 96 больных миомой матки, средний возраст 44,4 ± 0,5 года, которые были разделены на 3 группы: I - 33 больные миомой матки, осложненной метроррагией, получавшие стандартную гемостатическую терапию; II - 33 пациентки, получавшие комплексную гемостатическую терапию в сочетании с эмоксипином, димефосфоном и амбеном. Контрольную III группу составили 30 пациенток больных миомой матки без кровотечения.

Результаты исследования. В I группе на фоне лечения произошел максимальный подъем уровня гемоглобина к 5-м суткам терапии на 9,9%. Увеличение же числа эритроцитов к 3-им суткам - на 13,3%, сменилось уменьшением к концу лечения. Количество тромбоцитов резко возросло на 16,3% к 5-му дню терапии, а СОЭ была максимальной на 3-й день, увеличившись на 7,9%. При сопоставлении данных после лечения с контрольными значениями выявлено, что уровень гемоглобина и число лейкоцитов оставались ниже, соответственно, на 14,6 и 7,5%, а число тромбоцитов, эритроцитов и СОЭ - выше, соответственно, на 22,2; 2,4 и 27,6%.

Под влиянием проведенной терапии протромбиновый индекс и фибриноген возросли. Уровень фибриногена уже к 3-м суткам увеличился на 3,4%, а к 5-м суткам максимально, вместе с протромбиновым индексом, соответственно, на 6,5% и 10,4% в сравнении с данными до лечения. Таким образом, вышеприведенные изменения свидетельствуют о наибольшем риске тромбообразования к 5-м суткам лечения пациенток с данной патологией, что усиливает вероятность последующих за ним осложнений. Сравнение полученных показателей свертывающей системы крови после курса терапии с контрольными значениями выявило ухудшение их значений. Протромбиновый индекс после лечения увеличился на 10,2%, фибриноген - на 25,7%, время свертывания крови на 21,1%.

Содержание МСМ в плазме крови при длине волны 254 нм и 280 нм - достоверно выше таковых показателей в III группе на 8,1% и 37,8%, соответственно. Содержание МСМ под влиянием данного лечения изменялось несущественно. Наибольшая их концентрация приходилась при длине волны 254 нм на 3-и сутки, превысив исходный уровень на 5,8%. К 5-м суткам терапии МСМ незначительно снизились на 3,2% и, таким образом, превысили контроль уже на 10,4%. При длине волны 280 нм произошло незначительное снижение концентрации МСМ, которая при сопоставлении с данными контрольной группы превышала ее на 37,2%. Результаты исследования ПОЛ до лечения показали, что содержание МДА в плазме и эритроцитах у больных данной группы превышало таковые показатели у пациенток III группы, их уровень выше, соответственно, на 31,1% и 54,1%. Каталаза крови имела значение выше контрольного показателя на 6,9%.

В показателях общего анализа крови II группы больных, в сравнении с аналогичными значениями у пациенток контрольной группы, до начала лечения установлено снижение уровня гемоглобина, числа эритроцитов, лейкоцитов, соответственно, на 23,1, 12,2 и 9,1%. Количество тромбоцитов и СОЭ было выше контрольных значений, соответственно, на 18,9% и 20,8%.

После поступления в стационар и проведения комплексного лечения произошел подъем уровня гемоглобина к 5-м суткам терапии на 9,8%. После курса лечения он стал выше показателя, полученного до лечения, на 14,4% и был ниже контрольного на 10,2%. Количество эритроцитов увеличилось по окончании лечения и практически не отличалось от контрольных значений. Число лейкоцитов, напротив, на фоне проводимой терапии уменьшилось к 5-м суткам на 8,5%, а в конце лечения оно снизилось на 12,5% от исходного показателя на 20,4% было меньше при сравнении с контрольным значением.

Число тромбоцитов также снизилось в результате курса терапии к 5-му дню лечения на 6,7%. К концу терапии - на 15,3%, что всего на 9,8% выше аналогичного показателя III группы больных. СОЭ снизилась с 3-его дня терапии на 5,2%, к 5-м суткам - на 9,5%, а к концу лечения - на 12,3%. В сравнении с контрольными данными, значение СОЭ, полученное после сочетанного комплексного лечения с эмоксипином, димефосфоном и амбеном превышало аналогичный показатель в III группе на 9,7%.

Под влиянием сочетанного лечения в комплексе с эмоксипином, димефосфоном и амбеном протромбиновый индекс снизился к концу терапии и достигал значения контрольной группы. Уровень фибриногена на 5-е сутки лечения уменьшился, на 12,9%, а после проведенного курса терапии на 23,7% и практически достиг значения в группе контроля. Время кровотечения увеличилось к 5-му дню лечения на 56,5%, а по окончании терапии на 54,1%, что существенно не отличалось от показателя в III группе больных. К концу терапии, время свертывания крови также увеличилось на 23,0% и мало отличалось от значения в контрольной группе. Время рекальцификации в результате лечения увеличилось к 5-м суткам на 8,6%, а после курса терапии - на 12,4%, что достигло уровня контрольных показателей. Толерантность плазмы к гепарину в результате проведенного лечения укорачивалась незначительно, но по окончании лечения уменьшилась на 14,7% и сравнялась со значением в группе контроля.

Переходя к оценке влияния проведенной терапии на уровень эндотоксикоза, можно отметить, что все показатели, касающиеся его определения, включая и реакции пероксидации, снижались практически до уровня нормативных показателей, что выгодно отличает такой способ применения сочетания препаратов. Уровень МСМ при длине 254 нм в конце лечения концентрация в плазме крови МСМ стала ниже на 11,7%, а при сопоставлении с контрольными показателями не отличалась от них. По окончании лечения концентрация МСМ при длине волны 280 нм снизилась на 23,9%, но, тем не менее, была выше, чем в контрольной группе на 18,6%.

После лечения уровень МДА в плазме практически достиг значения полученного в III группе, снизившись на 33,5%. После проведенной терапии уровень МДА в эритроцитах стал ниже такового показателя при поступлении на 50,6%, что существенно не отличается от аналогичного значения в группе контроля.

Антиоксидантная защита, наоборот, повышалась. После лечения уровень каталазы вырос на 15,1% и стал выше такового показателя в III группе на 18,4%.

Вывод: У больных миомой матки отмечаются явления гиперкоагулемии, усугубляющиеся применением стандартной консервативной гемостатической терапии, в то время как препараты, обладающие антиоксидантным эффектом, имеют способность в некоторой степени подвергать корректировке эти процессы.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВЯЗИ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ С МЕНОПАУЗОЙ

Кадыров Д.К., Кулигина М.В., Козлова М.В.

Россия, г.Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Дефицит эстрогенов, являясь немодифицированным фактором риска артериальной гипертонии, обусловливает увеличение ее распространенности у женщин в постменопаузе на 26,4% по сравнению с пременопаузой, так как прогрессирующая утрата гормональной активности обусловливает формирование нарушений липидного спектра, изменений в сосудах (снижение продукции простациклина, увеличение уровня эндотелеина, снижение эндотелиальнозависимой вазодилатации (Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., 2000; Майчук Е.Ю. и соавт., 2003, Pessuto J., de Carvalho E.C., 1998).

Материалы и методы: проведено медико-социальное исследование с целью установления связи первичного повышения артериального давления (АД) с менопаузой. По специально разработанной анкете было опрошено 263 женщины в постменопаузальном периоде, больные артериальной гипертонией, определен менопаузальный индекс Куппермана в модификации Е.В. Уваровой. Были сформированы две группы сравнения: 1 группа – женщины, у которых повышение АД предшествовало менопаузе (n=194), 2 группа – женщины, у которых повышение АД совпало с менопаузой (n=69).

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин в обеих группах не имел достоверных различий и составил 59,43±0,02 года в первой группе и 59,2±0,04 года во второй группе. Средний возраст наступления менопаузы составил 48,12±0,02 и 48,27±0,04 лет соответственно.

У женщин второй группы по сравнению с женщинами первой группы повышенное АД впервые было зарегистрировано в возрасте старше 40 лет (98,6% против 83,0%, $p<0,01$) и реже в возрасте моложе 40 лет (1,4% против 17,0%, $p<0,01$).

При анализе распространенности такого немодифицированного фактора риска АГ как «наследственность» выявлен более высокий удельный вес женщин второй группы по сравнению с женщинами из первой группы, у которых наследственность отягощена по линии матери (53,6% и 37,1% соответственно, $p<0,02$) и более низкий удельный вес женщин, имеющих отягощенный анамнез по линии обоих родителей (17,4% и 28,9% соответственно, $p<0,05$). Не выявлено различий в частоте неотягощенной наследственности (13,9% и 13,0% соответственно, $p>0,05$) и отягощенной наследственности по линии отца (20,1% и 15,9% соответственно, $p>0,05$).

При характеристике климактерия выявлено, что у женщин первой группы в 12,4% случаев имело место его физиологическое течение, у всех женщин второй климакс протекал с патологическими проявлениями ($p<0,001$). Тяжелая степень выраженности патологических проявлений климакса чаще имела место у женщин второй группы по сравнению с первой 27,9% и 1,4% соответственно ($p<0,001$), различий в частоте слабой и средней степени выраженности проявления климакса не выявлено (62,4% и 9,8% против 52,2% и 11,5% соответственно).

У всех женщин обеих групп менопаузальный период характеризовался наличием нейровегетативного синдрома, у женщин второй группы по сравнению с женщинами первой группы чаще имел место психоэмоциональный синдром (97,1% и 75,8% соответственно, $p<0,01$), обменно-эндокринный (71,0% и 41,8% соответственно, $p<0,001$), урогенитальный (46,4%

и 31,4% соответственно, p<0,05), сочетание всех синдромов (37,7% и 4,6% соответственно, p<0,001).

Выраженность патологических проявлений климакса обусловила и различия в частоте применения препаратов, устраняющих симптомы патологического климакса: среди женщин второй группы ЗГТ применяли 30,4%, среди женщин первой группы таковых не было (p<0,02), гомеопатические средства достоверно чаще применяли женщины первой группы по сравнению с женщинами второй группы (35,1% и 15,9% соответственно, p<0,01).

Значительное улучшение течения самочувствие отметили все женщины второй группы, получавшие ЗГТ в комплексной терапии: АД нормализовалось у 73,9%, редкие повышения АД отмечались у 21,7%, у 4,4% АД осталось неизменно высоким. Установлено, что у 66,7% женщин, которым не была назначена заместительная гормональная терапия, характер течения артериальной гипертонии был следующий: 8,7% женщин отмечалась нормализация АД, у 10,9% АД повышалось очень редко, а у 80,4% АД не изменилось и осталось высоким.

В первой группе дополнительно к базовой терапии АГ 75,3% женщин принимали препараты для коррекции патологических проявлений климактерического синдрома. Динамика изменения АД была следующая: у 11,3% нормализовалось АД, у 34,0% – АД повышалось очень редко, у 54,6% АД не изменилось и осталось высоким..

Нормализацию артериального давления в результате комплексного лечения АГ чаще отмечали женщины второй группы по сравнению с первой: 30,4% против 11,3% (p<0,01), редкие периоды повышения АД чаще имели место у женщин первой группы по сравнению со второй (34,0% и 14,5% соответственно), стабильно высокое АД имели одинаковую частоту у пациенток обеих групп (54,6% и 55,1% соответственно).

Таким образом, факторами риска развития АГ у женщин в перименопаузальном периоде являются отягощенная наследственность по линии матери, регистрация повышенного АД в возрасте старше 40 лет, выраженность патологических проявлений климакса, чаще тяжелой степени, за счет большей частоты психоэмоционального, обменно-эндокринного и урогенитального синдромов и их сочетаний. Включение в комплексную терапию АГ препаратов для коррекции патологических проявлений климакса положительно влияет на характер течения заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Казначеева Т.В., Осипова А.А.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ
Главный клинический госпиталь МВД, Москва, Россия

В последнее время наблюдается быстрое развитие специальных неинвазивных методик исследования костной ткани, которые определяют костную массу и минеральную плотность кости. Абсолютные значения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) позвоночника и бедра связаны с риском переломов (уровень доказательности А), поэтому данные исследования МПКТ методами костной денситометрией могут использоваться для оценки риска переломов и назначения лечения.

Наиболее современными методами денситометрии в современной практике являются метод двухроматической рентгеновской абсорбциометрии (ДРА) и стандартная количественная компьютерная денситометрия со специальным дополнительным программным обеспечением и фантомом (ККТ).

Клиническое значение методов оценки МПКТ зависит от степени воспроизводимости результатов, точности измерений и чувствительности метода. Воспроизводимость определяется как величина отклонений от средней результатов нескольких измерений одного и того же объекта, выражается в виде коэффициента вариации в %. Чем ниже коэффициент вариации, тем выше воспроизводимость результатов. Высокая воспроизводимость важна для оценки эффективности лечения в практике. Точность метода устанавливается экспериментально методом сравнения данных денситометрии с референтным методом, в данном случае – с химическим методом определения содержания гидроксиапатита кальция в костной ткани определенного участка кости. Полученная разница в измерениях является истинной ошибкой измерения денситометра. Истинная ошибка имеет значение при сравнении конкретного значения МПКТ с референтной базой данных. Чувствительность выражает те минимальные изменения тканей, которые могут быть зафиксированы данным методом.

Источниками ионизирующего излучения в обоих методах является рентгеновская трубка (70 и 140 kV для ДРА и 80 и 120 kV для ККТ). При использовании ДРА можно исследовать любой участок тела при наличии специального программного обеспечения, в отличие от компьютерной денситометрии (измерение плотности поясничных позвонков и бедренной кости). Особенно важным преимуществом такого метода исследования МПКТ, как компьютерная денситометрия, является избирательное изучение трабекулярной ткани поясничных позвонков, тогда как ДРА измеряет суммарную плотность и трабекулярной, и кортикальной кости, включая остистые отростки и дуги позвонков. Компьютерная денситометрия дает трехмерное измерение плотности костной ткани (г/см3), ДРА – двухмерное (г/см2). По разработанной производителями томографов методике, при ККТ проводится одновременное сканирование пациента вместе с калибровочным фантомом, содержащим гидроксиапатит кальция (вещество, по плотности наиболее близкое к плотности костной ткани), что повышает точность исследования. Возможными причинами для ошибок измерения при использовании ДРА могут быть: толщина мягких тканей, окружающих кость; остеофиты, кальцификация связок позвоночника, кальцинаты аорты и мелких сосудов, высокое содержание жира в костном мозге, особенно при выраженном ожирении, метастазы, гемангиомы, изменение морфологии позвонков (переломы и т.д.). Погрешность измерения при ККТ обусловлена высоким содержанием жира в костном мозге в старческом возрасте, изменением морфологии позвонков (переломы и т.д.). Метастазы, гемангиомы исключаются из исследования при использовании томографа. Лучевая нагрузка составляет для ДРА 1 – 3 мР (0,02 – 0,04 мЗв/1 скан), ККТ 100 – 300 мР (2-10 мЗв/1 скан).

Исследователями установлены географические, расовые, возрастные и половые различия в значениях минеральной плотности костной ткани, что обусловило популяционный подход к оценке значений МПКТ. В рамках данного подхода важнейшим фактором является наличие референтных баз данных МПКТ для жителей одного региона, распределенных по возрасту и полу. Для определения МПКТ методом ККТ такая база для российской популяции была создана И.С. Власовой, С.К. Терновым, А.Д. Сорокиным и соавторами в 1998 г. В настоящее время при оценке плотности костей методом ДРА используются референтные базы данных производителей денситометров (в основном, американские). Создание нормативных баз данных для разных регионов России методом ДРА (различных областей скелета) является предметом дальнейшей работы исследователей.

Из современных методов денситометрии ДРА наиболее распространена, однако метод изучения МПКТ при помощи компьютерного томографа обладает рядом преимуществ, главное из которых –определение плотности только трабеку-

лярного вещества позвонков. При ККТ рентгеновская трубка вращается в аксиальной плоскости вокруг тела пациента. После прохождения ретгеновского пучка сквозь тело пациента, полученные данные обрабатываются процессором, получается серия измерений любой точки объекта вдоль заданной линии, которая рассматривается с тысячи различных позиций. При помощи математической реконструкции данные точки разделяются, после сложных преобразований на экране монитора томографа воспроизводится изображение тканей в аксиальной проекции. При томографическом сканировании создается карта рентгеновских коэффициентов поглощения, называемыми денситометрическими показателями, с их помощью определяется плотность тканей в любой точке измеряемого слоя. Денситометрические показатели являются результатом общего поглощения рентгеновских лучей в объемном срезе, являясь суммой всех содержащихся в нем поглощений различных тканей. Для перевода полученных показателей в значения МПКТ (т.е. вычисления содержания гидроксиапатита кальция в костях) используется специальная аналитическая программа и калибровочный фантом.

По данным различных авторов точность и воспроизводимость ККТ значительно варьируют и составляют 5-10% и 2-4% соответственно. Эти данные зависят от технических характеристик компьютерных томографов, типов фантомов, а также тщательного соблюдения всех рекомендаций производителя, касающихся методики проведения денситометрии и укладки пациента. Основными недостатками ККТ многие исследователи считают более высокую дозу облучения, стоимость исследования, а также малую доступность. Однако сложности при оценке данных, полученных ДРА (отсутствие референтных баз данных, наличие множества рентгеновских денситометров без калибровочных фантомов, ограничения в использовании, связанные с возможными причинами ошибок измерения) заставляют рассматривать ККТ как более точный и перспективный метод измерения МПКТ.

Дальнейшая разработка современных методов изучения состояния кости, ее гистоморфологических характеристик, позволят в будущем более точно определять степень снижения не только плотности, но качества кости, а также оценивать эффективность различных методов лечения больных остеопорозом.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кайрова Ю.В., Кулигина М.В., Алексеева Н.В.

Россия, г.Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Изучение проблемы воспроизводства населения определяет необходимость изучения репродуктивного поведения, включающего, собственно генеративное, а также контрацептивное и/или абортное, являющиеся средством достижения оптимальных, с точки зрения супругов, протогенетического и интергенетического интервалов, т.е. рождения желаемого числа детей в удобное для родителей время (Бойко, 1985, 1987; Елизаров В.В., 1987; Вишневский, 1993). Одним из факторов, определяющих репродуктивное поведение, являются социально-экономические условия (Бойко В.В., 1985; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Яруллин А.Х., Максимов Ю.Г., 1994). Исследование репродуктивного поведения населения позволяет прогнозировать развитие демографических процессов (Кулигин О.В., 1998).

Материалы и методы: проведено социологическое исследование репродуктивных установок и репродуктивного поведения женщин, занятых умственным трудом, в зависимости от уровня доходов: первую группу составили женщины (102) с высоким, вторую - с низким уровнем доходов (100).

Результаты и обсуждение: средний возраст респондентов первой группы составил 41±0,5 года, второй - 40±0,5 года (p>0,05). По мнению большинства опрошенных (77,4% в первой группе и 76,0% во второй), идеальное число детей в семье составляет два ребенка. Считали идеальным иметь троих и более детей 16,7% женщин первой группы и 14,0% - второй группы, одного ребенка – 2,0% и 10,0% соответственно. Среднее идеальное число детей в семье составило 2,15 и 2,04 соответственно. В случае если бы были созданы все оптимальные условия (желаемое число детей), 75,5% и 76,0% респондентов соответственно предпочли бы иметь двоих детей; трех и более – 20,5% и 14,0% соответственно; одного ребенка – 2,0% и 10,0% соответственно. Среднее желаемое число детей составило 2,19 и 2,04 соответственно. По реально имеющемуся на момент опроса числу детей респонденты распределились следующим образом: 56,9% женщин первой группы имели одного ребенка, 8,8% - двоих детей, 1,9% - троих. Во второй группе наличие двоих детей отмечалось значительно чаще - у 41,0%, в то время как одного ребенка имели 36,0% опрошенных, имеющих троих детей не было. Удельный вес бездетных женщин составил 32,3% в первой группе и 23,0% во второй. Имеющееся число детей в семье составило в среднем 0,8 у женщин первой группы и 1,18 - во второй.

Среди причин, ограничивающих возможность иметь детей, почти половиной опрошенных из первой группы были отмечены социально-экономические – 54,0%; несколько реже медицинские – 26,4% и психологические факторы – 19,5%. Респонденты второй группы также наиболее часто называли социально-экономические причины (46,1%), реже - медицинские и психологические факторы – 22,4% и 31,6% соответственно.

Представления о возможных исходах незапланированной беременности распределились следующим образом: в первой группе среди женщин, не имеющих детей, сохранить беременность предпочтут 65,3%, затруднились с ответом 34,7%; во второй группе - 13,1% и 86,9% соответственно. Не планировала прервать беременность ни одна из опрошенных нерожавших женщин в обеих группах. Женщины первой группы, уже имеющие детей, сохранили бы незапланированную беременность в 25,6% случаев, прервали бы в 5,1% случаев, затруднились с ответом 69,3%. Во второй группе прервут беременность большинство опрошенных – 72,2%, затруднились с ответом 27,7%.

При рассмотрении используемых методов контрацепции выявлены следующие данные: в первой группе высокоэффективным средствам отдают предпочтение 45,7% женщин, в том числе 36,4% гормональным средствам и 9,3% – внутриматочным средствам (ВМС). Низкоэффективные средства используют 25,7% респондентов, из них 18,1% - календарный метод, 5,4% - прерванный половой акт, 2,2% - химические средства. Механические средства (презерватив) с целью контрацепции применяют 9,4% опрошенных. Во второй группе высокоэффективные методы контрацепции используют 31% женщин (ВМС 19,0% и гормональные средства – 12,0%); низкоэффективные – 26% (календарный метод 18,0%, химические и прерванный половой акт по 4,0%). Механическим средствам отдают предпочтение 9,0% женщин, отмечен 1 случай хирургической стерилизации.

Среди женщин с уровнем доходов выше среднего, имеющих высшее образование, большинство отдает предпочтение гормональным средствам (41,6%), на втором по частоте использования месте - календарный метод (17,8%), затем – механический (8,9%). ВМС и прерванный половой акт используются в равной степени – по 4,5%, химические средства – в 2,1%. Женщины со средним специальным образованием наиболее часто используют ВМС (34,8%), реже - механический метод (24,5%), гормональные средства (15,3%) и календарный метод (8,1%).

При анализе контрацептивного поведения нерожавших женщин получено: в первой группе большинство женщин (71,1%) применяют гормональные контрацептивы, 11,2% - механические средства, 5,2% - химические средства и 3,4% прерванный половой акт. 9,1% - не используют ни одного метода. Во второй группе нерожавшие женщины используют преимущественно календарный метод и прерванный половой акт – по 17,4%, гормональные средства применяет меньшее количество – 13,0% (в 5 раз реже, чем в первой группе), каждая вторая женщин (52,0%) не использует средств контрацепции.

В зависимости от отношения к незапланированной беременности выбор средств контрацепции выглядит следующим образом: среди тех, кто предпочтет сохранить беременность, в первой группе 57,2% используют гормональные средства, 15,2% - календарный метод, 8,9% - механические средства и 4,8% - ВМС; не используют средств контрацепции 13,1% женщин. Все планирующие прервать нежелательную беременность, используют ВМС. Во второй группе все, кто предпочтет сохранить незапланированную беременность, используют гормональные средства. Из числа женщин с низким уровнем доходов, планирующих прервать беременность, 31,9% используют ВМС (31,9%), по 19,1% - гормональные и механические средства (по 19,1%), 8,5% - химический и 6,4% - календарный методы.

Выводы: результаты анкетирования женщин, занятым умственным трудом, с целью оценки влияния социально-экономических факторов на репродуктивное поведение, свидетельствуют о неполной реализации репродуктивных установок, так как реально имеющееся число детей в семье не совпадает с имеющимися представлениями о желаемом и идеальном числе детей. Для женщин с низким уровнем доходов по сравнению с женщинами с высоким уровнем доходов характерно более полная реализация репродуктивных установок, несмотря на значимость социально-экономических факторов как ограничителей деторождения для женщин обеих групп.

Контрацептивное поведение женщин обусловлено экономическим положением, образовательным уровнем, планируемым репродуктивным поведением (гормональные средства контрацепции чаще используют женщины с высоким уровнем доходов, имеющие высшее образование и не имеющие детей). Исход незапланированной беременности также определяется экономическим положением и наличием детей (бездетные женщины с высоким уровнем доходов чаще предпочтут сохранить незапланированную беременность).

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Карачева Ю.О, Гу.рьева В.А, Павловская Л.И, Сидорова Т.И,.Тарасенко Л.П.

Россия, Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, санаторий «Барнаульский»

У женщин в перименопаузальном периоде возрастает степень риска развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и других сосудистых нарушений, одной из причин которых является потеря защитного влияния эстрогенов. Доказано наличие рецепторов к стероидным гормонам в ткани мозга, снижение уровня эстрогенов усугубляет состояние сосудистой дисфункции в этом возрасте. Принято считать, что дефицит эстрадиола ведет к изменению синтеза катехолэстрогенов мозга, которые конкурируют с катехоламинами на месте связывания в гипоталамусе и играют немаловажную роль в нарушении синтеза В-эндорфинов в мозгу и серотонина, так как они ответственны за настроение (Сметник В П.). Поэтому появление на фоне эстрогенной недостаточности психоэмоциональных нарушений: снижения работоспособности, рассеянность, ослабление памяти, раздражительность, плаксивость, расстройство аппетита усугубляют течение ДЭ или способствуют ее манифестации. Одним из приоритетных направлений развития неврологии остается поиск новых методов профилактики и лечения сосудистых заболеваний нервной системы. Значительно возросли в популяции, учитывая постарение населения хронические формы сосудистой мозговой недостаточности, которые приводят к постепенно нарастающим, диффузным структурным изменениям и расстройству мозговых функций к развитию дисциркуляторной энцефалопатии. Наиболее часто ДЭ развивается на фоне атеросклероза магистральных церебральных и коронарных сосудов. Как известно, одним из ведущих факторов риска является нарушение липидного обмена, которые резко усиливаются в перименопаузальном возрасте. Происходит ухудшение реологических свойств крови, внутрисосудистая активация гемостатического потенциала, изменения атромбогенных свойств эндотелия, факторов гуморальной регуляции. Хроническая гипоксия мозговой ткани при ДЭ сопровождается активацией процессов перикисного окисления липидов (ПОЛ) в клеточных мембранах и снижением уровня антиоксидантной активности (АОА). Нарушение баланса между процессами ПОЛ и АОА приводит к дальнейшему ухудшению оксигенации и прогредиентному течению цереброваскулярной патологии. Еще более усугубляет данное состояние, как уже было отмечено, эстрогенный дефицит у пациенток в перименопаузальном периоде. Предложенные методы коррекции часто не достаточно эффективны, обладают побочными действиями. Исследования последних лет в Германии, России и других стран показали эффективность озонотерапии. Высказано мнение, что нарушения кровоснабжения обусловленные атеросклерозом являются показанием к озонотерапии. Однако, до настоящего времени не проводилось научного обоснования комплексной терапии с включением озона в лечении ДЭ у пациенток в перименопаузальном возрасте.

Целью работы явилось повышение эффективности лечения ДЭ у пациенток в перименопаузальном возрасте путем научного обоснования включения медицинского озона в комплекс реабилитационных мероприятий и доказательства его положительного воздействия на течения заболевания.

Проводилась сравнительная оценка эффективности терапии у 20 пациенток с ДЭ, получавших терапию с включением медицинского озона (основная группа) и у 20 женщин перименопаузального возраста, принимавших традиционное лечение ДЭ. Возраст пациенток не различался в группах сравнения (53,9±0,39 и 53,8±0,38 лет. Частота и структура соматической патологии, паритет также не имели различий. Экстрагенитальные заболевания были представлены ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, (в основном АГ), эндокринной системы (СД-2, заболевания щитовидной железы), заболеваниями ЖКТ и остехондрозом. По уровню ФСГ: 55,49±7,23 мМЕ /мл и 55,61±8,13 мМЕ/мл, наличие эстрогенного дефицита в группах сравнения не имели различий, также как и ММИ. Наиболее выраженным был нейро-вегетативный симптом и составил 13,00±1,05 балла, психо-эмоциональный симптом – 8,27 ± 0,56 балла, обменно- эндокринный -1,51 ±0,23 балла у женщин первой группы. У пациенток второй группы они достоверно не различались (13,6±1,1 балла, 8,4 ± 0,59 балла, и 1,8 ±0,33 балла). Идентичность групп сравнения позволяла провести оценку проводимой терапии. В качестве критериев оценки эффективности терапии использовали параметры пероксидации. Из промежуточных продуктов ПОЛ изучали малоновый диальдегид (МДА), который определяли в плазме крови спек-

грофотометрическим методом в реакции с тиобарбитуровой кислотой. В качестве параметров АОС организма исследовались показатели общей антиоксидантной активности (ОАА) по ингибированию аскорбатферроиндуцированного окисления твина-80, и каталазы - по ингибированию окисления молибдата перекисью водорода.

Оценивали липидный профиль по общепринятым показателям, харакеризующим обмен липидов в организме: общий холестерин, (ОХ), холестерин липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ). Определение данных параметров проводилось методом ферментативного гидролиза на анализаторе «Ультра 905» фирмы «Соне» (Финляндия) с применением специальных стандартных методик. Вычисление уровня ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП производилось по формуле W. Freidwald (1972). Мозговой кровоток изучали с помощью ультразвукового метода, проводили, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий на аппарате АЛОКА 4000. Исследование проводили с помощью импульсного датчика частотой 7,5 МГц. Изучали пиковую систолическую (Vps в см/с), пиковую диастолическую (Ved в см/с), среднюю по времени максимальную скорости кровотока (TAV в см/с), среднюю максимальную скорость кровотока (TAMX в см/с) Индексы церебрального сосудистого сопротивления- резистентности RI и пульсаторный индекс PI - рассчитывали по формулам: RI=(Vps-Ved)/Vps (Pourselot L., 1974); PI=(Vps-Ved)/TAV (Gosling R.G., King D.H., 1974). (/TAMX)

Объемную скорость кровотока (Vvol мл/мин) определяли по формуле: Vvol=nD2/4xTAV

Озонотерапия проводилась с помощью аппарата «Медозонс — 2», с концентрацией озона в газовой фазе 400мкг/л, (разовая доза 160 мкг, курсовая- 800 мкг). Курс озонотерапии включал в себя 5 внутривенных капельных инфузий 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия, проводимых ежедневно

Статистическая обработка полученных данных проводилась на компьютере «PENTIUM II» с использованием программ «Exce1 7,0» и S.Calc

По всем изучаемым параметрам установлено преимущество комплексной терапии в сочетании с медицинским озоном. На фоне озонотерапии наблюдалась более высокая активация антиоксидантной системы защиты в плазме крови, параметры которой на фоне озонотерапии достигали до 59,2±1,1 %, по сравнению с эффектом традиционной терапии - 52,5±1,1%. Снижение параметров перекисного окисления липидов было более выражено и по данным малонового диальдегида (МДА) плазмы составили 8,3±0,6 ммоль/л в сравнении с показателями его на фоне традиционной терапии - 17,4±0,5 ммоль/л.

Сравнительная оценка в группах сравнения показала различия с явно большим эффектом озонотерапии по основным параметрам липидограммы: «хороших» липопротеидов - ХС-ЛПВП после лечения было больше у женщин, получавших озонотерапию - 1,11 ±0,75 мМоль/л и 0,95± 0,49 мМоль/л (P< 0,05), соответственно, но меньше атерогенных : ХС-ЛПНП - 4,5 ± 1,05 мМоль/л и 5,1 ±0,86 мМоль/л, (P< 0,05) и ТГ - 1,85 ±0,95 мМоль/л и 2,19±0,95 мМоль/л (P< 0,05), соответственно. Остальные параметры липидограммы в группах сравнения не различались : ОХ (6,13 ±0,39 мМоль/л и 6,2 ±0,60 мМоль/л) и ХС-ЛПОНП (0,62 ± 0,02 мМоль/л и 0,67± 0,38 мМоль/л).

По данным дуплексного сканирования у всех пациентов, включенных в исследование, имелись нарушения гемодинамики в брахиоцефальном бассейне, которые проявлялись различной степенью выраженности снижения и ассиметрии линейной скорости кровотока по позвоночной и задней мозговой артериям.

Гемодинамические нарушения в основной мозговой артерии были сходны с таковыми в позвоночной артерии у больных были повышены пиковая систолическая скорость кровотока, также как и средняя максимальная скорость. В то же время конечная диастолическая и средняя скорость по времени, а также объемная скорость кровотока были снижены. Эти результаты указывали на наличие у больных, участвовавших в исследовании, недостаточности мозгового кровотока в вертебрально-базилярном бассейне. Следует отметить, что эффект озонотерапии был более выраженным также на основании всех показателей дуплексного сканирования.

Таким образом, включение в комплекс традиционной медикаментозной терапии дополнительно медицинского озона позволяет получить более выраженный лечебный эффект.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Карпущенко Н.А., Андреева В.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ «РНИИАП» Росздрава

Актуальность проблемы: Как известно, нервная анорексия - это сознательное, чрезвычайно стойкое стремление к похудению, нередко вызывающее состояние выраженной кахексии с возможным летальным исходом. Данная патология возникает преимущественно у девочек-подростков и юных девушек и влечет за собой выраженные нарушения репродуктивной системы. Фаза низкого веса связана с нарушениями нейроэндокринной функции, недостатком питания, стрессом и депрессией. Все эти проявления нервной анорексии могут иметь глубокое влияние на различные отделы иммунной системы.

Начало научному исследованию нервной анорексии положили W.Gull и E.Ch. Lasegue еще в 70-х годах XX века. Однако, и до настоящего времени вокруг данной проблемы возникают многочисленные дискуссии, касающиеся как ее этиологии и патогенеза, так и нейро-эндокринных расстройств.

В последние годы высказано также предположение о развитии дисбаланса иммунной системы на фоне нервной анорексии. Так, R.Valcavi и M.Zini (1990) в сериях опытов показали, что интерлейкин-1 (IL-1), продуцируемый активированными моноцитами или/и макрофагами, стимулирует освобождение гипоталамического кортикотропин-рилизинг-фактора (КРФ). КРФ в свою очередь оказывает центральное действие на мозг, вызывая уменьшение поглощения пищи.

По мнению испанских ученых Martines C., Morande G. (2002) на фоне нервной анорексии нарушается также функция цитокинов: отмечено снижение концентрации IL-1, 2, 6 у больных с нервной анорексией по сравнению с контрольной группой.

Цель исследования: изучить состояние клеточного иммунитета у пациенток с нервной анорексией.

Материалы и методы: под наблюдением находились 18 девушек-подростков с клиническими признаками нервной анорексии (1 группа), 23 девушки-подростка с дефицитом массы тела без синдрома нервной анорексии (2 группа) и 22 девушки-подростка с нормальной массой тела (контрольная группа). Всем больным проведено общеклиническое обследование и определение содержания IL-1, 2, 6, 8 в сыворотке крови иммуноферментным методом по стандартной методике.

Результаты исследования и обсуждение: Согласно проведенным нами исследованиям у пациенток 1 и 2 групп отмечен дисбаланс клеточного звена иммунитета. Выявленные изменения носят разнонаправленный характер. Так, уровень IL-1 и IL-2 у пациенток 1 группы был практически в 1,6 раз ниже

контрольной, в то время как у больных 2 группы данные цитокины были повышены в 1,4 раза по сравнению с контролем. Значимых изменений в концентрации IL-6 и IL-8 в 1 и 2 группах не выявлено, однако по сравнению с контрольной группой отмечена тенденция к более низкому уровню цитокинов.

Полученные результаты позволяют предположить, что механизм развития иммунологических нарушений клеточного звена иммунитета носит двухфазный характер. Первая фаза отмечена при начальном снижении массы тела без признаков нервной анорексии и заключается во временной активации процессов клеточного иммунного ответа. По мере снижения веса нарушения в параметрах иммунного ответа усугубляются. У девушек-подростков с клиникой нервной анорексии развивается вторая фаза иммунологических нарушений в виде подавления функции цитокинов.

Выводы: Выявленные иммунные нарушения у девушек-подростков с клиникой нервной анорексии требуют помимо терапии, направленной на нормализацию массы тела, применения патогенетически обоснованной терапии иммуномодулирующими препаратами.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ЭНДОМЕТРИТОВ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭНДОМЕТРИИ

Катасонова Т.А., Селезнев Г.А., Тайрова З.А., Селезнева Н.Г.

Россия, г. Тольятти, МУЗ Городская больница №2 им. В.В. Баныкина

Материнская смертность является одним из важнейших показателей, отражающей не только состояние акушерской помощи, но и всей системы здравоохранения в целом.

Материнская смертность – это интегральный показатель, обусловленный комплексом социальных, экологических, экономических, медико-биологических, региональных и других факторов.

Аборт является одной из непосредственных причин материнской смертности (Волгина В.Б. с соавт., 1990; Серов В.Н., 1990; Шарапова Е.И., 1992; Абрамченко В.В. с соавт. 2002; Sai F., 1993). Ежегодно в мире погибает от аботра около 200000 женщин и почти 150000 из них приходится на развивающиеся страны, где аборты запрещены законом (Sai F., 1993).

По данным Е.И. Шараповой (1992), материнская смертность от аборта в России составляет 35,9% и на 92,2% обусловлена внебольничными абортами. Опубликованные данные Минздрава (Аборт и контрацепция, 1990) свидетельствуют о том, что в России не менее 10% всех прерываний беременности в год регистрируются как внебольничные аборты.

Материнская смертность это лишь вершина айсберга, которую можно вычислить, в то время как масштабы заболеваемости определить значительно труднее. Сколько на каждую женщину умершую от послеабортного сепсиса приходится выживших, но остающихся бесплодными, инвалидами сказать сложно, но совершенно очевидно, что эти цифры огромные (Tomkinson I.S., 1988).

Цель исследования. Разработка комплексной программы профилактики развития послеабортных эндометритов на основе создания прогностического алгоритма состояния репродуктивной системы с учетом клинико-морфологических параллелей.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ данных клинико-лабораторного, инструментального, гистологического обследования 100 женщин с неуточненными абортами в сроки до 24 недель беременности.

Проведенный анализ гистологических препаратов показал, что всю группу наблюдений по характеру изменений в соскобах можно разделить на 2 подгруппы: первая – с выраженными изменениями воспалительного характера – 62(62%) пациенток, вторая – с нарушением плацентации в сочетании с гипофункцией яичников и с изменениями конбинированного характера – 38(38%) пациенток.

Нами изучалась только 1 подгруппа в соскобах которой децидуальная ткань имела выраженные дистрофические изменения, сочетающиеся с полиморфизмом клеточных элементов. Среди светлых полигональных клеток децидуальной ткани обнаруживалось присутствие клеток инвазивного трофобласта с гомогенной базофильной цитоплазмой и интенсивной окраской ядер, а также типичные полосы фибриноида, расцениваемые в децидуальной такни как достоверные признаки беременности. Постоянным гистологическим признаком являлось диффузное или очаговое острое воспаление в форме лейкоцитарной инфильтрации с преимущественной локализацией инфильтратов в межворсинчатом пространстве и в децидуальной ткани эндометрия. В сосудах децидуальной оболочки при селективной гистохимической окраске на фибрин по Вейгерту имело место наличие фибриновых микротромбов. Обращало на себя внимание большое количество фибриноида, плотно прилегающего к ворсинам или свободно расположенного в межворсинчатом пространстве, в некоторых учатках склеивающего ворсины в конгломераты. Морфологическая характеристика эндометрия позволяет отметить костенные признаки прерванной беременности, кроме того в эндометрии отмечены диффузные и очаговые лейкоцитарные инфильтраты. В большинстве случает острый эндометрит сопровождался образованием микроабсцессов.

Для прогнозирования развития послеабортного эндометрита одного гистологического исследования явно недостаточно. В связи с этим, нами был применен морфометрический метод с использованием современных компьютерных технологий, в частности программы «Видеотест Морфо», позволяющей получить цифровое значение показателей и сравнить их значение с контрольной группой (соскобы полости матки 20 женщин после артифициального аборта в сроке до 12 недель).

Результаты. Для установления воспалительного процесса припрерывании беременности достаточно гистологически обнаружить базальный децидуит, интервезикулит при яркой типичной картине воспаления. В тоже время, при небольших по размерам инфильтратах, а также учитывая наличие в ряде случаев «физиологической лейкоцитарной инфильтрации», возникает целесообразность определения морфометрического показателя. В контрольной группе его значение было равно 2,9±0,2% (n=20), в основной – 7,4±0,87% (n=62), $p<0,05$. Таким образом диагностическим критерием является увеличение объемной плотности инфильтрации свыше 7,4%.

Заключение. Данное исследование подтверждает, что при неуточненном прерывании беременности в сроке до 24 недель развитие эндометрита следует ожидать при увеличении объемной плотности инфильтрации свыше 7,4%. В этих случаях целесообразно проведение курса антибактериальной и противовоспалительной терапии независимо от наличие признаков инфицирования.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю.

Россия, г.Москва, ГОУ ВПО «Российский Государственный Медицинский Университет Федерального Агентства по Здравоохранению и СоциальномуРазвитию» РФ. Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Городская клиническая больница № 31.

Доброкачественные заболевания шейки матки среди гинекологической патологии встречаются в 10-15% и служат фоном для развития предраковых состояний и рака шейки матки. До настоящего времени четко не разработан алгоритм диагностики и лечения с учетом внедрения современных методов.

Цель. Оптимизация современных методов диагностики и лечения больных с неопухолевыми заболеваниями шейки матки.

Материалы и методы. За период с 1984 по 2004 г.г. нами было обследовано 1547 пациенток с неопухолевыми заболеваниями шейки матки: эктопией- (659), лейкоплакией (469), гипертрофией и деформацией шейки матки (246), эндометриозом (173). Большинство (66,7%) были в возрасте от 21 до 39 лет. Все обследуемые были разделены на три группы: 1группа -469 больных с диатермоэлектроконизацией; 2гр. - 521 наблюдаемая после криодеструкции; 3гр. - 557 обследованных, которым проведено лечение радиохирургическим методом. Всем пациенткам выполнялось УЗИ органов гениталий, кольпоскопическое, цитологическое, бактериоскопическое исследования, диагностика хламидийной, микоплазменной, уреаплазменной, герпетической и папилломовирусной инфекций методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с типированием вируса папилломы человека (ВПЧ). У 398 пациенток с аномальной кольпоскопической картиной выполнена биопсия шейки матки острым путем (у 130 из них– радиопетлей) с выскабливанием слизистой цервикального канала и последующим гистологическим исследованием. Эффективность лечения оценивали как в ближайшие сроки -через 10 недель, так и в отдаленные -через 6-12 месяцев.

Результаты. При осмотре половина обследованных предъявляли различные жалобы: на бели- 41% наблюдаемых, на зуд влагалища– 23%, боли различной локализации- 4%. У каждой второй в анамнезе выявлена эктопия шейки матки, у 9%– лейкоплакия. По поводу указанной патологии 496 обследуемых получали лечение : диатермоэлектрокоагуляция– 171, консервативная терапия – 122, криодеструкция –100, лазерное лечение – 103. Длительность заболевания у 78% составляла менее 5 лет,у 22% -более 10 лет. У 540 больных роды протекали с различными осложнениями, чаще–с разрывами шейки матки и стенок влагалища. В анамнезе кольпиты различной этиологии у 480, хронические воспаления придатков матки– у 547, миомы матки- у 46.

УЗ-сканирование у 57% наблюдаемых наряду с поверхностными, обнаружило и глубокие наботовы кисты, а также определило их истинные размеры. При бактериоскопическом исследовании мазков у 56% пациенток определялась 3-4 степень чистоты. Бактериологическое исследование показало, что чаще других возбудителей у обследуемых высевали Staphylococcus epidermidis (50%), Streptococcus epidermidis (27%), Staphylococcus aureus (23%). При обследовании методом ПЦР вирус папилломы человека (ВПЧ) выявлен – у 32% наблюдаемых, микоплазмы– у 28%, уреаплазмы и хламидии– у 22%. ВПЧ высокого онкологического риска (16, 18, 31 и 33 типы) встречался у 15,6%. У больных с 3-й и 4-й степенью чистоты влагалищных мазков (770 пациенток) проводилась предоперационная подготовка с назначением антибиотикосодержащих препаратов местного действия, имидазолов, антимикотиков. После антибактериального лечения -терапия эубиотиками.

С эктопией шейки матки лечение проведено 659 пациенткам. Использовали криодеструкцию и радиоволновую хирургию. У 389 больных, перенесших криодеструкцию, рецидивы заболевания (через 12 месяцев после криодеструкции) выявлены у 17 (у всех отмечена генитальная реинфекция). Всем с отсутствием эффекта от криолечения и рецидивами заболевания рекомендовано радиолечение (с эффектом). Рецидивы заболевания через 12 месяцев после радиолечения выявлены у 12 из 254 пациенток. Больным с неэффективной радиокоагуляцией (7), а также с рецидивами эктопии шейки матки (12) была рекомендована радиоконизация после проведения курса противовоспалительной терапии (с эффектом).

Анализ эффективности различных методов лечения у 469 пациенток с лейкоплакией шейки матки без атипии обнаружило -полный эффект после диатермоэлектроконизации -у 194 из 214. Неэффективность -у 20 из 214 пациенток с лейкоплакией значительных размеров (пунктация имела место у 12, мозаика– у 8). Повторное возникновение лейкоплакии шейки матки через 12 месяцев после диатермоэлектроконизации- у 7 из 194 больных. Всем больным с неэффективным лечением лейкоплакии шейки матки и рецидивами заболевания произведена радиоконизация (с эффектом).У 123 больных, подвергшихся криодеструкции, выявили ее малую инвазивность,отсутствие осложнений и низкую эффективность (61%). У 75 из 123 наблюдаемых с лейкоплакией шейки матки имелся полный эффект от криолечения. Неэффективность-у 48 из 123 больных с лейкоплакией площадью более половины экзоцервикса. Рецидивы лейкоплакии шейки матки через 12 месяцев после криодеструкции диагностированы у 20 из 75. Всем пациенткам с отсутствием эффекта после криодеструкциии (48) и рецидивами заболевания (20) рекомендована радиоконизация (с эффектом). Рецидивы заболевания выявлены через 12 месяцев после радиокоагуляции у 6 из 121 обследуемой. Больным с неэффективным радиолечением лейкоплакии шейки матки (11), а также с рецидивами заболевания (6) была рекомендована радиоконизация шейки матки (с эффектом).

Оценка эффективности диатермоэлектро- и радиолечения при деформации, гипертрофии шейки матки в сочетании с наботовыми кистами (у 157 и 89 больных, соответственно) показала, что кровотечение из шейки матки в период отторжения струпа диагностировано у 3 пациенток с выраженной гипертрофией и деформацией шейки матки на 25-28 день после диатермоэлектроконизации и у 1 – на 18 день после радиолечения. Коагуляция кровоточащего сосуда произведена 2 из них, наложение швов в условиях стационара– 2. Полный эффект обнаружен у 155 из 157 больных после диатермоэлектроконизации и у 85 из 89 – после радиоконизации шейки матки.Пациенткам с отсутствием эффекта диатермоэлектроконизации (у 2 из 157) и радиолечения (у 4 из 89) рекомендована радиоконизация с положительным результатом.

Лечение эндометриоза шейки матки выявило одинаково высокий эффект как от диатермоэлектро-, (94,9%), так и радиолечения (93,3%).Отсутствие эффекта лечения эндометриоза выявлено у 5 из 98 наблюдаемых после диатермоэлектроконизации шейки матки и у 5 из 75– после радиолечения. В дальнейшем, всем пациенткам лечение проводилось на фоне приема оральных контрацептивов.

Выводы. Алгоритм обследования пациенток включает бактериоскопическое и бактериологическое исследования, обследование методом ПЦР с типированием ВПЧ, УЗИ органов малого таза.Выбор метода лечения должен быть дифференцированным и определяться видом патологии шейки матки, площадью патологического участка, длительностью заболе-

вания и наличием сопутствующей патологии органов гениталий. При эктопии шейки матки показана криодеструкция и радиолечение. Лечение может проводиться на фоне гормональной терапии. При лейкоплакии -диатермоэлектро- или радиохирургический методы, у нерожавших– радиолечение. Лечение эндометриоза -на фоне приема гормональных контрацептивов. При гипертрофии и деформации шейки матки в сочетании с набботовыми кистами -диатермоэлектро- или радиоконизация. При наличии множественных, в том числе глубоких, кист -радио- или диатермоэлектроконизация шейки матки.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА

Каширова Т.В., Корнеева И.Е., Перминова С.Г.,

г. Москва, ФГУ НЦ АГ и П Росмедтехнологий, г. Москва, Россия

Болезнь Грейвса - это системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору тиреотропного гормона (ТТГ), стимулирующих продукцию тиреоидных гормонов щитовидной железой, в сочетании с экстратиреоидными нарушениями: эндокринной офтальмопатией, претибиальной микседемой, акропатией. Для этого заболевания характерно изменение метаболизма половых стероидных гормонов, клиническими проявлениями которого являются нарушения менструального цикла и репродуктивной функции. Поскольку болезнь Грейвса является системным аутоиммунным заболеванием, при котором помимо щитовидной железы антителами могут поражаться и другие ткани (ретробульбарная клетчатка, эндокард), можно предположить, что наряду с выработкой тиреоидстимулирующих антител, отмечается продукция антител, участвующих в развитии других аутоиммунных реакций, которые могут играть роль в патогенезе репродуктивных расстройств, в частности, в повреждении фолликулярного аппарата яичников.

Цель исследования – сравнительная оценка состояния овариального резерва у пациенток с болезнью Грейвса (БГ).

Материал и методы исследования. Проведено обследование 40 пациенток, с подтвержденным диагнозом БГ в фазе медикаментозной компенсации тиреотоксикоза. Возраст женщин в среднем составлял 32,9±8,3 года. В качестве контрольной группы проведено обследование 34 здоровых женщин репродуктивного возраста (31,5±4,3 года) без нарушения репродуктивной функции. Овариальный резерв оценивали по следующим параметрам: на 2-3 день менструального цикла определяли концентрацию ФСГ, ингибина В и антимюллерова гормона (АМГ) в сыворотке крови, проводили УЗИ, при котором оценивали объем яичников, количество антральных фолликулов диаметром 2-10 мм, а также допплерометрические характеристики внутрияичникового кровотока.

Результаты исследования. Среднее значение концентрации ФСГ в группе пациенток с БГ было достоверно выше, чем в контрольной группе и составило 13,6±3,1 МЕ/л и 6,2±1,7 МЕ/л соответственно.

При анализе уровня ингибина В у большинства женщин исследуемой группы - у 72,5% отмечен низкий уровень исследуемого показателя (0-40 пг /мл), у 27,5% - средний уровень (40-100 пг/мл). Высокий уровень анализируемого маркера (>100 пг/мл) не выявлен ни у одной пациентки. В контрольной группе низкий уровень ингибина В отмечен в 2 раза реже – лишь в 35,3% случаев ($p<0,05$). Доля женщин со средним и высоким уровнями ингибина В составила 35,3% и 29,4% соответственно.

При анализе уровня АМГ у трети женщин исследуемой группы (у 32,5%) выявлены очень низкие (0,01-0,09 нг/мл) и низкие (0,1-0,9 нг/мл) значения концентрации исследуемого гормона, у 25% пациенток - средний уровень (1,0-2,5 нг/мл) и у 42,5% - высокий уровень (>2,5 нг/мл). В контрольной группе низкий уровень АМГ зарегистрирован в 3 раза реже - лишь у 11,7% женщин ($p<0,05$), средний – у 58,8%, высокий – у 29,4%.

По данным УЗИ объем яичников пациенток с БГ составил 6,25±3,38 см3 и практически не отличался от такового в контрольной группе - 6,4±2,6 см3. При анализе объема яичников его уменьшение (<5 см3) встречалось практически у половины пациенток исследуемой группы (в 47,7% случаев), тогда как в группе контроля лишь в 11,7% ($p<0,05$). Нормальный объем яичников (5 - 10 см3) у пациенток с болезнью Грейвса выявлен в 2 раза реже (в 39,8% случаев), чем в группе фертильных женщин – в 77,3% ($p<0,05$). Объем яичников >10 см3 отмечен в 12,5% и 11% случаев в исследуемой и контрольной группах соответственно. Число антральных фолликулов диаметром 2-10 мм в яичниках женщин исследуемой группы составило 4,7±3,4, что было достоверно ниже, чем в контрольной группе – 6,2±2,7.

При анализе основных параметров кривой скорости кровотока показатель индекса резистентности (ИР) был достоверно выше в группе пациенток с БГ, чем в группе фертильных женщин: 0,71±0,012 и 0,65±0,02 соответственно, а показатель пиковой систолической скорости кровотока (ПСС) - достоверно ниже: 0,08±0,002 и 0,1±0,02 соответственно.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют тенденцию к снижению всех параметров овариального резерва у пациенток, страдающих БГ (увеличение уровня ФСГ, снижение показателей ингибина В, АМГ, уменьшение объема яичников и числа антральных фолликулов в яичниках, а также изменение допплерометрических параметров кровотока). На основании полученных результатов можно предположить, что при БГ имеют место не только функциональные нарушения (изменения метаболизма гормонов репродуктивной системы), но и более глубокие органические изменения структуры яичников, приводящие к ускоренному угасанию функции яичников, что, вероятно, связано с аутоиммунной этиологией заболевания. Женщины с БГ составляют группу риска формирования вышеуказанных нарушений в будущем, поэтому им не следует откладывать реализацию репродуктивной функции на более поздний возраст, который сам по себе характеризуется снижением репродуктивного потенциала.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРПЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПРОКОАГУЛЯНТЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН

Керимкулова Н.В., Герасимов А.М., Павлов А.Н.

Россия, г. Иваново, ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии педиатрического факультета, кафедра акушерства, гинекологии и мед. генетики лечебного факультета.

В современной медицинской практике формирование спаечного процесса, как послеоперационного, так и спонтанного, является одной из самых актуальных проблем, приводя к развитию илеуса, стойкого болевого синдрома, бесплодия. Одним из основных факторов в развитии спаечного процесса считается специфическая реакция мезотелия брюшины

на различные патологические воздействия, с выпадением фибрина на месте дефектов мезотелия. Однако не в 100% случаев развивается спаечный процесс, не смотря на иногда выраженную травматичность операции или выраженное воспаление.

Последнее время определённый интерес стали проявлять к перитонеальной жидкости (ПЖ). В последних исследованиях, посвященных составу ПЖ при спаечной болезни показана вовлечённость в этот процесс многих факторов, таких как ростовые факторы, интерлейкины, продукты ПОЛ. Однако оценка этих факторов происходила уже при свершившемся процессе спайкообразования. Кроме того, ПЖ - очень своеобразная среда, хотя и являющаяся производным крови, тем не менее, образующаяся путём непростой транссудации, как отмечают некоторые авторы, а путем активной секреции. Об этом говорят многочисленные исследования, показавшие радикальные отличия ПЖ как по качественному, так и по количественному составу. Так ПЖ спонтанно никогда не образует сгустка, в силу дефицита V и VIII факторов, имея в своем составе массу прокоагулянтных субстанций. В силу этого можно было бы предположить, что ПЖ могла бы играть существенную роль в формировании спаечного процесса, влияя на продукты, попадающие в брюшную полость при различных патологических состояниях, на пример, кровь или различные экссудаты.

Цель работы: изучить прокоагулянтный потенциал перитонеальной жидкости с учётом выраженности НДСТ.

Материалы и методы. Исследованию подвергалась ПЖ, аспирированная в момент эндоскопического вмешательства. Показаниями к оперативному лечению явились бесплодие, обусловленное трубно-перитонеальным фактором, наружным эндометриозом, миома матки, аденомиоз. Катепсиновая активность исследовалась по гидролизу 1% раствора гемоглобина в ацетатном буфере по стандартной методике. Коагуляционный потенциал ПЖ изучался по исправлению хронометрических показателей «сливной» донорской плазмы. В качестве контроля на разведение использовались пробы с 0,9% раствором хлористого натрия. Исследование производилось в 4 разведениях: 1:1, 1:2, 1:5 и 1:10, причём уменьшался объём ПЖ с постоянным объёмом «сливной» плазмы. Выраженность НДСТ определялась по совокупности фенотипических маркёров соединительнотканной неполноценности.

Средний возраст обследованных женщин составил 30,25±0,5 лет с колебаниями от 17 до 47 лет. Средний возраст менархе составил 12,6±0,3 лет и пришелся на период от 11 до 15. В среднем длительность менструального цикла составила 28,9±0,6 дней с колебаниями от 27 до 31 дня. Длительность менструального кровотечения была 4,8±0,2 дня.

Полученные результаты. При разведении «сливной» плазмы физиологическим раствором в соотношении 1:1 её коагуляционные свойства снижаются, как по внутреннему пути и внешнему пути I фазы, так и по II фазе, что можно объяснить возникающим дефицитом факторов свёртывания. То же происходит и при взаимодействии плазмы и ПЖ в соотношении 1:1. Не смотря на большое количество тромбопластических субстанций, содержащихся в ПЖ, гиперкоагуляции не происходит ввиду возникновения дефицита по V и VIII факторам. При снижении разведения «сливной» плазмы физиологическим раствором наиболее длительно состояние гипокоагуляции сохраняется по внутреннему пути по показателям АПТВ, ввиду того, что этот тест наиболее чувствительный из всех хронометрических тестов к дефициту факторов свертывания. Протромбиновое время приходит в соответствие с исходными показателями уже в разведении 1:2, тромбиновое время – при разведении 1:5.

Совсем иные показатели данных тестов имеют место при исправлении «сливной» плазмы ПЖ. Так состояние гиперкоагуляции отмечается уже при соотношении 1:2 и продолжает усиливаться с уменьшением объёма ПЖ по показателям, характеризующим I фазу. Это можно объяснить тем, что, несмотря на определённое уменьшение концентрации факторов свёртывания, тромбогенные субстанции ПЖ нивелируют этот условный дефицит. Тромбиновое же время имеет минимальные показатели в разведении 1:5, и несколько увеличивается, однако, не достигая исходных показателей, к разведению 1:10. Это можно объяснить тем, что по сравнению с плазмой в ПЖ содержится гораздо меньшее количество тромбина, и в разведении 1:10 этого количества уже недостаточно, чтобы вызвать максимальную гиперкоагуляцию по данному тесту. Таким образом, можно констатировать факт, что ПЖ в целом вызывает состояние гиперкоагуляции по I и II фазам плазменно-коагуляционного гемостаза. Причём наиболее это свойство ПЖ проявляется при разведении 1:5. Поэтому все дальнейшие исследования нами проводились именно с этим разведением.

Для исследования влияния НДСТ и катепсиновой активности на прокоагуляционное свойство ПЖ из всех обследованных женщин были сформированы две группы. Группа контроля (n=12) включила женщин с признаками НДСТ менее 5 стигм. Основную группу составили женщины (n=30) с количеством признаков НДСТ от 5 и более.

Активность катепсина D в ПЖ в группе контроля составила 0,079±0,019 Еаф/ч, в группе с НДСТ этот показатель был несколько выше и составил, в среднем, 0,095±0,04 Еаф/ч ($p<0,05$).

При сравнении гиперкоагуляционного потенциала ПЖ в группе женщин с НДСТ отмечается его ослабление по внутреннему пути I фазы, о чём свидетельствуют показатели АПТВ исправленной «сливной» плазмы. В группе контроля эти показатели были более укорочены на больший процент, чем в группе с НДСТ: - 16,26±2,98 % (контроль) и -13,05±0,04% ($p<0,05$). По другим хронометрическим тестам существенных отличий не было.

Для определения влияния активности катепсина D и выраженности НДСТ на прокоагуляционный потенциал ПЖ нами были исследованы корреляционные связи. Так в группе контроля катепсиновая активность оказывает слабое влияние на показатели АПТВ и умеренные на показатели протромбинового времени. Т.е. чем выше активность катепсина D, тем ниже прокоагуляционный потенциал ПЖ, причём это реализуется только в I фазе плазменно-коагуляционного гемостаза. В группе с НДСТ активность катепсина D оказывает влияние на показатели тромбинового времени, что отсутствует в группе контроля, причём, чем выше катепсиновая активность, тем более выражена тромботическая тенденция влияния ПЖ.

При оценке влияния тяжести НДСТ на прокоагуляционный потенциал ПЖ оказалось, что с утяжелением НДСТ усиливается это свойство ПЖ. На первый взгляд это может показаться парадоксальным: сама по себе дисплазия характеризуется склонностью к гипокоагуляции, в то же время ПЖ проявляет усиленную гиперкоагуляцию при исправлении плазмы. Однако это можно объяснить, предположив, что при НДСТ в ПЖ, в силу неадекватного синтеза элементов соединительной ткани, накапливается повышенное содержание тромбогенных субстанций (в пользу этого говорит и наиболее существенная корреляционная связь с тромбиновым временем), что может быть обусловлено повышенной активностью катепсина D в ПЖ.

Т.о. по работе можно сделать следующие выводы:

1. ПЖ обладает выраженным гиперкоагулянтным потенциалом

2. НДСТ несколько снижает прокоагулянтное действие ПЖ по внутреннему пути I фазы плазменно-коагуляционного гемостаза, однако с утяжелением НДСТ гиперкоагуляционное действие ПЖ усиливается.

3. Активность катепсина D в ПЖ увеличивается у женщин с НДСТ.

4. Катепсиновая активность вносит определённый вклад в формирование прокоагулянтного потенциала ПЖ.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА

Кикнадзе Д.О., Абубакиров А.Н., Назаренко Т.А., Кирмасова А.В.

г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Актуальность изучения эндометриоза обусловлена широким распространением заболевания. Частота встречаемости эндометриоза в сочетании с бесплодием составляет 80%, при этом в подавляющем большинстве случаев наблюдаются малые формы эндометриоза, когда отсутствуют грубые анатомотопографические изменения органов малого таза, препятствующие наступлению беременности. Существование так называемого бессимптомного эндометриоза свидетельствует о первопричинности бесплодия. Патогенез бесплодия, при наличии эндометриоза, до конца не ясен.

Противоречивы результаты лечения бесплодия, связанного эндометриозом, в том числе и при применении ВРТ.

Недостаточно исследована гормональная секреция яичников и гормональная функция гипофиза при эндометриозе.

Цель исследования: Изучить состояние овариального резерва пациенток, при наличии у них эндометриоза.

Материал и методы исследования: Мы обследовали 27 женщин активного репродуктивного возраста (20-35 лет), обратившихся по поводу лечения бесплодия и имеющих эндометриоз разной локализации: малые формы наружного генитального эндометриоза, эндометриоидные кисты одного или обоих яичников. Исследуемые пациентки были разделены на 2 группы: 1-ая группа женщин с малыми формами НГЭ – 16; 2-ая группа пациенток с эндометриоидными кистами яичников – 11 женщин.

Были использованы общепринятые методы обследования (клинические, гормональные, ультразвуковые). С целью определения овариального резерва исследовали следующие показатели: 1) концентрации гонадотропинов в сыворотке крови (ФСГ, ЛГ), эстрадиола (Е2), на 2-3 день менструального цикла с помощью наборов тест-систем фирмы «Хоффман Ла Рош» в лаборатории эндокринологии НЦ АГиП; 2) ультразвуковые параметры – объем яичников, количество антральных фолликулов в них оценивали в начале менструального цикла с помощью аппарата Sonoline sienna («Siemens» Германия) вагинальным датчиком с частотой 6,5 МГц. Дополнительным методом оценки овариального резерва явилось измерение уровня антимюллерового гормона (АМГ) на 2-3 день менструального цикла. Уровень АМГ измеряли методом ИФА с помощью коммерческого набора фирмы DSL (США). АМГ вырабатывается гранулезой преантральных и малых антральных фолликулов, не регулируется гонадотропинами, резко не меняется в течении цикла и, следовательно, отражает процессы происходящие в самом яичнике.

Нормативными значениями для АМГ явились уровни от 1,0 нг/мл до 2,5 нг/мл.

Результаты исследования: Сравнительный анализ полученных данных позволил выявить значительное различие результатов у первой и второй группы пациенток. У пациенток первой группы фолликулярный аппарат не был поражен эндометриоидными кистами, объем яичников и количество антральных фолликулов приближались к нормальным параметрам. Уровни ФСГ были ниже, по сравнению со второй группой пациенток (8,7±1,2; 10,9±2,9 соответственно). Во второй группе пациенток, где имело место эндометриоидное поражение ткани яичников, количество антральных фолликулов было <4 в каждом яичнике, тогда как в первой группе больных 5 и больше. Уровень ФСГ превышал базального значения у 40% больных. Наиболее достоверным методом оценки овариального резерва у женщин, страдающих эндометриозом, оказалось определение АМГ. У пациенток, не имеющих поражение яичниковой ткани, показатели антимюллерового гормона соответствовали нормативным, и составляли от 1,0 до 2,0 нг/мл. У всех пациенток с эндометриоидными кистами уровень АМГ оказался ниже 1,0 нг/мл.

Полученные результаты отражают зависимость между уровнем поражения ткани яичника, числом антральных фолликулов в них, уровнем ФСГ и значениями АМГ. Общепринятые тесты, такие как уровень ФСГ, число антральных фолликулов в них, являются вполне достоверными для оценки потенциала яичников. Однако уровень АМГ, являющийся маркером состояния пула примордиальных фолликулов, оказался наиболее показательным.

Выводы. Состояние овариального резерва при эндометриозе в значительной степени зависит от степени распространения процесса. Уровень АМГ в сыворотке крови в ранней фолликулярной фазе является более точным показателем репродуктивного потенциала яичников, возможно, отражает характер происходящих внутрияичниковых процессов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОСТРОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кира Е.Ф., Муслимова С.З., Гамирова Е.В., Белякина И.В., Мелько А.И.

Россия, г. Москва, кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенствования врачей Российского Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Проблема урогенитального кандидоза (УГК) приобрела в последние годы особую значимость, так как удельный вес этого заболевания в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища составляет 30-45% без тенденции к снижению.

Последствиями современного течения УГК является наличие серьёзных осложнений - от существенного снижения качества жизни женщины, неблагоприятного исхода беременности до последующего развития угрожающих жизни диссеминированных инфекционных процессов с обширным поражением внутренних органов и систем, требующих проведения диагностических и терапевтических мероприятий в условиях стационара.

Несмотря на то, что методы терапии УГК постоянно совершенствуются, разработка новых способов его лечения попрежнему актуальна, что обусловлено увеличением частоты рецидивов инфекции даже после неоднократных курсов антифунгальной терапии.

С целью оптимизации антимикотической терапии у пациенток, страдающих УГК, проведено в строгом соответствии с правилами GCP сравнительное проспективное рандомизированное исследование оценки клинической и микробиологической эффективности и безопасности монотерапии препаратом сертаконазол (залаин) в сравнении с препаратом натамицин (пимафуцин). В исследование было включено 63 пациентки репродуктивного возраста, которые были разделены на 2 группы: первая группа (n = 31), в которой применялся залаин и вторая группа (n = 32), в которой использовали пимафуцин. Все пациентки были сопоставимы по основным статистическим показателям (возраст, вес, рост, менархе, беременность, роды, аборты и др.).

В данной работе строго учитывались критерии включения и исключения из исследования. Критериями включения пациенток были: репродуктивный возраст, клинико-лабораторная

верификация диагноза острого УГК, готовность пациентки соблюдать предписания врача.

Критериями исключения являлись: беременные или кормящие грудью женщины; повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость компонентов препарата; пациентки, страдающие рецидивирующим УГК, острыми или хроническими воспалительными (в стадии обострения) заболеваниями малого таза, сопутствующими инфекциями, передающимися половым путём; больные, которые нуждались в запрещённой в рамках данного исследования терапии; участие пациентки в другом клиническом исследовании в течение последних 3 месяцев.

Для постановки диагноза УГК применялись клиническое и лабораторное обследование. Клиническое обследование включало выяснение анамнестических данных, жалоб пациентки (зуд, боль, жжение, обильные выделения), проведение физикального обследования с оценкой степени выраженности признаков вагинита (гиперемия, болезненность, отёк тканей, патологический характер выделений). Использованы следующие лабораторные методы диагностики: аминотест; микроскопия мазков из трёх точек, окрашенных по Граму (для выявления грибов рода Candida, а также количества лейкоцитов и эпителиальных клеток в поле зрения, наличия/отсутствия нормальной микрофлоры, гонококков, трихомонад); бактериологическое исследование вагинального отделяемого с количественной оценкой роста грибов и видовой идентификацией выделенных штаммов; ДНК-диагностика материала из уретры и шейки матки на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, герпес 1-2 типа; серологическое исследование крови на RW и ВИЧ-инфекции.

После установления диагноза все больные получали лечение в зависимости от результатов рандомизации. Залаин назначался по 1 суппозиторию (300 мг) интравагинально однократно на ночь. Обычно было достаточно однократного применения препарата. Если клинические симптомы сохранялись, его назначали повторно через 7 дней в аналогичной дозировке. Согласно инструкции, лечение залаином проводилось независимо от менструального цикла. Пимафуцин назначался по 1 суппозиторию (100 мг) интравагинально 1 раз на ночь в течение 3-х дней. При сохранении клинических симптомов через 7 дней, пимафуцин назначался повторным курсом. Пимафуцин обычно назначался в течение 6 дней. Во время менструации, согласно инструкции, лечение пимафуцином прерывалось. Всеми больными режим приёма препарата соблюдался.

Контроль за проводимым лечением осуществляли на каждом визите на основании клинической (общего состояния и местных проявлений инфекции) и лабораторной оценки (аминотеста, микроскопии влагалищных мазков, бактериологического исследования влагалищного содержимого). Проводилась первичная и вторичная оценка эффективности препаратов. Первичная оценка: после завершения лечения (на 7-е и 28-е сутки) в сравнении с клиническими признаками инфекции до начала лечения с целью выявления рецидивов. Вторичная оценка: 1) бактериологическая эффективность; 2) клинико-лабораторная эффективность; 3) оценка безопасности и переносимости препаратов. Для оценки клинической эффективности препарата, проводимой на каждом визите врачом и аналогично пациенткой, использовали следующие критерии:

1. выраженное улучшение - отсутствие субъективной симптоматики, клинических и лабораторных признаков вагинита, патологических выделений;

2. значительное улучшение - отсутствие субъективной симптоматики и лабораторных признаков вагинита, положительная динамика клинической симптоматики;

3. незначительное улучшение - положительная динамика субъективной и клинической симптоматики, недостаточная для отнесения эффекта к категории «отличный эффект» и «хороший эффект»;

4. отсутствие эффекта - абсолютное отсутствие какого-либо эффекта от лечения или ухудшение субъективной и объективной симптоматики.

При оценке бактериологической эффективности учитывали наличие/отсутствие роста грибов и патогенной микрофлоры на питательных средах.

Безопасность и переносимость препарата оценивалась на основании выявления нежелательных явлений, сопутствующих заболеваний и лабораторных показателей.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы «Statistica 6,0». Величина уровня статистической значимости была принята равной 0,05.

Анализ полученных данных показал практически одинаковую эффективность и безопасность лечения УГК при оценке залаина и пимафуцина. Статистически значимая разница между препаратами была обнаружена только в оценке клинической эффективности препаратов как пациенткой ($p = 0,009$), так и врачом ($p = 0,01$), проведенной на последнем, четвёртом визите в пользу залаина. Среди критериев, определяющих предпочтение пациенток перед залаином, наиболее значимыми являлись более быстрое купирование симптомов, однократный приём препарата.

Так, выраженное улучшение при лечении залаином оценено и врачом, и пациенткой в 29 случаях (93,6%). При лечении пимафуцином выраженное улучшение констатировано врачом в 20 случаях (62,6%) наблюдений, а пациенткой в 19 случаях (59,4%). Значительное улучшение в первой группе, по мнению врача и пациентки, отмечено в 1 случае, что составило 3,2%, в то время как во второй группе соответственно врачом в 10 случаях (31,2%), а пациенткой в 11 случаях (34,4%) наблюдений. Незначительное улучшение отмечено при лечении залаином врачом и пациенткой в 1 случае (3,2%), при лечении пимафуцином препарат оценён также врачом и пациенткой в 1 случае (3,1%). Ни в одном случае наблюдений в первой группе не было отсутствия эффекта, тогда как во второй группе отсутствие эффекта, констатированное врачом и пациенткой, - в 1 случае (3,1%).

Таким образом, анализ результатов проспективного сравнительного рандомизированного исследования показал более высокую эффективность монотерапии препаратом залаин в сравнении с препаратом пимафуцин в лечении острого УГК.

АКТИВНОСТЬ КАТЕПСИНА D НА СИСТЕМНОМ И ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЯХ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Кирсанов А.Н., Герасимов А.М., Шульпина Е.Ю.

ГОУВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава, Иваново
ФГУ ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий, Иваново

Бесплодие в супружеской паре остается одной из актуальных задач не только медицины, но и социальной сферы жизни человека. Являясь одним из факторов, участвующих в демографических процессах, бесплодие активно влияет на качество жизни. За последнее время количество бесплодных супружеских пар продолжает увеличиваться, несмотря на интенсивное изучение этой проблемы. Одну из основных причин развития инфертильности в браке занимает трубно-перитонеальный фактор, составляя до 45-50% от всех причин бесплодия. Являясь прогностически наиболее неблагоприятным фактором инфертильности, трубно-перитонеальное бесплодие представляет собой довольно разнородную группу. Причём некоторыми её формами не всегда возможно объяснить стойкое бесплодие. Так если, при наличии гидросаль-

пинксов или грубого спаечного процесса, нарушающего нормальные анатомические взаимоотношения, патогенез инфертильности понятен, то при наличии проходимых маточных труб с сохраненным фимбриальным аппаратом при хроническом сальпингите развитие бесплодия не всегда ясно.

В последние десятилетия интенсивному изучению подвергается перитонеальная жидкость, как среда, которая является производной компонентов эпителиальной выстилки внутренних гениталий и в которой происходят основные процессы жизнедеятельности самих органов репродуктивного тракта. Многочисленными исследованиями показана вовлечённость этой биологической среды в звенья патогенеза многих патологических процессов репродуктивной системы женщины, иногда ей отводится основополагающая роль в формировании инфертильности. Поэтому изучение биохимических характеристик перитонеальной жидкости при трубно-перитонеальном бесплодии может уточнить причины инфертильности при этой патологии. Одним из таких параметров мог бы стать катепсин D – лизосомальная аспартиловая протеиназа. Участвуя во многих биохимических процессах, катепсин D является одним из основных индукторов апоптоза, участвует в процессах воспаления, ремоделирования сосудистого русла и элементов соединительной ткани, участвует в процессах пролиферации клеток.

Целью нашего настоящего исследования явилось исследование особенностей катепсиновой активности на системном и локальном уровнях у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием.

Материалы и методы. В условиях гинекологической клиники ФГУ ИвНИИ МиД им. В.Н. Городкова были обследованы 3 группы пациенток: 1 группа - 20 женщин, поступающих на оперативное лечение по поводу трубно-перитонеального фактора бесплодия с хроническим сальпингитом без нарушения проходимости маточных труб, 2 группа – 20 женщин с хроническим сальпингитом и нарушенной проходимостью маточных труб, 3 группа (контрольная)- 30 женщин, поступающих на плановую хирургическую стерилизацию по социальным показаниям. Активность катепсина D в периферической крови и перитонеальной жидкости определялся гидролизу 1% раствора гемоглобина в ацетатном буфере по стандартной методике.

Полученные результаты. Как показали наши исследования в группе контроля средней уровень активности катепсина D в сыворотке крови составил 0,054±0,006 Единиц активности фермента/час (Еаф/ч), с индивидуальными колебаниями показателя активности от 0,015 до 0,125 Еаф/ч. Причём в подавляющем большинстве случаев, куда вошли все женщины без какой либо генитальной патологии и часть женщин с начальными проявлениями гинекологической патологии, что составило 90,63% наблюдений от всей выборки, активность катепсина D не превышала 0,1 Еаф/ч.

В перитонеальной жидкости (ПЖ) показатель средней активности катепсина D составил 0,223±0,018 Еаф/ч с пределами колебаний от 0,115 Еаф/ч до 0,411 Еаф/ч, что существенно выше, чем в сыворотке венозной крови ($p<0,001$). В случаях полного отсутствия генитальной патологии, что составило 65,63% наблюдений, индивидуальные показатели активности катепсина D не превышали показатель 0,400 Еаф/ч, что можно принять за предел нормы. Корреляции в группе контроля между сывороточной и перитонеальной активностью катепсина D отсутствуют.

В группе женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в виде хронического сальпингита без нарушения проходимости маточных труб активность катепсина D в сыворотке крови составила, в среднем, 0,115±0,02 Еаф/ч, что выше, чем в группе контроля ($p<0,05$). В ПЖ отмечалось значительное угнетение катепсиновой активности, так средний показатель в группе составил 0,08±0,002 Еаф/ч ($p<0,001$ к группе контроля). Корреляция между сывороточной и перитонеальной катепсиновой активностью отсутствовала.

В группе женщин с трубно-перитонеальным бесплодием и нарушенной проходимостью маточных труб по типу гидросальпинксов средняя активность катепсина D в сыворотке крови составила 0,061±0,02 Еаф/ч, что соответствует группе контроля и ниже, чем в 1-ой группе ($p<0,05$). В ПЖ средняя активность катепсина D составила 0,09±0,003 Еаф/ч, что значительно ниже, чем в группе контроля ($p<0,01$) и не отличается от показателей 1-ой группы. В отличие от группы контроля и группы с трубно-перитонеальным бесплодием без нарушение проходимости маточных труб, во 2-ой группе между катепсиновой активностью сыворотки крови и катепсиновой активностью в ПЖ появляется умеренная корреляционная связь – $r=0,7$; $p<0,05$.

Заключение. Таким образом, при трубно-перитонеальном бесплодии активность катепсина D претерпевает определённые изменения. Увеличение катепсиновой активности в сыворотке крови при сохранённой проходимости маточных труб можно объяснить остаточными явлениями воспалительного процесса в тканях яйцеводов, что не наблюдается при формировании гидросальпинксов, т.е. тогда, когда уже закончилась завершающая фаза воспалительного процесса - пролиферативная. Учитывая, что катепсин D принимает участие в процессах воспаления, его повышение можно рассматривать как один из показателей активности воспалительного процесса и в дальнейшем может быть использован как острофазовый показатель.

Снижение активности катепсина D в ПЖ, характеризует его вовлечённость в патогенез развития трубно-перитонеального бесплодия. Это снижение можно объяснить снижением пролиферативной активности эпителиев генитального тракта при воспалении, что может служить неблагоприятным прогностическим фактором для восстановления фертильности, особенно при сформированных гидросальпинксах. Так же снижение катепсиновой активности в ПЖ может характеризовать процессы апоптоза, который, по-видимому, подавлен при воспалении маточных труб, что, однако, требует дальнейшего изучения.

В целом можно констатировать факт, что катепсин D вовлечён в процессы патогенеза трубно-перитонеального бесплодия и в дальнейшем определение его активности может быть использовано как один из диагностических и прогностических критериев.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Клевно М.Е., Баисова Б.И., Штыров С.В.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВа, Москва

Цель исследования: оценить информативность современных методов диагностики причин маточных кровотечений в репродуктивном периоде.

Материалы и методы: Для диагностики причин маточных кровотечений у пациенток репродуктивного возраста, кроме общеклинического и гинекологического исследований, использовались современные методы диагностики: ультразвуковое сканирование органов малого таза абдоминальным и трансвагинальным датчиком с допплерометрией, гидросонография, гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием слизистой матки и морфологическим исследованием соскобов. Обследовано 250 больных в возрасте от 22 до 45 лет. Длительность заболевания (на основании жалоб на нарушение менструального цикла) у исследуемых колебалась

и составляла от 1 до 3 лет – у 49 пациенток, от 4 до 9 лет – у 29, более 10 лет – у 10 больных. Все пациентки предъявляли жалобы на нарушения менструального цикла в анамнезе и(или) при поступлении. Меноррагии наблюдались у 128; метроррагия у 28; менометроррагия у 105 пациенток. У 58 больных в анамнезе отмечена анемия, у 26 при поступлении.

Ультразвуковое сканирование мы выполняли по общепринятой методике на ультразвуковых аппаратах "Siemens" (Германия), "Acuson – 128 xp/4 1000" (Япония) и "Bruel&Kjaer" с использованием трансвагинального датчика 7 МГц и конвексного датчика 3,5 МГц.

Гидросонография выполнялась при необходимости уточнения внутриматочной патологии и проводилась по методике, разработанной в клинике. В качестве контрастной среды использовался стерильный 0.9% физиологический растворе объеме 30-100 мл. Подача жидкостного контраста осуществлялась при помощи эндомата фирмы "Storz". Использовались методики как с обратным током контрастной среды по кубитальному катетеру, так и с дозированной подачей контраста без обратного тока и использованием катетера Фолея 38 и катетера Голштейна фирмы "Cook".

При подозрении на ГПЭ и субмукозную миому матки по данным УЗИ и гидросонографии, пациенткам проводилась гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием с морфологическим исследованием соскобов и при необходимости миомрезекция. Гистероскопия осуществлялась эндоскопическим оборудованием фирмы "Storz" (Германия) по обычной методике. Окончательный диагноз характера патологии эндометрия устанавливался на основании гистологического исследования соскобов слизистой матки и цервикального канала.

Результаты исследования: На основании данных бимануального исследования, нормальные размеры матки определялись у 50 пациенток. Максимальное увеличение матки до 8 недель беременности было выявлено у 47 больных, у остальных 153 размеры матки не превышали 6-7 недель беременности.

Ультразвуковое исследование позволило подтвердить у 200 из 250 и выявить у 25 из 50 наличие миоматозных узлов, но не позволило точно определить тип узлов. У 130 из 225 пациенток диаметр узлов варьировал от 20 до 45 мм, при этом у 8 пациенток интерстициально-субмукозные узлы деформировали полость матки. Аденомиоз был диагностирован у 53 из 250 больных. Эхографическими признаками аденомиоза являются увеличение передне-заднего размера матки, участки повышенной эхогенности в миометрии, небольшие (до 0.2-0.6 см) округлые анэхогенные включения. Однородный эндометрий по данным М-эхо определялся у 64 пациенток, у остальных 186 отмечались изменения структуры и эхогенности эндометрия. При этом эхографические признаки полипов эндометрия в виде округлых, четко отграниченных включений различной эхогенности были идентифицированы у 73 больных.

135 больным произведена гидросонография: из них 62 пациенткам с миомой матки для определения типа узла и дальнейшей тактики ведения; а 73 больным с подозрением на полипы эндометрия при УЗИ с дифференциально-диагностической целью.. Гидросонография позволила уточнить тип субмукозного узла, выявленного по УЗИ. Субмукозные узлы 0-го типа выявлены при ГСГ у 7 обследованных, I типа – у 14 и II типа – у 4 больных. У 37 пациенток с помощью гидросонографии удалось выявить интерстициальные узлы с центрипетальным ростом, не диагностированные при УЗИ. ГСГ позволила оценить глубину ложа интерстициально-субсерозного миоматозного узла, а также уточнить близость интерстициального полюса к полости матки у всех больных.

Из 73 больных с подозрением на полип эндометрия по данным УЗИ у 58 – полипы эндометрия подтвердились, у 12 больных выявлены субмукозные узлы 0 типа., у 3 за полипы были приняты неотторгнувшиеся обрывки эндометрия.

При анализе результатов ГСГ у 53 из 250 больных с аденомиозом, заподозренным по УЗИ, выявлено, что при диффузной форме аденомиоза (33 больных) определялась деформация внутреннего контура, прерывистость базального слоя эндометрия и фрагментированное понижение эхогенности миометрия на границе с эндометрием. Отличительными признаками узловой и очаговой формы аденомиоза являлись отсутствие четких контуров.

Предварительные данные УЗИ и ГСГ у 161 больной позволили заподозрить внутриматочную патологию. Этим больным была произведена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки. Гиперплазия эндометрия в виде утолщенной, неравномерно складчатой поверхности бледно-розового цвета наблюдалась у 48 больных. Полипы эндометрия выявлялись наиболее часто, у 61 обследованной. Всем пациенткам производили прицельную полипэктомию с последующим раздельным диагностическим выскабливанием. В некоторых наблюдениях полипы удалялись путем откручивания и кускования. При фиброзно-железистых полипах эндометрия, особенно локализующихся в области трубных углов, применялись специальные манипуляционные щипцы и ножницы, вводимые через операционный канал гистероскопа. В момент проведения гистероскопии субмукозные узлы 0-го и I типа были удалены механическим или электрохирургическим путем (33). 4 пациенткам с выявленным II типом узлов рекомендована ЭМА. При гистероскопии признаки аденомиоза (эндометриойдные глазки, неровность контуров, разволокненные мышечные волокна) были описаны у 78 пациенток. При гистологическом исследовании соскобов эндометрия ГПЭ подтвердился у всех больных.

Таким образом, всем больным с маточными кровотечениями репродуктивного периода на I этапе показано УЗ исследование органов малого таза, которое позволяет заподозрить или выявить внутриматочную патологию. С дифференциально-диагностической целью для уточнения типа узла и выработки дальнейшей тактики ведения, оценки выраженности аденомиоза целесообразно проведение гидросонографии. Гистероскопия позволяет выявить и проконтролировать полное удаление патологического эндометрия, удалить субмукозный узел и позволяют определить дальнейшую тактику лечения больных (гистерорезекция или эмболизация маточных артерий).

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЯИЧНИКАХ - ОБОСНОВАННАЯ ТАКТИКА ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ АГРЕССИЯ

Клепикова А.А., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии «Росмедтехологии»

В последние годы отмечен прогрессирующий рост числа гинекологических заболеваний, требующих оперативного лечения, особенно среди молодого контингента женщин. Несмотря на то, что большинство отечественных и зарубежных гинекологов придерживаются тактики органосохраняющих оперативных вмешательств у этих больных, до настоящего времени многие клиницисты допускают излишний радикализм по отношению к яичникам даже в случаях доброкачественных опухолей и опухолевидных образований придатков матки, что обусловливает резкое снижение овариального резерва и репродуктивного здоровья женщин.

Целью нашего исследования явилось изучение показаний для проведения резекции яичников, оварио- или аднексэктомии у пациенток, страдающих бесплодием.

Нами были обследованы 112 инфертильных пациенток, ранее перенесшие оперативные вмешательства в объеме резекции яичников, одно- или двусторонней тубэктомии, односторонней оварио- или аднексэктомии. Из общего числа женщин, включенных в исследование, были сформированы две группы. Первую группу составили 39 пациенток с односторонней резекцией яичников, вторую группу - 73 больные, перенесшие одностороннюю оварио- или аднексэктомию. Возрастной состав обследуемых не имел принципиальных отличий.

Из 39 обследуемых первой клинической группы у 21 пациентки резекция одного из яичников проведена в момент одно- или двусторонней тубэктомии по поводу внематочной беременности. У 10 женщин этой группы выполненный объем операции произведен по поводу мелкокистозных изменений яичников, у 5 в связи с диагностируемым тубоовариальным образованием придатков матки, у 4 - с апоплексией яичников. Восьми больным односторонняя резекция яичников была осуществлена по поводу кист (эндометриоидные, фолликулярные и кисты желтого тела). Патологические изменения в удаленных тканях яичника были гистологически подтверждены лишь у 15 больных.

При уточнении показаний к проведению оварио- и аднексэктомии у женщин 2- клинической группы было установлено, что из 73 пациенток этой группы тотальное удаление одного яичника проведено у 3 женщин в момент проведения тубэктомии (по поводу трубной беременности), у 9 - по поводу апоплексии яичника, у 12 - при выявлении тубоовариального образования и у 47 - по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. При гистологической верификации удаленных яичников лишь у 26 больных был подтвержден клинически диагноз (эндометриома, муцинозная киста, яичниковая беременность). У 21 больной оперативное лечение выполнено по поводу функциональных кист яичников (фолликулярная киста, киста желтого тела).

Таким образом, необоснованное расширение объема оперативных вмешательств было зарегистрировано у 61,5% пациенток первой и у 32,9% женщин второй клинической групп.

Отсутствие в настоящее время единых протоколов, определяющих необходимость проведения органосохраняющих оперативных вмешательств на репродуктивных органах, порождает излишний радикализм врачей к расширению объемов операций без соответствующих на то показаний. Такой подход, по-нашему мнению, является необоснованным, особенно по отношению к инфертильным женщинам.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Клочкова Е.А., Пешев Л.П., Фоминова Г.В., Левина М.А.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева»

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) относятся к наиболее частой ургентной патологии в гинекологической практике. В связи с низкой иммунной резистентностью организма женщин в настоящее время, полиморфностью микробной флоры, устойчивостью ее к антибиотикотерапии, до 40% воспалительных процессов внутренних гениталий осложняются абсцессами. Поэтому поиск новых технологий лечения ВЗПМ сохраняет актуальность.

Цель работы. Исследовать эффективность низкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения в комплексной терапии абсцедирующих форм ВЗПМ.

Материалы и методы исследований. Обследованы в динамике лечения 73 больные ВЗПМ, в том числе 58 с абсцедирующими формами воспаления. Изучали анамнез, исследовали ОКА (общая концентрация альбуминов), ЭКА (эффективная концентрация альбуминов), по показателям которых вычисляли индекс токсичности (ИТ) и резерв связывания альбуминов (РСА).

За норму приняты показатели обследования 10 здоровых женщин-добровольцев репродуктивного возраста. Все данные обработаны статистически.

Результаты исследований. Анализ показал, что у больных ВЗПМ при поступлении отмечался высокий уровень эндогенной интоксикации, что подтверждалось снижением ЭКА на 33,6%, уменьшением РСА в среднем на 32,1%, повышением ИТ в 1,4 раза по сравнению с нормой.

В динамике комплексного лечения 58 больных с пиосальпинксами и тубоовариальными абсцессами с включением лазерного излучения параметрами: – 0,89 мкм, Р на выходе световода 2 Вт, t – 120 сек. на каждые придатки одновременно, частотой 0,3 кГц, 1 раз в день; курс 6-8 дней, установлено, что позитивные сдвиги в метаболическом гомеостазе происходили уже после 3 сеансов терапии (в 46,2% наблюдений). Это выражалось в повышении ЭКА в крови в среднем на 30,4%, уменьшении ИТ – на 11,6% ($P < 0,01$).

При анализе клинических результатов отмечено более быстрое, в среднем на 2,5, дня восстановление сна, улучшение настроения, нормализация температуры и показателей клинического анализа крови.

В 38 наблюдениях (65,5%) после полного курса лазеротерапии по данным бимануального и ультразвукового исследований отмечено рассасывание абсцессов, что позволило избежать хирургического вмешательства. Остальным 20 больным в связи с отсутствием эффекта путем оперативного вмешательства произведено удаление абсцессов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о терапевтической эффективности инфракрасного лазерного излучения в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, которое позволяет более, чем в половине наблюдений избежать удаления маточных труб, что имеет важнейшее значение в плане сохранения в последующем репродуктивной функции у молодых женщин.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Козлова М.В., Кулигина М.В., Ярченкова Л.Л., Кадыров Д.К.

Россия, г.Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий»

Россия, г.Иваново, ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Артериальная гипертония (АГ) в силу ее высокой распространенности и большой значимости медико-социальных последствий является одной из ведущих проблем современного здравоохранения (Оганов Р.Г., 2002; Стародубов В.И., 2002). Значительная распространенность факторов риска АГ в популяции приводит к высокой частоте осложнений, обусловливает уровень инвалидности и преждевременной смертности (Жуковский Г.С. с соавт.,1996; Верещагина Г.Н., 1998). К факторам риска АГ относятся поддающиеся изме-

нениям биологические характеристики - модифицированные факторы: стрессы, избыточная масса сахарный диабет, курение, прием алкоголя; не модифицированные факторы: пол, возраст, наследственность, дефицит эстрогенов (Бритов А.Н., 1998; Буганов А.А., 1999; Кочаров А.М., 1997). Для проведения профилактических мероприятий важны модифицированные факторы риска АГ (Мингазетдинова Л.Н., 2000; Моисеев В.С., 2001), немодифицированные факторы риска актуальны в плане прогноза возникновения и прогрессирования заболевания (Кобалава Ж.Д., 2000; Barron S.E., 2002).

Целью исследования явилось определение факторов риска развития и прогрессирования АГ у женщин в постменопаузальный период.

Материалы и методы: В исследование были включены 303 женщины постменопаузального периода: 200 женщин с АГ I-II степени (средний возраст 53±0,3 года) – основная группа, 103 женщины с нормальным уровнем артериального давления (АД) (средний возраст 52±0,4 года) – контрольная группа. Программа исследования включала сбор данных методом анкетирования, документальным методом (выкопировка из первичной медицинской документации), а также антропометрическое исследование с последующим расчетом индекса массы тела (ИМТ).

Результаты исследования. По результатам сравнительной социально-гигиенической характеристики получены следующие данные: среди женщин основной группы по сравнению с женщинами контрольной группы выше удельный вес лиц, имеющих отягощенную наследственность по артериальной гипертонии - 69,5% и 25,5% соответственно ($p<0,05$), отметивших повышенное артериальное давление (выше 140/90 мм.рт.ст.) во время беременности - 59,5 % и 20,5% соответственно ($p<0,05$).

Избыточную массу тела (ИМТ>27) имели 71,5% женщин основной группы и 39,5% женщин контрольной группы ($p<0,05$), повышенный уровень холестерина (выше 5,2 ммоль/л) - 68,5% и 24,5% женщин соответственно ($p<0,05$).

Для женщин с АГ в постменопаузальном периоде характерно значительное отклонение от правильного образа жизни: среди них по сравнению с женщинами без АГ в постменопаузальном периоде больше удельный вес лиц, не соблюдающих режим дня (93,5% против 58,5%, $p<0,05$), не использующих для укрепления здоровья ежедневные пешие прогулки (66,5% против 51,5%, $p<0,05$, занятия утренней гимнастикой (96,0% против 85,0%, $p<0,05$) и оздоровительной физической культурой (98,0% против 90,0%, $p<0,05$), отмечающих наличие малоподвижной деятельности более пяти часов в день (95,5% против 62,5%, $p<0,05$), в т.ч. ежедневный просмотр телевизора в течение более трех часов (73,5% против 52,5%, $p<0,05$).

Женщины основной группы по сравнению с женщинами контрольной группы значительно чаще испытывали психоэмоциональное напряжение (72,5% против 42,5%, $p<0,05$), в том числе при выполнении профессиональных обязанностей (49,5% против 25,5%, $p<0,05$).

Избыточное потребление поваренной соли выявлено у 59,5% женщин основной группы и у 29,5% женщин контрольной группы ($p<0,05$).

Низкая медицинская активность выявлена у 65,5% женщин основной группы и у 40,5% женщин контрольной группы ($p<0,05$).

Среди женщин основной группы по сравнению с контрольной ниже доля лиц, оценивающих собственные материально-бытовые условия как хорошие (30,5% против 38,5%, $p<0,05$), и выше удельный вес, оценивших их как «неудовлетворительные» (7,0% против 1,0%, $p<0,05$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что факторами риска развития и прогрессирования АГ у женщин в постменопаузальный период являются: отягощенная наследственность, повышение АД во время беременности, избыточная масса тела, повышенный уровень холестерина, избыточное потребление поваренной соли, низкая физическая активность и малоподвижный образ жизни, психоэмоциональное перенапряжение и низкая медицинская активность. Принадлежность большинства факторов риска АГ к числу управляемых определяет необходимость разработки профилактических мероприятий у данной категории женщин.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Колесова Т.Е., Синдеева Э.Н., Хамидуллина Р.И.

Россия, г.Пермь, «ГОУ ВПО ПГМА им. Академика Е.А.Вагнера Росздрава»

В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает второе место после воспалительных процессов. Среди женщин старше 35 лет миомой матки страдает 25-30%, и каждая вторая больная отделения оперативной гинекологии подвергается оперативному вмешательству по поводу миомы матки. Сказанное выше заставляет обращать внимание на качество как диагностики, так и диспансерного наблюдения и консервативного лечения миомы матки, как реального пути снижения частоты оперативных вмешательств.

Целью нашего исследования явилось выяснение качества проведения диспансерного наблюдения и лечения пациенток с миомой матки на догоспитальном этапе.

Исследование включало: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, изучение историй 50 больных с миомой матки, поступивших в гинекологическое отделение ККБ г.Перми для оперативного лечения в период с сентября по декабрь 2006 года.

Результаты исследования. Возраст пациенток, поступивших на оперативное лечение колебался от 26 до 55 лет, причем в возрасте до 35 лет миома матки была диагностирована у 24% больных, то есть - у каждой четвертой. На диспансерном учете состояло 74% обследованных. Размеры матки при взятии на учет колебались от 4 до 10 недель беременности. Регулярное диспансерное наблюдение проводилось у 50% женщин, причем 80% больных по данным опроса недооценивали серьезность заболевания.

На проведение лечения на догоспитальном этапе указали всего 50% пациенток; из них – гормональную терапию гестагенами во вторую фазу цикла получали 10% (1-2 курса по 3-6 месяцев), агонистами гонадолиберинов – всего 4%, негормональное лечение (включающее в себя соки, БАД, фитотерапию) эпизодически получали 36%.

Изучение анамнеза прооперированных больных выявило среди возможных этиопатогенетических факторов: указание на наличие миомы матки у ближайших родственников (20%), высокую частоту (74%) агрессивных манипуляций на матке (аборты, диагностические выскабливания), воспалительные заболевания матки и придатков (30%), ВМС (70%), эндокринную патологию (сахарный диабет, эндемический зоб - 10%), соматическую патологию (ГБ, хронический гастрит, хронический холецистит – 20%).

Беременность и роды имели место у всех пациенток. У 50% в анамнезе было 3 и более абортов, а осложненные аборты и роды – у 10% женщин. На вторичное бесплодие указали всего 2 пациентки. Патология шейки матки диагностирована у 22%.

Показаниями к оперативному лечению явились: геморрагический синдром у 37%; болевой синдром у 16%; нарушение функции соседних органов у 3%; быстрый рост у 10%; большие размеры у 9% и сочетание показаний у 29%.

Выполнено 50 операций, из них: надвлагалищная ампутация матки с придатками у 22%, без придатков у 12%; экстирпация матки с придатками у 56%, без придатков у 10%.

Выявлено в ходе операции и после получения гистологического результата сочетание миомы матки с другой патологией: с эндометриозом у 32%, с опухолями яичника у 2%.

Выводы: каждая третья пациентка, прооперированная по поводу миомы матки, не состояла на диспансерном учете, то есть была «беспризорной», а у 50% - диспансеризация носила формальный характер, та как медикаментозная терапия проводилась только 14% пациенток, то есть каждой 7-й женщине.

Среди возможных этиопатогенетических факторов в развитии миомы матки преобладают высокая частота агрессивных манипуляций на матке, внутриматочная контрацепция, воспалительные заболевания.

Основными показаниями к оперативному лечению явились геморрагический синдром и сочетание нескольких синдромов.

Наиболее часто выполняемая операция больным с миомой матки в гинекологическом отделении ККБ – экстирпация матки с придатками - 56% среди всех прооперированных в обследованной группе.

Высокая частота выявления миомы матки у молодых женщин диктует необходимость санитарно-просветительной работы по снижению абортов и воспалительных заболеваний гениталий. Снижение частоты оперативных вмешательств возможно при проведении плановых профосмотров с включением ультразвуковой диагностики для более раннего выявления миомы матки. Диспансеризация не должна быть формальной и включать изучение преморбидных факторов и коррекцию гинекологической и экстрагенитальной патологии. Из бесед с женщинами было выяснено, что диспансеризация носит зачастую формальный характер и заключается только в констатации роста опухоли.

Качество диспансеризации зависит не только от методически грамотного подхода врача, но и его способности донести до пациентки информацию о необходимости регулярного наблюдения и лечения.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Колесова Т.Е., Хренов И.Ю., Жужгова М.П., Мельникова М.Л., Набиюллина Е.В.

Россия, Пермь, «ГОУ ВПО ПГМА им.академика Е.А.Вагнера Росздрава». Пермская Краевая Клиническая Больница.

В иерархии современной медицины лапароскопия как метод диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости, не только занимает одно из ведущих мест, но и представляет наиболее прогрессивное ее звено. Тем более, не оставляет сомнения значимость этого метода в диагностике и лечении женского бесплодия.

Цель исследования: изучение эффективности лапароскопического метода в лечении женского бесплодия.

Материалы и методы: анализ историй болезней, протоколов лапароскопических операций и анкетирования 233 больных с бесплодием, прооперированных в гинекологическом отделении ККБ г.Перми с 1999 по 2004 гг.

Результаты исследования: средний возраст пациенток составил 28,5±3,5 года. В 1-ю группу были включены 100 пациенток с первичным бесплодием, во 2-ю группу - 123 пациентки, страдающие вторичным бесплодием. В структуре вариантов бесплодия, выявленных или уточненных в ходе лапароскопической операции, лидировало бесплодие трубно-перитонеального генеза у 59 (59%) в 1-й группе, во 2-й группе – у 87 (70,7%) больных. На втором месте по частоте было бесплодие трубного генеза: в 1-й группе у 29 (29%), во 2-й группе у 28 (22,5%). Реже встречалось бесплодие эндокринного генеза - у 11 больных (11%) в 1-й группе и у 4-х больных (3,25%) во 2-й группе и перитонеального – в 1% случаев в 1-й группе и в 3,25% - во 2-й группе. Сопутствующая патология матки (миома, эндометриоз) была диагностирована у 17 (17%) больных в 1-й группе и у 10 (8,1%) пациенток во 2-й. Патологические изменения яичников (кисты, СПКЯ, эндометриоз) диагностировались у 41 (41%) больных в 1-й группе и у 31 (25,2%) – во 2-й группе, причем чаще встречались СПКЯ и эндометриоз у больных с первичным бесплодием.

Наиболее частым оперативным вмешательством был сальпингоовариолизис (80%) при первичном бесплодии и (78%) – при вторичном, а также его сочетание с сальпингостомией в 31% случаев в 1-й группе и в 32% во 2-й группе. Оновременно с различными манипуляциями на яичниках сальпингоовариолизис был проведен у 26 больных (20%) в 1-й группе и у 22 больных (17%) во 2-й группе.

Методом анкетирования проанализированы исходы операций у 80 больных (34-х – с первичным бесплодием и 46 – с вторичным бесплодием). В группе с первичным бесплодием беременность наступила у 9 (26,2%), причем у 7 (75%) из них в первые шесть месяцев после операции. В группе больных с вторичным бесплодием забеременели 19 (43%) больных, в первые шесть месяцев – 15 (79%). При анализе историй болезни забеременевших женщин выявлены следующие различия в группах: при первичном бесплодии частота наступления беременности в два раза выше при длительности заболевания не более 5 лет. Следовательно, временной фактор является немаловажным критерием в эффективности лечения бесплодия. При вторичном бесплодии процент забеременевших женщин при длительности заболевания до 5 лет оказался ниже: 41% против 57% в 1-й группе, что может быть связано с маточным фактором в генезе бесплодия, так как в анамнезе у этих больных имеются указания на большое количество абортов и наличие внутреннего эндометриоза. Кроме того, у этой группы больных чаще встречался трубный или трубно-перитонеальный вариант бесплодия с образованием сактосальпинксов: 13% во 2-й группе против 8% в 1-й.

Выводы: в структуре причин как первичного, так и вторичного бесплодия лидирует трубно-перитонеальный вариант. Наиболее частой операцией, выполняемой по поводу бесплодия, является сальпингоовариолизис. Эффективность лапароскопического метода лечения бесплодия выше у больных с бесплодием трубно-перитонеального генеза без образования сактосальпинксов при длительности заболевания не более 5 лет.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ РАСТВОРОВ ГИДРОКСИЭТИЛИРОВАННОГО КРАХМАЛА В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКЦИИ

Комиссарова Ю.В., Кузьмичев Л.Н., Алиева К.У.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий», Россия г. Москва

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) характеризуется как ятрогенное состояние, в основе которого лежит нефизиологический ответ яичников на экзогенное введение препаратов стимуляторов овуляции (Кулаков В.И. и др., 2005).

Впервые СГЯ был описан в конце 1930-х годов при использовании сыворотки жеребых кобыл, и далее изучался как чисто ятрогенное состояние. Однако, до сих пор не найдено реального и эффективного способа снижения риска развития СГЯ. Частота возникновения СГЯ колеблется в широких пределах. Это обусловлено неоднородным контингентом больных, выбором схем стимуляции овуляции и различным отношением к индивидуальному мониторингу индуцированного цикла. По данным литературы доля больных со средней степенью тяжести СГЯ колеблется от 0,005 до 33%, с тяжелой – от 0,008 до 10% (Delvigne A. et al., 2002). По данным Калининой Е.А. частота синдрома гиперстимуляции яичников всех степеней тяжести составляет 22% (средней степени тяжести 13%, тяжелой – 18%). На сегодняшний день синдром гиперстимуляции яичников тяжелой степени остается одним из наиболее опасных, угрожающих жизни пациентки осложнений в программах вспомогательной репродукции.

Цель исследования: изучить эффективность внутривенного введения 6% раствора гидроксиэтилированного крахмала (волювен) для профилактики тяжелых форм синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ) в циклах вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы: в исследование включено 68 пациенток в возрасте от 19 до 32 лет с высоким риском развития синдрома гиперстимуляции яичников. Всем пациенткам стимуляция суперовуляции проводилась препаратами рекомбинантного фолликулостимулирующего гормона на фоне десентизации гипофиза агонистами гонадорелизинг-гормонов, в качестве индуктора овуляции использовали хорионический гонадотропин в дозе 10000 ЕД. Перенос эмбрионов проводили на 3й и 5й день после трансвагинальной пункции яичников, в среднем было перенесено 1,8±0,2 эмбриона. Риск развития синдрома гиперстимуляции яичников оценивали в день трансвагинальной пункции яичников по уровням в плазме крови эстрадиола (Е2) и сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР), соответственно Е2>3500пмоль/л и СЭФР>680пг/мл. Для снижения риска развития синдрома гиперстимуляции яичников пациенткам проводили в/в инфузию 6% раствора волювен (из расчета 20мл/кг веса) в дни назначения «овуляторной» дозы хорионического гонадотропина, трансвагинальной пункции яичников, переноса эмбрионов в полость матки и на 4-й день после переноса эмбрионов в полость матки.

Результаты: синдром гиперстимуляции яичников средней степени тяжести развился у 16 пациенток (10,9%), синдрома гиперстимуляции яичников тяжелой степени не было ни в одном случае. В исследуемой группе частота наступления беременности на перенос эмбрионов составила 38,4% (26пациенток).

Выводы: таким образом, полученные данные предполагают, что применение внутривенных инфузий 6% ГЭК способствует снижению риска развития синдрома гиперстимуляции яичников тяжелой степени тяжести, и тем самым повышает эффективность и безопасность программы экстракорпорального оплодотворения.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Корнеева И.Е., Токова З.З, Медведева Е.Н.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий», г. Орел, ОГУЗ «Орловский родильный дом».

Среди причин, приводящих к бесплодию женщин, преобладает трубно-перитонеальная форма, составляя по данным различных авторов 40-70%. Частота наступления беременности после хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия колеблется от 12 до 60%, что в значительной мере обусловлено совокупностью факторов, влияющих на эффективность, среди которых возраст женщины, длительность заболевания, выраженность анатомических изменений органов маточных труб.

Вместе с тем, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) все шире внедряются в клиническую практику, т.к. позволяют успешно и быстро преодолевать практически любые формы бесплодия, в т.ч. и трубно-перитонеальное. На фоне этой тенденции показания к реконструктивно-пластическим операциям на маточных трубах пересматриваются.

В связи с определенным спектром дискуссионных вопросов о месте хирургического лечения при трубно-перитональном бесплодии, актуальным представляется анализ этого лечения в конкретном региональном лечебном учреждении. Полученные данные позволят оценить реальные результаты эндоскопических операций, выделить наиболее результативные и перспективные из них в плане достижения беременности, а также определить группы больных, для которых лапароскопия может применяться только в качестве хирургической подготовки к ЭКО.

Клинический анализ оказания специализированной медицинской помощи женщинам с трубно-перитонеальным бесплодием в Центре планирования семьи ОГУЗ «Орловский родильный дом» за период с 1998 по 2003 гг. показал, что восстановление репродуктивной функции этих женщин начинали с лапароскопии. В послеоперационном периоде назначали антибактериальные препараты широкого спектра действия в рекомендуемой суточной дозе в течение 4-5 дней.

Раннее восстановительное лечение, включая физиотерапевтическое (ФТЛ) в виде магнитотерапии начинали с 1-2 суток послеоперационного периода, ежедневно проводили по 2 процедуры, на курс лечения - 6 процедур.

Повторный курс восстановительного лечения, направленный на достижение трофического и дефиброзирующего эффектов, осуществляли через 1 месяц в условиях стационара. На время лечения и период последействия ФТЛ все женщины использовали контрацепцию в течение 5-6 месяцев.

После окончания периода контрацепции выборочно проводили дополнительное обследование (ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеросальпингографию) для оценки результатов операций на маточных трубах. Отмена контрацепции и динамическое наблюдение для ожидания наступления беременности в течение 3-4 лет пациенткам с восстановленной проходимостью маточных труб; женщинам с нарушенной проходимостью маточных труб по данным повторной ГСГ проводили повторную лапароскопию.

Беременность наступила у 35,5% женщин. Из них, доля спонтанных беременностей составила 71,8% (27 беременностей), в результате ЭКО- 18,2% (6 беременностей). Наилучшие результаты по частоте наступления беременности (73,5%) достигнуты после выполнения операции сальпингоовариолизиса и сохраненной проходимости маточных труб при 1-2 степени распространения спаечного процесса в малом тазу. Результативность лапароскопического пособия снижается до 25,9% при сочетании его с односторонней сальпигостомией и до 37,5 при выполнении двухсторонней сальпингостомии и 3-4 степени распространения тазовых спаек. Оптимальным периодом ожидания наступления спонтанной беременности являются первые 15 месяцев после окончания лечения.

С целью оптимизации медицинской помощи женщинам с трубно-перитонеальным бесплодием мы усовершенствовали тактику ведения 44 пациенток, обратившихся в Орловский центр планирования семьи и репродукции в 2004-2005 гг.

Профилактику развития послеоперационной раневой инфекции начинали во время лапароскопии, используя антибиотики широкого спектра действия в стандартной дозе при

внутривенном пути введения. В послеоперационном периоде антибиотики не использовали. Повторный курс восстановительного лечения не отличался от аналогичного курса в первой ретроспективной группе. Однако, принимая целесообразность сокращения сроков контрацепции после окончания курса ФТЛ до 1-2 месяцев, а также результаты исследований о максимальной частоте наступления беременностей в течение первых 6-9 месяцев после оперативного лечения, мы уменьшили период использования оральных контрацептивов до 2-х месяцев после окончания курса восстановительного лечения. Дополнительное обследование проводили через 1 месяц после окончания курса ФТЛ, а не через 5-6 месяцев как раньше. Отмена контрацепции и динамическое наблюдение для ожидания наступления беременности не 3-4 года как раньше, а - 1 год. Эффективность восстановления репродуктивной функции, прослеженная в течение 12 месяцев после хирургического лечения составила 34,1%. Доля спонтанных беременностей из числа всех наступивших составила 46,6%, в результате ЭКО – 53,4%.

Рациональное применение метода ЭКО у женщин с 3-4 степенью распространения спаечного процесса в малом тазу позволило добиться не только наступления беременности у каждой второй супружеской пары (53,4%), но и почти в 6 раз сократить сроки лечения (с 6 лет до 1 года), а также отказаться от повторных реконструктивно-пластических операций на маточных трубах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ПАНАВИР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ ЖЕНЩИН

Кортунова В.В., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Цель: изучить эффективность комплексного лечения папилломавирусного поражения шейки матки, влагалища, вульвы с применением препарата «Панавир».

Материалы и методы исследования: проведено комплексное обследование 46 женщин с папилломавирусной инфекцией гениталий, представленных двумя группами: основной (34), где в комплексном лечении применялся препарат «Панавир» и сравнительной (12), где проводилось лечение без использования препарата. Средний возраст обследованных женщин составил 21,3 лет и 20,5 лет соответственно. Клинические проявления папилломавирусной инфекции имели место на наружных гениталиях и шейке матки. Заболевание колебалось от 3 месяцев до 2 лет.

Методы обследования: клинические, бактериоскопические, цитологические, гистологические, метод полимеразной цепной реакции (для выявления инфекций, передающихся половым путем и определения ВПЧ с типированием), эндоскопические.

Результаты и их обсуждения. Набольшее число женщин, как в основной (29 из 46), так и в сравнительной (9 из 12) группах были в возрасте от 18 до 25 лет. Средний возраст обследованных женщин составил 21,3 лет и 20,5 лет соответственно. Из 46 женщин были неработающим 20. Все пациентки предъявляли жалобы на дискомфорт в области наружных гениталий, появление разрастаний в области вульвы, выделения из половых путей с запахом, зуд.

При изучении менструальной функции установлено, что средний возраст начала месячных в основной и сравнительной группе был соответственно12,5 лет и 13 лет. Только 12 из 46 пациенток состояли в браке, остальные вели половую жизнь вне брака. Пациентки, живущие половой жизнью вне брака, имели несколько партнеров, что повышало возможность инфицирования гениталий. Начало половой жизни в той и другой группе было в возрасте от 15 до 25 лет. Не имели беременностей в анамнезе 38 из 46 женщин, беременность закончилась абортом у 5 и родами у 3.

Все женщины в анамнезе имели соматические заболевания, основными из них являются болезни мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта. У всех 46 пациенток остроконечные кондиломы сочетались с вульвовагинитами. Среди других имели место: патология шейки матки - эрозии, цервициты (у 37 из 46 женщин), сальпингоофариты (у 21 из 46).

При осмотре гениталий диагностирована следующая локализация остроконечных кондилом: малые половые губы (33), преддверие влагалища (22), область уретры (19), слизистая влагалища (7), шейка матки (4), При кольпоскопическом исследовании диагностирована незаконченная зона превращения (40). Атипическая зона превращения с участками лейкоплакии диагностирована у 2 пациенток в основной группе.

При бактериологическом исследовании у всех 46 женщин с папилломавирусной инфекцией выявлена сопутствующая микрофлора: хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, кандиды. Диагноз папилломавирусной инфекции подтвержден методом ПЦР, нахождением койлоцитов при цитологическом исследование мазков и гистоморфологическом исследовании.

Для оптимизации лечения папилломавирусной инфекции, нами разработана система диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий представленная тремя этапами. Первый этап - диагностика и лечение выявленной сопутствующей патологии гениталий. Одновременно обследовался половой партнер, и проводилось его лечение. Второй этап - лечение остроконечных кондилом с использованием радиохирургического метода. Данная методика проводилась с помощью радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон». Радиоволновое воздействие производилось однократно. В основной группе, сразу после радиоволновой деструкции применялся противовирусный препарат «Панавир», активной субстанцией которого является растительный биологически активный полисахарид. «Панавир» применялся внутривенно курсом – 5 инъекций (0,004 % раствора 5 мл): 3 инъекции с интервалом 48 часов и 2 инъекции с интервалом 72 часа. Третий этап - рациональное ведение послеоперационного периода с использованием мазей стимулирующих регенерацию тканей, в том числе противовирусных. Общая продолжительность лечения составила 6 недель. Оценка результатов комплексного лечения проводился через 1 и 3 месяца с применением расширенной кольпоскопии, цитологического метода и ПЦР типирования на ВПЧ. Через 3 месяца в основной группе рецидивов не выявлено, в сравнительной – в одном наблюдении возник рецидив, где проведено повторное радиоволновое воздействие.

Заключение: изучение результатов проведенного комплексного лечения папилломавирусной инфекции с использованием препарата «Панавир», подтвердили его высокую эффективность и возможность его широкого применения в практическом здравоохранении.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМИОЗОМ И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ И МИОМА)

Костина М.А., Раскуратов Ю.В., Зубарева Г.М..

Россия, г. Тверь, Тверская государственная медицинская академия

Актуальность. Генитальный эндометриоз в структуре гинекологической заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста занимает по различным данным от 5 до 70% от общего количества гинекологических болезней. Доказано, что у женщин с доброкачественной патологией матки, включая миомы, гиперпластические процессы, аденомиоз имеются существенные изменения липидного обмена. Липиды, являясь структурными составляющими клетки и субклеточных образований, обеспечивают мембранную проницаемость, активацию лизосомальных ферментов, проведение нервных импульсов, иммунологические реакции, процессы пролиферации и регенерации тканей, перенос электронов в дыхательной цепи, светывание крови. Содержание фосфолипидов, фосфоинозитидов и продуктов их метаболизма в крови отражают специфику обменных процессов, происходящих в организме женщин с онкопатологией, т. к. установлено участие инозитсодержещих липидов в переходе клеток к неконтролируемому росту. На основании ранее полученных данных были разработаны методы дифференциальной диагностики заболеваний яичников и матки. Учитывая противоречивость полученных данных в ряде исследований и отсутствие в литературе анализа липидного спектра у больных с аденомиозом и сочетанной патологии матки, нами была проведена представленная научная работа.

Цель настоящего исследования заключалась в том, чтобы выявить особенности липидного спектра сыворотки крови у женщин репродуктивного возраста больных аденомиозом, а также у пациенток с сочетанной патологией матки: аденомиоз в сочетании с миомой и сравнить полученные результаты с группой контроля – здоровыми женщинами того же возраста, что в дальнейшем позволит выработать критерии ранней и дифференциальной диагностики, заподозрить болезнь, а в последствии прогнозировать течение патологического процесса на фоне проводимой терапии.

Материал и методы исследования. Обследованию подверглись 150 женщин репродуктивного возраста. Первую группу составили больные с аденомиозом (55 человек), вторую – женщины с сочетанной патологией матки (60 больных), третья группа была контрольной – здоровые женщины репродуктивного возраста (35 человек). Диагноз эндометриоза матки и миомы устанавливался общепризнанными методами обследования, включавшими в себя анкетно-опросный, бимануальный, трансвагинальное и трансабдоминальное ультразвуковое сканирование, раздельное диагностическое выскабливание в сочетании с гистероскопией и последующим гистологическим анализом. Исследование сыворотки крови проводилось на кафедре общей и биоорганической химии Тверской государственной медицинской академии. Фракционирование общих липидов проводили с использованием тонкослойной хроматографии на селикагеле. Липидный экстракт в объеме 5мл наносили на пластинку с селикагелем. Хроматографирование проводилось в системе растворителей гептан-эфир-этилацетат. Время хроматографирования 60 минут. С помощью цветных тестов, значений Rf, и «свидетелей» были идентифицированы следующие фракции липидов: фосфолипиды (ФЛ), свободный холестерин (СХ), триглицериды (ТГ), эфиры холестерина (ЭХ). Количественное определение отдельных фракций проводили методом сжигания с концентрированной серной кислотой и методом денситометрирования, результаты выражали в мг%. Идентификация фосфолипидных фракций проводилась с помощью неспецифических универсальных реагентов (0,6% раствор бихромата калия в 55% растворе серной кислоты, позволяющей обугливать все имеющиеся на пластинке органические вещества при температуре 1800С в течение 30 минут). Далее на отдельной пластинке проводилась идентификация отдельных фосфолипидов с помощью специфических проявителей.

В проводимом нами исследовании мы получили следующие результаты.

Гиперлипидемия отмечалась в первой группе, которую составляли женщины с аденомиозом, показатель был увеличен в 1,4 раза относительно контроля ($p<0,05$). В группе женщин с сочетанной патологией матки значение общих липидов было наоборот снижено в 1,3 раза по сравнению с показателями третьей группы ($p<0,05$). В первой группе отмечалось увеличение в 1,5 раза количество сфингомиелинов, фосфотидилинозитов, лизофосфотидилхолина. Содержание лизофосфатидилэтаноламина в этой же группе превышало значения контроля в 1,8 раза ($p<0,05$). Минимальные значения фосфотидилхолина были отмечены во второй группе исследуемых больных: 16,19±2,25 мг, что в 2,2 раза меньше чем в контрольной группе и в 2,67 раза меньше чем у женщин с аденомиозом ($p<0,05$). Показатели триглицеридов были увеличены в 1-ой группе в 1,35 раза по сравнению с контролем и в 1,41 раза относительно 2-ой группы ($p<0,05$). Анализ эфиров холестерина показал увеличение результатов в первой группе по сравнению с контролем в 1,3, а по сравнению со второй группой в 1,5 раза ($p<0,05$). Что касается фосфолипидов, то у женщин с аденомиозом их показатель превышал значение контроля в 1,31 раза и в 1,28 раза относительно результатов у женщин с сочетанной патологией.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить более выраженные изменения липидного спектра, начиная с общей гиперлипидемии и включая отдельные фракции липидов, у женщин с аденомиозом по сравнению с группой женщин с сочетанной патологией.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ СОЗРЕВАНИЕМ

Котова С.Ф., Пальчик Е.А., Дуянова О.П.

Россия, г. Орел, Медицинский институт Орловского государственного университета

Становление менструальной функции является интегрирующим показателем состояния репродуктивной системы будущих матерей. В основе многих нарушений в репродуктивной сфере, реализуемых в фертильном периоде, наблюдаются раннее и преждевременное половое развитие в детском возрасте.

Преждевременным половым созреванием называется симптомокомплекс, характеризующийся появлением вторичных половых признаков у девочек до 8 лет. В общей структуре гинекологической патологии ППР составляет 3-4% (Гуркин Ю.А., 2000; Коколина В.Ф., 2006).

Целью настоящего исследования явилось изучение становления менструальной функции у девочек подростков, в анамнезе имевших отклонения в сроках и последовательности появления вторичных половых признаков.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 47 девочек в возрасте 12-17 лет, которое включало ретроспективный анализ течения беременности и родов у матерей пациенток, течение неонатального периода, перенесенные заболевания в раннем детском возрасте. Проспективно оценивалось физическое и нервно-психическое развитие, степень выраженности половых признаков на момент обследования, гормональный профиль и ультразвуковые параметры внутренних гениталий.

ППР центрального генеза было диагностировано у 6 пациенток (12,7%). Наряду с признаками преждевременного полового развития (изолированное телархе, полная форма ППР) у этих больных наблюдалась неврологическая симптоматика, лабильность артериального давления. У 41 девочки отмечена ложная или периферическая форма преждевременного полового созревания, обусловленная автономной продукцией половых гормонов гонадного или надпочечникового генеза, что составило 87,2%. В контрольную группу включены 20 девочек подросткового возраста со своевременным половым развитием.

В результате проведенного исследования установлено, что возраст менархе составил в среднем 11, 6 лет, т.е. раньше, чем в популяции. При этом менархе у девочек с ППР центрального типа наступило в 9,8 лет, при ППР периферического типа в возрасте 11,2 года. В контрольной группе возраст менархе составил 13,4 года. У большинства девочек (n =40) отмечено удлинение сроков становления менструального цикла (87%), у 7 подростков в течение 5 лет наблюдения цикл нерегулярный. Продолжительность менструального цикла варьировала от 62 до 19 дней, при чем у девочек с преждевременным половым созреванием центрального генеза с тенденцией к укорочению, а у пациенток перенесших ППР периферического происхождения к развитию как опсо - так и к пройоменореи. Продолжительность менструации также характеризовалась большой вариабельностью, составляя в среднем 7,8 дня. В подавляющем большинстве случаев отмечено нарушение цикла в виде альгодисменореи (n =36). Необходимо отметить, что в основной группе чаще диагностировались ювенильные маточные кровотечения, гиперполименорея (у 22% против 12% в контрольной группе).

Концентрация стероидных и пептидных гормонов в крови девочек на момент обследования не отличалась от средних показателей за исключением 2 пациенток с полной формой изосексуального полового развития на фоне церебральной патологии. Формула полового развития у девочек 14 лет составила 10,7 балла (в контрольной группе – 7,8 балла). У 17-летних подростков половая формула соответствовала средним показателям, однако нарушения менструальной функции наблюдались значительно чаще (у 32% против 12% у девушек контрольной группы).

При ультразвуковом исследовании тазовых органов значительное отклонение от средних показателей наблюдалось у пациенток с полной формой раннего и преждевременного полового развития. У 24% девочек подросткового возраста, в анамнезе имевших ППР, отмечалось увеличение среднего объема яичников, большое количество фолликулов, персистирующие ретенционные образования яичников.

Таким образом, установлены значительные отклонения в менструальной функции девочек подросткового возраста, перенесших различные формы преждевременного полового развития, уточнена структура генитальной патологии в подростковом возрасте, выявлена тенденция к удлинению менструального цикла, формированию ановуляторных менструальных циклов. На основании полученных данных разрабатывается программа рациональной терапии и профилактики генитальной патологии у девочек с нарушением полового развития.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кох Л.И., Дорош Т.Н., Балакшина Н.Г.

Россия, г. Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава? Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Опущения и выпадения половых органов являются актуальной проблемой современной гинекологии. Согласно литературным данным ее частота варьирует в пределах 15-30 %. Более того, в структуре плановых показаний к оперативному лечению выпадение матки и влагалища занимает третье место, уступая доброкачественным опухолям и эндометриозу.

Пролапс гениталий - заболевание полиэтиологичное. В его основе лежит дистрофия и несостоятельность связочного аппарата матки и тазового дна, повышенное внутрибрюшное давление. К несостоятельности тазового дна и диафрагмы приводят травма в родах, эстрогенная недостаточность, возрастные изменения структуры мышечной и соединительной ткани, некоторые экстрагенитальные заболевания, наследственные факторы, неблагоприятные социальные условия. В генезе выпадения половых органов и недержания мочи решающая роль принадлежит не только общему количеству родов, но и особенностям их течения.

Наиболее частыми жалобами больных пролапсом внутренних половых органов являются: ноющие боли внизу живота, ощущение тяжести внизу живота нарушение сексуальной функции, чувство инородного тела во влагалище, не удержание мочи при физической нагрузке, кашле, чихании.

Основная цель лечения пролапсов – ликвидировать не только основное заболевание, но и корригировать нарушения со стороны половых органов, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки и тазового дна. Патогенетически обоснованным методом лечения выпадения женских половых органов следует считать хирургическое вмешательство.

С целью выявления особенностей оперативного лечения, в зависимости от степени, причины опущений половых органов нами проведен ретроспективный анализ 142 историй болезни с данной патологией у женщин в возрасте от 31 до 74 лет.

Изучались следующие параметры: возраст, особенности менструальной, детородной функции, экстрагенитальная и генитальная патология. Обращалось внимание на место проживания, вид деятельности (тяжелый или легкий труд), образ жизни, степень и длительность опущения внутренних половых органов до момента поступления на оперативное лечение.

Результаты: все пациентки были разбиты на группы в зависимости от степени опущения половых органов: I-я -10 (7, 04%), II-я –73 (51,4%), III-я -29 (20,4%), IV-я - 30 (21,1%).

Средний возраст обращения женщин I группы составил 44,2 года, во II-ой - 55,4, в III-ей - 49,4 и в IV-ой - 60,1.

Средний возраст начала заболевания у пациенток I группы был - 43,3 года, во II-ой - 46,6, в III-ей - 42,7 и в IV-ой - 48,8.

Продолжительность этой патологии от начала установления диагноза до оперативного лечения выглядит следующим образом: в I группе - 6,8 лет, во II - 7,9 лет, в III – 9, в IV - 10,1.

Анализ репродуктивной функции женщин показал, что у пациенток I группы среднее количество родов было 2,4; во II-ой – 2,3; в III-ей - 2,6 и в IV-ой - 2,7. Роды сопровождались травмой промежности в I группе – в 40 % случаев, во II-ой – в 37,1 %, в III-ей - в 42,6%, IV-ой – в 20%. Среднее количество абортов в этих группах было 3,1; 6,2; 4,7 ; 7,4 соответственно.

Место жительства и вид трудовой деятельности представлены следующим образом: городских жительниц в I –ой группе наблюдалось 70 %, во II –ой - 54,8 %, в III –ей - 48,3

%, в IV –ой - 30 %; сельских: 30 %, 45, 2 %, 51,7 %, 70 % соответственно. Женщин занятых легким трудом в I группе было 60 %, во II-ой -31,5 %, в III-ей – 10,3 %, в IV-ой -24,6 %; тяжелым: в I –ой - 40 %, во II –ой - 68,5 %, в III-ей – 89,7 %, в IV– ой - 90 %. Следовательно, место жительства не имеет существенного значения и не сказывается на данной патологии, в то время как у женщин всех групп превалирует тяжелый физический труд.

Соматическая патология у наших пациенток представлена разнообразной нозологией. Все пациентки имели два и более экстрагенитальных заболевания, из которых наиболее распространенными являются сердечно-сосудистые (59,2%), заболевания ЖКТ (56,3%), урологическая патология (33,8%), варикозная болезнь (28,2%).

Гинекологические заболевания представлены следующим образом: миома матки (35,9%), хронические воспаления придатков (26,8%), заболевания шейки матки (16,9%).

Основным методом лечения опущения и выпадения половых органов на сегодняшний день является хирургический, поскольку консервативные не дают стойкого положительного эффекта и не приостанавливают прогрессирование процесса. Так из 142 пациенток использовали пессарии 9,2 %, делали гимнастику на укрепление мышц промежности 2,8 %. Однако заболевание усугублялось, ухудшало качество жизни, в связи с чем пациентки были направлены на оперативное лечение в гинекологический стационар ОКБ.

Всем больным постменопаузального возраста проводилась местная предоперационная подготовка мазевыми тампонами с эстрогенами, продолжительностью от 2 недель до 2-3 месяцев. Такая подготовка снижает частоту дизурических нарушений, способствует уменьшению кровопотери во время операции, а также улучшает процесс заживления в послеоперационном периоде.

Было прооперировано 137 (96,5%) пациенток с опущениями и выпадениями половых органов различной степени выраженности. Две женщины отказались от операции, трем - отказано в оперативном лечении в связи с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Объем хирургического лечения следующий: влагалищная экстирпация матки с передней, задней кольпоррафией и леваторопластикой -51 (37,2%); передняя, задняя кольпоррафия с леваторопластикой -34 (24,8%); ампутация шейки матки в сочетании с передней, задней кольпоррафией и леваторопластикой -32 (23,4%); операция по Нейгебауэру-Лефору -11 (8 %). В связи с наличием миомы матки, кист яичников больших размеров у 5 (3,6 %) женщин произведена ампутация матки (с придатками или без придатков) с фиксацией связок; укрепление фиксирующего аппарата (кардинальных связок) в сочетании с передней, задней кольпоррафией и леваторопластикой - 4 (3 %).

Таким образом, основной объем хирургического лечения - влагалищная экстирпация с передней, задней кольпоррафией и леваторопластикой.

Послеоперационный период протекал без осложнений в I группе в 100 % случаев; во II-ой - у двух пациенток отмечены дефекты шва, у трех обострение хронических заболеваний; в III-ей - у двух обострение хронических заболеваний, у одной кровотечение; в IV -ой - послеоперационный период у трех пациенток осложнился обострением хронических заболеваний.

При гистологическом исследовании операционного материала получены следующие данные: склероз/фиброз – 55 (49,1%); лимфоидная инфильтрация – 38 (34%); признаки хронического воспаления у 19 (17%);гистологическая картина соответствует возрасту – 25 (18,2%)

Заключение: таким образом, опущения и выпадения внутренних половых органов различной степени выраженности довольно часто встречаемая патология, которая манифистирует в репродуктивном возрасте. К причинам ее возникновения можно отнести роды, родовой травматизм, большое количество абортов, тяжелый физический труд. Высокая частота запущенных форм ОВПО обусловлена поздней обращаемостью, что увеличивает объем оперативного вмешательства.

МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ «ОСТРОГО ЖИВОТА», ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Кох Л.И., Содномова Н.В.

Россия, г. Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

Несмотря на успехи профилактики и терапии гинекологических заболеваний, вопросы оказания скорой помощи при острых заболеваниях не теряют актуальности. «Острый живот» - понятие собирательное. Под этим названием объединяются остро возникающие патологические процессы в брюшной полости различные по этиологии и клиническому течению. К одному из заболеваний группы «острого живота» относится апоплексия яичника. В структуре острых гинекологических заболеваний апоплексия яичника занимает третье место и составляет 17,1%. В последнее время отмечается рост числа пациенток с данной патологией. Клинические проявления апоплексии близки к внематочной беременности и аппендициту, что создает известные трудности в постановке правильного диагноза и требует госпитализации пациентки в стационар для проведения дифференциальной диагностики и определения дальнейшей тактики ведения.

Цель исследования – определить методы дифференциальной диагностики при различных формах апоплексии яичника.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 пациенток с установленным диагнозом апоплексия яичника. Диагноз установлен на основании клинико-анамнестических, ультразвуковых, операционных и морфологических заключений. В зависимости от формы апоплексии яичника были сформированы две группы: первая – болевая (n=60), вторая – геморрагическая (n=40). Статистическую обработку достоверности различий производили при помощи точного теста Фишера. Статистически значимыми считали отличия с $P<0,05$.

Результаты исследования. Болевая форма апоплексии яичника составила 60,0%, геморрагическая – 40,0%. Средний возраст пациенток был 23,6±5,4 года. Болевая форма апоплексии правого яичника наблюдалась в 68,3% случаев, левого - в 31,7%, геморрагическая соответственно в 62,5% и в 37,5% случаях. Менструальный цикл был регулярным, соответственно в 81,7% и 72,5%.

При поступлении почти все обследованные жили половой жизнью (98,3% в 1-ой группе, 97,5% - во 2-ой). Беременности имели 45,8% пациенток 1-ой группы и 56,4% - 2-ой, из них роды соответственно 5,1% и 7,7%, роды и медицинский аборт 5,1% и 23,1% ($P <0,01$), медицинский аборт 25,4% и 15,4% ($P <0,01$), самопроизвольный выкидыш 10,2% и 5,1%, внематочная беременность 0% и 5,1%.

Различными методами контрацепции пользовались 67,8% женщин 1-ой группы и 84,6% - 2-ой ($P <0,05$): презерватив 50,0% и 75,8% ($P <0,05$), прерванный половой акт 22,5% и 15,2%, различные спермициды 7,5% и 9,0%, КОК 20,0% и 0% ($P <0,05$).

Анализ соматического анамнеза выявил, что 61,7% пациенток 1-ой группы и 60,0% - во 2-ой имели те или иные экстрагенитальные заболевания (хронический пиелонефрит, цистит, хронический холецистит, НЦД по гипотоническому типу, НЦД по гипертоническому типу), ЧМТ перенесли соот-

ветственно 73,0% и 41,7% (Р <0,05), оперативные вмешательства на органах малого таза 50,0% и 45,0%.

Гинекологические заболевания перенесли 60,0% обследованных в 1-ой группе и 70,0% - во 2-ой. На первое место вышли - воспаление придатков 63,9% и 53,6%, кисты яичников 26,7% и 21,4% (Р <0,05). Ранее апоплексию яичников перенесли 14,0% женщин в 1-ой группе и 17,9% во - 2-ой, из них болевая форма составила соответственно 5,6% и 0%, геморрагическая 8,4% и 17,9%.

Основной жалобой независимо от формы заболевания явилась боль внизу живота. Болевой симптом возник в покое у 38,3% женщин в 1-ой группе и у 47,5% во 2-ой (Р <0,05), после полового акта соответственно - 21,7% и 37,5% (Р <0,05), физической нагрузки - 20,0% и 10,0%, акта дефекации - 10,0% и 5,0%, эмоционального стресса -10,0% и 0% (Р <0,05).

При поступлении в стационар состояние пациенток независимо от формы заболевания было расценено как удовлетворительным, АД колебалось в пределах 100/70-130/80 мм.рт. ст., пульс 78-100 уд. в мин. Осмотр живота выявил его болезненность в нижних отделах во всех случаях, перитониальные симптомы были положительными в 11,7% в 1-ой группе и в 55,0% - во 2-ой (Р <0,05).

Двуручное исследование выявило пастозность на стороне поражения у 53,3% обследованных в 1-ой группе и у 72,5% во 2-ой (Р <0,05), болезненное образование в диаметре 4-5 см соответственно в 43,3% и в 27,5%, болезненность при тракции за шейку матки в 41,7% и 80,0% (Р <0,05), нависание сводов влагалища только во 2-ой группе - 30,0% (Р <0,05).

Для верификации диагноза 100% пациенткам 1-ой группы и 75,0% - 2-ой проведено УЗИ гениталий. По данным эхографии диагноз апоплексия яичника (нечеткость контуров придатков, с наличием жидкости в их области) установлен в 30,0% случаев 1-ой группы и в 23,3% - 2-ой, апоплексия кисты яичника (гипоэхогенное образование в диаметре 20-30 мм) соответственно в 26,7% и в 60,0% (Р <0,05), подозрение на внематочную беременность в 1,6% и в 10,0%, признаки оофорита в 5,0% и в 3,3%, патологии не найдено в 10,0% и в 3,3%; мультифолликулярные яичники в 5,0% и киста яичника с признаками кровоизлияния (гипоэхогенное образование в диаметре 20-30 мм, с мелко - или среднедисперсным содержимым) выявлена в 21,7% только в 1-ой группе (Р <0,05). У всех больных при ультразвуковом исследовании выявлена свободная жидкость в малом тазу.

С дифференциально-диагностической целью 40,0% больным 1-ой группе и 70,0% - 2-ой проведен кульдоцентез. У пациенток 1-ой группы в 12,5% случаев пунктат не получен, в остальных - получена серозно-геморрагическая жидкость в различных объемах: в 16,7% - 5 мл, 12,5% - 10мл, в 25,0% - 20 мл, в 33,3% свыше 20 мл. У больных 2-ой группы в 100% получена кровь.

На основании полученных данных правильный диагноз был установлен у 95,0% обследованных 1-ой группе и у 77,5% - 2-ой (Р <0,05). В остальных случаях конкурировали диагнозы внематочная беременность, острый аппендицит, обострение хронического сальпингоофорита. Окончательный диагноз верифицирован во время оперативного вмешательства. Диагностическая лапароскопия для исключения острой хирургической патологии проведена 5,0% пациенткам с болевой формой апоплексии яичника, во всех случаях выявлена стигма овуляции. Во 2-ой группе диагностическая лапароскопия с переходом в лечебную проведена 22,5% обследованных. Во всех случаях выставлен диагноз разрыв кисты яичника и произведена ее энуклеация.

Таким образом, в комплексном обследовании женщин с различными формами апоплексии яичника для постановки правильного диагноза помимо клинико-анамнестических данных необходимо включать кульдоцентез, УЗИ органов малого таза, диагностическую лапароскопию.

СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кравченко Е.В., Коваль И.П.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет МЗ РФ», кафедра акушерства и гинекологии

Цель настоящего исследования заключалась в изучении особенностей соматического здоровья у девушек-подростков в период реабилитации репродуктивной функции после прерывания беременности в позднем сроке. Под наблюдением находилось 55 обследованных в возрасте от15 до17 лет. У девушек-подростков каких-либо жалоб не было. Отягощенная наследственность по лини матери определялась у 9 (33,3%) и по линии отца – у 8 (29,6%), двусторонняя отягощенность наследственности – у 10 (37,1%).Период грудного возраста характеризовался ранним искусственным или смешанным вскармливанием у 12 (21,8 %) детей, «фоновой» патологией (рахит, дистрофия, аномалии конституции, железодефицитная анемия, энцефалопатия и др.) у 20 (36,7 %), нарушениями физического развития у (32,7 %) и нервно-психического развития у 11 (20,0 %) детей. В раннем возрасте 10 (18,2 %) детей страдали частыми (3 и более заболеваний в год) острыми заболеваниями органов дыхания (ОРЗ, острые ларингит, бронхит, пневмония и др.), 12 (21,8 %) - «фоновой» патологией (рахит, дистрофия, железодефицитная анемия, аномалии конституции, энцефалопатия и др.). 25 (45,5 %) детей имели отклонения в физическом развитии и 5 (9.1 %) детей - в нервно-психическом развитии. В дошкольном возрасте у 13 (23.6 %) детей наблюдался высокий инфекционный индекс. В школьном возрасте полостным хирургическим вмешательствам девочки и девочки-подростки не подвергались. Вредные привычки также формировались в этом возрасте. Табакокурением занимались 14 (25,4 %) и склонность к частому употреблению спиртного имели 6 (10,9 %) девушек. Случаев токсикомании и наркомании не выявлялось.

Социальный анамнез у девушек-подростков указывал на ряд неблагоприятных факторов их жизни. Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия были установлены у 9 (16,4 %) и низкое материальное обеспечение наблюдалось у 11 (20,0 %). Дошкольные образовательные учреждения посещали 48 (87,3 %) детей, а неорганизованный контингент представляли 7 (12.7 %) детей. Из семей служащих было 28 (50,9 %) наблюдаемых, из семей предпринимателей - 6 (10,9 %) и из семей рабочих - 21 (38,2 %) пациентка.

В средних и высших образовательные учреждения обучалось 39 (70,9 %) обследованных. Из них 26 (66,6 %) девочек и девушек-подростков посещало общеобразовательные школы, 7 (17,9 %) - средние профессиональные учреждения. 6 (15,4 %) девушек обучались в ВУЗзах.

Аллергологический анамнез у 23 (41,8 %) обследованных характеризовался наличием различных аллергических заболеваний в различные периоды их роста и развития. Повышенную чувствительность к пылевым аллергенам проявляли 4 (14,8 %) пациенток, к пыльцевым аллергенам - 3 (11,1 %), к эпидермальным аллергенам - 7 (25,2 %), к пищевым аллергенам - 3 (11.1 %) и к химическим - 10 (37,0 %) обследованных. Поливалентной аллергии не отмечено.

Эпидемиологический анамнез отличался наличием эпидемиологического неблагополучия у 19 (34.5 %) пациенток. Несоблюдение календаря прививок выявлялось у 5 (9.1 %) наблюдаемых. Постоянный контакт с больными хронической инфекцией (туберкулёз, хроническая кишечная инфекция и др.) имели 8 (14,5 %) девочек-подростков. ВИЧ-инфекции у них не регистрировалось.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ.

Кравчук Т.А., Наумова В.Я., Кравчук Е.А.

Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Эндометриоз относится к наиболее распространенным гинекологическим заболеваниям. В последнюю четверть XX века наметился повсеместный рост частоты этой патологии, в связи, с чем ее стали рассматривать в качестве новой болезни цивилизации и назвали «эндометриоидной болезнью».

Эндометриоз является вторым по частоте заболеванием репродуктивных органов, вызывающим бесплодие, боль, изнуряющие маточные кровотечения, поражение экстрагенитальных органов, депрессию. Являясь дисгормональным гиперпластическим процессом, эндометриоз зачастую приобретает черты, сходные с распространением раковой опухоли. Поздняя диагностика, запущенные формы заболевания приводят к радикальным операциям, становятся причиной тяжелых нарушений репродуктивного здоровья женщины.

Результаты многочисленных исследований, касающихся эндометриоза, выполненных в последние тридцать лет, достаточно корректно доказали возможности и пределы хирургического и консервативного ведения больных генитальным эндометриозом.

Четко определены критерии и новые подходы к верификации диагноза. Это позволило разработать патогенетически обоснованный лечебно-диагностический комплекс мероприятий (протокол) ведения больных генитальным эндометриозом, ассоциированным с бесплодием.

Несмотря на отсутствие убедительных данных о патофизиологии эндометриоза как «загадочного феномена», о вовлечении разнообразных факторов в патогенез заболевания, в последние десятилетия привлекают все большее внимание возможности использования антигормонов (агонистов гонадолиберина) на различных этапах ведения данного контингента больных.

Актуальность. Разработка вопросов консервативной терапии эндометриоза и реабилитации репродуктивного здоровья имеет особое значение для женщин, страдающих бесплодием.

В связи с выше изложенным целью исследования явилась оценка репродуктивного здоровья женщин с генитальным эндометриозом, страдающих бесплодием при использовании патогенетически обоснованного алгоритма ведения больных.

Материалом послужили 190 больных различными формами генитального эндометриоза от 19 до 46 лет, страдающие бесплодием.

Методы исследования. В соответствии с целью исследования все больные подверглись госпитализации и диагностической лапаро – гистероскопии с гистологическим исследованием материала для уточнения диагноза.

Изучались иммунограмма, гормональный профиль, маркеры костной резорбции, денситометрия, а также ультразвуковое сканирование в динамике менструального цикла.

В исследование включено использование 3х-этапного комплекса лечебно-диагностических мероприятий. I этап – хирургическая и патоморфологическая верификация диагноза с элементами лечебного воздействия (резекция, коагуляция очагов, разъединение спаек). II этап – 6-месячная базовая комбинированная фармакологическая терапия: угнетение функции гипофиза и яичников агонистами гонадолиберина (диферелин, люкрин-депо), «add-back» терапия побочных эффектов (климадинон), специфическая иммуномодуляция (галавит), рассасывающие компоненты: системная энзимотерапия (вобензим), лонгидаза, по показаниям – антиостеопоретические препараты (фосамакс, бивалос, бонвива).

На данном этапе завершилось обследование и коррекция нарушений в бесплодной супружеской паре.

Гормональные пробы и УЗИ-исследование на 3-м, 6-м месяце лечения и после завершения курса терапии.

При восстановлении фертильности использовали эффект десенситизации гипофиза, вызываемый аналогами гонадолиберина. Ведение наступившей беременности и родов осуществляли в Республиканском перинатальном центре.

III этап – длительная поддерживающая противорецидивная терапия после завершения родов и лактации (одновременно контрацепция).

Использовался строгий подбор фармакологических средств с антипролиферативным действием: комбинированные эстроген-гестагенные препараты Жанин, Ярина, внутриматочная система «Мирена». Для устранения побочных эффектов в качестве «add-back» терапии использовался Мастодинон.

Результаты исследования. Период наблюдения составил 5-10 лет. В результате использования высокоэффективных фармакологических средств в большинстве случаев наступило купирование и регрессия очагов эндометриоза, в 86% случаев (163 супружеских пар) наступила беременность, завершившаяся рождением здоровых детей с оценкой по АПГАР 7 - 9 баллов.

Созданный 3-х этапный комплекс лечебных мероприятий позволил получить наилучшие результаты с сохранением репродуктивного здоровья, высоким качеством жизни, длительным периодом ремиссии эндометриоза. В случаях восстановления фертильности после рождения ребенка мы не наблюдали рецидивов заболевания на протяжении 10 лет.

Заключение. Таким образом, использование аналогов гонадолиберина при лечении генитального эндометриоза, ассоциированного с бесплодием, является методом выбора. Строгое поэтапное выполнение лечебно-диагностических мероприятий у больных генитальным эндометриозом позволяет обойтись без радикальных операций, сохранить репродуктивное здоровье, на долгие годы устранить рецидивы заболевания и сохранить качество жизни.

ГИДРОСОНОГРАФИЯ- МЕТОД ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ.

Краснова И.А., Калмыкова Н.В., Бреусенко В.Г., Затонских Л.В., Головкина Н.В., Кулешов А.Н.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ

С целью оптимизации диагностики маточного и трубно-перитониального фактора бесплодия обследовано 458 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет.

Материалы и методы. С предполагаемой внутриматочной патологией обследовано 233 пациенток, с подозрением на трубно-перитониальный фактор бесплодия- 225 больных. УЗИ и гидросонография проводились на ультразвуковых аппаратах “Acuson”128xp/4, “Technos MP” Esaote и Voluson 730. Для диагностики проходимости маточных труб перед исследованием за 40-60 минут проводилась премедикация (атропин 0,1%- 1,0 в.м. или но-шпа 2,0 в.м.) с целью снятия спазма с устьев маточных труб и внутреннего зева. Оценка трубно-перитониального фактора бесплодия при ГСГ осуществлялась по методике без обратного тока жидкостной среды при помощи специальных баллонных катетеров и автоматической подачи жидкостного контраста. Для введения контрастной среды использовалась помпа Hamou Endomat (“Karl Storz”, Германия), которая обеспечивала непрерывную подачу жидкостного контраста с постоянными показателями скорости (50-100 ml/min) и давления (200-300 mmHg). В

качестве контрастной среды использовался стерильный физиологический раствор 0,9%. Небаллонные катетеры использовались при методике с обратным током контраста (217). Оценка состояния маточных труб проводилась по балльной шкале, которая основана на следующих эхографических признаках: накоплении свободной жидкости в позадиматочном, периовариальном и пузырно-маточном пространствах, выявлении турбулентного движения жидкости и пузырьков воздуха, визуализации просвета маточной трубы и различных ее отделов. Кроме того, мы учитывали кинетические показатели подачи жидкостного контраста (постоянные скорость и давление). Достоверно проходимой маточная труба была, когда сумма баллов составляла 40-78 баллов, вероятно проходимой- от 20 до 38 баллов, при сумме баллов 10-20- маточная труба оценивалась как непроходимая. Результаты гидросонографии сопоставлялись с данными гистероскопии и морфологического заключения при указаниях на внутриматочную патологию и при трубно-перитонеальном факторе бесплодия - с лапароскопией и ХСС.

Результаты. Трубный фактор бесплодия при ГСГ был исключен у 161 пациентки на основании следующих эхо-признаков: накопления контраста в позадиматочном, пузырно-маточном и периовариальных пространствах, визуализации маточных труб средней эхогенности на всем протяжении, отсутствия дилятации просвета в момент пассажа контраста, регистрации турбулентного движения жидкости, визуализации пузырьков воздуха в брюшной полости, а также постоянных показателей подачи контраста по эндомату. Эхо- признаками окклюзии маточных труб в дистальном отделе у 26 больных было скопление гипоэхогенного содержимого в просвете маточной трубы в различных срезах сканирования. У 4 пациенток при ГСГ выявлена облитерация маточных труб на уровне устьев. Вероятные заключения исследования (20-38 баллов) были получены у 34 больных. Сопоставить результаты ГСГ и лапароскопии, ХСС мы смогли у 54 пациенток: у 12 больных с достоверными заключениями, у 18- с вероятными результатами ГСГ и у 24- с непроходимыми маточными трубами. Данные исследования относительно состояния маточных труб были подтверждены у 46 из 54 больных, ложно- положительные заключения были у 5, ложно-отрицательные- у 3. В различные сроки после ГСГ (2-9 месяцев) у 21 пациентки наступила самопроизвольная беременность. У всех 21 больной по данным ГСГ маточные трубы были проходимы, спаечные процесс в малом тазу выявлялся у 9 из них. Трубная беременность возникла у 4 обследованных: у 3- с достоверно проходимыми маточными трубами и спаечным процессом, выявленном при ГСГ, у 1- с вероятным заключением гидросонографии. Спаечный процесс в малом тазу был заподозрен у 124 из 225 обследованной, у 87 из 161 пациентки с проходимыми маточными трубами. Гиперэхогенные линейные образования между различными структурами малого таза (септы) на фоне свободной жидкости свидетельствовали о дистанционных спайках. Дистанционные спайки имели различную форму: линейную, раздваивающуюся, в виде веера, мелких штриховых включений и т. д. Ложноотрицательные результаты у 3 больных были обусловлены пленчатыми сращениями, заподозрить которые можно было при наличии гиперэхогенных включений с дистальной акустической тенью по краю близлежащих органов. Периовариальные спайки при ГСГ определялись в виде гиперэхогенных точечных или штриховых включений 2-3мм по периферии или в структуре яичника. Сопоставив результаты ГСГ и лапароскопии, спаечный процесс был подтвержден у 29 больных, гипердиагностика выявлена у 4 пациенток, у 3 больных данные ГСГ оказались ложно-отрицательными, отсутствие спаечного процесса было выявлено у 8 больных. В 10 из 54 исследованиях мы оценивали диагностические возможности эхографии в оценке спаечного процесса в малом тазу в условиях отсутствия гидроперитонеума.

ГСГ позволила выявить полипы эндометрия у 29 пациенток, внутриматочные синехии- у 27 пациенток, железисто-кистозной гиперплазию эндометрия - у 18 больных, аденомиоз- у 18 больных, уточнить тип и локализацию субмукозной миомы матки- у 77. Для выбора метода лечения и операционного доступа миомэктомии у 21 пациентки с интерстициальными и интерстициально-субсерозными узлами при ГСГ оценивалась близость медиального полюса узла к полости матки, а также глубина и размер ложа. При ГСГ пороки развития матки были диагностированы у 30 из 32 пациенток, у 1 больной был выявлен полип эндометрия и у 1- субмукозный узел 10-11-9мм в диаметре. Полное удвоение матки при ГСГ было выявлено у 4 пациенток. Полное удвоение матки было диагностировано на основании 2 эхо- признаков: наружный контур матки определялся в виде 2 полусфер, а так же визуализировались 2 равнозначные полости, которые были сформированы одинаковыми по толщине стенками маток. Кроме того, полости маток не имели обычной треугольной формы, и в каждой был выражен только один маточный угол. Двурогая матка при гидросонографии выявлена у 6 пациенток. Наружный контур матки в поперечной проекции сканирования был без четкой инвагинации. При введении контраста одновременно дилятировались две полости матки, толщина стенок была различная, а не одинаковая, как при полном удвоении матки. Полная перегородка в матке была диагностирована при ГСГ у 6 пациенток. У 4 пациенток она определялась в виде мышечного тяжа, у 2 больных - была представлена фиброзной тканью. Неполная перегородка в матке во время ГСГ была исключена у 5 обследованных, у 1 пациентки диагностирован полип эндометрия, у 1- субмукозный узел 15-12-12мм и у 3- седловидная матка. Определяющими эхографическими признаками неполной перегородки, которая была выявлена у 3 пациенток, являлась: локализация в дне, треугольная форма и эхогенность, идентичная миометрию или фиброзной ткани. При поперечном сканировании у 10 больных с седловидной маткой отмечалось увеличение поперечного размера в области дна, и при инсуфляции полости хорошо просматривались удлиненные до 15-20мм интерстициальные отделы маточных труб. У 1 больной при ГСГ был выявлен рудиментарный рог матки, который визуализировался как выбухание в области маточного угла по эхогенности, идентичное миометрию, при контрастировании которого отчетливо определялась полость. ГСГ позволила исключить внутриматочную патологию у 11 из 233 больных.

Таким образом, чувствительность ГСГ в диагностике проходимости маточных труб составила 92,7%, специфичность-85,3%. ГСГ значительно расширяет диагностические возможности ультразвукового метода исследования в диагностике спаечного процесса в малом тазу: чувствительность метода составила 90,6 %, специфичность 66,7 %. Диагностика патологии эндометрия, субмукозной миомы матки и внутриматочных синехий по данным ГСГ составила 92%- 100%, диагностика аденомиоза и пороков развития матки- 86%-89,5% соответственно.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД

Куевда Д.А.[1], Шипулина О.Ю.[1], Минкина Г.Н.[2] Пиксасова О.[1]

[1]- Россия, Москва, ФГУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора
[2]- Россия, Москва, ГУ Московский Государственный Медико-стоматологический Университет

Введение. Общепринятым и широко распространенным на сегодняшний день методом выявления цервикальной онкологической патологии является цитологический ана-

лиз мазка. Однако, длительный опыт его использования в России, Белоруссии и ряде других стран мира показал, что данный метод не лишен ряда существенных недостатков. К ним могут быть отнесены в сложность исполнения, необъективность трактовки результатов, сложность стандартизации и высокие требования к квалификации врача-цитолога. В конечном итоге результатом этого становится низкая воспроизводимость (конкорданс результатов от 11% до 80%) и низкая чувствительность метода (40-60%), что не может соответствовать требованиям, предъявляемым к скрининговым тестам. Другим инструментом, который может быть задействован для выявления патологии шейки матки является расширенное кольпоскопическое исследование с прицельным взятием биопсии. Однако ряд данных свидетельствует о том, что кольпоскопическое исследование может давать до 50% ложноположительных результатов, 25% тяжелых поражений эпителия расцениваются как легкие. Ввиду этого в мире не рекомендуется использование кольпоскопии с биопсией как метода скринингового обследования. Предназначение этих методов – исследования второй очереди после выявления группы риска в ходе скрининга. Однако, ввиду того, что существующая на сегодняшний день схема скрининговой диагностики патологий шейки матки, основанная на цитологическом исследовании оказывается низкоэффективной, врачи прибегают к видоизменению схемы и использованию кольпоскопии параллельно или до цитологии, что, хотя и повышает чувствительность, резко снижает специфичность.

Открытие этиологической роли вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки позволило использовать молекулярные методы для улучшения схемы диагностики цервикальной дисплазии и рака. Основным свойством ВПЧ-тестирования считается принцип «отрицательный значит отрицательный». Это означает, что при отсутствии вируса онкологический процесс крайне маловероятен. На сегодняшний день рядом международных организаций (ASCCP, EUROGIN, IARC WHO) тест на ДНК ВПЧ рекомендован к использованию в следующих ситуациях 1) для проведения первичного скрининга совместно с цитологическим исследованием для женщин старше 30 лет (чувствительность скрининга повышается до 99-100%) 2) на втором этапе после цитологии, для разрешения сомнительных результатов (ASC-US). 3) Контроль проведенного хирургического лечения CIN2+ 4) на первом этапе скрининга до цитологии для стран и регионов, где плохо организованы программы цервикального цитологического скрининга. Однако для использования в скрининге и мониторинге терапии тестирования на ДНК ВПЧ и уверенности в надежности результатов используемый тест должен удовлетворять ряду требований. Это, во-первых, выявление широкого спектра генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (не менее 10 наиболее распространенных), во-вторых, невыявление низкоонкогенных типов ВПЧ, снижающих специфичность исследования. Наконец в работах последних лет большое внимание уделяется вирусной нагрузке и установлению порога клинически значимого количества вируса. Показано, что выявление вируса в количестве, не превышающем пороговый уровень, имеет малое клиническое значение, так как говорит о высокой вероятности спонтанного излечения. Считается, что для нужд скрининга данный порог обязателен к использованию: учитываются как положительные только случаи вирусной нагрузки превышающей порог. В ряде случаев, таких как послеоперационный мониторинг, выявление вируса даже с низкой нагрузкой может быть ранним маркером рецидива, потому введение порога не оправдано. Таким образом, еще одной важной задачей ВПЧ-теста становится возможность определения вирусной нагрузки и отделения клинически значимого количества вируса от клинически незначимого.

Целью настоящей работы была разработка методики количественного определения широкого спектра генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска (12 типов) и оценка ее клинических характеристик в условиях скрининга.

Материалы. В качестве метода для выявления и количественного определения ДНК ВПЧ использовалась полимеразная цепная реакция в реальном времени. В разработанной для этих целей тест-системе «Амплисенс ВПЧ ВКР Скрин-Титр FRT», используется принцип амплификации с выщеплением 5'-концевой метки специфического зонда (TaqMan Assay) и принцип группоспецифических олигонуклеотидов, способных амплифицировать фрагменты ДНК нескольких представителей филогенетической группы. Количественное определение основано на использовании стандартных образцов с известной концентрацией ДНК ВПЧ и ДНК человека. Результат рассчитывается в геномных эквивалентах вируса (г.э.) нормализованных на 10^5 геномов человека. Нормализация на количество геномов позволяет нивелировать эффект вариаций забора клинического материала. Порог релевантного количества вируса принимался равным 10^3 г.э. на 10^5 геномов человека, что примерно соответствует (при использовании предложенного нами метода забора образцов (цервикальный цитологический зонд помещается в 600 мкл транспортной среды и сохраняется до доставки в лабораторию), метода экстракции ДНК (ДНК-Сорб-АМ и ДНК-Сорб-Д, ФГУН ЦНИИЭ)) порогу в 1 пг/мл ДНК ВПЧ, описанному Snijders и Lorincz. Оценка возможностей количественной оценки проведена на 99 образцах, охарактеризованных методом жидкостной цитологии и гистологии как H-SIL или РШМ и 305 образцах охарактеризованных как норма или реактивные изменения.

Результаты. В ходе исследования при помощи разработанной методики образцов H-SIL и РШМ ДНК ВПЧ выявлена в 99,0% случаев (98 из 99), при введении количественного порога 10^3 г.э. ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов – в 98,0% (97 из 99). В одном образце вирусная нагрузка составила 2,9 lg, что оказалось на 0,1 ниже порогового значения. При попытке повысить пороговое значение до 10^4 г.э. ВПЧ (4lg) на 10^5 геномов количество выявленных случаев H-SIL составило 84,8% (84 из 99). Таким образом в случае тяжелой дисплазии и рака вирусная нагрузка практически никогда не оказывается ниже порога 10^3 г.э. ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов, при этом попытка повысить данный порог приводит к потере чувствительности. При исследовании образцов нормы или реактивных изменений ДНК ВПЧ выявлена в 36,8% образцов (112 из 305) (специфичность 63,2%). Введение порога клинической значимости на уровне 10^3 г.э. ВПЧ (3lg) на 10^5 геномов позволило отсечь 51% ВПЧ положительных образцов с диагнозом норма или реактивные (57 из 112) как содержащих незначимое количество вируса. Таким образом при использовании порога клинической значимости ДНК ВПЧ в образцах нормы или с реактивными изменениями выявляется в 18,1% (55 из 305) (специфичность 81,9%).

Выводы. Нами была разработана методика количественного определения 12 генотипов ДНК ВПЧ на основе ПЦР в режиме реального времени и показано, что введение порога клинически значимого количества вируса на уровне 10^3 г.э. на 10^5 геномов человека позволяет повысить специфичность исследования с 63,2% до 81,9% при сохранении чувствительности на высоком уровне – 98%. Таким образом, введение порога вирусной нагрузки может быть рекомендовано для проведения более специфичного скрининга.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ К МЕТОДАМ ВРТ

Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г., Халилов Р.З.

Ижевск, Ижевская государственная медицинская академия
Россия, Москва, Московская медицинская академия им. Сеченова

Доброкачественные опухоли яичников (ДОЯ) и опухолевидные образования яичников (ООЯ) – одно из распространенных заболеваний женщин репродуктивного возраста. Оперативное лечение до настоящего времени является единственным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей яичников и ООЯ и позволяет окончательно установить патоморфологический диагноз. В результате многочисленных исследований было установлено, что в большинстве случаев ретенционные образования резорбируются самостоятельно в течение 1-6 менструальных циклов Медикаментозная терапия эффективна в случае ретенционных опухолевидных образований, но не в 100% случаев.

Сочетание органосохраняющей операции и послеоперационного медикаментозного лечения значительно снижает риск осложнений, связанных с оперативным вмешательством и способствует сохранению и повышению фертильности. Использование вспомогательных репродуктивных технологий позволяет повысить результаты лечения женщин с бесплодием на 30%.

Цель исследования – оптимизация системы подготовки больных с опухолевидными образованиями яичников к проведению вспомогательных репродуктивных технологий

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач было обследовано и пролечено 218 женщин с бесплодием и опухолевидными образованиями яичников в возрасте от 19 до 40 лет (средний возраст 30,5±2,1 года) с образованиями яичников, прооперированные эндоскопическим доступом за период с 2003 по 2006 год в гинекологических отделениях г. Ижевска. Формирование клинической группы произведено согласно нозологическим формам заболеваний (МКБ X, 1999), выявленным при проведении хирургического вмешательства с последующей гистологической верификацией.

Больным на первом этапе было проведено консервативное лечение, включающее в себя противовоспалительную и антибактериальную терапию (по показаниям), иммуномодулирующую терапию препаратами интерферонового ряда, системную энзимотерапию и эстроген-гестагенные препараты. В случае неэффективности консервативной терапии, через 3-4 месяца выполнялось оперативное лечение лапароскопическим доступом с последующей патогенетической медикаментозной терапией в зависимости от гистологического результата. В случае неэффективности гормональной терапии и не наступления беременности пациенткам предлагалось продолжить терапию методами вспомогательных репродуктивных технологий. Оперативные вмешательства производились после тщательного клинико-лабораторного обследования, ультразвукового исследования с доплерометрией (по показания выполнялась магнитно-резонансная томография), определения гормонального, инфекционного, иммунного скрининга. Контроль эффективности лечения осуществляли при динамическом обследовании и наблюдении за пациентками в амбулаторных условиях через 3 и 6 месяцев после операции.

Результаты. Проведенная консервативная терапия оказалась эффективной у 97 больных (44,49%±5,04), что было подтверждено данными УЗИ. 121 больная была прооперирована. В экстренном порядке было проведено 44 (36,36%±4,37) операции. Показаниями к экстренной операции являлись перекруты кист, разрывы капсулы и апоплексия яичника.

Размеры удаленных образований колебались от 5 до 8 см (6,5±1,7 см). Объем оперативного вмешательства зависел от возраста больной, репродуктивных целей, состояния ткани яичника, наличия сопутствующей гинекологической патологии. .

В плановом порядке выполнялись консервативные виды оперативного лечения, направленные на максимальное сохранение овариального резерва женщины, в экстренном – более радикальные - по причине полного перекрута придатков и наличия гемоперитонеума более 500,0 мл.

В плановом порядке были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: коагуляция кист яичников (23,37%±4,82), цистэктомия (58,44%±5,61), резекция яичников (18,18%±). В связи с сочетанной патологией органов малого таза производили диагностическую хромосальпингоскопию, овариосальпинголизис и разъединение спаек. При экстренном оперативном лечении выполнялись: резекция яичника (45,45%±7,5) и коагуляция кист (43,18%±7,46).

В послеоперационном лечении больным, с учетом гистологического заключения и результатов предварительного обследования, назначались комбинированные эстроген-гестагенные препараты, прогестагены, агонисты гонадотропин релизинг-гормона, препараты заместительной гормональной терапии в течение 3-х месяцев. Всем больным было рекомендовано физиотерапевтическое лечение, витаминотерапия, метаболическая терапия, иммуномодулирующая и системная энзимотерапия.

У больных положительный эффект в виде полного разрешения болевого синдрома достигнут в 83,03%±2,54 случаев, нормализация менструальной функции в 91,74%±1,86 наблюдений. Наступление беременности после консервативной терапии отмечено в 23,7%±4,3 наблюдений, после хирургического лечения с последующей реабилитационной терапией в 21,5%±3,7 случаев. 179 больным было предложено использовать для лечения бесплодия методы вспомогательных репродуктивных технологий. В результате наступление беременности отмечено в 23,1%± 3,8наблюдении после хирургического лечения и в 25,6%±4,4 случаев после консервативной терапии.

Выводы. Оптимизация лечебных мероприятий у женщин репродуктивного возраста с бесплодием и ООЯ определяется этапностью использования консервативного и хирургического лечения, с последующим использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий, что является наиболее перспективным направлением в терапии больных с бесплодием и ООЯ, направленным на сохранение и восстановление репродуктивной функции.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ

Кулавский В.А., Беглов В.И., Кулавский Е.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Несмотря на ряд достижений акушерства и перинатологии, основными из которых являются снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности отмечена постоянная тенденция к увеличению числа врожденных заболеваний, детерминированных морофофункциональными нарушениями в фетоплацентарной системе прежде всего у матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом, а также осложненным течением беременности.

Прогресс в современной перинатологии привел к необходимости решения новых проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода. Факторы риска нарушения детородной функции формируются под влияни-

ем неблагоприятных факторов в разные периоды развития организма женщины. Существенное значение имеют воздействия, тормозящие (нарушающие) развитие органов репродуктивной системы в антенатальном периоде, в детском, пубертатном и зрелом возрасте. При своевременном выявлении и устранении факторов риска сравнительно часто возможно предупреждение акушерской, перинатальной и гинекологической патологии. Диспансеризация женщин, особенно в период гестации, имеет определенное значение для профилактики перинатальной патологии. Предупреждение осложнений беременности и родов имеет важнейшее значение для правильного развития плода и новорожденного. Более высокая перинатальная патология наблюдается у потомства женщин, имевших заболевания важных органов и систем (сердечно-сосудистой, эндокринной, гепатобиллиарной, выделительной и др.), осложнения беременности (токсикозы, анемия и др.) и родов, а также у перенесших родоразрешающие акушерские операции.

Целью данной работы явилось изучение факторов риска, нарушающих репродуктивную функцию женщин.

Проведен ретроспективный анализ особенностей течения беременности и родов у 675 женщин с различными факторами риска. В порядке диспансеризации у обследованных женщин были выявлены инфекционные и неинфекционные заболевания (анемия, пиелонефрит, гипертоническая болезнь), эндокринная патология была выявлена у 42,3%. Наиболее часто выявлялась анемия, пиелонефрит, артериальная гипертония. Малая масса тела при рождении, недоношенность, асфиксия, родовые травмы различной степени тяжести, инфекционные и другие заболевания, перенесенные женщиной в период новорожденности были констатированы у 24,6% обследованных.

Особенности становления и характер менструальной функции (позднее наступление менархе (14-15 лет) и раннее (10-11 лет), неустановленный ритм менструаций, коррекция менструальной функции гормональными препаратами и другие нарушения менструальной функции по анамнестическим данным выявлены у 27,8 %. Существенно повышается риск осложнений в процессе гестации и родов при беременности, возникшей после продолжительного бесплодия, в результате гормональной стимуляции и вспомогательных репродуктивных технологий, а также у женщин, имевших самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды. В совокупности перечисленные факторы были отмечены у 14% обследованных.

Проявления инфантилизма всегда представляют риск возникновения осложнений беременности (преждевременное прерывание беременности, гестозы, аномалии родовых сил и др.). Осложнения беременности часто возникают при ожирении, эндокринных нарушениях, дефиците массы тела. Особенно неблагоприятна высокая степень ожирения. По данным индекса массы тела высокая степень ожирения была диагностирована у 19% женщин.

Гестоз, железодефицитная анемия, другие осложнения часто наблюдаются при беременности, возникают на фоне существующих заболеваний: артериальной гипер- и гипотензии, диабета, пиелонефрита, гепатобилиарной патологии и других заболеваний. Такие беременные относятся к группе высокого риска возникновения акушерской патологии, соответственно в плане санитарно-просветительной работы среди них, в семье требует особые формы и методы проведения (школа отцов и матерей, здоровая семья, клуб молодых родителей и др.).

Особого внимания заслуживают женщины, перенесшие в прошлом искусственные аборты, особенно протекавшие с осложнениями во время и после операции (травмы, воспалительные заболевания, нарушения менструальной функции), а также женщины, перенесшие послеродовые заболевания инфекционной этиологии. В общей группе беременных перечисленные факторы риска были выявлены у 11,4%.

Известный риск представляют юный и пожилой возраст при первой беременности (гестозы, аномалии родовых сил и др.), а также небольшие интервалы (2 года и менее между беременностями у многорожавших женщин). Среди беременных групп высокого риска эти факторы были выявлены в 12% наблюдений.

Сравнительно часто была диагностирована фетоплацентарная недостаточность (22,3%). Для более точной оценки функции плаценты и выборе оптимальной тактики ведения беременности следует учитывать особенности локализации плаценты, оценку биофизического профиля плода, характер исходных нарушений в маточном и плодово-плацентарном кровообращении (состояние сосудистой резистентности в маточных артериях, артерии пуповины и средней мозговой артерии плода).

Таким образом, наличие факторов риска при наступившей беременности обязывает проведения профилактики осложнений путем тщательного, систематического обследования и своевременной коррекции начальных проявлений акушерской патологии. Женщина должна знать, что эти мероприятия осуществляются в условиях женских консультаций, дневных стационаров (по показаниям при участии специалистов различных медицинских специальностей) в условиях санатория. Эти беременные должны состоять на специальном учете у врача акушера-гинеколога, акушерки, которые должны осуществлять необходимые лечебно-профилактические мероприятия по антенатальной охране плода.

АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Федерального Агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Золотым стандартам в лечении климактерического синдрома (КС) является заместительная гормональная терапия (ЗГТ), которая назначается пациенткам для купирования менопаузальных симптомов, урогенитальных расстройств, в качестве профилактики потери массы костной ткани и развития остеопороза, метаболических и других нарушений в климактерии. Однако, долгосрочная эстроген – гестогенная терапия сопряжена с риском развития ряда осложнений; имеются абсолютные и относительные противопоказания к применению гормональных препаратов. Поэтому изучение и внедрение новых и потенциально безопасных методов лечения климактерических расстройств представляется важным направлением поддержания высокого качества здоровья женщин.

Целью исследования стало изучение эффективности антигомотоксической терапии КС в условиях поликлинического приёма.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 58 пациенток в возрасте 45 – 55 лет, которые страдали КС различной степени выраженности и имели противопоказания к ЗГТ.

Оценка степени выраженности нейровегетативных, обменно – эндокринных и психоэмоциональных нарушений проводилась по менопаузальному индексу Куперманна - Уваровой (1982). Помимо применения методов исследования в соответствии с медико – экономическими стандартами РФ проводилось анкетирование женщин до и после курсовой терапии КС.

Результаты исследования и их обсуждение.

В качестве эффективных терапевтических методов коррекции климактерических расстройств в рамках амбулаторного лечения мы применяли схемы, основанные на рациональном сочетании комплексных антигомотоксических препаратов

немецкой фирмы «ХЕЕЛЬ». Пациентки с легкой формой КС (18- 31%) получали Климакт-Хель по 1 таблетке сублингвально 3 раза в сутки за 30 минут до еды.

Женщины, страдающие КС средней степени тяжести (20-34,5%), получали дополнительно препараты Валерианахель по 15 кап. 3 раза в сутки и Гормель СН по 10 кап. 3 раза в сутки.

Больным с тяжелой формой КС (20-34,5%) добавляли Овариум композитум 1 амп. (2.2 мл) 2 раза в неделю внутримышечно.

При наличии сопутствующей патологии назначались следующие гомеопатические и антигомотоксические лекарственные средства: при ожирении – Курдлипид С6 по 5-7 круп. сублингвально 2 раза в день за 30 минут до обеда и ужина; при наличии дисфункциональных маточных кровотечений – Гинекохель по 10 кап. сублингвально 3 раза в сутки; при эндемическом зобе и гипотиреозе – Струмель по 1 таб. сублингвально 3 раза в сутки; при остеопорозе – Калькохель по 1 таб. сублингвально 3 раза в сутки; при миокардиодистрофии – Кралонин по 1 таб. сублингвально 3 раза в сутки.

Курс лечения составлял от 1 до 3-х месяцев.

В результате проведенного антигомотоксического лечения КС легкой степени выраженному регрессу подвергались жалобы на общую слабость, бессонницу, сухость во влагалище, мастодинию. У каждой второй женщины с КС средней тяжести антигомотоксическая терапия позволяла ликвидировать жалобы на головную боль, приливы и потливость, повышенное выпадение волос.

Наиболее устойчивыми к антигомотоксической терапии были симптомы у женщин, страдающих тяжелым КС. Лишь на 40% удалось уменьшить частоту приливов, потливости и бессонницы. Полный регресс симптоматики не превышал 10%. У каждой третьей пациентки нормализовалось мочеиспускание. У 13 женщин КС перешел из тяжелой в более легкую форму.

Ни в одном случае антигомотоксической терапии КС мы не отметили аллергических реакций и побочных осложнений.

Заключение. Вопросы лечения КС приобретают особое значение в связи с выраженной тенденцией к увеличению женского населения в возрасте старше 45 лет. Несомненно, что с увеличением средней продолжительности жизни будет расти процент пациенток, страдающих климактерическими расстройствами. Полученные эффективные результаты многокомпонентной антигомотоксической терапии открывают новые перспективы в лечении КС у женщин, имеющих различные противопоказания к ЗГТ.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУЗ-МРТ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТГОВКЕ, ПРИ СУБМУКОЗНО РАСПОЛОЖЕННЫХ УЗЛАХ МИОМЫ МАТКИ

Курашвили Ю.Б., Агабалаева А.О., Лазуткина В.Ю., Степанов А.В., Чмыр Е.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППО
ФГУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Росздрава, Москва, Россия

По данным литературы миома матки наблюдается у 35-70% женщин разных возрастов, из них 30% составляют женщины репродуктивного возраста. Субмукозная локализация узлов имеет место у 20 – 30%.

Тактика ведения при наличии миомы матки зависит от темпа и характера роста миоматозных узлов, клинико – морфологического варианта опухоли, возраста пациентки, состояния репродуктивной системы, общеклинического статуса.

Выбор метода лечения миомы матки и сегодня остается проблемой, особенно когда речь идет о субмукозно расположенных узлов, у женщин с репродуктивными планами.

Обычно субмукозные узлы удаляются путём трансцервикальной миомэктомии. При наличии узлов на тонком основании и размерами до 3 см в диаметре проблем не возникает. Узлы с большими размерами и на широком основании требуют специальной предоперационной подготовки. До сегодняшнего дня единственным способом подготовки является аГнРГ. На фоне этих препаратов женщины тяжело переносят климактерический синдром.

В связи с чем, необходим поиск нового метода подготовки к миомэктомии, который оказывает минимальное воздействие на организм и действует локально.

Современным методом лечения опухолевых образований является технология ФУЗ-МРТ (фокусированная ультразвуковая абляция тканей, под контролем магнитно-резонансной томографии). Суть метода заключается в дистанционном разрушении опухолевых клеток.

Целью настоящего исследования явился изучение возможностей метода ФУЗ-МРТ, в предоперационной подготовке больных с субмукозной локализацией узлов.

В исследовании участвовали 11 женщин, с размерами субмукозных узлов от 3 до 5см. МР-тип узлов - «темная». Средний возраст пациенток составлял 38+2 года. Основными жалобами являлись обильные и длительные менструации с падением цифр гемоглобина до 80 – 60 г/л. Из них у 35% женщин также имели место жалобы на боли внизу живота, у 35% отмечались сочетанные жалобы. Длительность анамнеза составляла от 1 – до 5 лет. Миоматозные узлы в основном располагались по передней стенке (43%) и реже локализовались по задней и боковым стенкам (28,65% и 28,49).

Обследование пациенток включало: стандартный гинекологический осмотр, общеклинические и биохимические анализы крови, скрининговое и детализированное УЗ – исследование, Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза, чрезкожную пункционную трепанобиопсию миоматозных узлов под УЗ - контролем, раздельно-диагностическое выскабливание (РДВ) с гистероскопией (по показаниям) с последующими гистологическими исследованиями.

Обязательным компонентом обследования и контроля являлось анкетирование больных, до и после процедуры ФУЗ-МРТ (оценка «качества жизни»).

Процедура ФУЗ-МРТ выполнена на установке ExAblate-2000 (InSightec*, Израиль), объединенной в единую систему с МРТ 1,5 Тесла (General Electric, США).

Для лечения узлов миомы использовались споты: с энергией от 1343 – до 1828 Дж, длиной 22-25 мм, диаметром 4,1-5,6 мм, частотой 1,25 Мгц. Общая продолжительность процедуры составила от 2ч.50мин. – до 4 часов. Для трансцервикальной миомэктомии использовалась оборудование фирмы «KARL STORZ». В качестве среды растяжения полости матки использовался 5% раствор глюкозы.

Трасцервикальная миомэктомия выполнялась в разные сроки после ФУЗ-МРТ. Время выполнения миомэктомии определялась по данным МРТ (в зависимости от достижений необходимых размеров). Основная техника операции заключалась в последовательном иссечении миоматозного узла с помощью электрода – петли и последующего удаления фрагментов узла кюреткой. Послеоперационный период протекал без осложнений. Кровотечений не было.

Наблюдение после операций осуществлялось в течение 1-6 месяцев (в зависимости от уменьшения размеров узла). Учитывались клинические данные, результаты УЗИ с цветным доплеровским картированием, МРТ органов малого таза – через 1,3,6 месяцев.

У всех пациенток (ФУЗ–абляция с прекращением перфузии 60-80%) узлы уменьшились: у 7 женщин (63,7%) на 40%,

у 4 (36,3%) на 30% через 1 месяц после процедуры ФУЗ-МРТ – что позволило без осложнений полностью удалить субмукозные узлы (первоначальные размеры которые составляли 3-5 см и имело место интрамуоального компонента).

Мы пришли к выводу что, при планировании удалении субмукозно расположенных миоматозных узлов диаметром от 3 – до 5 см трансцервикальным доступом, для подготовки методом выбора может служит – технология ФУЗ-МРТ. Этот метод действует локально, не оказывает влияние на организм в целом, является не инвазивным и позволяет значительно уменьшить размеры узла, что делает их доступным для полного трансцервикального удаления.

Единственным на наш взгляд недостатком является необходимость дальнейшего использования антианемической и кровеостанавливающей терапии, в период от ФУЗ-МРТ до миомэктомии.

ПАТОГЕНЕЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФУЗ-АБЛЯЦИИ НА МИОМУ МАТКИ

Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В., Степанов А.А., Лазуткина В.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППО
ФГУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Росздрава, Москва, Россия

Фокусированная ультразвуковая абляция (ФУЗ-абляция) под МРТ-контролем используется в нашем Центре с 2005г. На сегодняшний день нами пролечено 290 пациенток и проведено 340 процедур. Оценивая результаты лечения, необходимо учитывать механизм воздействия ФУЗ-МРТ на ткань миоматозных узлов.

В зависимости от интенсивности сигнала на Т2ВИ нами было выделено три МР-типа миомы матки: «темные» (гипоинтенсивные), «серые» (изоинтенсивные) и «белые» (гиперинтенсивные). МР-сигнал узлов оценивали по отношению к миометрию. Проведенные результаты гистологических исследований биоптатов миоматозных узлов, показали, что «темные» миомы соответствовали простой миоме без отека стромы, «серые» и «белые» миомы – простой миоме с отеком стромы, пролиферирующей миоме.

Для ФУЗ-абляции «темных» или простых мином нами были использованы умеренные и небольшие энергии ультразвука, при которых внутри спота происходил нагрев тканей узла до 80-85 С. Число соникаций, даже при крупных миомах не превышало 80. Длительность процедуры варьировала от 2 до 5 часов, в зависимости от размера и количества планируемых для лечения узлов.

ФУЗ-абляция «серых» или пролиферирующих миом требовала использования высоких энергий (до 4000 Дж), высоких концентраций энергии (небольшие размеры спотов) и значительного количества соникаций (до 200) для получения хороших результатов. Длительность процедуры занимала от 6 до 8 часов. «Серая» миома или простая с отеком стромы подвергалась лечению в два этапа. Первым этапом – подсушивание миомы, а только вторым - непосредственное лечение.

Лечение большинства «белых» миоматозных узлов было практически не эффективно, т.к. такие узлы не поглощали энергию ФУЗ или поглощали ее в чрезвычайно низкой степени. Примененные нами особые протоколы для ФУЗ-абляции «белой» миомы матки характеризуются высокими энергиями (до 4500 Дж), сокращенным временем соникаций (до 12 сек) и, как следствием, повышенной их мощностью (120-260Вт). Однако даже при таких условиях данные МРТ свидетельствовали о нагреве небольших размеров спота до умеренных (60 С) и часто даже более низких (45 С) температур, т.е. таких температур, которые были недостаточны для коагуляционного некроза ткани миомы. При этом большинство пациенток предъявляло многочисленные жалобы на жжение кожи, неприятные ощущения и боль в области крестца, ног; приостанавливали процедуру.

Таким образом, физические характеристики миоматозного узла, его гистологический тип являются основополагающим моментом в лечении ФУЗ-абляции. Соединительная ткань, содержащаяся в миоме матки, способна задерживать и поглощать энергию фокусированного ультразвука и именно она в результате ФУЗ-терапии подвергается непосредственному нагреву, термической деструкции и, по сути, является катализатором абляции. Деструкция миоцитов происходит вторично, в результате переноса тепла от нагретых окружающих соединительнотканных волокон. И чем больше «сухих» соединительнотканных прослоек в миоматозном узле, тем больше подвергается термической деструкции миоциты и сосудистое русло, отвечающие за рост и развитие миоматозного узла.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУЗ-МРТ-АБЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА МИОМЫ МАТКИ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МР-ПАРАЛЛЕЛИ

Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В., Степанов А.А., Лазуткина В.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППО
ФГУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Росздрава, Москва, Россия

Органосохраняющее лечение миомы матки является актуальной проблемой в современной гинекологии в связи с неуклонным ростом заболеваемости у молодых женщин. Одним из методов лечения, позволяющих сохранить детородную функцию женщин и устранить симптомы и рост миомы матки является ФУЗ-абляция.

Операция фокусированным ультразвуком (ФУЗ) — это неинвазивная техника, способная дистанционно воздействовать на опухоли внутри тела пациента, селективно разрушая их клетки в пределах небольшого фокусного объема на точном расстоянии от источника ультразвука

Целью настоящего исследования являлось прогнозирование эффективности ФУЗ-абляции в зависимости от МР-типа и гистологической характеристики миомы матки.

Перед лечением всем пациенткам было проведено МРТ. В зависимости от интенсивности сигнала на Т2ВИ нами было выделено три МР-типа миомы матки: «темные» (гипоинтенсивные), «серые» (изоинтенсивные) и «белые» (гиперинтенсивные). Проведенные результаты гистологических исследований биоптатов миоматозных узлов, показали, что «темные» миомы соответствовали простой миоме без отека стромы, «серые» и «белые» миомы – простой миоме с отеком стромы, пролиферирующей миоме.

Нами было пролечено 290 пациенток в возрасте 26 - 53 лет. ФУЗ-аблация выполнялась на аппарате ExAblate-2000, разработанная компанией InSightec*

Результаты лечения подразделяли на: хороший, при котором зона без перфузии составила от 60 до 90%; удовлетворительный – от 30 до 55%; неудовлетворительный – менее 30%.

Хорошие результаты лечения как в ближайшем, так и в отдаленном периоде были выявлены при лечении «темной» миомы матки, что, на наш взгляд, обусловлено наличием достаточного количества «сухой» соединительной ткани.

Удовлетворительные результаты наблюдали у пациенток с МР-типами «серая» и «белая» миома (гистологический вариант – пролиферирующая миома). Небольшое количество

соединительно-тканной прослойки препятствовало поглощению фокусированного ультразвука и не приводило к достаточному нагреву и необходимому некрозу миоцитов и элементов сосудистого русла. Неудовлетворительные результаты ФУЗ-терапии отметили у «серой» и «белой» миомы матки (гистологический вариант – простая с отеком стромы), т.к. в таких узлах нет субстрата, способного задерживать и поглощать энергию фокусированного УЗ.

Таким образом, эффективность ФУЗ-МРТ-абляции обусловлена типом миомы матки, который определяется не только при гистологическом исследовании миоматозных узлов, но и при МРТ.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕМОСТОНА В КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Курникова И.А, Тактаева М.В.

Россия, Ижевск, ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия.

Цель: изучить влияние климактерических нарушений на показатели компенсации у больных сахарным диабетом и оценить эффективность фемостона в коррекции метаболических нарушений.

Материал и методы: было проведено обследование и лечение 38 пациенток, страдающих сахарным диабетом 1 (СД 1) и 2 (СД 2) типов в возрасте от 45 до 54 лет с клиническими проявлениями климактерического синдрома (КС), получавших заместительную гормонотерапию фемостоном. Группу сравнения составили 13 пациенток с СД и КС по разным причинам отказавшихся от применения заместительной гормональной терапии. Давность заболевания для пациенток с СД 1типа (14 чел) составила 17±4,3г, с СД 2типа (24 чел) 6,8±3,1г. Перед началом терапии фемостоном у всех исследовались показатели углеводного (включая гликогемоглобин - НвА1 и фруктозамин), белкового и липидного обмена, а также показатели функциональной активности вегетативной нервной системы (ВРС вариабельность ритма сердца) с определением вариационного размаха (ВР), индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС) и индекса вегетативного равновесия (ИВР). После назначения фемостона проводилось обследование через 1, 3 и 6 месяцев. Результаты: нами отмечено, что на фоне развившегося климактерического синдрома значительное ухудшение метаболических показателей у всех пациентов с СД, но более значимыми и достоверными они оказались у пациенток с СД 2 типа. Компенсировать проявления СД полностью не удавалось, несмотря на строгий контроль диабета со стороны врача и регулярное использование средств самоконтроля пациентками. Показатели вегетативного равновесия также в большей степени изменялись у пациенток этой группы: ВРС 0,09 0,01сек, ИНРС 396,7±47,1 Ед, ИВР 691,4±72,3 Ед. Кластерный анализ показал стойкую зависимость увеличения ИНРС и ИВР от индекса массы тела и типа СД, а снижения ВР от возраста и декомпенсации СД. В группе пациенток с СД 1 типа коррекция дозы инсулина потребовалась в половине случаев, из числа больных СД 2 типа 9 пациенток, ранее принимавших таблетированные препараты, нуждались в назначении инсулина. В процессе терапии фемостоном было отмечено улучшение самочувствия в течение 1 месяца приема у 5 чел. (36%) с СД 1 и 17 чел. (71%) с СД 2, к концу 3-го месяца улучшение самочувствия в различной степени отметили все пациенты основной группы. Улучшение самочувствия сопровождалось достоверным улучшением метаболических показателей. У 49% больных была достигнута компенсация диабета. В группе сравнения клинической динамики не наблюдалось. Компенсация СД (НвА1<7,0) к концу 1 месяца лечения КС была достигнута у 11 больных СД 1 типа и 16 с СД 2 типа. На конец 3-го месяца наблюдения компенсация СД отмечена у всех пациенток с СД 1 типа и 19 (79%) с СД 2 типа. Клиническое улучшение сопровождалось положительной динамикой показателей ВАР тенденцией к эйтонии. Увеличивался ВР (0,12±0,07), что свидетельствовало об активации парасимпатической системы и уменьшении гиперсимпатикотонии. ИНРС уменьшился до 52,6 Ед, ИВР до 537,5 Ед. Из 9 пациенток, требующих по клинико-лабораторному течению назначение инсулинотерапии, сохранили инсулиновую потребность и были переведены на инсулин только 2 чел. В сравниваемой группе изначально инсулин получали 3 чел. (СД 1), к концу 6-го месяца наблюдения – 9 пациенток. Показатели ИНРС и ИВР прогрессивно увеличились, снизился ВР и у 3 человек на ЭКГ появились признаки ишемии.

Выводы: климактерические нарушения значимо влияют на формирование декомпенсации СД, вызывая вегетативный и гормональный дисбаланс в организме женщины. Создаются условия для нарастания инсулинорезистентности, требующие назначения инсулинотерапии и приводящие к лабильному течению СД 2 типа. Применение фемостона включает обратную связь, приводит к нормализации гормонального баланса, уменьшению гиперсимпатикотонии, уровня контринсулярных гормонов и инсулинорезистентности, что способствует компенсации сахарного диабета у этой категории пациентов

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С УЧЕТОМ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОРГАНИЗМА

Курникова И.А., Тактаева М.В.

Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия.

По данным Комитета экспертов ВОЗ продолжительность жизни больных сахарным диабетом при развитии заболевания в детском возрасте (СД 1 типа) примерно 30 лет (50% от нормы), но, по показателям Государственного регистра «Сахарный диабет» в России увеличивается. Сейчас это 50,2-54,9 года, хотя по-прежнему на 6-12% меньше, чем в других группах населения страны. Однако, молодые люди, страдающие СД 1, так же как и их здоровые сверстники вступают в брак и испытывают желание иметь детей. Вопрос о допустимости беременности страдающей СД женщины сложен. Как при любом системном заболевании, при СД происходит значительное нарушение гомеостаза и основных механизмов регуляции. Однако, факт СД не может служить основанием для отказа от беременности. На практике случается, что неуверенность врача приводит к необоснованному прерыванию беременности у молодых пациенток с последующим повторением попытки спустя годы в более неблагоприятных условиях, сокрытием беременности от врача до поздних сроков и риском для жизни матери и ребенка. Как правило, женщина, желая ребенка «любой ценой», недооценивает своего состояния или намеренно вводит в заблуждение врача и своих близких, уверяя, что «чувствует себя как никогда хорошо». В каждом конкретном случае врачу приходится взвешивать, как беременность и роды отразятся на последующем течении СД. Поиск критериев «благоприятного прогноза беременности», которые были бы одновременно объективными, не требовали громоздких расчетов и отражали состояние организма в целом, обратил наше внимание на резервы адаптации (РА).

До недавнего времени в клинических исследованиях РА не рассматривались, хотя отражают степень напряжения регуляторных систем и повышение уровня их функционирования, что при СД, и беременности очень важно.

Цель исследования: оценить адаптационные возможности организма у женщин фертильного возраста, страдающих сахарным диабетом 1 типа с различным стажем и компенсацией заболевания и предложить адаптационный потенциал в качестве итогового критерия при планировании беременности.

Материал и методы: адаптационный потенциал (АП) отражает уровень функционирования системы кровообращения и вегетативной нервной системы. Принятая классификация включает 4 уровня функционирования: удовлетворительная адаптация (АП I), напряжение механизмов адаптации (АП II), неудовлетворительная адаптация (АП III) и срыв адаптации (АП IV). Для количественного определения АП предложен индекс функциональных изменений ИФИ. Формула для исчисления ИФИ включает данные о частоте пульса (ЧСС), артериального давления (САД и ДАД), роста, возраста и массы тела с поправочными коэффициентами. В условиях патологического состояния однократное их исследование не обеспечивало достоверность полученных данных и пациентам провели суточный мониторинг АД (СМАД) и суточный (холтер) мониторинг сердечного ритма (ХМ). При исчислении ИФИ (балл) использовались среднесуточные САД, ДАД и ЧСС, что обеспечило более высокую достоверность результатов. Было обследовано 112 женщин в возрасте от 22 до 36 лет с СД 1 типа на базе диабетологического отделения 1 Республиканской клинической больницы (г. Ижевск) в 2001-2006г.г. Из них - 44 планировали беременность. Основную группу (1гр.) составили пациентки с декомпенсацией СД (48 чел.), сравниваемую (2 гр.) – 64 пациентки с компенсированным диабетом. В зависимости от стажа СД сформировали 4 подгруппы: «а» – давность СД до 2-х лет; «б» – 2-5 лет; «в» – 5-10 лет; «г»– более 10 лет от дебюта заболевания.

Результаты исследования: в дебюте заболевания, у всех сохранялась удовлетворительная адаптация (1 «а» гр. – ИФИ 2,27±0,03 балла; 2 «а» – ИФИ 2,32±0,078 баллов). В результате наблюдения установлено, что течение беременности было благоприятное, кетоацидоз наблюдался в 1 случае, рождения детей с отклонениями в развитии не отмечено. У пациентов 1 «б» и 2 «б» определен АП II, независимо от компенсации СД, и, течение беременности (12 чел.) сопровождалось кетоацидозом в сроки 27-29 недель (100%), прогрессированием ретинопатии (8 чел.- 67%), поздним гестозом (9 чел.-75%). В одном случае констатирована «замершая беременность» (8%), у 2-х - самопроизвольный аборт (17%). У 4-х пациенток роды осложнились слабостью родовой деятельности (33%). В группе 2в компенсация СД восстанавливала РА до уровня нормы (АП I) – ИФИ 2,453±0,085, неосложненная беременность (3 чел.) завершилась рождением здоровых детей. В группе 1в из 6 беременностей родами завершилась только половина. В 1г беременность наблюдалась у 4 чел, для всех это был 2-й брак и не первый ребенок. Исходный уровень ИФИ превышал 3,2 балла. Осложненное течение (поздний гестоз) и слабость родовой деятельности наблюдалось во всех случаях. У 10 женщин беременность не наступила, несмотря на их желание. ИФИ в этой группе оказался на уровне 3,47±0,32, что соответствовало АП III.

Выводы:

1. У больных СД 1 типа вероятность благоприятного течения беременности и рождения здорового ребенка – это период до 2 лет от дебюта СД независимо от компенсации и 5-10 лет в условиях компенсированного течения заболевания.

2. Использование ИФИ и АП позволяет планировать наступление беременности и благоприятность ее исхода при СД 1 типа.

3. При СД целесообразно привлечение дополнительных объективных критериев, таких как ИФИ и АП, при оценке показаний к прерыванию беременности, тем более первой.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ДИАПАЗОНЕ «МАЛЫХ» ДОЗ У РАБОТНИЦ АТОМНОГО ПРОИЗВОДСТВА

[1] Куценко И.Г., [2,3]Карпов А.Б. , [1]Евтушенко И.Д. , [1]Болотова В.П., [2,3]Тахауов Р.М. , [1] Махмутходжаев А.Ш., [4] Кубат И.И

Россия, г. Томск,

[1]ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава

[2]Северский биофизический научный центр ФМБА России,

[3]Проблемная научно-исследовательская лаборатория ТНЦ СО РАМН»Радиационная медицина и радиобиология»,

[4]Центральная медико-санитарная часть № 81 ФМБА России, г. Северск

Актуальность: Одной из актуальных проблем современных радиационно-эпидемиологических исследований является проблема оценки степени риска развития патологических изменений со стороны репродуктивного здоровья женщин и возможных негативных эффектов, индуцированных воздействием ионизирующего излучения (ИИ) в диапазоне «малых» доз. Научные исследования, посвящённые изучению здоровья женщин-»профессионалов» (работниц предприятий атомной индустрии), подвергающихся по роду своей трудовой деятельности воздействию ИИ в диапазоне «малых» доз, в научной печати немногочисленны.

Цель исследования. Оценить структуру и распространённость гинекологической патологии у женщин, подвергавшихся профессиональному длительному воздействию ионизирующего излучения в диапазоне «малых» доз в зависимости от уровня (суммарной накопленной дозы) облучения.

Объект исследования: Обследованы 401 работница основного производства Сибирского химического комбината (СХК), подвергавшиеся в разные периоды жизни профессиональному воздействию внешнего γ-облучения в диапазоне «малых» доз. (0,06-210мЗв) Для выявления профессионального параметра, возможно влияющего на формирование гинекологической патологии, все женщины были разделены на две группы. В первую группу (основную) вошли женщины с гинекологическими заболеваниями (n=310), вторая группа состояла из здоровых женщин (n=91).

Методы исследования. В программу исследования были включены анкетирование, стандартный гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза, маммологическое исследование.

При проведении исследования оценивались следующие параметры, характеризующие профессиональное радиационное воздействие: возраст первого контакта с источниками внешнего γ-излучения, продолжительность периода профессионального облучения (стаж облучения), суммарная доза внешнего γ-облучения (СДВО). Данные об индивидуальных дозах внешнего γ-излучения получены путём измерения с помощью фотоплёночных и термолюминесцентных дозиметров. Сведения об индивидуальных дозах внешнего γ-облучения получены из базы данных регионального медико-дозиметрического регистра работников СХК и жителей ЗАТО Северск, Северского биофизического научного центра ФМБА России.

Методы статистической обработки. Для проведения статистической обработки фактического материала использовали статистический пакет SAS 8.0 (SAS Inc., США).

Проверку на нормальность распределения фактических данных проводили с помощью критерия Шапиро-Вилка. При проведении сравнений выборок в случае равных дисперсий применяли t-критерий Стьюдента, в случае неравных дисперсий – критерий Аспера-Уолча.

Для определения взаимосвязи между качественными переменными проводили анализ таблиц сопряженности с использованием критерия согласия Х2 и точный критерий Фишера.

Анализ связей между воздействием ионизирующего излучения и развитием гинекологических заболеваний проводился с использованием метода логистической регрессии.

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05.

Результаты исследования. При сравнении основной группы (больные) и группы сравнения (здоровые) установлено, что среди женщин основной группы преобладали женщины перименопаузального возраста, а среди женщин группы сравнения – женщины репродуктивного возраста (p=0,001). Период профессионального γ-облучения в основной группе был равен в среднем 12,7 ± 10,6 лет, а в группе сравнения – 8,4 ± 8,7 лет (p=0,0004). Кроме того, группы значимо различались по стажу работы: в основной группе 23,0 ± 10,3 лет, группа сравнения – 17,6 ± 11,1 лет (p=0,001). Однако по таким параметрам, как суммарная доза γ-облучения, скорость накопления дозы и возраст начала профессионального γ-облучения – сравниваемые группы значимо не различались.

Для оценки риска развития гинекологической патологии в зависимости от уровня дозы профессионального облучения внутри основной группы было сформированы две подгруппы. В первую подгруппу (11) вошли женщины, у которых уровень СДВО не превышал 50 мЗв (n=369), вторая подгруппа (12) состояла из женщин со средним уровнем СДВО от 51 до 210 мЗв (n=32). Частота гинекологической патологии составила 77,5% в первой подгруппе и 78,1% во второй подгруппе (p=0,9). Структура гинекологической патологии в группах различалась. Так, во второй подгруппе частота климактерического синдрома (КС) и доброкачественных опухолевых образований (кисты и доброкачественные опухоли) яичника была значимо выше, по сравнению с первой подгруппой (p=0,001, p=0,003), однако дальнейший анализ с применением метода нелинейной регрессии не выявил повышенного риска развития КС и доброкачественных опухолевых образований яичника в связи с повышением уровня СДВО. Установлено, что при уменьшении возраста начала облучения риск развития КС увеличивается на 3% (ОШ=0,97 (0,94;0,99)).

Выводы:

Частота гинекологической патологии у женщин с суммарной дозой внешнего γ-облучения до 50мЗв статистически значимо не отличается от таковой у женщин с суммарной дозой внешнего γ-облучения от 51мЗв до 210мЗв (p=0,9).

Среди женщин с гинекологической патологией продолжительность периода профессионального γ-облучения и стаж работы значимо выше, чем в группе здоровых женщин (p=0,0004, p=0,001).

Возраст начала профессионального γ-облучения, суммарная доза внешнего γ-облучения и скорость накопления дозы в группе женщин с гинекологической патологией и группе здоровых женщин значимо не различались.

Частота климактерического синдрома и доброкачественных опухолевых образований (кисты и доброкачественные опухоли) яичника выше у женщин имевших уровень суммарной дозы внешнего γ-облучения от 51 до 210мЗв, однако, данный факт требует проведение дальнейших исследований на группах большей численности и большего дозового диапазона.

При уменьшении возраста начала облучения риск развития КС увеличивается на 3% (ОШ=0,97 (0,94;0,99)).

ВЫБОР ПАРАМЕТРОВ МИОМ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МР-ТИПА УЗЛОВ И ИХ ПАРАМЕТРОВ

Лазуткина В.Ю., Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Денисов А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППО
ФГУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Росздрава, Москва, Россия

Актуальность: в последнее время большую распространенность получил метод безоперационного лечения миоматозных узлов матки, путем воздействия на ткань фокусированной ультразвуковой энергии под контролем магнитно-резонансной томографии. Эффективность такого лечения зависит от множества факторов, в том числе и от МР-характеристик ткани миоматозного узла, которые весьма вариабельны.

Цель: подобрать наиболее оптимальные параметры воздействия на каждый тип миом для достижения наибольшей эффективности аблации.

Для лечения мы использовали систему для дистанционной аблации опухолей фокусированным ультразвуком ExAblate 2000 (InSightec Ltd.) работающую под контролем магнитно резонансного томографа Signa EchoSpeed 1,5 T EXCITE (General Electric Medical Sistems).

Нами пролечено 240 женщин с симптомной миомой матки. Длительность анамнеза от 1 года до 10 лет. Средний возраст пациенток 40±2 года. Размеры узлов составили от 3 до 10см в диаметре. В зависимости от интенсивности МР-сигнала миомы на Т2ВИ по сравнению с миометрием мы разделяем миомы на 3 типа: «темные» (гипоинтенсивные) - 80% (192 пациентки), «серые» (изоинтенсивные) - 12% (29 пациенток) и «белые» (гиперинтенсивные) - 8% (20 пациенток). Результаты лечения оценивались как сразу после процедуры (по объему зоны без перфузии в узле после в\в введения МР-контрастного агента), так и спустя 3,6,12 месяцев по степени уменьшения узла.

Нами установлено, что для лечения «темных» миом средних размеров (103 пациентки, 43%) достаточно стандартного протокола ExAblate 2000:

- фокусы ультразвуковой энергии в миоме (так называемые «споты») имеют средний и крупный размер Large 2,3 - длина 30-38мм, диаметр /6-8мм/.При таких спотах энергия в течение 20 сек. последовательно подается от центральной зоны спота до его краев.
- энергия фокусированных ультразвуковых воздействий т.н. «соникаций» составляют 1800-2300Дж.
- края спотов не выходят за пределы узла, расстояние от границ области лечения до «псевдокапсулы» миомы не менее 5мм,
- распределение и компоновка спотов в узле наиболее рациональна, споты располагаются без наложения друг на друга.
- время процедуры не превышает 4 часов.

При таком лечении достигались результаты аблации до 80%, а у 6 пролеченных нами пациенток возникло полное отсутствие перфузии в узле, т.е. наблюдался эффект «псевдоэмболизации».

При последующем наблюдении объем узлов уменьшался через 3 месяца после процедуры на 20-30%, через 6 месяцев – на 40-50%.

При лечении «темных» миом больших размеров (89 пациенток, 37%) необходимо использовать протокол т.н. «удлиненных спотов»:

- длина таких спотов составляет 40-45мм. Энергия подается сначала в максимально удаленный участок спота, постепенно «обрабатывая» всю его длину, Однако,

при этом увеличивается время соникации до 28 сек, против стандартных 20 сек.
- лечение также проводится с максимальной безопасностью, границы спотов не выходят за пределы узла, однако возникают проблемы в воздействием на наиболее отдаленную (глубокую) часть узла - часто при этом необходимо их отодвинуть споты как можно глубже и изменить проникающую способность ультразвука.
- энергия соникаций составляет 2800-3000Дж.
- время процедуры составляет 4-8 часов.

При лечении очень крупных узлов возникает проблема «выпаривания» их задних отделов, что связано: 1) с существенным затуханием энергии ультразвука при расстояниях более 85мм, 2) с прилежанием узла к крестцу и раздражением седалищного нерва. Процедура становиться затруднительной потому, что для решения 1-й проблемы требуется увеличить проникающую способность ультразвука, для решения 2-й проблемы - уменьшить проникающую способность УЗ-энергии. Соответственно при использовании стандартного протокола остается непролеченной задняя часть узла, результат составляет 25-50%.

Для лечения «белых» мином необходимо использовать специально подобранный протокол с учетом того, что они плохо поглощают УЗ-энергию и хорошо васкуляризируются:
- споты располагаются с наложением друг на друга. Это необходимо для исключения недостаточного прогрева участков между спотами.
- тип спота Small 0 (при таких соникациях пучок энергии фокусируется в небольшом объеме, расположенной в центре спота).
- используются максимально возможные показатели энергии (2500-2800Дж).
- время соникаций уменьшается до 16 сек – этим достигается подача максимальной мощности за короткий промежуток времени, и сводится к минимуму эффект перфузии, передавая тканям как можно больше энергии за меньший промежуток времени.
- время на проведения процедуры требуется примерно в 2 раза по сравнению с использованием стандартного протокола.

После лечения узлов средних размеров (10 пациенток) результат составляет 40-45%. При использовании стандартного протокола (5 случаев) – результат 10-15%.

Лечение «белых» мином больших размеров (5 случаев) проводится в 2 этапа: непосредственно на следующий день после проведения процедуры или после выполнения контрольного МР-исследования через 3 месяца после лечения.

Последующее наблюдение показывает, что в ряде случаев, несмотря на средний или неудовлетворительный результат аблации, если в зону деструкции миомы попал крупный сосуд, то отдаленные результаты оказываются вполне удовлетворительными с увеличением зоны без перфузии до 95% (по типу «псевдоэмболизации»).

Что касается «серых» мином, то зная, что они различаются морфологически, выбор тех или иных параметров лечения зависит от адекватности поглощения УЗ-энергии тканью после проведения пробных соникаций.

Если отмечается адекватное поглощение УЗ-энергии (18 пациенток), то можно использовать стандартный протокол лечения в не зависимости от размеров узла (тип спотов Large 2, 3 или 4, энергия при этом составляет от 2000 до 3000Дж). Результат при этом достигался до 35-60% в зависимости от размеров узлов. «Удлиненные» соникации в таком типе мином давали низкий процент аблации – 20-30% (1 случай).

Если поглощение неадекватное, то используется протокол для лечения «белых» мином (6 пациенток). При больших размерах узла (4 пациентки), лечение проводится в несколько этапов. Результат составлял 25-40% в зависимости от размеров узла.

Таким образом, учет МР-типа миоматозного узла, помогает подобрать наиболее подходящий протокол лечения для получения наибольшего процента аблации.

ТРУДНОСТИ ФУЗ-МРТ: МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО АКУСТИЧЕСКОГО ОКНА

Лазуткина В.Ю., Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Денисов А.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППО
ФГУ «Лечебно-Реабилитационный Центр» Росздрава, Москва, Россия

Актуальность: среди нехирургических методов лечения миомы матки все большее распространение во всем мире и в том числе в России получает метод фокусированной ультразвуковой аблации (ФУЗ) под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ). Метод ФУЗ-аблации под контролем МРТ основан на дистанционном воздействии сходящимся пучком ультразвуковой энергии, проходящей через ткани и концентрирующейся в фокусе внутри миомы. Возможность безопасного лечения напрямую зависит от акустического терапевтического «окна», которое открывается между костями таза и петлями кишечника. Положение кишки – главного критического органа при данном методе – в первую очередь определяет величину акустического «окна». Помимо этого грубые послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке – могут значительно ограничить или сделать невозможным данный вид лечения.

Цель: разработка методических приемов создания максимального лечебного окна для безопасного проведения процедуры МРТ-ФУЗ-аблации.

Для лечения мы использовали систему для дистанционной аблации опухолей фокусированным ультразвуком ExAblate 2000 (InSightec Ltd.) работающую под контролем магнитно резонансного томографа Signa EchoSpeed 1,5 T EXCITE (General Electric Medical Sistems).

Нами пролечено 240 женщин с симптомной миомой матки. Длительность анамнеза от 1 года до 10 лет. Средний возраст пациенток 40±2 года.

Наибольшую проблему при лечении миоматозных узлов матки представляют интерпонированные между передней брюшной стенкой и маткой петли кишки. Анатомотопографическое соотношение петли кишки – миоматозные узлы таково, что акустическое окно практически, а в ряде случаев полностью, отсутствует. Нами разработаны несколько наиболее простых вариантов получения лечебного окна:

для смещения петель кишки вверх необходимо наполнить мочевой пузырь достаточным количеством физ. р-ра. Обычно достаточно 250-300 мл. По большей части у пациенток не возникает никаких неприятных ощущений, поскольку все манипуляции проводятся после внутривенного введения обезболивающих и седативных препаратов. Наиболее эффективно наполнять мочевой пузырь в колено-локтевом положении. В этом случае пузырь не раздувается «шариком», а заходит между передней брюшной стенкой и маткой.

Если не удается оттеснить петли кишки вверх, наполняя мочевой пузырь жидкостью, то можно его опорожнить на резком выдохе. При этом тело матки как бы падает вниз, а петли кишки остаются выше, «открывая» лечебное окно.

Кроме этого для смещения петель кишки вверх можно проводить висцеральный массаж передней брюшной стенки пациентки, однако в большинстве случаев это малоэффективно.

В некоторых случаях, применив все вышеописанные приемы, так и не удается получить лечебное окно, может быть эффективным введения в прямую кишку специального бал-

лончика (типа зонда Блэкмора), с его дальнейшим наполнением жидкостью (150мл). При этом тело матки приближается к передней брюшной стенке, вытесняя петли кишки наверх.

Но есть единственное исключение, когда невозможно использовать зонд, это наличие у пациентки крупных геморроидальных узлов. В таком случае можно выполнить клизму и наполнить прямую кишку большим количеством (до 700 – 900мл) физ. р-ра.

В случае интерпонированных петель кишки и положения матки в retroversio необходимо единовременное наполнение мочевого пузыря как можно большим количеством физ. р-ра, введение в прямую кишку зонда Блэкмора и введение в задний свод влагалища специального марлевого тампона.

Второй по частоте проблемой является наличие грубых послеоперационных на передней брюшной стенке, которые содержат плотную фиброзную ткань, хорошо поглощающую УЗ-энергию, что может явиться причиной ожога.

Нами разработан ряд методических приемов, позволяющих провести проц едуру пациенткам с рубцами передней брюшной стенки с минимальным риском возникновения осложнений. Наиболее простой способ – замазывание кожи пациентки в области рубца толстым слоем ультразвукового геля для создания наиболее равномерной акустической среды.

Также необходимо изменять углы соникаций в аксиальной и сагиттальной проекциях с целью избежать прохождения ультразвукового пучка через рубцовую ткань, которая хорошо визуализируется на МР-изображениях.

Кроме этого для смещения зоны лечения из области послеоперационного рубца можно наполнить мочевой пузырь необходимым количеством физ. р-ра.

В отдельных случаях - при низком расположении миоматозного узла возникает проблема прохождения УЗ-пучка через лобковую кость. Для смещения матки вверх необходимо наполнить мочевой пузырь небольшим количеством физ. р-ра. Обычно достаточно 150-200мл.

Таким образом, при выявлении факторов, способствующих сужению лечебного акустического окна (интерпонированные петли кишки, послеоперационные рубцы, лобковая кость), возможно использование специальных приемов, которые в итоге будут способствовать максимальной эффективности процедуры ФУЗ-МРТ.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Ласточкина Т.В., Кунилова О.В., Черепенина Т.И.

Россия, г.Норильск, муниципальное учреждение здравоохранения Родильный дом»

МУЗ «Родильный дом» города Норильска работает с 8 марта 1946 года. Главный врач МУЗ «Родильный дом» - Заслуженный врач РФ Ласточкина Татьяна Владимировна.

Задачи лечебного учреждения:

- Оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической и лечебно-профилактической помощи женскому и детскому населению, семье.
- Пропаганда гуманного родовспоможения, грудного вскармливания.
- Охрана репродуктивного здоровья семьи.
- Решение приоритетной программы социально-правовой защиты женщин, семьи и детей.
- Научно-практическая деятельность.

Репродуктивное здоровье является фактором национальной безопасности, а так же критерием эффективности социальной и экономической политики государства. Норильск – город молодых. 65% его жителей находится в репродуктивном возрасте. В 1999 году, как и во всей России, вызывал большую тревогу всплеск на территории наркомании, токсикомании, алкоголизма, высокий уровень абортов, рост инфекции передаваемых половым путем и ВИЧ-инфекции.

В связи с чем, на базе третьего отделения женской консультации МУЗ «Родильный дом» был открыт кабинет профилактики. Была создана программа «Вопросы нравственности и пола». Было заключено соглашение между администрацией единого муниципального образования «Город Норильск», норильским городским советом, Московской патриархией Красноярско-Енисейской епархии благочиние Таймырского округа храма «Всех скорбящих Радость» и мусульманским обществом при Центральном духовном Управлении мусульман стран СНГ г.Норильска при мечети Нурд Хамал.

Создана бригада врачей по выполнению профилактической работы в составе:

- акушер-гинеколог,
- уролог,
- нарколог,
- священник (присутствовал по согласию родителей и детей).

Основные задачи бригады:

- Пропаганда здорового образа жизни, нравственно-гигиенического воспитания.
- Воспитание высокой нравственности у подрастающего поколения.
- Подготовка к браку.
- Пропаганда материнства.

Профилактика абортов как основной причины заболеваемости женщин репродуктивного возраста.

Лекторий работает на базе общеобразовательных школ и охватывает работу с подростками 8-11 классов города Норильска. Работа проводится в течение 6 лет. Каждому специалисту для каждой возрастной группы выделяется по два академических часа, что позволяет охватить лекторием все школы города. Тематика лектория сформирована с учетом возрастных психологических особенностей подростков по возрастным группам. Выделены три группы. Первая возрастная группа ученики восьмых классов – 13-14 лет. В этой группе проводятся беседы об основных анатомических и гигиенических понятиях в отношении репродуктивной системы.

Вторая возрастная группа – 9 классы – 14-15 лет. Беседы направлены на закладку понятий об ответственности перед собой и своими близкими за свое здоровье, вреде раннего начала половой жизни и возможных негативных последствий для здоровья человека и его будущих детей. Даются необходимые знания о заболеваниях передающихся половым путем – ВИЧ-инфекции и СПИДе, о мерах по профилактике этих заболеваний.

Третья возрастная группа учащиеся 10-11 классов – 16-17 лет. Формирование доминанты семьи, воспитание детей на основах российской культуры, профилактика наркомании, закладка представлений о женщине, как будущей матери, главной ее миссии и ответственности ее перед обществом за здоровье своих будущих детей. Представление о мужчине, как о личности и главе семьи. Ответственное половое поведение. Формирование негативного отношения к абортам, как к детоубийству. О методах и средствах контрацепции.

Лекторий пользуется успехом среди учащихся общеобразовательных школ, вызывает большой интерес и поддержку родителей, дает возможность подросткам получить необходимые знания по вопросам половой гигиены, заболеваемости, методах контрацепции, медицинских учреждениях, в которых они могут получить специализированную помощь по возникающим у них проблемам.

В результате проведенной работы, за последние 6 лет удалось существенно снизить число абортов в подростковой группе 15-19 лет. Так в структуре абортов по Норильску, аборты в этой группе в 2005 году составил 2% от общего количе-

ства абортов, а в 1999 году этот показатель составлял 4%, по России 6-10 %. На 1000 подростков в 2005 году приходилось 14 абортов, а в 1999 - 20,1. В абсолютных числах по Норильску медицинских абортов у подростков в 1999 году было произведено 98, из них в сроке более 12 недель – 18. В 2005 году – всего 52 аборта, в сроке более 12 недель – 5. Снижение абортов среди подростков произошло практически в 2 раза, а прерывание беременностей в сроках более 12 недель в 3,6 раз, что является следствием эффективности профилактической работы лектория.

Анализируя уровень роста абортов в возрастном аспекте отчетливо видно, что в возрастной группе до 19 лет не протяжении работы специализированного кабинета с 2002 года по 2006 год идет снижение количества абортов по городу Норильску с 208 (2002 г) до 116 (2006 год), что составило уменьшение на 44,3%. В возрастной группе 20-24 года так же наблюдается тенденция снижения производства абортов с 472 (2002 год) до 282 (2006 год). Снижение на 40,2%. Необходимо отметить ощутимый рост увеличения контролируемых абортов в данный период с 55,9% до 84,1% (2002-2006 г.г.), а так же снижение производства абортов у первобеременных женщин с 313 (2002 г) до 143 (2006 г), что составляет снижение на 54,3%. Роды у подростков: 2001 г. – 52, 2006 г. – 33. Снижение на 46,6%.

Санитарно-просветительная работа с подростками, безусловно, дает положительные результаты и возможно послужит толчком к изменению демографической ситуации в России при проведении ее на должном уровне во всех регионах России. Такой вывод позволяет нам сделать наш опыт работы в городе Норильске.

СОПРЯЖЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНО-АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИЦИТАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Лебедева М.И., Роговская С.И., Тутельян А.В.

ФГУ НЦАГиП Росмедтехнологий
Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора

Широкое применение иммунотропных препаратов в комбинированной терапии заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), определяется наличием у больных выраженных расстройств клеточного иммунитета, что является одним из патогенетических факторов развития цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Однако, эффективность применения интерферонов и большинства известных иммуномодуляторов при данной патологии недостаточна. Среди большого ассортимента иммуномодулирующих препаратов, особое положение занимает имунофан – модифицированный аналог естественного пептидного гормона Т-системы иммунитета, который обладает высокой фармакологической потенцией в отношении восстановления нарушенных функций Т-клеточного и противовирусного иммунитета.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь показателей иммунной системы и систем клеточной детоксикации у больных цервицитами, ассоциированными с вирусом папилломы человека на фоне применения регуляторного пептида.

Материалы и методы. Применяли иммунологические методы и ВПЧ Digene-тест - новая модификация ПЦР-теста - основан на технике гибридизации в растворе вирусной ДНК и РНК-пробы, комплиментарной к определенным серотипам, и реакцией РНК-ДНК гибрида с моноклональными антителами. Иммунологические тесты включали изучение кинетики хемилюминесценции клеток моноцитарно-макрофагального ряда, количественное изучение субпопуляций Т-лимфоцитов и оценку содержания естественных киллеров.

Результаты. ВПЧ-Digene тест был проведен 150 пациенткам с ВПЧ, обнаруженным методом ПЦР. Из них 46 пациенток были Digene-положительными, то есть только 30% являлись носителями вируса с высокой репликативной активностью. По предварительным данным в основной группе, которую составили 26 ВПЧ-Digene положительных пациенток, подавление репликативной активности вируса на фоне приема имунофана по схеме 1 суппозиторий на ночь во влагалище ежедневно N10 произошло в 88,5%. В контрольной группе из 20 ВПЧ-Digene положительных пациенток, которые не получали иммунотерапию, положительный клинический эффект отмечен только в 30% случаев.

При анализе клеточных параметров иммунной системы больных после курса имунофана, были выявлены признаки ее активации. Так, отмечали повышение числа как CD19+ лимфоцитов, так и натуральных киллерных CD16+ лимфоцитов, что демонстрирует усиление естественной противовирусной защиты на фоне применения регуляторного пептида имунофан. Состояние системы детоксикации оценивалось нами по данным спонтанной и стимулированной зимозаном люминол и люцигенин – зависимой хемилюминесценции. В результате проведенной терапии показатели хемилюминесценции больных основной группы снижались до нормы в 61,5% случаев. У больных контрольной группы снижение хемилюминесценции происходило в 5% случаев. Таким образом, полученные данные свидетельствую о повышении противовирусной и детоксикационной функции иммунокомпетентных клеток при использовании имунофана.

СОДЕРЖАНИЕ СЕРОТОНИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОПСИХИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Лекарева Т.М., Кореневский А.В., Арутюнян А.В.

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

Актуальность темы: Предменструальный синдром (ПМС) – симптомокомплекс, возникающий в дни, предшествующие менструации, и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. По данным ряда авторов (Сметник В. П., Тумилович Л. Г., 2003; Yen S. S. K. и др., 1998; Trott A., 1996), тяжелые формы ПМС встречаются у 3 – 8% женщин репродуктивного возраста. Наиболее распространенной является нейропсихическая форма заболевания, встречающаяся примерно у 50% больных. В литературе последних лет наиболее распространенной терапевтической тактикой в терапии ПМС является назначение комбинированного контрацептива (КОК), содержащего в качестве гестагенного компонента дроспиренон, производное спиронолактона. (Apter D, и др., 2000, Brown C., 2002 Boschitch E, и др., 2000) Тем не менее, в ряде работ показана недостаточная эффективность применения данного лекарственного средства. (Halbreich U, 2006, Freman E.W. и др., 2001). Неэффективность терапии при нейропсихической форме ПМС приводит к более тяжелому течению заболевания, негативно сказывается на качестве жизни, межличностных взаимоотношениях.

Материалы и методы: обследовано 25 больных нейропсихической формой предменструального синдрома.

Осуществлялось проспективное обследование женщин с применением менструального календаря симптомов и визуально-аналоговых шкал оценки степени выраженности симптомов ПМС, таких как тревога, подавленность, колебания настроения, потеря эмоционального контроля, заполняемых на 25 день менструального цикла. Психологический статус больных определяли с помощью экспериментально-психологических методов оценки тревоги и депрессии: госпитальная шкала тревоги и депрессии; шкала депрессии Зунга. После верификации диагноза, больным назначался монофазный низкодозированный КОК, содержащий 3 мг дроспиренона. Вышеописанные методы исследования применялись в течение 2 – 3 последовательных менструальных циклов до начала лечения, а также в течение четвертого цикла терапии. Также проводилось определение серотонина в плазме крови (норма: 0,28-1,7 мкМ) на 23 - 25 дни менструального цикла и во время четвертого цикла терапии КОК, содержащим дроспиренон.

Результаты исследования: Средний возраст больных варьировал от 18 до 43 лет и в среднем составил 27,8±1,0 года. Среди обследованных больных преобладали женщины со средней степенью тяжести заболевания - 40% (20 человек). Количество больных нейропсихической формой предменструального синдрома легкой и тяжелой степеней было одинаковым и равнялось 30% (15 человек). В среднем, каждая женщина испытывала 7 симптомов заболевания. К наиболее распространенным проявлениям ПМС относились депрессия – 79%, агрессивность – 72,9%, раздражительность – 70,8%, обидчивость – 70,8%, плаксивость – 68,8%, забывчивость – 64,6%. У больных нейропсихической формой ПМС содержание серотонина в крови составило 0,37±0,05 мкМ. Была выявлена взаимосвязь между содержанием серотонина в крови и степенью тяжести нейропсихической формы заболевания. В случае легкого течения ПМС (n=6), уровень серотонина в крови женщин составил 0,49±0,07 мкМ,. При ПМС средней степени выраженности (n=9) данный показатель был равен 0,40±0,10 мкМ. У больных с тяжелыми проявлениями заболевания (n=10) содержание серотонина в крови равнялось 0,26±0,04 мкМ, что достоверно отличалось от такового при легкой степени тяжести ПМС ($p<0,05$). К концу четвертого цикла терапии оказалось, что уровень серотонина достоверно увеличился по сравнению с исходным, что составило 1,17±0,12 мкМ, $p<0,01$. Тем не менее, у 6 больных выраженность вышеуказанных симптомов ПМС оставалась значительной (71-100 баллов). По данным оценки психологического статуса, у 6 женщин определялась субклиническая депрессия, у одной - маскированная депрессия. У больных, для которых применение препарата, содержащего дроспиренон, оказалось недостаточно эффективным, был отмечен наиболее низкий исходный уровень серотонина в крови по сравнению с остальными женщинами данной группы, 0,29±0,07 мкМ ($p<0,05$).

Выводы: Применение дроспиренон-содержащего КОК может повышать содержание серотонина в крови больных ПМС. Низкое содержание серотонина в крови больных нейропсихической формой ПМС может служить прогностическим признаком недостаточного эффекта применения комбинированного орального контрацептива, содержащего дроспиренон. Таким пациентам целесообразно сочетанное применение данного препарата и лекарственных средств, влияющих на метаболизм серотонина.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА

Линде В.А., Маржевская А.М., Гришанина О.И., Дудниченко Т.А., Соломенцева Е.В.

Россия, г. Санкт-Петербург, СПбМАПО, Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Актуальность проблемы. Генитальный эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний, которое в 30-40 % случаев сопровождается бесплодием. У пациенток, страдающих эндометриозом, выявляются различные иммунные нарушения. При этом недостаточно изучена роль эндометрия, как иммунокомпетентной ткани, в которой в период имплантации осуществляется первый прямой контакт материнского организма с эмбрионом. Успех имплантации может зависеть от функционального состояния субпопуляций иммунокомпетентных клеток в эндометрии.

Одной из популяций клеток эндометрия и основных популяций клеток децидуальной оболочки являются гранулярные клетки эндометрия (ГКЭ). Количество в эндометрии этих клеток, несомненно, участвующих в иммунной регуляции, увеличивается во вторую фазу менструального цикла. Они составляют до 70% лейкоцитарной популяции в децидуальной строме в первом триместре беременности. С точки зрения экспрессии поверхностных антигенов, ГКЭ очень схожи с группой СД56+, СД16- NK-клеток, составляющих менее 2% лимфоцитов периферической крови. Есть данные, что ГКЭ обладают как киллерной, так и супрессорной активностью. Известно, что у пациенток, страдающих бесплодием на фоне эндометриоза, повышена цитотоксическая активность NK-клеток периферической крови. В этой связи представляется перспективным изучение киллерной и супрессорной активности иммунокомпетентных клеток эндометрия при различных формах эндометриоза.

Цель, материалы и методы исследования. Целью данного исследования явилось изучение количества и цитотоксической активности NK-клеток эндометрия у женщин фертильного возраста. Исследование проводили среди 63 женщин, обратившихся к гинекологу в связи с бесплодием на фоне эндометриоза, и 35 здоровых фертильных женщин. Использовали анамнестический, клинические и лабораторные методы исследования. У всех пациенток, страдающих эндометриозом, диагноз был верифицирован ранее в ходе лечебно-диагностической лапароскопии. Ни одна из больных в течение 6 месяцев, предшествовавших данному исследованию, не получала лечение. Гормональный фон пациенток изучали методом ИФА. У женщин, страдающих эндометриозом, методом ультразвуковой гистеросальпингоскопии исключали трубные причины бесплодия. У всех пациенток методом ИФА исключили иммунизацию спермой мужа. Далее изучали количественный состав и функциональное состояние иммунокомпетентных клеток эндометрия. Для этого в середине лютеиновой фазы, во время «окна имплантации», получали аспират эндометрия, после суспензирования и центрифугирования при 300 g методом проточной ДНК-цитофлуориметрии изучали количество и цитотоксическую активность NK-клеток эндометрия.

Полученные результаты. По возрастным, анамнестическим, антропометрическим данным обе группы женщин сопоставимы. При обследовании гормонального фона у здоровых фертильных женщин все показатели находились в физиологических пределах. При обследовании больных эндометриозом у 27 женщин (43 %) выявлены различные синдромы гормональных нарушений (относительная гиперэстрогения, гипоти-

реоз, гиперандрогения). При изучении параметров местного иммунитета эндометрия здоровых женщин получены результаты, сопоставимые с данными других авторов. Выявлено, что количество NK-клеток эндометрия, полученного от 54 (85 %) пациенток, страдающих эндометриозом, на 8-15 % превышает таковое у здоровых женщин. Цитотоксическая активность NK-клеток, полученных от 57 больных эндометриозом, на 13-28 % превышала цитотоксическую активность NK-клеток, полученных от здоровых женщин.

Таким образом, у женщин, страдающих эндометриозом, наряду с гормональными нарушениями выявлены количественные и качественные изменения популяции иммунокомпетентных клеток эндометрия, свидетельствующие об избыточной инфильтрации эндометрия NK-клетками с повышенной цитотоксической активностью, что, возможно, является причиной нарушений имплантации и бесплодия у женщин, страдающих эндометриозом.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДИМОГО ИНФРАКРАСНОГО ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА И ГИАЛУРОНАТА ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Липатов И.С., Зубковская Е.В., Максимова О.В.

Россия, г.Самара, кафедра акушерства и гинекологии №1 СамГМУ

В настоящее время для лечения псевдоэрозии шейки матки применяются деструктивные методы лечения, к недостаткам которых относятся: длительная регенерация эпителия, рубцовые изменения шейки матки, развитие экто- и ретроцервикального эндометриоза, нарушение менструальной функции, невозможность осуществления контроля за глубиной разрушения патологически измененных тканей, травматизация подлежащих здоровых тканей.

Перспективным направлением в лечении эктопий шейки матки является изучение терапевтических возможностей видимого инфракрасного поляризованного света (ВИП - света) аппарата Биоптрон («Цептер», Швейцария), который обладает регенераторным, иммуномодулирующим, антимикробным и обезболивающим эффектами.

Целью нашего исследования явилась разработка нового консервативного метода лечения эктопии шейки матки с использованием светотерапии ВИП-светом и обоснование целесообразности его применения у нерожавших женщин.

В исследовании было обследовано и пролечено 76 нерожавших женщин с эктопией шейки матки. В зависимости от метода лечения пациентки были разделены на 4 группы:

- 16 женщин, которым была проведена терапия с использованием ВИП - света ппарата Биоптрон - Компакт;
- 9 женщин, которым проводилась сочетанная терапия ВИП - светом и гиалуронатом цинка (препарат Куриозин фирмы «Гедеон Рихтер»);
- 13 женщин, которым была проведена сочетанная терапия ВИП - светом после радиоволновой деструкции аппаратом «Сургидрон»;
- 8 женщин, которым было проведено лечение методом радиоволновой деструкции аппаратом «Сургидрон».

Средний возраст 26,5 ± 0,5 лет (от 24 до 30).

Перед началом лечения все пациентки были обследованы. Специальное обследование предполагало изучение мазков-отпечатков с шейки матки на онкопатологию, анализ мазков на степень чистоты и флору влагалища, расширенную кольпоскопию, гистологическое исследование биоптатов шейки.

Статистических отличий по кольпоскопической картине, по площади эктопии и по результатам гистологического исследования биоптатов шейки матки до начала лечения в группах не выявлено.

Лечение назначалось после окончания очередной менструации в первую фазу менструального цикла.

Процедура проводилась на гинекологическом кресле. Шейка матки обнажается в зеркалах, слизь и выделения удаляются тупфером. Эктоцервикс обрабатывается окси-спреем, который повышает степень поглощения света. Свет лампы Биоптрон - Компакт направляется под прямым углом на патологический участок. Время экспозиции 8-10 минут. После сеанса на эктоцервик женщин II группы наносился гиалуронат цинка (препарат Куриозин). Процедура проводится 1 раз в день; курс лечения в среднем от 6 до 15 сеансов.

После проведения сеанса светотерапии пациентками не отмечалось наличие дискомфорта, болей, кровянистых выделений, кровотечений, парестезий.

При сочетанном методе лечения у женщин III группы в начале проводили радиоволновую деструкцию аппаратом «Сургидрон», затем через 10 дней начинали светотерапию ВИП - светом лампы Биоптрон - Компакт. Облучение проводили в количестве 6-10 процедур по методике, описанной выше.

Результаты кольпоскопии показали, что через 30 дней после лечения полная эпителизация эктопии шейки матки произошла у 81% пациенток I группы, у 89% пациенток II группы, у 85% пациенток III группы, у 79% пациенток IV группы. Полностью эпителизировавшихся эктопий шейки матки у женщин II группы, пролеченных предложенным консервативным методом (ВИП-свет и Куриозин), было больше, чем в других группах.

По результатам сравнительного анализа в целом по группам можно сделать заключение о сопоставимости и даже большей эффективности светотерапии в сочетанном методе лечения у нерожавших женщин по сравнению с деструктивным методом воздействия.

В результате наблюдения в ходе лечения за пациентками I и II групп нами выявляется следующая положительная динамика: после первых 6 - 7 сеансов лечения визуально наблюдается, как правило, усиление гиперемии слизистой оболочки шейки матки, а при кольпоскопическом исследовании выявляются более полнокровные сосуды с утолщёнными стенками, что обусловлено усилением микроциркуляций и повышением проницаемости сосудистой стенки. Затем идёт быстрая эпителизация, заканчивающаяся к 15-21 дню, за счёт врастания плоского эпителия с краёв эрозированной поверхности и появление небольших островков плоского эпителия в зоне цилиндрического эпителия, по-видимому, из резервных клеток.

Выявлена прямая зависимость между временем наступления эпителизации и размером патологического очага на шейке матки. Нами установлено, что при монотерапии ВИП - светом лампы Биоптрон - Компакт для лечения эктопии шейки матки площадью 0,81 - 2,00 см2 достаточно 9-11 процедур, а при площади 2,01- 5,1 см2 - 15 - 17 процедур. При дополнительном использовании гиалуроната цинка) эктопии шейки матки площадью 0,81 - 2,00 см достаточно 6-8 процедур, при площади 2,01-5,1 см - 12-15 процедур. При сочетанном лечении (ВИП-свет лампы Биоптрон - Компакт после радиоволновой деструкции аппаратом «Сургидрон») соответственно площади эктопии 5-7 процедур и 8-10 процедур.

Следовательно, методом выбора в терапии эктопии шейки матки у нерожавших женщин может быть лечение ВИП-светом аппарата Биоптрон - Компакт, преимуществами которого являются консервативность, возможность использования в амбулаторных условиях, безопасность и простота в применении, широкая доступность. Предложенный метод сочетанного лечения ВИП-светом и гиалуронатом цинка является альтернативой деструктивным методам терапии эктопии шейки матки.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С УЧЕТОМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПОДРОСТКОВ С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Лободина И.М., Уварова Е.В., Веселова Н.М., Василенко И.А.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, г. Москва, Россия

В последние годы возрос интерес исследователей к изучению различных методов диагностики маточных кровотечений у подростков, позволяющих оценить степень тяжести процесса и проводить динамический контроль адекватности назначаемой терапии. Для полной остановки кровотечения в зоне микроциркуляции одну из главных ролей играет клеточное звено гемостаза, поэтому исследование морфофункционального статуса тромбоцитов у девочек-подростков может иметь существенную диагностическую ценность.

Цель исследования: Изучение морфофункциональных особенностей тромбоцитов нативной периферической крови при маточных кровотечениях в пубертатном периоде (МК ПП).

Метод: Витальная компьютерная лазерная фазометрия (КФМ), позволяющая определить особенности морфофункционального состояния клеток периферической крови. Оценка тромбоцитарного звена гемостаза с помощью КФМ проводилась исходно на фоне кровотечения до начала терапии. Уровень гетерогенности циркулирующей популяции определяли по изменению геометрических (диаметр, периметр, площадь) и оптических (высота и объем) показателей тромбоцитов.

Материалы: Группу обследования составили 45 пациенток с маточным кровотечением в возрасте от 11 до 18 лет. В группу контроля вошли 28 практически здоровых девушек с регулярными и умеренными менструациями аналогичного возраста.

Результаты: Среди факторов, влияющих на исходные морфометрические показатели структуры и функции тромбоцитов, наиболее значимыми оказались: длительность кровотечения и вид ранее получаемой терапии. О нарушениях тромбоцитарного гемостаза при маточном кровотечении более 1, но менее 2-х месяцев, свидетельствовало снижение тромбоцитов покоя в среднем по группе до 41% при физиологическом нормативе 62%, увеличение активированных форм до 52% при нормативе 33% и дегенеративно-измененных тромбоцитов до 15% при нормативе 4%. При кровотечении длительностью более 2-х месяцев доля тромбоцитов покоя в среднем составила 30%, активированных форм 65%, дегенеративно-измененных клеток 28%. У 93% обследуемых пациенток были выявлены дегенеративно-измененные клетки в среднем с частотой от 8% до 28% и лишь у 7% - от 4 до 8%. Функциональное состояние клеточного звена гемостаза соответствовало активации с элементами декомпенсации. Метрические показатели тромбоцитов у подростков с длительным кровотечением характеризовались сниженной высотой на 30-40% и завышенными диаметром, периметром и площадью клеток на 25-40% по сравнению с физиологическими нормативами $1,3 \pm 0,6$; $2,6 \pm 1,0$; $8,2 \pm 3,7$; $5,0 \pm 3,9$ мкм соответственно. У больных с кровотечением продолжительностью более 1 месяца, поступивших для исследования на фоне применения симптоматических препаратов (дицинон, викасол, аминокапроновая кислота), периметр клеток и фазовая высота тромбоцитов были больше на 5-10% чем без лечения. Доля дегенеративно-измененных клеток составила 10-12% против 5% у пациенток, не получавших терапию. Важно отметить, что несмотря на клинически полную остановку кровотечения, при использовании монофазных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в суточной дозе 6 таблеток и более (с содержанием этинилэстрадиола более 30 мкг), обнаружено увеличение количества дегенеративно-измененных клеток до 25-28%, со снижением их высоты на 15-20% и значительным возрастанием площади, периметра и диаметра на 35-40% по сравнению с тромбоцитами девочек, не получавших терапию.

Заключение: Морфофункциональный статус тромбоцитов служит объективным критерием исходного состояния тромбоцитарного звена. Высота клеток является показателем внутреннего состояния клетки, степени наполнения гранул, а ее снижение, возможно, свидетельствует о нарушении цикличности биохимических процессов в клетке, что при умеренном увеличении площади и периметра приводит к деформации формы тромбоцитов и появлению активированных и дегенеративных клеток. Это, несомненно, является важным для адекватной оценки функциональной способности тромбоцитов, обеспечивающих гемостаз, в том числе терапии. Нормализация морфометрических показателей тромбоцитов в процессе лечения через 5-7 дней может служить критерием эффективности проводимого лечения.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В ГИНЕКОЛОГИИ

Мазитова М.И., Гайнутдинова Э.Р.

г. Казань

Ежегодное увеличение количества оперированных на органах брюшной полости, связанное с улучшением диагностики заболеваний и возможностей хирургии за последние десятилетия, приводит к продолжению роста больных с таким послеоперационным осложнением как спаечный процесс. По данным литературы частота образования спаек после гинекологических операций колеблется от 55 до 97%, а после повторных хирургических вмешательств более чем у 90% больных. Развитие послеоперационных спаек является почти неизбежным следствием при абдоминальной и гинекологической хирургии и составляет важную клиническую и экономическую проблемы. Клинические осложнения, вызванные со спаечным процессом в брюшной полости, проявляются в виде кишечной непроходимости, трубно-перитонеального бесплодия и внематочной беременности, хронических тазовых болей и более высокой трудности доступа при повторных операциях. Особенно актуален процесс спайкообразования в гинекологии, так как его последствия способны привести к репродуктивным потерям. Финансовая сторона проблемы заключается в том, что послеоперационные спайки приводят к увеличению медицинских расходов более чем у 35% пациентов, подвергшихся брюшной или гинекологической операции повторно из-за осложнений по поводу возникшего спаечного процесса. (Ellis H. et al., 1999). Статистически каждые 10 хирургических процедур приводят к еще 7 дополнительным (Lower A.M. et al., 2000), при этом из всех повторных хирургических вмешательств 22,1% проходят в течение первого года (Canis M. et al, 2001). Наличие хронических тазовых болей у прооперированных пациенток заставляет их постоянно посещать женские консультации и гинекологические стационары.

Этиология процесса спайкообразования весьма разнообразна. В момент операции происходит воздействие различных факторов на брюшину: механическая травма, сдавление, высушивание, излитие крови, контаминация инфекцион-

ным агентом, воздействие агрессивных химических веществ, инородных тел, местная ишемия и гипоксия. В патогенезе образования спаек также имеет место иммунологический компонент и индивидуальные особенности организма. При нарушении целостности на раневую поверхность брюшины выделяется серозно-фибринозный выпот. Соприкасаясь, травмированные поверхности в последствие образуют сращения, в основе которых фибриновые нити с участками соединительнотканной организации в виде коллагеновых и эластических волокон. Заживление происходит путем образования васкуляризированной грануляционной ткани. Существует мнение, что спайки после операции на органах брюшной полости и висцеропариетальные сращения образуются в области воспалительного очага и места оперативного вмешательства (Гатауллин Н.Г.,1978), при этом они могут быть различны по макроструктуре: тяжистые и пленчатые, тонкие и толстые, единичные и множественные.

За 2006 год нами проведено 329 оперативных вмешательств по поводу гинекологических заболеваний. 175 пациенткам произведена лапаротомия, что составило 53,2%, 154 – лапароскопия (46,8%). При проведении хирургического лечения у 104 больных был обнаружен спаечный процесс в брюшной полости, что составило 31,6%. В анамнезе 71,2% из них перенесли какие-либо оперативные вмешательства, то есть спайки можно рассматривать как послеоперационное осложнение предыдущих вмешательств. У 94,6% пациенток ранее использовался лапаротомный доступ и лишь в 5,4% случаев лапароскопический. Из проведенных ранее оперативных вмешательств отмечены следующие: аппендэктомия у 34 (46,5%) пациенток, тубэктомия по поводу трубной беременности и сактосальпинкса в 18 (24,6 %) случаях, резекция яичника - в 13 (17,8%), кесарево сечение - в 7 (9,6%), удаление придатков матки - в 2 (2,7%), удаление яичника - в 1 (1,4%), надвлагалищная ампутация матки в - 1 (1,4%), диагностическая лапароскопия в - 2 (2,7%), резекция ампулярного отдела трубы при трубной беременности в - 1 (1,4%), холецистит в - 1 (1,4%), кишечная непроходимость в - 1 (1,4%), резекция желудка в - 1 (1,4%), иссечение грыжи в - 2 (1,4%) случаях. 11% больных данная операция проведена в течение года после предыдущего хирургического вмешательства. 76,7% пациенток имели одну операцию в анамнезе, 18,9% - две; 4% - три; 1,3% - четыре. У 22 (29,7%) пациенток с установленным спаечным процессом и ранее перенесенными операциями выявлены хронические воспалительные заболевания органов малого таза. ИППП обнаружено у 9,6%. При проведении повторного оперативного вмешательства был выявлен спаечный процесс I степени у 21 (28,4%) пациентки; II степени – у 19 (25,7%); III степени – у 23 (31,1%); IV степени – у 11 (14,7%). При этом отмечено, что чем больше в анамнезе у пациенток количество хирургических вмешательств, тем более выражен спаечный процесс. Так пациентка, перенесшая четыре операции, имела спаечный процесс IV степени, такая же выраженность спаечного процесса обнаружена у двух из трех прооперированных трижды. У пациенток, имеющих в анамнезе две операции, спаечный процесс III степени выявлен у 42,1%, II степени – у 31,6%, I степени – у 26,3%. Роды в анамнезе имели 41 (55%) прооперированная, 9 (12,2%) пациенток не имели еще беременности, при этом у 33.3% из них имеется бесплодие. Среди группы пациенток со спаечным процессом, не имеющих операций в анамнезе (30 больных), 36,7% перенесли воспалительные заболевания органов малого таза, у 6,7% выявлен эндометриоз.

Полученные данные свидетельствуют об актуальности проблемы образования спаек в современной хирургии. Перенесенный воспалительный процесс является предрасполагающим фактором образования спаек. Травматизация тканей, в том числе брюшины, наряду с другими факторами в момент хирургических вмешательств, имеет наибольший вес в структуре спаечной болезни. Усилия по предупреждению образования спаечного процесса в брюшной полости, прежде всего, должны быть направлены не только на использование деликатной хирургической техники, современного шовного материала, но и на разработку и совершенствование профилактических мероприятий при выполнении оперативных вмешательств, сопровождающихся образованием спаек.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Макаров О.В., Хашукоева А.З., Хашукоева З.З.

Россия, г. Москва, РГМУ

Бактериальный вагиноз (БВ) характеризуется высокими показателями заболеваемости – от 26 до 65% случаев среди женщин репродуктивного возраста, в 50% случаев имеет бессимптомное течение. У беременных БВ – фактор риска внутриутробной инфекции, преждевременных родов, послеродового эндометрита.

Применяющиеся методы диагностики БВ не всегда позволяют объективно оценить состояние микробиоценоза влагалища и провести этиотропную терапию. Недостатками бактериологического исследования являются трудности анаэробного культивирования, дорогостоящие питательные среды, большое количество «ложноположительных» и «ложноотрицательных» результатов.

Поэтому в настоящее время идет активный поиск простых, легко воспроизводимых и достаточно информативных тестов для выявления БВ. В последние годы широкое распространение получило исследование низкомолекулярных метаболитов микрофлоры в частности КЖК фракции С2-С6 и изомеры в различных биосубстратах, которые являются метаболитами сахаро и протеолитической микрофлоры влагалища.

Целью нашего исследования явилось улучшение диагностики и лечения больных с гинекологической патологией, сопровождающейся бактериальным вагинозом.

Нами впервые по собственной методике были изучены содержание и профиль КЖК в вагинальном содержимом методом ГЖХ-анализа пациенток с гинекологической патологией. Обследовано 90 пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов и фоновыми заболеваниями шейки матки в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 31,0±5,6 года), которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 49 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, сопровождающегося БВ. Вторую группу составила 41 пациентка с эктопией шейки матки, сопровождающейся БВ.

Проведенные микроскопические, бактериологические методы исследования не выявили строгие анаэробы, что не позволило судить о характере дисбиотических изменений. pH-метрия установила существенное ощелачивание влагалищного содержимого (pH от 5,5 до 7,1). Выявление в 46,9% случаев отрицательного аминного теста, возможно, объяснялось полным доминированием гарднерелл в составе вагинального микроценоза. У пациенток с эктопией шейки матки и наличием симптомов, характерных для БВ, выявить дисбиотические изменения во влагалище на основании использования критериев Amsel, бактериоскопии и бактериологического исследования не представилось возможным, что обосновало необходимость более углубленного исследования.

При изучении качественного состава КЖК в вагинальном содержимом у больных исследуемых групп выявлены разнонаправленные изменения. Если у пациенток с эктопией шейки матки отмечается значительное изолированное повы-

шение масляной кислоты, снижение содержания изомеров кислот и отклонений значений анаэробного индекса (АИ) в область резко отрицательных значений, то в группе с обострением хронического сальпингоофорита отмечено повышение уровня уксусной и масляной кислоты, изомеров кислот и отклонение значений АИ в область слабо отрицательных значений. Это свидетельствует, об увеличении активности анаэробных микроорганизмов родов клостридий, фузобактерий при эктопии шейки матки. В то же время при обострении хронического сальпингоофорита происходит увеличение как аэробной так и анаэробной микрофлоры, обладающей протеолитической активностью.

При сравнении чувствительности и специфичности нами установлено, что исследование КЖК для оценки аэробных и анаэробных популяций микроорганизмов обладает более высокой чувствительностью (88,9%) и специфичностью (88,3%) по сравнению с бактериологическим методом (63,3% – чувствительность и 65% – специфичность.

Полученные нами результаты по изучению содержания КЖК в вагинальном содержимом у пациенток с обострением ХВЗПО наглядно продемонстрировали выраженные дисбиотические изменения, что обосновало необходимость проведения патогенетической терапии.

В зависимости от схемы лечения, 49 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, сопровождающимся БВ, были разделены на 2 подгруппы. В I подгруппу вошла 21 пациентка, получавшая клиндамицина гидрохлорид 300 мг перорально 2 раза в день – 7 дней в сочетании с биовестином-лакто в дозе 3 мл перорально и 6 мл интравагинально (суточная доза 9 мл) – 12 дней. Во II подгруппу вошли 28 пациенток, получавших метронидазол по 500 мг перорально 2 раза в день – 7 дней и эубиотик Ацилакт по 2 суппозитории в день – 7-10 дней.

После проведенной комплексной терапии у пациенток обеих подгрупп pH влагалища практически нормализовался. Аминный тест был отрицательным у 98% пациенток I подгруппы и у 81% – во II-й подгруппе, что также указывает на положительный эффект от проведенной терапии.

При изучении содержания и профилей КЖК в вагинальном содержимом на фоне лечения отмечена нормализация суммарной абсолютной концентрации кислот, профилей КЖК, произошло снижение содержания изокислот и отношение изокислот к кислотам с неразветвленной цепью, более выраженное в I-й подгруппе.

Полученные данные свидетельствуют о восстановлении микробиоценоза влагалища, выраженного в увеличении активности облигатной флоры (бифидо- и лактобактерии), снижении активности факультативных и условно-патогенных микроорганизмов представителей анаэробных и аэробных микроорганизмов.

Восстановление микробиоценоза у пациенток I подгруппы обусловлено не только действием клиндамицина, воздействующего как на аэробную, так анаэробную флору, но и эффектом пробиотика Биовестин-лакто, содержащего живые микроорганизмы – симбионты человека: бифидо- и лактобактерии, которые находятся в живой, биологически активной форме и оказывают свое благотворное воздействие сразу после приема препарата в отличие от сухих форм пробиотиков. Кроме того, жидкие пробиотики содержат продукты их жизнедеятельности, полезные для организма человека: незаменимые аминокислоты, органические кислоты, интерферонстимулирующие вещества. Эти два фактора обеспечивают высокий терапевтический эффект, продемонстрированный у наших пациенток.

Менее выраженная динамика изменений КЖК во II-й подгруппе объясняется приемом метронидазола, обладающего выраженным действием на сапрофитную условно патогенную микрофлору, в частности, клостридий и фузобактерий, продуцирующий масляную кислоту, но не чувствительного к аэробным микроорганизмам и факультативным анаэробам. Менее выраженный эффект в этой подгруппе может быть объяснен также более низкой активностью пробиотика Ацилакт, содержащего лиофилизированные культуры бактерий.

Таким образом, преимущества определения КЖК по разработанному нами методу при БВ заключаются в скрининговой диагностике состояния микробиоценоза влагалища с учетом индигенных анаэробных микроорганизмов; не требуется воспроизводства нативных условий обитания микроорганизмов, значительно сокращается время (10-30 мин) и стоимость исследования, оценивается эффективности проводимого лечения.

ГРАВИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Макарова Н.В., Шатунова Е.П., Краснянская О.И., Пряничникова О.В.

Россия, г. Самара, СамГМУ, кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Воспалительные заболевания придатков матки остаются одной из важнейших проблем в гинекологии в связи с их высокой частотой (60-65% среди всех гинекологических заболеваний) и многогранным влиянием на физическое и психическое здоровье женщин репродуктивного возраста. Воспалительные заболевания внутренних гениталий неблагоприятно влияют на репродуктивную, сексуальную и менструальную функции.

Вариабельность симптомов и тенденция к быстрому прогрессированию воспалительных заболеваний придатков матки создают значительные трудности для объективной диагностики и адекватного лечения данной группы заболеваний. При длительно текущем хроническом воспалении отмечаются склеротические и дистрофические изменения, затрагивающие все структурные компоненты придатков матки, что сопровождается их морфофункциональными изменениями. Часто имеет место несоответствие между выраженностью жалоб, данными гинекологического исследования и морфологическими изменениями в яичниках и маточных трубах. В связи с этим, актуальность поиска оптимальных методов лечения воспалительных заболеваний придатков матки не вызывает сомнений.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения воспалительных заболеваний придатков матки путем применения в комплексном лечении данной патологии гравитационной терапии.

Материал и методы исследования.

Клиническую группу составили 90 пациенток с хроническим сальпингоофоритом. Больные были разделены на две группы: основную группу составили 20 женщин, которым, наряду с общепринятым традиционным лечением, проводилась гравитационная терапия; группу сравнения составили 70 пациенток, которые получали только традиционную терапию. Традиционная терапия включала в себя антибактериальную терапию (цефазолин, цефтриаксон, метрогил, линкомицин, амикацин, ампициллин, доксициклин по схемам), дезинтоксикационную терапию, назначение нестероидных противовоспалительных средств, иммуномодуляторов. Из физиотерапевтических методов применялся электорофорез с цинком, йодистым калием, магнитотерапия, ДДТ на низ живота. Курс гравитационной терапии в основной группе составил 7 сеансов, частота вращений - 36 оборотов в минуту в течение 10 минут.

Для моделирования гипергравитации в клинической практике мы использовали специальный стенд, который был впервые предложен для лечения ишемических состояний конечностей и представляющий собой центрифугу короткого радиуса (Левашов Н.В., 1986; Галкин Р.А. и соавт., 1997). Пациентка располагалась на ложементе центрифуги в горизонтальном направлении так, что голова находилась на оси вращения, а ноги – на периферии. За счет расположения головы на оси вращения и полного ограничения ее движения обеспечивалась минимальность вестибулярных реакций и отрицательных воздействий на кровообращение головного мозга при наибольшей величине гравитационных перегрузок на уровне органов малого таза и нижних конечностей. При этом происходило перераспределение циркулирующей крови, с преимущественным ее депонированием в ногах и органах малого таза. В результате увеличивался диаметр и количественная активность сосудов коллатерального и микроциркуляторного русла, развивалась более густая сосудистая сеть, улучшался периферический кровоток в целом и значительно увеличивалась активность обменных метаболических реакций (Макаров И.В., 2004).

В комплекс диагностических мероприятий были включены общеклинические, клинико-лабораторные и гинекологические обследования, ультразвуковое сканирование.

Эхографию проводили на аппарате «Toshiba SSD-220» с частотой датчика 3,5 и 5 МГц в режиме двухмерной визуализации по трансабдоминальной и трансвагинальной методике.

В комплекс обследования были включены также показатели качества жизни, которые оценивались по шкале самооценки самочувствия Nottingham Health Profile (NHP). По данной шкале оценивались такие параметры, как энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция и физическая активность.

Результаты исследования.

Применение гравитационной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки способствовало более быстрому купированию воспалительного процесса, что выражалось в ослаблении и уменьшении продолжительности болевого синдрома и синдрома интоксикации.

Нормализация температуры тела наблюдалась в среднем на 3,1 ± 0,4-е сутки, в то время как в группе сравнения – на 4,8 ± 0,6-е сутки ($p<0,05$). У 2-х больных группы сравнения субфебрильная температура сохранялась в течение 12-13 дней. Купирование болевого синдрома у пациенток, в комплексе лечения которых применялась гравитационная терапия, наблюдалось в среднем на 2,9 ± 0,2-е сутки и на 7,8 ± 0,3-е сутки в группе сравнения ($p<0,05$).

Средняя общая продолжительность лечения в стационаре женщин основной группы составила 11,4 ± 0,5 дня, в то время как для пациенток группы сравнения, данные показатели составили 10,7 ± 0,3 дня, что связано с включением семидневного курса гравитационной терапии и улучшением качества лечения данной группы больных. В дальнейшем этот показатель может быть пересмотрен при прохождении сеансов гравитационной терапии в амбулаторных условиях.

Средняя продолжительность антибактериальной терапии в основной группе составила 6,3 ± 0,2 дня, в то время как в контрольной группе – 7,1 ± 0,2 дня. У 3-х пациенток основной группы удалось добиться клинического эффекта без назначения антибактериальной терапии.

При исследовании показателей качества жизни больных, которые оценивались сразу после лечения и через месяц после окончания терапии, выявлены различия в контрольной и основной группах. Следует отметить, что более высокие показатели указывают на отрицательные тенденции в качестве жизни, и, наоборот, низкие свидетельствуют о положительных сдвигах. Максимальные изменения отмечены по шкалам «энергичность» (27,6 ± 3,42 в основной и 32,4 ± 1,59 в контрольной группе), «болевые ощущения» (13,4 ± 1,20 в основной и 18,3 ± 1,97 в контрольной группе) и «эмоциональные реакции» (14,3 ± 2,83 в основной и 18,6 ± 2,42 в контрольной группе). Аспекты социальной изоляции существенно не отличались в обеих группах, что, возможно, связано с социальной напряженностью, проблемами межличностных взаимоотношений у молодых пациенток при обнаружении транссексуальных заболеваний, трудностями социальной адаптации пациенток возрастной группы 20-30 лет. Положительная динамика отмечена у больных и по шкале «физическая активность».

Через месяц после окончания лечения положительные сдвиги были более значительными у пациенток основной группы, также появилось выраженное улучшение по шкале «сон» (9,8 ± 1,89 в основной группе и 16,8 ± 2,54 в контрольной группе).

Таким образом, применение гравитационной терапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний придатков матки является эффективным методом лечения, позволяющим добиться более выраженного противовоспалительного, анальгетического эффектов, уменьшить медикаментозную нагрузку на организм и значительно повысить качество жизни данной категории больных.

РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЭТИОЛОГИИ АПЛАЗИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Макиян З.Н., Боровая Т.Г., Степанян А.А., Бобкова М.В., Адамян Л.В.

ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий»

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Россия

В основе формирования синдрома Рокитанского-Кюстера-Майера, как и других пороков развития, лежат нарушения физиологического течения процессов пролиферации, дифференцировки и апоптоза клеток, закономерностей васкуляризации и иннервации, приводящие в итоге к глубоким изменениям метаболических и функциональных свойств развивающихся тканей.

Цель исследования: оценка уровня гистогенетического статуса маточных рудиментов при синдроме Рокитанского-Кюстера-Майера и однорогой матке с рудиментарным маточным рогом и выяснение возможных интраорганных механизмов развития данной патологии.

Материалы и методы исследования: Произведено гистологическое исследование на светооптическом уровне, а также иммуногистохимическое исследование рудиментов матки у пациенток с Синдромом Рокитанского-Кюстера-Майера, с применением моноклональных антител к: рецепторам эстрогенов (ERα); к прогестероновым рецепторам (PgR 636); тканевому ингибитору матричной металлопротеиназы 1 и 2 (TIMP 1 и 2); Анти-Пролиферативному ядерно-клеточному антигену (PCNA), к белковых факторам клеточной пролиферации p53, клеточному антиоксиданту bcl-2 и Виментину.

Результаты исследования: В гистологических препаратах рудимента матки присутствует гладкая мышечная ткань. На препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, отчетливо видно, что часть гладких миоцитов имеет сохранную микроструктуру, другие гладкомышечные клетки (их тоже достаточно много в срезах) демонстрируют явные признаки разрушения - имеют пикнотические ядра.

Содержание эстрогеновых α рецепторов в (Estrogen Receptor α) в контрольном материале специфическое мечение ядер демонстрировало большинство гладких миоцитов как с крупными светлыми ядрами, так и мелкими лентовид-

ными. В срезах рудиментов обнаруживалась слабая на (уровне детекции) специфическая реакция в ядрах отдельных гладкомышечных клеток. В то время как, экспрессия прогестероновых рецепторов (Progesterone receptor, Clone 636) в ядрах миоцитов маточных рудиментов не изменена, по сравнению с контролем. Таким образом, можно полагать, что нарушение рецепторного звена к эстрогенам может причастным к формированию аплазии матки.

Обнаружена активная экспрессия белков клеточной пролиферации и защиты от апоптоза PCNA и p53 в гладкомышечных и других клетках рудимента. Так, около 70% гладких миоцитов демонстрируют включение метки к p53 и еще больший процент - к PCNA.

Белковый фактор защиты клетки от апоптоза и одновременно – внутриклеточный антиоксидант bcl-2 – не обнаружен в гладкой мышечной ткани рудимента. Это может свидетельствовать о том, что в клетках рудимента не работает bcl-2-опосредованный путь защиты клетки от апоптозиндуцирующих агентов и внутриклеточных оксидантов, приводящих клетку к гибели.

Анализ результатов иммуноцитохимических реакций на тканевые ингибиторы матриксных металлопротеиназ 1 и 2 обнаружил специфическое мечение на уровне детекции в гладкомышечных клетках разных категорий – более выраженное в мелких миоцитах и признаками уплотнения ядер и вакуолизации цитоплазмы и менее выраженное в гипертрофированных гладкомышечных клетках, собранных в протяженные пучки волокон.

Виментин, специфический белок цитоскелета гладких миоцитов - не был обнаружен даже в группе гладкомышечных клеток с сохранной светооптической структурой.

Предварительное предположение, которое можно сделать на основе анализа, состоит в том, что налицо нарушение гистогенеза гладкой мышечной ткани. Вероятно, это является следствием нарушения эстроген-зависимой пролиферации миоцитов, в результате снижения (повреждения) эстрогеновых рецепторов, под влиянием тератогенного воздействия во время внутриутробного периода жизни этих пациенток.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ.

Мальцева Л.И., Гилязова Э.Э.

Россия, г.Казань, ГОУ ДПО «КГМА Росздрава».

Во всем мире отмечается рост числа больных с патологией наружных половых органов. Одной из нерешенных проблем в гинекологии остаются дистрофические заболевания, к которым относятся склерозирующий лихен, гиперпластическая дистрофия вульвы и смешанная дистрофия (сочетание гиперпластической дистрофии со склерозирующим лихеном). Омоложение контингента этой группы больных и увеличение частоты развития рака вульвы позволяет считать эту проблему еще более актуальной. Важным на сегодняшний день является социальный аспект данной патологии. Если раньше средний возраст больных дистрофическими заболеваниями был 58 лет, то в настоящее время идет значимое омоложение контингента этой группы больных. Среди различных причин дистрофических заболеваний вульвы большое значение придается инфекции, в том числе и грибам рода Candida.

Кандидозная инфекция на фоне дистрофических заболеваний вульвы и влагалища протекает длительно и упорно. Взаимовлияние двух этих состояний изучено недостаточно.

В связи с этим целью исследования явилось изучение особенностей течения кандидозной инфекции у женщин с дистрофическими заболеваниями вульвы.

Материалы и методы: Обследованы 89 женщин со склерозирующим лихеном -15 (16,8%), гиперпластической дистрофией вульвы-33 (37%), и смешанной дистрофией (сочетание гиперпластической дистрофии со склерозирующим лихеном) – 41 (46%) в возрасте от 21 до 65 лет. Диагноз ставился на основании клинической картины и гистологического исследования биопсийного материала, взятого из очагов поражения.

У большинства обследуемых нами больных выявлены патогенетические предпосылки развития кандидоза. Экзогенные и эндогенные факторы (антибиотикотерапия, использование внутриматочных контрацептивов, хронические гинекологические заболевания, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет),а также их сочетание выявлены у 71,7%. Для диагностики кандидозной инфекции использовались микроскопия мазков и культуральное исследование вагинальной жидкости, а также посевы биоптатов ткани вульвы на питательные среды Сабуро и кровяной агар для выделения дрожжеподобных грибов с определением степени колонизации (КОЕ/мл). В сыворотке крови определяли уровень циркулирующего кандидозного антигена методом амперометрического иммуноферментного сенсора (ИФС) с поликлональной кроличьей сывороткой. Антиген позволяет судить о инвазивном кандидозном процессе. Была проведена диагностика папилломавирусной, герпетической, микоплазменной, уреаплазменной инфекций методом ПЦР. Для определения степени воспалительной реакции определяли уровень ИЛ 1,ИЛ 4,ИФН-гамма методом твердофазного ИФА используя тест системы и реагенты ТОО «Цитокин» на базе ГНЦ НИИ Особо Чистых Препаратов г.Санкт-Петербурга.

Результаты исследования: У подавляющего большинства больных выявлялись дрожжеподобные грибы рода Candida: бактериоскопически они были выделены у 17 (20%) женщин, при культуральном исследовании грибовая инфекция установлена у 32 (36,2%) больных, из них C.glabrata -у 5% (степень колонизации соответствовала 104-106 КОЕ). Одновременно результаты исследования кандидозного атигена в сыворотке крови показали, что у 44,9% (40) женщин исследуемой группы выявлялся антиген, преимущественно в высоких титрах (10-4 -10-5 мг/мл), причем только у 20% (17) из них грибы рода Candida при этом обнаруживались в мазках или посевах из влагалища. У 20% больных с циркулирующим антигеном грибы были обнаружены бактериологическом исследовании биопсийного материала ткани вульвы. Таким образом кандидозная инфекция установлена у 62,9% (56) женщин. Вирусная инфекция диагностирована у 16 (17,9%) женщин, из них ВПЧ (16,18тип) - у 9 (10,1%), ВПГ – у 8 (8,9%). Специфическая бактериальная флора – хламидии, уреаплазмы, микоплазмы наблюдались у 5 (5,6%), 10 (11,2%) и 6 (6,7%) соответственно, при этом ассоциированная микрофлора выявлялась у 18 (20,2%) обследованных. Компонентами условно-патогенной микрофлоры являлись: стафилококк эпидермальный - у 26 (29,2%), энтерококк – у 8 (8,9%), кишечная палочка у 2 (2,2%), негемолитический стрептококк у 2 (2,2%), нейссерия у 3 (3,4%), золотистый стафилококк - у 2 (2,2%), степень колонизации которых варьировала от103 до 105 КОЕ/мл. Из 89 больных женщин нормального биоценоза влагалища не было ни у одной женщины, как правило, это было промежуточное состояние биоценоза с умеренным или сниженным количеством лактобактерий (КОЕ/мл 102-104), бактериальный вагиноз или кольпит.

Результаты исследования цитокиного статуса показали, что у большинства пациентов присутствует маркер воспалительного процесса, обеспечивающий развитие специфического гуморального ответа ИЛ1, который был выявлен у 76% больных. Синтез этого цитокина осуществляется как

макрофагами, так и эпителиальными клетками в результате стимуляции продуктами микроорганизмов, а также вследствии адгезии, фагоцитоза. Этот цитокин является основным медиатором воспалительных реакций, запускающим иммунные процессы. ИНФ гамма является провоспалительным цитокином, усиливающим фунгицидную активность фагоцитов и параллельно с ИЛ4 имеет значение для определения иммунного ответа. У 25,6% больных был выявлен ИНФгамма, ИЛ4 у 2,5% и у 66% его следовые количества. Повышенный уровень ИЛ1 коррелирует с клинической картиной у этих пациентов. У больных с повышенным уровнем ИЛ1 отмечались высокие цифры кандидозного антигена в сыворотке крови и обнаруживались грибы рода Candida в тканях. В клинической картине преобладал упорный нестрепимый зуд, бело-желтые выделения. Снижение или низкий уровень ИЛ4 и ИНФгамма свидетельствует о неадекватной лимфоцитарной и макрофагальной активности, что важно учитывать при проведении лечения таких больных.

Вывод: Таким образом кандидозная инфекция является основным инфекционным фактором отягощающим течение дистрофических заболеваний вульвы. Обнаружение антигена C.albicans в сыворотке крови свидетельствует о инвазивном кандидозном процессе. Нарушенная продукция цитокинов определяет выбор адекватного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ «МЕЛАКСЕНА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Мальцева Л.И., Гарипова Г.Х.

Россия, г. Казань, ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Росздрава.

Несмотря на наличие значительного арсенала препаратов и схем лечения, проблема терапии гиперпластических процессов эндометрия остается до конца нерешенной. У ряда больных применение гормонотерапии не приводит к клиническому излечению и исчезновению морфологических признаков гиперпластического процесса. Частота рецидивов после гормонального лечения при наличии полипов эндометрия колеблется от 25,9 до 37,5%, в случае железистой гиперплазии – от 2,5 до 37%. Кроме того, выбор оптимального метода лечения ГЭ сопряжен с большими трудностями в виду наличия как сочетанных гинекологических заболеваний, так и экстрагенитальной патологии.

Широкий спектр действия мелатонина привлек внимание и определил попытки его применения в различных областях медицины. При введении мелатонина, экстракта эпифиза, либо имплантации ткани эпифиза при раке матки дополнительно к традиционному лечению улучшало его результаты.

Цель исследования: изучить результаты комбинированной гормональной терапии с включением препарата мелатонина «Мелаксен» у больных с простой гиперплазией эндометрия.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 женщины с простой гиперплазией эндометрия (морфологически подтвержденный диагноз) в возрасте от 41 до 53 лет. Изучено содержание мелатонина сульфата в суточной моче (методом ИФА с тест-системой IBL: ELISA, Hamburg), а также стероидных гормонов в сыворотке крови – эстрадиола, прогестерона, тестостерона и пролактина в динамике лечения. Все больные были разделены на 2 группы: 1 – 27 пациенток, получавших стандартные схемы терапии прогестинами в течение 6 мес, 2 – 15 женщин с изначально низким уровнем мелатонина помимо стандартной гормонотерапии принимали в течение 2 месяцев «Мелаксен» в дозе 3 мг в день. Эффективность лечения оценивалась по таким показателям, как устранение основных симптомов и морфологическая нормализация эндометрия.

Результаты исследования. Уровень мелатонина сульфата до лечения в обеих группах пациенток был ниже контрольных значений и составил соответственно 50,33±7,9 нг/мл и 32,41±5,6 нг/мл (в контроле 86,97±10,47 нг/мл). На фоне гормональной монотерапии полный эффект был достигнут у 51,9% пациенток к 6-ому месяцу лечения, при лечении комбинацией «Мелаксена» и гормонотерапии – у 86,7% к 3-ему месяцу лечения. Полное отсутствие эффекта от терапии зарегистрировано только в 1 группе – у 25,9% женщин. В связи с неэффективностью гормонального лечения была выполнена надвлагалищная ампутация матки или экстирпации матки. При гистологическом исследовании выявлена следующая патология: аденомиоз у 2, лейомиома матки у 5, в 3 случаях серозные цистаденомы яичников, у 1 текоматоз яичников. Была установлена положительная связь между включением препарата «Мелаксен» и достижением полного эффекта ($r=0,4^*$; $p<0,05$).

Ближайший рецидив заболевания наблюдался у 44,4% женщин после монотерапии и у 6,7% женщин после комбинированной терапии и имел связь с низким уровнем мелатонина сульфата ($r=0,4^*$; $p<0,05$). При низких значениях мелатонина у больных с простой формой гиперплазии эндометрия на развитие ближайших рецидивов влиял высокий изначальный уровень пролактина ($r=0,91^*$; $p<0,05$).

После проведенного лечения не было выявлено изменений уровня мелатонина сульфата в 1 группе: он остался ниже контрольных значений, при этом уровень эстрадиола повысился с 56,83±14,57 пг/л до 83,05±15,95 пг/л и максимально приблизился к контрольным значениям. Уровень прогестерона снизился в 1,4 раза, но оставался выше контрольных значений. Выявлено значительное снижение уровня тестостерона – 2,2 раза (оказался значительно ниже нормы). Уровень пролактина снизился и стал соответствовать значениям в группе контроля – 242,59±19,7 мМЕд/л.

На фоне применения комбинации с «Мелаксеном» произошло повышение значения мелатонина сульфата в 2,3 раза, до уровня в группе контроля – 74,32±18,84 нг/мл. Параллельно наблюдалось выраженное снижение уровня эстрадиола до 88,74±11,71пг/мл, прогестерона до 4,36±0,77 Нмоль/л, содержания пролактина до 204,37±24,85 мМЕд/л, что приблизилось к контрольным значениям. Значения тестостерона до и после лечения соответствовали контрольным цифрам.

Выводы. Таким образом, применение препарата «Мелаксен» в комбинации с препаратами для гормональной терапии у больных с гиперплазией эндометрия может способствовать улучшению результатов лечения. Использование мелатонина позволило повысить эффективность терапии данной патологии в 1,8 раза. Полученные нами данные свидетельствуют о перспективности использования мелатонина в схемах лечения больных с ГЭ и демонстрируют возможности оптимизации гормонотерапии этих больных, что в ряде случаев позволяет избежать оперативного лечения. Восстановление продукции мелатонина путем введения экзогенного препарата позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Мамаева С. М., Омаров С.-М.А.

Россия, г. Махачкала, Дагестанский научный центр РАМН.

По данным ВОЗ дефицит железа, в той или иной степени выраженности, имеется почти у 30% населения планеты. Однако истинная частота железодефицитной анемии в детской популяции неизвестна и по данным разных авторов распространенность ее колеблется от 5,0% до 54%. Выявленные масштабы распространения анемии диктуют необходимость быстрого проведения профилактических и лечебных мероприятий. Это имеет особое значение для здоровья девочек-подростков переходного возраста, так как прямо отражается на будущем репродуктивном статусе организма женщины.

Цель исследования: получение полной гематологической и клинической ремиссии с нормальными показателями феррокинетики.

Материал и методы исследования. Данное исследованием проводилось у 51 девушки (у 27 девушек с анемией легкой степени – 1 группа и у 24 девушки с анемией средней степени – 2 группа) из 160 девушек-подростков в возрасте 14-19 лет раннее обследованных с целью определения физического и полового развития, особенностей показателей феррокинетики и гормонального фона при наличии железодефицитной анемии.

Девушки с анемией получали препарат ферро-фольгамма по 1 капсуле 3 раза в день до нормализации уровня гемоглобина, а в течение последующих 8 – 12 недель дозировалась поддерживающая терапия (по 1 капсуле 2 раза в день). Сбалансированное питание, в комплексном лечении ЖДА, является одним из определяющих факторов.

С целью коррекции гормонального фона применялись синтетические прогестины (марвелон, бисекурин, нон-овлон), являющиеся препаратами выбора в лечении подростков.

Сывороточное железо (СЖ) определяли с помощью биохимического анализатора «Konelab» Финляндия, общую железосвязывающую способность (ОЖСС) - колориметрическим методом, латентную железосвязывающую способность сыворотки (ЛЖСС) - разностью между ОЖСС и СЖ, коэффициент насыщения трансферрином (КНТ) по формуле (СЖ/ОЖСС) 100%, ферритин-ИФА, эритропоэтин-ИФА на автоматичеком фотометре Е1 800 фирмы BIO-TEK Instrumetnts(USA) с использованием наборов Erythropoetin-ELISA IBL (Германия).

О функциональном состоянии различных уровней репродуктивной системы судили на основании радиоиммунологического определения концентрации в сыворотке крови следующих гормонов; фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ), пролактин, тиреотропный (ТТГ), эстрадиол, прогестерон, кортизол, трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4).

Результаты исследования. Комплексного лечение анемии у девушек-подростков привело к положительному результату. Достоверные различия выявлены во всех показателях крови после лечения.

1 группа – показатели до лечения: гемоглобин - 100,54±0,85, эритроциты - 3,61±0,11, ЦП - 0,809±0,02, СЖ - 12,62±0,60, СФ - 17,12±1,42, КНТ - 19,29±1,63, ОЖСС - 71,61±0,71 и уровень эритропоэтина - 22,42±1,06; показатели после лечения: гемоглобин - 124,31±2,42, эритроциты - 3,89±0,08, ЦП - 0,89±0,01, СЖ - 17,21±3,89, СФ - 24,66±2,16, КНТ - 26,23±4,21, ОЖСС - 63,12±5,43 и уровень эритропоэтина - 17,21±2,31.

2 группа - показатели до лечения: гемоглобин - 83,40±2,07, эритроциты - 3,51±0,17, ЦП - 0,76±0,02, СЖ - 6,89±0,49, СФ - 8,86±1,69, КНТ - 8,25±0,58, ОЖСС - 79,88±0,80 и уровень эритропоэтина - 43,30±2,91; показатели после лечения: гемоглобин - 118,12±2,47, эритроциты - 3,69±0,07, ЦП - 0,89±0,01, СЖ - 12,62±4,81, СФ - 16,12±1,77, КНТ - 18,23±5,12, ОЖСС - 69,22±4,87 и уровень эритропоэтина - 24,51±6,14.

На фоне комплексного лечения подростков наблюдалось изменение показателей гормонального фона девушек.

1 группа - показатели до лечения: эстрадиол - 150,70±3,57, прогестерон - 7,28±0,54, тестостерон - 1,68±0,16, ФСГ - 5,38±0,59, ЛГ -8,78±0,39, ПРЛ - 6,68±0,34; показатели после лечения: эстрадиол - 162,11±12,4, прогестерон - 13,62±1,91, тестостерон -1,62±0,23, ФСГ - 6,78±0,27, ЛГ - 8,92±0,54, ПРЛ - 8,10±0,42.

2 группа - показатели до лечения: эстрадиол - 188,68±5,39, прогестерон - 10,22±1,60, тестостерон - 2,04±0,11, ФСГ - 3,54±0,35, ЛГ - 6,06±0,75, ПРЛ - 11,57±1,43; показатели после лечения: эстрадиол - 179,18±16,21, прогестерон - 18,34±2,31, тестостерон -1,70±0,35, ФСГ - 6,01±0,57, ЛГ - 6,23±0,88, ПРЛ - 12,81±2,32.

Выводы. Нами проведено лечение у 51 девушки в возрасте 14-19 лет, 27 из которых имели анемию легкой степени, а 24 – анемию средней степени тяжести.

Проведенное комплексное лечение с применением стандартной схемы антианемической терапии и гормональной коррекции нарушений овариально-менструальной функции привело к полной гематологической и клинической ремиссии с нормальными показателями феррокинетики.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С АНЕМИЕЙ.

Мамаева С. М., Омаров С.-М.А.

Россия, г. Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН

В последние десятилетия наблюдается значительный рост заболеваемости детей и подростков. Число здоровых детей, по данным разных исследований, в настоящее время не превышает 10%.

Юношеский период (14-17 лет) является периодом окончательного формирования «зрелого» типа функционирования репродуктивной системы – переходу к овуляторным менструальным циклам. В силу того, что механизм регуляции репродуктивной системы в этот период не является окончательно сформированным, система характеризуется повышенной чувствительностью к действию неблагоприятных факторов внешней среды. Поэтому юношеский период можно рассматривать как период риска возникновения, нарушений функций репродуктивной системы, как и других эндокринных желез организма.

Цель исследования. Изучить особенности клинико-анамнестических данных у девушек-подростков с анемией.

Материал и методы исследования. Настоящим исследованием было охвачено 160 девушек-подростков в возрасте 14-19 лет, сформировавшие основную группу (110 девушек-подростков с анемией) и группу сравнения (50 здоровых девушек-подростков).

В качестве материала исследования были использованы клинические наблюдения, истории болезни, поликлинические карты, результаты основных и дополнительных методов исследования.

Результаты исследования. Анализ клинических данных у девушек с анемией показал, что основными жалобами, предъявляемыми при опросе, были: раздражительность, утомляемость, слабость, головокружения, различной интенсивности и длительности кровяные выделения из половых путей.

При анализе анамнестических данных выявилось, что осложненное течение беременности у матерей среди девушек с анемией наблюдалось значительно чаще - 59,1% матерей в сравнении с группой контроля - 28,0%. Среди осложнений беременности у девушек-подростков обеих групп анемия занимает лидирующее положение (основная группа - 37,3%, группа сравнения - 22,0%).

Патологические роды у матерей среди подростков основной группы имели 41,8%, в группе контроля - 18,0% матерей. Среди перечня наиболее встречаемых патологических родов у матерей среди девушек-подростков обеих групп, слабость родовой деятельности занимает главенствующее положение (основная группа - 25,5%, группа сравнения – 14,0%).

При изучении анамнестических данных выявилось, что значительное количество подростков основной группы перенесли в прошлом не менее 2-3 детских инфекций.

Анализ перенесенных острых и хронических заболеваний у девушек-подростков с анемией показал, что среди заболеваний больший удельный вес принадлежит простудным заболеваниям, в том числе у большинства отмечаются острые респираторные заболевания (67,3%), тонзилиты (29,1%), ангины (16,4%).

Экстрагенитальные заболевания являются одним из наиболее значимых факторов, оказывающих влияние на физическое и половое развитие девушек-подростков. В результате нашего исследования выявлена высокая распространенность болезней органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, нервной системы в обеих исследуемых группах, но в основной группе частота заболеваний значительна выше в сопоставлении с группой сравнения (заболевания органов дыхания – 28,1% против 18,0%; заболевания ЖКТ - 26,3% против 14,0%; заболевания органов чувств и психоэмоциональные нарушения - 15,5% против 10,0%).

Распространенные среди подростков с анемией заболевания эндокринной системы, представленны в основном патологией щитовидной железы (8,2%).

Большой интерес представляет наличие гинекологической патологии у девушек основной группы, так как требует необходимого мониторинга при вступлении в период непосредственно предшествующий деторождению.

В структуре гинекологической заболеваемости у девушек-подростков с анемией дисфункциональные маточные кровотечения занимают главенствующее положение (29,1%). Следующие по частоте встречаемости среди заболеваний в структуре гинекологической патологии у девушек основной группы занимают нейроэндокринные синдромы, а именно кистозное увеличение яичников – 18,2%, гиперпролактинемия – 5,5%, альгоменорея – 50,9%.

Для акушеров-гинекологов особый интерес имеет нарушение менструальной функции. Среди девушек-подростков с анемией данная патология составляет 31,8%.

Выводы. Нами обследовано 110 девушек-подростков с анемией, составивших основную группу и 50 здоровых девушек – группа сравнения.

Приведенные данные обследования девушек с анемией, также как и многочисленные данные литературы демострируют, что при становлени репродуктивной системы её функция еще не является прочной и поэтому воздействие любых неблагоприятных факторов, а особенно инфекционных и хронических заболеваний может приводить к срывам в формировании функции репродуктивной системы и, прежде всего, менструальной функции.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ НАРУЖНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Манухин И.Б., Геворкян М.А., Студеная Л.Б., Горбунова Е.М., Григорова Л.В., Скобенникова М.Д.

Россия, г.Москва, ГОУ ВПО Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет Росздрава

Частота бесплодных браков в нашей стране по данным неполных эпидемиологических исследований колеблется от 10 до 19%, и в ряде регионов превышает критический уровень ВОЗ. Неблагоприятная демографическая ситуация, связанная с превышением смертности над рождаемостью приводит к снижению численности населения, в основном молодого и трудоспособного. В связи с чем восстановление репродуктивной функции у бесплодной части населения является важной медицинской и социальной задачей. В структуре причин женского бесплодия эндометриоз занимает второе место, уступая первенство воспалительным заболеваниям матки и ее придатков. Согласно современным представлениям о природе эндометриоза, это заболевание следует рассматривать как патологический процесс с хроническим, рецидивирующим течением. Эндометриоз формируется на фоне нарушения молекулярно-генетических, иммунологических, гормональных взаимоотношений в женском организме. Генез бесплодия,обусловленного эндометриозом, до настоящего времени окончательно не уточнен. На сегодняшний день проблема лечения больных наружным эндометриозом с целью восстановления репродуктивной функции стается достаточно актуальной.

Цель исследования: определить эффективную тактику лечения с целью восстановления фертильности больных наружным эндометриозом в зависимости от степени распространения патологического процесса.

Материалы и методы: обследовано 200 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 27,5 лет) с первичным (82%) и вторичным (18%) бесплодием.

Длительность бесплодия составила в среднем 6,2 года (от 2,5 до 14 лет). На догоспитальном этапе терапия не проводилась. По тестам функциональной диагностики, УЗИ-мониторингу, гормональному профилю крови нарушений процессов овуляции не выявлено. Всем пациенткам произведена лечебно-диагностическая лапароскопия по поводу бесплодия с использованием аппаратуры «Storz».При лапароскопии произведено хирургическое удаление очагов эндометриоза, эндометриоидных кист,сальпингоовариолизис.

Степень распространенности наружного эндометриоза I-II выявлена у 65% (I группа) пациенток, II- III у 32% обследованных (II группа) и III-IV степень распространения у 3 % пациенток (III группа)(R-AFS classification).

В послеоперационном периоде в каждой группе выделено 2 подгруппы- А и Б. Пациентки подгруппы А через месяц после оперативного лечения принимали Дюфастон 20 мг\сутки с 16 по 25 день цикла и не предохранялись от беременности. Пациентки подгруппы В на 2-4 день после операции получали в\м инъекцию а-ГнРГ 3,75 мг (Бусерелин-депо, Люкреин -депо). Курс терапии включал 4 -6 инъекций.

Результаты исследования оценивались в течении 12 месяцев после проведенного хирургического лечения и после последней инъекции а-ГнРГ соответственно.У пациенток подгруппы А : беременность наступила в I –ой группе у 50 пациенток, во II группе–у 14, что в процентном соотношении составляет 77% и 42,5% соответственно. У пациенток подгруппы А III группы беременностей не наступило.

В подгруппе В (спустя 12 месяцев после последней инъекции а-ГнРГ) беременность наступила у 30 пациенток I группы (46%), у 26 пациенток II группы (81%), и у 3 в III группе (50%).

Заключение. Эффективность восстановления репродуктивной функции составила 61,5%.Как показало исследование, при I-II степени распространения наружного эндометриоза для восстановления фертильности достаточно эффективно проведение хирургической лапароскопии. При II-III, а также III-IV степени распространения наружного эндометриоза необходимо назначение терапии а-ГнРГ (курс 4-6 инъекции). Однако, у пациенток с эндометриоидными кистами больших размеров, после хирургического лечения (часто повторного) снижаются фолликулярные резервы в связи с большим объемом резерцированной ткани. Поэтому рекомендуется назначение а-ГнРГ курсом не более 4-х инъекций, так как стандартная схема лечения может привести к развитию синдрома истощения яичников. При IV степени наружного эндометриоза, при отсутствии беременности в течении 6 месяцев после комбинированной терапии-целесообразно проведение «Second look ».

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ УРОВНЯМИ ИЛ-6, VEGF, sFas, FasL И ЭНДОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Кушлинский Н.Е., Кайтукова Е.Р., Харлова О.Г., Шарма Ш.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ

На современном этапе необходимо изучение ранних этапов развития злокачественных опухолей и их возможных доброкачественных предшественников для планирования адекватного биологически обоснованного лечения.

Целью исследования являлось изучение взаимозависимостей между сосудистым эндотелиальным фактором роста, эндостатином, интерлейкином-6, растворимым Fas и Fas лигандом у пациенток с новообразованиями яичников.

Материалы и методы. Концентрацию sFas, VEGF, эндостатина определяли иммуноферментным методом Концентрацию ИЛ-6 - с помощью наборов реактивов фирмы «R&D» (США). Отобрали группу из 84 женщин, у которых в сыворотке крови были определены все 5 выше указанных маркеров.

Результаты. Многофакторными методами исследовали взаимосвязи между показателями. Провели множественный регрессионный анализ. Рассчитывали уравнение регрессии, стандартизованные регрессионные коэффициенты и их значимость. В группе пациенток с кистами яичников размер новообразования достоверно определялся только длительностью заболевания (β=-0,38±0,17; p=0,035). В группе с цистаденомами при расчете величины новообразования значимым был только регрессионный коэффициент такого признака как наличие другого гинекологического заболевания (β=0,77±0,18; p=0,001). Для текоматоза, зрелой тератомы и ПНЯ не было получено значимой зависимости величины новообразования от указанных признаков. В группе пациенток ЗНЯ и ПНЯ в уравнении регрессии достоверными оказались регрессионные коэффициенты таких признаков, как уровни эндостатина (β=0,494±0,18; p=0,027) и sFas (β=0,518±0,25; p=0,022). Для больных цистаденомами и РЯ была характерна прямая корреляционная зависимость между уровнями ИЛ-6 и VEGF: (r=0,6 [95% CI=0,12-0,84]; p=0,018) - у больных цистаденомами яичников и (r=0,48; p=0,2) - у больных РЯ. При других гистотипах НЯ эта закономерность отсутствовала. У больных цистаденомами яичников выявленная корреляционная зависимость была более выраженной при наличии в анамнезе болей (r=0,65 [95% CI=0,11-0,88]; p=0,022). Закономерность проявлялась у пациенток, как с сохраненной менструальной функцией, так и в постменопаузе. Были выявлены новые корреляционные зависимости: между возрастом и уровнями VEGF, ИЛ-6 и эндостатина; между размером новообразования и уровнями VEGF, ИЛ-6, эндостатина, sFas, а также между показателями VEGF и ИЛ-6. Выявленные закономерности преимущественно проявлялись у пациенток при наличии абортов, другого гинекологического заболевания в анамнезе и болей в животе. У больных цистаденомами яичников с крупными размерами новообразования наблюдалось одновременное увеличение уровней ИЛ-6, VEGF и эндостатина. У больных цистаденомами яичников с крупными размерами опухоли наблюдали тесную обратную корреляционную зависимость между уровнями ИЛ-6 и длительностью заболевания (r=-0,95 [95% CI=0,56-0,99]; p=0,012), при размерах опухоли менее 10 см у больных данной группы эта корреляционная зависимость отсутствовала. Эти данные, вероятно, свидетельствуют о повышении уровня ИЛ-6 у больных цистаденомой яичников только при быстром росте новообразования и, возможно, о продукции ряда цитокинов клетками опухоли. Проводили дискриминантный анализ. Вначале рассчитывали дискриминантную модель только по биохимическим показателям для двух групп (ДНЯ и ЗНЯ). Дискриминантным анализом из 5 биохимических показателей были выбраны только уровни VEGF. Качество распознавания по уровню этого показателя составила 78,3% для больных ДНЯ и 63,6% для больных ЗНЯ, общее распознавание составляло 76,3% (p модели=0,0002). Затем в анализ были добавлены клинические признаки заболевания – возраст, размер новообразования, длительность заболевания, число родов, абортов и наличие другого сопутствующего гинекологического заболевания в анамнезе, состояние репродуктивной функции и длительность постменопаузы. Наилучшее решающее правило получено с использованием таких признаков как максимальный размер новообразования в см (p=0,0019), уровни VEGF в сыворотке крови (p=0,02), возраст пациентки (0,075), уровни ИЛ-6 в сыворотке крови (p=0,08). Качество распознавания (оценено методом скользящей проверки) составило 89,2% в группе больных ДНЯ и 77,8% в группе больных ЗНЯ. Общее число правильных распознаваний составило 87,8%. Уравнения дискриминантной функции для этих групп:

WДНЯ=размер*0,54145+VEGF*0,00114+возраст*0,1661–ИЛ-6*0,0816–6,40488; WЗНЯ=размер*0,9213+VEGF*0,0058+возраст*0,1135+ИЛ-6*0,2086–10,9562.

Выводы. У пациенток репродуктивного возраста допустимы органсохраняющие операции при условии низких уровней VEGF и ИЛ-6. С возрастом потенциал малигнизации опухолей яичников нарастает.

НАРУШЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И Х ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Манухин И.Б., Бобринская И.Г., Т.Ю. Власенко.

Кафедра акушерства и гинекологии; кафедра анестезиологии и реаниматологии, Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва, Россия

В настоящее время хорошо известен тот факт, что лапароскопические гинекологические операции, несмотря на свою малую инвазивность и травматичность, чреваты различными, подчас достаточно тяжёлыми осложнениями со стороны функции жизненно важных органов. В большинстве случаев эти осложнения связаны не с техникой оперативного вмешательства, а с нарушениями центральной и церебральной гемоди-

намики, особенно у пациенток с сопутствующей патологией, удельный вес которых, в последнее время значительно возрос. Нарушения центральной гемодинамики, связанные с повышением ВБД, достаточно полно освещены в литературе. В то же время, вопросы о влиянии ВБГ, резорбции CO2 и положения Тренделенбурга на церебральный кровоток, до настоящего времени, остаются только в области предположений.

Для предупреждения возможных осложнений, особое значение приобретает изучение состояния церебральной гемодинамики на этапах гинекологических операций с целью дифференцированного выбора оптимального метода оперативного доступа (лапароскопия с карбоксиперитонеумом или лапаротомия); а также прогнозирования, профилактики и коррекции возможных осложнений у конкретного больного, что снизит процент интра - и послеоперационных осложнений и в результате приведёт к сокращению срока пребывания в стационарах, уменьшению стоимости лечения и утраты трудоспособности больных.

Исходя из вышеперечисленного, определены цели и задачи настоящего исследования

Цель: изучить состояние церебральной гемодинамики и провести сравнительную оценку её параметров, используя неинвазивные методы оценки мозговой, системной гемодинамики и вегетативного статуса.

Материалы и методы: Нами проведены исследования у 82-х больных с ангиогипотоническим (1 группа) и ангиоспастическим (2 группа) типами мозгового кровотока, при различных видах оперативного доступа. Все пациентки имели сопутствующие заболевания: гипертоническую болезнь, ИБС, эндокринопатии и ожирение.

Исследование церебрального кровотока проводилось методом реоэнцефалографии, с помощью двухканального реографа РПКА 2-01 с использованием компьютерной программы «КОРОНА» (НТЦ МЕДАСС, Россия), на базе ПК Pentium. Изучались тонус артерий и вен головного мозга, венозный отток и артериальный приток крови к мозгу и объёмная скорость мозгового кровотока, а также их взаимосвязь с центральной гемодинамикой и вегетативным статусом больного на всех этапах операции. Мониторинг данных параметров осуществлялся с помощью прибора РПКА 2-01 с использованием программы РЕОДИН - 504 (НТЦ МЕДАСС, Россия).

Результаты исследований: В 1 группе больных во время л\с вмешательств в положении Тренделенбурга имело место прогрессирующая дилатация артериальных и венозных сосудов ГМ, что сопровождалось существенным увеличением притока и затруднением оттока крови из полости черепа. Нами не было выявлено корреляционной зависимости изменений мозгового кровотока от системной гемодинамики и от состояния вегетативной регуляции. В то время как у больных с аналогичным типом МК при лапаротомном методе доступа, наблюдалась обратная реакция, а именно: вазоконстрикция артерий ГМ с незначительным уменьшением артериального притока.

Во 2 группе изменения МК в аналогичных условиях интраоперационного периода носили иной характер: имел место выраженный спазм мозговых сосудов с уменьшением артериального притока с одновременным умеренным затруднением венозного оттока. При этом имеется значимая прямая корреляционная зависимость между изменением тонуса мозговых сосудов, показателями системного кровообращения и вегетативного статуса.

Выводы:

1. Внутрибрюшная гипертензия при лапароскопических гинекологических операциях в положении Тренделенбурга, по сравнению с лапаротомными без наложения карбоксиперитонеума, вызывает, у больных с сопутствующими заболеваниями, нарушения всех звеньев регуляции мозгового кровообращения. Это свидетельствует о необходимости дифференцированного выбора метода оперативного вмешательства у данной группы больных.

2. Степень нарушений МК зависит не только от вида оперативного доступа, но и от исходного типа МК. Так, при лапароскопических операциях в группе больных с ангиогипотоническим типом МК, карбоксиперитонеум и положение Тренделенбурга вызывает дальнейшее усугубление вазодилатации и нарушение венозного оттока с возможностью нарастания ВЧД и риском развития отёка ГМ, в то время, как при ангиоспастическом типе наблюдается рост вазоконстрикции с развитием угрозы ишемии ГМ. Следовательно, для уменьшения риска данных осложнений, необходимо учитывать исходный тип МК для оптимизации выбора метода оперативного доступа.

3. Реоэнцефалография является информативным, безопасным и оптимальным методом для мониторирования мозгового кровотока в дооперационном, интра- и послеоперационном периодах, позволяющей установить исходный тип мозгового кровотока, его состояние и характер цереброваскулярной недостаточности, с целью оптимизации выбора метода оперативного доступа (лапароскопия с карбоксиперитонеумом или лапаротомия), а также своевременного прогнозирования и коррекции нарушений мозгового кровотока, что приведёт к снижению интра- и послеоперационных осложнений; сокращению срока пребывания больных в стационаре и уменьшению стоимости лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Манухин И.Б., Казенашев В.В., Геворкян М.А.

Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета

В последние десятилетия отмечается тенденция к повышению стандартов в области здоровья и уровня качества жизни. Возрос интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы, поскольку треть жизни женщины проходит в постменопаузальном периоде. Остеопоротические переломы являются одной из главных причин заболеваемости, инвалидности и смертности, в связи, с чем особое значение приобретает профилактика остеопороза. В частности для профилактики остеопороза и климактерического синдрома можно применять тканеселективный регулятор эстрогенной активности. Тиболон - синтетический стероид, разработанный как про-лекарство с прогестагенной, андрогенной и эстрогенной активностью. Он уменьшает выраженность менопаузальных симптомов и сохраняет костную ткань. Тиболон является альтернативой эстроген-гестагенной заместительной гормональной терапии в постменопаузе.

Цель исследования: В данном исследовании проводилась оценка влияния Тиболона на минеральную плотность костной ткани в поясничном отделе позвоночника и в проксимальном отделе бедра, на показатели костного метаболизма и кальций-фосфорного обмена.

Материал и методы: Учитывая то, что препараты кальция и витамина D должны быть обязательным компонентом любой схемы профилактики и лечения остеопороза, применялся Тиболон в сочетании с биологически активной добавкой Кальций-актив. Всего было обследовано 55 женщин. Основную группу составили 40 женщин в возрасте от 48 до 56 лет (средний возраст 52,1±1,7 года), из них 20 женщин с естественной менопаузой, средняя продолжительность которой составила 3,5±2,1 года, и 20 - с хирургической менопаузой, средняя продолжительность которой составила 4,7±1,5 года. Все женщины принимали Тиболон по 2,5 мг ежедневно в со-

четании с биологически активной добавкой Кальций-актив в суточной дозировке: 500 мг кальция, 500 МЕ витамина D3 и 500 мг комплексона, в течение 12 месяцев. В контрольную группу вошли 15 женщин со средним возрастом 53±2,0 года и естественной менопаузой, средняя продолжительность которой составила 3,1±1,6 года. Средний исходный показатель МПКТ в основной группе с естественной менопаузой составил 0,88 ± 0,12 г/см2 в поясничном отделе позвоночника, и 0,87 ± 0,06 г/см-2 в проксимальном отделе бедра. В основной группе у женщин с хирургической менопаузой 0,90 ± 0.12 г/см2 и 0,80 ± 0,06 г/см2 соответственно. Пациентки проходили клиническое, лабораторное исследование биохимических маркеров костного метаболизма и денситометрическое обследование минеральной плотности костной ткани до лечения, через 6, 12 месяцев после начала исследования.

Результаты исследования: У женщин с естественной менопаузой после приема Тиболона в сочетании с Кальций-активом уже через 6 месяцев было достигнуто достоверное увеличение МПКТ в поясничном отделе позвоночника на (5,7±0,7)%. Через 12 месяцев МПКТ достоверно увеличилась в позвоночнике от 6,7% до 9,3% со средним значением (8,0±0,9)%. В проксимальном отделе бедра через 6 месяцев достоверное увеличение МПКТ составило (2,3±0,4)%, а через 12 месяцев - от 3,6% до 5,6% со средним значением (4,6±0,7)%. Эти результаты согласуются с данными литературы и несколько превышают результаты исследований некоторых зарубежных и отечественных авторов. У женщин с хирургической менопаузой клинически значимое увеличение МПКТ отмечалось через 12 месяцев терапии - от 1,6% до 2,8% со средним значением (2,2 ± 0.4)%. В проксимальном отделе бедра через 6 месяцев отмечалось достоверное увеличение МПКТ - от 1 % до 1,6% со средним значением (1,3 ± 0,2)%. При оценке динамики изменения МПКТ за 12 месяцев терапии, в целом нет оснований говорить о значимом изменении этого показателя в проксимальном отделе бедра у женщин с хирургической менопаузой в течение всего периода наблюдения. У большинства пациенток МПКТ позвоночника постепенно возрастала за 12 месяцев, в проксимальном отделе бедра отмечалась менее выраженная положительная динамика. Менее высокий прирост МПКТ в проксимальном отделе бедра в отличие от позвоночника на фоне терапии Тиболоном отмечен и другими авторами.

У пациенток контрольной группы через 6 и 12 месяцев отмечалось достоверное снижение МПКТ в поясничном отделе позвоночника: на (-3.1±0.4)% и (-5,1±0,8)% соответственно. В проксимальном отделе бедра значимое уменьшение МПКТ отмечалось через 6 и 12 месяцев: на (-2.1±0.4)%. В контрольной группе очевидна тенденция к снижению МПКТ как в проксимальном отделе бедра, так и в поясничном отделе позвоночника, что свидетельствует о необходимости профилактики остеопороза у женщин в постменопаузе.

В группе контроля после 12 месяцев наблюдения отмечалось достоверное повышение активности общей щелочной фосфатазы на 14,0%, остеокальцина - на 61,7%, дезоксипиридонолина - на 57,8%. Высокие уровни маркёров формирования и резорбции в постменопаузе ассоциируются с более быстрыми и более выраженными потерями МПКТ, что подтверждается и в нашем исследовании.

На фоне проводимой терапии отмечалось достоверное снижение активности маркеров костного формирования: общей щелочной фосфатазы, остеокальцина. Полученные данные свидетельствуют о достоверном снижении показателей, отражающих остеорезорбцию (ДПИД). Не было отмечено ни одного перелома в течение всего исследования.

У пациенток с хирургической менопаузой, по сравнению с естественной, отмечаются более выраженные изменения костного метаболизма, что, несомненно, можно объяснить резким выключением гормональной функции яичников в результате хирургического вмешательства. Известно, что при естественной менопаузе, гормональная функция яичников продолжается в течение определенного периода. Поэтому показатели костного метаболизма значимо отличаются у женщин с хирургической менопаузой.

Таким образом, на фоне терапии Тиболоном в сочетании с Кальций-активом достоверно увеличивалась МПКТ в поясничных позвонках и проксимальном отделе бедра с максимальным эффектом в позвоночнике.

Заключение: Таким образом, наши данные убедительно показали, что Тиболон в сочетании с Кальций-активом (500 мг) достоверно подавляет резорбтивную активность костной ткани, предотвращает потери костной массы, как у здоровых женщин, так и при остеопении, сохраняя МПКТ, повышается плотность костной ткани, следовательно, он эффективен в профилактике остеопороза. Тиболон в сочетании с Кальций-активом снижает показатели костной резорбции и костеобразования, не подавляя их ниже нормальных значений. Стойкий и значительный эффект Тиболона в сочетании с Кальций-активом по влиянию на МПКТ и хорошая переносимость позволяют рекомендовать данную терапию для длительной профилактики остеопороза.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Манюхина И.А., Евсеев А.А., Богинская Л.Н.

Россия, г. Москва, ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

Проблема лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки, несмотря на внедрение новых технологий, остается актуальной. У 10-30% больных с ОВЗПМ развиваются гнойные осложнения, требующие хирургического лечения с выполнением радикальных объемов операции. Наиболее сложным является вопрос проведения оперативных вмешательств у женщин с нереализованной репродуктивной функцией, когда с одной стороны, необходимо обеспечить адекватность операции, и, с другой, сохранить, по возможности, детородные органы.

Цель работы – оценка характера течения воспалительного процесса у пациенток, перенесших органосохраняющие операции по поводу острых воспалительных заболеваний придатков матки.

Материалы и методы: нами обследовано 86 пациенток, которым проводилось оперативное лечение по поводу острых воспалительных заболеваний придатков матки. Возраст наблюдаемых варьировал от 15 до 44 лет. Все больные поступили в стационар с жалобами на боли внизу живота, продолжительностью от 5 часов до 3 недель, повышение температуры тела (84.9%), тошноту (38,4%), рвоту (26,7%), сухость во рту (41.9%). Положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота выявлены у 73, у 13 перитонеальных симптомов не было. При гинекологическом исследовании объемные образования придатков матки выявлены у 39 (45,3%)пациенток, у остальных отмечались болезненность и отечность придатков матки при исследовании. Характер выделений из половых путей: кровяные – у 18 (21,0 %), слизистые – у 24 (28,0%), слизисто-гнойные – у 44 (51,0%) В клиническом анализе крови определялись лейкоцитоз (82,7%), повышение СОЭ (68%).

На фоне применения противовоспалительной, антибактериальной, десенсибилизирующей и инфузионной терапии с лечебно-диагностической целью пациенткам была произведена оперативная лапароскопия и лапаротомия, которые осуществлялись по общепринятой методике, разработанной и внедренной в клинике. Объем оперативного вмешательства решался индивидуально, в зависимости от возраста, степени деструктивных изменений в придатках матки, желания пациентки сохранить детородную функцию. Показания к проведению лапароскопии были следующие: неэффективность проведения консервативной терапии в течение 12-24 часов у 28 (32,6%), наличие гнойных образований в области придатков матки у 34 (39,5%), невозможность исключения острой хирургической патологии у 24 (27,9%).

Полученные результаты: у 8 (9,3%) пациенток во время лапароскопии выявлена картина острого гнойного сальпингоофорита, осложненного пельвиоперитонитом. Объем операции при гнойном сальпингоофорите с наличием спаечного процесса в малом тазу заключался в проведении аспирации патологического выпота, сальпингоовариолизиса и санации малого таза. При осмотре органов малого таза маточные трубы выглядели утолщенными с тусклой гиперемированной поверхностью, в ряде наблюдений с гнойно-фибринозными наложениями. Фимбрии были резко отечными, рыхло склеенными между собой. Из ампулярного отдела маточной трубы выделялся мутный или гнойный экссудат, который направляли на бактериологическое исследование. 17 (19,8%) пациенток прооперированы по поводу одностороннего пиосальпинкса, из них у 13 (15,1%) произведена сальпингостомия, лизис спаек. У 4 пациенток, учитывая выраженные деструктивные склеротические изменения маточной трубы и невозможность достичь цели адгезиолизиса, произведена тубэктомия с одной стороны. При этом тщательно производился сальпингоовариолизис второй маточной трубы.

Двухсторонний пиосальпинкс обнаружен у 35(40,7%) пациенток. У 27(31,4%) оказалось возможным вскрытие пиосальпинксов после адгезиолизиса с последующей санацией, дренированием брюшной полости у 18 (21%) из них. Тубэктомия с одной стороны при наличии условий для вскрытия второй маточной трубы произведена в одном наблюдении (1,2%). У 6 (7,0%) пациенток произведена двухсторонняя тубэктомия. У одной пациентки (1,2%) выявлена сопутствующая нагноившаяся киста желтого тела, при этом было принято произвести расширение объема до аднексэктомии с одной стороны и тубэктомии с другой.

В одном (1,2%) наблюдении произведено вскрытие одностороннего пиовара, резекция яичника в пределах здоровых тканей, адгезиолизис, санация и дренирование брюшной полости. Шести (7%) пациенткам выполнена аднексэктомия при наличии пиовара, одной (1,2%) – овариоэктомия (маточная труба удалена ранее по поводу трубной беременности).

Абсцесс малого таза интраоперационно обнаружен в 12 (14,0%) наблюдениях. Учитывая молодой возраст больных, нам удалось выполнить максимально щадящие операции, провести эвакуацию патологического выпота, вскрытие абсцесса, рассечение спаек между маточными трубами, яичниками и окружающими их тканями, санацию и дренирование брюшной полости.

Тубооваариальный абсцесс выявлен у 6 (7,0%) пациенток. После выполнения адгезиолизиса у 5 (5,8%) произведена односторонняя аднексэктомия. У одной пациентки объем операции представлен тубэктомией с одной стороны и аднексэктомией с другой.

В 2 наблюдениях зафиксирован переход к лапаротомическому доступу, обусловленный выраженным спаечным процессом и невозможностью проведения лапароскопического вмешательства. Объем операции представлен односторонней овариоэктомией, санацией и дренированием брюшной полости по поводу пиовара (1) и двухсторонней тубэктомией, аппендэктомией, дренированием брюшной полости по поводу тубооваариальных абсцессов с двух сторон и вторичного аппендицита (1).

С целью проведения визуального контроля за течением послеоперационного периода в брюшной полости, повышения эффективности лечения, стремления к сохранению репродуктивной функции у 48 пациенток (55,8%) были проведены динамические лапароскопии. У 35 (73,0 %) была произведена одна динамическая лапароскопия, которая в 59,5% наблюдений осуществлялась на первые - вторые сутки после операции, в 37,0 % – на третьи - четвертые сутки, в 3,5 % - на шестые сутки (в связи с усилением болей и повышением температуры тела). У 13 (27,0%) пациенток степень тяжести воспалительного процесса потребовала проведения от двух до четырех динамических лапароскопий с периодичностью 1 раз в 2-3 дня. Санационные лапароскопии с лизисом спаек и санацией малого таза были выполнены у пациенток с острым аднекситом (7), при наличии одностороннего пиосальпинкса (8), двусторонних пиосальпинксов (17), при тубооваариальных абсцессах (5). При выполнении лапароскопических динамических осмотров отмечалась положительная динамика состояния внутренних половых органов: выпот в полости малого таза становился прозрачным и светлым у 1/3 больных на 2-3 сутки, а исчезал у половины обследованных к 4 суткам. Гиперемия и отечность маточных труб уменьшалась на 2-3 сутки, а к 4-6 суткам не определялась ни у одной больной.

Несмотря на выполнения лапароскопических сальпингостомий, проводимую антибактериальную терапию, при динамических лапароскопиях мы вынуждены констатировать отсутствие эффекта от лечения, что привело к необходимости расширения объема: у 3 выполнена тубэктомия с одной стороны, у 5 – тубэктомия с двух сторон (при первой лапароскопии произведено вскрытие маточных труб по поводу пиосальпинкса с одной стороны(3) и с двух сторон(5). У 3 произведена аднексэктомия в связи с формированием тубооваариальных абсцессов(при первой операции – вскрытие абсцесса малого таза).

Результаты лечения показали, что на 2-3 сутки с момента лапароскопии отмечено улучшение общего состояния, нормализация температуры тела и показателей крови к 3 суткам после оперативного вмешательства у 1/3 больных, в течение 5 суток – у 18,6%. Маточные трубы удалось сохранить в 56,0% наблюдений.

Таким образом, использование лапароскопического вмешательства при ОГВЗПМ позволило установить клинический диагноз, визуально оценить состояние очага воспаления, своевременно удалить патологический очаг, сохранить детородные органы, а также предотвратить образование спаек, что позволяет повысить эффективность лечения и надеяться на восстановление репродуктивной функции.

АНДРОГЕННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Марченко Л.А., Табеева Г.И., Бутарева Л.Б., Фанченко Н.Д.

ФГУ НЦ АГИП Росмедтехнологий, Москва

Хорошо известно, что лежащий в основе преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) дисгенез гонад, сопровождается выраженным дефицитом эстрогенов, наряду с которым, согласно последним данным, выявляется гипоандрогенное состояние. Андрогенный дефицит (АД) оказывает небла-

гоприятное влияние как на качество жизни, так и на развитие метаболических нарушений, опухолевых процессов, сердечно-сосудистых заболеваний. Тем не менее, до настоящего времени в литературе нет четких данных об уровне андрогенов овариального и надпочечникового генеза при своевременном и преждевременном выключении функции яичников. По данным Doldi N (1998) и Falsetti L (1999) при ПНЯ обнаружено достоверное снижение уровня тестостерона (Т), андростендиона, дегидроэпиандростерона (ДГЭА). Однако в работе Тагиевой Г.В (2005) на фоне падения уровня Т снижения функции надпочечников не было отмечено. В исследованиях Александровой Н.В. (2006) при снижении уровня Т наблюдалось относительное уменьшение уровня ДГЭА. В то же время, крайне редко при ПНЯ отмечено повышенное содержание Т. Bachelot (2005) при обследовании 143 женщин с ПНЯ выявила повышение концентраций андрогенов (Т, и/или андростендион, и/или ДГЭА-С) у 16% по сравнению с группой постменопаузальных женщин. В работе Александровой Н.В. выявлено повышенное содержание Т лишь у 2,6% больных. Значения андрогенов для женского здоровья были рассмотрены на Международной конференции в Пристоне в 2001 году. Клиническими симптомами АД являются ухудшение общего самочувствия или дисфорическое настроение, постоянное необоснованное чувство усталости, сексуальная дисфункция, а также возможны вазомоторные нарушения и сухость во влагалище.

Однако АД остается до конца нерешенной проблемой, поскольку до сих пор нет андрогенных препаратов для женщин, одобренных FDA.

Целью настоящего исследования явилось определение андрогенного профиля у женщин с ПНЯ.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 64 женщины с различными формами ПНЯ. Возраст больных колебался от 21 до 40 лет, составляя в среднем 33,4±0,8 лет, индексом массы тела – 24,5±3,5. Яичниковая недостаточность проявлялась вторичной аменореей длительностью от 1 до 18 лет, средняя продолжительность заболевания составила 6,0±0,7 лет. У всех пациенток был исследован уровень общего сывороточного тестостерона (Т) и тестостеронэстрадиол-связывающего глобулина (ТЭСГ) методом ИФА. Индекс свободных андрогенов (САИ) рассчитывали как отношение уровня общего Т к уровню ТЭСГ и выражали в %.

Группа контроля составила 9 здоровых женщин идентичного возраста с менструальным циклом от 21 до 35 дней.

В среднем уровень общего тестостерона в нашем исследовании составил - 0,97±0,1 нмоль/л (от 0,2 до 3,7 нмоль/л), что в 2 раза ниже показателей у женщин репродуктивного возраста в группе контроля (средний уровень Т в группе контроля – 1,8±0,3 нмоль/л). Более чем у половины обследованных женщин уровень Т колебался от 0,2 до 0,9 нмоль/л и составил 0,55±0.3 нмоль/л.

Однако при данном заболевании может встречаться не только пониженный, но и, что отмечается крайне редко, повышенный уровень тестостерона. В нашем исследовании повышенное содержание тестостерона обнаружено лишь у 2 (3,125%) пациенток и его показатель составил 3,7 нмоль\л.

Известно, что важным фактором, влияющим на уровень Т, является ТЭСГ, который связывает тестостерон и понижает его свободную, биологически активную фракцию. Согласно полученным нами данным, средний уровень ТЭСГ не отличался от такового для здоровых женщин и составил 86,7±5,2 нмоль/л, что статистически не отличалось от аналогичных показателей в группе контроля – 72,7±11,8 нмоль/л (р 0,5). При анализе индивидуальных показателей ТЭСГ были выявлены значительные внутригрупповые различия между полученными величинами от 17,2 до 203,0 нмоль/л. При этом в 20,3% случаев (13 больных) средние показатели составили 37,5±2,6 нмоль/л (разброс ТЭСГ от 17 до 50 нмоль/л), в 46,9% (30 больных) средний показатель составил 73,2±2,6 нмоль/л (разброс от 50 до 100 нмоль/л) и в 32,8% (21 больная) показатель 176,6±5,9 нмоль/л (разброс от 100 до 203 нмоль/л). В группе контроля нами выявлены аналогичные закономерности: в 33% (3 больные) средние показатели составили 35,3±8,3 нмоль/л (разброс ТЭСГ от 17 до 50 нмоль/л), в 55,6% (5 больных)- 81,6±4,5 нмоль/л (разброс ТЭСГ от 50 до 100 нмоль/л), и в 11.1% (1 больная) (разброс от 100 нмоль/л)-140,8 нмоль/л.

В отличие от своевременной менопаузы, когда на фоне падения уровня эстрадиола отмечается закономерное снижение продукции ТЭСГ, вследствие чего повышается уровень свободного Т, при ПНЯ средний уровень ТЭСГ не отличается от такового для здоровых женщин.

Индекс свободных андрогенов (ИСА) в среднем у наших пациенток составил 1,59±0,27%. У наших больных с высокими уровнями Т при показателях ТЭСГ 32,2 нмоль/л и 50,4 нмоль/л ИСА составил 11,5 и 7,3% (соответственно) при норме 2,47%.

К сожалению, этим больным биопсии яичников нами произведено не было. Особый интерес представляет исследование Bachelot (2005), в котором представлены наблюдения за 15 больными с вторичной гипергонадотропной аменореей и высокими уровнями андрогенов. Авторами было показано, что у каждой третей пациентки в яичнике обнаруживалась гиперплазия theca interna с признаками апоптоза или полного отсутствия клеток гранулезы. У 2 пациенток с повышенным уровнем андрогенов исследователями наоборот была выявлена гипертрофия клеток теки, при этом фолликулы находились на разных стадиях развития. По мнению Meduri G. в этой ситуации источником повышенного синтеза андрогенов могут быть клетки ворот яичников, напоминающие тестикулярные клетки Лейдига, что и было подтверждено наличием у этих пациенток гиперплазии хилюсных клеток. И, наконец, источником андрогенов могут быть надпочечники, опосредованно через ЛГ рецепторы клубочковой и пучковой зон, при этом воздействие повышенного уровня ЛГ, характерного для больных с ПНЯ, способствует дополнительной выработке андрогенов, что наблюдалось у 3 больных. У 5 пациенток при гистологическом исследовании стероидогенные клетки яичника обнаружены не были, хотя уровни ДГЭАС у них были повышенными. Гипертрофия и гиперплазия андрогенпродуцирующих клеток теки является, по-видимому, следствием повышенного уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), в результате чего в яичнике, лишенном гранулезы и ароматазных систем, эстрогены не могут продуцироваться. Таким образом, данное исследование подтверждает, что даже при наличии фолликуллов яичники у женщин с ПНЯ могут быть функционально неактивными, и могут быть в основном ориентированы на синтез андрогенов.

По-видимому, один из представленных выше механизмов лежит в генезе гиперандрогении, которая крайне редко выявляется при ПНЯ, о чем свидетельствуют данные литературы и наши данные, что еще раз подтверждает необходимость проведения биопсии яичников не только с диагностической, но и лечебной целью. Согласно нашим данным, в целом по группе на фоне ЗГТ беременность наступила у трех пациенток, при этом у одной из них отмечался высокий уровень тестостерона.

Таким образом, поскольку в клинической картине ПНЯ преобладает гипоандрогенное состояние, при назначении ЗГТ следует отдавать предпочтение препаратам, в которых гестагенным компонентом является медроксипрогестерон ацетат или производное 19-норстероидов со слабым андрогенным эффектом – норгестрел, левоноргестрел. В том числе для купирования симптомов андрогенного дефицита у женщин с ПНЯ мы рекомендуем применение крема с ДГЭА.

ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ, ХРОМОСОМНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ФОРМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ

Марченко Л.А., Габибуллаева З.Г., Михайленко Д.С., Кузнецова Е.Б., Немцова М.В.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий Москва, Россия
ГУ Медико-Генетический Научный Центр РАМН Москва, Россия
НИИ Молекулярной медицины при ММА им. И.М. Сеченова Москва, Россия

Наиболее изученной в плане особенностей клинического течения заболевания и патогенетических механизмов развития является пубертатная форма гипергонадотропной аменореи, более чем в 50% случаев которой выявлена дисгенезия гонад. В то время как постпубертатное начало заболевания традиционно связываемое с преждевременным истощением фолликулярного пула, таит в себе множество неразгаданных механизмов, приводящих к неуклонной атрезии примордиального пула. Контроль старения яичников относится к одной из самых трудно решаемых задач репродуктивной биологии, однако достоверно известно, что своевременное наступление менопаузы во многом зависит от наследуемого запаса примордиального пула. Несмотря на представленные в последние годы описания патологии различных генов-кандидатов, лежащих в основе преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ), до настоящего времени не сформирована генетическая концепция формирования этой патологии. Во многом это обусловлено тем, что большинство авторов изучают отдельные гены, ответственные в норме и при патологии за развитие и функционирование яичников. В настоящей работе на примере наших больных мы попытались оценить в комплексе хромосомные и генетические нарушения, при этом у одной и той же пациентки прослеживали возможность выявления аномалий нескольких генов- кандидатов, приводящих к формированию ПНЯ.

Цель исследования: в основу работы положено изучение представленности генетических и хромосомных нарушений, а также уточнена роль наследственной патологии в генезе ПНЯ, на основе чего разработаны ранние прогностические критерии формирования этого заболевания.

Нами проанализирован кариотип и структурные аберрации Х-хромосомы, представленность пациенток с неслучайной инактивацией Х-хромосомы (ИХХ) и премутацией трехнуклеотидного повтора (CGG) гена FRAXA, изучены особенности клинического течения ПНЯ при спорадических и семейных формах заболевания, в результате чего выделена доля больных с наследственно обусловленной патологией, которая раннее ошибочно трактовалась как идиопатическая форма ПНЯ.

Материалы и методы исследования: В исследование включено 72 пациентки с ПНЯ. Средний возраст больных колебался от 18 до 39 лет, составляя в среднем 34,2±1,3 года. Средняя продолжительность заболевания составила 5,2±0,4 года. Уровни гормонов (ЛГ, ФСГ, Е2) определяли методом ИФА. Кариотип исследовали по методу Seabright. Определение неслучайной инактивации Х-хромосомы проводилось с помощью метилчувствительной количественной флуоресцентной полимеразной цепной реакции (МЧ-КФ-ПЦР). Для определения числа копий гена FMR1 (премутация FRAXA) использовали метод метил-специфической ПЦР.

Результаты: У 72 больных, включенных в данное исследование нами выявлено значительное повышение уровней гонадотропинов ЛГ-89,4±5,5 МЕ/л, ФСГ-105,5±4,7, и снижение эстрадиола-75,3±6,1 пмоль/л. Генеалогический анализ показал, что у 31,9% матерей наших пациенток (23 женщины) также отмечено несвоевременное выключение функции яичников: при этом у 15,3% матерей (11 женщин) нами была выявлена преждевременная недостаточность яичников (до 40 лет), а у 16,7% (12) – ранняя менопауза (до 45 лет). Аберрации Х-хромосомы отмечены у 5,5% пациенток, из них у 2,8% они характеризовались низким уровнем мозаицизма (46,XX/45,X/47,XXX; 46,XX/45,X/47,XXX/48,XXXX), у 1,4% кариотипом 45,X, у 1,4%-47,XXY.

Согласно данным литературы семейная предрасположенность к ПНЯ встречается в достаточно широком диапазоне от 4 до 33%. В нашей работе нормальный женский кариотип был выявлен у 68 (94,4%) пациенток. У 1 (1,4%) пациентки обнаружен кариотип- 45,X, что, несмотря на регулярный ритм менструаций до 30 лет позволило выставить ей диагноз стертой формы синдрома Шерешевского-Тернера, при котором наблюдается отсутствие либо отцовской, либо материнской Х-хромосомы. Помимо первичного гипогонадотропного состояния и множества соматических аномалий синдрома Шерешевского-Тернера в 10-30% случаев характерна аутоиммунная патология - зоб Хашимото, Аддисонова болезнь, алопеция, витилиго, (Speroff et al, 1999) в комбинации с первичным гипотиреозом и наличием антител к щитовидной железе (Pai et al, 1977; Lippe, 1996; Saenger, 1996; Foudila et al., 1999; Hovatta, 1999). Наша пациентка отвечает всем представленным критериям постановки диагноза синдрома Шершевского-Тернера (уровень ФСГ-62,2, ТТГ-4,3, АТ к ТТГ-3646,0, характерный фенотип, наличие УЗИ - признаков аутоиммунного тиреоидита, также она страдает тяжелым пороком сердца и почек), однако от классической формы заболевания она отличается наличием регулярного ритма менструаций до 30 лет. Помимо моносомии Х-хромосомы у больных с ПНЯ нами описан второй в мире случай синдрома Клайнфельтера (47,XXY) у представительницы женского пола.

Углубленное генетическое исследование лимфоцитов, полученных от больной И., методом FISH- анализа показал, что у нее в 98,1% клеток присутствовал кариотип XXY, в 1,9% клеток – кариотип XY. Анализ генов SRY, AMG с определением участков Y-хромосомы с исследованием маркеров SY85, DBY, SY114, SY143, SY152 методом ПЦР показал отсутствие у нашей пациентки SRY гена. Инактивация гена SRY возможно явилось причиной того, что у нашей пациентки И. с кариотипом 47,XXY при биопсии яичников выявлены гистологические структуры, характерные для яичниковой ткани - белые тела, свидетельствующие о ранее имевших место овуляциях, утолщенная белочная оболочка, отсутствие примордиальных фолликулов. Отсутствие SRY гена у больной с кариотипом 47,XXY позволило нам сохранить ей гонады.

R ttger S. и соав. в 2000 году впервые описали казуистический случай сохранения фертильности у женщины с синдромом Клайнфельтера (кариотип 47,XXY) и подтвержденной делецией гена SRY. Данная пациентка имела двоих здоровых детей и во время третей беременности в возрасте 33 лет ей проводилась преимплантационная диагностика плода с определением его кариотипа, который также как и у матери оказался 47,XXY. Родившийся ребенок имел женский фенотип, и из пороков развития обращала на себя внимание косолапость. Наш случай и случай описанный S. R ttger и соав. объединяют функционирующие яичники и инактивация гена SRY. Для нормального развития человека необходимо функционирование лишь одной Х-хромосомы.

Инактивация Х-хромосомы (ИХХ), у женщин происходит во внутриутробном периоде, во время которого в каждой клетке случайно инактивируется одна из двух Х-хромосом, в результате чего как у мужчин, так и у женщин функционируют гены только одной Х-хромосомы. Так как инактивируется хромосома случайно, то в части клеток может быть инактивирована материнская хромосома, а в другой части - отцов-

ская. Однако в ряде случаев имеет место неслучайная инактивация Х-хромосомы одного из родителей. Существуют данные о том, что неслучайная ИХХ встречается в норме в экстраэмбриональных тканях, а также при некоторых патологических состояниях: у мозаиков 45,Х/46,ХХ, у женщин со структурными аберрациями Х-хромосомы, у бессимптомных носителей синдрома Ретт (Х-сцепленное доминантное заболевание) и при поликистозе и преждевременном истощении яичников. В целом, частота неслучайной ИХХ в популяциях оценивается в 1,5-3,5% (Gale и соавт. 1997; Plenge и соавт. 1997; Lanasa и соавт. 1999). Исключив женщин с аберрациями Х-хромосомы, мы определили Х-инактивационный статус у 68 пациенток с нормальным кариотипом, при этом только 60 (88,2%) были гетерозиготны (информативны) по полиморфизму CAG-повтора гена андрогенного рецептора. Доля гомозигот по анализируемому локусу составила 8 (11,8%) женщин. Таким образом, количество информативных образцов ДНК составило 60 (88,2%). Для оценки неслучайной ИХХ мы использовали три пороговых уровня классифицируемых как ≥70, ≥80, ≥90%.

Частота случаев инактивации Х-хромосомы у обследованных нами женщин с ПНЯ составил ≥70 – 25,0%, ≥80 - 11,7%, ≥90 - 3,3%, в то время как в популяции по данным Gale, Plenge, Lanasa, показатель ИХХ в пороговом уровне ≥70 составляет от 1,5-3,5%, что в 7,5 раз ниже полученных нами данных.

Таким образом, одно из возможных объяснений состоит в том, что неслучайная ИХХ и связанная с ней ПНЯ являются результатом генетических нарушений, которые избирательно инактивируют, и приводят к недостаточному функционированию генов, задействованных в формировании и развитии достаточного фолликулярного пула яичников.

Изучение более мелких делеций Х-хромосомы, приводящих к развитию ПНЯ, выявило локус Xq26-28 как место расположения гена FMR1, который может отвечать за развитие выключения функции яичников. В норме в этом участке FRAXA имеется менее 50 повторений триплета CGG. Полная мутация определяется при наличии более 200 повторов, при этом функция гена FMR1 инактивируется, и развивается задержка умственного развития. Промежуточное состояние мутации – премутация FRAXA, при которой выявляется от 50 до 200 повторов триплета CGG.

В нашем исследовании для выявления премутации FRAXA изучены образцы крови 72 пациенток с ПНЯ. Число копий CGG -повторов более 50 при гетерозиготном носительстве выявлено только в одном случае и было представлено соотношением аллельных вариантов 32/51, что свидетельствует о премутации FRAXA обнаруженной у 1,4% больных с ПНЯ, при этом больная страдала спорадической формой заболевания. Согласно данным литературы премутация FRAXA в популяции встречается в 0,4%, при спорадических формах в 1,6% и семейных 16% случаев (Murray, A., Webb, J., Grimley, S., Conway, G., and Jacobs, P. 1998)

Вывод: Таким образом, согласно нашим данным в этиологической структуре преждевременной недостаточности яичников наследственные факторы (хромосомные и генные аномалии) составляют значительный процент: хромосомные - 5,5%, генные - 26,4%, аутоиммунный генез заболевания представлен у 30,6% больных, идиопатическая форма заболевания встречается в 38,1% случаев. Семейный вариант заболевания встречается у каждой третьей больной с ПНЯ.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

Матвеева О.Л., Кузнецова Т.А., Крестова С.Н.

Россия, г. Орел, Медицинский институт Орловского государственного университета, МЛПУ г. Орла «Детская инфекционная больница».

Эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, обусловленными ИППП, в том числе среди детей и подростков, в последние годы принимает в Российской Федерации угрожающий характер и является непосредственной угрозой репродуктивному здоровью населения страны. Ряд объективных и субъективных факторов: урбанизация, изменения социальных условий жизни, недостаточный образовательный уровень, неустойчивость психики, максимализм в суждениях, либерализация половой морали, приводят подростков к более раннему сексуальному дебюту и частой смене половых партнеров.

Целью исследования явилось изучение гендерных установок старшеклассников городской и сельской школ Орловской области в отношении факторов риска заражения ИППП путем анонимного анкетирования.

Материалы и методы. Для реализации данной цели была разработана оригинальная анкета, которая помимо вопросов о возрасте, поле, месте проживания, социальном статусе семьи предполагала получение сведений об информированности подростков об ИППП, проявлениях и последствиях венерических заболеваний, источниках информации по данной проблеме респондента.

Опрошены 321 учащейся от 14 до 18 лет 9-11 классов городской школы

(172 мальчика и 149 девочек) и 99 сельских школьников (45 мальчиков и 54 девочки).

Обсуждение результатов. О сексуальном дебюте до16 лет заявил каждый 4-5-ый как городской, так и сельский юноша (соответственно 22% и 25%); к 18 годам сексуальный опыт имел уже каждый 3-ий городской подросток (35%) и 60% сельских.

Частота первого полового контакта, по данным ответов девочек, была ниже, чем у мальчиков и практически не отличалась от места жительства респондентов, составив соответственно 6,2% - 10% у 14-15-летних школьниц города и села, к 18 годам достигнув уровня соответственно 14% - 16,7%.

Анализ ответов школьников позволил выявить зависимость гендерного аттитюда подростков от состава семьи. Так, в полных семьях на наличие сексуального опыта чаще указывали мальчики (54% городских и 49% сельских), в отличие от своих сверстников из неполных семей (36% и 11% соответственно). В тоже время в неполных семьях доля девочек, имеющих сексуальный опыт, оказалась сопоставима с соответствующим показателем у юношей (39% и 31%).

Информированность о секстрансмиссивных заболеваниях проявили 97% подростков из числа городских школьников и 70% сельских подростков. Однако только каждый 2-ой подросток информирован о «безопасном» сексе как факторе предотвращения ИППП. При этом основным источником информации об ИППП для каждого 3-его городского подростка являются СМИ (31%), друзья и подруги - 10%. Роль родителей в этом важном вопросе низка - 9% случаев; специальной литературой пользуются только 6,2% опрошенных; на роль школы указали единицы.

Уровень информированности об ИППП сельских подростков оказался еще более низким: СМИ (22,2% респондентов), друзья (14%), специальная литература (4%); только 3% опрошенных сельских школьников узнают об ИППП от родителей.

Таким образом, реалиями современной жизни является ранняя сексуальная активность подростков при недостаточном уровне знаний об ИППП и их последствиях. Чтобы изменить сложившуюся ситуацию, необходимо своевременное сексуальное просвещение и воспитание детей и подростков, основанное на разъяснительной работе, связанной с изменением полового поведения, отсрочкой начала половой жизни. Важными элементами полового воспитания является формирование контрацептивной и гигиенической культуры.

Для успешного решения данной проблемы перспективным является междисциплинарное сотрудничество медицинских работников, педагогов, психологов, в том числе в подготовке молодых волонтеров, призванных обучать своих сверстников сексуальной культуре; проведение ролевых игр, викторин, «круглых» столов, «аукционов» идей по проблеме ИППП.

ИММУННОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВПГ 1, 2 ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Медведев Б. И., Зайнетдинова Л. Ф.

Россия, г. Челябинск, Челябинская Государственная медицинская академия

В последние 20 лет во многих странах мира отмечается рост заболеваемости генитальным герпесом, распространенность которого составляет от 17 до 40%. Случаи генитальной герпетической инфекции увеличились в России в 2,5 раза. Среди женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий вирус простого герпеса ВПГ 1, 2 выявляется у 6,8%. В настоящее время на долю ВПГ 1 инфекции в этиологии генитального герпеса приходится до 29%, а ВПГ 2 – 34%. Истинная ситуация по распространенности этих вирусов в гинекологии не поддается контролю из-за значительной частоты бессимптомных форм заболевания и вирусоносительства. Особенно мало известно о герпетическом поражении верхнего отдела репродуктивной системы женщин.

Цель исследования: Определить частоту персистенции ВПГ 1, 2 типа в репродуктивной системе женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, изучить показатели системного иммунитета и морфологические изменения в эндометрии и яичниках у этих больных.

Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование 102 женщин от 19 до 41 года с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне хронического воспаления матки и придатков. Первичное бесплодие выявлено у 54,5% женщин, вторичное – 45,5%. Длительность бесплодия до 3 лет была у 37,6 %, от 3 до 5 лет – 42,9%, от 7 до 12 – у 19,48% женщин. Инфекции, передающиеся половым путем, отмечены в анамнезе у 40,3% больных. Из них ЦМВ инфекция – у 18,2%, ВПЧ16,18тип – 5,2%, ВПГ 1,2 – 20,7%. Клинические проявления генитального герпеса были у 9% пациенток.

В комплекс диагностических мероприятий были включены общеклиническое, клинико-лабораторное и гинекологическое исследования, ультразвуковое сканирование, гистеро-и лапароскопия, микробиологическое и иммунологическое обследование, морфологическая оценка биоптатов эндометрия и яичников. Идентификация ВПГ 1, 2, ЦМВ проводилась методом ПЦР. Иммунологическое обследование включало определение субпопуляционного состава лимфоцитов с помощью иммунофлюоресцентного метода на основе моноклональных антител против мембранных рецепторов CD3,CD4 ,CD8,CD16,CD22,CD25,CD95, определение общей активности комплемента методом титрования по 50% гемолизу по Л. С. Резниковой, компоненты комплемента [C1-C5] методом молекулярного титрования по S. Tanaka et al.

Результаты исследования

По данным исследования соскобов из цервикального канала HSV 1, 2 выявлен у 13,2% женщин, CMV – 14,7%. В биоптатах эндометрия HSV1,2 идентифицирован у 25% больных, в ткани яичников – у 14,8%. Морфологические изменения в яичниках при персистенции ВПГ 1,2 характеризовались наличием хронического оофорита, кистозной атрезией фолликулов, поликистозными яичниками. В эндометрии, при этом, наблюдалась картина хронического эндометрита умеренной или минимальной степени активности или гиперплазия эндометрия. При исследовании субпопуляционного состава лимфоцитов наблюдалось достоверное повышение относительного содержания в крови CD3, CD4, CD8, CD16 и CD 22-лимфоцитов без роста их абсолютного количества, что говорит о перераспределительном характере установленных изменений без усиления лимфопоэза. При этом соотношение CD4/CD8 лимфоцитов было снижено, что отражает снижение хелперного потенциала иммунной системы. Наряду с перераспределением популяций лимфоцитов в кровотоке, у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне хронического воспаления матки и придатков установлено угнетение функции эффекторного звена гуморального иммунитета. Уровень общей активности комплемента и его компонентов C1-C5 достоверно снижен. Это создает условия для персистенции бактерий и вирусов и нарушения их элиминации.

Выводы

Результаты работы подтверждают персистенцию ВПГ 1, 2 типа в верхних отделах репродуктивной системы женщин при бесплодии. Морфологические изменения в эндометрии и яичниках при персистенции вируса простого герпеса 1,2 типа отражают наличие хронического воспаления с нарушением овуляции и развитием дисгормонального фона за счет усиления пролиферативных процессов на клеточном и тканевом уровнях. Эти изменения формируются при отсутствии адекватного ответа клеточного компартмента и угнетении эффекторного звена гуморального иммунитета.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Калоева З.В., Буцык И.И.

Россия. Смоленск. Смоленская государственная медицинская академия, ООО Медицинский центр «Гинея»,

Проблема диагностики гиперпластических процессов эндометрия не вызывает особых трудностей, в виду четко разработанного и регламентированного алгоритма управления данной патологией. Общеизвестно, что основным методом диагностики является морфологический, где материал получается при диагностическом выскабливании полости матки и цервикального канала. Высокая диагностическая ценность данного метода не вызывает сомнения. Однако достаточно большое повреждающее действие на эндо и миометрий. Возможность нарушения целостности базальной мембраны направляют мысли исследователей на поиск менее травматичных способов диагностики и терапии данной патологии. Особенно это актуально для пациенток с бесплодием и не имевших в анамнезе беременностей.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов терапии гиперпластических процессов эндометрия и снижение количества осложнений манипуляций в процессе лечения.

Учитывая контингент больных в возрасте 18-24 года и не реализованную репродуктивную функцию у большинства больных, щадящий подход к ведению данной категории является приоритетным.

Методом скрининга гиперпластических процессов эндометрия являлось динамическое ультразвуковое исследование, проводившееся в различные фазы менструального цикла. Критерием отбора являлось утолщение М-эха на 7 день менструального цикла более 11 мм и более 15 мм на 22 день менструального цикла. При наличие очаговых включений, подозрительных на полипоз, такие пациентки исключались из исследования.

В исследование были включены 107 пациенток с УЗИ признаками гиперплазии эндометрия, у большинства из них имелась выраженная симптоматика, проявлявшаяся в гиперполименоррее (74%). Удаление эндометрия после диагностической гистероскопии поводилось с применением МВА (мануального вакуумного аспиратора). Весь материал отправлялся на гистологическое исследование с последующим морфологическим исследованием и иммуногистохимическим определением приоритетной экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону (ДАКО-Дания). Так у 87 пациенток приоритетной являлась экспрессия эстрогеновых рецепторов, у 12 рецепторов к прогестерону и у 8 приоритетность выявить было трудно. Гистологические варианты гиперплазии были простая (27 больны), железистая (77 больных), железисто-кистозная (5 пациенток). Проследить зависимость формы гиперплазии от приоритетности экспрессии рецепторов к гормонам нам проследить не удалось. Далее в зависимости от типа гормональной зависимости гиперпластического процесса нами назначалась дифференцированная медикаментозная терапия. При повышенной экспрессии рецепторов к эстрогенам после оперативного лечения на 3 месяца применялся АнГнрг- препарат Люкрин-депо в дозе 3,75 мг сразу после удаления патологического эндометрия, при прогестеронзависимой гиперплазии применялся антагонист прогестерона Мифепристон в дозировке 50 мг в непрерывном режиме на 2 месяца. Далее наблюдение за пациентками осуществлялось путем контрольного УЗИ с пайпель аспирацией содержимого полости матки через 3 и 6 месяцев.

Важно отметить, что значительное улучшение состояния отмечено у подавляющего большинства пациенток из обеих групп, отсутствовали симптомы гиперполименореи и после 2 инъекции Люкрина-депо прекращение менструации. В цитологическом материале только у 7 пациенток имелись признаки патологической пролиферации через 6 месяцев.

Таким образом, подход к ведению пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия должен быть комплексным, дифференцированным с использованием щадящих методов оперативного вмешательства и учетом этиологических моментов.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ВПЧ (ГАРДАСИЛ) В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЭКТОПИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Мелехова Ю., Иванян А.Н., Овсянкина Н.Л.

Россия, Смоленск. Смоленская государственная медицинская академии. ООО Медицинский центр «Гинея»

Ведущаяся в последнее время полемика о возможном потенциале атипической плоскоклеточной трансформации у пациенток с гистофизиологическими эктопиями не оставляет равнодушным отечественных клиницистов и практиков. На сегодняшний день эктопия рассматривается как гистофизиологическая норма, что совершенно правомочно. Однако по нашим данным и наблюдениям ряда исследователей развитие ВПЧ ассоциированных плоскоклеточных интраэпителиальных поражений гораздо чаще возникает на фоне эктопии нежели на фоне многослойного плоского эпителия. Защита организма от ВПЧ-инфицирования и как следствие от рака шейки матки, на сегодняшний день возможна только с помощью вакцинации.

Целью нашего исследования явилась выработка тактики ведения пациенток с эктопиями цилиндрического эпителия на шейке матки.

В исследование были включены 130 пациенток раннего репродуктивного возраста (18-14 лет),у которых в процессе скринингового кольпоскопического исследования били выявлены участки нормального эпителия шейки матки в виде эктопии. Только у 12% имелись признаки доброкачественной метаплазии без атипического эпителия.

Все пациентки были обследованы на ИППП (хламидии. уреаплазмы, микоплазмы, половой герпес, гонорею, сифилис и ВИЧ инфекцию). Ожидаемыми оказались результаты цитологического исследования в интерпретации системы Бетесда и ПАП. Только у 18% больных имелись признаки инфицирования ВПЧ в виде единичных койлоцитов.

Для определения дальнейшей тактики ведения данных женщин и возможности проведения профилактической вакцинации от ВПЧ мы провели ДНК тестирование на 26 типов вируса папилломы человека методом качественного ПЦР. У 52 женщин был выявлен вирус папилломы человека, при чем высокого канцерогенного риска у 23, низкого у 19. В дальнейшем все пациентки подвергнуты количественному определению ВПЧ с типированием. При незначимых нагрузках пролонгировано клиническое наблюдение с местным применением противовирусных препаратов (Панавир- свечи), у женщин с клинически значимыми и высокими вирусными нагрузками проведено морфологическое исследование и дальнейшее наблюдение в зависимости от результата морфологического исследования. Остальным 78 предложена профилактическая прививка в дозе и режиме, предлагаемой изготовителем. 54 отказались от прививки по независимым причинам, а 24 проведена профилактическая вакцинация. Следуя дизайну исследования всем привитым женщинам была разрешена половая жизнь. Учитывая короткий промежуток вакцинации и тот факт. Что лишь половина пациенток полностью прошла курс мы провели сравнительное исследование новых случаев инфицирования ВПч в обеих группах. Среди пациенток, которым проведена вакцинация за 6 месяцев инфицирования не было, среди женщин отказавшихся от вакцинации у 2 результаты на ДНК ВПч оказались положительными. При чем в количественном выражении в клинически значимых цифрах.

Не смотря на то, что данное исследование является не завершенным, можно предположить. что проведение профилактической вакцинации от ВПч препаратом Гардасил (MSD) у пациенток с физиологическими состояниями шейки матки (эктопии) может быть действенным и эффективным.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Меньшикова Н.С., Серова О.Ф.

Россия, г. Москва, ГУ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии.

Актуальность: Эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, которым страдает около 50 млн. человек, около 1 %населения мира,

до 5 % населения переносят не менее одного припадка в течение жизни, у 20-30% заболевание является пожизненным. Проблемы эпилепсии у женщин, не смотря на многовековую историю их изучения, остаются нерешенным и во многом дискуссионным. Более того, последний международный конгресс по эпилепсии в 2006г. констатировал, что за последние 30 лет количество больных эпилепсией и количество пациентов, резистентных к лечению, не снижается, несмотря на внедрение в практику новых наиболее эффективных антиэпилептических препаратов. Известно, что прогестерон угнетает нейрональные разряды, в то время как эстроген повышает возбудимость головного мозга, поэтому в течение менструального цикла изменяется судорожная готовность. Возникает своеобразный «порочный круг», в котором заболевание эпилепсией и применяемые для ее лечения препараты приводит к нарушению функции яичников, а их дисфункция в свою очередь усугубляет течение основного заболевания. Это диктует необходимость научно-обоснованного подхода и коррекции гормональных нарушений у пациенток с эпилепсией. При этом необходимо учитывать взаимодействие нескольких совместно назначаемых противоэпилептических препаратов между собой, а также с гормональными препаратами и влияние их на менструальный цикл.

Цель работы: Оптимизировать тактику лечения дисфункции яичников у больных эпилепсией репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Проведен анализ 122 амбулаторных карт женщин с эпилепсией, из которых выявлено 65,7% пациенток с нарушением менструальной функции и были разделены на 2 группы в зависимости от формы эпилепсии: 1 группу составили 40 пациенток с катаменциальной эпилепсией, 2 группу - 40 пациенток с эпилепсией без катаменциальной зависимости. Всем пациенткам проводилось общеклиническое, ультразвуковое исследование органов малого таза, иммуноферментное: исследование показателей гормонов крови (на базе МОНИИАГ), функционнальные (аппаратные) методы исследования: электорэнцефалограмма, ЭХО-Энцефалограмма, ультраззвуковая доплерография сосудов головного мозга (на базе неврологических отделений 6 КГБ г. Москвы и кафедре неврологии и нейрохирургии лечебного факультета Московского Государственного Медико-стоматологического Университета)

Результаты исследования: Все обследованные женщины находились в среднем репродуктивном возрасте, но в обеих группах преобладали пациентки 18-23 лет. Достоверных отличий в перенесенных экстрагенитальных заболеваниях не отмечалось. Начало менструаций у женщин 1 и 2 групп в большинстве случаев было своевременным, однако с менархе нарушение менструальной функции отмечалось у 90% 1 группы и 45% во 2 группе, преимущественно по типу олигоменореи и аменореи..Изучение содержания в сыворотке крови обследуемых женщин гонадотропных и стероидных гормонов показало, что гормональные нарушения у больных с эпилепсией во многом определяются формой заболевания: при катаменциальной эпилепсии преобладал СПКЯ (35,0%) и гипопрогестеронемия (20,0%), при некатаменциальной эпилепсии – стертые формы СПКЯ (30,0%) и гиперпролактинемия (25,0%). У 65 (81,2%) пациенток с эпилепсией отмечалось уменьшение сывороточного содержания прогестерона разной степени: у 60% 1 группы и 52,5% 2 группы женщин они соответствовали НЛФ (24,2 ±7,7 нмоль/л), у 27,5% 1 группы и 22,5% 2 группы - ановуляторным циклам (5,9±2,5 нмоль/л). Снижение уровня прогестерона в 2 раза больше было в группе с катаменциальной эпилепсией по сравнению с некатаменциальной формой. На фоне абсолютной или относительной гипопрогестеронемии отмечалось высокая частота гормонально-зависимых заболеваний у пациенток с эпилепсией без катаменциальной зависимости (миома матки 10%, эндометриоз 17,5%, гиперпластические процессы эндометрия 2,5%), в то время, как при катаменциальной эпилепсии чаще наблюдалась гипоплазия матки (12,5%). Начало катаменциальной эпилепсии как правило было связано с активной гормональной перестройки организма (menarche) 65% и 12,5 % после родов и аборта, тогда как во 2 группе пациенток заболевание развивалось чаще всего до полового созревания (47%). Катаменциальная эпилепсия характеризовалось относительно благоприятным течением заболевания и редкой частотой эпилептических припадков (менее 2 в месяц) в 95% по сравнению с некатаменциальной эпилепсией. Более того, при катаменциальной форме эпилепсии отмечена четкая зависимость частоты обострений от фаз менструального цикла, которая наиболее высока накануне или во время менструации. При некатаменциальной эпилепсии подобной зависимости не выявлено. Особый интерес представляет факт увеличения частоты припадков, ухудшения общего состояния и результатов электроэнцефалограммы, на фоне задержки менструации у пациенток обеих групп, особенно значительным в группе с катаменциальной эпилепсии, при которой частота приступов увеличивалась 3,5 раза. Эти клинические данные подтверждены результатами электроэнцефалографического исследования, которые позволили выявить максимальную судорожную активность у больных с катаменциальной эпилепсией накануне и во время менструации, тогда как при некатаменциальной эпилепсии повышенная судорожная активность наблюдалась на протяжении всего цикла.

На основании характера гормональных нарушений при различных формах эпилепсии и выявленной зависимости проявлений основного заболевания от менструального цикла разработан алгоритм дифференцированной гормональной коррекции: У больных эпилепсией, целесообразно использовать натуральные гестагены и монофазные КОК с высокоактивным гестагенным компонентом, адекватно восполняющим дефицит прогестерона и не обладающим побочными системными эффектами:

У пациенток с катаменциальной эпилепсией, учитывая наиболее высокую частоту гипоплазии матки, целесообразно применение КОК с содержанием эстрогенов 30-35 мкг. Поэтому при СПКЯ и гиперандрогении назначался регулон или диане 35, при изолированной гипопрогестеронемии - утрожестан. У пациенток с эпилепсией без катаменциальной зависимости при гиперпролактинемии и относительной гипопрогестеронемии назначался бромкриптин и утрожестан, при СПКЯ – микродозированные КОК - новинета или линдинета (с учетом высокой частоты гормональнозависимых заболеваний гениталий).

На фоне проводимой терапии отмечалась нормализация сывороточного содержания прогестерона. Адекватная коррекция гормональных нарушений благоприятно влияет на течение основного заболевания, о чем свидетельствовало значительное уменьшение частоты приступов вплоть до стойкой ремиссии заболевания, которая в 2 раза чаще наблюдалась при катаменциальной форме эпилепсии.

Выводы: у женщин. Страдающих эпилепсией в 65.7% случаев наблюдаются нарушения функции яичников, адекватная гормональная коррекция которых не только способствует нормализации менструального цикла, но и позитивно влияет на течение основного заболевания.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЭКО И ПЭ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ

Милютина М.А., Калинина Е.А.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Малая эффективность методов восстановления естественной фертильности человека стимулировала развитие вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в том числе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с последующим переносом эмбрионов (ПЭ) в полость матки. В среднем эффективность метода в различных клиниках мира составляет 25-45%. По нашим и литературным данным доля пациенток со сниженной ответной реакцией яичников на стимуляцию суперовуляции составляет около 24%, из них 13% - это пациентки в возрасте до 38 лет. Под сниженным ответом яичников на стимуляцию суперовуляции принято понимать рост и созревание не более 3 фолликулов размером больше 17мм при применении стимуляторов фолликулогенеза.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка факторов, определяющих эффективность программы ЭКО и ПЭ у пациенток со сниженным ответом яичников на стимуляторы суперовуляции.

Материалы и методы: исследуемую группу составили 76 пациенток в возрасте от 23 до 38 лет, с регулярным менструальным циклом, имеющие в анамнезе не менее 1 попытки ЭКО со сниженным ответом яичников на стимуляторы суперовуляции. Группу сравнения составили 50 пациенток в возрасте от 25 до 38 лет с трубно – перитонеальным бесплодием с нормальным ответом яичников в предыдущих циклах стимуляции суперовуляции.

Методом случайного выбора пациентки исследуемой группы были разделены на 2 подгруппы. В первую подгруппу вошли 41 пациентка, которым была проведена стимуляция суперовуляции с предварительной десенситизацией репродуктивной системы препаратами агонистов ГнРГ по длинному протоколу. Во вторую подгруппу вошли 35 пациенток, которым проведена стимуляция суперовуляции с последующим применением препарата антагониста ГнРГ.

Группа сравнения также была разделена на 2 подгруппы. В первой подгруппе проведено 25 циклов стимуляции суперовуляции с применением агонистов ГнРГ в длинном протоколе. Во второй подгруппе было проведено 25 циклов стимуляции с использованием антагонистов ГнРГ. В качестве индуктора суперовуляции во всех группах применялся препарат рФСГ.

Результаты исследования: эффективность лечения бесплодия методом ЭКО и ПЭ у пациенток со сниженной реакцией яичников на стимуляторы суперовуляции была почти в 3 раза меньше, чем у пациенток с нормальным ответом яичников: при этом, частота наступления беременности на цикл стимуляции составила 17%, родов - 10,5%, по сравнению с 42% и 32% соответственно. Частота репродуктивных потерь статистически значимо не различалась и составила 38,5% в исследуемой группе и 23,8% в группе сравнения.

В обеих группах наиболее важным фактором, определяющим успех реализации программы ЭКО, являлось количество перенесенных эмбрионов «хорошего» качества. Так, в группе сравнения при расчете на перенос 2 эмбрионов «хорошего» качества (доля таких пациенток составила 40%) частота родов увеличивалась до 35%. В исследуемой группе при переносе 2 эмбрионов «хорошего» качества (у 13% пациенток) частота родов составила 30%. Таким образом, при переносе 1-2 эмбрионов «хорошего» качества эффективность реализации программы ЭКО сопоставима. Однако, получить 3 эмбриона «хорошего» качества в исследуемой группе не удалось ни в одном случае.

В группе сравнения при использовании а-ГнРГ у 25 пациенток произведен двойной перенос эмбрионов на 3 и 5 дни после ТВП, при этом частота наступления беременности составила 52% (13 женщин), При сравнении частоты наступления беременности в зависимости от качества перенесенных эмбрионов наиболее высокая частота наступления беременности отмечена при переносе 3 эмбрионов «хорошего» качества. Она составила 87,5%.

В обеих группах возраст женщин, родивших ребенка в результате проведения ЭКО и ПЭ, был достоверно меньше, чем у тех, у кого беременность не наступила. У пациенток старше 35 лет вероятность рождения ребенка достоверно снизилась до 7,1% (с 14,7% у женщин до 35 лет), т.е. в 2,1 раза. В то же время, в группе сравнения частота рождения ребенка достоверно не зависела от возраста и составила 35,7% у женщин моложе 35 лет и 25% при возрасте женщины 35-38 лет.

Медиана длительности бесплодия в исследуемой группе у женщин, родивших ребенка составила 3,5 лет, в то время как у женщин с неудачной попыткой она составила 6 лет, т.е. почти в 2 раза больше. В группе сравнения данной закономерности отмечено не было (медианы длительности бесплодия 4,3 и 4,0 года соответственно).

Выводы: Таким образом, наблюдаемые различия в частоте наступления беременности и родов между обследованными группами обусловлены, в первую очередь, выраженными различиями в количестве и качестве переносимых эмбрионов.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В ПОСТЛЕЧЕБНОМ МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Шипулина О.Ю., Минкина О.В.

Россия, Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет, Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии МЗ РФ

Актуальность. Основная задача диагностики цервикальной папилломавирусной инфекции – выявление ассоциированных с ней цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН). При помощи техник обнаружения ДНК вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР) невозможно дать индивидуальную оценку риска развития истинного предрака шейки матки. В настоящее время идентифицируются маркеры, которые позволят определить стратегию для ВПЧ ВКР-позитивных женщин с высокой степенью риска развития цервикальных интраэпителиальных неоплазий. В ряде работ установлена корреляция высокой вирусной нагрузки с тяжестью цервикальной патологии. Основываясь на данных, полученных из разных исследований, вирусная нагрузка менее 3 lg на 105 клеток является клинически малозначимой и характеризуется минимальным риском развития дисплазии и почти 100% спонтанной регрессией; вирусная нагрузка более 5 lg на 105 клеток обозначает повышенное количество вируса и отражает наличие дисплазии или высокий риск ее развития (Josefsson et al, 2000; van Duin et al, 2002; Dalstein et al, 2003; Snijders et al, 2003; Moberg et al, 2004, 2005). В настоящее время ДНК-тестированию уделяется значительное внимание в постлечебном мониторинге пациенток с ЦИН. Вероятно, что количество ДНК ВПЧ ВКР в цервикальном мазке может стать важным критерием эффективности лечения ЦИН.

Цель: проанализировать результаты количественной детекции ДНК ВПЧ ВКР через 3 и 12 месяцев после лечения предрака шейки матки.

Объект и методы исследования: Объектом исследования явились 100 пациенток специализированного кабинета в возрасте от 18 до 60 лет с гистологически верифицированным диагнозом ЦИН II и ЦИН III. Образцами для гистологического исследования была ткань, полученная в результате петлевой электроэксцизии шейки матки и эндоцервикального кюретажа проксимальной части цервикального канала. Анализ гистологических данных выявил у 57 пациенток ЦИН II (57%), у 43 – ЦИН III (43%). Как в дооперационной диагностике, так и в постлечебном мониторинге использовались следующие методы: кольпоскопический, цитологический и молекулярно-биологический. Приготовление мазков осуществлялось по технологии тонкослойной жидкостной цитологии. Клеточный материал собирался с экто - и эндоцервикса и помещался в стабилизирующий раствор (система CYTOSCREEN). Этот же раствор использовался для последующей ВПЧ ДНК – диагностики и определения вирусной нагрузки с помощью мультипраймерной ПЦР тест-системы "Амплисенс ВПЧ ВКР скрин"в режиме реального времени. Для определения вирусной нагрузки в эпителиальных клетках была разработана методика количественного определения ДНК ВПЧ на основе ПЦР в реальном времени. Результаты количественного определения ДНК ВПЧ выражали в логарифмах копий вирусной ДНК на стандартное количество клеток (105 клеток).

Результаты и их обсуждение: На основании ВПЧ ДНК- тестирования, проведенного до лечения, присутствие онкогенных типов вируса обнаружено у 100% пациенток с ЦИН II и ЦИН III. Причем инфицирование одним онкогенным типом наблюдалось у 58 % из них, двумя – у 28 %, тремя типами – у 9 % и четырьмя – у 3 %. Среди пациенток с моноинфекцией наиболее часто встречающимися типами являлись ВПЧ 16 (51 %) и ВПЧ 33 (12 %). При анализе показателей вирусной нагрузки, полученных до лечения пациенток с истинным предраком шейки матки, клинически значимые величины (от 3,2 lg до 5,9 lg) выявлены у 45 из них, высокая вирусная нагрузка (от 5,0 lg до 7,9 lg) обнаружена у 55 (55%) пациенток. Таким образом, средняя величина вирусной нагрузки у пациенток с ЦИН II и ЦИН III составила 5,26 lg. Анализ молекулярно-биологических данных, полученных через 3 месяца после лечения шейки матки, показал, что 61 (61 %) пациентка полностью элиминировала вирус, а у 39 (39%) ВПЧ ВКР - позитивных – величина вирусной нагрузки составила от 0,6 lg до 5,7 lg. Средняя величина вирусной нагрузки в этот срок наблюдения составила 3,2 lg. Причем, инфицирование одним онкогенным типом вируса наблюдалось у 22 (56 %) пациенток, двумя – у 12 (30 %) и тремя – у 5 (12 %). При оценке молекулярно-биологических данных, полученных через 12 месяцев после лечения ЦИН II и ЦИН III, ВПЧ ВКР - негативными оказалась 81 (81 %) пациентка. У 19 (19 %) ВПЧ ВКР – позитивных пациенток показатели вирусной нагрузки варьировали от 0,4 lg до 5,1 lg. Средняя величина вирусной нагрузки составила 2,75 lg.

Выводы: Анализ результатов ВПЧ ВКР тестирования и количественной детекции ДНК через 3 месяца после лечения ЦИН II и ЦИН III выявил полную элиминацию вируса у 61 % пациенток, а у 39% ВПЧ ВКР – позитивных снижение средней вирусной нагрузки до клинически малозначимых величин. Через 12 месяцев полностью элиминировали вирус 81% пациенток, а у остальных 19% ВПЧ ВКР – позитивных средняя вирусная нагрузка была на уровне клинически незначимых величин.

РОЛЬ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН

Минченкова А.В.

Россия, г. Москва, ФГУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Медицинского центра Управления делами Президента РФ

В настоящее время в клинической практике при подозрении на гиперпластический процесс эндометрия у женщин постменопаузального периода широко используют биометрические методы трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ). Актуальным является наблюдение за состоянием эндометрия при приеме тамоксифена. Последний используют в комплексной терапии рака молочной железы (РМЖ). При ТВУЗИ обеспечивается высокая точность измерения срединного маточного эха (М-эхо), детальная визуализация эндометрия, наличие его эхоструктурных изменений.

Вместе с тем, важным является решение вопроса об информативности ТВУЗИ в выявлении патологии эндометрия на фоне приема тамоксифена для выбора тактики ведения с производством инвазивных методов диагностики и лечения. По данным В.Н. Демидова и А.И. Гуса (1997) толщина М-эха в постменопаузе в первые 5 лет не превышает 5 мм. Повышение возрастных нормативов М-эхо расценивается как гиперплазия эндометрия (В.Н. Демидов, Р.В. Полякова, 1996). Однако использование данного диагностического критерия не всегда адекватно ввиду широкого разброса средних значений гиперплазированного эндометрия. На невозможность точной диагностики патологии эндометрия на основании только его толщины указывают Е.В. Лысняк, С.И. Жестовская (2004).

Адекватность же диагностики у лиц постменопаузального периода, принимающих тамоксифен в комплексном лечении рака молочной железы (РМЖ) определяет подход к выбору оптимального метода лечения.

Целью исследования явилось повышение точности по критериям ультразвуковой диагностики гиперпластических процессов для расширения возможности прогнозирования развития патологии эндометрия.

Было обследовано 155 женщин постмеопаузального периода различной длительности. Последние представляли две группы. В первую вошли 79 пациенток с РМЖ, принимавших тамоксифен, вторую составили 66 женщин индентичных возрастов и длительности менопаузального периода без признаков заболевания и не принимающих тамоксифен.

Результаты исследования показали, что толщина М-эхо у больных составила 13,3±5,3 мм ($p<0,05$). Неоднородность эндометрия по толщине отмечена у 44 (55%) пациенток; наличие полипа эндометрия заподозрено у 20 (25%) женщин. Сопоставлены результаты с показателями гистероскопии: атрофичный эндометрий наблюдался у 26 (33,3%), полипы на фоне атрофичного эндометрия – у 26 (33,3%), гиперплазия эндометрия у 2 (2,6%), рак эндометрия у 6 (7,7%).

Результаты гистероскопии подтверждались данными гистологического исследования. Не обнаруживалось патологических изменений у 24 (30,4%) женщин, принимавших тамоксифен ($p<0,05$) и у 2 (18,2%) – 2-ой группы (контроль).

Во второй группе (контроля) средняя толщина М-эха составила 9,97±3,87 мм. Неоднородность эндометрия констатирована у 40 (65%), кистозные включения – у 30 (45%), рак эндометрия – у 2 (3,0%) женщин.

Сопоставление показателей с данными гистологического исследования позволило отметить наличие истинноположительного результата по ТВУЗИ в 47% и 79% ($p<0,05$), соответственно по группам. Чувствительность метода в обеих группах была одинаковой (100%). Специфичность в 1 группе – 46%, во второй – 78%. Отмечено большее количество ложно-положительных результатов ТВУЗИ в I группе (53%), относительно второй (22%). В первой группе причинами расхождения результатов ТВУЗИ и гистологии были: кистозная атрофия эндометрия и отек либо гиперплазия стромы эндометрия. Критерии эхографической оценки эндометрия женщин в постменопаузе не позволяли в I группе четко выделять патологию эндометрия, прогностическая ценность положительного результата составила 47%.

Наиболее часто в эндометрии женщин, принимающих тамоксифен обнаруживались полипы (35%).

Не выявлено статистически достоверного влияния длительности приема тамоксифена на увеличение частоты развития полипов и рака эндометрия.

Между длительностью приема тамоксифена и толщиной эндометрия (М-эхо) установлена прямая связь. С увеличением срока приема препарата прогрессивно нарастала величина М-эхо. Коэффициент корреляции Пирсона составил 0,77.

Вместе с тем, простота и доступность метода ТВУЗИ с определением критерия М-эхо позволяет его рекомендовать при скрининговых и профилактических осмотрах и в динамике наблюдения на фоне использования препарата тамоксифен.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Михельсон А.Ф., Романовская А.Г., Бородин В.Г.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Гиперпластические процессы в эндометрии по-прежнему представляют важную проблему гинекологии, актуальность которой обусловлена, прежде всего, их высокой частотой встречаемости и озлокачествления. До настоящего времени отсутствует четкое клинико-патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к выбору метода гормональной терапии гиперплазии эндометрия (ГЭ) у пациенток репродуктивного возраста с учетом исходных параметров гормонального, вегетативного и психологического статуса. Недостаточно обсуждены осложнения и побочные эффекты ряда гормональных препаратов; имеются единичные несистематизированные указания о причинах неэффективной терапии больных. Все вышеизложенное обуславливает актуальность и практическое значение дальнейшего усовершенствования методов гормонального лечения больных с ГЭ. В связи с этим, целью нашей работы явилось провести у больных ГЭ репродуктивного возраста сравнительную оценку клинической эффективности назначения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в пролонгированном режиме или агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов (ГнРГ).

В основу работы положены результаты исследования 73 женщин детородного возраста 18-45 лет с ГЭ, наблюдавшихся в городской больнице №8 г.Ростова-на-Дону с 2004 по 2007 г.г. Больные в зависимости от тактики лечения были разделены на две клинические группы. Больным 1-й группы (n=42) был назначен марвелон (Organon, Нидерланды) в пролонгированном режиме: 12 недель непрерывного приема, 1 неделя перерыва, вновь 12 недель непрерывного приема. Во 2-й группе (n=31) пациентки получали депо-форму бусерелина («ФармСинтез», Россия): 3,75 мг однократно внутримышечно каждые 4 недели в течение 6 мес. До и после прекращения лечения всем пациентам проводили обследование: оценивали клинические проявления ГЭ, гормональный статус по содержанию в сыворотке крови эстрадиола, прогестерона, ЛГ, ФСГ, пролактина. Кроме того, у пациенток была дана оценка психологического статуса путем использования методики многофакторного исследования личности Р. Кеттела (16PF), теста MMPI, который охватывал клинически определяемые черты личности. Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения был использован тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН); для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов - шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю. Л. Ханиным. Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание использовали личностный опросник Бехтеревского института - ЛОБИ. Для изучения вегетативной регуляции сердечного ритма применяли метод автоматизированной компьютерной кардиоинтервалографии.

Исходно у больных ГЭ репродуктивного возраста в 46,6% случаях выявлялась гиперэстрогенемия. Несмотря на сниженный уровень пролактина и повышенные значения ЛГ у больных с ГЭ по сравнению с контрольной группой, содержание указанных гормонов крови соответствовало общепринятым нормам. У пациенток с ГЭ до лечения нарушения автономной регуляции сердца проявлялись повышенной вариабельностью сердечного ритма, ортостатической дисрегуляцией, усилением тонических влияний парасимпатической нервной системы, высоким удельным весом непериодических хаотических колебаний в спектре мощности кардиоинтервалограмм. Исходные патопсихологические изменения характеризовались нарастающим снижением энергетической активности, астенизации, усилением конституционально-личностной тревожности, стойкости дистимических реакций, что подтверждало глубину развивающейся декомпенсации конституционально-психотипологических механизмов при формировании ГЭ.

Итак, установленные специфичные изменения вегетативной регуляции функций и психологического статуса у больных с ГЭ во-многом определены гиперэстрогенемией и требуют их учета при назначении терапии и оценке ее эффективности.

У пациенток 1-й группы применение марвелона в пролонгированном режиме либо бусерелина являлось эффективным и безопасным, сопровождалось регрессом основной клинической симптоматики, снижением размеров матки, объема яичников и толщины эндометрия, морфологическим излечением, нормализацией менструального цикла по окончании лечения, эффективным снижением эстрогенов крови. На фоне применения марвелона в пролонгированном режиме скудные кровотечения прорыва развивались в 76,2%, а при применении бусерелина – в 3,2% наблюдений и не требовали прекращения лечения. В первый год после окончания терапии марвелоном рецидив гиперпластических процессов в эндометрии развивался в 16,7%, после лечения бусерелином – в 16,1%. В двух изучаемых группах больных была установлена сходная эффективность проведенной гормональной терапии марвелоном в пролонгированном режиме или бусерелином, критериями которой служили восстановление ритма менструальных кровотечений, отсутствие гиперполименореи, низкая частота побочных эффектов, субъективное улучшение самочувствия пациентов. Однако, более выраженное угнетение секреции эстрадиола происходило при применении бусерелина.

Если динамика основных симптомов заболевания у больных ГЭ двух сравниваемых групп отличалась сходной направленностью и выраженностью, то изменения вегетатив-

ной регуляции сердца и психологического статуса пациенток были разнонаправленными. Так, у больных ГЭ, получавших марвелон, происходила нормализация вегетативной регуляции сердца – снижалась выраженность парасимпатической регуляции с одновременным повышением влияния симпатических нервов, повышался процент встречаемости гармонического типа ответа на активный ортостаз. Между тем, у больных ГЭ, получавших бусерелин, неадекватно возрастал удельный вес симпатической регуляции ритма сердца, усиливалось влияние гуморальных воздействий на синусовый узел (катехоламинов ангиотензина, альдостерона), в большем проценте наблюдений (45,2%) наблюдался тип реактивности вегетативной регуляции, связанный с гиперактивацией симпатического отдела. Как известно, чрезмерная активация симпатических влияний на сердце является неблагоприятным фактором возникновения электрической нестабильности миокарда, нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе жизнеугрожающих аритмий, нарушений системной гемодинамики (Михайлов В.М., 2000). Итак, для пациенток, длительно принимающих бусерелин, важен контроль над показателями сердечно-сосудистой системы для предупреждения неблагоприятных последствий гормональной терапии.

У больных ГЭ, получавших марвелон в пролонгированном режиме, к концу наблюдения (через 1 год после окончания лечения) существенное улучшение настроения было обусловлено снижением уровня тревожности до минимального уровня, устранением раздражения и исчезновением плаксивости. У больных, получавших бусерелин, состояние гипоэстрогенемии сопровождалось повышением тревожности, нервозности, раздражительности, депрессивности. У этой категории пациенток были выражены признаки «депрессии», «социальной дезадаптации», «повышенной ранимости и подозрительности», показатели «психологической маскулинизации», реактивной тревожности, снижался самоконтроль, возрастало ощущение внутренней напряженности.

Итак, своевременное использование марвелона в пролонгированном режиме или бусерелина является оптимальной стратегией для лечения ГЭ. Однако, при назначении гормональной терапии необходимо учитывать особенности гормонального, психологического и вегетативного статуса пациенток для избежания побочных осложнений и неблагоприятных вегетативных и психологических изменений. Применение бусерелина у больных ГЭ, несмотря на высокую эффективность в направлении снижения основных клинических проявлений заболевания, сопровождалось резким повышением активности симпатического влияния на сердце, дисгармоничностью межличностных отношений, которая усиливала социальную дезадаптацию пациенток.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Мишиева О.И., Голухов Г.Н., Ушакова Т.А.

Россия, г. Москва, Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет министерства здравоохранения Р Ф

Последние 10-15 лет применение в гинекологической практике при гиперпластических процессах эндометрия (ГПЭ) нашел метод аблации эндометрия, обладающий высокой эффективностью (83,4-100%). Особенно актуальным в настоящее время является вопрос экономического обоснования применения аблации эндометрия, а также путей внедрения в бюджетные учреждения. Подходы, разработанные зарубежными клиницистами, мало применимы к отечественному здравоохранению. Исследования данной проблемы среди отечественных авторов отсутствуют. Все выше сказанное и явилось предметом изучения в нашей работе.

Цель. Провести клинико-экономический анализ эффективности различных видов аблации эндометрия и резекции субмукозной миомы матки.

Материал и методы исследования. За период с 2001 по 2007 годы нами обследовано 200 пациенток. Большинство (128) было в возрасте от 36 до 50 лет.

Показанием к проведению аблации эндометрия и резекции субмукозной миомы матки явилось: рецидивирующий гиперпластический процесс эндометрия и неэффективность гормональной терапии – у 52 (26%) больных; рецидивирующий гиперпластический процесс в сочетании с аденомиозом – у 118 (59%); субмукозная миома матки – у 17 (8,5%); субмукозная миома матки в сочетании с гиперпластическим процессом эндометрия – у 13 (6,5%).

В зависимости от вида оперативного вмешательства обследуемые были распределены на 3 группы: первую – составили 90 больных, которым была проведена лазерная аблация по технологии ELITT; во II группу включены 80 наблюдаемых, у которых использована баллонная термоаблация; III – составили 30 обследованных, перенесших гистерорезекцию эндометрия с использованием биполярного электрода.

Выбор метода лечения осуществляли в зависимости от возраста пациентки, характера внутриматочной патологии, размеров и формы полости матки, наличия или отсутствия деформации полости матки (субмукозного узла, внутриматочных синехий). Лазерную аблацию проводили при отсутствии в полости матки субмукозной миомы, перегородок и грубых синехий, при длине матки по зонду от 6 до 9 см (при лазерной), от 4 до 12 см 9 (при баллонной аблации). При наличии субмукозного узла (0, I и II типов) производилась его резекция биполярным электродом. У пациенток более старшего возраста (старше 47 лет), имеющих гиперпластический процесс эндометрия по данным гистологического исследования, одномоментно с удалением миоматозного узла выполнялась резекция эндометрия.

Лазерная коагуляция эндометрия (ELITT) проведена при помощи диодного лазера GyneLase фирмы «KARL STORZ» (Германия) мощностью 9-12 Вт и длиной волны 830 нм при длительности экспозиции 7 минут.

Баллонная термоаблация выполнена с использованием системы GYNECARE THERMACHOICE II фирмы «Johnson&Johnson» (США). Оптимальный цикл термотерапии длился 8 минут.

Биполярная гистерорезекция произведена с помощью системы Versapoint фирмы «Johnson&Johnson» (США). Резекция одного субмукозного узла выполнена 17 пациенткам, одномоментная резекция эндометрия и миоматозного узла – 13.

Длительность динамического наблюдения пациенток, перенесших аблацию эндометрия, составила 2 года – у 8; 3 года – у 12; 4 – у 40; 5 лет – у 68; 6 – у 72 больных.

Для проведения экономического расчета нами был использован метод анализа «затраты/эффективность» и рассчитан коэффициент затратной эффективности Keff. Клинико-экономическую эффективность аблации в ходе проспективного наблюдения рассчитывали с учетом качества жизни пациенток после операции, определяя стоимость 1 QALY (Kut) для различных видов аблации.

Результаты исследования. Аблация эндометрия проводилась всем обследованным через 14-21 день после гистероскопии. Во время вмешательства процедуры интраоперационных, а также осложнений, связанных с экстрагенитальной патологией и анестезиологическим пособием, выявлено не было.

При контрольной гистероскопии после процедуры абляции во всех наблюдениях визуализировалась равномерная поверхность стенок полости матки, включая труднодоступную область устьев маточных труб.

В раннем послеоперационном периоде состояние и самочувствие всех больных было удовлетворительным. Все пациентки (200) были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 2-3 (I и II группы) или 4-5 сутки (III) после вмешательства. После выписки возвратились к своему обычному образу жизни и труду.

Анализ данных динамического наблюдения 200 пациенток после абляции эндометрия, проведенной различными методами, показал, что полный клинический эффект (аменорея или гипоменорея) был получен к первому году наблюдений у 182 из 200 (91%) обследуемых, менструация приобрела умеренный характер – у 15 из 200 (все репродуктивного возраста). Все 197 из 200 (98,5%) остались удовлетворены результатами проведенного лечения. Практически у всех больных (170) к 12 месяцу после лазерной (90) и баллонной (80) абляции ультразвуковая картина характеризовалась наличием тонкого эндометрия и полной облитерацией равномерно суженной полости матки (синдрома Ашермана).

У 3 из 200 (1,5%) обследованных (после баллонной термоабляции) с ГПЭ и аденомиозом через 10-12 месяцев отмечен рецидив маточного кровотечения. Одной пациентке во время гистероскопии произведена электрорезекция эндометрия (с эффектом), двум – через 14-30 дней после гистероскопии выполнена лапароскопическая гистерэктомия. У остальных больных рецидива гиперпластического процесса эндометрия, а также субмукозной миомы в сроки наблюдения до 6 лет не было.

Анализ экономической эффективности различных видов абляции показал, что больше средств было затрачено на проведение баллонной (30 446,22 рублей) и лазерной (20 498,78) термоабляций в связи с высокой стоимостью одноразовых внутриматочных аппликаторов, меньше – на гистерорезекцию (12 217,40). Коэффициент затратной эффективности Keff также был больше при баллонной (31 632,44) и лазерной (20 498,78) абляциях.

При оценке эффективности абляции эндометрия с учетом качества жизни установлено, что за первый год после операции 200 пациенток набрали 184 QALI (в среднем, на 1 пациентку - 0,92 QALI), что было ниже идеальных показателей качества жизни (соответствующих 1 QALI – на 1 пациентку) по причине длительности послеоперационных кровяных выделений из половых путей (до 4 недель) и отсроченного формирования облитерации полости матки (через 6-12 месяцев после вмешательства). Стоимость 1 QALY лазерной (22 281 рубля) и баллонной (33 094) абляции эндометрия была выше, чем гистерорезекции (13 279). К 2-3 году наблюдения после абляции эндометрия качество жизни обследуемых улучшилось в связи с отсутствием или значительным уменьшением кровяных выделений, приблизилось к идеальному и соответствовало 0,98 QALI, в среднем, на 1 пациентку.

Выводы. Таким образом, абляция эндометрия является высоко эффективным (98,5%) органосохраняющим методом лечения больных с внутриматочной патологией, что свидетельствует о возможности ее применении в качестве альтернативы гистерэктомии. Однако анализ экономической эффективности метода показал, что он может иметь ограниченное применение в бюджетных учреждениях по причине высокой стоимости, а также в связи с невозможностью выделения средств на его оказание из федерального бюджета или ФОМС. Для внедрения абляции эндометрия в условиях бюджетного здравоохранения федеральным клиникам следует развивать механизм квотирования.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМЫ НА ЭКСПРЕССИЮ ЭСТРОГЕНОВЫХ И ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Могиревская О.А., Чернуха Г.Е, Шигорева Т.В., Силакова А.В.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является результатом целого комплекса патологических изменений в организме женщины, обусловленных не только эндокринно-метаболическими нарушениями, ведущими к возникновению гиперэстрогении, но и нарушениями локальной экспрессии рецепторов половых стероидных гормонов. В последние годы спектр лечебного воздействия на патологически измененный эндометрий расширился. В клинической практике существует опыт применения внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы (ЛНГ-ВМС) не только с контрацептивной, но и с лечебной целью. Однако остается не ясным, может ли ЛНГ-ВМС являться альтернативным методом терапии больных с ГЭ, не определена эффективность ее при различных формах ГЭ, не установлена оптимальная длительность проведения терапии.

Цель исследования: изучение влияния ЛНГ-ВМС на экспрессию альфа-эстрогеновых (ЭР-α) и прогестероновых рецепторов (ПР) в ядрах клеток железистого и стромального компонентов эндометрия у больных с различными формами ГЭ.

Материалы и методы: проведено клинико-лабораторное обследование 109 больных с ГЭ (средний возраст 40,8±7,02 года, ИМТ - 28,7±7,1 кг/м). Согласно классификации ВОЗ, у 67 (61,6%) из них была диагностирована простая ГЭ (ПГЭ), у 25 (22,8%) – сложная ГЭ (СГЭ), у 17 (15,6%) атипическая ГЭ (АГЭ). Для лечения ГЭ была использована ЛНГ-ВМС «Мирена», содержащая 52 мг левоноргестрела, скорость высвобождения которого составляет 20 мкг в сутки. По истечении 6 месяцев от момента введения ЛНГ-ВМС всем больным проводился морфологический контроль состояния эндометрия, 42 образца подверглись иммуногистохимическому исследованию. Использовались моноклональные антитела производства фирмы Daco Cytomation (Дания) к альфа-эстрогеновым (1:35) и прогестероновым (1:50) рецепторам. Интенсивность экспрессии ЭР-α и ПР в клетках желез оценивали по процентному отношению площади позитивно окрашенных ядер к площади всего железистого компонента, в клетках стромы соответственно – по отношению к площади стромального компонента. Анализ изображения и фотодокументацию проводили с использованием программного обеспечения фирмы «Karl Zeiss» (Германия).

Результаты: После шестимесячного воздействия ЛНГ-ВМС у 104 (94,1%) больных морфологическая картина эндометрия характеризовалась наличием узких желез, выстланных однорядным эпителием без признаков функциональной активности, а также децидуаподобными изменениями стромы, в которой отмечался отек, полнокровие сосудов, рассеянная и очаговая лимфоидная инфильтрация. У 1-й женщины, исходно имевшей ПГЭ и у 4-х – АГЭ очаги гиперплазии сохранялись, соответственно признаков ГЭ выявлено не было у 97,9 % больных с ПГЭ, у 100 % со СГЭ и у 75 % с АГЭ.

Согласно результатам иммуногистохимического исследования до лечения при ПГЭ экспрессия ЭР-альфа в железистом компоненте была равна 40,62±5,43%, в строме 27,30±4,09%, при СГЭ эти показатели соответственно со-

ставили 34,20±7,21% и 27,43±2,20%, при АГЭ 46,84±1,24% и 32,78±10,30 %. При оценке экспрессии ПР при ПГЭ и СГЭ более интенсивное окрашивание ядер также было выявлено в железистом компоненте (соответственно 49,64±2,20% и 47,06±1,50%), по сравнению со стромальным (42,14±2,82% при ПГЭ, 33,12±3,60% при СГЭ). При АГЭ этих различий выявлено не было: экспрессия в железах составила 39,38±2,60%, в строме 36,95±0,31%. После 6 месяцев применения ЛНГ-ВМС при ПГЭ экспрессия ЭР-α в железах отсутствовала, в строме снизилась до 1,44±0,4%, при СГЭ экспрессия ЭР-α в железах составила 27,43±2,20, в строме 7,78±2,67, при АГЭ – соответственно 32,78±10,30% и 13,90±5,40%. Под влиянием ЛНГ-ВМС выявлено также выраженное снижение экспрессии ПР, которая достоверно не отличалась при ПГЭ и СГЭ: в железах отсутствовала, в строме составила лишь 4,11±1,36% и 2,55±0,99%. При АГЭ воздействие на ПР, как и на ЭР-альфа, оказалось менее выраженным, расчетный показатель, характеризующий интенсивность экспрессии ПР в железах снизился только до 20,10±7,50%, в строме до 22,69±8,76%.

Выводы: Проведенное исследование позволяет сделать заключение, что ЛНГ-ВМС является высокоэффективным методом терапии ПГЭ и СГЭ, тогда как при АГЭ лечебное воздействие на структурные компоненты эндометрия менее значительное. Результаты иммуногистохимического исследования свидетельствуют о том, что эффект терапии опосредуется ингибирующим влиянием левоноргестрела на экспрессию ЭР-альфа и ПР как в железистом, так и в стромальном компоненте эндометрия, которое менее выражено при АГЭ. Возможно, это обусловлено нарушением механизмов регуляции ЭР-α и ПР в результате изменения эпителиально-стромальных взаимодействий при АГЭ. Однако данное положение требует дальнейшего исследования регуляторных механизмов, участвующих в сложных межклеточных взаимодействиях, присущих стромальному и эпителиальному компонентам эндометрия.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Московкина А.В., Орлов В.И., Андреева В.О.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий.

К сожалению, в настоящее время практические врачи не уделяют должного внимания нарушениям менструальной функции у подростков, исходя из распространенного заблуждения, что нерегулярные менструации являются характерной особенностью всего периода полового созревания. С другой стороны, многообразие форм эндокринных нарушений и сложность интерпретации результатов лабораторного исследования часто влекут неправильный выбор тактики ведения и лечения больных (Кузнецова И.В., 1999).

В структуре эндокринных заболеваний у подростков на первом месте стоят расстройства менструального цикла (34-61%). Большинство из них имеют функциональное происхождение и обусловлены дискоординацией работы гипоталамо-гипофизарной системы (Гуркин Ю.А., Долженко И.С., 1990; Коколина В.Ф., 1991). Несмотря на различие в этиологии и патогенезе формирования синдромов олиго- и аменореи, нарушения в центральных звеньях регуляции репродуктивной системы при этой патологии имеют сходный характер (Кузнецова Е.В., Стрижаков А.Н., 1996). В связи с этим дифференциальная диагностика подобных нарушений, дебютирующих в период полового созревания, представляет собой особую проблему, требующую высокого уровня лабораторной и клинической подготовки.

Целью исследования явилось изучение гормонального звена репродуктивной системы и выяснение причин овариальной дисфункции у девочек-подростков с вторичной аменореей и олигоменореей

В исследование были включены 102 пациентки. Первую группу составили 40 девочек-подростков с вторичной аменореей. Во вторую группу были включены 42 пациентки с нарушениями менструального цикла по типу олигоменореи. В третью (контрольную) группу вошли 20 девочек-подростков с нормальным менструальным циклом. Радиоиммунологическим методом определялось содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина, эстрадиола, прогестерона плазмы крови, а также межгормональные взаимоотношения, представленные в индексе ЛГ/ФСГ.

В результате обследования установлено, что в большинстве случаев причиной нарушений менструальной функции у девочек-подростков с аменореей и олигоменореей (67,50% и 73,81%, соответственно) явилось снижение функциональной активности яичников. В отличие от этого Формирующийся синдром поликистозных яичников встречался в 32,50% и 26,19% случаев, то есть в 2 -3 раза реже.

Анализ содержания пептидных гормонов и периферических стероидов в плазме крови показал, что у пациенток I и II групп с синдромом ПКЯ по сравнению с контрольной группой отмечалось повышение концентрации ЛГ (16,1 МЕ/л и 13,1 МЕ/л) и увеличение коэффициента ЛГ/ ФСГ (2,95 и 3,17). В отличие от этого у девочек-подростков с диагнозом «гипофункция яичников» вышеуказанные показатели соответствовали норме. Исследование концентрации ФСГ в обеих клинических группах независимо от установленного диагноза зарегистрировало снижение уровня гормона в 1,5 раза по сравнению с группой контроля. Анализ содержания эстрадиола (0,17 нмоль/л и 0,14 нмоль/л) выявил его снижение в 2-2,5 раза по сравнению с нормой только у подростков с аменореей независимо от этиологии развития синдрома. Средняя концентрация прогестерона практически во всех случаях не выходила за рамки нормальных показателей. Исключение составили пациентки с аменореей и гипофункцией яичников, у которых уровень гормона был в 2,5 раза ниже значений полученных в контрольной группе. Следует отметить, что у девочек-подростков с гипофункцией яичников средний уровень пролактина в 1,5 раза превысил значения гормона в контрольной группе, тогда как у пациенток с синдромом ПКЯ практически не отличался от показателей условно здоровых подростков.

Подводя итог анализу гормонального статуса обследуемых с нарушениями менструального цикла, можно сказать, что существенные изменения уровня секреции гормонов наблюдались у пациенток с синдромом ПКЯ. Об этом свидетельствуют повышение концентрации ЛГ, увеличение коэффициента ЛГ/ ФСГ, снижение секреции ФСГ и эстрадиола. Указанные гормональные сдвиги у пациенток клинических групп, преимущественно выраженные в группе с аменореей явились следствием нарушений в системе гипоталамус – гипофиз - яичники и неадекватности принципа обратной связи на фоне аномального стероидогенеза в гормонопродуцирующих органах.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Муслимова А.Р., Янгуразова Е.Р.

Россия, г. Уфа, Центр планирования семьи и репродукции Республиканского перинатального центра

В начале третьего тысячелетия состояние репродуктивного здоровья подростков наряду с медицинской проблемой приобрело и большую социальную значимость в связи с резко обострившейся проблемой количественного и качественного воспроизводства населения.

А ведь именно подростки – это тот слой населения, который представляет собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Не только социальные причины, но и низкие репродуктивные возможности современных юношей и девушек обуславливают негативные демографические сдвиги в нашей стране.

Именно поэтому охрана репродуктивного здоровья юного населения в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики России.

В Республике Башкортостан с населением 4 млн. человек, доля детского и подросткового населения составляет 22% (911 тыс. чел.). К сожалению, как и на всей территории России наблюдается естественная убыль населения с уменьшением доли детского населения. За последние 5 лет детское население нашей республики уменьшилось на 13%.

Ухудшаются и показатели здоровья юного населения, в том числе и показатели репродуктивного здоровья, что в будущем может быть одной из важнейших причин сохранения низкого уровня рождаемости, высоких показателей младенческой смертности, патологии беременности и родов.

В РБ показатель гинекологической заболеваемости девочек и девушек - подростков в 2006 году составил 12,2%.

Наибольшая гинекологическая пораженность традиционно наблюдается в группе девочек 15 - 18 лет - 14,9%, наименьшая - в группе девочек 0 - 10 лет - 6,8% (в2005г.- 10%).

В 2006 году профилактическими осмотрами охвачены 40% девочек и девушек – подростков в нашей республике.

В структуре гинекологической патологии, выявляемой на профосмотрах наиболее распространенным гинекологическим заболеванием среди девочек является вульвовагинит- 6294 случаев (31,5%). Из них неспецифические вульвовагиниты- 4812(76,5%), вульвовагиниты при инфекционных и паразитарных заболеваниях- 1482 (23.5%).

На втором месте по распространенности находятся нарушения менструального цикла - 3050 случаев (15.3%). Среди нарушений менструального цикла и в 2005г. и 2006г. на I место выходят менометроррагии различной этиологии, на II место - олигоменореи, на III место- аменорея I.

На третьем месте по частоте встречаемости – альгоменорея- 2298 (11.5%). Кроме того, диагностируется патология шейки матки-1873 (9,4%), воспалительные заболевания внутренних половых органов-1200 (6%), задержка полового созревания-624 (2.6%).

Актуальной остается проблема абортов среди подростков.

В результате планомерной работы по профилактике нежеланной беременности за последние 5 лет в республике Башкортостан абсолютное число абортов снизилось на 32.4%, но доля абортов у девочек по отношению к общему числу производимых абортов в республике остается неизменной из года в год -10%.

Среди абортов в группе девочек 15-18 лет, первобеременные составляют 47.3%. То есть почти половина подростков, прерывающих беременность уже имели ее в анамнезе.

Особенностью нынешней ситуации является то, что в настоящее время на первый план стала выходить заболеваемость, в значительной мере обусловленная социальными, в том числе и поведенческими факторами. Ослабление установок у подростков на создание семьи и деторождение, неосведомленность об основах анатомии и физиологии репродуктивной системы, а также свойственное для этого возраста безответственное отношение к своему здоровью приводит к достаточно высокому уровню гинекологической заболеваемости, в частности ЗППП.

Не вызывает сомнения, что изменение ситуации возможно только путем совершенствования системы оказания образовательной и лечебной помощи детям и подросткам.

В настоящее время в республике сформирована и действует трехэтапная система оказания гинекологической помощи детям и подросткам.

I этап представлен участковыми педиатрами, врачами дошкольных учреждений, а также интернатов, детских санаториев и др.

II этап включает проведение профилактических осмотров девочек врачом гинекологом и оказание им медицинской помощи при гинекологических заболеваниях. При детских поликлиниках и женских консультациях развернуты кабинеты детского гинеколога.

В республике работают 27 кабинетов акушера- гинеколога, осуществляющего специализированный прием девочек и девушек – подростков. Большая часть кабинетов развернуто в детских поликлиниках.

Наряду с этим, остается проблема кадрового потенциала и укомплектованности. Согласно нормативным документам в РБ должно быть выделено 66,75 ставок акушеров-гинекологов. В настоящее время выделено 47,75 ставок (71,5% от потребности). Процент укомплектованности ставок физическими лицами составляет 56,5%.

III этап – консультативные кабинеты и стационары. Осуществляется акушер - гинекологами, специализированными на приеме девочек и девушек - подростков в Республиканском перинатальном центре, в Городском центре планирования семьи, в ДРКБ и РКБ им. Г.Г. Куватова, БСМП №22.

На сегодняшний день в нашей республике возможно проведение полного комплекса обследования больной девочки с патологией репродуктивной системы.

К сожалению, до сих пор остается проблемой дефицит финансового государственного обеспечения мер по сохранению репродуктивного здоровья детей и подростков. Важно отметить и крайне низкую грамотность, информированность населения о мерах сохранения репродуктивного здоровья, о составляющих репродуктивного поведения, о планировании семьи. Нельзя не отметить отрицательное влияние недобросовестной информации различных СМИ и недостаточное количество информации о факторах, губительно влияющих на здоровье молодых людей, о последствиях нерационального поведения. К тому же, сохранение здоровья девочек – это не только проблема детских гинекологов, а междисциплинарная проблема.

И, конечно же, чтобы преломить создавшуюся ситуацию, необходимо формирование конкретных, финансируемых государством программ совместными усилиями медиков, социальных работников и педагогов.

Репродуктивное здоровье девочек - это резерв для улучшения демографической ситуации в нашей республике и в стране в целом. Охрана репродуктивного здоровья и увеличение качества и количества медицинской помощи юному населению должно стать стратегией государственной политики в улучшении демографической ситуации.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Муслимова А.Р., Хабирова З.Х., Хасанова А.Ф., Исламова А.А.

Россия, г. Уфа, Центр планирования семьи и репродукции Республиканского перинатального центра

Проблема мужского бесплодия в последние годы приобретает особую медицинскую и социальную значимость как у нас в стране так и за рубежом. Это связано с увеличением частоты заболевания половых органов у мужчин, ростом аномалий развития, обусловлено влиянием внешним фактором среды, аллергизацией населения, широким и бесконтрольным применением лекарств и другими факторами. Нарушение фертильности приводит к росту бесплодных браков малодетных семей, разводов и ухудшение демографических показателей.

Согласно статистике ВОЗ, от 8 до 15% семей имеют проблемы с естественным наступлением беременности, в развитых странах более 40млн. супружеских пар лечится от бесплодия и более 2млн. пар поступает на лечение ежегодно. По мнению ведущих специалистов причина заключается не в росте населения, сколько в общем снижении мужской плодовитости по всему миру. При этом анализ причин бесплодия обнаружил рост удельного веса мужского фактора - за последние 20 лет он увеличился на 10-12% и продолжает расти. В целом мужское бесплодие встречается столь же часто, как и женское-40% случаев бесплодная женщина, в 40% бесплоден мужчина,20% диагностируется несовместимость или комбинация причин.

Тотальное ухудшение качества спермы отразилось в изменении эталонных норм показателей сперматогенеза. Если в 1921г.нормальной считалась концентрация 100млн.сперматозоидов/мл, пограничой 60 млн./мл, то через 30 лет эта цифра достигла 40млн./мл, а, согласно руководству ВОЗ, в 1992г. нижние границы нормальной концентрации сперматозоидов стали считать 20млн./мл.

Бесплодие у мужчины возникает в результате многочисленных патологических процессов в организме, которые вызывают дистрофические изменения в семенных канальцах и межуточных тканях яичек, приводя к развитию патоспермии и нарушению секреции половых гормонов. Нормальный ход сперматогенеза регулируется сложными процессами, которые необходимо рассматривать с точки зрения целостного организма.

Цель исследования: Изучение фертильности мужчин, проживающих на территории Республики Башкортостан, изучение AZF региона Y хромосомы у больных с нарушением сперматогенеза.

Материалы и методы исследования: Нами были проанализированы результаты исследований эякулята, проведенных в клинико- дагностической лаборатории Республиканского центра планирования семьи и репродукции за период 2004-2006гг. и первое полугодие 2007г. согласно критериям ВОЗ.

В качестве материала для молекулярно-генетического анализа были использованы образцы ДНК, полученных от 86 пациентов, обратившихся в Центр планирования семьи и репродукции с диагнозом первичное бесплодие.

Результаты исследования: За этот период было исследовано 8902 анализа эякулята и выявлены следующие патологические состояния: олигозооспермия – 10,9%, астенозооспермия – 19,4%, тератозооспермия – 6,6%, олигоастенотератозооспермия – 8,9%. Азооспермия – 4,2%.

Частота микроделеций AZF региона Y хромосомы у больных с нарушением сперматогенеза составила 10,7%. У больных татарской и русской этнической принадлежности их частоты(8,7% и 6,7%) сходны с таковыми в европейских популяциях, у башкир и казахов (17.4% и25%)- близки к азиатским популяциям.

Выводы: Одним из ведущих критериев при оценке мужской фертильности является правильность оценки результатов исследование эякулята – показателей спермограммы. Выявленные нами изменения в качественных и количественных показателях фертильности мужчин, проживающих на территории Республики Башкортостан и обследующихся по поводу бесплодия совпадают с данными в общей популяции.

В последние годы, в связи с развитием и внедрением в медицину современных молекулярно-генетических и цитогенетических методов, удалось установить генетическую природу ряда форм мужского бесплодия. Нарушения сперматогенеза у мужчин Республики Башкортостан в 10,7% случаев обусловлены генетическими причинами, в том числе и с микроделециями Y-хромосомы, что незначительно отличается от распространенности данной мутации в среднем в популяциях мира.

Репродуктивное здоровье – это относительно новый аспект в демографической политике страны. Воспроизводство населения представляет собой функцию обоих полов, и эта функция должна охраняться в равной мере как для женщин, так и для мужчин. Адаптивные возможности мужского организма сравнительно невелики и истощаются быстрее, особенно в условиях неослабевающего техногенного давления на природные экосистемы.

Сохранение репродуктивного здоровья нации – проблема не только медицинская, но и общегосударственная. Для этого необходимо совершенствовать андрологическую помощь и широкомасштабную просветительскую деятельность по профилактике и ранней диагностике патологии репродуктивной сферы; оценивать репродуктивный риск у мужчин, обусловленного проживанием на территориях, подверженных воздействию приоритетных экотоксикантов, с целью обоснования комлекса мероприятий органов управления и контроля, а также учреждений здравоохранения по его предупреждению; работать с детьми и подростками по сохранению репродутивного потенциала,т.е. организовать детскую андрологическую службу, системы просвещения детей и подростков по здоровому образу жизни, осознанному родительству.

ЭТНИЧЕСКИЕ, КОНФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ДРУГИЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН

Муслимова А.Р.

Россия, г. Уфа, Центр планирования семьи и репродукции Республиканского перинатального центра, Башкирский государственный университет

Аспекты репродуктивного поведения и репродуктивных установок особенно актуальны в свете сложившейся демографической ситуации в России. Изучение этих вопросов необходимо для понимания и прогнозирования тенденций рождаемости в регионе, для разработки конкретных мероприятий эффективной демографической и семейной политики. Тем более это актуально в современных условиях, когда государство принимает активные меры по стимулированию рождаемости в стране.

Цель исследования: изучение репродуктивного поведения женщин фертильного возраста.

Метод исследования: анонимное анкетирование.

Материалы и результаты исследования: Анкетный опрос охватил 140 женщин репродуктивного возраста (от 15 до 45 лет).

К основным индикаторам репродуктивных установок относятся: среднее желаемое и планируемое число детей.

Проведённый опрос показал, что желаемое число детей зависит от этнической принадлежности, а также от места жительства респондентов. Согласно результатам опроса, желаемое количество детей в среднем по всей совокупности опрошенных равно 1,85. Наблюдаются различия в репродуктивных установках жительниц села и города. Так, горожане называют желаемым 1,67 детей, сельские жители - 2,0.

В результате опроса были выделены две основные конфессиональные группы: православные и мусульманки. Отвечая на вопрос о планируемом числе детей, православные в среднем назвали 1,94 детей, а считающие себя мусульманками- 1,86. Это противоречит устоявшемуся мнению о традиционно большей норме детности среди мусульман. Согласно данным других исследований, респонденты, не считающие себя верующими, а также приверженцы православной церкви, обладают более низкими репродуктивными установками по отношению к представителям ислама и других религий. Это расхождение можно объяснить тем, что ислам, распространившийся в Поволжье и, в частности в Башкирии, значительно отличается от среднеазиатского и северокавказского меньшим догматизмом. К тому же развитие в последние годы ислама имело скорее внешний, обрядово- культурный характер, в меньшей степени, чем православие, связанный с осознанным восприятием и стремлением к воплощению религиозных морально- этических норм.

Показатели желаемого и планируемого числа детей возрастают с повышением образовательного уровня женщин. Так, величина показателя ожидаемого числа детей у респондентов с образованием ниже среднего на 46% меньше значения данного показателя у респондентов, имеющих высшее и незаконченное высшее образование.

Следует отметить, что большая часть опрошенных женщин представляют среднюю российскую семью как двудетную.

Важным показателем репродуктивного поведения является репродуктивная мотивация. Исследование выявило основные условия, способствующие увеличению числа детей в любой семье. Анализ ответов на вопрос: «Что мешает Вам иметь больше детей?» позволяет сделать вывод, что для большинства респонденток помехой к рождению большего числа детей являются плохие жилищные условия и экономическое положение. Из других условий, ведущих к ограничению числа детей, можно назвать нестабильную ситуацию в стране, желание сделать карьеру, а также невозможность иметь детей вследствие состояния здоровья. По состоянию здоровья не могут иметь детей 25% опрошенных, при чём 80% из них вообще не имеют детей. И это женщины до 29 лет. Это обстоятельство является реальным подтверждением того факта, что каждая третья девушка в России страдает от генетической патологии, а в последствии сталкивается с проблемой бесплодия.

Регулирование рождаемости неотделимо от обеспечения репродуктивных прав и функций женщины. Беременность и её прерывание представляют собой значительный фактор риска для здоровья женщин, с которым они сталкиваются в репродуктивном возрасте.

Как показало исследование, к абортам прибегало 32,5 % опрошенных женщин, причём 61,5 % из них женщины, не имеющие детей. Как известно, серьёзным осложнением аборта является бесплодие; оно, как правило, бывает вторичным и составляет половину случаев бесплодных браков. У трети женщин, страдающих вторичным бесплодием, искусственным абортом была прервана первая беременность.

Распространённость искусственных прерываний беременности по этническим группам распределилась следующим образом: 38,5 % мусульманок и 61,5 % православных женщин. По результатам исследования прослеживается явное превышение этого показателя среди русских женщин.

Если говорить о распространённости абортов среди городских жителей и сельских, то следует отметить, что более 65% абортов приходится на горожан в возрасте от 22 до 29 лет.

Пугающим является тот факт, что 25 % опрошенных начали половую жизнь в возрасте до 17 лет, 70% из них до 15. У жительниц города ранняя гендерная активность отмечалась чаще, чем в сёлах. Раннее вступление в сексуальные отношения отмечается в большей части случаев среди представительниц «нового» поколения в возрасте до 22 лет. Следует отметить, что 50 % этих девушек в своей жизни прибегали к аборту, а около 30% в своей жизни уже перенесли заболевание, передающееся половым путём. В настоящее время 80 % из них хочет, но не может иметь детей вследствие состояния здоровья.

Следующим пунктом нашего исследования явился анализ зависимости наличия репродуктивных патологий от наличия у человека вредных привычек. Интересным является тот факт, что такая вредная привычка как курение в 2 раза чаще встречаются у жителей города, чем у жителей сельской местности. Если говорить об алкогольных напитках, то здесь прослеживается зависимость с точностью до наоборот: в селе пьющих женщин в 2 раза больше, чем в городе.

Распространённость вредных привычек по этническому признаку распределилась следующим образом: курят 27,3 % мусульманок и почти 43,75 % русских женщин, пьют 13,6 % и 18,75 % соответственно.

Выводы: На репродуктивное поведение женщин фертильного возраста оказывают влияние такие факторы как: конфессиональная принадлежность, место жительства (город/село), возраст и уровень образования. Хотелось бы обратить внимание на гендерное поведение девушек, которое, на наш взгляд, нуждается в регуляции. Проведённое исследование доказывает необходимость уделить особое внимание городским девушкам, так как в условиях города отрицательное влияние микро- и макросоциальной среды выражено больше. Установлено также отрицательное влияние раннего начала половой жизни на репродуктивное здоровье девушек- подростков. При этом ещё больше возрастает роль медицинских работников как носителей медицинской грамотности, а также механизма, который реально может осуществить профилактику и лечение нарушений репродуктивного здоровья девушки- подростка. Сложившаяся в России демографическая ситуация требует срочного разрешения этой проблемы. Только сохранив репродуктивное здоровье девушек как будущих матерей, можно рассчитывать на рождение здорового потомства и сохранение генофонда нации.

СОСТОЯНИЕ СПИНАЛЬНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ, ИМЕЮЩИХ ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Нестеров Ф.В., Худяев А.Т., Кривоногова З.М.

Россия.,Курган.,ФГУН РНЦ ВТО им.академика Илизарова Г.А. Росздрава

.

Проведенные исследования последних лет показывают, что одной из вероятных причин пролапса гениталий у женщин является слабость мышц тазового дна, выражающаяся в снижении их электрофизиологических показателей (Т.Ю. Смольнова., соавт 2005).При этом выявляются признаки генерализации процесса с вовлечением мускулатуры и заинтересованность рефлекторных механизмов регуляции тонической активности. Все это указывает на высокий уровень

локализации возможных механизмов нарушения систем регуляции функционального состояния мышц нижних конечностей и тазового дна на уровне корешков спинного мозга, подверженных компрессии при аномалиях развития поясничного отдела позвоночника и поясничном остеохондрозе, а также при нарушении соматовисцеральных взаимодействий на уровне сегментарного аппарата спинного мозга. Состояние спинальных двигательных центров может быть оценено по данным стимуляционной электромиографии.

Цель исследования : Оценка состояния спинальных двигательных центров мышц нижних конечностей у больных с аномалиями развития поясничного отдела позвоночника и различных периодов поясничного остеохондроза, имеющих опущения и выпадения стенок влагалища и матки.

Материал и методы исследования: Нами обследованы 26 женщин в возрасте от 28 до 78 лет,страдающих опущением и выпадением стенок влагалища и матки.По степени тяжести пролапса гениталий больные распределились: 1 степень-2 наблюдения, 2 степень-15 наблюдений, 3 степень(полное выпадение)-8 наблюдений.У всех пациенток имелись клинические проявления поясничного остеохондроза в виде корешкового, рефлекторного, синдромов. Проведенная компьютерная томография поясничного отдела позвоночника диагносцировала наличие врожденного стеноза позвоночного канала у 16 пациенток, состояние спондилолистеза у 2, незаращение дужек у 3, наличие переходных позвонков L6 в 6 наблюдениях. У всех больных выявлен остеохондроз поясничного отдела во 2-3-4 периодах. Для тестирования мышц нижних конечностей (m.tibialis.anterior, m.gastrognemius.lateralis, m.rectum femoralis,m.biceps femoralis) методом глобальной ЭМГ(биполярное отведение), при максимальном произвольном напряжении, использовалась цифровая ЭМГ-система «Disa 1500» фирмы Dantec, Дания. Измеряли амплитуду (А) и частоту (f) ЭМГ. С помощью набора функций электронных таблиц Microsoft Excel-2002 вычисляли среднюю арифметическую (М) и ошибку средней (m) ЭМГ –параметров. Степень возможной связи между клиническими признаками патологии, выраженными в виде бальных показателей и параметрами ЭМГ оценивали с помощью коэффициента корреляции рангов Спирмена. Степень различий показателей справа и слева,а также в группах сравнения оценивали с помощью критерия Стьюдента.Рассчитывали коэффициент ассиметрии (As) амплитуды ЭМГ, как разность между большим и меньшим её значениями, выраженную в процентах от большего по формуле:

As=(Amax – A min)× 100% / A max.

Результаты исследования: Полученные результаты ЭМГ-тестирования выявили, что различия средних значений амплитуды и частоты биоэлектрической активности мышц правой и левой нижних конечностей при максимальном произвольном напряжении мало отличимо. Средние значения коэффициентов ассиметрии несколько снижены, а

их индивидуальные значения широко варьируют. У больных с 1-2 степенью пролапса при наличии остеохондроза в 1-2 периодах уровень ассиметрии ЭМГ значительно ниже, чем у больных с более тяжелыми и запущенными стадиями опущения выпадения гениталий при наличии остеохондроза в поясничном отделе,сформировавшегося на фоне аномалий развития. С целью выявления корреляции между ЭМГ параметрами и выраженностью клинических признаков поражения поясничного отдела позвоночника и степенью выпадения и опущения стенок влагалища был использован интегрирующий комплексный показатель (S).

Выводы: Полученные данные подтверждают предположение, о высоком уровне локализации механизмов дизрегуляции функционального состояния мышц у больных с аномалиями развития поясничного отдела позвоночника и поясничного остеохондроза, имеющих опущение и выпадение стенок влагалища и матки. Существенными элементом механизма дизрегуляции является длительная компрессия корешков спинного мозга на уровне поясничного отдела с формированием хронической невральной недостаточности,приводящей к снижению мышечного тонуса нижних конечностей и тазового дна.

ТЕМПЕРАТУРНО-БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОПРЯЖЕННОСТИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Нестеров Ф.В., Худяев А.Т., Щурова Е.Н.

Россия.,г.Курган, ФГУН РНЦ ВТО им.акад.Г.А.Илизарова. Росздрава.

Проблема опущений и выпадений половых органов у женщин на сегодняшний день остается актуальной. Достаточно сказать, что до 25% всех гинекологических заболеваний приходится на пролапс гениталий, а до 15% больших гинекологических операций производится именно по этому поводу. Проблема усугубляется и тем, что к больным с опущением стенок влагалища и матки присоединяются больные пролапсом купола влагалища или шейки матки после экстирпации и суправагинальной ампутации матки достигая частоты до 24,5%. Опущение и выпадение внутренних половых органов-заболевание полиэтиологическое, в его развитии важную роль играют физические, генетические и гормональные факторы. В последние годы в литературе появились единичные сообщения о том, что аномалии развития позвоночника и остеохондроз в поясничном отделе могут приводить к развитию пролапса гениталий.

Однако разностороннего анализа, а также инструментальных исследований по данному факту в литературе нет.

Цель нашей работы: На основании исследования температурно-болевой чувствительности доказать сопряженность поясничного остеохондроза, аномалий развития поясничного отдела позвоночника и пролапса гениталий у женщин.

Материал и методы исследования: Проведено обследование 31 больной в возрасте от 37 до 78 лет, имеющих опущение или выпадение стенок влагалища и матки. По степени тяжести поролапса больные распределились: 1 ст -2 пациентки,2 степень-18 больных и 3 степень-11 человек, давность заболевания варьировала от 1 года до 8 лет. При анализе компьютерных томограмм поясничного отдела позвоночника выполненных у всех больных выявлено, что 100% женщин имели проявления остеохондроза, в 68% случаев остеохондроз сочетался врожденными аномалиями: стеноз канала обнаружен у 17 пациенток (55%).Уровень поражения соответствовал L1-S1, а относительный стеноз позвоночного канала соответствовал 1,2 см.Клинически у 19 больных наблюдался корешковый синдром, в 2 случаях люмбоишалгия, 1-каудосиндром. Исследование температурно-болевой чувствительности проводили на электрическом эстезиометре с одновременной регистрацией температуры кожи (Nihon Kohden). Методической основой изучения температурно-болевой чувствительности являлась оценка температурного восприятия в ответ на нагревание определенного дерматома, ограниченного участка кожи, иннервируемого кожными афферентами. Температурные ощущения распределялись, как 1) тепло, 2)боль от горячего. Площадь контакта составляла 1

кв.см., диапазон температуры от 10 до 50 град, скорость увеличения температуры 2 град\мин. Все измерения проводили симметрично справа и слева в области дерматомов L2-S1. Статистическая обработка проведена методом вариационной статистики.

Результаты исследования: Анализ полученных данных показал, что у больных с опущением и выпадением стенок влагалища и матки нарушения чувствительности зарегистрированы в 96,8% у 30 больных, наибольший процент регистрирован в дерматомах L4-L5-S1. Отличие от порогов чувствительности от уровня здоровых людей составляет 3-5 градусов,повышение порогов болевой чувствительности от 3 до 4 град. Обобщение данных по распределению нарушений температурно-болевой чувствительности по дерматомам позволило выделить 2 типа: 1)двусторонний(тотальный) ; 2) мозаичный.При сопоставлении величины опущения стенок влагалища(рассчитанную от длины влагалища) и количества дерматомов с нарушенной температурно-болевой чувствительностью было определено,что они взаимосвязаны между собой. Корреляцию этих двух показателей можно описать уравнением линейной регрессии: $Q = 0{,}0865h + 8{,}0024$, $r=0{,}40$, $p<0{,}05$, $n=27$, где

Q –количество дерматомов с нарушенной температурно-болевой чувствительностью,

h-величина опущения влагалища.

Выводы: Анализируя иллюстрации локализации нарушения температурно-болевой чувствительности можно сделать вывод, что с увеличением степени нарушения температурно-болевой чувствительности прогрессируют явления пролапса гениталий и тазовые нарушения, что связано со значительными дегенеративно-дистрофическими изменениями в поясничном отделе позвоночника,с преобладанием наследственных врожденных аномалий.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Нефф Е.И., Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю.

Россия, г. Екатеринбург, Управление здравоохранения, ЦГБ № 7, ГБ №41

Актуальность исследования. Пациентки, страдающие дисфункциональными маточными кровотечениями, сопровождающимися гиперпластическими процессами эндометрия, зачастую имеют различную экстрагенитальную патологию, которая может стать противопоказанием для назначения специфической гормональной терапии, а также и для хирургического лечения, поэтому актуально применение щадящих, малоинвазивных методов. Целью исследования явилась оценка эффективности проведения термической баллонной аблации (ТБА) эндометрия у больных с гиперпластическими процессами эндометрия, имеющих экстрагенитальную патологию.

Материалы и методы. В исследование вошли 77 пациенток в возрасте 39-60 лет. Манипуляция производилась на базе гинекологических отделений ЦГБ №7 и ГБ №41 г. Екатеринбурга, в условиях малой операционной, под внутривенным наркозом или спинальной анестезией, с профилактическим интраоперационным введением антибиотиков. 52 (67,5%) пациенткам ТБА проводилась на аппаратах «Термочойс» (Дж. и Дж. Gynecare.США), 25 (32,5%) - с использованием аппарата «Менотрит» (Lina Medical. Дания). В 65% случаев процедура завершалась контрольной гистероскопией для оценки качества проведенной манипуляции, в остальных случаях, осуществлялся ультразвуковой контроль. Результаты и обсуждение. У всех пациенток ГПЭ клинически проявилась маточным кровотечением. У 60 (77,9%) женщин имела место метроррагия, возникшая после периода аменореи 46,2+1,1 дня. У 17 (22,1%) больных была менорргия, в виде необильных кровянистых выделений в течение 15,2+0,5 дня. У 22 (29,9%) женщин кровотечение возникло впервые. У 55 (70,1%) пациенток менометроррагии были рецидивирующими. Учитывая рецидивирующий характер гиперпластического процесса эндометрия, отсутствие возможности проведения консервативной терапии, высокий риск хирургического вмешательства для радикального лечения в виде удаления матки, пациенткам была выполнена аблация эндометрия с помощью баллонных аппаратов, обеспечивающих локальное воздействие на патологический очаг, не требующее глубокой и продолжительной анестезии. 73 (94,8%) пациенток имели различную соматическую патологию. Структура соматической патологии была следующей: артериальная гипертония 2-3 степени у 41 (53,2 %) пациентки, ишемическая болезнь сердца - у 5 (6,5 %), миокардиодистрофия с сердечной недостаточностью у 2 (2,6 %), комбинированный порок сердца у 2 (2,6 %). Варикозной болезнью страдали 24 (31,2 %) пациентки, в том числе тромбозом вен нижних конечностей - 5(6,5 %), из них 2-м больным был ранее установлен кава-фильтр, что предполагает пожизненный прием антикоагулянтов и может поддерживать маточные кровотечения. Заболевания печени имели 61 (79,2 %) больная, заболевания почек - 21 (27,2 %), заболевания щитовидной железы - 45 (58,4 %), ожирение - 26 (33,8 %), сахарный диабет - 19 (24,7 %). Бронхиальной астмой страдали - 2 (2,6 %) женщины. 16 (20,8%) пациенток имели заболевания молочных желез, в том числе 2 (2,6%) были оперированы по поводу рака молочной железы и получали терапию тамоксифеном. Из сопутствующей гинекологической патологии отмечены миома матки у 22 (28,6 %) пациенток, аденомиоз 1-2 степени у 14 (18,2 %), хронические воспалительные заболевания органов малого таза у 10 (12,3 %).

Гистологическое исследование эндометрия, проведенное перед термическим воздействием на эндометрий, показало, что железистая гиперплазия имелась у 44 (57,1%) больных, железисто-кистозная гиперплазия у 14 (18,2%), железистый полип у 15 (19,5 %), сочетание железистой гиперплазии с полипом эндометрия у 4 (5,2 %).

После выполнения манипуляций пациентки выписывались на 2-4 сутки при нормализации температуры, показателей крови и отсутствии обильных кровянистых выделений из половых путей. Результаты лечения оценивались на основании ультразвукового исследования (УЗИ) толщины эндометрия и клинических проявлений заболевания, у 8 пациенток взят контрольный аспират эндометрия. УЗИ проводилось через 3-6-12 месяцев после процедуры. Период наблюдения составил от 3 месяцев до 2,5 лет. У одной пациентки (1,3%) на вторые сутки после вмешательства развился подострый эндометрит, по поводу чего проведена антибактериальная терапия с положительным эффектом. У 2-х пациенток (2,6 %) в период от 3 до 5 месяцев после ТБА произведена гистерэктомия в связи с рецидивирующими маточными кровотечениями. В первом случае ГПЭ сочеталась с узловой формой аденомиоза, во втором - с интерстициально-субмукозной миомой. У 12 (15,6 %) пациенток при УЗИ через три месяца после ТБА фиксировалась серозометра, не потребовавшая лечения и разрешившаяся самостоятельно.

Выводы: 1) При возникновении гиперпластических процессов эндометрия у женщин с тяжелой соматической патологией целесообразно применение малоинвазивного метода деструкции эндометрия – термической баллонной аблациию. 2) Эффективность термической баллонной аблации эндометрия в лечении ГПЭ составляет 97,4 %. 3) Метод ТБА прост в исполнении, имеет минимальное количество осложнений. 4) Аппарат «Менотрит», по нашему мнению, более удобен в применении.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ОПУЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И ГРЫЖИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Нечайкин А.С., Пешев Л.П., Абрамова С.В., Лабзина М.В., Андреева Н.А.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»

Актуальность изучения проблемы опущения и выпадения матки не снижается на протяжении десятилетий ввиду их высокой частоты и недостаточной эффективности лечения. Рецидивы после всех видов хирургической коррекции достигают 33%. Почти у каждой второй пациентки с этой патологией возникают различные урологические осложнения, проявляющиеся нарушением функции почек и мочевых путей, причем, у половины больных урогенитальный пролапс сочетается с недержанием мочи при напряжении.

Причинами высокой частоты рецидивов пролапса являются снижение прочности фиксирующего аппарата за счет наследственно-детерминированных молекулярно-биохимических дефектов в структуре коллагена, функциональная недостаточность мочевого пузыря.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения опущения передней стенки влагалища и грыжи мочевого пузыря путем включения в предоперационную подготовку больных гелий-неонового лазерного излучения, эмоксипина, усовершенствования методики пластики влагалища и лазеростимуляции мочевого пузыря после операции.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением находились 73 больные пролапсом передней стенки влагалища и грыжей мочевого пузыря в возрасте от 25 до 80 лет.

Все пациентки (в зависимости от применявшихся методов лечения) были условно разделены на 2 группы. В первую группу вошли 33 больные, которым применяли только традиционное лечение (группа сравнения), включавшее в себя хирургическое, местное и общее консервативное лечение.

Во вторую группу вошли 40 больных, которым традиционная терапия была дополнена лазеротерапией, терапией эмоксипином в комбинации с усовершенствованной методикой пластики передней стенки влагалища (авторская модификация) и лазеростимуляцией мочевого пузыря после операции (ПешевЛ.П., Нечайкин А.С., 2003). Усовершенствование методики операции состоит в создании двух лоскутов из тканей пузырно-влагалищной фасции.

Оценку результатов лечения осуществляли по следующим показателям:

1. Динамике электрофизиологических показателей функционального состояния мочевого пузыря.
2. Клиническому течению заболевания.
3. Отдаленным результатам лечения (наличие или отсутствие рецидивов).

Электрофизиологические показатели функционального состояния мочевого пузыря оценивали методом вагинальной электроцистографии. Функциональные резервы мочевого пузыря выявляли по характеру изменения биоэлектрической активности мочевого пузыря (БАМП) после проведения гидравлической пробы (ГДП).

К клиническим показателям относили длительность пребывания больной в стационаре, клинические исходы.

Анализ отдаленных результатов проводили в течение 5 лет с момента лечения по активному вызову и самостоятельному обращению пациенток в стационар после операции.

Результаты исследований. Анализируя динамику электрофизиологических показателей функционального состояния мочевого пузыря при использовании различных методов лечения (традиционная терапия и лазеротерапия в комбинации с эмоксипином, усовершенствованной методикой пластики передней стенки влагалища и лазеростимуляцией мочевого пузыря), выявили, что интенсивность БАМП наиболее быстро нормализовалась у больных второй группы: биоэлектрическая активность мочевого пузыря выросла на 32,7% Традиционная терапия способствовала увеличению интенсивности биоэлектрической активности мочевого пузыря лишь на 12,0% у 27 (81,81%) пациенток. Наиболее демонстративно эти изменения проявлялись при проведении гидравлической пробы, при которой биоэлектрическая активность мочевого пузыря повышалась во второй группе больных на 56,2%, а в группе сравнения – на 17,9%. Функциональный резерв мочевого пузыря возрастал более выражено у пациенток второй группы на - 78,0% Традиционная терапия способствовала повышению функционального резерва лишь на 35,1%.

Всем больным второй группы была выполнена пластика передней стенки влагалища по усовершенствованной методике. В результате применения данной методики послеоперационный период протекал со значительным уменьшением болевых проявлений, снижением воспалительной реакции в области хирургического вмешательства, о чем свидетельствовала более скудная влагалищная секреция, отсутствие или меньшая выраженность лихорадочной реакции, локального отека. Заживление раны у всех оперированных протекало путем первичного натяжения. Активизация больных в послеоперационном периоде происходила на 4,67±0,13 сутки (против 6,53±0,26 дней, P<0,001 в группе сравнения), что позволяло ставить вопрос об их более ранней выписке.

Продолжительность стационарного лечения у больных из группы сравнения составила 22,37±0,49 суток, во второй группе пациенток – 15,12±0,12*** суток.

С выздоровлением из первой группы больных выписаны 93,93%, а из второй – 100% женщин.

Длительность пребывания больных в стационаре из группы сравнения составила 22,37±0,49 суток, тогда как в группе пациенток, где использовалась комбинированная лазеротерапия с эмоксипином и усовершенствованная методика пластики передней стенки влагалища койко-день уменьшился в 1,5 раза.

Частота рецидивов пролапса гениталий и грыжи мочевого пузыря у пациенток из группы сравнения составила 7 (21,2%) случаев. При комбинации лазеротерапии и эмоксипина с пластикой передней стенки влагалища по усовершенствованной методике, лазеростимуляцией мочевого пузыря рецидивов не было.

Выводы. Использование усовершенствованной методики лечения пролапса матки, осложненного грыжей мочевого пузыря позволило увеличить количество выздоровлений на 6,0%, сократить сроки лечения на 7,2 суток, избежать рецидивов заболевания в течение 5 лет.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности использования усовершенствованной методики ведения больных пролапсом матки и грыжей мочевого пузыря.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ, ДРУЖЕСТВЕННОЙ К МОЛОДЕЖИ

Николаева Л.В., Уквальберг М.Е., Самородинова Л.А., Аксентьева Е.И.

Россия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства и гинекологии, МУЗ «Городская детская больница»

Детская и подростковая гинекология в настоящее время является частью специализированной медицинской службы страны. Гинекологические отделения для девочек созданы в крупных городах, а специализированная поликлиническая помощь функционирует во всех регионах России. Опыт работы таких учреждений свидетельствует о том, что использование современных технологий позволяет своевременно диагностировать и оказывать эффективное лечение детей с нарушениями полового развития и гинекологическими заболеваниями.

Целью нашего исследования является оценить целесообразность организации и эффективность работы детского и подросткового гинеколога на базе отделения медико-социальной профилактики "Клиника, дружественная к молодежи», а также выявить структуру гинекологической заболеваемости детей и подростков, обратившихся в клинику.

Материалы и методы исследования. В целях совершенствования медицинской и социальной помощи детям и молодежи г.Петрозаводска в МУЗ "Городская детская больница" с октября 2004 года открыто новое отделение медико-социальной профилактики "Клиника, дружественная к молодежи». Клиника, дружественная к молодежи является отделением, оказывающим комплексную медико-психо-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленных спецификой подросткового возраста. С апреля 2005 г. организован специализированный гинекологический прием детей от 0 до 18 лет. Если до 2005 г. профилактические осмотры учащихся школ и профессиональных лицеев осуществлялись акушерами-гинекологами женской консультации, то в настоящее время только врачом подростковым гинекологм.

Помимо амбулаторного приема проводится работа по вопросам гигиенического и полового образования, медицинским аспектам профориетации, информационное и консультативное сопровождение в школах, лицеях, колледжах. Для диагностики гинекологических заболеваний используются современные методы исследования, такие как, УЗИ органов малого таза, вагиноскопия, кольпоскопия, бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, при необходимости привлекаются смежные специалисты (педиатр, невропатолог, окулист, эндокринолог, генетик и др.)

Результаты исследования. Несмотря на то, что кабинет начал работать впервые, в связи с проведенной информационной работой с населением, врачами смежных специальностей и медицинскими работниками учебных заведений посещаемость была достаточной, и в 2005 г. была выполнена на 118,4%, а в 2006 г. – на 133%.. Анализ возрастной структуры пациенток показал, что, если в 2005 г. основной контингент пациенток был в возрасте до 5 лет (696 чел.), то в 2006 г.почти в два раза увеличилось количество подростков 15-17 лет (с 307 до 862 чел.).Обращает на себя внимание тот факт, что более 50% пациенток обратились на прием самостоятельно, что говорит о востребованности этого приема. Из общего числа обратившихся у 49 % девочек выявлена гинекологическая патология. Особую тревогу вызывает состояние репродуктивного здоровья у девочек в возрасте до 5 лет и у подростков 15-17 лет. Различные гинекологические заболевания выявлены у 50,7% и 79,8% девочек соответственно.У детей до 10 лет воспалительные заболевания половых органов составили 65,1%, нарушение темпов полового развития 4,2%, травмы – 0,6%, новообразования – 1,9%. В структуре подростковой гинекологической заболеваемости преобладали нарушения менструального цикла- 43,5%, нарушение полового разития – 3,2%, воспалительные заболевания половых органов -18%, заболевания молочных желез -2,3%, беременность 1,6%. Группу наибольшего риска составляют дети, чуждые навыкам здорового образа жизни, имеющие социально обусловленные вредные привычки. Результат случайная беременность, аборты, заниженный уровень чадолюбия. Анализ данных анамнезов пациенток, пришедших на консультацию к гинекологу, свидетельствует о значительной доли подростков, имеющих сексуальный опыт – 70%. В этой связи приобретает выбор наиболее надежных и приемлемых для подростков контрацептивов, среди которых гормональная контрацепция наряду с барьерной занимает основные позиции.

Выводы. Проведенное исследование показало целесообразность организации приема детского и подросткового гинеколога на базе отделения медико-социальной профилактики "Клиника, дружественная к молодежи». Об эффективности работы свидетельствует увеличение посещаемости за исследуемый период, улучшение диагностики гинекологических заболеваний у детей и подростков, а также обращение подростков не только при появлении каких-либо проблем, а также и для получения совета по вопросам гигиены, контрацепции и профилактики гинекологических заболеваний. В структуре гинекологической патологии у девочек во всех возрастных группах преобладают воспалительные заболевания половых органов, а у подростков -также часто возникающие на их фоне нарушения менструального цикла. Изменение ситуации возможно только совершенствованием специализированной и образовательной лечебной помощи детям и подросткам. Важна организация профилактической и просветительской работы среди подростков, родителей, педагогов, социальных работников по предупреждению нарушений полового развития и гинекологических заболеваний, по формированию правильных ориентиров, на роль семьи и деторождении в обществе. Вместе с тем необходимо отметить, что дальнейшее улучшение репродуктивного здоровья требует дополнительных финансовых затрат. Для решения этой проблемы необходимо закрепленное на федеральном уровне законодательство о государственных денежных дотаций по обеспечению льготного приобретения КОК девочкам.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ОТ АБОРТОВ

Николаева М.Г., Григорьева Е.Е., Шадымова Е.А.

Россия, г. Барнаул, Городской центр планирования семьи и репродукции, Комитет по делам здравоохранения администрации г. Барнаула

Актуальность проблемы:

На фоне социально-демографического неблагополучия в нашей стране проблема абортов приобретает особую актуальность, так как, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению, они занимают ведущее место в структуре репродуктивных потерь (В. И. Краснопольский, Л.С. Логутова, 2004). Искусственное прерывание беременности влечет за собой ряд неблагоприятных последствий и осложнений. Частота их остается высокой, несмотря на огромные усилия современной медицины, достигая 30%, а у первобеременных 45%. (О.Г. Фролова И.А. Жирова, 2003). Сокращение числа абортов занимает особое место в системе мер по сохранению и восстановлению репродуктивного потенциала женщины.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты и структуры абортов в четырех возрастных группах: у подростков, в молодом, среднем и старшем репродуктивном возрастах.

Материалы и методы исследования: данные официальной статистики по городу Барнаулу (отчетные формы №13), данные конъюнктурных отчетов лечебных учреждений с более детальным изложением показателей за 1998-2006гг.

Результаты исследования:

В г. Барнауле за последние 9 лет (1998-2006гг) уровень абортов, выполненных в ЛПУ города, сократился на 32,2%, с 64,20‰ до 42,90‰ соответственно. Снижение абортов наблюдается во всех видах. Искусственные легальные аборты, то есть по желанию женщины, снизились с 44,50‰ до 32,70‰ в результате расширения круга пациенток, использующих эффективную контрацепцию. Оптимизация помощи по планированию семьи среди женщин групп высокого риска по соматической и гинекологической патологии привела к снижению частоты прерываний беременности по медицинским показаниям с 0,94‰ (1998г) до 0,61‰ (2006г), а частоты самопроизвольных выкидышей с 4,74‰ до 2,12‰. Несмотря на ухудшение социальной ситуации в последние годы, снижение платёжеспособности населения частота неуточненных абортов, то есть аборта, начавшегося вне лечебного учреждения, а значит заведомо инфицированного и грозящего осложнениями, снизилась за анализируемый период с 3,32‰ до 2,53‰. Доля мини абортов в структуре всех видов прерываний беременности увеличилась в 3 раза, и составила в 2006 году 28,87% (1998г – 9,87%), что является положительным моментом, так как мини аборт менее травматичен и приводит к меньшему количеству осложнений, как в ранний, так и в отсроченный период. Частота мини абортов на 1000 женщин фертильного возраста (ЖФВ) также выросла с 5,58‰ до 15,13‰.

Для оценки частоты прерываний беременности в различные возрастные периоды проведен анализ абортов в четырех группах пациенток. За анализируемый период частота абортов снизилась во всех указанных группах. Максимальная доля абортов среди исследуемых контингентов приходится на возраст 25-34 года, и составляет 45,0% в 1998г и 37,5% в 2006 г. На возраст 20-24 года приходится 36,9% и 31,4% соответственно. Удельный вес абортов у подростков и у женщин старше 35 лет примерно одинаковый и составляет 12,7% и 12,4% (подростки); 12,9% и 14,8% (женщины старше 35 лет) соответственно. Однако следует отметить, что изменения удельного веса каждой возрастной группы в числе всех абортов не отражает истинной динамики частоты абортов в анализируемых группах и не позволяет оценить качество проводимой профилактической работы по предупреждению непланируемой беременности.

За анализируемый период удельный вес абортов в подростковой среде не претерпел существенных изменений и составил 12,4% и 12,2% соответственно. Частота абортов у девушек 15-19 лет также не имеет выраженной динамики к снижению – 56,00‰ и 54,00‰ соответственно. Однако изменилась структура абортов в этой группе. Незрелость подростков создает неблагоприятный фон для реализации деторождения. Профилактическая и консультативная работа по предупреждению нежелательной беременности среди подростков привела к тому, что частота самопроизвольных выкидышей и прерываний беременности по медицинским показаниям снизилась в 2 раза: с 3,50‰ до 1,50‰ и с 1,46‰ до 0,65‰ соответственно. Последние 2 года криминальных абортов у подростков на территории краевого центра не было. Возрастная группа 20 - 24 года представляет ближайший потенциал для воспроизводства населения. Удельный вес абортов этой возрастной группы остается достаточно высоким, и в 2006 году составил 31,4% (в 1998 г – 36,9%). Однако частота прерываний беременности максимально снизилась именно у женщин 20 – 24 года, и соответственно составила 160,00‰ в 1998г и 79,01‰ в 2006 г. отмечается снижение частоты всех видов абортов. Самопроизвольные аборты снизились с 10,20‰ до 2,79‰; внебольничные аборты с 6,02‰ до 2,93 ‰; прерывания беременности по медицинским показаниям с 3,42‰ до 0,73‰. Прерываний беременности по социальным показаниям в 2006 г в этой группе не было, а 1998 г частота составила 3,70‰. Возрастная группа 25-34 года представлена женщинами, достигшими физиологической и социальной зрелости, частично выполнившими свою репродуктивную функцию и поэтому нуждаются в надежной и длительной контрацепции. Изменения удельного веса абортов за анализируемый период этой возрастной группы более значительно (45,0% и 37,5% соответственно) Однако частота абортов изменилась не столь значительно, отмечается снижение с 93,52‰ до 75,99‰ соответственно. Частота внебольничных абортов и прерываний по медицинским показаниям существенно не изменилась и составила 4,80‰ – 3,75‰, и 0,60‰ - 0,65 ‰, соответственно. Частота самопроизвольных абортов снизилась с 6,97‰ до 3,53 ‰. IV группа представлена женщинами в возрасте 35 лет и старше, как правило, уже выполнившими свою репродуктивную функцию и больше не планирующих рожать детей. Снижение частоты абортов в этой возрастной группе происходит в зависимости от возрастания оральной и хирургической контрацепции. За анализируемый период частота абортов в этой возрастной группе остается достаточно стабильной и составляет 18,4‰ и 20,0‰ соответственно.

Число абортов напрямую зависит от числа пользователей эффективными методами контрацепции. До 2000 года в г. Барнауле процент постабортной контрацепции не превышал 32%. С 2002 года в краевом центре действует система оказания помощи по профилактике нежелательной беременности, которая наряду с профилактической работой предусматривает: обеспечение эффективными средствами контрацепции женщину в день проведения медицинского аборта, обеспечение эффективной контрацепцией социальномалоимущих и женщин из групп риска по нежелательной беременности (за счет краевой программы «Семья. Женщины. Дети»), выполнение бесплатной хирургической стерилизации женщинам из высокой группы риска по нежелательной беременности. Действующая программа позволила увеличить процент постабортной контрацепции в 3 раза, с 32,0% в 1998г до 98,1% в 2006г.. Число женщин, использующих внутриматочный контрацептив (ВМК), в постабортном периоде увеличилось с 5,8% до 18,7% (преимущественно III и IV возрастные группы). С 26,2% до 79,4% увеличилось число пользователей оральными контрацептивами в постабортном периоде.

Выводы: таким образом, аборт является проявлением репродуктивного поведения женщины, которое зависит от многих факторов. Тем не менее, благодаря проведенной работе по анализу репродуктивных потерь в зависимости от возраста, социального статуса женщины и совершенствование службы охраны женского здоровья, репродуктивное поведение женщин Барнаула претерпело определенные позитивные изменения: снизилось число абортов во всей популяции жительниц города, в частности в группах 20-24 года на 50 %, 25-34 года на 19% 35 и старше лет на 13%; снизилось число абортов у подростков на 16%; оптимизировано использование методов контрацепции в соответствии с возрастом, планами семьи, состоянием репродуктивного здоровья женщины; увеличилось число пользователей эффективными методами контрацепции в постабортном периоде в 3 раза.

ИНФИЦИРОВАННЫЙ АБОРТ В СТАЦИОНАРАХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Новиков Е.И., Глуховец Б.И., Осипов А.В.

НИИ скорой помощи имени И.И.Джанелидзе, Центр клинико-морфогической диагностики репродуктивной патологии, г.Санкт-Петербург

По данным годовых отчетов(2005-2006 год) гинекологических стационаров скорой помощи г.Санкт-Петербурга количество больных с инфицированным абортом составляет до 10-12% от госпитализированных больных.

Летальность при инфицированном аборте за последние 10 лет по данным разных стационаров составляла от 0,08 % до 1,75%.

Проанализировано 400 случаев инфицированных абортов(246 ранних и 154 поздних)

Критериями включения пациенток в исследование являлись клинические и морфологические признаки инфицирования плодного яйца

Причиной ранних выкидышей по данным клинико-морфологического центра Ленинградской области в 49,4% случаев является инфекция, причем восходящее бактериальное инфицирование выявлено в 2/3 случаев и гематогенное инфицирование в 1/3 случаев. Все остальные причины (генетические, гормональные, иммунологические) составляют 50,6%

Основной причиной невынашивания при сроках 16-27 недель в 84% случаев является инфекция. Причем в преобладает восходящий путь инфицирования(более чем в 80% случаев), а примерно в 20%случаев- трансплацентарный.

В последние 5 лет при морфо-микробиологических исследованиях отмечается четкая тенденция к росту урогенитальной сапрофитной флоры в структуре причин инфицированных абортов(более половины). Роста инфекций передаваемых половым путем нет.

Таким образом можно предположить что данная тенденция к относительному изменению структуры причин инфицированных абортов обусловлено снижением как общего так и местного иммунитета женщин.

Традиционная классификация инфицированных абортов не полностью отвечает требованиям современной гинекологической практике, т.к полностью не учитывает прогноз и данные морфологического исследования последа и плода при инфицированных абортах.(ретроспективный анализ)

Использование при лечении пациенток с ифицированными абортами классификации, учитывающей синдром системного воспалительного ответа, предложенной нами позволило существенно снизить частоту гистерэктомий, сепсиса, и летальность в послеабортном периоде. Традиционная классификация инфицированных абортов недостаточно точно отражает тяжесть воспалительного процесса у беременных и в ряде случаев приводит к неправильной тактике их ведения.

Целесообразно разделять всех беременных с инфицированными абортами на не имеющих ССВО и ССВО 2, 3 и 4 признака. Наличие одышки является неблагоприятным прогностическим признаком течения заболевания.

При плацентитах у больных с абортами позднего срока в 64% случаев отмечается ССВО-4.

Определение степени выраженности ССВО позволяет объективизировать показания и вид оперативного лечения, что значительно снижает материнскую летальность.

ЛЕЧЕБНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-ВЫДЕЛЯЮЩЕЙ РИЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ «МИРЕНА» У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Новикова Т.А.[1], Хамошина М.Б.[2], Курлеева Т.Ю.[3], Наркевич О.В.[4]

Россия, г. Владивосток, ГУЗ «Приморский краевой диагностический центр»[1], Владивостокский государственный медицинский университет[2], Женская консультация «МУЗ Клинико-диагностический центр»[3], Клиника семейной гармонии[4]

В настоящее время вопросам контрацепции у женщин позднего репродуктивного возраста уделяется большое внимание. В связи со смещением во всем мире, и, особенно, в экономически развитых странах, индекса деторождения на четвертое и пятое десятилетие жизни, одним из требований к используемым в этот возрастной период методам становится их обратимость. В то же время, по вполне понятным причинам, у женщин старше 35 лет достаточно часто имеют место абсолютные или относительные противопоказания к применению с контрацептивной целью эстрогенов. Поэтому одним из наиболее часто рекомендуемых в позднем репродуктивном возрасте методов является левоноргестрел-выделяющая внутриматочная рилизинг-система «Мирена».

Целью настоящего исследования явилось изучение и оценка лечебных преимуществ и приемлемости левоноргестрел-выделяющей внутриматочной рилизинг-системы «Мирена» у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 72 женщин в возрасте от 35 до 49 лет без клинических и лабораторных признаков нарушений в менопаузном и околоменопаузном периоде, использовавших рилизинг-систему «Мирена» на момент опроса и желавших принять участие в исследовании. Для статистической обработки массива полученных данных использовали пакет прикладных программ STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США). Верификация изменений качественных признаков производилась при помощи однофакторного дисперсионного анализа. Различие между сравниваемыми величинами определялось дифференциальным тестом для пропорций и средних и признавалось достоверным при $p<0,01$, ДИ=95%.

Результаты исследования: Проведенный анализ показал, что 65 женщин (90,3%) исследуемой группы страдали расстройствами менструации. В их структуре преобладали N94.5 - вторичная дисменорея (37,5%) и N92.0 - обильные и частые менструации при регулярном цикле (35,4%), которые наблюдались соответственно у 54,5% и 51,5% пациенток. Это предопределило тот факт, что более чем каждая седьмая (15,3%) использовала Мирену с преимущественно лечебной целью, а 68,1% женщин при выборе метода контрацепции учитывали ее потенциальные лечебные возможности.

Длительность применения Мирены респондентками колебалась от 3 до 62 месяцев. На фоне ее использования выявлено уменьшение продолжительности ($p<0,01$) и болезненности ($p<0,01$) менструаций, уменьшение менструальной кровопотери ($p<0,01$), а также укорочение длительности менструального цикла ($p<0,01$). Продолжительность менструального кровотечения в среднем уменьшилась с 5,6±0,2 (St. Dv.=1,22) дней до 2,08±0,3 (St.Dv.=1,89) дней ($p<0,01$), средняя продолжительность менструального цикла - с 27,66±0,75 (St.Dv.=4,6) до 21,44±2,7 (St.Dv.=16,8) дней ($p<0,01$).

До введения Мирены 44,4% женщин расценивали менструации как «обильные», 54,2% - «умеренные», 2,8% - «скудные», 16,7% - «всегда болезненные», 52,8% - «иногда болезненные»;

в 76,4% менструации сопровождались сгустками. На фоне использования рилизинг-системы «умеренные» менструации отметили 9,7% потребителей (p<0,01), «скудные» - 58,3% (p<0,01), «иногда болезненные» - 2,8% (p<0,01), сгустки во время менструации – 2,8% (p<0,01). У 16 женщин (22,2%), применявших Мирену более года (в среднем 29,4±3,6 месяца (St.Dv.=11,07), клинические менструации отсутствовали.

Побочные эффекты отмечали 63,9% женщин, в их структуре преобладали нарушение менструального цикла (30,8%) и масталгия (30,8%), которые наблюдались соответственно у 50,0% и 50,0% респонденток. В первые три месяца отмечались масталгия (51,4%), нарушение менструального цикла (45,8%) и отеки (27,8%). В 36,1% случаев длительность побочных эффектов превышала 3 месяца, при этом наблюдались масталгия (27,8%), колебания массы тела (27,8%) и нарушение менструального цикла (16,7%).

Удовлетворенность «лечебным» эффектом выразили 94,4% пациенток, столько же (94,4%) указали, что планируют продолжать ее использование. В то же время 97,2% потребительниц отметили, что готовы посоветовать использовать Мирену другим женщинам.

Выводы: Приемлемость левоноргестрел-выделяющей внутриматочной рилизинг-системы «Мирена» у женщин позднего репродуктивного возраста преимущественно определяется ее потенциальными лечебными возможностями (83,4%), которые заключаются в достоверном уменьшении продолжительности менструаций (в 2,7 раза, p<0,01), купировании дисменореи в 96,0% случаев (p<0,01), а также существенном уменьшении менструальной кровопотери (p<0,01). Проведенное исследование позволило установить, что на фоне использования Мирены у каждой пятой (22,2%) женщины исследуемой группы, применявшей ее более года, клинические менструации отсутствуют, а при сохранении менструаций средняя продолжительность менструального цикла укорачивается в 1,3 раза (p<0,01). Относительно высокая частота побочных эффектов (63,9%), которые в 36,1% случаев регистрируются после 3 месяцев использования, не снижает комплаентности рилизинг-системы среди изучаемого контингента (94,4%). Удовлетворенность «лечебным» эффектом составляет 94,4%, а 97,2% потребительниц готовы посоветовать Мирену другим женщинам. В связи с этим перспективным направлением прикладных научных исследований является разработка методик выделения среди женщин, желающих использовать рилизинг-систему, групп риска развития побочных эффектов и их своевременная фармакологическая коррекция.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Селиверстова Ю.С., Спирин А.В.

Россия, г. Екатеринбург, Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилакти-ческого факультета ГОУ ВПО УГМА, Центральная Городская больница № 7

Актуальность исследования. Несмотря на консервативно-наблюдательную тактику, применяющуюся сегодня в отношении ряда доброкачественных заболеваний шейки матки, определенная часть патологии требует деструкции патологического очага. Известные деструктивные методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки нередко не дают должного клинического эффекта или сопровождаются осложнениями в виде рубцовых деформаций шейки, поэтому актуален поиск новых, более оптимальных методов.

Цель исследования. Изучить эффективность аргоноплазменной абляции (АПА) доброкачественных патологических процессов шейки матки.

Материалы и методы. Процедура АПА выполнялась аппаратом «ФОТЕК ЕА140» с мощностью 60-80 Вт в режиме «спрей» без соприкосновения электрода с тканями. В процессе воздействия энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом, с помощью ионизированного газа (аргона) с образованием плазменного факела между электродом и тканью. При воздействии на ткань происходит ее локальный нагрев и абляция ткани, глубина которой зависит от длительности воздействия, режима аппарата и установленной мощности. С июня 2005 г по май 2007 г. метод применен у 1225 пациенток в 12 женских консультациях Екатеринбурга. Перед началом широкого внедрения метода проводилось сравнение 1-й группы пациенток (n=25), которым проведено лечение рецидивирующей эктопии шейки матки методом АПА, с двумя другими группами. 2-ой группе (25 пациенток) проводилось лечение высокочастотной электрокоагуляцией (ЭК), 3-ей группе (25 пациенток) проведена криодеструкция (КД). Оценивались длительность процедуры, характер ощущений пациентки во время лечения, продолжительность периода выделений из половых путей, глубина некроза. Степень эпителизации определялась при кольпоскопии и гистологическом исследовании биопсийного материала шейки матки через 45 и 75 дней после процедуры.

Результаты исследования и обсуждение. При использовании аппаратных методов лечения важно учитывать не только эффективность лечебного воздействия, но и безопасность и удобство метода для пациента и врача, производящего процедуру. Наш опыт свидетельствует о том, что, в отличие от ЭК, процедура АПА производится в условиях хорошей видимости зоны воздействия, без дыма и неприятного запаха. Продолжительность процедуры составляет 11,2+0,5 секунды. Анестезия не требуется. Средняя продолжительность электрокоагуляции составила 1,3+0,3 минуты, при этом наблюдалось задымление, мешающее проведению процедуры. Продолжительность криодеструкции составила 2,5+0,5 минуты, причем, при значительных размерах патологического процесса шейки матки требовались дополнительные аппликации.

Морфологические исследования биопсийных препаратов шейки матки характеризуются: 1) после АПА - поверхностным повреждением тканей непосредственно после воздействия и формированием к 3-м суткам равномерного слоя абляции толщиной 257±36,9 мкм; 2) после ЭК – грубым повреждением тканей, неравномерной глубиной коагуляционного некроза до 500 мкм. Через 45 дней после АПА кольпоскопически зарегистрирована полная эпителизация шейки у 23 пациенток (92,8%), морфологически полное замещение зоны поражения клетками многослойного плоского эпителия произошло у 20 пациенток (80%). После ЭК кольпоскопическая картина характеризовалась ликвидацией эктопии шейки матки у 17 женщин (68,7%), гистологически эпителизации не наблюдалось, поверхность шейки матки была покрыта массивным слоем грануляционной ткани с выраженной воспалительной реакцией стромы. После криодеструкции морфологические исследования не производились. Через 75 дней при кольпоскопии полная эпителизация отмечалась 23 (92,8%) пациенток 1-й группы, у 22 (88,2%) 2-й группы, у 12 (48,3%) 3-й группы. Средняя длительность выделений из половых путей после процедуры АПА 7,2+0,2 дня, после ЭК – 28,3+0,8 дня, после криодеструкции (КД) –14,3+0,4 дня,

Выводы: 1) аргоноплазменная абляция является процедурой, удобной для врача при ее выполнении, 2) оказывает щадящее воздействие на ткани, препятствует грубому рубцеванию шейки матки в отдалённом периоде после лечения, 4) обладает хорошей переносимостью и обеспечивает высокие темпы

эпителизации, 5) АПА может быть рекомендована для более широкого применения в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, в том числе у нерожавших женщин.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Овчинникова В.В., Серова О.Ф., Кашина Е.А.

Россия, Москва, МОНИИАГ

Из множества причин, приводящих к невынашиванию беременности, в последние годы выделяют инфекционную как одну из основных причин спонтанного и привычного выкидыша. Среди воспалительных заболеваний женских половых органов значительный вес имеет хроническое воспаление эндометрия. Длительная, часто бессимптомная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в структуре ткани, ее рецепторном аппарате, вызывает дисбаланс цитокинов, что в свою очередь нарушает синтез стероидной сульфатазы и биологическую активность эстрогенов в эндометрии. В результате в нем нарушаются процессы пролиферации и циклической трансформации. Таким образом, при хроническом эндометрите нарушаются процессы имплантации, плацентации, нормального развития беременности, приводящие к ее ранним потерям. Одним из патогенетических механизмов невынашивания беременности на фоне хронического эндометрита является снижение экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона.

Целью исследования явилось изучение рецепторного состояния эндометрия при хроническом эндометрите у женщин с невынашиванием беременности.

Материал и методы исследования.

Нами было обследовано 95 пациенток с невынашиванием беременности на фоне бактериально-вирусной инфекции, из них у 62 при морфологическом исследовании выявлен хронический эндометрит.

Из 62 пациенток с гистологически подтвержденным хроническим эндометритом были отобраны 45 пациенток, у которых при иммуногистохимическом методе исследования отмечено снижение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов. Всем пациенткам проводилось общеклиническое, иммунологическое, бактериологическое, иммуноферментное, морфологическое, ультразвуковое исследование. Кроме того, проводилось тщательное изучение материала пайпель-биоптата из полости матки на 5-7 и 22-24 дни цикла: проводилась его ПЦР-диагностика, гистологическое, иммуногистохимическое исследование (определение моноклональных антител к эстрогеновому и прогестероновому рецептору).

Полученные результаты.

При изучении инфицированности половых органов условно патогенная микрофлора выявлена у 36,8% пациенток. Спектр генитальной инфекции, выявленной при ПЦР диагностики отделяемого из цервикального канала и полости матки включал: хламидиоз – в 14,9%, генитальный герпес – в 33,6%, уреаплазмоз – в 37,8%, микоплазмоз – в 11,6%, цитомегаловирус – в 18,9% случаев.

У большинства женщин (43,5%) инфицированность носила смешанный характер. При хроническом эндометрите инфекция в цервикальном канале выявлялась в 1,5 раза чаще, чем в полости матки.

Основными гистологическими признаками хронического эндометрита были очаговые и диффузные воспалительные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоцитов и сегментоядерных лейкоцитов, а также очаговый фиброз стромы.

При иммуногистохимическом методе у 17 (37,8%) пациенток отмечалась слабая экспрессия рецепторов в большинстве клеток, умеренно выраженная – у 28 (62,2%). Таким образом, в эндометрии выявлены относительное ослабление экспрессии ER и более выраженное PR в стромальных клетках, то есть снижение чувствительности эпителия и особенно, стромальных клеток к стероидам, более заметное в зонах лимфолейкоцитарной инфильтрации.

Учитывая ведущую роль нарушений морфофункционального состояния и рецептивности эндометрия в генезе НБ, была предпринята попытка оптимизировать прегравидарную подготовку у женщин с невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита с учетом нарушения рецепторного аппарата, включив в комплекс традиционно применяемых лечебных мероприятий (антибактериальная, противовоспалительная, иммуномодулирующая терапия; нормализация обменных процессов, гемодинамических нарушений; гормональная коррекция) иглорефлексотерапию.

Для оценки эффективности проведенного лечения пациентки с нарушением рецепторного аппарата были разделены на 2 подгруппы:

1а – 25 пациенток, которым помимо стандартной схемы лечения проводилось ИРТ;

1б – 20 пациенток, которым применялась лишь стандартная схема лечения.

При использовании иглорефлексотерапии произошли положительные изменения в содержании рецепторов у 88% пациенток в 1а подгруппе, у которых наблюдалась интенсивная экспрессия рецепторов эстрогенов и прогестерона, тогда как при применении традиционной схемы лечения подобные изменения наблюдались лишь у 45%, у остальных 55% сохранялась умеренная и слабая экспрессия рецепторов. Таким образом, можно сделать заключение об увеличении экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, произошедших под влиянием проведенной иглорефлексотерапии.

Подводя итог вышесказанному важно отметить, что иглорефлексотерапия является патогенетически обоснованным методом лечения для восстановления рецепторного аппарата эндометрия. Применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении хронического эндометрита способствует более эффективному восстановлению морфофункционального состояния эндометрия и усилению экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрогену в эндометрии. В комплексной подготовке к беременности женщин с невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита целесообразно применение иглорефлексотерапии с целью восстановления рецепторного состояния эндометрия.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У КРЫС

Павлов Р.В., Аксененко Д.В.

Россия, г. Ставрополь, Ставропольская государственная медицинская академия

В настоящее время получено большое количество данных указывающих на существенное значение нарушений локального иммунного ответа в возникновении и прогрессировании наружного генитального эндометриоза. В связи с этим, весьма актуальным представляется изучение возможностей селективной стимуляции защитных функций иммуноком-

петентных клеток больных наружным генитальным эндометриозом с использованием активирующих цитокинов, в частности интерлейкина-2.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности внутрибрюшного введения аналога человеческого интерлейкина-2 «Ронколейкина» в лечение наружного генитального эндометриоза, моделированного в эксперименте на крысах.

Материалы и методы исследования. Модель экспериментального эндометриоза (ЭЭ) была воспроизведена на 40 крысах-самках линии Vistar, путем аутотрансплантации фрагмента левого маточного рога на внутреннюю поверхность передней брюшной стенки таким образом, чтобы эндометрий был обращен в брюшную полость. Через 10 дней после трансплантации маточного рога 20 животным в асептических условиях в брюшную полость вводился рекомбинантный, человеческий интерлейкин-2 («Ронколейкин») («Биотех», Россия), в дозировке 8 000 ЕД на 1 кг, трех кратно, с интервалом через 1 день, 20 другим крысам в асептических условиях в брюшную полость по обозначенной схеме вводился стерильный физиологический раствор. Через 40 дней от начала эксперимента все животные забивались, после чего оценивалось гистологическое строение очагов ЭЭ и пролиферативная активность клеток гетеротопического эндометрия.

Для оценки пролиферативной активности клеток эпителия эндометриоидных желез использовались критерии, рекомендованные Г.Г. Автандиловым (1996): площадь ядер, плоидность клеток и активность областей организаторов ядрышек (ОЯОР).

Результаты исследования. При обзорной микроскопии у всех животных не получавших лечение в участках ЭЭ были выявлены очаги типичного эндометриоидного эпителия, что позволило нам сделать вывод о развитии экспериментального эндометриоза в 100 % случаев. На фоне лечения «Ронколейкном» у 12 крыс в области ЭЭ эктопический эндометрий отсутствовал, что позволило нам сделать вывод о регрессе эндометриоидных гетеротопий у этих животных. При этом у 3 крыс наблюдалась мультикистозная дегенерация очагов ЭЭ, а у 9 животных участок ЭЭ полностью заместился грануляционной тканью.

В процессе морфометрической оценки нами было установлено, что объем очагов ЭЭ и площадь сохранившихся эндометриоидных желез у животных пролеченных «Ронколейкином», была достоверно ниже, чем у крыс не получавших лечение. Кроме этого при оценке площади ядер, высоты эпителия, плоидности клеток эктопического эндометрия и активности в их ядрах ОЯОР нами было установлено достоверное уменьшение всех параметров, отражающих пролиферативную активность эпителиальных клеток в очагах ЭЭ у крыс, получавших «Ронколейкин».

При анализе степени васкуляризации очагов ЭЭ нами было уставно достоверное снижение суммарной площади сосудистого русла, средней площади просвета капилляров и пролиферативной активности эндотелиальных клеток в эндометриоидных гетеротопиях у животных получавших «Ронколейкин». При изучении особенностей лейкоцитарной инфильтрации ЭЭ нами было установлено, что на фоне применения «Ронколейкина» в лейкоцитарных инфильтратах очагов ЭЭ увеличивается количество лимфоцитов и снижается количество макрофагов.

Заключение. Анализируя представленные данные можно констатировать, что на фоне внутрибрюшного применения «Ронколейкина» полный регресс очагов ЭЭ наблюдается у 60 % лабораторных животных. В случае сохранения эндометриоидных желез наблюдается достоверное уменьшение их объема, а так же снижение пролиферативной активности клеток эктопического эндометрия. Возможным механизмом действия «Ронколейкина» в отношении регресса ЭЭ может быть снижение степени васкуляризации гетеротопий за счет снижения количества макрофагов и увеличения активности цитотоксических лимфоцитов.

Необходимо отметить, что используемый метод введения «Ронколейкина» не имел отрицательного системного и местного действия, в отношении экспериментальных животных.

РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛЕТОЧНОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У КРЫС

Павлов Р.В., Аксененко Д.В.

Россия, г. Ставрополь, Ставропольская государственная медицинская академия

В настоящее время считается, что выживание и имплантация жизнеспособных фрагментов эндометрия в перитонеальной полости обусловлены нарушениями локального иммунного ответа и активацией ангеогенеза, создающего условия для активного функционирования «трансплантата». В то же время трансплантационная теория возникновения наружного генитального эндометриоза имеет свои недочеты, основным из которых является отсутствие доказательств жизнеспособности десквамированного менструального эндометрия и его способности к эктопической имплантации.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния особенностей васкуляризации и клеточного микроокружения на пролиферативную активность клеток эпителия эндометриоидных гетеротопий смоделированных в эксперименте на крысах.

Материалы и методы исследования. Модель экспериментального эндометриоза (ЭЭ) была воспроизведена на 20 крысах-самках линии Vistar, путем аутотрансплантации фрагмента левого маточного рога на внутреннюю поверхность передней брюшной стенки таким образом, чтобы эндометрий был обращен в брюшную полость. Через 40 дней от начала эксперимента все животные забивались, после чего оценивалось гистологическое строение очагов ЭЭ. Для оценки пролиферативной активности клеток эпителия эндометриоидных желез и эндотелия сосудов трансплантата использовались критерии, рекомендованные Г.Г. Автандиловым (1996): площадь ядер, плоидность клеток и активность областей организаторов ядрышек (ОЯОР). Степень васкуляризации трансплантата оценивалась по суммарной площади сосудов и среднему просвету капилляров, а активность ангеогенеза на основании морфологических критериев пролиферации эндотелиальных клеток капилляров.

Результаты исследования. В зависимости от макроскопической характеристики все участки ЭЭ можно было разделить на красные и черные. При обзорной микроскопии у всех животных в участках ЭЭ были выявлены очаги типичного эндометриоидного эпителия, что позволило нам сделать вывод о развитии экспериментального эндометриоза в 100 % случаев. В процессе морфометрической оценки нами было установлено, что площадь эндометриоидных желез и пролиферативная активность клеток гетеротопического эндометрия в очагах красного цвета, была достоверно выше, чем в очагах черного.

При анализе степени васкуляризации очагов ЭЭ нами было уставно достоверное снижение суммарной площади сосудистого русла, средней площади просвета капилляров и пролиферативной активности эндотелиальных клеток эндометриоидных гетеротопиях с низкой пролиферативной активностью. При изучении особенностей лейкоцитарной инфильтрации ЭЭ нами было установлено, что для трансплантатов с высокой активностью эпителия было характерно увеличение в лейкоцитарных инфильтратах количества макрофагов и тучных клеток, а при снижении активности гетеротопий в них преобладали лимфоциты.

Выводы. Анализируя представленные данные можно констатировать, что при аутотрансплантации фрагмента маточного на внутреннюю поверхность передней брюшной стенки ЭЭ развивается в 100 % случаев. При этом клетки эктопического эндометрия очагов красного цвета обладают большей пролиферативной активностью, чем очагов черного, что позволяет расценивать их как прогрессирующую форму эндометриоза. С увеличением степени васкуляризации, а так же количества макрофагов в лейкоцитарных инфильтратах наблюдается увеличение пролиферативной активности клеток эктопического эндометрия, а уменьшение васкуляризации гетеротопий и преобладание в них лимфоцитов ведет к снижению активности клеток эктопического эндометрия.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Пекарев О.Г., Любарский М.С.

Россия, Новосибирск, ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, ГУ НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН

Хронические воспалительные заболевания придатков матки (ХВЗПМ) у женщин представляет собой сложную и недостаточно изученную проблему, связанную с серьёзными медицинскими, социальными и экономическими потерями во всём мире. Современные методы лечения ХВЗПМ включают в себя решение следующих задач: достижение обезболивающего и противовоспалительного эффекта, повышение активности компенсаторно-защитных механизмов, предупреждение обострения воспаления, восстановления нарушенных функций половой системы, ликвидация вторично возникших полисистемных расстройств и сопутствующих заболеваний, но не позволяют достичь желаемых результатов.

В Научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной лимфологии (НИИКиЭЛ СО РАМН, г. Новосибирск) разработан новый способ лимфотропной терапии - метод межостистых подкожных лимфотропных лимфостимулирующих инъекций. Доказана клиническая эффективность сочетания указанного способа с методами эфферентной терапии при лечении заболеваний воспалительного характера. Имеющиеся клинико-экспериментальные данные позволили прогнозировать высокую эффективность реализации подобного подхода в коррекции ХВЗПМ.

В этой связи на базе Муниципальной гинекологической больницы №2 г. Новосибирска и гинекологического отделения клиники НИИКиЭЛ СО РАМН было проведено обследование и лечение 60-ти женщин с ХВЗПМ.

Все пациентки были разделены на 3 группы: 1-я группа - «ТТ+ЛТТ+ПА» (традиционная терапия + лимфотропная терапия + плазмаферезы) 20 женщин, получавшие на фоне базового лечения, курс эфферентной терапии (три плазмафереза) и курс межостистой лимфотропной лимфостимулирующей терапии (три инъекции); 2-я группа - «ТТ+ЛТТ» (традиционная терапия + лимфотропная терапия) 20 женщин, получавшие на фоне базового лечения, курс межостистой лимфотропной лимфостимулирующей терапии (три инъекции); 3-я группа - «ТТ» (традиционная терапия) 20 женщин, получавшие только базовое лечение.

Смесь лекарственных препаратов для межостистых лимфотропных инъекций (МЛИ) готовили ex tempore. В состав инъекций входили: Цефтриаксон 1,0 г, Лидокаин 2% - 2 мл, Лидаза 32 ед, Глюкоза 10% до 6 мл. Вышеперечисленные препараты не вступают в химическое взаимодействие. Эфферентную терапию проводили с добавлением в клеточную массу 2 мл 12,5% циклоферона и экспонировали в течение 15-ти минут при температуре +37С0.Затем клеточную массу разбавляли 150 - 200 мл физиологического раствора и осуществляли аутогемотрансфузию. Каких-либо осложнений, связанных с данной методикой или аллергическими реакциями на циклоферон, мы не наблюдали. В ходе проведения исследования изучались концентрации ИЛ-1β, ИЛ-4 и γ-ИНФ.

У женщин всех групп исследования содержание ИЛ-1β в сыворотке крови при поступлении в стационар существенно (в среднем 3,4 раза) превышало контрольное значение. В 1-й группе уровень ИЛ-1β на 7-е сутки лечения оставался в 3,0 раза выше контроля, но снижался на 30% от значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы в этот период исследования значение ИЛ-1β в сыворотке крови превышало контрольное в 3,5 раза и достоверно (на 18%) снижалось по сравнению с исходным значением. В 3-й группе уровень изучаемого цитокина на 7-е сутки после начала лечения существенно повышался и становился в 5,6 раза выше контрольного значения и на 35% выше исходного. При этом у больных этой группы концентрация ИЛ-1β в сыворотке крови была существенно выше, чем у женщин 1-й и 2-й групп (на 89% и 60% соответственно). При выписке ИЛ-1β в сыворотке крови у больных 1-й группы было в 1,9 раза выше контроля и в 2,2 раза ниже значения при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы уровень данного цитокина в крови оставался существенно (в 2,7 раза) выше нормативного значения и становился достоверно (на 37%) ниже исходного. При этом его концентрация была на 39% выше, чем у больных 1-й группы ($P<0,05$). У пациенток 3-й группы ИЛ-1β оставался в 3,6 раза выше контрольного уровня, но практически не отличалось от исходного значения.

Подобная динамика отмечена нами при изучении ИЛ-4. В 1-й группе уровень ИЛ-4 на 7-е сутки лечения существенно повышался и становился в 4,2 раза выше контроля, в 2,4 раза выше значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы в этот период значение ИЛ-4 превышало контрольное в 2,6 раза и на 37% исходное значение, и было достоверно (на 39%) ниже, чем у женщин 1-й группы. У пациенток 3-й группы уровень ИЛ-4 на 7-е сутки практически не менялся и оставался в 2,0 раза выше контрольного значения. При выписке содержание ИЛ-4 у больных 1-й группы было в 4,0 раза выше контроля и в 2,3 раза - значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 3-й группы ИЛ-4 оставался на 82% выше контрольного уровня, но практически не отличался от исходного значения. Интересно отметить, что в этот период исследования значение ИЛ-4 было достоверно (2,2 раза) ниже, чем у больных 1-й группы и практически не отличалось от такового у женщин 2-й группы.

Что касается содержание γ-ИНФ в сыворотке крови при поступлении в стационар, то показатель в 4,5 раза превышал контрольное значение. В 1-й группе уровень γ-ИНФ на 7е сутки лечения оставался в 2,6 раза выше контроля, но снижался на 43% по сравнению со значением, определенном при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы в этот период исследование значение γ-ИНФ в сыворотке крови превышало контрольное в 3,7 раза и практически не отличалось от исходного значения. Кроме того в этот период исследования у больных 2-й группы содержание γ-ИНФ в крови выло достоверно (на 42%) выше по сравнению с таковым у женщин 1-й группы. И, наконец, в 3-й группе уровень изучаемого цитокина на 7-е сутки после начала лечения оставался в 4,0 раза выше контрольного значения и не отличался от исходного. При этом у больных этой группы концентрация γ-ИНФ в сыворотке крови была существенно выше, чем у женщин 1-й группы (на 52%).

При выписке из стационара содержание γ-ИНФ в сыворотке крови у больных 1-й группы было на 62% выше контроля и в 2,8 раза ниже значения, определенного при поступлении в стационар. У женщин 2-й группы γ-ИНФ оставался существенно (в 2,4 раза) выше нормативного значения и становился достоверно (на 44%) ниже исходного. При этом его крнцентрация была на 49% выше, чем у больных 1-й группы (P<0,05). Что касается пациенток 3-й группы γ-ИНФ оставался в 3,3 раза выше контрольного уровня и на 25% ниже исходного значения.

Таким образом, при проведении лимфотропной терапии и плазмафереза у больных с ХВЗПМ не было отмечено снижения концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1β и γ-ИНФ, что свидетельствует о наличии воспаления. В то же время о признаках развития специфической второй фазы иммунного ответа свидетельствует повышение содержания ИЛ-4 – основного индуктора гуморального иммунного ответа.

Проведенный сравнительный анализ результатов лечения пациенток с ХВЗПМ показал наибольшую результативность в случае комбинации межостистой лимфотропной терапии и модифицированных плазмаферезов. Во время наблюдения в течение 1 года у всех пациенток, получавших комплексную терапию не было рецидивов обострения ХВЗПМ. Высокий клинический результат во многом обусловлен сочетанием универсальных механизмов межостистой лимфотропной терапии с детоксицирующим и иммуномодулирующим влиянием модифицированного плазмафереза. Данная комбинация сконструирована для лечения ХВЗПМ в рамках обще патологического подхода к коррекции имеющихся гомеостатических изменений с позиций клинической лимфологии.

ИНФРАКРАСНАЯ ФУРЬЕ СПЕКТРОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Першин Д.В.

Россия, г.Н.Новгород, ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия; Кафедра акушерства и гинекологии ЦПК и ППС; ООО «Медицинская диагностика»

Ежегодно в мире регистрируется более 850 000 случаев злокачественных опухолей женских половых органов. В России в 2004 г. число вновь выявленных злокачественных новообразований этой локализации составило 51 600 случаев (17% всех злокачественных опухолей). В России ежегодно регистрируется 12 100 злокачественных новообразований яичников. Злокачественные опухоли яичников встречаются у женщин всех возрастных групп, начиная, с младенчества. В 2004 г. в России от рака яичников умерли 7400 больных (5,7% от всех женщин, больных злокачественными новообразованиями). В структуре умерших от злокачественных новообразований рак яичников стоит на 4-ом месте после рака молочной железы, шейки матки и рака эндометрия.

О своевременной диагностике злокачественных опухолей яичников дискутируют много лет, подчеркивая трудности раннего выявления. Опухолевые маркеры (СА125, ОСАА) в сыворотке крови позволяют регистрировать опухоль массой до 1 мг. Данные маркеры можно использовать для подтверждения или исключения злокачественного новообразования при обследовании пациента с подозрением на рак, причем только в сочетании с другими методами диагностики; прогнозирования течения болезни, рецидивов; мониторинга лечения; идентификации групп повышенного онкологического риска.

Для диагностики и мониторинга чаще используются 2 антигена: ассоциированный с карциномой яичника (СА125) и ассоциированный с серозной цистаденокарциномой яичника (ОСАА). Наиболее чувствительным онкомаркером для диагностики новообразований яичников является онкомаркер, ассоциированный с карциномой яичника (СА 125). Уровень СА125 повышен по данным разных авторов в 45-83% случаев рака яичников и колеблется от 116 до 1200 МЕ/мл. (у здоровых до 35 МЕ/мл.). Степень повышения концентрации СА125 не адекватна объему первичной опухоли, но хорошо отражает наличие отдаленных метастазов даже при маленькой первичной опухоли. По данным некоторых авторов, ультразвуковое исследование малого таза с допплерометрическим исследованием наряду с определением онкомаркеров является методом скрининговой диагностики опухолей яичников. Однако, результаты ультразвуковой диагностики рака яичников остаются противоречивыми. Обычно описывают четыре ультразвуковых признака рака яичников: нечеткость контуров, смешанное внутреннее строение, наличие перегородок и уплотнений, асцит. Совпадение ультразвукового и гистологического диагноза при раке яичников наблюдается в 80-85% случаев. Поэтому поиск новых диагностических методов относится к актуальным медико-социальным проблемам.

Цель исследования. Определить специфичность и чувствительность инфракрасной Фурье спектрометрии сыворотки крови в диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований яичников.

Материалы и методы. Инфракрасная (ИК) Фурье спектрометрия сыворотки крови представляет собой изучение колебательных движений молекул в частотном диапазоне в области 400 -7800 см-1 с определением высоты пиков полос поглощения с максимумами 1320, 1308, 1271, 1241, 1200, 1177, 1169, 1158, 1136, 1117, 1100, 1080, 1035, 982, 973, 943, 935, 891, с вычислением характерных комплексов пиков. Эти частоты и составляют инфракрасный (ИК) - спектр. ИК - свет имеет тот же частотный диапазон, что и колебательно-вращательный спектр молекул. Поэтому, при попадании ИК-излучения на молекулу, она поглощает излучение соответствующей частоты этого света, которое совпадает с частотами собственных гармонических колебаний молекулы. После поглощения этого света молекулярные осцилляторы будут продолжать колебаться на тех же частотах, но амплитуда их колебаний увеличится. Оставшийся свет, который не поглотится ни одним из осцилляторов молекулы, проходит через образец на детектор. Компьютер анализирует прошедший свет и определяет, какие частоты поглощены.

Существуют табличные спектральные данные для тысяч органических веществ, которые могут быть использованы как эталоны для идентификации нужных соединений в любых смесях веществ, например в крови. В процессе исследований был создан банк фоновых значений колебательного спектра при различных патологических состояниях. Любые отличия от фона в каждом случае здоровья или патологии легко фиксируются и количественно характеризуются. В результате суммарное математическое выражение ИК - спектра крови пациента превращается в одну точку в 2-х, 3-х или n-мерном пространстве. При попадании этой точки в графически выраженную группу здоровья и регистрации ее в виде многогранника (разработки выполнены с помощью компьютерной программы DS924), делается вывод о том, что болезнь отсутствует. При вхождении показателя пациента в плоский или пространственный «образ болезни» делается вывод о патологическом состоянии и степени его тяжести (Патент РФ 2232391 от10.07.2004г. «Способ дифференциальной диагностики злокачественных новообразований и соматических не злокачественных заболеваний).

Метод ИК – спектрометрии позволяет выявлять не только различные заболевания, но и наблюдать динамику развития и процесс и выздоровления. При неоднократном заборе крови могут быть построены графики, иллюстрирующие те или иные изменения в организме.

Проведено спектрометрическое исследование сыворотки крови у 200 больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями яичников, идущих на хирургическое вмешательство с последующей гистологической верификацией диагноза. Группу контроля составили 50 пациенток с отсутствием каких-либо гинекологических заболеваний. Следует отметить, что среди пациенток со злокачественными опухолями женских половых органов в основном преобладали женщины с 1-2 стадией заболевания.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования нами установлено, что контрольная группа характеризуется следующим комплексом пиков полос поглощения образца сыворотки крови с максимумами – 1308,1241, 1200, 1177, 1136, 1117, 1080, 973, 943, 935 см-1. Так же, нами впервые выявлено отсутствие зависимости пиков полос поглощения от фазы менструального цикла и состояния репродуктивной функции женщины, то есть гормональные изменения не оказывают влияние на результаты исследований. При наличии истинных доброкачественных опухолей яичников установлены следующие характеристические комплексы пиков полос поглощения образца сыворотки крови с максимумами – 1320, 1241, 1200, 1169, 1117, 982, 973, 943, 935 см-1. У пациенток со злокачественными новообразованиями яичников комплексы пиков полос поглощения распределились следующим образом - 1320, 1271, 1169, 1158, 1117, 1080, 943, 935 см-1. Кроме того, нами установлены достоверные различия в комплексах пиков полос поглощения образца сыворотки крови при доброкачественных и злокачественных новообразованиях яичников.

Следует отметить, что достоверные отличия спектрометрии появляются уже на ранних стадиях злокачественных новообразований яичников, что позволяет использовать спектрометрию образца сыворотки крови как метод дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований яичников.

Выводы и заключение. Нами установлено, что диагностическая точность ИК Фурье спектрометрии составила 88%, чувствительность – 93%.Таким образом, спектральный анализ сыворотки крови может использоваться в ранней дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований яичников как скрининговый метод и рекомендован для широкого использования в клинической гинекологической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Петрова Е.В., Ландеховский Ю.Д.

ФГУ «Научный центр акшерства, гинекологии и перинато-логии Росмедтехнологий»

В гинекологии до настоящего времени остаются весьма актуальными вопросы, связанные с диагностикой и лечением внематочной беременности. В связи с указанным была поставлена цель оценить эффективность современных методов диагностики и лечения пациенток с внематочной беременностью.

При оказании своевременной медицинской помощи больным с внематочной беременностью на первое место ставится задача избежать угрожающей жизни ситуации, связанной с кровотечением. С этой задачей справляются более удачно в клиниках с высоким уровнем технологического обеспечения диагностики и лечения внематочной беременности.

Нами проведен ретроспективный анализ 383 истории болезни женщин, прооперированных по поводу трубной беременности - в 1993 году (91 женщина), в 1999 году (128 женщин) и в 2004 году (164 женщин). В 1993 году новые технологии, не применялись, в 1999 год - начато внедрение новых технологий и в 2004 году активно применялись новые технологии.

Как известно, госпитализация в стационар осуществляется по трем каналам: по направлению женских консультаций (акушерской перевозкой или без нее), врачей скорой помощи и самотеком.

По данным проведенного исследования в 2004 г. отмечено значительное уменьшение числа госпитализированных женщин по направлению из женских консультаций, и увеличение поступлений в стационар через скорую помощи и самотеком. Причиной этого, по нашему мнению, являться с одной стороны, снижение настороженности врачей при первичном обращении женщин в женскую консультацию и как следствие этого длительное амбулаторное обследование и наблюдение, и с другой – проведение симптоматического лечение с неверно установленным диагнозом.

В последнее время изменились подходы к диагностике внематочной беременности в стационарах. Шире стали применять современные методы исследования. Такими методами являются ультразвуковое исследование (УЗИ), определение β-ХГЧ и лапароскопия. Если УЗИ при диагностике внематочной беременности в 1993 г. было проведено у 20,9% больных, то в 2004 г. - у 75,6% больных, поступивших в стационар. Резко возросло количество исследований крови на β-ХГЧ (с 19,9% до 62,8%), являющимся достоверным методом исследования при внематочной беременности. В результате уменьшилось количество пункций брюшной полости через задний свод влагалища. Шире стали применять лапароскопию для диагностики и лечения внематочной беременности.

За последние годы изменился характер оперативного вмешательства при внематочной беременности. Если раньше при внематочной беременности производилось чревосечение и удаление маточной трубы (реже удаление плодного яйца), то в настоящее время в основном производится лапароскопия и удаление только плодного яйца. Проведенный анализ показал, что у всех больных, поступивших в стационар в 1993 г. по поводу внематочной беременности, было произведено чревосечение (в 95,6% была удалена маточная труба и в 4% - плодное яйцо). В 2004 г. чревосечение при внематочной беременности было произведено только у 12% больных, у остальных - лапароскопия. При этом удаление маточной трубы произведено в 48,8%. Как следствие ранней диагностики, изменилась величина кровопотери при внематочной беременности. Если у больных с внематочной беременностью в 1993 г. средняя кровопотеря 500 мл. и более регистрировалась у каждой четвертой больной (26,4%), то в 2004 г. только у 4,9% пациенток.

Таким образом, внедрение в клиническую практику современных технологий при диагностике и лечении внематочной беременности позволило сократить длительность пребывания больных в стационаре (с 13,3 до 5,6 дней), снизить длительности операций, уменьшить величину кровопотери и ускорить восстановительный период.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ФОЛАЦИН» У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ ПРИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Плужникова Т.А., Алябьева Е.А.

Россия, Санкт-Петербург, Центр профилактики и лечения невынашивания беременности, р.д. №1, НИИ Акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН

Актуальность. В последние годы показано, что среди известных причин невынашивания беременности (генетических, эндокринных, инфекционных, анатомических и им-

мунных), все большее значение придается наследственным и приобретенным факторам тромбофилии, среди которых наиболее часто встречается гипергомоцистеинемия (ГГЦ). Исследования, проведенные Шмелевой В.М. и соавторами (2006г) показали, что среди женщин с привычным невынашиванием гипергомоцистеинемия выявляется у 38%, тогда как среди здоровых женщин только у 5%. ГГЦ по клинической значимости стоит в одном ряду с антифосфолипидным синдромом, т.к. она ассоциирована с тромботическими осложнениями, неврологической симптоматикой и нарушениями репродуктивной функции (Carp H. Et al., 2003). Причиной ГГЦ могут быть генетические дефекты ферментов метионинового цикла и негенетические факторы: недостаток поступления с пищей фолатов и витаминов группы В их усвоение; некоторые заболевания (гипотиреоз, сахарный диабет, ревматоидный артрит и др.); курение, частое употребление кофе и алкоголя; прием некоторых лекарственных препаратов (теофиллин, никотиновая кислота, КОК и др.).

Молекулярный механизм действия гомоцистеина на эндотелиальные клетки сосудов складывается из нескольких моментов: окислительное повреждение эндотелия, нарушение функционирования внутриклеточных ферментов (в том числе NO- синтетазы) и образование сульфгидрильных связей с другими белками (Макацария А.Д., 2004). Кроме того, гомоцистеин подавляет АДФ-азную активность тромбоцитов, что приводит к гиперагрегации тромбоцитов. Гомоцистеин усиливает генерацию тромбина, а это ведет к фибринообразованию, снижается активность естественных антикоагулянтов и фибринолиза. Эти нарушения могут приводить к дефектам имплантации, снижению глубины децидуальной инвазии трофобласта, к нарушению нормального развития фетоплацентарного кровообращения, вследствие чего может формироваться привычное невынашивание беременности. Работ отечественных исследователей посвященных прегравидарной подготовке женщин страдающих привычным невынашиванием (ПН) беременности при ГГЦ мы не встретили.

Целью настоящего исследования было изучение клинической эффективности фолацина для лечения гипергомоцистеинемии у женщин с привычным невынашиванием беременности в период прегравидарной подготовки. Из исследования были исключены выявленные мутации фактора V (Leiden) и носительницы мутации G20210A в гене протромбина, а также пациентки с АФС, т.к они могут оказывать влияние на результаты других форм тромбофилий. Фолацин – пероральный препарат, содержащий 5мг фолиевой кислоты.

Под наблюдением находилось 65 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет, обратившихся в Центр профилактики и лечения невынашивания беременности с целью обследования и лечения по поводу репродуктивных потерь. При обследовании у них была выявлена ГГЦ. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 40 (61,5%) пациенток. Наиболее часто встречались: болезни органов дыхания - у 19 (29,2%) женщин, заболевания мочевыделительной системы - у 17 (26,2%) женщин, заболевания щитовидной железы - у 15 (23%), заболевания сердечно-сосудистой системы имели место у 14 (21,5%) женщин, заболевания желудочно-кишечного тракта - у 12 (18,5%), ожирение - у 5 (7,7%), сахарный диабет 2-ого типа у 2-х женщин (3,1%). У большинства пациенток (70,8%) были в анамнезе гинеколгические заболевания. Хронические воспалительные заболевания придатков матки отмечены у 17 (26,2%) пациенток, заболевания шейки матки - у 28 (43,1%), первичное или вторичное бесплодие было у 15 (23,1%) пациенток, нарушение менструального цикла – у 9 (13,8%), эндометриоз различной локализации у 6 (9,2%) пациенток, миома матки - у 4 (6,2%). Изучение акушерско-гинекологического анамнеза показало, что все женщины имели 2 и более потерь беременности. У 37 (63,8%) пациенток были неразвивающиеся беременности, 23 (39,7%) женщины до потери беременности имели медицинские аборты, у 5 (8,6%) женщин были преждевременные роды, у 3 (5,2%) – антенатальная гибель плода. Срочные роды были в анамнезе только у 16 (27,6%) женщин. Всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало: бактериологическое и вирусологическое обследование, гормональное, биопсию эндометрия, иммунологическое обследование (интерфероновый статус, АФА кардиолипиновые и волчаночного типа, антиспермальные антитела, антиовариальные антитела, антитела к белкам эндометрия), генетическое (определение кариотипа супругов), молекулярно-генетическое исследование факторов риска тромбофилии, коагулограмма, внутрисосудистая активность тромбоцитов (ВАТ) и уровень гомоцистеина. Базальный уровень гомоцистеина плазмы определяли методом жидкостной хроматографии под высоким давлением в лаборатории свертывания крови НИИ гематологии и трансфузиологии.

Прегравидарная подготовка проводилась с учетом выявленных причин невынашивания беременности. С целью коррекции ГГЦ женщинам с привычным невынашиванием назначался препарат «Фолацин», который содержит 5 мг фолиевой кислоты. Препарат назначался по 1 таблетке в день на протяжении 1 месяца, после чего проводилось контрольное определение уровня гомоцистеина. По данным НИИ гематологии и трансфузиологии ГГЦ по формам тяжести делилась на: 10-13,5 мкмоль/л – легкую, 13,5-20 мкмоль/л – умеренную, 20 мкмоль/л и выше – выраженную ГГЦ. Проведенное обследование выявило у 82,8% женщин с ПН легкую форму ГГЦ. У 17,2% женщин – умеренную форму ГГЦ, выраженных форм ГГЦ не выявлено. Средний уровень гомоцистеина составил 10,9±0,2 мкмоль/л. У большинства женщин с ПН (70,3%) причиной ГГЦ явились генетические дефекты ферментов метионинового цикла, у 29,7% имела место негенетическая ГГЦ.

При обследовании у 57,1% женщин с ПН были выявлены нарушения гемостаза. Так, у 50,0% женщин определялась гиперагрегация тромбоцитов, у 8,9% выявлена тромбоцитопения, у 16,1% отмечалось торможение фибринолиза, у 1,8% женщин были признаки гиперкоагуляции. Исследование показало, что у всех женщин после лечения фолацином уровнь гомоцистеина снизился на 37% и составил в среднем 6,9±0,9 мкмоль/л, ($p \leq 0,001$). Аллергических реакций не было.

Таким образом, фолацин можно рекомендовать для лечения ГГЦ у женщин с привычным невынашиванием беременности в период прегравидарной подготовки. Его прием быстро снижает уровень гомоцистеина до нормального уровня, способствует нормализации гемостаза. Несомненным достоинством препарата является удобная схема назначения – 1 таблетка в день.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АРОМАТЕРАПИЯ КАК ИНГРЕДИЕНТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Поддубная Р.Ю., Гордон К.В.

Россия, г.Сочи, ФГУ «Центральный клинический санаторий им. Ф.Э. Дзержинского ФСБ РФ», ГУО «Кубанский государственный медицинский университет»

Расширение спектра немедикаментозных методов санаторно-курортного лечения является актуальной задачей восстановительной медицины. Профессиональная (медицинская) ароматерапия – наука о применении натуральных эфирных масел для восстановления и поддержания психического и физического здоровья человека. Применение натуральных растительных эфирных масел хорошо сочетается с другими природными лечебными физическими факторами, фитотерапией, акупунктурой.

Целью исследования явилось научное обоснование, разработка и апробация системы дифференцированного применения натуральных растительных эфирных масел в комплексном санаторно-курортном лечении гинекологических больных различных возрастных групп.

Были обследованы 80 женщин в возрасте 45-60 лет с жалобами на проявления климактерического синдрома, проходивших санаторно-курортное лечение (СКЛ) в ФГУ «Центральный клинический санаторий им. Ф.Э. Дзержинского ФСБ РФ». Больным контрольной группы на фоне климатотерапии в щадяще-тренирующем режиме назначалась транскраниальная электростимуляция от аппарата «Трансаир-01», йодобромная бальнеотерапия, гидротерапия, механомассаж. Основную группу составили 40 пациенток, которым в комплекс курортного восстановительного лечения дополнительно была включена ароматерапия в виде внутривлагалищного введения смеси натуральных эфирных масел (герань, лаванда, пальмароза, розовое дерево, шалфей мускатный, петит грейн, нероли, роза, масло виноградных косточек). В комплекс обследования наряду со стандартным клиническим исследованием были включены психологические тесты, вегетативные пробы, тесты функциональной диагностики (ТФД), ультразвуковое исследование малого таза, оценка адаптационных реакций гомеостаза по методике Гаркави.

Все больные переносили санаторно-курортное лечение хорошо, отмечали улучшение общего состояния, повышение настроения, снижение частоты, продолжительности эпизодов и выраженности «приливов». Однако в основной группе наблюдения положительная динамика психо-эмоционального состояния и функциональной активности вегетативной нервной системы была более выражена. Полноценные адаптационные реакции в виде реакций «повышенной активации» и «тренировки» отмечались на 24% чаще. В отличие от пациенток контрольной группы у пролеченных по авторской схеме больных по ТФД отмечалось повышение эстрогенной насыщенности, восстановление нормального состояния слизистой стенок влагалища, уменьшение выраженности дизурических симптомов. При эхографическом исследовании исходно и в конце лечения патологических изменений и отрицательной динамики состояния внутренних половых органов у пролеченных больных основной группы выявлено не было.

Таким образом, включение в комплексную терапию климактерического синдрома элементов профессиональной ароматерапии позволяет значительно повысить лечебно-профилактическую эффективность санаторно-курортного лечения больных старшей возрастной группы. Лечебный эффект данной методики по-видимому связан с фитоэстрогенами, содержащимися в использованных нами натуральных эфирных маслах. Различный химический состав масел, применяемых в ароматерапии, обусловливающих дифференцированное воздействие на психо-физиологическое состояние человеческого организма, позволяет на санаторно-курортном этапе использовать данный метод лечения у гинекологических больных с различными нозологическими формами.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО – ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Подзолкова Н.М., Ландеховский Ю.Д., Кижаев Ю.Е.

г. Москва

Цели и задачи исследования. Оптимизация диагностики и лечения рубцовой деформации шейки матки.

Материалы и методы исследования. Проведен ретро- и проспективный анализ результатов обследования и лечения 110 пациенток с рубцовой деформацией шейки матки. В группу ретроспективного анализа были включены 83 пациентки, которым в период с 2001 по 2005 год выполнена пластика шейки матки по нашей методике, в группу проспективного анализа – 27 больных, находившихся под нашим наблюдением с 2005 по 2006 год. В пред- и послеоперационном периоде всем пациенткам проводено комплексное обследование с применением молекулярно-биологических, бактериоскопических, цитологических, морфологических, кольпоскопического методов исследования, а также двух – и трехмерного ультразвукового сканирования.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток ретроспективной группы составил 35 лет, основной контингент представляли женщины возрастной категории 21-40 лет (71,1%), с выполненной генеративной функцией (96,4%) и регулярным менструальным циклом (97,6%). В группе проспективного анализа средний возраст пациенток составлял 34 года, при этом 70,4% больных принадлежало вышеуказанной возрастной категории, генеративная функция была реализована в 96,3% наблюдений, а регулярный менструальный цикл отмечен у всех обследованных. Среди пациенток обеих групп был отмечен высокий процент абортов (69,1%) и различных хирургических вмешательств на шейке матки (51%). Как монопатология, рубцовая деформация шейки матки явилась показанием к оперативному лечению у 75,5% больных, в остальных случаях наблюдалось сочетание рубцовой деформации матки с опущением стенок влагалища и недостаточностью мышц тазового дна. Большинство женщин (62,7%) предъявляли активные жалобы, в структуре которых доминировали бели (37,9%), диспареуния (23,1%), дискомфорт в области промежности (13%) и тянущие боли внизу живота (11,1%). Среди пациенток ретроспективной группы III-IV степень чистоты мазков выявлена в 36,1% случаев, что четко коррелировало с результатами цитологического исследования. Атипические клетки при цитологическом исследовании выявлены в 1 случае, что соответствовало ацето-белому эпителию при кольпоскопии. В целом атипические элементы при кольпоскопии выявлялись у 12 (14,5%) женщин; у 1 – ацетобелый эпителий, у 6 – лейкоплакия, у 5 – йод-негативная зона, и у 1 больной –мозаика в сочетании с пунктацией. По данным биопсии ацето-белый эпителий соответствовал дисплазии I-II степени, мозаика/пунктация – дисплазии II степени; в 5 случаях подтверждены признаки лейкоплакии, у остальных женщин патологических изменений не выявлено. Вышеуказанным больным была произведена операция пластики шейки матки по Ельцову-Стрелкову в модификации с глубоким иссечением всех патологических участков. При этом гистологическое исследование удаленных фрагментов выявило явления паракератоза и акантоза. В общей сложности у 33,7 % женщин ретроспективной группы проведение биопсии шейки матки явилось неоправданным. В проспективной группе у всех пациенток имели место клинические признаки рубцовой деформации шейки матки, причем в

29,6% случаев – не резко выраженные. Большинство старых разрывов шейки матки (96,3%) были боковыми, в 1 случае - множественными. В ходе скрининга на ВПЧ высокоонкогенных типов, данный возбудитель был выявлен у 4 (14,8%) пациенток, при этом в большинстве случаев имела место III-IV степень чистоты мазков, а у половины – имело место сочетание ВПЧ-инфекции с U. urealiticum (1) и цитомегаловирусом (1). Как монопатология выявлялись: 1) U. urealiticum (2), соответствовавшая I и III степени чистоты мазков; 2) ВПГ-2,6/II степень (иммунологическое исследование не выявило присутствие специфических антител) и 3) ЦМВ/I степень. В целом в проспективной группе I-II степень чистоты мазков выявлена у 13 пациенток (48,1%), а в остальных 14 (51,9%) случаях имела место III-IV степень. В слуаях U. urealiticum проводилось специфическое лечение с учетом данных антибиотикограммы, а в случае ВПГ-2,6 - 10-дневный курс противовирусной терапии ацикловиром (500 мг 2 раза в сутки.), по окончании которого выявленные ранее типы ВПГ не обнаруживались. Цитологическое исследование (PAP-тест) в проспективной группе случаев атипии выявило, при этом признаки койлоцитоза и воспаления выявлены у всех женщин с ВПЧ-инфекцией. В целом цитологические признаки воспаления в проспективной группе выявлены у 88,9% женщин. При кольпоскопиии у 13 (48,1%) пациенток обнаружены атипические картины: ацето-белый эпителий – в 1 (7,7%); йод-негативная зона – в 2 (15,4%); ацето-белый эпителий/йод-негативная зона – в 4 (30,8%) случаях, ацето-белый эпителий/пунктация/йод-негативная зона – у 4 (30,8%), пунктация/йод-негативная зона – у 1 (7,7%) и мозаика/йод-негативная зона – также у 1 (7,7%) пациентки. В 69,2% случаев атипические картины сочетались с III степенью чистоты мазков и цитологическими признаками воспаления и только в 1 случае – с ВПЧ-инфекцией (ацето-белый эпителии/йод-негативная зона). Всем пациенткам с атипической кольпоскопической картиной биопсия вышеозначенных участков не производилась, однако при проведении операции пластики шейки матки по Ельцову-Стрелкову в модификации проводилось глубокое иссечение этих зон с последующим гистологическим исследованием. Остальной контингент проспективной группы получал оперативное лечение в стандартной модификации. У всех пациенток проспективной группы при гистологическом исследовании не выявлено признаков атипических изменений, вместе с тем, в 92,6% наблюдений обнаружены признаки воспаления. До операции у всех женщин проспективной группы по данным УЗИ шейки матки показатели длины, ширины, переднезаднего размера и объема последней были в пределах возрастной нормы. Однако в 15 (55,6%) случаях имели место выраженные кистозные изменения, а при трехмерном сканировании в режиме «прозрачное тело» констатировано наличие обедненного сосудистого рисунка в сочетании со смещением цервикального канала и прерывистым М-эхо эндоцервикса. Через 1 мес просле хирургической коррекции рубцовой деформации шейки матки получены нормальные показатели кровотока при отсутствии кистозных образований в строме экзоцервикса. Пациенткам с ВПЧ- и ЦМВ-инфекций проводилась адъювантная терапия препаратом Панавир (в/в капельно и местно) в общепринятой дозировке, при этом во всех случаях отмечена эрадикация указанных инфекций по данным ПЦР через 1 мес. после лечения. При контрольных кольпоскопическом и цитологическом исследованиях у женщин проспективной группы через 6 месяцев после операции патологических изменений не выявлялось, активные жалобы отсутствовали, шейка матки анатомически была восстановлена, имела субконическую форму с щелевидным наружным зевом.

Выводы. Таким образом: 1) ключевую роль в диагностике и лечении рубцовых деформаций шейки матки играет поэтапное комплексное обследование больных, позволяющее снизить частоту неоправданных хирургических вмешательств при данной патологии; 2) в 92,3% наблюдений рубцовая деформация шейки матки сопряжена с локальным хроническим воспалительным процессом, который в 74,1% случаев носит неспецифический характер; 3) атипические кольпоскопические картины при рубцовых деформациях чаще выявляются при вирусных цервикальных инфекциях; 4) частота сочетания рубцовых деформаций шейки матки с папилломавирусной инфекцией по данным проведенного исследование составляет 14,8%; 5) оптимальным методом лечения рубцовой деформации шейки матки в сочетании с папилломавирусной инфекцией в отсутствии признаков интраэпителиальных поражений шейки матки по данным цитологического исследования является операция пластики по Ельцову-Стрелкову в модификации с глубоким иссечением кольпоскопически измененных участков, которая наиболее эффективно позволяет восстановить нормальное анатомическое строение шейки матки.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Подзолкова Н.М.[1], Аншина М.Б.[2], Шамугия Н.Л.[2], Абляева Э.Ш.[2], Колода Ю.А.[1]

Россия, г. Москва, Российская медицинская академия последипломного образования[1], Центр репродукции и генетики «ФертиМед»[2]

Актуальность

Имеющиеся в современной литературе данные о влиянии ожирения на эффективность программ вспомогательных репродуктивных технологий немногочисленны и противоречивы, но весьма актуальны. По результатам одних исследований ожирение не оказывает какого-либо значимого влияния на исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в то время как данные других авторов свидетельствуют о том, что избыточная масса тела и ожирение могут оказывать неблагоприятное влияние на результаты программ ВРТ (экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида в ооцит (ИКСИ)).

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей влияния избыточной массы тела и ожирения на эффективность программ ВРТ.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы исходы 30 циклов лечения с использованием ВРТ (ЭКО/ИКСИ). Первую группу составили 10 пациенток (13 циклов стимуляции) с избыточной массой тела (индекс массы тела (ИМТ) 25-29,9 кг/м2), вторая группа состояла из 10 пациенток (17 циклов стимуляции) с ожирением (ИМТ >30 кг/м2). Критериями включения явились возраст 18-38 лет; бесплодие, являющееся показанием к проведению лечения методами ВРТ; отсутствие противопоказаний к индукции суперовуляции и вынашиванию беременности. В контрольную группу вошли 12 пациенток в возрасте 18-38 лет без эндокринных нарушений и с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м2), показанием к использованию ВРТ у которых явилось трубно-перитонеальное бесплодие вследствие непроходимости или отсутствия маточных труб.

В качестве критериев эффективности реализации программ ВРТ использовали такие показатели, как продолжительность стимуляции, суммарная доза гонадотропинов на цикл стимуляции, количество и качество полученных ооци-

тов, толщина эндометрия, частота развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ), а также частота наступления биохимической и клинической беременности.

Для проведения статистической обработки данных применялась программа STATISTICA 6.0. Для анализа вида распределения признака использовался критерий Шапиро-Уилка, как наиболее мощный и универсальный. Для оценки достоверности различий результатов до и после лечения применялся t-критерий Стьюдента для нормально распределенных признаков и критерий Вилкоксона для признаков, где распределение отличалось от нормального. Результаты представлены как среднее значение (M) ± стандартное отклонение (SD). Различия сравнимых показателей считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования

Средний возраст пациенток был сопоставим во всех трех группах (32,08±4,29; 31,68±4,3 и 30,0±3,57 соответственно). Средний ИМТ у пациенток с нормальной массой тела составил 20,85±1,28 кг/м2, у пациенток с избыточной массой тела - 27,58±1,02 кг/м2 и у пациенток с ожирением – 33,9±2,5 кг/м2 соответственно. Продолжительность бесплодия у пациенток с нормальной массой тела оказалась несколько ниже (3,81±1,72 лет), чем у женщин с ожирением (5,75±3,67 лет) и с избыточной массой тела (6,45±3,58 лет), однако эти различия оказались статистически незначимы ($p=0,086$ и $p=0,065$ соответственно). У 46,15 % пациенток с избыточной массой тела наблюдались эндокринные нарушения, проявляющиеся синдромом гиперандрогении и эхографическими признаками мультифолликулярных или поликистозных яичников как результат хронической ановуляции. В группе пациенток с ожирением подобные нарушения наблюдались лишь в 20% случаев. Продолжительность контролируемой индукции суперовуляции у пациенток с ожирением оказалась статистически значимо ($p<0,05$) выше, чем у пациенток с нормальной и избыточной массой тела, составив 12,3±2,38 дней по сравнению с 10,6±1,4 и 10,9±1,7 днями соответственно. Самая продолжительная стимуляция в группе с ожирением длилась 17 дней, а у одной такой пациентки цикл стимуляции был отменен из-за чрезвычайно «бедного» ответа. Суммарная доза гонадотропинов, необходимая для проведения одного цикла индукции суперовуляции, у пациенток с ожирением также оказалась значимо выше (3207±839,4 МЕ) по сравнению с группой с избыточной (2434±415,1 МЕ; $p=0,046$) и нормальной массой тела (2363±512,0 МЕ; $p=0,038$). Среднее количество полученных за пункцию ооцитов у пациенток с ожирением оказалось значимо ниже (9,43±5,43), чем у пациенток с избыточной (19,9±9,17) и нормальной (15,0±5,2) массой тела, при этом между последними двумя группами статистически значимых различий по количеству ооцитов не наблюдалось. Тем не менее, следует отметить, что, несмотря на большую продолжительность стимуляции эмбрионы пациенток с ожирением, как правило, отличались достаточно хорошим качеством, и в 56% случаев достигали на 3-е сутки восьмиклеточной стадии развития. Частота наступления биохимической и клинической беременности у пациенток с нормальной массой тела составила 41,7%, с ожирением - 37,5% и у женщин с избыточной массой тела – 23,08%. При проверке достоверности различий между группами оказалось, что у пациенток с избыточной массой тела частота наступления беременности значимо ниже, чем в группах с ожирением ($p=0,048$) и нормальной массой тела ($p=0,036$), в то время как между последними двумя группами различия оказались статистически незначимы ($p>0,05$). У пациенток с ожирением не наблюдалось ни одного случая развития СГЯ. В группе с нормальной массой тела частота СГЯ составила 16,6%, а у женщин с избыточной массой тела – значимо выше (53,8% случаев). В последней группе СГЯ, как правило, развивался у пациенток с исходными мультифолликулярными или поликистозными яичниками на фоне длинного протокола стимуляции.

Выводы

Влияние избыточной массы тела и ожирения на эффективность реализации программ ВРТ неоднозначно. Контролируемая индукция суперовуляции у пациенток с высокими показателями ИМТ, как правило, сопровождается длительной стимуляцией и большой суммарной дозой гонадотропинов, а также снижением числа получаемых ооцитов, что, однако, не отражается ни на качестве получаемых ооцитов, ни на частоте наступления беременности. Таким пациенткам можно рекомендовать высокие начальные дозы гонадотропинов, при этом риск развития СГЯ у этой категории женщин невелик. Пациентки с избыточной массой тела, признаками гиперандрогении и мультифолликулярными/поликистозными яичниками, наоборот, требуют очень осторожного подхода. Проведение контролируемой индукции суперовуляции у таких женщин сопровождается повышенным риском развития СГЯ, поэтому таким пациенткам, по-видимому, более целесообразна стимуляция небольшими дозами гонадотропинов с более тщательным ультразвуковым и гормональным мониторингом роста фолликулов, а также преимущественное использование коротких схем стимуляции с агонистами гонадотропин-рилизинг гормона (Гн-РГ) или режимов стимуляции на фоне антагонистов Гн-РГ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ САЛЬПИНГИТОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПФ И САНАЦИОННОЙ ЛПС

Покиньчереда Т.В., Чертовских М.Н., Кулинич С.И.

Россия, г. Иркутск, ГПЦ, ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей

Стремление к сохранению репродуктивного здоровья при острых инфекционных заболеваниях маточных труб у молодых женщин имеет первостепенное значение. Перспективным в лечении ВЗПМ у молодых женщин является ПФ и санационная ЛПС, обеспечивающие избирательное действие антибиотика, уменьшение его разрушения в системном кровотоке, повышение эффективности терапии и профилактике хронизации процесса.

Цель исследования: оценка роли ПФ и ЛПС в лечении ОВЗ ПМ у молодых женщин и профилактике хронизации процесса.

Материалы и методы:

В соответствии с целью и задачами обследовано и пролечено 72 молодых женщин с ОВЗПМ (основная группа) и 20 здоровых женщин (группа сравнения). В зависимости от клинического течения выделены подгруппы: 1 подгруппа - 42 молодые женщины с катаральным сальпингитом; 2 – 22 женщины с односторонним гнойным сальпингитом; 3 – из 8 женщин с двухсторонним гнойным сальпингитом осложненной формы (классификация В.И.Краснопольского, 2001). ПФ проводился 20 больным 1 подгруппы, 12 – 2 подгруппы и всем – в 3. ЛПС выполнена 10 больным в 1 подгруппе, 11 – во 2 и 3. Релапароскопия для изучения эффективности комплексного лечения АБТ + ПФ выполнена у 8 больных из всех 3 подгрупп. У 6 больных из 2 и 3 подгруппы не удалось сохранить маточные трубы. По анамнезу, вредным привычкам, состоянию менструальной, репродуктивной функций, менархе, достоверных различий в сравниваемых группах не получено. Оценивались общее состояние, симптомы раздражения брюшины, показатели гемодинамики. Изучали гинекологический статус, величину объемных образований в области придатков. Исследовали клинико-биохимические показатели крови.

Микробиологический мониторинг проводили в содержимом из уретры, влагалища и цервикального канала методами бактериоскопии, ИФА, ПЦР и культуральными.

Эхографическое исследование выполнялось на аппарате «ALOKA» SSD-1700 (Япония) в режиме реального времени сочетанием сканирования и цветного картирования тока крови с регистрацией кривых скоростей кровотока в сосудах. Лапароскопию проводили на оборудовании «Karl Storz»(Германия) в операционной под СМА. Плазмаферез проводили 2 или 3 сеансами, объем эксфузии плазмы составлял 30% ОЦП и колебался от 250 до 300 мл. Замещение проводилось физиологическим раствором с добавлением 1,0 антибиотика широкого спектра действия. Для оценки эффективности ПФ использовали клинические (исчезновения боли, гипертермии) и иммунологические методы: люминолзависимую хемилюминесценцию лейкоцитов плазмы крови на «люминометре» 1251 (LKB, Швеция); изучение иммуноглобулинового спектра методом ИФА, определение иммунных циркулирующих комплексов – методом преципитации с ПЭГ и стандартный цитологический анализ крови. Контрольные точки исследования проводились на 1,4,8 и 12 дни с момента госпитализации. Математическая обработка результатов выполнена на ПК программами Microsoft Excel. Значимость различий в группах оценивались по критерию Стьюдента (t) при уровне значимости равным ($p < 0,05$).

Результаты исследования

Средний возраст больных составил 19,3±1,8 года. Пик заболеваемости пришёлся на возраст 18 лет. Все молодые женщины поступили в стационар с болевым синдромом, гипертермией, у 15,3% имели место нарушения менструальной функции. Вполне закономерно выявлено развитие ОВЗПМ, связанное с половой жизнью, промискуитетным поведением и отсутствием или редким использованием барьерной контрацепции. Средний возраст начала половой жизни составил 14,87 ± 0,11 лет. Длительность половой жизни в среднем составила 1,35 ± 0,11 лет. В анамнезе у 53,0% женщин были воспалительные заболевания гениталий и у 35,0% было по 2 эпизода обострений или реинфекции. Длительность заболевания составила 6,19±0,42 дней, наибольшая при осложненной форме ОВЗПМ (11,6±0,5 дней). У молодых женщин характер болей был острым, пальпация живота болезненной, у 15, 3% отмечались положительные симптомы раздражения брюшины. Мониторинг ИППП выявил специфическую (у 63,3%) и неспецифическую (у 20,4%) инфекцию.

Специфическая инфекция выявлена у 38 (55,8%) больных с катаральным и у 12 (17,6%) с гнойным сальпингитом неосложненной формы и у 2 (2,%) с гнойным сальпингитом осложненной формы; неспецифическая у 16 (23,5%) больных. У каждой второй диагностирован хламидиоз, реже – трихомониаз и гонорея. Микст-инфекция выявлена у 43,3 % пациенток (хламидии+микоплазмы+кандиды+трихомонады)

Исследование провоспалительных цитокинов плазмы крови (TNF α и IL 1β) было произведено 72 пациенткам основной группы в острый период заболевания и при клиническом выздоровлении перед выпиской из стационара и однократно 20 молодым женщинам группы сравнения. Уровни цитокинов в остром периоде при поступлении в среднем колебались до 9,08±0,24 пг/мл, IL- β 7,42±0,18 пг/мл, после проведения ПФ к моменту клинического выздоровления снижались до 1,17±0,08 пг/мл соответственно. Уровень провоспалительных цитокинов прямо пропорционален степени деструкции в придатках матки у пациенток с ОВЗП. В 3 подгруппе уровень IL-1β становится выше, чем TNF-α, т.е. он активируется позднее, чем TNF-α. На фоне ПФ уровни цитокинов приближаются к показателям группы сравнения и прогностически означают возможность полного выздоровления без перехода в хронический процесс. В 3 подгруппе уровень IL- β (14,10±0,7 пг/мл) становится выше чем TNF α (11,30±0,30), т.е. он активируется позднее, чем TNF α. На фоне ПФ уровни цитокинов приближаются к показателям группы сравнения (1,15±0,14) и 1,12±0,09) и прогностически означают возможность полного выздоровления без перехода в хронический процесс. В основной группе после проведения сеансов ПФ происходило снижение хемилюминесценции. Лейкоциты крови снизились с 32,4 у.е. до 12,2 у.е., что соответствует показателям здорового человека. В группах без ПФ наблюдалась прямо противоположная картина: в исходном статусе была неадекватной иммуносупрессия клеточного звена, что выражалось в низких значениях ХЛЦ 6,5 у.е., которые в процессе лечения возрастали до 20,9 у.е., что соответствует фазе хронизации воспалительного процесса.

Эхографическое исследование малого таза проведено всем больным при поступлении в стационар, в процессе лечения и накануне выписки.

Сравнение эхографических данных матки и яичников (размеры, структура яичников, выпот, состояние эндометрия) у женщин без ВЗОМТ позволило выявить эхографические особенности при воспалительных процессах придатков матки и эндометрия.

При ОВЗПМ происходило снижение кровотока в артериальном русле матки и более значимо в яичниках, о чем свидетельствовало увеличение ИР и СДО, в сравнении с КСК у здоровых женщин. При осложненной форме ОВЗПМ снижение кровотока в маточных и яичниковых артериях более выражено, чем при катаральном и гнойном сальпингите.

В патогенезе развития ОВЗПМ гемодинамика взаимосвязана с изменениями уровня цитокинов. Мы изучили корреляции между ними (СДО и TNF α и IL-1β) и получили прямо пропорциональную сильную зависимость (ч =+0,84 и ч = +0,88 соответственно СДО и TNF α в артериях матки и яичников и СДО и IL-1β ч = +0,87 и ч = +0,85). Из 72 женщин с ОВЗПМ у 21 были выявлены ООП. Все 72 больные с ОВЗПМ получали комплексное лечение, которое включало АБТ, ПФ (у 37 больных), инфузионную, десенсибилизирующую терапию и хирургическое лечение ЛПС – доступом (у 17 больных).

Показания к ЛПС: выраженный болевой синдром, сдвиг лейкоцитарной формулы, ООП пальпаторно и при УЗИ и нарастание симптомов интоксикации и лейкоцитоза. В основной группе ЛПС проведена каждой 4 больной с целью дополнительной коррекции патологического процесса в малом тазу: уточнения нозологического диагноза, ликвидации экссудата, рассечения спаек, реканализации ампулярного отдела трубы, санации и улучшения репродуктивного прогноза. Релапароскопия для изучения эффективности комплексного лечения АБТ+ПФ выполнена у больных из всех подгрупп: 6 (8,8%) больным из 2 и 3 подгрупп не удалось сохранить маточные трубы.

Из всех приглашенных больных через 3 месяца для уточнения результатов лечения пришли 8 женщин, у 2 из них сохранялись увеличенные и болезненные придатки, у остальных никаких признаков поражения ПМ по результатам УЗИ не выявлено.

Выводы:

- Структура ОВЗПМ была представлена у молодых женщин: двусторонним катаральным сальпингитом (39,9%), гнойным сальпингитом (42,0%), пельвиоперитонит (9,2%). Клинические симптомы заболевания соответствовали степени деструктивных изменений придатков матки.

- Проведение ПФ способствовало снижению ХЛЦ лейкоцитов крови с 32,4 у.е. до 12,2 у.е. и прогностически означало клиническое выздоровление без хронизации процесса. Уровни TNF α и IL-1β в плазме крови являются маркерами степени тяжести ОВЗПМ и деструктивных изменений. ПФ способствует нормализации показателей цитокинов

- Применение ЛПС в сочетании с ПФ позволяет своевременно установить степень выраженности воспалительного процесса, провести органосохраняющие операции и сохра-

нить репродуктивную функцию у 91,2%. При ЛПС мониторинге отмечается исчезновение гнойного процесса, сохранение проходимости труб, объем операции оптимальный – сальпингоовариолизис или санация малого таза. На госпитальном, амбулаторно-поликлиническом этапах комплекс реабилитационных мероприятий позволил получить благоприятный прогноз у 96,2% больных.

- В острый период ВПМ ИР и СДО в яичниковых и маточных артериях выше относительно здоровых ($p < 0,05$) и наиболее высокие при гнойных процессах. Между СДО в маточных и яичниковых артериях и уровнем TNF α и IL-1β при ОВЗПМ имеется прямая корреляционная зависимость.

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН

Полянская И.Б., Летучих А.А., Педдер В.В.

Россия, г. Омск, Омская Государственная Медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии №1

Наиболее частым инфекционным поражением вульвы и влагалища является генитальный кандидоз (ГК). В последние годы удельный вес этого заболевания, в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища составляет 30-45% [1,3].

Возбудителем ГК являются дрожжеподобные грибы рода Candida. В настоящее время описано более 170 биологических видов грибов, среди которых в подавляющем большинстве случаев (85-90%) возбудителем является C.albicans [2].

Высокая частота заболевания, длительное течение, репродуктивный возраст больных, возможность серьезных осложнений со стороны репродуктивной системы, а также частое рецидивирование процесса обусловливает актуальность и социальную значимость проблемы лечения больных ГК.

Целью исследования явилось изучение эффективности нового комплексного озоно-ультразвукового метода лечения генитального кандидоза путем воздействия на ткани влагалища энергией НчУЗ через промежуточный озонсодержащий раствор.

Материал и методы исследования.

Комплексный озоно-ультразвуковой метод лечения больных генитальным кандидозом применен нами у 160 больных женщин, проведенный за период 2003-2007 г.г. на базе женской консультации клинического родильного дома №6. Курс лечения включал 10-12 сеансов. В зависимости от характера лечения и клинического течения ГК все пациенты были разделены на две равнозначные группы. Первая группа (основная) – 100 больных ГК, которым проводилось лечение с применением НчУЗ в сочетании с озоном на фоне применения флуконазола. Вторая группа (контрольная) – 60 больных, которые получали лечение традиционными методами.

Комплексное обследование больных ГК включало: данные осмотра по органам и системам, с учетом сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний, гинекологическое исследование, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала, эндоскопическое исследование (кольпоскопия вагины и шейки матки).

Лечение проводилось нами разработанным комплексным методом, включающим два этапа, применяемых одновременно, в специально оборудованном гинекологическом кабинете с использованием серийно выпускаемой аппаратуры: ультразвуковых гинекологических аппаратов “Гинетон’’ или “Гинетон-2’’, а также аппарата газовой озонотерапии “Озотрон’’. 1 этап – этиологическое лечение с учетом чувствительности к антимикотикам. 2 этап – восстановление влагалищного микроценоза путем использования современной технологии в виде озоно-ультразвукового воздействия. Этот метод нами описан (Омск,1999).

Результаты исследования. Сравнивая две группы больных, отмечены следующие факты: при бактериоскопическом исследовании после семи процедур лечения в основной группе произошло увеличение числа больных с санацией вагины от возбудителя - 84 (84,0%) пациентки и 39 (65,0%) в контрольной группе соответственно, что свидетельствует о более быстрой элиминации микробной флоры при озоно-ультразвуковом воздействии на ткани нижнего отдела гениталий. После 9 сеансов микробиоценоз влагалища восстановлен у всех пациенток в основной группе, тогда как у 3 (5,0%) больных ГК в контрольной группе сохранилась 4-я степень чистоты.

При проведении бактериологического исследования выявлены следующие виды грибов – возбудителей ГК: C. albicans – 86 (86,0%), C. tropicalis – 8 (8,0%), C. glabrata – 5 (5%), C. crusei – 2 (2%).

Выявлено отчетливое различие в клиническом течении и характере сосудистых реакций со стороны воспалительно измененной слизистой влагалища в зависимости от вида возбудителя ГК. Наиболее выраженная клиническая картина наблюдалась при инфицировании C. albicans.Преобладала многоочаговость поражения и затяжное вялое его течение, резистентность к проводимой терапии. Нередки дизурические явления и зуд, бели умеренные. При инфицировании C. glabrata наблюдается бурное течение воспалительного процесса, обильные бели, резко выраженные сосудистые реакции при кольпоскопии. В процесс нередко вовлекаются уретра, наружные половые органы. У больных с C. crusei и C. tropicalis течение ГК более благоприятное. Воспалительные изменения выражены слабее, локализуются только во влагалище, носят диффузный характер с умеренно выраженными белями.

Таким образом, нами обнаружено, что клиническая картина ГК зависит от вида грибов рода кандида. Наилучший терапевтический эффект наблюдался у больных с ГК, обусловленных C. albicans и C. tropicalis – 95,7%. У больных заболевание, вызванное C. crusei и C. glabrata клиническое выздоровление наступило у 80,1%.

Анализ результатов проведенной кольпоскопии после семи процедур лечения в основной группе показал, отсутствие воспалительных явлений у 66,0% больных ГК, тогда как в контрольной группе лишь у 51,0% больных. В тоже время у 6,6% больных контрольной группы при кольпоскопии сохранялась более выраженная воспалительная реакция.

Выводы. На основании проведенных исследований можно утверждать, что данный комплекс озоно-ультразвуковых технологий позволяет осуществлять эффективную санацию вульвы и влагалища у женщин, страдающих ГК, а также управлять процессом коррегирования микробиоценоза влагалища.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Пономарева Ю.Н., Белокриницкая Т.Е., Добросовестнова С.В., Бунина Е.Н., Ломнева Г.М.

Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия, Читинский областной онкологический диспансер, Читинский областной медицинский диагностический центр

Широкая распространенность, разнообразие патологических состояний и потенциальный риск злокачественной трансформации эпителия шейки матки, определяют высокую значимость прогностических критериев возникновения и развития цервикальных неоплазий.

Известно, что в большинстве случаев поражения шейки матки ассоциированы с социально-экономическим статусом, репродуктивным и контрацептивным анамнезом, ранним сексуальным дебютом, травмой шейки матки во время многочисленных родов и абортов, промискуитетом, курением, генитальными инфекциями. Формирование цервикальной неоплазии на фоне инфицирования связано с повреждением механизмов иммунного контроля клеточного гомеостаза шейки матки, обусловленных изменением локальной продукции цитокинов, аберрантным функционированием онкобелков, экспрессией онкогенов, что в конечном итоге определяет нарушения регуляции клеточного цикла, апоптоза, стероидной рецепции, и детерминирует многостадийный процесс неопластической трансформации.

Целью настоящего исследования было изучение прогностической роли различных иммунобиологических параметров в формировании цервикальных неоплазий.

В исследование были включены 94 пациентки с эпителиальными дисплазиями различной степени тяжести и 96 больных раком шейки матки 0-III стадий, находившихся на лечении в Читинском областном онкологическом диспансере в 2001-2005 гг. Возраст обследованных варьировал от 17 до 49 лет, в среднем составив 40,9±6,9 года. Диагностика заболеваний шейки матки включала клинические данные, кольпоскопию, цитологические и морфологические методы исследования.

Для оценки степени влияния различных иммунобиологических параметров на формирование цервикальной неоплазии был проведен многофакторный регрессионный анализ. В математическую модель было включено 14 непрерывных количественных признака: возраст, количество абортов, частота выявления генитальных инфекций, содержание про- и противовоспалительных цитокинов, экспрессия белков апоптоза и пролиферации, частота определения рецепторов эстрогенов и прогестерона. В качестве критерия неопластической трансформации оценивалась степень поражения шейки матки. Отбор значимых факторов для включения в регрессионную модель проводился с учетом коэффициента детерминации с уровнем значимости $p<0,001$.

Этиологическая идентификация инфекций – вируса папилломы человека (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 45 типов, Chlamydia trachomatis (CT), вируса простого герпеса (HSV) I, II типов, цитомегаловируса (CMV), проводилась методом ПЦР-диагностики с использованием тест-систем «АмплиСенс-100-R» (Москва). Определение IL-1β, TNFα и TGFβ (пкг/мл) в цервикальной слизи проводили с помощью стандартных коммерческих наборов для иммуноферментного анализа компании «Протеинконтур» (Санкт-Петербург). Иммуногистохимическое исследование маркеров апоптоза (p53mut, bcl-2), пролиферации клеток (c-erb-B2, PCNA), стероидной рецепции (ER, PgR) осуществляли при помощи моноклональных антител «Dako» (Дания) стрептавидин-биотин-пероксидазным методом.

В результате проведенного исследования было установлено, что наибольшим уровнем значимости и влиянием на прогноз формирования неопластического поражения шейки матки обладали инфицирование HPV высокого онкогенного риска (29,5%) и экспрессия онкогена p53mut (27,1%). Высокую степень значимости имели гиперэкспрессия онкобелка bcl-2 (26,6%), хламидийно-папилломавирусное инфицирование (22,2%), увеличение содержания в цервикальной слизи TGFβ (20,9%), высокая пролиферативная активность клеток (20,9%), гипреэкспрессия онкогена c-erb-B2 (16,4%), снижение уровня экспрессии рецепторов эстрогенов (16,0%) и возрастание локальной продукции IL-1β (14,6%). Влияние герпес-папилломавирусного инфицирования и числа перенесенных прерываний беременности на развитие неопластической трансформации цервикального эпителия было минимальным, составив соответственно 11,1% и 10,5%. Цитомегаловирусная инфекция, уровень продукции TNFα и возраст женщин статистической значимости в формировании предраковых и злокачественных поражений шейки матки не имели.

Таким образом, определение различных иммунобиологических критериев потенциального риска неопластической трансформации цервикального эпителия может эффективно использоваться в формировании групп высокого онкологического риска, требующих динамического наблюдения и своевременного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМ ПОЛ и АОС В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Попова А.Х., Лунева С.Н., Холодков В.А

Россия, Курган. ФГУН РНЦ ВТО им. Академика Илизарова Г.А.

Миома (фибромиома, лейомиома) матки – достаточно распространенная доброкачественная опухоль, встречающаяся у 20-25% женщин репродуктивного возраста (Wallach, 1992). Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10-27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1-2,5% женщин (Вихляева Е.М., Василевская Л.Н., 1991).

В последнее время считается, что в генезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции (хронический воспалительный процесс придатков матки, тонзиллогенная интоксикация, ревматизм и др.), а также наследственная предрасположенность (Гегия Л.К., Кинтария П.Я., 2004). В развитии заболевания играют существенную роль нарушения гипоталамо-гипофизарной системы, функции яичников, надпочечников, щитовидной железы (Buttram and Reiter, 2001). Гормональные сдвиги в ранних стадиях развития опухоли часто нерезко выражены, что обусловлено адаптационной способностью организма (Карпова И.А., 2003). Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсаторных механизмов на первый план начинают выступать более глубокие нарушения сосудистого компонента, играющие важную роль в развитии этой опухоли. Следовательно, комплексная оценка содержания компонентов перекисного окисления липидов в крови больных с миомой матки может быть полезна для понимания патогенетических особенностей заболевания, а также использоваться в качестве дополнительного критерия для диагностики, оценки степени тяжести и раннего прогнозирования быстрого роста опухоли.

Цель исследования: являлось изучение состояние систем ПОЛ и АОС в крови у больных с миомой до и после консервативной миомэктомии и удаления матки.

Материал и методы исследования: Исследовали сыворотку крови 43 женщин больных миомой матки до и после консервативной миомэктомии и удаления матки в возрасте 36 - 63 лет (средний возраст 48,6; из них женщин до и после консервативной миомэктомии (1 группа) было 27 человек (средний возраст 44,8), женщин до и после консервативной удаления матки (2 группа) было 16 человек (средний возраст 52,8),. В качестве нормы использовали значения показателей крови 19 практически здоровых женщин от 18 до 42 лет (средний возраст 32,9). Оценку процессов ПОЛ в осуществляли путем измерения в плазме крови содержания первичных (диеновые коньюгаты - ДК) и вторичных (малоновый диальдегид - МДА) продуктов ПОЛ. Содержание ДК определяли спектрофотометрически по разности оптической плотности между опытной и контрольной пробами при длине волны 232 нм (Орехович

В.Н., 1977.). Определение МДА проводили по реакции с тиобарбитуровой кислотой (Орехович В.Н., 1977.). АОС оценивали, изучая активность фермента – супероксиддисмутазы в эритроцитах модифицированным методом Nishikimi N. et al (1972). Концентрацию продуктов перекисного окисления рассчитывали на мг общих липидов сыворотки, которые в свою очередь определяли с помощью наборов фирмы "La Chema" (Чехия).

Проведенные исследования плазмы крови и эритроцитарной массы показали, что в плазме крови больных с миомой матки до консервативной миомэктомии показатели ПОЛ и АОС достоверно отличались по сравнению с относительно здоровыми женщинами. Содержание в плазме крови ДК было повышено на 15,8%, МДА — на 21,3%, активность СОД в эритроцитах была понижена на 23,0%. В первые сутки после операции отмечалось достоверное повышение концентрации ДК - на 21,1%, МДА - на 28,4% и наблюдалось снижение активности СОД - на 10,9%. Статистически значимые различия показателей ПОЛ – АОС по сравнению с предоперационными значениями сохранялись до 14-х суток. Нормализация показателей системы ПОЛ - АОА у пациенток данной группы наступала лишь у 3 месяцам после лечения.

В крови больных с миомой матки до и после удаления матки показатели ПОЛ и АОС еще больше отличались значений контрольной группы. Содержание ДК было повышено на 23,9%, МДА — на 20,5%, активность СОД в эритроцитах была понижена на 28,7%. В первые сутки после операции отмечалось достоверное повышение концентрации ДК - на 21,1%, МДА - на 28,4% и наблюдалось снижение активности СОД - на 10,9%. Статистически значимые различия показателей ПОЛ – АОС по сравнению с предоперационными значениями сохранялись вплоть до 38-х суток после операции. Нормализации показателей системы ПОЛ - АОА у пациенток данной группы мы не обнаружили даже через 6 месяцев после лечения.

Выводы: полученные данные позволяют заключить, что дисбаланс системы ПОЛ-АОС у больных миомой матки имеет патогенетическую основу. Длительно сохраняющийся дисбаланс ПОЛ-АОС свидетельствует о необходимости включения антиоксидантов на этапах как консервативного, так и оперативного лечения гинекологических больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Прилепская В.Н., Роговская С.И., Чернышева Е.С.

Россия, г.Москва, ГУ Научный центр Акушерства Гинекологи и Перинатологии

.

Актуальность: в последние годы подверглись пересмотру режимы применения контрацептивных гормонов. Отмечена четкая тенденция к сокращению интервала между циклами приема таблеток, которая обеспечивает больший ингибирующий эффект на ГГЯС и меньшее число побочных реакций. Внедряются в клиническую практику схемы так называемой пролонгированной контрацепции, когда препараты применяются в непрерывном режиме более 60 и 80 дней. Особенно этот режим перспективен для использования с лечебной целью, в том числе и для лечения эндометриоза. Уже в настоящее время можно говорить о положительном опыте применения Жанина по продленной схеме. В целом, как свидетельствует зарубежный опыт и наши исследования, интервал между циклами приема не должен превышать 4 дней при традиционной схеме лечения, при этом длительность лечения индивидуальна.

Цель: применение комбинированного пероарльного контрацептива в пролонгированном режиме(63 дня приема активных таблеток с последующим 7 дневным перерывом), для лечения пациенток с эндометриозом в качестве самостоятельного метода и в качестве противорецидивной терапии после хирургического лечения, а так же изучение влияния комбинированного перорального контрацептива на систему гемостаза при применении его в пролонгированном режиме.

Материалы и методы: проведено обследование и лечение 59 пациенток с аденомиозом. Из них 32 пациентки с диагностированным ретроцервикальным эндометриозом и эндометриозом шейки матки, у которых Жанин применяли как самостоятельный метод лечения и 27 женщин у которых Жанин применяли после хирургического лечения - коагуляция очагов эндометриоза во время лапароскопии.

Полученные результаты свидетельствует о высокой эффективности проводимой терапии, как в качестве самостоятельного монометода, так и в качестве противорецидивной послеоперационной терапии, в частности было отмечено купирование основных клинических симптомов: исчезновение дисменореи, уменьшения менструальной кровопотери и снижения выраженности болевого синдрома, хорошей переносимости проводимого лечения у большинства пациенток.

По данным УЗ скрининга была выявлена четкая тенденция к уменьшению выраженности аденомиоза и уменьшение размеров эндометриоидных гетеротопий на фоне проводимого лечения. Основными побочными эффектами, проявившимися во время проведения терапии явились мажущие кровянистые выделения, чаще всего, проявляющиеся в первые три месяца приема препарата, однако, ни у одной пациентки это не явилось причиной отказа от продолжения проводимой терапии. Эффективность лечения составила 94,6 и 89, 7% соответственно. Мы полагаем, что диеногест более приемлем по сравнению с другими видами фармакотерапии у пациенток репродуктивного возраста в виду высокой эффективности, хорошей переносимости, наличия менструальноподобной реакции, малого числа побочных реакций. Нами был проведено анкетирование 365 врачей акушеров-гинекологов, с целью выяснения их отношения и возможного опыта применения комбинированных пероральных контрацептивов в пролонгированном режиме, 58% опрошенных отметили, что уже имели подобный опыт применения КОК для лечения эндометриоза,, с положительным клиническим эффектом.

Изучение состояния системы гемостаза до начала приема комбинированного перорального контрацептива, свидетельствовало о том, что все показатели (фибриноген, протромбиновый индекс (ПИ), r+k тромбоэластограммы (ТЭГ), индекс тромбодинамического потенциала тромбоэластограммы (ИТП ТЭГ),) не отличались от нормативных значений, характерных для соматически здоровых небеременных женщин репродуктивного возраста (P>0,05).

В процессе контрацепции через 3 и 6 месяцев средняя концентрация фибриногена составила 2,35 ± 0,22 г/л и находилась в пределах возрастных нормативных значений (P>0,05). У 43,1% пациенток концентрация фибриногена не изменилась, что свидетельствует об отсутствии патологического (тромбофилического) эффекта данного метода контрацепции. Кроме того, у 13 (56,5%) женщин отмечено умеренное снижение концентрации фибриногена по сравнению с исходными показателями и данными, полученными через 3и 6 месяцев после начала приема комбинированного перорального контрацептива в пролонгированном режиме.

Значения протромбинового индекса (ПИ)- от 93% до 100%, (в среднем - 97,1±±2,6%) мало отличались от величин в контрольном цикле и после 3 и 6 месяцев контрацепции) (P>0,05) все выше сказанное свидетельствует о том, что комбинированный пероральный контрацептив содержащий 0,030мг этинилэстрадиола и 0,150мг дезогестрела в пролонгированном режиме не оказывает влияния на плазменное звено системы гемостаза.

Анализ общей свертываемости крови по показателям хронометрической коагуляци«r+k» ТЭГ достоверно не изменялся в те же сроки наблюдения.

Среднее значение величины показателя «r+k» в целом по группе достоверно не отличалось от исходных показателей и данных через 6 месяцев, и составило 20,4±±0,7 мм (P>0,05).

Аналогичные результаты получены при анализе структурных свойств кровяного сгустка. Следует отметить равномерность распределения ИТП (в среднем - 9,2±±0,4 усл.ед.) у всех пациенток, что можно объяснить достаточно однородным распределением ma ТЭГ в интервале 40-45 мм и «k» ТЭГ (7-10 мм) (P>0,05).

Обобщая данные литературы и собственный клинический опыт, мы полагаем, что диеногест (Жанин) можно рекомендовать в следующих ситуациях:

- Как самостоятельный метод, когда хирургическое лечение не показано или противопоказано;
- В качестве средства предоперационной терапии;
- Для противорецидивной терапии после хирургического лечения.

Однако, следует отметить, что вопрос о пролонгированной схеме лечения должен решается строго индивидуально для каждой конкретной пациентки с учетом возможных показаний и противопоказаний.

Заключение: Таким образом, медикаментозное лечение эндометриоза предполагает возможность применения препаратов различных групп и свойств, в том числе и контрацептивных гормонов. Перспективным препаратом из этой группы является «Жаннин».

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Прокопьева Т.А., Петрова Ю.А., Горбунова Е.Е.

Россия, г. Ижевск, ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия

Понимая «раковую болезнь» как результат биопсихосоциального конфликта в организме, большинство авторов отмечают особый негативный эффект воздействия онкологического заболевания и онкологического диагноза на женщин и подчеркивают необходимость создания реабилитационных стратегий, улучшающих качество жизни (Northouse L.L., Mood D., Kershaw T., 2002). В реабилитационной тактике послеоперационного периода приобретает важность контроль за развитием патологических симптомов, реакций личности на болезнь (Coates A.S., 1997, Winningham M.L., Nail L.M., Burke M.B., 1994).

На основании данных Американского Общества Клинической онкологии (ASCO) в 1990 году постулировано, что после выживаемости вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии является качество жизни (КЖ). При этом в отличие от лечащего врача именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью. Иначе говоря, изучение КЖ больной до начала лечения и в процессе терапии позволяет получить исключительно ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию.

Цель исследования. Оценить качество жизни онкологических больных с хирургической менопаузой на фоне заместительной гормональной терапии (ЗГТ) посредством опросника EORTC QLQ - C 30 (Quality of Life Questionnary-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer), адаптированного для онкогинекологических больных.

Материал и методы. Опрошено 57 больных с диагнозом: рак шейки матки I в - II а стадии и рак тела матки I а стадии, получивших стандартное лечение по радикальной программе (операция, комбинированный метод). Больные находились в позднем репродуктивном периоде и периоде менопаузального перехода со средним возрастом 43,7±1,1 лет. Давность специального лечения колебалась от 1 до 3 лет. В ходе исследования оценивались реабилитационные мероприятия, основным компонентом которых была ЗГТ (климен®, фемостон®, ливиал®, анжелик®).

Методологической основой опросника явились: специфичность к раку, многомерность в структуре (наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ), возможность заполнения самой больной, применимость в различных культурах. Концептуальная модель КЖ включала три компонента: симптомы болезни и их последствия, восприятие, функциональную способность. Современная версия EORTC QLQ-C30 включало 30 вопросов и состояло из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), шкалы общего КЖ и одиночных пунктов. Оценка данных производилась в баллах с последующим пересчетом в процентах, при этом за лучший результат принималось 100%.

Результаты. В результате субъективной оценки КЖ установлены критерии, отражающие важность различных сфер жизни для каждой больной в терминах ее собственных норм и предпочтений. Выявлено, что после специального лечения онкологических больных с хирургической менопаузой наиболее беспокоила усталость (45,24%), страдало общее качество жизни (ОКЖ) (46,26%), ролевое функционирование (50,59%), боль (51,79%). Наименее значимыми были изменения со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, тошнота, рвота, запоры, поносы (75,48%) и социальное функционирование (64,29%).

На фоне ЗГТ наблюдалось улучшение всех функциональных характеристик, приблизившихся к 80-90%, но более положительная динамика прослеживалась со стороны, именно значимых для больных характеристик (усталость, боль, ОКЖ, ролевое функционирование, физическое функционирование).

Выводы. На основании субъективной оценки КЖ, проведенной самими больными, получена интегрально-цифровая характеристика состояния здоровья. Выявлены и измерены определяющие параметры КЖ онкологических больных с хирургической менопаузой. В результате исследования доказана эффективность ЗГТ у опрошенных больных, причем наблюдалась положительная динамика всех функциональных характеристик. Настоящую оценку качества жизни можно считать важным критерием оценки эффективности лечения, имеющую прогностическое значение в плане выбора дальнейших реабилитационных мероприятий. Метод является надежным, информативным и экономичным для оценки здоровья онкологических больных как на групповом, так и на индивидуальном уровне.

СИНДРОМ ТАЗОВОЙ БОЛИ АССОЦИИРОВАННЫЙ С РЕПРОРДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Протопопова Н.В., Семендяев А.А., Исупова Т.А., Семендяева М.А., Бочков В.В.

Иркутск

Женское бесплодие и синдром тазовой боли, являются симптомами множества гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Причины лежащие в основе этих двух состояний нередко многообразны и гетерогенны.

Под нашим наблюдением находилось 1746 больных страдавших синдромом тазовой боли неясной этиологии, у которых при выяснении анамнеза было установлено наличие бесплодия на протяжении 1 - 12 лет.

На заключительном этапе обследования, ввиду неясности диагноза, указанным пациенткам была произведена диагностическая (оперативная) лапароскопия.

В результате которой, у 507 (29,0 %) женщин был диагностирован хронический воспалительный процесс гениталий в виде спаечного процесса в малом тазу, у 469 (26,9 %) - опухолевые и опухолевидные изменения придатков матки (исключая эндометриоидные кисты яичников), у 248 (14,2 %) - наружный генитальный эндометриоз.

Из 1746 пациенток наше внимание привлекли 522 женщин, из которых, у 317 (18,2 %) был выявлен острый воспалительный процесс (абсцессы) малого таза, у 124 (7,1 %) - варикозная трансформация висцеральных вен малого таза, у 81 (4,6 %) – патологического процесса в малом тазу выявлено не было.

Ведущим принципом лечения больных с тазовым болевым синдромом ассоциированным с бесплодием являлась щадящая, органосохраняющая оперативная тактика.

При обнаружении ограниченного гнойного процесса малого таза (пиосальпинкс, абсцесс яичника, тубоовариальный абсцесс, абсцесс прямокишечно-маточного углубления) выполнялось двойное дренирование гнойного очага, с последующим его пролонгированным протеолизом иммобилизованными ферментами (имозимаза), под контролем трансдренажной абсцессоскопии, во время которой удаляли плотные продукты воспаления (патент на изобретение № 2195198). Санационные мероприятия проводили до момента уменьшения перифокального инфильтрата, полного очищения полости гнойника от тканевого детрита, фибрина и сгустков гноя, контракции абсцесса. В послеоперационном периоде, с учетом высеянной микрофлоры, назначалась системная антибактериальная терапия.

Больным с пельвиалгией и конгестивными проявлениями в трубных и яичниковых венах, мы использовали их флебосклерозирование, путем эндоваскулярного введения склерозирующего препарата (положительное решение о выдаче патента на изобретение от 06.10.2006 г.). Целью проведения указанного лечения являлось предупреждение рефлюкса крови по венозным сосудам к яичникам и маточным трубам, что приводит к депонированию и периферическому венозному застою крови, который может способствовать или усиливать болевой синдром, а также повышать температурный градиент тканей, отрицательно влияющему на процесс оплодотворения и раннего развития эмбриона в маточных трубах.

По данным эхографии, в течение месяца после операции у этих больных отмечалось снижение площади бассейна оварио- и сальпингоцелле, что можно объяснить эффектом от склеротерапии, за счет полной или частичной облитерации варикозно расширенных вен, а также уменьшением ретроградного рефлюкса по рено-овариальному и маточно-трубному коллекторам. В послеоперационном периоде указанным больным дополнительно назначали фармакотерапию венотропными препаратами (эскузан, детралекс) и антиагреганты (курантил, трентал), лечебную гимнастику.

В группе больных (81) с так называемым “идиопатическим” характером тазовой боли (по Wessermann U., 2002), абдоминалгию мы связывали или с развитием периферической нейропатии с вовлечением в патологический процесс клетчаточных пространств таза приводящую к развитию тазового целлюлита или с патологической нейрогенной импульсацией с матки, маточных труб и яичников.

С целью прерывания болевых импульсов идущих к нижнему подчревному сплетению нами выполнялась абляция крестцово-маточных нервов.

У части пациентов, которым было проведено такое лечение через 4-12 месяцев отмечено восстановление пельвиалгий, что по нашему мнению связано с патологической нервной импульсацией идущей с висцеральных тазовых органов к верхнему подчревному сплетению, а затем в центральные отделы головного мозга.

В связи с чем, для повышения эффективности абляции крестцово-маточных нервов нами был предложен способ (положительное решение о выдаче патента на изобретение от 12.12.2006 г.) лечения тазовой боли, который заключался в динамическом введении в пресакральное пространство на протяжении 3-7 дней, поливалентной, многофункциональной лекарственной смеси состоящей из: 0,25% - 100-200,0 мл новокаина, преднизолона 30 мг, амикацина 1,0 гр, гепарина 5 тыс Ед, никотиновой кислоты 1,0 мл, сермиона 2,0 мл, которая подавалась через катетер введенный забрюшинно, пресакрального и выведенный на переднюю брюшную стенку.

Дополнительное назначение лекарственных новокаиновых блокад позволило повысить эффективность лечения после абляции крестцово-маточных связок в виде купирования тазового болевого синдрома у 78 (96,3 %) женщин.

В тех же случаях, где тазовая боль сохранялась и после проведенного смешанного лечения (абляции крестцово-маточных связок + пресакральные новокаиновые блокады), нами дополнительно выполнялись каудальные блокады (до 2-6 раз) лекарственной смесью состоящей из раствора лидокаина и гидрокортизона (дипроспан).

В результате комплексного лечения синдрома тазовой боли, стойкий положительный клинический эффект на протяжении 2,5 лет от момента выполнения лапароскопии нами зарегистрирован у 1411 (80,8 %, от 1746) больных.

Восстановление репродуктивной функции за период 2,5 года отмечено у 26,9 % пациенток.

ИММУННОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Пятов А.Ю.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Ростовский Государственный Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии № 2

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают лидирующее положение в структуре гинекологической заболеваемости и особое место в структуре общей заболеваемости. Не вызывает сомнения значение нарушения местного иммунного статуса в патогенезе гинекологических инфекций, но конкретные проявления этого процесса ещё не изучены. Учитывая влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на организм, проявляющееся противовоспалительным, обезболивающим, иммунокорригирующим действием (Коломийцева П.Г.,1996; Бриль П.Е., 2000), представляет интерес использовать лазеротерапию в комплексном лечении хронических сальпингоофоритов.

Цель работы заключалась в изучении нарушений иммунного статуса и их коррекции под влиянием низкоинтенсивного лазерного излучения у больных хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.

Под наблюдением находилось 45 женщин в возрасте от 20 до 28 лет с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы. В первую группу

вошли 22 женщины, лечение которым осуществляли с помощью низкоинтенсивной инфракрасной лазерной терапии в импульсном режиме аппаратом «Азор-2К» в сочетании с традиционными методами лечения (антибактериальной, пробиотической терапией), вторую группу составили 23 пациентки, которым лечение хронических воспалительных заболеваний придатков матки проводили только традиционным методом без применения лазерной терапии.

Согласно данным отечественной и зарубежной литературы, воспалительные процессы внутренних органов малого таза в структуре гинекологической патологии составляют 60-65%, им принадлежит по частоте первое место (Мальцева Л.П., 1981; Краснопольский В.И., Кулаков В.И., 1984; Фролова О.В., Глиняная О.В., 1994; Саидова Р.А., 2003).

Анализ показателей иммунного статуса после проведённого курса стандартной терапии у больных хроническим сальпингоофоритом не выявил существенно значимых изменений клеточного звена иммунитета в контрольной группе (23 человека). Количество CD3+ лимфоцитов, так же как и их субпопуляций (CD4+, обладающих хелперно-индуктивными свойствами, и CD8+, – супрессорно-цитотаксическими) практически не изменились и остались на прежнем сниженном уровне. Следствием этого ИРИ также остался практически на прежнем инверсированном уровне. По-прежнему сниженным сохранилось содержание CD16+ лимфоцитов и в наибольшей степени редуцированным по-прежнему осталось количество лимфоцитов, экспрессирующих CD56+. Количество клеток, экспрессирующих рецепторы адгезии CD11b+, сохранилось повышенным. Лимфоциты, экспрессирующие CD16+ и CD56+ и участвующие в формировании противовирусного иммунитета, существенно не отличались от физиологически значимых величин. Следует отметить, что наряду с продолжающимся угнетением рецепторной экспрессии клеток Т-ряда, на прежнем низком уровне сохранилась и их функциональная активность, что документируется крайне низким содержанием лимфоцитов, экспрессирующих CD25+, CD95+ антигены, а также маркеры поздней активации – HLA-DR+. Готовность лимфоцитов к апоптозу у больных хроническими заболеваниями придатков матки после стандартной терапии осталась без изменений. Отсутствие сколько-нибудь существенных сдвигов после лечения документировалось и в гуморальном звене больных контрольной группы. Так, количество лимфоцитов, экспрессирующих CD20+, существенно не изменилось. Не выявлено значимых изменений и в характере синтеза иммуноглобулинов, а также в соотношении их классов. Выявлена тенденция к снижению ЦИК до 73,4±10,8 у.е. и к увеличению функциональных резервов фагоцитарного звена с увеличением Кстим до 1,64±0,1 у.е. при уровне до лечения 1,25±0,15 у.е.. Не обнаружена также существенная динамика в репрессии рецепторов FcjR (37,8±3,5%) и FcC3R (33,1±4,1%) на поверхности нейтрофилов, документирующих снижение как процессов незавершённого, так и завершённого фагоцитоза. Не произошло значимых сдвигов в активности макрофагов слизистой влагалища. Содержание sIgA составило от 125 до 200 г/л.

У пациентов основной группы (22 человека), получавших наряду с этиотропной терапией лучи лазера, была выявлена выраженная положительная иммунологическая динамика. Анализ показателей иммунного статуса у пациентов этой группы выявил существенные статистически достоверные сдвиги в исследуемых звеньях иммунной системы после проведённой терапии. Так, в клеточном звене отмечено увеличение содержания лимфоцитов, экспрессирующих CD3+, до 1,35±0,05 109 с нормализацией их субпопуляционного состава. Так увеличение содержания лимфоцитов, экспрессирующих CD4+, от 0,47±0,04×109 до 0,60±0,06×109, сопровождается одновременным снижением лимфоцитов, обладающих супрессорно-цитотаксическими эффектами (CD8+ от 0,49±0,06 109 до 0,31±0,07 109), в результате чего происходит статистически достоверное увеличение ИРИ до 1,75±0,32 при его значении до лечения 1,02±0,12. Одновременно уменьшается количество клеток, экспрессирующих молекулы адгезии и увеличивается доля лимфоцитов, несущих рецепторы CD16+ (0,15±0,04 109) и CD56+ (0,17±0,03 109). Позитивные сдвиги, наблюдающиеся в количественном отношении клеток Т-ряда, происходят под действием лазера и в отношении их функциональной активности. Так статистически достоверно увеличение количества лимфоцитов, несущих CD25+ (0,53±0,25 109) и HLA-DR+ (18,1±2,9%), что подтверждает способность низкоинтенсивного лазера стимулировать как раннюю, так и позднюю активационную способность лимфоцитов. Следует отметить выраженную тенденцию к восстановлению функциональной активности лимфоцитов, что верифицируется увеличением содержания клеток, экспрессирующих маркеры ранней (CD25+) и поздней (CD95+ и HLA-DR+) активации. В гуморальном звене иммунной системы также выявлены статистически значимые сдвиги. При этом нормализация содержания CD20+ лимфоцитов (0,12±0,02 109) сопровождается усилением их функциональной активности, что верифицируется увеличением содержания иммуноглобулинов IgA (1,45±0,11 г/л) и нормализацией IgG (13,5±0,5 г/л), улучшением процессов межклеточной кооперации, усилением элиминационной функции иммунокомпетентных структур, нормализацией содержания ЦИК (62,3±9,6 у.е.). Также нормализация статуса заключалась в более быстром выведении ЦИК. К позитивным сдвигам в иммунном статусе следует отнести активацию макрофагальных и нейтрофильных звеньев, что документируется усилением не только процессов спонтанного фагоцитоза, но и увеличением адаптационных резервов нейтрофилов. Существенно увеличилось количество макрофагов, экспрессирующих FcjR (от 34,3±3,1% до 38,0±3,1%) и FcC3R (от 29,2±1,9% до 36,5±3,2%). Отмечены позитивные сдвиги в содержании sIgA (от 540 до 800 г/л).

Таким образом, результаты, полученные при проведении данного исследования, подтверждают наличие вторичного иммунодефицита у больных хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы и выраженное иммуномодулирующее действие лучей низкоинтенсивного лазера. Поэтому представляется целесообразным включение иммунокорригирующей терапии низкоинтенсивным инфракрасным лазерным излучением в комплекс лечебных мероприятий для повышения эффективности традиционной терапии хронического сальпингоофорита.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

Рачкова Е.В., Талызина Е.А., Ишпахтин Г.Ю.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «ВГМУ МЗ РФ», кафедра акушерства и гинекологии

Целю исследования явилось изучение медико-социальных аспектов репродуктивного здоровья девочек в 2004 – 2006 гг.по результатам профилактического осмотра 1425 школьниц в возрасте от 12 до 16 лет.

Гинекологическая заболеваемость у девочек за последние 3 года возросла с 16,67 % до 22,4 %. Первое место в структуре заболеваемости занимали нарушения менструальной функции (36,7 % против 49,06 %) преимущественно первичной дисменореи (23,8 %). гипоменструального синдрома (12,3 %) и ювенильные маточные кровотечения (1,8 %). Второе - нарушение полового развития (35,3 % против 23,8 %). при этом преобладали стертые формы вирилизации, в виде адреногенитального

синдрома, гипоталамического синдрома пубертатного периода и болезни поликистозных яичников (19 %). реже -задержка и отсутствие полового развития (15,4 %). На третьем месте были воспалительные заболевания гениталий (5,63 % против 0,93 %). Редко встречаемая патология гениталий у девочек была представлена врожденными аномалиями матки и влагалища (0,6 %) и опухолями яичников (0,3 %). Наиболее значимыми из социальных факторов были: неудовлетворительные социально-бытовые условия, неполноценное питание. Состояние гинекологического здоровья зависело от осложнений родов, метода родоразрешения, массы новорожденного и течения младенческого периода. Общесоматическая заболеваемость девочек составила 81,6 %. Число общесоматических заболеваний, в расчете на одну девочку в основной группе (2,6 ± 0,012) было выше, чем в контроле (1,55 ± 0,02; $p < 0.01$). Более чем у половины девочек с гинекологической патологией выявлено от 3 до 7 соматических заболеваний, в контрольной группе - 13,1 % обследованных.

Нами сделан вывод, за последние 3 года отмечался рост гинекологической заболеваемости девочек. Структура гинекологической заболеваемости не изменилась, но увеличилось число стертых форм вирилизации и воспалительных заболеваний Социально-бытовые, и медицинские факторы оказывают неблагоприятное влияние на формирование репродуктивного здоровья.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КУЛЬТИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ И ОВАРЭКТОМИИ (ОДНО- ИЛИ ДВУСТОРОННЕЙ)

Репина Н.Б.

Россия, г. Рязань, РязГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Проблема патологических состояний шейки матки с каждым годом занимает внимание всё большего числа акушеров-гинекологов. Это обусловлено как широкой распространённостью, так и высоким онкологическим потенциалом большинства из них. Поэтому в современной оперативной гинекологии, когда идёт речь о планировании оперативного лечения по поводу различных опухолевых заболеваний, всё чаще ставится вопрос о проведении максимального объёма операции.

Цель: изучение состояния культи шейки матки у пациенток в климактерическом периоде, перенесших субтотальную гистерэктомию без придатков или с одно- или двусторонней оварэктомией, в различные сроки после оперативного лечения (но не менее 3-х лет после операции).

Материалы и методы исследования: было выделено 3 группы (1 группа - 30 женщин, которым выполнена субтотальная гистерэктомия без придатков, 2 группа - 30 женщин, которым выполнена субтотальная гистерэктомия с одними придатками, 3 группа - 27 женщин которым выполнена субтотальная гистерэктомия с придатками). Средний возраст составил 53+0,3 года. Все обследуемые женщины выполнили репродуктивную функцию (имеют одного или двух детей).

Показаниями к операции в исследуемых группах была следующая патология: миома матки и доброкачественные опухоли яичников. При изучении анамнеза по патологии шейки матки установлено, что большинство пациенток (44% в 1 группе, 38% во второй группе, 41% в третей группе) получали ту или иную терапию по поводу фоновых процессов шейки матки: химическая коагуляция, диатермоэлектрокоагуляция и консервативное лечение.

Диагностический алгоритм обследования шейки матки включал: расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, гистологическое исследование биоптатов и соскобов из цервикального канала. Все пациентки прошли предоперационное обследование шейки матки.

Результаты исследования: нормальная кольпоскопическая картина у пациенток 1 группы была в 73,3%, во 2 группе в 66,6%, а в 3 группе в 59,2%. Неблагоприятные кольпоскопические данные подразделялись по группам следующим образом: картина воспаления (лёгкая мозаика и небольшая пунктуация, нежный уксусно-белый эпителий) - 10%/13,3%/14,8%; атрофический эпителий – 3,3%/6,6%/18,5%; лейкоплакия 0%/0%/3,7%; ретенционные слизистые кисты 9,9/9,9%/3,7; полип шейки матки 3,3%/3,3%/0. Онкоцитология шейки матки выявила следующие изменения: в 1 группе в 30% отмечалась пролиферация цилиндрического эпителия, а во 2 группе данная патология встретилась у 9,9%, что можно связать с воздействием половых стероидов на эндоцервикс как на орган мишень; в 3 группе пролиферация цилиндрического эпителия не встречалась. Дисплазия тяжёлой степени не встретилась ни в одной группе, что можно объяснить тщательным предоперационным обследованием пациенток. Умеренная дисплазия в 1 группе встретилась в 1 случае (3,3%), во 2 группе дисплазия не выявлена, в 3 группе выявлена в 11,1%. После проведения этиотропной терапии онкоцитология нормализовалась у всех пациенток.

Гистологическое исследование проводили по показаниям тем пациенткам, у которых имелись кольпоскопические и цитологические отклонения от нормальной картины. Заключения данного морфологического исследования были следующими: железисто-фиброзный полип шейки матки, железистый эндоцервикоз с эпидермизацией, гиперкератоз, дисплазия лёгкой или умеренной степени тяжести. Морфологически неудовлетворительная картина в 1 и 2 группах была выявлена в одинаковом проценте случаев, а в 3 группе данные показатели были в 2 раза выше, что может быть обусловлено наличием выраженного гормонального дисбаланса, возникающего вследствие двусторонней оварэктомии.

Выводы: сохранение шейки матки во время гистерэктомии не выявило повышения риска развития онкологической патологии у пациенток с субтотальной гистерэктомией без придатков или с односторонним удалением придатков. При двусторонней оварэктомии стоит соблюдать повышенную онкологическую настороженность даже в случае тщательного предоперационного обследования пациенток, так как женский генитальный тракт, являясь гормонозависимой системой, чутко реагирует на выраженную гормональную перестройку, обусловленную удалением гонад, и это приводит к возникновению множества противоречий (гормональных, физических, химических, биологических), нарушению годами сложившейся взаимозависимости множества факторов, что отражается но повышении риска развития онкологической патологии.

КОРРЕКЦИЯ МУЖСКОГО ФАКТОРА У СЕМЕЙНЫХ ПАР С НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Рижинашвили И.Д., Синюхин В.Н., Бесова Н.В.

Россия. Москва. МОНИИАГ, НИИ Урологии

Актуальность. Известно, что во время беременности супрессия специфического звена иммунной системы матери сопряжена с повышенным риском инфекции. Проблема усугубляется тем, что плод особенно чувствителен к инфекции из-за незрелой собственной иммунной системы и из-за того, что он находится в околоплодных водах, которые являются хорошей питательной средой для бактерий. Внутриутробная

инфекция является одной из причин выкидышей, преждевременных родов, внутриутробной смерти плода. Поэтому для предотвращения причин неблагоприятного течения беременности необходимо проводить детальное клинико - лабораторное обследование не только матери, но и отца, т.к. инфицирование матери в значительной степени зависит от наличия инфекции у мужа. В этой ситуации становится важным в процессе подготовки к беременности проводить совместное лечение супружеских пар.

Цель: Целью настоящего исследования была разработка методики коррекции мужского фактора у семейных пар с невынашиванием беременности.

Материалы и методы: обследовано 85 супружеских пар с невынашиванием беременности, из них 35 пар (группа сравнения) обследовались и лечились по стандартным методикам и 50 пар (основная группа): мужчинам дополнительно проводились: микроскопия эякулята (морфологию сперматозоидов оценивали по классификации Крюгера), MAR- тест, определяли концентрацию Ig G, M, A, E и цитокинов (ИЛ - 1В, ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО-а) в сперме.

Результаты исследования и их обсуждение: анализ полученных данных показал, что в основной группе у 90% больных без ультразвуковых и клинических признаков воспаления, с наличием условнопатогенного возбудителя в сперме и хронической бактериальной инфекцией (вне обострения) значения иммунного статуса находились в пределах нормы, однако в сперме было выявлено повышение концентрации провоспалительных интерлейкинов. У 60% больных с абактериальным простатитом в сперме снижалось общее количество Т- лимфоцитов, а у 90% мужчин с бактериальным простатитом Т - фракция лимфоцитов увеличивалась и возрастало содержание интерлейкинов. У больных мужчин с обострением гнойно-воспалительного заболевания репродуктивной системы резко возрастал уровень провоспалительных и противовоспалительных медиаторов иммунного ответа (ИЛ-1 β, ИЛ-4, ИП-6, ФНО-α), увеличивалась метаболическая активность нейтрофилов с одновременным снижением их фагоцитарной и поглотительной функции. Это сопровождалось снижением количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) и Т-хелперов (CD4+), что явилось основанием для применения в этой группе больных на фоне антибактериальной терапии иммуномодулирующих препаратов. Критерием излечения мужчин и их готовностью к зачатию ребенка считалось не только нормализация УЗИ и бактериологической картины, но и нормализация иммунного статуса и концентрации провоспалительных и антивоспалительных интерлейкинов в крови и сперме. В случае резистентности к проводимой антибактериальной и противовирусной терапии всем больным проводилась целенаправленная иммунокоррекция (Т-активин, миелопид, ликопид, метилурацил, полиоксидоний, виферон II, III).

Для лечения хламидиоза, микоплазмоза, уреаплазмоза использовали препараты группы макролидов (клацид, рулид, макропен, вильпрофен, ровамицин, сумамед), тетрациклинов (доксациклин, монациклин) в стандартных дозах. В случае трихомониаза применяли секнидазол, метронидазол, тинидазол, тиберал, антрикан). При ВПГ использовали широкий спектр противовирусных препаратов, включающих ацикловир, валтрекс, фаммир в сочетании с иммунопрепаратами.

Анализ полученных результатов говорит о том, что количество благополучных беременностей, закончившихся родами при адекватной терапии супруга возрастает на 33,2%.

Выводы: комплексное совместное лечение супругов гинекологом и андрологом позволяет значительно снизить процент невынашивания беременности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Рубченко Т.И.

Россия, Москва, Медицинский центр «Репромед».

Перименопауза - это период нерегулярных менструаций в течение 2-5 лет перед наступлением менопаузы. В современной отечественной литературе этот период характеризуется обычно как постепенное угасание функции яичников, гипоэстрогения, уменьшение размеров яичников, все более редкие необильные менструации и развитие климактерического синдрома – приливов, потливости, урогенитальной атрофии, служащего показанием для назначения заместительной гормональной терапии. Действительно, такой вариант течения перименопаузы существует, длится, как правило, около 2-х лет, начинается в 45-47 лет, а в 47-49 лет наступает менопауза.

Но существует и другой вариант перименопаузы, начинающийся с гиперэстрогении вследствие персистенции фолликулов, описанный еще в 1915 году Schr der, а позднее, в середине 20 столетия, Е.И.Кватером, клинически проявляющийся задержками менструаций, гиперплазией эндометрия с последующими дисфункциональными маточными кровотечениями. Общая продолжительность перименопаузы в таких случаях больше, 5-6 лет, но последние 1-2 года протекают на фоне гипоэстрогении, как при первом варианте. Причиной нарушения ритма менструаций при обоих вариантах перименопаузы является дефицит прогестерона.

Недостаток внимания ко второму варианту перименопаузы привел к тому, что свойственная этому периоду «физиологическая», но часто повторяющаяся гиперплазия эндометрия рассматривается как «патологическая» и по этому поводу назначаются длительные курсы гормонотерапии, а иногда и оперативное лечение. Кроме того, отсутствие четких клинических рекомендаций по ведению этого периода приводит к многократным необоснованным диагностическим выскабливаниям полости матки.

Цель исследования – оптимизация ведения женщин с перименопаузальными нарушениями цикла.

В течение 10 лет под нашим наблюдением находились около 600 женщин. За время наблюдения часть из них достигла менопаузы, но практически ежедневно на прием приходят новые женщины с жалобами на задержку менструации с последующим кровотечением, часто не с одним диагностическим выскабливанием полости матки и разнообразной гормонотерапией в анамнезе, чаще всего необоснованно длительной, с завышенными дозами препаратов, нефизиологичным режимом приема, например, непрерывным, что приводит к кровотечениям прорыва из атрофического вследствие антипролиферативного действия гестагенов эндометрия. Вместо отмены препарата в большинстве случаев терапию гестагенами не только не отменяли, а наоборот увеличивали дозировку, далее провоцируя кровотечение.

Представляется целесообразным основные результаты нашего клинического опыта представить в виде кратких выводов и практических рекомендаций.

1) Желательно, по мере возможности, женщин с еще регулярным менструальным циклом, возраст которых близок к перименопаузальному, заранее, при обращении к гинекологу по любому другому поводу информировать о возможности (и неизбежности) появления в будущем задержек менструального цикла, обусловленных возрастным угасанием функции яичников, о том, что менструации прекращаются одномоментно только у 10% женщин, у остальных задержки могут

продолжаться несколько лет, прежде чем менструации полностью прекратятся. При этом, у кого-то после задержки может быть обычная менструация, у других – кровотечение. Так как заранее нельзя знать, по какому варианту будет протекать перименопауза, то, чтобы избежать кровотечения, следует при первой же задержке менструации на 10-15 дней сделать УЗИ и получить рекомендации врача.

2) Если задержка менструации обусловлена персистенцией фолликула, при УЗИ, как правило, в одном, иногда и в обоих яичниках выявляют жидкостные образования (ретенционные кисты, персистирующие фолликулы) размером от 1,5 до 3-5 см и М-эхо от 8-9 мм до 15-22 мм. Если при толщине М-эха 8-9 мм менструация начнется самостоятельно в ближайшие дни, она будет, скорее всего, обычной. Если она не начнется в течение недели, пациентке следует принять в течение 10 дней гестагены, например, норколут по 5мг в день. Если М-эхо 12-22 мм, то не следует ждать самостоятельного начала менструации, так как она, скорее всего, превратится в кровотечение, поэтому следует незамедлительно назначить гестагены, но уже в большей дозе - норколут по 10 мг в день в течение 7-10 дней. В этом случае желательно на 5-8 день от начала «менструации» (кровотечения отмены) сделать контрольное УЗИ, и если эндометрий останется прежним произвести гистероскопию и диагностическое выскабливание. Обычно такой «гормональный кюретаж» бывает успешным. После первой задержки менструации в течение нескольких месяцев могут быть регулярными, но иногда задерживается уже следующая. Тактика ведения вырабатывается в зависимости от клиники, данных УЗИ (размеры яичников, позволяющие судить об их резерве) и пожеланий пациентки. Одни женщины соглашаются на профилактический прием гестагенов с 16 по 25 день цикла (норколут по 5мг, дюфастон по10-20мг в день) в течение длительного времени, другие желают минимизировать прием гормонов и предпочитают дождаться следующей задержки, сделать УЗИ и в зависимости от толщины М-эха принимать или нет гестагены. При профилактическом приеме гестагенов следует уведомить пациентку, что через несколько месяцев такой практики очередное кровотечение отмены может не начаться, так как из-за прогрессирующего угасания функции яичников и недостаточного синтеза эстрогенов эндометрий может не достигнуть нужной толщины (не менее 6-7 мм) к началу приема гестагенов. Но это не всегда означает, что менструация была последней. Очень часто уже через 2-3 недели после окончания приема гестагенов М-эхо опять оказывается достаточным для повторного приема гестагенов, а иногда даже гиперплазированным.

3) Если при задержке менструации на УЗИ выявляют маленькие, без фолликулярного аппарата яичники и тонкое М-эхо, то через какое-то время может случиться нормальная или скудная менструация или ее вообще уже не будет. Но в некоторых случаях после такой ультразвуковой картины в яичнике могут опять появиться «жидкостные» образования, в эндометрии гиперплазия и т.д. Хорошим индикатором в этом случае может служить прекращение имевшихся ранее приливов. Женщине имеющей приливы в случае их прекращения следует через 2 недели сделать УЗИ. При этом часто выявляется гиперплазия эндометрия или эндометрий, достаточный для для назначения гестагенов.

4) Как быть, если пациентка обратилась уже с кровотечением? Сколько бы не продолжалось кровотечение, эндометрий при гиперплазии полностью отслоиться не может и при УЗИ выявляется характерная картина: жидкостное образование в яичниках и М-эхо от 9-10 до15-20 мм. Если кровотечение не профузное, семейный анамнез пациентки благополучный в отношении рака эндометрия, или она уже подвергалась диагностическому выскабливанию в перименопаузе, неважно, месяц или 2 года назад, и в соскобе не было атипических клеток, назначение норколута по 10 мг в день приведет вначале к остановке кровотечения (в первые 1-2 дня лечения) а при продолжительности терапии 7-10 дней вызовет секреторную трансформацию эндометрия. Через 2-4 дня после окончания приема происходит кровотечение отмены с полноценной десквамацией эндометрия - «гормональный кюретаж».

5) Кроме кровотечений из гиперплазированного эндометрия в перименопаузе возможны длительные кровянистые выделения из атрофичного эндометрия (вследствие замедленной регенерации), иногда достаточно обильные. Для остановки такого кровотечения возможно кратковременное, чтобы не вызвать гиперплазию, назначение эстрогенов - этинилэстрадиол или 17-β-эстрадиола (эстрофем перорально или дивигель трансдермально).

Итак, гестагены в перименопаузе, назначаемые в течение 10 дней, способствуют секреторным превращениям нормального или гиперплазированного эндометрия, предотвращая или останавливая, таким образом, перименопаузальные кровотечения. Прием гестагенов в непрерывном режиме или с 5-го по 25 день, приводящий к подавлению пролиферации эндометрия, в перименопаузе нецелесообразен.

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВОТОКА В СОСУДАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Рубченко Т.И.*, Лукашенко С.Ю.**

Россия, Москва, медицинский центр «Репромед», МГУ им. М.В.Ломоносова**.*

Нарушения мозгового кровообращения, приводящие к инсультам, являются третьей по частоте причиной смертности после ишемических поражений коронарных сосудов и онкологических заболеваний. Эпидемиологические исследования продемонстрировали снижение на 30-40% риска сердечно-сосудистых заболеваний и инсультов у постменопаузальных женщин, принимающих заместительную гормональную терапию (ЗГТ).

Установлено, что 40-50% положительного эффекта ЗГТ на сердечно-сосудистую систему обеспечивается за счет снижения атерогенных фракций крови. Остальные 50-60% успеха - результат снижения активности прокоагулянтного звена гемостаза, повышение содержания в крови происходящего из эндотелия сосудорасширяющего фактора – оксида азота и снижения активности мощного вазоконстриктора – простациклина. Эстрогены способны оказывать прямое влияние на сосудистую стенку, приводящее к повышению эластичности ее, снижению сопротивления кровотоку и увеличению скорости его, что приводит к улучшению кровоснабжения того или иного органа или ткани.

В отечественной литературе имеется достаточно сообщений о состоянии кровотока в коронарных сосудах постменопаузальных женщин и положительном влиянии на него ЗГТ, но практически отсутствуют данные о кровотоке в сосудах головного мозга, хотя неинвазивные методики исследования, такие как ультразвуковая допплерография (УЗДГ), существуют и позволяют изучить кровоток в сонных артериях и их ветвях. УЗДГ, кроме диагностики таких анатомических поражений сосудов головного мозга как окклюзия, стеноз и другие, позволяет измерить максимальную (Vmax) и минимальную скорость кровотока и рассчитать ряд показателей, которые характеризуют эластичность или резистентность сосудистой стенки, например, индекс пульсатильности (ИП), который

рассчитывается как отношение разницы между максимальной скоростью кровотока и минимальной к средней скорости кровотока. Увеличение этого индекса свидетельствует о возрастанииисопротивления кровотоку дистальнее места измерения. Исследованию доступны бифуркация сонной артерии, общая, внутренняя и наружная сонные артерии, а также глазная и вертебральная. В научных статьях обычно ограничиваются анализом кровотока во внутренней сонной артерии (ВСА), ветви которой доставляют мозгу около 70% необходимой ему крови.

Цель работы – изучить допплерографические параметры кровотока во внутренней сонной артерии постменопаузальных женщин и влияние на них ЗГТ.

Было обследовано 108 женщин. Медиана возраста пациенток равнялась 55 годам, медиана длительности менопаузы – 5 лет (от 1 года до 7 лет). УЗДГ проводилась с помощью прибора Angiodine-2 (Франция) исходно и через 3,6 и 12 месяцев на фоне ЗГТ. Для статистической обработки данных применялись непараметрические методы исследования.

По нашим данным, Vmax (медиана) во ВСА равна 2,6 м/сек, при этом имеется значительный разброс значений – от 1,7 до 3,8 м/сек. ИП равнялся 0,88, колебания его еще более выражены – от 0,55 до 2,01. Vmax был достоверно ниже ($p<0,01$) у женщин старше 55 лет (2,4 м/сек), чем у более молодых (2,7 м/сек), и, наоборот, ИП оказался достоверно б льшим ($p<0,01$) у женщин старше 55 лет (0,94), чем до 55 лет (0,88).

Все пациентки страдали от климактерического синдрома, и по этому поводу им была назначена ЗГТ, во всех случаях – комбинированная, так как среди обследованных нами женщин не было подвергшихся гистерэктомии. Исследование обычно проводилось на 5-8 день менструальноподобной реакции у женщин с циклической комбинированной терапией (фемостон 2/10, климонорм, трисеквенс, дивина), то есть в те дни, когда они принимали таблетки, содержащие только эстроген, и в любой день у женщин, принимающих последовательную комбинированную ЗГТ (клиогест, фемостон 1/5), то есть на фоне приема эстрогена вместе с гестагеном. В отличие от других авторов, которые утверждают, что «чистые» эстрогены оказывают более благоприятный эффект на кровоток, чем комбинированные препараты, мы не нашли достоверных различий показателей кровотока при исследовании их во время приема только эстрогенов и во время использования эстрогенов в комбинации с гестагенами, поэтому при анализе не делили их на группы в зависимости от принимаемого препарата.

На фоне ЗГТ произошло достоверное увеличение Vmax (медиана) в ВСА с 2,6 м/сек до 2,8 м/сек ($p<0,05$), но против ожидания увеличился, хотя и недостоверно, и ИП (медиана) – с 0,88 до 0,91, что противоречит всем имеющимся в литературе сведениям, но обращает на себя внимание уменьшение разброса значений как Vmax (2,2 -3,4 м/сек против 1,7 -3,8 до ЗГТ), так и ИП (0,69-1,89 против 0,55 – 2,01 до ЗГТ), что позволяет предполагать, что на фоне ЗГТ происходит своего рода уравнивание показателей кровотока – увеличение низких значений и снижение высоких показателей.

Чтобы подтвердить это предположение, используя возможности непараметрических методов статистического анализа, мы разделили всех пациенток на 3 группы в зависимости от исходной скорости кровотока и изучили реакцию его на ЗГТ. В первую группу вошли 31 женщина (28,7%) с Vmax меньше 2,5 м/сек, во вторую – 46 человек (42,6%) с Vmax от 2,5 до 3 м/сек, третью группу составили 31 женщин (28,7%) с Vmax больше 3 м/сек.

Vmax у женщин 1 группы, с наиболее низкими показателями, в первые 3 месяца увеличилось на 13% от исходного, через 6 месяцев на 26%, через год – на 31%. Во второй группе, со значениями более близкими к медиане, Vmax не изменилась ни через 3, ни через 6 месяцев от начала ЗГТ и только через год отмечено достоверное ($p<0,01$) увеличение ее, но всего на 8%. В третьей группе, с наиболее высокими значениями Vmax, отмечено снижение ее на 9% от исходной через 3 месяца, на 10% через 6 месяцев, в конце года снижение составляло 6% от исходной скорости.

Разделив пациенток на группы с разной величиной ИП (1 группа с ИП меньше 0,8; 2 группа с ИП от 0,8 до 1,0 и третья группа с ИП более 1,0), мы получили следующие данные. ИП в 1 группе увеличился через 3, 6 и 12 месяцев на 8, 5 и 11 % соответственно, во второй группе на 4, 5 и 2%. В третьей группе ИП уменьшился на 3,12 и 9%,соответственно. Такое разнонаправленное изменение параметров кровотока (снижение высоких и увеличение низких) может в какой-то степени объяснить увеличение риска развития инсультов в первый год применения ЗГТ у некоторых женщин при неоспоримом улучшении кровоснабжения у подавляющего большинства постменопаузальных женщин.

Из всего вышесказанного, можно сделать следующие выводы:

1) так как максимальная скорость кровотока и сопротивление кровотоку изменяются на фоне ЗГТ не так однозначно, как принято считать на основании данных, полученных при обычном статистическом анализе (среднеарифметическое значение ± среднеквадратичная ошибка), то женщинам с климактерическим синдромом перед назначением ЗГТ стоит производить УЗДГ не только для исключения анатомических изменений (стенозов, уже имеющихся тромбозов, окклюзий), при наличии которых ЗГТ может привести к нежелательным, последствиям, но и для мониторинга изменений показателей на фоне ЗГТ;

2) эффект ЗГТ на некоторые допплерометрические показатели, такие как максимальная скорость кровотока и индекс резистентности, зависит от их исходного состояния – относительно низкие показатели на ее фоне повышаются, относительно высокие снижаются, достигая при этом «средненормальных» величин;

3) оценку эффективности ЗГТ в отношении кровотока в сосудах головного мозга ввиду такого «разнонаправленного» изменения характеризующих его параметров УЗДГ, должны осуществлять специалисты функциональной диагностики (УЗДГ) и/или невропатологи.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Рубченко Т.И.*, Лукашенко С.Ю.**

Россия, Москва, медицинский центр «Репромед» и МГУ им. М.В.Ломоносова***

Гистерэктомия (ГЭ) - одна из самых распространенных гинекологических операций. Ежегодно в стране производится 600-700 тысяч их, в результате чего среди женщин возрастной группы 45 лет и старше около 25% не имеют матки.

Известно, что наступающий после ГЭ с придатками дефицит эстрогенов влечет за собой клинические последствия, сходные с симптомами естественной менопаузы (ЕМ) – приливы, повышенную потливость, урогенитальную атрофию, неблагоприятные сдвиги в липидном спектре крови, ускорение процессов ремоделлирования костной ткани, приводящее к снижению ее минеральной плотности. Симптомокомплекс, развивающийся после этой операции, называют хирургической менопаузой (ХМ).

Чтобы избежать подобных последствий ГЭ, у женщин, не достигших менопаузы, во время операции стремятся сохранить яичники. Тем не менее, в ряде работ появились сведения о том, что после удаления матки функция яичников из-за на-

рушения их кровоснабжения вследствие перевязки сосудов настолько ухудшается, что авторы рекомендуют назначать и этим пациенткам заместительную гормональную терапию (ЗГТ) для «улучшения кровообращения в яичниках» и «поддержания» их функции. Появляющиеся после операции жалобы на слабость, утомляемость, раздражительность, снижение либидо, авторы этих работ рассматривают как проявления дефицита эстрогенов – так называемый «синдром постгистерэктомии». Так каков тогда смысл в сохранении яичников?

Цель нашей работы – установить, нуждаются ли женщины с сохраненной при ГЭ яичниковой тканью в ЗГТ сразу после операции.

Были обследованы 200 женщин после ГЭ с придатками (1 группа) и 150 с сохраненной, полностью или частично, яичниковой тканью (2 группа). Изучались клиническая картина и уровни гормонов в периферической крови, гонадотропных и половых, в частности – эстрадиола и ФСГ. Женщинам 2 группы в день забора крови производили УЗИ яичников. Для статистической обработки данных использовали непараметрические методы, то есть средние значения приводятся не в виде среднеарифметических, а в виде медиан.

Возраст женщин колебался от 24-х до 67 лет в 1 группе и от 23-х до 61 года до во 2 группе. Средний возраст в момент операции был 43 года в 1 группе и 40 лет - во 2 группе. Длительность послеоперационного периода колебалась от 5-7 дней до 10-15 лет в обеих группах.

У 32 женщин 1 группы содержание гормонов было определено до операции, на 6-7 сутки, когда исчезают возможные влияния операционного стресса, наркоза, инфузионной терапии на уровни гормонов, затем на 11-12 сутки (после выписки из стационара) и через 1-3 месяца. У остальных мы исследовали уровни гормонов через 1, 2, 3, 5 и более лет после операции. Установили, что на 6-7 сутки после операции уровень эстрадиола, до операции равный 267 пмоль/л, снижался до постменопаузальных значений - 33 пмоль/л ($p<0,001$), к 11-12 дню он становился еще ниже (NS), затем слегка повышался к концу месяца (NS), оставаясь на постменопаузальном уровне и далее не изменяясь в течение 10 и более лет. Рост уровней гонадотропинов отмечен уже на 6-7 день - ФСГ с 6,2 МЕ/л (предоперационное значение) увеличился до 16,9 МЕ/л ($p<0,002$). На 11-12 день медиана ФСГ равнялась 59,3 МЕ/л ($p<0,001$), к концу месяца уровни его достигали максимальных значений (100 МЕ/л) и не менялись в последующие 10 лет.

В такие же сроки производился забор крови у женщин, с сохраненной при ГЭ яичниковой тканью. На 6-7 сутки отмечено такое же, как у женщин после ГЭ с придатками, резкое снижение уровней эстрадиола (с 235 пмоль/л до операции до 31 пмоль/л, $p<0,001$), но в отличие от пациенток 1 группы, ФСГ у женщин с сохраненной яичниковой тканью не повышался, а эстрадиол, снизившийся вначале, вероятно вследствие нарушения кровоснабжения яичников, к 11-12 дню достиг значений, свойственных репродуктивному периоду ($p<0,001$). Эстрадиол и ФСГ оставались нормальными в течение длительного времени после операции.

По наличию или отсутствию жалоб на приливы и потливость (симптомы климактерического синдрома), уровню эстрадиола и ФСГ, размерам и структуре яичников, все женщины после ГЭ с сохранением яичниковой ткани, полностью или частично, были поделены нами на 4 группы. 1-я состояла из женщин, яичники которых по размеру и функции соответствовали репродуктивному периоду. Климактерических жалоб у них не было, и в ЗГТ они не нуждались. Во вторую вошли женщины, гормональная характеристика которых, размеры и структура яичников соответствовали начальному периоду перименопаузы, протекающему по типу персистенции фолликулов, то есть они имели нормальные уровни эстрадиола при несколько повышенном уровне ФСГ, в яичниках определялись жидкостные образования ретенционного характера диаметром от 1,5 до 2-4 см. Такая картина у женщин с интактной маткой проявляется гиперплазией эндометрия с последующими маточными кровотечениями и отсутствием приливов. В этот период женщины в ЗГТ также не нуждаются. 3-я группа состояла из женщин, яичники которых были меньшего размера, чем в репродуктивном и перименопаузальном по типу персистенции фолликулов периодах (2 – 2,5 см длиной), но больше, чем у женщин с установленной менопаузой (менее 2 см), со слабовыраженным фолликулярным аппаратом, иногда содержали единичные мелкие, менее 1см в диаметре, жидкостные включения. Уровни эстрадиола и ФСГ были практически постменопаузальными. Эта картина соответствует перименопаузе по типу атрезии фолликулов и у женщин с интактной маткой наблюдается в последние год-полтора перед менопаузой, что клинически проявляется редкими скудными менструациями и приливами. Этим женщинам при наличии приливов уже можно назначать ЗГТ. В 4- группу вошли женщины с установленной менопаузой. Средний возраст наступления менопаузы, установленный у большинства пациенток ретроспективно, по времени появления приливов или по данным УЗИ прошлых лет, во всей этой группе, куда входили женщины не только с двумя яичниками, но и после односторонней овариэктомии, и даже с резекцией единственного яичника, равнялся 45 годам. У женщин с обоими сохраненными яичниками менопауза наступила в среднем в 48 лет, то есть возраст наступления менопаузы после ГЭ зависит от количества сохраненной яичниковой ткани. Следует заметить, что наши оппоненты, утверждающие необходимость назначения ЗГТ сразу после операции, включали в исследование только женщин с полностью сохраненной тканью яичников.

Немедленное и преждевременное наступление менопаузы после ГЭ сохранением яичниковой ткани было отмечено у 4-х из 150 женщин. Всем 4-м вместе с ГЭ была произведена односторонняя овариэктомия и резекция оставленного яичника, при которой очевидно была удалена б льшая часть коркового слоя, содержащего примордиальные фолликулы.

Итак, уровни эстрадиола и ФСГ, ультразвуковая характеристика яичников и время появления приливов свидетельствуют о том, что старение яичников у женщин после ГЭ происходит по тем же принципам, что и при ЕМ.

Диагностировать наступление менопаузы у женщин с сохраненной тканью яичников помогают появление приливов, выявление при ультразвуковом исследовании маленьких (не более 1,5-2,0 см длиной) яичников, не содержащих фолликулярного аппарата. Дополнительное значение может иметь выявление в периферической крови низких уровней эстрадиола в сочетании с высоким ФСГ.

В заключение следует сказать, что единственным неоспоримым показанием для назначения ЗГТ являются жалобы на горячие приливы и потливость вследствие дефицита эстрогенов при возрастном истощении функции яичников, как при ЕМ так и при ГЭ с сохранением яичников, ухудшающие качество жизни, а назначение ЗГТ для улучшения «острого» и кратковременного нарушения кровообращения в яичниках и «поддержания» их функции после ГЭ не соответствует общепринятым показаниям для ЗГТ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОСФЕР РАЗЛИЧНОГО ДИАМЕТРА ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРОМИОМАМИ МАТКИ

Салов И.А., Сладков А.В., Чунихина Н.А., Рогожина И.Е.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета

Эмболизация маточных артерий, как метод лечения послеродовых и послеоперационных кровотечений широко применяется еще с 1979 года. С середины 90-х годов ЭМА применяется как самостоятельный метод лечения при фибромиомах матки. Эмболизация не является хирургической операцией - это малоинвазивная процедура, выполняющаяся под местным обезболиванием. В последнее время для эмболизации маточных артерий применяют микросферы. Частицы ПВА могут иметь различную форму и образовывать суспензии, что приводит к непостоянности эффекта от эмболизации. При эмболизации с использованием микросфер не нарушается кровоток по неизмененным маточным артериям, эмболизируются лишь более крупные артерии фиброзного узла. Эти сосуды имеют диаметр до 0,5 мм. Важным преимуществом эмболизации с применением микросфер является сохранение фертильности.

С августа 2005 года в нашей клинике было выполнено 20 эмболизаций маточных артерий по поводу фибромиом матки. У одной пациентки выполнить катетеризацию маточной артерии не удалось из-за анатомических особенностей. Возраст больных от 23 до 58 лет. Перед эмболизацией и в различные сроки послеоперационного периода всем больным выполнялось ультразвуковое дуплексное исследование, цветовое доплеровское картирование, гистероскопию. Исследовался уровень тропонинов, D-димеров, цитокинов (γ-ИНФ, ИЛ-4, ФНО-α) до и после эмболизации. Во всех случаях эмболизация выполнялась микросферами Bead Block фирмы Terumo диаметром 500-700 и 700-900 мкм., использовался стандартный трансфеморальный доступ. У 9 больных эмболизация выполнялась в два этапа, с использованием двухстороннего доступа. Для облегчения процедуры использовались проводниковые катетеры (производства Cordis и Cook). У большинства больных катетеризацию маточной артерии удавалось выполнить обычными катетерами диаметром 5F, у двух больных для катетеризации маточных артерий пришлось использовать микрокатетер Progreat фирмы Terumo диаметром 2,3F с проводником 0,018 , так как артерии имели небольшой диаметр и сильно извитой ход.

У большинства больных имелся единичный фиброматозный узел расположенный интерстициально. У пяти больных было отмечено субмукозное расположение фибромиомы. Размеры узлов от 40 до 65 мм.

При выполнении ангиографии выявлены следующие анатомические особенности кровоснабжения матки. Маточная артерия начинается в передне-медиальном направлении, под острым углом. У 10 больных начиналась единым стволом с нижней артерией мочевого пузыря. Диаметр маточной артерии – от 2 до 4 мм. Маточная артерия имеет извитой ход. Делая U-образный изгиб, маточная артерия направляется вверх по ребру матки. У двух больных в восходящей части маточная артерия 2-4 петли. У одной больной выявлено отсутствие маточной артерии слева. Наиболее часто маточная артерия являлась ветвью нижней ягодичной артерии. У четырех больных маточная артерия, верхняя ягодичная артерия и нижняя ягодичная артерии начинались от внутренней подвздошной артерии по типу трифуркации. В одном случае маточная артерия отходила от нижней ягодичной артерии под острым углом, в результате чего завести проводник в артерию не удалось. Дифференцировать артерии перифиброидного сплетения легко по их штопорообразному ходу. После выполнения эмболизации ее эффективность оценивалась по отсутствию кровотока в восходящей части маточной артерии и артериях перифиброидного сплетения при контрольной ангиографии. В послеоперационном периоде оценка эффективности осуществлялась при помощи ультразвуковых методов (метод цветной и энергетической допплерографии) – выявлялось отсутствие кровотока в миоматозном узле, постепенное уменьшение и уплотнение узла.

Учитывая, что диаметр артерий фиброзного узла составляет в среднем 500 мкм, наиболее оправданным представляется использование в качестве эмболизационного материала микросфер диаметром 500-700 мкм. У 3 больных использовались микросферы диаметром 700-900 мкм. При оценке результатов контрольной ангиографии после эмболизации выявлена эффективность процедуры, отмечалась окклюзия дистального отдела маточной артерии. На течении ближайшего послеоперационного периода данная особенность не отразилась.

У одной пациентки в конце процедуры развилась клиника тромбоза наружной подвздошной артерии, где находился катетер: быстро наросла боль в ноге, появилось выраженное онемение и похолодание стопы. В экстренном порядке была выполнена тромбэктомия из наружной подвздошной и бедренной артерий с восстановлением магистрального кровотока и хорошим отдаленным результатом.

У одной из больных при повторном гистологическом исследовании после эмболизации в фиброматозном узле были выявлены атипические клетки. Пациентке была выполнена надвлагалищная ампутация матки. В удаленном препарате при последующем макро- и микроскопическом исследовании выявлен некроз фиброматозных узлов при неизмененном окружающим их миометрии. Просвет артерий узлов был заполнен конгломератами микросфер. Данное наблюдение полностью подтверждает эффективность эмболизации маточных артерий при фибромиомах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Салов И.А., Рогожина И.Е., Шехтер М.С., Хворостухина Н.Ф.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета

Рак шейки матки и рак тела матки – это наиболее распространенные опухоли в структуре женской онкологической заболеваемости (Прилепская В.Н., 2000, Бохман Я.Б., 2002). Лечение этой группы больных зависит от стадии процесса и общего состояния. В последние годы в результате определенных недочетов в диспансеризации населения отмечается тенденция к увеличению числа больных с запущенными формами онкологического процесса. Необходимо отметить, что в нашем регионе удельный вес злокачественных новообразований органов репродуктивной системы в структуре онкологической заболеваемости составляет 36,4% (Т.Н.Попова, И.А.Салов, 2006). За последние 10 лет отмечена чрезвычайно неблагоприятная тенденция роста заболеваемости женщин раком шейки и тела матки, а смертность от злокачественных новообразований в женской популяции занимает второе место после болезней сердечно-сосудистой системы. Потери от

злокачественных опухолей в репродуктивном возрасте (20-44 года) у женщин составляют 14,6%.

Несмотря на успехи практической онкологии, достаточно высоким остается процент запущенных форм рака внутренних гениталий, что сопровождается определенными трудностями при лечении данной категории больных (В.Н.Серов, 2001; В.А.Кулавский, 1997). Как известно, при применении лучевой и химиотерапии очень часто рецидивируют маточные кровотечения. Трудности остановки онкологических маточных кровотечений вызваны особенностями органного кровоснабжения, а также развитой сетью коллатеральных анастамозов между ветвями внутренних подвздошных артерий (Стрижаков А.Н. и соавт., 2004, Broder M.S. et al., 2000). Консервативные мероприятия для остановки маточных кровотечений при данной патологии мало эффективны, так как сосуды опухоли нечувствительны к действию сосудосуживающих препаратов (Полякова В.А., 2004). Хирургические вмешательства, когда имеется анемия, массивная опухоль, тяжелая сопутствующая патология, связаны с большим риском и, как правило, невыполнимы. Лапаротомное лигирование подвздошных сосудов травматично и, далеко не всегда, приводит к остановке кровотечения, так как при этом методе не прерывается кровоток по богатой сети анастамозов между ветвями подвздошных артерий (Common A.A. et al., 2001). Бурное развитие ангиографии в 80-е годы 20-го столетия создало возможность осуществлять остановку кровотечения из распадающихся опухолей гениталий с помощью рентгено-эндоваскулярной окклюзии ветвей внутренних подвздошных артерий (Салов И.А. и соавт., 1985, Oliver J.A. et al., 1979).

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности применения эмболизации маточных сосудов в комплексном лечении больных с запущенными формами рака шейки матки.

Под нашим наблюдением находилось 28 женщин, обратившихся за оказанием лечебной помощи в ММУ «1 Городская клиническая больница». У всех больных, после проведенного обследования, был диагностирован рак шейки матки, II – III стадии. Возраст пациенток колебался от 32 до 68 лет. В связи с рецидивирующими кровотечениями, отсутствием эффекта консервативных мероприятий, у 17 больных в экстренном порядке была выполнена перевязка внутренних подвздошных артерий (контрольная группа). В 11 случаях, с гемостатической целью, произведена рентгено-эндоваскулярная окклюзия внутренних подвздошных артерий (основная группа). Первым этапом при осуществлении эмболизации выполнялась артериография таза с введением 35—40 мл контрастного вещества (60 % или 76 % верографин) для диагностики имеющегося поражения и уточнения анатомического строения артерий таза. Затем следовала селективная катетеризация обеих внутренних подвздошных артерий с эмболизацией их металлическими окклюзионными спиралями. Гемостатический эффект был достигнут в течение суток у всех больных. Однако в контрольной группе рецидив кровотечения отмечен у 2 пациенток (11,8%) по истечения 2 недель; у 6 (35,3%) – через 1 месяц. В 4 случаях (23,5%) отсутствовали условия для проведения сочетанной лучевой терапии: тяжелая степень анемии, рецидивирующие маточные кровотечения. В основной группе в течение 2 месяцев наблюдения рецидивов кровотечений не наблюдалось, болевой синдром значительно уменьшился. У двух больных (27,3%), через месяц после эмболизации, была выполнена расширенная экстирпация матки с придатками, в связи со значительным уменьшением инфильтрата в параметральной клетчатке и регрессии опухоли. В остальных случаях пациенткам проводилась лучевая терапия.

Полученные данные свидетельствуют о несомненной эффективности рентгено-эндоваскулярной окклюзии внутренних подвздошных артерий в комплексном лечении больных с запущенными формами рака гениталий.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Салов И.А., Новичков Д.А., Захарова Н.Б., Захарова М.Б.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета СГМУ

Частота женского бесплодия, по данным мировой статистики, увеличилась за последние 5 лет до 18% и имеет тенденцию к дальнейшему росту. При этом на долю воспалительных процессов, в том числе трубно-перитонеального фактора приходится от 30 до 74%. Ставшие рутинными эндохирургические и микрохирургические реконструкции при трубно-перитонеальном бесплодии позволяют в 80-97% случаев восстановить анатомическую проходимость маточных труб (Kurt Semm, 1983; Дж. Пепперелл с соавт.,1983; Дж. В. Рейньяк, 1986; Ордиянц И.М. с соавт., 2003). Однако это не всегда сочетается с восстановлением их функциональных свойств. Кроме того, у ряда женщин отмечается повторное образование перитонеальных спаек. В связи с этим, менее чем у одной трети из числа остальных послеоперационный период, как правило, сопряжен с годами бесплодного ожидания беременности, что вследствие прогрессирующей возрастной инволюции в генитальном тракте редуцирует или вовсе исключает успешность ЭКО. Таким образом, эффективность эндохирургического и микрохирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия зависит от двух факторов – степени выраженности трофических нарушений в стенке самой маточной трубы и индивидуальной склонности к рецидиву спайкообразования. Известно, что физиологические функции маточной трубы необходимые для зачатия, тесно связаны с уровнем кровоснабжения, в особенности с состоянием микроциркуляторного бассейна. А характер репаративных процессов в тканях, равно как и спайкообразование, определяются особенностями иммунной системы. Поскольку трубно-перитонеальный фактор бесплодия, в том числе и внематочная беременность, как правило, возникает на фоне вторичного иммунодефицитного состояния вследствие перенесенных хронических сальпингитов и спаечного процесса в полости малого таза, мы попытались сопоставить возникающие при этом анатомические изменения с их физиологической ролью и состоянием иммунитета. Хорошо известно, что в результате повреждения и/или инфицирования тканей в организме человека развивается многокомпонентная последовательность реакций, направленных на предотвращение дальнейшей тканевой деструкции, активацию репаративных процессов и восстановление исходного гомеостаза. Инициация и основные этапы развития воспалительного ответа контролируются, главным образом, противовоспалительными цитокинами, которые продуцируются в ответ на стимуляцию антигенами возбудителя. Для избежания избыточных проявлений системного воспаления в организме включаются механизмы негативного контроля, опосредованные продукцией противовоспалительных цитокинов и растворимых ингибиторов провоспалительных цитокинов (CARS). При сбалансированном течении CARS подавляет системную воспалительную реакцию. В то же время, при чрезмерной выраженности или пролонгированном течении CARS может индуцировать развитие глубокой иммунодепрессии, что проявляется нарушением процесса репарации. Таким образом, одной из основ патогенеза развития спаечного процесса при трубно-перитонеальном бесплодии является запуск цитокинового каскада, который включает, с одной стороны, провоспалительные цитокины, а с другой – противовоспалительные медиаторы. Баланс между двумя оппозитными группами во многом определяет степень распространенности спаечного процесса. Соответственно, изучение и управление цитокиновым профилем рассматривается в качестве новой мишени

воздействий при лечении больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Кроме того, следует признать, что практически полностью отсутствуют клинические наблюдения и прямые доказательства взаимосвязи между характером/выраженностью иммунных нарушений и изменениями цитокинового баланса у больных со спаечным процессом при трубно-перитонеальном бесплодии. В связи с этим, одной из целей настоящей работы явились изучение цитокинового баланса про- и противовоспалительных реакций, а так же цитокин-опосредованных механизмов формирования и патогенетической значимости системной иммуносупрессии. Для решения поставленной задачи, моделью для исследования мы выбрали трубную беременность.

В исследование были включены 114 женщин со спаечным процессом I-IV степени, с длительностью хронического сальпингоофарита от 1 года до 5 лет, оперируемых по поводу внематочной беременности и здоровые доноры. Удаленная вместе с плодовместилищем труба подвергалась гистологическому исследованию в зонах с сохраненной структурой стенки, то есть на расстоянии 0,5 см от плодовместилища, в области плодовместилища. Окраска парафиновых срезов производилась гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизона. Для суждения об уровне кровоснабжения раздельно подсчитывалось количество артерий и вен в наружной и средней оболочках. Произведение количества артерий и вен на их средний диаметр условно обозначали как суммарную площадь сосудистого русла стенки трубы. И хотя этот показатель не является действительной площадью поперечного сечения сосудов, он дает достаточное представление о васкуляризации стенки трубы на разных ее уровнях. Так исследование показало, что при спаечном процессе в полости малого таза, не превышающем II степени, стенка маточной трубы практически не претерпевала существенных изменений. Структура ее сохраняется, а уровень кровоснабжения существенно не отличается от такового в контрольной группе. При спаечном процессе III-IV степени кроме резкой деформации самой трубы отмечается выраженный склероз ее стенки с редукцией сосудистого русла по сравнению с контролем: площадь артерий редуцируется на 45%, а площадь вен - в два раза.

Сравнительная оценка содержания цитокинов в сыворотке крови больных в сформированных группах показала, что у всех женщин страдающих трубно-перитонеальным бесплодием содержание цитокинов превышало показатели нормы. У женщин со степенью распространенности спаечного процесса III-IV, концентрация IL-4 была достоверно ниже, а уровень TNF-α выше, чем у больных со спаечным процессом I-II степени. Уровень INF-γ в группе больных со степенью распространенности спаечного процесса I-II превышал таковые у больных с III-IV степенью. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клинически значимом изменением цитокинового профиля у больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, что проявляется изменением уровня как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, но тем не менее, оценка соотношения IL-4/TNF-α четко показывает преобладание факторов с иммуносупрессорными свойствами. Максимальные значения соотношения IL-4/TNF-α, свидетельствующие о сдвиге цитокинового баланса в сторону провоспалительных медиаторов наблюдались в группе женщин со спаечным процессом в брюшной полости III-IV степени, что является показателем угнетения нормального иммунного ответа.

При спаечном процессе III-IV степени наблюдается более выраженный сбой в иммунологическом ответе организма и дальнейшее беспрепятствованное развитие и рецидивирование процесса спайкообразования. В связи с этим, реконструктивные михрохирургические и эндохирургические операции при трубно-перитонеальном бесплодии не только трудно выполнимы технически, но и бесперспективны. У этих женщин возможность зачатия может быть достигнута только при экстракорпоральном оплодотворении. Восстановление генеративной функции посредством реконструктивных вмешательств целесообразно производить при распространенности спаечного процесса в органах малого таза не более II степени.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ДОСТУПА СУПРАЦЕРВИКАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Салов И.А., Зиганшина В.А., Хворостухина Н.Ф., Чунихина Н.А., Тарасенко Ю.Н.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета

Миома матки – наиболее частая доброкачественная опухоль женской репродуктивной системы, отмечается у 20-50% женщин репродуктивного возраста. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает 2-е место (после воспалительных процессов). Хирургическое лечение по-прежнему является ведущим методом терапии миомы (Адамян Л.В., 2000 г., Стрижаков А.Н., 2001 г.). На протяжении длительного периода гистерэктомия остается единственной рассматриваемой тактикой оперативного лечения больных миомой матки, поскольку радикальное хирургическое вмешательство, предпринимаемое по поводу данного заболевания, считается обоснованным лечебным воздействием, направленным на сохранение здоровья больной за счет удаления пораженного органа. За последние десятилетия в лечении больных с различными хирургическими заболеваниями все чаще применяются малоинвазивные, прежде всего эндоскопические технологии. В середине 80-х годов прошлого века в хирургическую практику был внедрен лапароскопический доступ который вскоре получил широкое распространение благодаря малой травмотичности, хорошему функциональному и косметическому результату, более легкому лечению послеоперационного периода(П.В. Кудрявцев и соавт., 2007 год). При выполнении эндоскопических вмешательств возникают определенные трудности, связанные со значительными техническими различиями между лапароскопическим и открытым доступами, заключающимися в длительной эвакуации удаленного органа из брюшной полости, отсутствие бинокулярного обзора операционного поля, возникновении сложностей в случае необходимости быстрой остановки интраоперациоиого кровотечения.

Компромиссным вариантом между лапароскопическим и открытым методами вмешательства является использование лапароскопически ассистированных операций при которых основной этап выполняется открытым способом через мини-доступ, но при этом имеются недостатки, связанные с исключением пневмоперитонеума.

Нами предложена лапароскопически ассистированная супрацервикальная ампутация матки влагалищным доступом с максимально длительным сохранением пневмоперетонеума на одном из основных этапов операции, что и явилось целью нашего исследования.

Лапароскопически ассистируемая влагалищная гистерэктомия проводилась под комбинированным эндотрахеальным наркозом в сочетании этапов: лапароскопического и влагалищного. На лапароскопическом этапе использовалось оборудование фирмы Storz. Влагалище обнажалось на зеркалах.

Влагалищная часть шейки матки захватывалась пулевыми щипцами и подтягивалась книзу. Производился полуциркулярный разрез слизистой влагалища ниже пузырной складки. Мочевой пузырь отсепаровывался тупым и острым путем до брюшины переднего Дугласа. С целью гемостаза выполнялась биполярная электрокоагуляция. В полсть матки вводился маточный манипулятор с помощью которого осуществлялась смещение матки.

В положении Тренделенбурга через верхней парумбиликальный разрез устанавливался 10 мм троакар для введения лапароскопа. Для троакаров выполнялись по одному разрезу в обоих нижних квадрантах живота: 10 мм – справа, 5 мм - слева. Пневмоперитонеум CO2. Визуализация органов брюшной полости, осмотр матки, придатков. Круглые связки матки, маточные концы труб и собственные связки яичников, а при удалении придатков- вороко-тазовые связки, коагулировались и разделялись при помощи биполярных щипцов, ножниц, монополярного электрода (в режиме резания). Пузырно-маточная складка рассекалась ножницами, мочевой пузырь мобилизировался тупым и острым путем при помощи ножниц и тупфера.

В брюшную полость, через вскрытую брюшину переднего Дугласа вводится подъемник и обнажается поверхность матки, которая по средней линии захватывается пулевыми щипцами и качательными движениями низводится во влагалище из брюшной полости. При затруднении выведения матки из кольпотомного разреза проводилось ее продольное рассечение и поэтапное низведение. Клеммируются aa.uterinae с обеих сторон. Тело матки отсекается на уровне внутреннего зева несколько выше клеммированных маточных артерий. На культю - спирт. На сосудистые пучки и культю шейки матки узловые швы викрилом. Передний край вскрытой брюшины переднего Дугласа захватывается зажимом и подшивается к брюшине задней поверхности культи шейки матки. Ушивается отдельными узловыми швами передней кольпотомной разрез. Выводится через катетер моча, влагалище обрабатывается антисептическим раствором и тампонируется на 12 часов.

В брюшную полость вводится антибиотик широкого спектра действия, проверка на гемостаз, после чего извлекаются лапароскоп и троакары. Накладываются внутрикожные швы.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни пациенток с миомой матки, обратившихся в ММУ « 1-ая Городская клиническая больница», которым было выполнено оперативное лечение. Основную группу (35 человек) составили больные, которым была выполнена лапароскопически ассистированная операция Rieck. В контрольной группе (30 человек) произведена лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки. Больные в группах были сопоставимы по возрасту, показаним к операции, размерам миомы, а также по степени выраженности экстрагенитальной патологии. Обследование проводилось по единому плану: полное клинико-лабораторное обследование, включая специальные методы исследования (гемореологические исследования, определение иммунного статуса), а также УЗИ, раздельное диагностическое выскабливание эндометрия, эндоцервикса, гистероскопия, кольпоскопия, исследование мазков на онкоцитологию из цервикального канала и поверхности шейки матки, консультации смежных специалистов по показаниям.

Показаниями к гистерэктомии являлись: миома матки размером до 12-13 недель, миома матки в сочетании с аденомиозом, рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия. У пациенток основной группы в 19 случаях была выполнена надвлагалищная ампутация матки без придатков, в 8- удаление придатков матки с одной стороны, в 7- резекция яичника в пределах здоровой ткани в связи с доброкачественными новообразованиями яичников, в 1 случае выполнена экстирпация матки в связи с патологией шейки матки. Во всех случаях диагноз был верифицирован гистологически. Средний возраст больных в группах составил 45,7±2,3 года. В основной группе госпитализация – плановая, один случай – экстренная. В контрольной группе, так же в основном госпитализация плановая, в 3-х случаях – экстренная.

При сравнительной оценке полученных данных выяснилось, что в основной группе продолжительность пребывания в стационаре составила 4±1,3 суток, в контрольной 9±1,9 суток. Продолжительность операции в основной группе составила 75±10,2 мин, в контрольной -86+18,4 мин. Общая кровопотеря в основной группе – 102,1 мл в контрольной – 186,5 мл. В послеоперационном периоде в основной группе отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр у 10 больных (28%). При исследовании общего анализа крови в основной группе лейкоцитоз составил 7,0± 0,5, в контрольной – 10,2± 0,6

Заключение: Анализ проведенных нами исследований показал, что по ряду параметров: меньшая продолжительность пребывания в стационаре, меньшая интраоперационная кровопотеря, более быстрое восстановление физической активности, оптимальный косметический эффект, низкая частота послеоперационных осложнений, полная и быстрая реабилитация. Лапароскопически ассистированная операция Rieck является методом выбора при выполнении радикальных операций по поводу миомы матки.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Салов И.А., Есаулова Н.Е.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета СГМУ

С началом ультрахирургического направления в современном акушерстве, когда были не только расширены показания к этой операции, но и введены новые (в основном со стороны плода), никто не предполагал, какие последствия несет в себе эта операция для здоровья современной женщины.

Цель исследования: изучить гинекологические, эндокринологические, психосексуальные последствия повторной операции кесарево сечение, произведенной более 10 лет тому назад, при выявленной интраоперационной полноценности рубца на матке.

Методы: изучены гинекологические последствия повторной операции кесарево сечение у 97 пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Всем им первое кесарево сечение было произведено по преходящим показаниям: предлежание плаценты или низкое расположение плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты, длительно текущий гестоз II половины беременности, крупный плод и нарушение сократительной деятельности матки, внутриутробная асфиксия плода. У всех пациенток во время повторного кесарева сечения выявлена интраоперационная полноценность рубца на матке. Всем проведено клиническое, инструментальное, лабораторное обследование, исследование тестов функциональной диагностики, индекса массы тела, изучение морфограммы, исследование в плазме крови содержания гонадотропных гормонов гипофиза, половых стероидов, гормонов щитовидной железы спустя 10 лет после операции.

Особое внимание было обращено на 9 пациенток, у которых в послеоперационном периоде и в позднем пуэрперии были гнойно-воспалительные заболевания гениталий на фоне интраоперационной кровопотери более 500 мл и исходной анемии (Hb менее 100 г/л).

Результаты. Средний возраст пациенток составил 37,5±1,2 лет. Наиболее распространенной жалобой этих женщин был болевой синдром – 56 (59,6%), причем у 15 (15,5%) боли были связаны с появлением ретродевиации и у 9 (9,3%) со смеще-

нием матки резко в сторону. А у 32 (33%) пациенток клиническими и инструментальными методами были выявлены различные формы генитального и экстрагенитального эндометриоза. Боли изменили сексуальную функцию, снизили половое чувство, привели к диспареунии и у 29 (28,8%) привели к отсутствию оргазма. Нарушения менструальной функции наблюдались в виде гиперполименореи у 18 (18,5%), альгодисменореи у 10 (10,3%), опсо- и аменореи у 9 (9,3%). У 35 (36%) развился послеродовый нейроэндокринный синдром с нарушением жирового обмена, альгодисменореей или аменореей, вторичным поликистозом яичников. Причем у 15 из них морфограмма имела признаки гипоталамического ожирения. Индекс Brey составил в среднем 35,5. Тесты функциональной диагностики выявили ановуляторные циклы с монофазной ректальной температурой, цервикальным числом, не выше 6 см, КПИ от 12 до 36. Гормональные параметры выявили повышение тестостерона (2,16±0,18), ЛГ (16,8±1,5 МЕ/л), АКТГ (13,4±0,7 нмоль/л), соотношения ЛГ/ФСГ (1,96±0,2) и нормальный или несколько сниженный уровень ФСГ (10,4±1,1 МЕ/л) и эстрадиола (0,28±0,52 нмоль/л). Основные жалобы пациенток, которые перенесли после повторного кесарева сечения эндометриты с гипертермией до 38-39`С или расхождение швов на передней брюшной стенке, отражали стертую или легкую форму послеродовой гипоталамо-гипофизарной недостаточности в виде гипо- и агалактии сразу после операции, аменореи, опсоменореи, утомляемости, слабости, гипотонии, головной боли и уменьшении массы тела с развитием через 1-2 года после операции астенического синдрома с повышенной чувствительностью к холоду, выпадением волос, нарушением сна. Исследования гормонов выявили гипофункцию щитовидной железы (Т3 -26,6±1,6 нмоль/л), яичников (Э2 – 0,8±0,4 нмоль/л), надпочечников (Кортизол – 120,5±12,5 нмоль/л).

Заключение. Все вышеизложенное свидетельствует о снижении функционального состояния яичников, о формировании за годы после операции нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой регуляции с возможным неконтролируемым переходом функциональных нарушений в анатомические, что и обусловливают клинические проявления возникших гинекологических последствий. Поэтому главный вывод нашего исследования в том, что абдоминальное родоразрешение должно быть обоснованной операцией, а известное положение, высказанное Крагеном в 1916 году «Однажды кесарево – всегда кесарево - должно быть пересмотрено».

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ ИЛ–1 В МЕХАНИЗМАХ НАРУШЕНИЯ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И ПОЛИПАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Салов И.А., Курникова В.В., Хворостухина Н.Ф., Захарова Н.Б., Романовская А.В.

Россия, г. Саратов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета

Как известно, в механизмах межклеточного взаимодействия в условиях нормы и патологии участвуют цитокины, регулирующие не только взаимодействие между клетками иммунной системы, но и обеспечивающие реализацию выброса гормонов адаптации при стрессорных реакциях, развитие апоптоза, синдрома системного воспалительного ответа при различных видах патологии. Важная роль в реализации локальных структурных, системных функциональных и метаболических сдвигов при простой гиперплазии и полипах эндометрия отводится ИЛ–1.

Целью работы явилось определение содержания ИЛ–1 в крови пациенток с простой (железистой, железисто-кистозной) гиперплазией эндометрия и полипами эндометрия.

В группу наблюдения и обследования были включены женщины в возрасте 40 – 50 лет, поступившие в стационар с симптомами мено- и/или метроррагии, не страдающие сахарным диабетом, бронхиальной астмой, а также вне периода обострения хронических форм генитальной и экстрагенитальной патологии.

Методы: концентрацию цитокинов (ИЛ-1а) определяли в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест-систем, основанных на «сендвич» - варианте твёрдофазного иммуноферментного анализа (ООО «Цитокин», С.Петербург), с использованием иммуноферментного анализатора «СтатФакс» (Москва).

Результаты проведенных нами исследований позволили выявить неоднозначность изменений уровня ИЛ-1 в крови пациенток с различными видами гиперплазии эндометрия. Так, при простой (железистой и железисто-кистозной) гиперплазии эндометрия имело место значительное снижение уровня указанного цитокина, тогда как при полипах эндометрия отмечено высокое его содержание по сравнению с таковыми показателями контрольной группы сравнения.

Таким образом, возможно при простой (железистой и железисто-кистозной) гиперплазии эндометрия функциональным последствием дефицита ИЛ-1 является нарушение межклеточной кооперации макрофагов, Т- и В-лимфоцитов, подавление процессов созревания Т-лимфоцитов хелперов, продукции ИЛ-2, и соответственно недостаточность вовлечения в иммунный ответ Т- и В- лимфоцитов против клеток, подвергшихся онкогенной трансформации.

В то же время обнаруженное нами увеличение уровня ИЛ-1 в крови пациенток с полипами эндометрия свидетельствует о выраженной активации макрофагальной реакции и усилении индукции иммунного ответа против различных антигенов инфекционной и неинфекционной природы.

Выводы: выявленные нами закономерности нарушения цитокинового статуса при развитии гиперпластических процессов в эндометрии позволяют рекомендовать определение уровня ИЛ – 1 крови в качестве дополнительного диагностического и прогностического критерия оценки тяжести течения заболевания. Мониторинг указанного показателя позволит более эффективно использовать принципы проводимой терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЕСТАГЕНА МИФЕПРИСТОНА У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Самойлова Т.Е., Бурлев В.А., Шорохова М.А.

ФГУ НЦАГ и П «Росмедтехнологий», Москва; Россия

Эндометриоз является одним из наиболее частых гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста, 12-50% менструирующих женщин страдают этим заболеванием. В структуре гинекологической патологии эндометриоз занимает 3-е место после воспалительных заболеваний придатков матки и миомы.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности антигестагена мифепристона у больных с наружным генитальным эндометриозом, страдающих хроническими тазовыми болями и бесплодием, в зависимости от степени распространения заболевания.

Материалы и методы

Нами было обследовано 29 пациенток с диагнозом наружного генитального эндометриоза, находившихся на обследовании и лечении в отделении гинекологической эндокринологии ФГУ НЦАГ и П «Росмедтехнологий». Все больные получали в послеоперационном периоде мифепристон 50 мг в день, начиная со 2 дня менструального цикла, в течение трёх месяцев. Во время лапароскопии все больные были разделены на 2 группы в зависимости от степени распространения заболевания по пересмотренной классификации Американского общества фертильности: I (I-II степень распространения) – 14 пациенток, II (III степень распространения) – 15 пациенток.

Интенсивность боли оценивалась в баллах от 0 до 3 по системе для оценки выраженности болей, предложенной Mac Laverty C.M. и Shaw P.W. в 1995, до оперативного вмешательства и после проведённой консервативной терапии. В этой системе рассматриваются три параметра: дисменорея, диспареуния, а также боль в области таза, не связанная с половым актом или с менструацией (0 – отсутствие боли, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная).

Всем пациенткам в отделении гинекологической эндокринологии ФГУ НЦАГ и П «Росмедтехнологий» выполнены оперативные вмешательства путём лапароскопии. Во время лапароскопии в зависимости от выявленной патологии пациенткам проведены следующие оперативные вмешательства: иссечение и/или коагуляция очагов наружного генитального эндометриоза, удаление эндометриоидных кист яичников, разделение спаек в области малого таза, консервативная миомэктомия, сальпингоовариолизис.

В обоих группах во время исследования проводилась оценка клинических симптомов, побочных эффектов и гормональное обследование - уровни ФСГ, ЛГ, Е2, Т, пролактин, прогестерон, кортизол до оперативного лечения, через 1 и 2 месяца (уровни ЛГ, ФСГ, Е2) после начала терапии и после окончания терапии. Трансвагинальная эхография проводилась до оперативного лечения и после окончания курса терапии в I и II группах.

Результаты исследования

Средний возраст больных I группы (I-II степень распространения) колебался от 32,4±6,08 лет. При изучении гинекологического анамнеза возраст менархе составлял 13,07±1,4 лет, у 85,7% женщин наблюдался регулярный менструальный цикл, у 14,3% женщин наблюдалась олигоменорея, дисменорея отмечалась в 64,3% случаев. По частоте гинекологической патологии эктопия шейки матки встречалась у 50% женщин, миома матки у 21,4%, хронический сальпингоофорит у 21,4%. Нарушение генеративной функции: первичное бесплодие наблюдалось у 64,3% пациенток, вторичное у 21,4% женщин.

Безболезненные менструации отмечались у 21,4%, слабая боль во время менструации – у 28,6%; умеренная – у 42,9%, сильная – не наблюдалась. Отсутствие болезненности при коитусе наблюдалось у 57,1% женщин, слабая болезненность у 28,6%, умеренная у 14,3%, сильная - не наблюдалась. Отсутствие боли в области малого таза, не связанной с половым актом или с менструацией наблюдалось у 78,6%, слабая боль отмечалась у 21,4% женщин, умеренная и сильная боль - не наблюдалась.

На фоне приёма мифепристона по 50 мг в день у всех пациенток данной группы наблюдалась аменорея. Клиническое улучшение отмечалось у всех больных I группы. Во время проводимой терапии уровни ЛГ, ФСГ, Е2 и прогестерона соответствовали фолликулярной фазе, значительных изменений уровней других гормональных показателей не было выявлено. Из побочных эффектов у 4 женщин отмечались жалобы на усталость, сонливость, у 6 пациенток наблюдались приливы до 2-3 раз в сутки, прибавку в весе на 2-3 кг отметили 3 женщины, снижение массы тела на 2-3 кг - у 1 пациентки. У 5 (35,7%) женщин на 3-ем месяце терапии отмечались кровянистые выделения из половых путей различной степени интенсивности, у 3 из них продолжительность кровянистых выделений составила от 3 до 5 дней, у 2 женщин 20-25 дней. 2 женщинам с длительными кровянистыми выделениями была произведена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки. Гистологическое заключение: гормонально зависимые изменения слизистой матки. По данным трансвагинальной эхографии после завершения курса терапии у 2х женщин отмечалось утолщение эндометрия от 1,6 до 1,8 мм, однако, при повторном УЗИ на 5-7 день следующего менструального цикла патологии эндометрия не было выявлено. После окончания терапии менструальный цикл восстановился у всех женщин через 28,6±5,5 дней. Через 2-6 месяцев после окончания курса терапии у 4 женщин (36,3%) из 11 заинтересованных в беременности наступила самопроизвольная беременность, у 3 женщин беременность в настоящее время прогрессирует, у 1 женщины беременность замерла на сроке 5-6 недель.

Средний возраст больных II группы (III степень распространения) колебался от 34,06±6,5 лет. Возраст менархе составлял 12,7±1,2 лет, у 93% женщин наблюдался регулярный менструальный цикл, у 7% женщин наблюдалась олигоменорея, дисменорея отмечалась в 80% случаев. По частоте гинекологической патологии эктопия шейки матки встречалась у 73,3% женщин, миома матки у 40%, хронический сальпингоофорит у 13,3%. Нарушение генеративной функции: первичное бесплодие наблюдалось у 33,3% пациенток, вторичное у 6,6% женщин.

Безболезненные менструации не наблюдалось ни у одной пациентки, слабая боль во время менструации отмечалась – у 33,3%; умеренная – у 6,7%, сильная – у 13,3%. Отсутствие болезненности при коитусе наблюдалось у 60% женщин, слабая болезненность у 33,3%, умеренная у 33,3%, сильная - не наблюдалась. Отсутствие боли в области малого таза, не связанной с половым актом или с менструацией наблюдалось у 40%, слабая боль отмечалась у 26,7% женщин, умеренная у 33,3%, сильная боль - не наблюдалась.

На фоне приёма мифепристона по 50 мг в день у всех пациенток данной подгруппы наблюдалась аменорея. Клиническое улучшение отмечалось у 14 (93,3%) из 15 больных данной подгруппы, у одной больной отмечался рецидив заболевания через 6 мес после оперативного лечения, проявляющийся в возобновлении болевого синдрома. Во время проводимой терапии уровни ЛГ, ФСГ, Е2 и прогестерона соответствовали фолликулярной фазе, значительных изменений уровней других гормональных показателей не было выявлено. Из побочных эффектов у 8 женщин отмечались жалобы на усталость, сонливость, у 9 пациенток наблюдались приливы до 2-3 раз в сутки, прибавку в весе на 2-3 кг отметили 2 женщины, снижение массы тела на 2-3 кг наблюдалось у 4 пациенток. У 3 (20%) женщин на 3-ем месяце терапии отмечались мажущие кровянистые выделения из половых путей от 3 до 5 дней. По данным трансвагинальной эхографии после окончания курса терапии у 2х женщин отмечалось утолщение эндометрия от 1,6 до 1,8 мм, однако, при повторном УЗИ на 5-7 день следующего менструального цикла патологии эндометрия не было выявлено. После окончания терапии менструальный цикл восстановился у всех женщин через 26,75±6,2 дней. Через 2-6 месяцев после окончания курса терапии у 3 женщин (30%) из 10 заинтересованных в беременности наступила самопроизвольная беременность, которая в настоящее время прогрессирует.

Анализируя данные исследования, основной жалобой больных I группы являлось бесплодие, а больных II группы - боли в области малого таза различной степени интенсивности и характера. Поэтому цель лечения больных I группы заключалась в дальнейшем наступлении беременности, во II группе - достижение клинической эффективности, заключающейся в уменьшении болевого синдрома. В каждой группе эти задачи были выполнены. У каждой 3 больной в обоих группах

наступила самопроизвольная беременность. Побочные эффекты на фоне проводимой терапии были слабо выражены. Основной риск при длительном назначении мифепристона – развитие железисто-кистозной гиперплазии мы не наблюдали ни у одной пациентки.

Выводы: Таким образом, результаты предварительного исследования свидетельствуют, что применение антигестагена мифепристона по 50 мг в день в течение трёх месяцев после хирургического лечения наружного генитального эндометриоза можно рассматривать как альтернативный метод комплексного лечения этого заболевания при I, II, III степенях распространения заболевания.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АМЕНОРЕЕЙ

Самохвалова К.В.[1] , Уварова Е.В.[1], Агарков В. А.[2], Бронфман С.А.[3]

[1]Россия, г. Москва, ФГУ Научный Центр Акушерства Гинекологии и Перинатологии Росмедтехнологий

[2]Россия, г. Москва, Институт психологии РАН

[3] Россия, г. Москва, кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФПДО ММА им. И.М. Сеченова

По данным зарубежной литературы нормогонадотропная аменорея (НГА) составляет от 15 до 48% в структуре вторичной аменореи, и с каждым годом эти цифры увеличиваются. Среди причин, вызывающих НГА, наиболее часто фигурируют три основные – потеря веса, психологический стресс и комбинация двух предыдущих факторов с повышенными физическими нагрузками. По мнению ряда авторов нормогонадотропная аменорея – это, прежде всего, проблема взаимосвязи между психикой и телом. НГА можно назвать проблемой неадекватного телесного реагирования на факторы окружения и/или «ошибкой» в восприятии ситуации (проблемы, социума) как потенциально опасной для выживания или сохранения самоуважения.

Психогенные факторы условно можно разделить на 2 группы: 1) внезапно возникающие внешние стрессогенные факторы или психические травмы; 2) постоянно существующие факторы окружения, связанные с нарушением взаимодействия внутри семьи, взаимоотношениями с первичными объектами раннего детства (прежде всего, с матерью и отцом), результатом чего может стать нарушение психосексуального развития, внутрипсихические конфликты и страхи, связанные с реальными или мнимыми нарушениями в полоролевом поведении, проявлениями сексуальности и взаимоотношениями с противоположным полом.

В отечественной психиатрии и психологии исследования влияния этих факторов на развитие НГА не проводилось. За рубежом были проведены исследования по изучению влияния когнитивных установок, касающихся еды, веса, а также установок относительно жизненного стиля и совладающей стратегии поведения на развитие НГА.

Цель: изучить психологические особенности у девушек с нормогонадотропной аменореей.

Материалы и методы: было обследовано 10 девушек с нарушением менструального цикла по типу вторичной нормогонадотропной аменореи. Возраст обследуемых был от 18 до 23 лет и в среднем составил 20,1 год ±1,9 лет. Продолжительность аменореи колебалась от 6 месяцев до 2,4 лет (в среднем 1,2 года). Всем больным определяли содержание в сыворотке крови пролактина (Прл), эстрадиола (Э2), тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4св), а так же наличие аутоантител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Кроме того, предметом исследования являлись личностные особенности, уровень симптомов депрессии, тревожность, выраженность признаков посттравматического стресса, особенности внутренних психических конфликтов пациенток с НГА в сравнении с контрольной группой. Использовали следующие методики: сокращенный вариант MMPI (Березин, Мирошников, Соколова, 1994), опросник депрессивности Бека (BDI), шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, опросник травматического опыта (LEQ-2), проективный тест исследования личности ТАТ (тематический апперцептивный тест).

Результаты: согласно полученным результатам, среди всех обследованных не было выявлено увеличения уровня Прл выше нормативных показателей. Среднегеометрические показатели Прл в сыворотке крови составили 242 мМЕ/л (min 147 max 430), при норме 120-500 мМЕ/л. У 3 обследуемых выявлены различные отклонения в секреции ТТГ. Так в одном случае отмечено снижение ТТГ, до 0,7 ммоль/л при нормотироксинемии. У 2 пациенток определяли увеличение ТТГ до 3,8 и 4,0 ммоль/л, при норме 1,0-3,5 ммоль/л, и нормальных показателях АТ-ТПО. При анализе показателей стероидных гормонов у 5 девочек из 10 выявлено снижение уровня эндогенного Э2, средние геометрические значения составили 87,9 пмоль/л (min 62 max 143) при норме 150-480 пмоль/л. У других 5 девочек уровни Э2 не выходили за рамки нормативных значений и составили 199,8 пмоль/л (min 152 max 288 пмоль/л). Интересно отметить схожие психо-социальные характеристики пациенток: все девушки имели высокую степень интеллектуального развития, выраженные волевые качества, со стремлением к самоутверждению, были прилежными, старательными, отличницами. Учитывая неэффективность проводимой ранее негормональной и гормональной терапии у пациенток на протяжении от 1,5 до 5 лет (в среднем 2,8 лет) было решено оценить психологические особенности девушек, а так же изучить влияние различных психогенных факторов на развитие НГА. Контрольную группу составили 10 девушек такого же возраста без патологии в репродуктивной сфере.

Полученные данные и их статистическая обработка показали, что опросник Спилбергера-Ханина (ситуативной и личностной тревожности) не обнаружил статистически значимых отличий у девушек обеих групп. Среднее значение общего балла по шкале депрессии Бека для группы пациенток с НГА находилось в пределах нормы, т.е. не обнаружено признаков клинической депрессии у девушек с данной патологией. Статистически значимых отличий по общему баллу BDI между группами "НГА" и "норма" не обнаружено. У группы пациенток с НГА наблюдалось меньшее число психотравмирующих событий и событий экстремального стресса, но при этом выявлено высокое, по сравнению с другими группами нормы (Тарабрина, Агарков и др., 2001), среднее значение общего балла ШОВТС. Это позволяет предположить, что у пациенток с НГА более высокий уровень травматизации, несмотря на меньшее число реально пережитых травматических событий. Опросник MMPI показал повышенные значения по шкалам 7,9,5 в усредненном профиле группы "НГА". Повышение показателей по 7-ой шкале часто свидетельствует о постоянной готовности к возникновению тревоги, которая носит т.н. диффузный характер, не связанный с каким- либо стимулом или представлением. Так же повышение по 7-ой шкале в сочетании с повышенными показателями по 9-ой шкале свойственно лицам с высокой активностью, сочетающейся с тревожностью. Сравнительный анализ профилей двух групп дает основание предположить об отличном от группы "нормы" типе личности у пациенток с НГА. По данным методики ТАТ были выявлены преобладающие защитные тенденции в отношении темы беременности и взаимоотношений между полами у группы пациенток с НГА.

Выводы: Таким образом, данные нашего пилотажного исследования, не подтвердили гипотезу о том, что пациентки с НГА имеют более высокий уровень тревожности, чем девушки из группы «нормы». Однако у них наблюдается более высокий уровень выраженности признаков посттравматического стресса, несмотря на меньшее число реально пережитых травматических событий. Этот факт можно рассматривать как указывающий на «особую уязвимость» к воздействию потенциально травмирующих событий у пациенток с НГА. Согласно полученным данным по MMPI, у пациенток с НГА преобладают нарциссические и обсессивно-компульсивные тенденции. Необходимо отметить, что у лиц с высокими показателями по 7-й шкале обнаруживается повышенное внимание к отрицательным сигналам, кроме того, им свойственен высокий «внутренний стандарт» (перфекционизм). Статистически значимые отличия по шкалам 7 и 2 свидетельствуют о более выраженных депрессивных тенденциях у девушек из основной группы (не доходящих до уровня клинической депрессии).

ВОЗМОЖНОСТЬ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сандакова Е.А., Зимовина У.В., Касатова Е.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Росздрава»

Несмотря на большие достижения гинекологической эндокринологии за последние годы, проблема коррекции климактерических расстройств остается актуальной. Это связано с наличием противопоказаний к заместительной гормональной терапии, высокая стоимость некоторых препаратов, недостаточной стойкостью эффекта многих относительно безопасных способов лечения.

Цель исследования – разработать и оценить эффективность комплекса негормональной коррекции психовегетативных нарушений у женщин в ранней постменопаузе.

Материалы и методы исследования. Обследовано 95 женщин в возрасте 52 ± 3,6 года, в ранней постменопаузе. Основную группу исследования составили 84 пациентки с климактерическим синдромом (КС) различной степени тяжести (29 человек - легкой (Модифицированный Менопаузальный Индекс (ММИ) = 27 ± 5,4), 35 - средней (ММИ = 44 ± 7,7), и 11 пациенток - тяжелой степени (ММИ 61 ± 2,7)). В качестве группы сравнения обследовано 21 женщина с физиологическим течением климактерия.

Эффективность предложенного комплекса негормональной коррекции психовегетативных нарушений оценена у 25 женщин (легкой степени КС – 14 человек (ММИ = 26,3 ± 3,2), средней степени КС – 9 человек (ММИ = 41,8 ± 6,8) и тяжелой степени КС – 2 женщины (ММИ = 61,5 ± 1,5). Контроль за эффективностью лечения осуществлялся через месяц после начала терапии. Комплекс лечения включал фитоэстрогены (Климадинон), препарат магния в сочетании с пиридоксином гидрохлорид (Магне-В6), обладающий антистрессорным воздействием, цитопротектор метаболического типа действия с антигипоксическими свойствами (блокатор образования карнитина) (Милдронат) и воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем нетепловой интенсивности в сочетании со светотерапией с помощью аппарата «Инфита-С».

Всем женщинам помимо стандартного гинекологического обследования, проводилось психофизиологическое тестирование. Для объективной оценки состояния вегетативной нервной системы использовали анализ вариабельности сердечного ритма (ВРС) с помощью компьютерной программы «Поли-Спектр-Ритм» на аппарате «ВНС-Микро» (Михайлов В.М., 2002).

Результаты исследования. У женщин с климактерическим синдромом легкой и средней степени тяжести имеются перенапряжение и истощение регуляторных систем, что при отсутствии адекватной коррекции выявленных нарушений приводит к срыву адаптации и развитию тяжелого климактерического синдрома. Применение предложенного комплекса терапии позволяет уменьшить проявления КС в виде нейровегетативных нарушений в тесте ММИ (до лечения – 26,4 ± 12,3 баллов, после – 14,2 ± 7,8 баллов ($p<0,01$)), психоэмоциональных симптомов (до лечения – 9,5 ± 3,3, после – 5,6 ± 1,2 ($p<0,01$)) и в меньшей степени метаболических нарушений (до лечения - 5,1 ± 2,4, после – 4,2 ± 1,8 ($p<0,05$)). Уменьшение психоэмоциональных проявлений на фоне лечения демонстрирует психофизиологическое тестирование: уменьшение высокого уровня реактивной тревожности (с 48 ± 9,8 до 39 ± 7,2 баллов ($p<0,05$)), в меньшей степени личностной тревожности (с 51 ± 8,3 до 47 ± 9,2 баллов ($p<0,05$)), усиление эмоциональной стабильности по тесу Айзенка (с 18,2 ± 5,7 до 14,9 ± 3,3 баллов ($p<0,05$)) и уменьшения уровня депрессии в тесте Бека (с 27,2 ± 5,7 до 23 ± 8,3 ($p<0,05$)). Спектральный анализ ВРС позволяет объективно доказать эффективность лечения в виде положительного его влияния на текущее функциональное состояние организма и в большей степени на адаптационный потенциал. Так, наблюдается увеличение общей мощности спектра ВРС, которая без лечения регрессивно снижается с нарастанием тяжести климактерического синдрома (ТР при КС легкой степени = 686 (492; 867), после лечения ТР = 1286 (756; 1469) ($p<0,01$); ТР при КС средней степени = 435 (286; 581), после лечения ТР = 781 (634; 882) ($p<0,01$); при тяжелом КС ТР = 271 (198; 329) после лечения ТР = 410 (332; 496) ($p<0,05$). Положительной особенностью терапии является уменьшение гуморально-метаболических влияний на сердечный ритм как признака энергодефицитного состояния (до лечения VLF = 57,7 (35,1; 89,3), после - VLF = 48,4 (37,1; 55,3) ($p<0,01$)), и уменьшения симпатико-парасимпатического отношения за счет увеличения парасимпатических влияний (до лечения LF/HF = 2,46 ± 1,9, после - LF/ HF = 1,1 ± 0,36 ($p<0,05$)).

На вегетативную реактивность проведенное лечение не оказало существенных влияний, по данным активной ортостатической пробы (АОП) до лечения показатель К 30:15 = 1,18 ± 0,7, после - К 30:15 = 1,19 ± 0,9 ($p>0,05$). При оценке вегетативного обеспечения деятельности выявлено, что данная терапия позволяет модулировать имеющиеся разнонаправленные нарушения (уменьшать избыточную активацию симпатической нервной системы при КС легкой и средней тяжести (до лечения LF/HF в АОП = 6,46 ± 2,3, после - LF/ HF в АОП = 2,9 ± 2,36 ($p<0,05$)) и потенцировать сниженную активацию симпатической нервной системы при тяжелом КС за счет уменьшения избыточной активации церебральных эрготропных и гуморально-метаболических влияний.

Таким образом, предложенный метод негормональной коррекции психовегетативных нарушений является эффективным средством повышения адаптационного потенциала у женщин ранней постменопаузе, позволяет уменьшить нейровегетативные и психоэмоциональные проявления климактерического синдрома, улучшить текущее функциональное состояние и резервные возможности организма.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Санта-Мария Фернандес Д.О., Кузнецова И.В.

Россия, г. Москва, ГОУ ДПО РМАПО Росздрава

Число больных, страдающих ожирением, с каждым годом растет не только среди взрослого, но и среди детского населения. Помимо того, что в организме человека оно нарушает деятельность практически всех органов и систем, сочетаясь и усугубляя такие заболевания, как сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др., оно также играет большую роль в нарушении репродуктивного здоровья. Практически у 70% пациенток с ожирением в пубертатном периоде развиваются нарушения менструального цикла, а женщины репродуктивного возраста, страдающие им, составляют основной контингент пациенток, обращающихся к гинекологу по поводу бесплодия, и в его структуре лидирующее место занимает эндокринный фактор. Однако гормональная коррекция нарушений менструальной функции при наличии ожирения непростая задача. Рутинно назначаемые в повседневной практике гормональные препараты для коррекции менструального цикла у этой категории пациенток, зачастую негативно влияют на метаболические процессы, усугубляя расстройства жирового и углеводного обмена, что в свою очередь, ведет к недостаточной или неадекватной реакции на гормонотерапию.

Цель исследования: оценить эффективность орлистата, метформина и спиронолактона в сочетании с диетотерапией в лечении подростков и молодых женщин с нарушениями менструального цикла и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 74 пациентки в возрасте от 14 до 29 лет, средний возраст обследуемых составил 24,6 ± 2,7 лет. У 48 (64,8%) пациенток менструальная функция была нарушена по типу олигоменореи, у 9 (12,2%) – на фоне олигоменореи отмечались метроррагии, у 9 (12,2%) – аменорея, а у 8 (10,8%) пациенток по типу метроррагии. Средний возраст менархе у обследуемых пациенток составил 12,43 ± 1,32 года. Длительность нарушений менструального цикла варьировала от полугода до 15 лет, и в среднем составила 5,78 ± 3,86 лет. Избыточная масса тела зафиксирована у 26 (35,1%) пациенток с индексом массы тела (ИМТ) от 25 до 29,9 кг/м ; у 33 (44,6%) диагностировано ожирение I степени; у 8 (10,8%) – ожирение II степени, а 7 (9,5%) – ожирение III степени. Распределение подкожно-жировой клетчатки по андроидному типу было у 48,6% пациенток, а у 51,4% по гиноидному. Показатель окружности талии в среднем составил 94,23 ± 9,97 см, а среднее соотношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) - 0,83 ± 0,05. Нарушенная гликемия натощак была выявлена у 2 (2,7%) пациенток, все они были из группы женщин раннего репродуктивного возраста. Нарушенная толерантность к глюкозе диагностирована у 22 (29,7%) пациенток. Пациенток с сахарным диабетом 2 типа выявлено не было. В липидном спектре у обследуемых наблюдались следующие нарушения: гиперхолестеринемия у 36 (48,6%) пациенток, гипертриглицеридемия у 16 (21,6%), повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛ ЛПНП) – у 11 (14,9%). Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХЛ ЛПВП) был снижен у 42 (56,8%) пациенток. Повышение ЛГ и соотношения ЛГ/ФСГ выше 2,5 с формированием СПКЯ наблюдалось у 20 (27,0%) пациенток, изолированное повышение тестостерона и/или андростендиона у 27 (36,5%) пациенток, у 13 (17,6%) пациенток совместно с повышенными уровнями яичниковых андрогенов отмечалось повышение кортизола и ДГЭА –сульфата.

Все пациентки в течение 6 месяцев получали терапию метформином 500-1000 мг/сут, орлистатом 360 мг/сут и спиронолактоном 50 мг/сут. Орлистат и метформин назначался в режиме постоянного приема, а спиронолактон – курсами по 20 дней, начиная с 10 дня менструального цикла. Совместно с проводимой медикаментозной терапией всем пациенткам была рекомендована гипокаллорийная диета с ограничением доли жиров в рационе и дозированная физическая нагрузка.

Исходно и после лечения проводилось общее клиническое исследование, оценка антропометрических показателей: рост, вес, ИМТ, окружности талии и бедер, соотношение ОТ/ОБ, ультразвуковое исследование органов малого таза в динамике. В гормональном профиле определяли: лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), пролактин, тестостерон (Т), эстрадиол (Е2), дегидроэпиандростендиона сульфат (ДГЭА-С) андростендион (А4), кортизол и половые стероиды связывающий глобулин (ПССГ), рассчитывался индекс свободных андрогенов (ИСА = Т/ПССГ*100) и индекс свободных эстрогенов (ИСЭ = Е2/ПССГ). Для оценки состояния жирового обмена в биохимическом исследовании крови, оценивались показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), ХЛ ЛПВП ХЛ ЛПНП. Для выявления нарушений углеводного обмена, определялись уровни глюкозы и инсулина как натощак, так и в ходе проведения перорального глюкозотолерантного теста. Инсулинорезистентность выявляли путем расчета индекса HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерных программ Microsoft Exel, “Biostat”, “SPSS for Windows” 15,0. Достоверными различия принимали при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: на фоне терапии у всех пациенток отмечалась потеря массы тела в среднем на 8,69 ± 4,51 кг, что соответствовало 9,52% от исходных значений; ИМТ снизился примерно на 9,49%. При этом отмечалась нормализация углеводного обмена, что заключалось в отсутствии пациенток с нарушенной толерантностью к глюкозе после лечения, и в достоверном снижении индекса HOMA-IR с 4,55 ± 3,45 до 2,47 ± 1,26 ($p<0,001$). В липидном спектре крови отмечено статистически значимое снижение уровней: ОХС с 5,22 ± 1,03 до 4,53 ± 0,61 ммоль/л ($p<0,001$), ТГ с 1,27 ± 0,65 до 0,84 ± 0,36 ммоль/л ($p<0,001$), ХЛ ЛПНП с 3,37 ± 0,95 ммоль/л до 2,52 ± 0,57 ммоль/л ($p<0,001$), а уровень ХЛ ЛПВП достоверно повысился с 1,27 ± 0,35 до 1,63 ± 0,37 ммоль/л ($p<0,001$). В гормональном профиле после снижения массы тела достоверно снизился уровень Т с 2,62 ± 0,69 до 1,64 ± 0,49 нмоль/л ($p<0,001$), А4 с 15,01 ± 3,53 до 11,95 ± 2,9 ($p<0,001$) и повысился уровень ПССГ с 23,48 ± 4,75 до 33,58 ± 7,39 ($p<0,001$), что привело к статистически значимому снижению ИСА с 11,91 ± 5,53 до 5,23 ± 2,31($p<0,001$) и ИСЭ с 9,46 ± 5,63 до 6,32 ± 3,01 ($p=0,034$).

Одновременно с нормализацией углеводного и жирового обмена, снижения выраженности гиперандрогении, были отмечены положительные изменения в характере менструальной функции – восстановление менструальной функции зафиксировано у 61 (82,4%). Из них у 30 пациенток восстановился ритм менструаций, а у 31 пациентки овуляторные менструальные циклы. У 5 (31,3%) из 16 пациенток из группы женщин раннего репродуктивного возраста, которым на момент обследования был выставлен диагноз бесплодия, после снижения массы тела наступила спонтанная беременность. В 13 (17,6%) случаях сохранилась олигоменорея, но было замечено, что периоды между менструациями у них значительно сократились. Следует отметить, что у пациенток с сохраняющейся олигоменореей процент потери массы тела был достоверно меньше, чем у пациенток с восстановившейся менструальной функцией, 7,7% и 10,1% соответственно ($p<0,05$).

Выводы: комплексная терапия, направленная на снижение массы тела у пациенток с нарушениями менструального

цикла и ожирением патогенетически обоснована, и характеризуется высокой вероятностью восстановления менструальной функции (у 82,4% пациенток), при условии потери веса на 10% и более от исходного. При сохранении стойкой ановуляции к комплексному лечению ожирения необходимо подключать гормонотерапию.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНТИОВАРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, АНТИТЕЛ К ПРОГЕСТЕРОНУ И ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ

Сароян Т.Т., Менжинская И.В., Веряева Н.А., Корнеева И.Е., Сухих Г.Т.

Россия, г. Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии «Росмедтехнологий»

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) – ятрогенное состояние, в основе которого лежит нефизиологический ответ яичников на экзогенное введение препаратов - индукторов овуляции в программах вспомогательных репродуктивных технологий, обычно развивается в лютеиновой фазе цикла или на ранних сроках беременности. В основе развития этого состояния лежит синдром избыточной сосудистой проницаемости с массивным выходом жидкости в «третье пространство». Тяжелая форма СГЯ сопровождается нарушением функции органов и систем всего организма. В последнее время в литературе большое внимание уделяется особенностям иммунного статуса у пациенток с СГЯ. Многочисленные исследования в этой области показывают выраженное нарушение иммунной системы с преобладанием в сыворотке крови провоспалительных цитокинов, С-реактивного белка, снижение концентрации иммуноглобулинов G и A. На фоне такого иммунного дисбаланса создаются неблагоприятные условия для имплантации и дальнейшего развития эмбриона, что может приводить к самопроизвольному прерыванию беременности в ранние сроки. Многие авторы отмечают высокий процент самопроизвольных выкидышей у женщин с тяжелой формой СГЯ. В то же время нет данных о влиянии СГЯ на аутоиммунные процессы. По последним научным данным, наличие антител к хорионическому гонадотропину и прогестерону ассоциируется с угрозой невынашивания беременности.

Целью исследования явилась оценка частоты встречаемости антиовариальных антител, антител к прогестерону и к хорионическому гонадотропину человека (ХГЧ) у женщин с СГЯ.

Материал и методы исследования: в исследование включены 40 пациенток (1 группа) с тяжелой формой СГЯ, средний возраст которых составил 30,4 ± 3,8 лет. Группу сравнения (2 группу) составили 72 женщины с разными формами бесплодия до включения их в программу ЭКО. Стимуляцию суперовуляции проводили по длинному протоколу с аГнРГ(n = 33) и короткому (n = 7) по стандартным схемам. Забор крови в основной группе осуществлялся на момент манифестации клинических симптомов СГЯ, что соответствовало 8-10 суткам после введения овуляторной дозы хорионического гонадотропина, и в сроке 10-14 недель беременности. Поддержку лютеиновой фазы индуцированного цикла осуществляли препаратами прогестерона (микронизированный прогестерон интравагинально – у всех 40 женщин, у 9(22,5%) – одновременно масляной раствор прогестерона для инъекций). В обеих группах определяли уровни суммарных антиовариальных антител (IgM, IgG, IgA) в сыворотке крови методом ИФА с использованием коммерческих наборов фирмы ORGENTEC Diagnostica GmbH (Германия). Определение уровней антител к прогестерону и к ХГЧ проводили методом ИФА по методикам, разработанным в лаборатории клинической иммунологии ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий».

Результаты: длительность бесплодия у пациенток с тяжелой формой СГЯ составила 5,9 ± 3,5 лет. В структуре причин бесплодия преобладали трубно-перитонеальный (32,5%) и мужской факторы (30%). Эндокринный фактор бесплодия составил 22,5%, эндометриоз и идиопатическое бесплодие выявлены в 7,5% случаев каждый. У 23 (57,5%) женщин в анамнезе неоднократные попытки ЭКО, у 1 (2,5%) – неразвивающиеся беременности на разных сроках, у 2 (5%) – самопроизвольные выкидыши.

На момент манифестации клинических симптомов СГЯ повышение уровня антиовариальных антител (> 10 Ед/мл) отмечено у 16 (40%) женщин. В группе сравнения (n = 72) повышенный уровень указанных антител выявлен у 3 женщин (4,2%), что почти в 10 раз меньше основной группы.

Анализируя частоту встречаемости антител к прогестерону у женщин с тяжелой формой СГЯ, нужно отметить, что на момент манифестации СГЯ антитела к прогестерону выявлены у 23 (57,5%) пациенток: IgM – у 15 (37,5%) больных, IgG – у 16 (40%), оба класса – у 8 (20%). В группе сравнения антитела к прогестерону обнаружены у 27,8% пациенток: IgM – у 16,7%, IgG – у 13%. Таким образом, частота обнаружения антител к прогестерону в основной группе почти в 2 раза превысила группу сравнения. Антитела к ХГЧ на момент манифестации СГЯ были обнаружены у 14 (35%) женщин: IgM – у 6 (15%), IgG – у 9 (22,5%), оба класса антител – у 1 (2,5%).

Следует отметить, что высокий уровень указанных антител сохранялся и в сроке 10-14 недель.

Отмечены также некоторые особенности течения беременности у женщин с тяжелой формой СГЯ: репродуктивные потери составили 30% (из них 22,5% -самопроизвольное прерывание беременности, 7,5% -эктопическая беременность), у 17 женщин (42,5%) беременность протекала с угрозой самопроизвольного выкидыша.

Выводы: выявленную в нашем исследовании высокую частоту обнаружения антиовариальных антител, антител к прогестерону и хорионическому гонадотропину у женщин с тяжелой формой СГЯ, по-видимому, можно объяснить ответом иммунной системы на экзогенное введение гормонов на фоне выраженных изменений в общем иммунном статусе или возможным усилением при СГЯ исходно аутоиммунных нарушений. Исследования в этом направлении будут продолжены в связи с важной ролью указанных антител в развитии осложнений беременности.

ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сашин Б.Е., Адамян Л.В., Козаченко И.Ф., Арсланян К.Н., Селиверстов А.А.

ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий», Москва, Россия

Недержание мочи у женщин одна из наиболее распространенных и трудных проблем современной гинекологии. Лечение и реабилитация больных недержанием мочи имеет не только медицинское, но и социальное значение. Методы лечения недержания мочи зависят от типа недержания мочи: стрессового, ургентного или смешанного.

Лечение стрессового недержания мочи (СНМ) в основном хирургическое. Успешное лечение СНМ определяется как адекватной диагностикой, так и индивидуализированным выбором метода операции.

В отделении оперативной гинекологии НЦ АГиП проведено хирургическое лечение 249 пациенток со стрессовым и смешанным недержанием мочи с использованием методик TVT, TOT, TVT-O, TVT-S. Определена эффективность и безопасность указанных операций, а также проведено сравнение результатов хирургического лечения. В I группу (n=81) вошли пациентки, которым была проведена операция TVT, во II группу (n=166) вошли пациентки, которым была проведена операция TVT-O и TOT. Двум пациенткам было проведено TVT-S, они не были включены в исследование.

Всем пациенткам было проведено комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, гинекологический осмотр с проведением тестов и проб функциональной диагностики, ведение дневника мочеиспусканий, заполнение анкет-опросников по недержанию мочи (Urogenital Distress Inventory (UDI-6) and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)), проведение комплексного уродинамического исследования.

Средний возраст больных составил 54.8±9.6 лет. У пациенток II группы отмечено статистически значимое преобладание индекса массы тела по сравнению с пациентками I группы (25,96±1,77; 28,27±2,9, соответственно; $p<0,05$). Преимущественно абдоминальное распределение подкожной жировой клетчатки отмечено у 13% пациенток II группы. В климактерическом периоде было 68% больных. Менопауза наступила в среднем в 52,2±4,2 гола, длительность постменопаузы составила в среднем 8,5±5,2 года. Среднее число беременностей составило 4±3, среднее число медицинских абортов — 3±2, среднее число родов 2±1. Средняя масса тела рожденных детей составила 3823+492г. Роды крупным плодом были у 49% женщин. В 1 группе продолжительность заболевания составила в среднем - 6,1±4,1 года, в II группе — 8,3 ±6.9 лет ($p<0,05$). Возраст в момент выявления заболевания составил в среднем 47,7±10,3 лет.

При проведении комплексного обследования наличие СНМ или смешанной формы недержания мочи было подтверждено у всех пациенток. Так, по данным профилометрии уретры максимальное уретральное давление (55,9±14,3; 52,0±7,4 см. вод. ст., соответственно) и давление закрытия уретры (38,1±2,1; 36,5±1,3 см. вод. ст., соответственно) было достоверно снижено у всех больных ($p<0,05$), что свидетельствует о недостаточности замыкательного аппарата уретры. Статистически значимое уменьшение функциональной длины уретры отмечалось у всех больных (18,4±5,1; 16,9±5,7 мм, соответственно, $p<0,05$). Индекс уретрального сопротивления был низким в обеих группах (0,11±0,07; 0,081±0,05, соответственно). При цистометрии спонтанные повышения детрузорного давления отмечены у 1 пациентки I группы и у 3 пациенток II группы.

Перед операцией показатели UDI-6 и IIQ-7 были 56,1 and 49,5 в группе TVT и 51,2 and 51,9 в группе TOT, после операции отмечено статистически значимое снижение этих показателей до 18,5 и 10,3 ($p<0.01$); 22 и 14,7 ($p<0,01$), соответственно.

Показаниями для хирургического лечения было наличие только СНМ у 30% больных, наличие СНМ в сочетании с опущением половых органов у 58%, наличие СНМ в сочетании с органической патологией внутренних половых органов у 13%. Коррекция СНМ и сочетанной гинекологической патологии была выполненная влагалищным (89%) и лапаровагинальным (11%) доступами. Продолжительность операций (28,6±3,9, 26,6±5,6 мин, соответственно), объем кровопотери (25±15,4, 30±15,1 мл, соответственно), длительность койко-дня (6±2, 8±4, соответственно) зависели от объема оперативного вмешательства. Одномоментное выполнение комбинированных хирургических вмешательств не привело к увеличению длительности послеоперационного периода. Осложнений во время операций не было. За период наблюдения до 5 лет эффективность влагалищных операций TVT и TOT составила 97%.

Необходимость катетеризации мочевого пузыря в послеоперационном периоде зависела от объема оперативного вмешательства. При выполнении только антистрессовой операции катетеризация мочевого пузыря проводилась не более одних суток, а при выполнении ре конструктивно-пластических операций катетеризация проводилась до 5 суток с целью предупреждения контакта мочи с раневой поверхностью и достижения лучшего заживления тканей.

На этапе освоения методиками TVT и TOT в 3 наблюдениях (4%) на 2-4 сутки после операции возникла острая задержка мочеиспускания; проводили медикаментозную стимуляцию мочевого пузыря (Убретид по 1 мл в день внутримышечно), электростимуляцию мочевого пузыря (аппарат «Электронейромиостимулятор ОМНИСТИМ-02») по индивидуально подобранным программам и катетеризацию мочевого пузыря до нормализации мочеиспускания.

В послеоперационном периоде всем пациенткам назначали Овестин в свечах или в виде крема (ORGANON, Нидерланды), пациенткам с гиперактивным мочевым пузырем назначали Дриптан (BEAUFOUR IPSEN, Laboratoires FOURNIER, Франция) или Детрузитол (Pharmacia& Upjohn S.p.A., Италия), с целью улучшения микроциркуляции у пациенток с гипотонией и сниженной сократимостью мочевого пузыря назначали Трентал 100 (HOECHST MARION ROUSSEL, Италия).

С недавних пор в лечении гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) стали применяться препараты ботуллотоксина-А: Ботокс (Botox®, Allergan Inc., США) и Диспорт (Dysport, Beufour Ipsen Intrnational, Франция).

С целью оценки эффективности ботуллотоксина-А в лечении ГМП в исследование были включены 4 пациентки в возрасте 45-62 лет со смешанной формой недержания мочи, подтвержденной при уродинамическом исследовании. Всем пациентам ранее была проведена операция TOT и назначена антихолинергическая терапия, от которой пациентки отказались в связи с побочными эффектами. С помощью цистоскопа в стенку мочевого пузыря, исключая зону треугольника Льето, в 20 различных точках были проведены инъекции ботуллотоксина-А (Botox®, Allergan Inc., США) в суммарной дозе 300 Ед. Длительность наблюдения составила 1 год. В течение периода наблюдения клинически отмечено уменьшение частоты мочеиспусканий, отсутствие или единичные эпизоды никтурии. Ни у одной пациентки не было эпизодов ургентного недержания мочи в течение 6 месяцев после проведения инъекций ботуллотоксина. При уродинамическом исследовании через 2 месяца после инъекции ботуллотоксина отмечено увеличение средней максимальной цистометрической емкости мочевого пузыря, а также среднего объема мочевого пузыря при первом позыве.

Наряду с антистрессовым методиками TVT и TOT в последнее время возрос интерес к применению объемообразующих гелей, в частности Zuidex™, в лечении СНМ, вызванного недостаточностью внутреннего сфинктера уретра. Препарат Zuidex™ представляет собой имплантат, основанный на уникальной запатентованной технологии компании Q-Med (Швеция) - NASHA (Non-Animal Stabilized Hyaluronic Acid - Стабилизированная Гиалуроновая Кислота Неживотного Происхождения). Система Zuidex™ состоит из 4 шприцов, заполненных гелем (0,7 мл), одного устройства Implacer (ручной держатель) и пяти игл (одна игла запасная) размером 21G. Устройство Implacer фиксирует шприцы с гелем под нужным углом и обеспечивает введение препарата на необходимую глубину. Нами проведено хирургическое лечение СНМ вследствие недостаточности внутреннего сфинктера уретры с введением Zuidex™ 6 пациенткам старшей возрастной группы (65 лет и старше). Во время процедуры не было никаких осложнений. После операции в течение первых 3 месяцев отмечено уменьшение среднего числа эпизодов потери мочи с 3

до 1.2, а также объема теряемой мочи с 35,5 г перед операцией до 5,5 г при контрольном осмотре через 3 месяца.

Таким образом, малоинвазивные операции ТОТ и TVT-O являются методом выбора хирургического лечения стрессового недержания мочи, как наименее инвазивные; они предпочтительны при выраженном ожирении (особенно при абдоминальном типе), перенесенных ранее неэффективных операциях по устранению стрессового недержания мочи с широкой мобилизацией ретровезикального пространства, наличии спаечного процесса в Ретциевом пространстве и малом тазу. Предварительные результаты показали эффективность и безопасность применения ботуллотоксина-А в лечении гиперактивного мочевого пузыря у больных со смешанной формой недержания мочи. Парауретральное введение геля Zuidex™ является безопасным методом лечения СНМ, однако требуется дальнейшее наблюдение для оценки его эффективности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА НА ФОНЕ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Сашкина А.Е.

МГМСУ, кафедра рефлекторной и мануальной терапии, Москва. Россия.

Хронический неспецифический эндоцервицит на фоне посттравматической деформации занимает одно из ведущих мест, в структуре воспалительных процессов женских половых органов, и не имеет тенденции к снижению. Особая медицинская и социальная острота проблемы определяется широким спектром клинических проявлений и тяжестью осложнений заболевания - бесплодие, нарушение менструального цикла. Персистирующий цервицит обусловливает активную метаплазию в цервикальном канале, что так же делает шейку функционально неактивной. Более того, персистирующий хронический цервицит, нарушая иммунологический гомеостаз, способствует персистенции ВПЧ. Именно персистирующая инфекция определёнными типами ВПЧ высокого риска онкогености очень сильно связана с неоплазией. К сожалению восстановление архитектоники цервикального канала хирургическими методами не всегда обеспечивает устранение данной патологии, в связи с тем, что хронический неспецифический цервицит у ряда больных приобретает персистирующее течение (Воробьёва О.М.,2003).

Современные методы лекарственной терапии позволяют добиваться положительного эффекта только у 50% больных. Такое положение обусловлено возникновением ряда побочных эффектов при проведении медикаментозной терапии (аллергических реакций, дисбактериоза, иммуносупрессивного действия.). В этих условиях актуальным является поиск новых немедикаментозных методов, позволяющих повысить эффективность терапии хронического неспецифического эндоцервицита. Исследования последних лет дают основание отнести к их числу акупунктуру, лазеротерапию, импульсную магнитотерапию, озонотерапию и др. В нашей работе мы использовали сочетание акупунктуры и лазеротерапию. Оба метода обладают разносторонним влиянием на основные механизмы развития воспаления. По литературным данным последних лет установлено, что содержание гистамина в цервикальной слизи женщин с воспалительным процессом в эндоцервиксе точно отражает тяжесть течения воспалительного процесса и может служить критерием клинического выздоровления, что было использовано в нашей работе. Целью настоящего исследования было: на основании данных, полученных в результате морфологических исследований тканей эндоцервикса у женщин с хроническим персистирующим цервицитом сформулировать концепцию о взаимосвязи местных показателей воспаления, при данной патологии, их изменении в динамике лечения при использовании акупунктуры и комбинированном применении рефлексотерапии и лазеротерапии. И оценить эффективность применения данных методов при лечении хронического персистирующего эндоцервицита.

Ретроспективный анализ морфологических и биохимических данных показал, что сочетание выраженных изменений показателей гистамина в шеечной слизи, хронический воспалительный процесс распространяющийся глубоко в подлежащие ткани в 97% случаев приводят к развитию хронического персистирующего цервицита после пластических операций на шейке матки.

В качестве изучаемого обьекта в нашем исследовании были женщины в возрасте от 20-30 лет с явлениями морфологически подтверждённого хронического персистирующего эндоцервицита в количестве 20 человек. У всех женщин при определении уровня гистамина в слизистой пробки цервикального канала были обнаружены выраженные увеличения показателей гистамина (свыше 15 пг/мл).

В соответствии с задачами исследования мы отобрали 94 пациентки с хроническим эндоцервицитом вследствие деформации шейки матки. Возраст женщин- от 21 до 30 лет. мы разделили больных на 3 группы:

1. группа- 30 женщин с хроническим цервицитом, хронический воспалительный процесс локализован в поверхностных слоях подслизистого эпителия, и умеренным повышением уровня гистамина в слизистом секрете.

2. группа – 30 женщин

3. группа- 34 женщины.

2 и 3 группы объединили в себе женщин с хроническим персистирующим цервицитом с локализацией воспалительного процесса глубоко в подлежащих тканях и выраженным повышением уровня гистамина в слизистом секрете цервикального канала.

1 группу женщин лечили по следующей схеме: мы использовали двухкратное курсовое лечение методами акупунктуры. Курс состоял из 10-12 сеансов, начало курса проводили после окончания менструации.

Для лечения хронического персистирующего эндоцервицита применялись следующие точки акупунктуры: VC(CV)2, VC(CV)3,VC(CV)4,R(KI)10,RP(SP)6,V(BL)31,F(LR)8,R(KI)2.

Одновременно с акупунктурой проводили аурикулопунктуру. Использовалась аурикулярная точка АТ 56 (шейка матки), в которую устанавливали стальную иглу для микроакупунктуры.

2 группу женщин с хроническим персистирующим цервицитом мы лечили по той же схеме, что и первую группу.

В лечении 3 группы мы использовали ту же методику акупунктуры с присоединением в начале третьего месяца модифицированного метода лазеротерапии- курс 10 дней. В данной работе мы предлагаем способ лечения эндоцервицита после пластических операций на шейке матки, основанный на ежедневном воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения на ткани шейки матки со стороны влагалищной порции и со стороны цервикального канала, воздействие осуществляют одновременно излучением длиной волны 0,64 и 0,89 мкм с непрерывным чередованием импульсов излучения различных волн длительностью 2,0 мс через один световод. При этом в предпочтительных вариантах осуществления способа для излучения с длиной волны 0,64 мкм используют дозу 0,18 дж/см3, а для излучения с длиной волны 0,89мкм- 0,08 дж/см3 за один сеанс, которая определяется как произведе-

ние времени экспозиции(с) на отношение мощности лазерного излучения (Вт) к величине объёма шейки матки (см3), частота 80 Гц. Время сеанса 10 мин.

Медикаментозные методы не применялись.

В итоге мы получили следующие результаты: в первой группе из 30 больных полностью вылечились 28 человек (93%), во второй из 30 полностью вылечилось 19 человек (63%). В третьей группе из 34 больных полностью вылечились 32 человека (94 %). При этом у этих больных уровни гистамина были соизмеримы с аналогичным уровнем у абсолютно здоровых женщин. Даже у пациенток резистентных к лечению отмечается некоторое снижение уровня гистамина.

Таким образом, использование методов акупунктуры приводит к явному снижению воспалительного процесса в эндоцервиксе, а сочетание акупунктуры и лазеротерапии высокоэффективно при лечении хронического персистирующего эндоцервицита. И применение их, как немедикаментозных методов с целью повышения эффективности лечения хронического персистирующего цервицита очень своевременно и актуально, особенно в настоящее время, когда в медицине широкое значение приобретают методы немедикаментозной терапии, что обусловлено ростом лекарственной аллергии, токсичностью многих лекарственных препаратов и т.д.

ВЛИЯНИЕ ДЛИННОГО ПРОТОКОЛА СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ НА ЧАСТОТУ ОБРАЗОВАНИЯ БЛАСТОЦИСТ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Серебренникова К.Г., Богаева И.И., Бурдина Н.В., Хмелевская В.Ф.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, каф. Акушерства, гинекологии и репродуктологии ППОВ и педиатров

Оценка качества эмбрионов по морфологическим критериям является хорошим прогностическим фактором для определения частоты имплантации и наступления беременности у пациенток со сниженным овариальным резервом.

Целью данного исследования явилось качественная оценка ооцитов и частота образования бластоцист при стимуляции суперовуляции с использованием длинного протокола у пациенток оперированных по поводу опухолевидных образований яичников.

Материалы и методы. Использовался длинный протокол с применением агонистов ГнРГ, с последующей стимуляцией рекомбинантным ФСГ. В основном использовался рекомбинантный ФСГ, реже сочетание с ЧМГ. Исследуемую группу составили пациентки (n=50) у которых были получены ооциты на стадии MII. Качественная оценка ооцитов определялась морфологической характеристикой строения полярных телец, морфологией цитоплазмы, блестящей оболочки и перивителлинового пространства. Успешность оплодотворения проверялась через 16-20 часов. Определение качества эмбрионов производилось на пятый день после получения яйцеклеток. Для оценки качества бластоцисты использовалась классификация Гарднера.

Результаты. Учитывая сниженный овариальный резерв у пациенток и небольшое количество полученных ооцитов MII (в среднем 8,8±0,2), в 58% наблюдений использовался метод ИКСИ, в 24% наблюдений - стандартная программа ЭКО, в 18% - 50/50 ИКСИ/ЭКО. Эмбриологический этап проводили на средах фирмы «Medi Cult», Дания. При оценке ооцитов степени зрелости MII получено в среднем 4,5 с морфологическими изменениями и 3,3 ооцитов «отличного» качества. Процент оплодотворения составил 61,5%. Частота развития бластоцист - 15,2%. Из этого показателя образование бластоцист хорошего качества от 3BB до 5AA по классификации Гарднера составило 36,6% от всех образовавшихся бластоцист (n=41).

Выводы. При использовании длинного протокола у пациенток со сниженным овариальным резервом возможно культивирование эмбрионов до стадии бластоцисты, что является хорошим прогностическим критерием частоты имплантации и прогрессирования беременности.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ИЗ СЕМЕЙ С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Серебрянников А.С., Кулигина М.В., Ситникова О.Г.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий», г.Иваново, Россия

Реализация национального проекта «Здоровье» в части увеличения рождаемости невозможна без проведения комплексной реабилитации репродуктивного здоровья семей с бесплодием и невынашиванием беременности. В исследованиях последних лет убедительно доказана роль «мужского фактора» при нарушениях генеративного здоровья в супружеской паре (Н.П. Веропотвелян, Л.В. Посисеева). Показано значение нарушений сперматогенеза и белкового состава эякулята. Однако для разработки комплекса мер по реабилитации репродуктивного здоровья мужчин из супружеских пар с нарушенной генеративной функцией необходимо исследование социально-гигиенических факторов риска формирования нарушений репродуктивной функции и внедрение новых способов оценки фертильности эякулята.

Цель исследования: изучить особенности социально-гигиенической характеристики и репродуктивного здоровья мужчин из семей с нарушенной генеративной функцией.

На специализированном приеме уролога-андролога обследованы 137 мужчин из супружеских пар с бесплодием и невынашиванием беременности. Проводили добровольное анонимное анкетирование мужчин по специально разработанной «Анкете социально-гигиенического исследования мужчин с нарушенной репродуктивной функцией». Сперму получали путем мастурбации после 3-4 дневного воздержания от половой жизни. Исследование спермограммы проводили спустя 30 минут после получения эякулята. Определяли концентрацию сперматозоидов, количество активно подвижных, морфологически измененных сперматозоидов, проводили подсчет лейкоцитов. Не более, чем через 3 часа, образцы спермы фильтровали и отмывали для удаления семинальной плазмы. После этого сперматозоиды инкубировали с детергент-субстратным раствором. Общую активность акрозина в сперматозоидах измеряли методом ACROSCREEN Tm (ЗАО «БиоХимМак», г.Москва). Показатель акрозина рассчитывали в МЕ на 1 млн сперматозоидов.

Средний возраст мужчин из семей с нарушенной репродуктивной функцией составил 30,4+0,45 лет. Анализ социально-производственной характеристики обследованных мужчин показал, что более половины из них (51,7%) – рабочие, 24,1% - служащие, 6,9% - частные предприниматели, 3,5% - студенты, 13,8% респондентов отнесли себя к категории безработных. Большинство мужчин имели среднее (31,1%) и среднее специальное образование (37,9%), 13,8% - высшее, 10,3% - незаконченное высшее и 6,9% - неполное среднее образование.

По роду своей профессиональной деятельности 65,5% пациентов подвергались воздействию неблагоприятных производственных факторов: 17,2% были в контакте с химическими веществами, 17,2% работали в условиях пыльного помещения, 17,2% находились во время работы в вынужденном положении, 6,9% - в холодном помещении, 10,3% мужчин подвергались воздействию шума, 13,8% - физических факторов, 10,3% - высокой температуры, 3,5% - низкой температуры, 3,5% - вибрации. 17,2% занимаются тяжелым физическим трудом. Более трети опрошенных (34,5%) отмечали высокое нервно-психическое напряжение во время профессиональной деятельности и указывали на наличие сочетанного воздействия вредных производственных факторов (34,5%).

Большинство обследованных мужчин (75,9%) проходили воинскую службу, во время которой 10,3% подвергались воздействию неблагоприятных факторов (воздействие ионизирующего излучения, контакт с химическими веществами).

Большое количество мужчин из супружеских пар с нарушенной репродукцией имеют вредные привычки – более половины из них курят (55,2%), причем каждый третий (34,5%) выкуривает более половины пачки сигарет в день. Средний возраст начала курения у опрошенных составил 15,4+0,8 лет, «стаж курильщика» в среднем составил 14,1+0,7 лет, т.е. в среднем эти мужчины подвергаются воздействию никотина почти половину продолжительности своей жизни. Подавляющее большинство пациентов (93,1%) употребляют алкогольные напитки, причем каждый пятый (20,7%) - регулярно. 62,1% опрошенных считают для себя поводом к употреблению алкоголя семейные праздники, 27,6% - желание расслабиться, 3,5% - - неприятности на работе. Ни один из анкетированных мужчин не указал на употребление наркотических средств.

Средний возраст начала половой жизни составил 17,8+0,23 года, первые поллюции отмечены в возрасте 13,4+0,1 лет. У 91,2% опрошенных не было заболеваний половой сферы в анамнезе, у 6,6% в анамнезе был хронический простатит. Свою половую функцию как полностью сохранную оценивают 84,7% мужчин, эпизодические сексуальные расстройства в виде нарушения эрекции, снижения либидо, преждевременной эякуляции были отмечены у 15,3% пациентов. Почти треть пациентов (27,1%) перенесли в анамнезе различные заболевания, передающиеся половым путем: гонорею (9,5%), сифилис (2,2%), трихомониаз (8,8%), хламидиоз (3,6%).

В то же время, большинство анкетированных мужчин (85,4%) считают, что состояние их здоровья и образ жизни не ограничивают их возможности к деторождению. Лишь 1,5% мужчин среди факторов, снижающих возможность реализации репродуктивной функции, назвали хронические заболевания, 5,8% - вредные привычки, 5,1% - неблагоприятную экологическую ситуацию.

В ходе осмотра и ультразвукового исследования у трети мужчин был выявлен хронический простатит (32,1%). При исследовании спермограммы у 37,4% мужчин была выявлена астенозооспермия I-II степени, у 35,2% - повышенное количество лейкоцитов в эякуляте.

Средний показатель акрозина у мужчин из супружеских пар с первичным бесплодием достоверно превышал таковой у мужчин из семей с невынашиванием беременности в анамнезе ($p<0,05$). Акрозин – серинпротеиназа, по каталитическим свойствам близкая к трипсину, преимущественно локализуется в акросомах сперматозоидов. Физиологическая функция акрозина до конца не ясна, но предполагается, что он может обеспечивать продвижение сперматозоида через слизь шейки матки и zona pellucida к яйцеклетке.

При нормозооспермии показатель акрозина составил 94,84+12,38 МЕ/млн, при астенозооспермии - 86,62+15,27 МЕ/млн. При сравнении этих показателей достоверного различия не выявлено. У пяти мужчин была выявлена астенозооспермия III степени (единичные сперматозоиды в поле зрения). Средний уровень акрозина у них значительно превышал таковой у пациентов с нормозооспермией и астенозооспермией и составил 578,6+168,2 МЕ/млн ($p<0,05$).

На основании полученных данных можно предположить, что акрозин принимает непосредственное участие в реализации репродуктивной функции мужчин. Значительное повышение данного белка при выраженном снижении подвижности сперматозоидов и первичном мужском бесплодии можно трактовать как компенсаторный процесс, способствующий лучшему проникновению малоподвижных сперматозоидов через слизь шейки матки и мембрану яйцеклетки.

Таким образом, анализ результатов анкетирования мужчин из супружеских пар с нарушенной репродуктивной функцией позволяет выявить наличие следующих неблагоприятных социально-гигиенических характеристик у данного контингента: контакт с вредными производственными факторами, вредные привычки, высокая частота заболеваний, передающихся половым путем в анамнезе. Состояние репродуктивного здоровья этих пациентов характеризуется высокой частотой хронического простатита, воспалительных изменений эякулята, астенозооспермии. Одним из дополнительных методов оценки фертильности спермы может служить определение в ней содержания акрозина.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ГОТОВЯЩИХСЯ К ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

Серебренникова К.Г., Мирзоян Ж.В., Хмелевская В.Ф., Бессмертная В.С.

Россия, г. Москва, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, каф. Акушерства, гинекологии и репродуктологии ППОВ и педиатров, РГМУ Центральная Клиническая Больница Российской Академии Наук

Как известно, эффективность ЭКО (ЭКО-ИКСИ) во многом зависит от морфофункционального состояния эндометрия, её рецептивности в дни предполагаемой имплантации, т.н. «окна имплантации».

Целью исследования явилась оценка морфофункционального состояния эндометрия, изучение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в строме и эпителиоцитах желёз эндометрия на 19-21-й день менструального цикла у пациенток с бесплодием, в том числе имеющих неудачные попытки ЭКО и ПЭ.

Материалы и методы. На 19-21-й день менструального цикла (в зависимости от её продолжительности) 43 женщинам с бесплодием, готовящимся к ЭКО, была проведена гистероскопия с выскабливанием слизистой полости матки и последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием полученных соскобов.

Иммуногистохимические реакции проводились с использованием мышиных моноклональных антител к эстрогеновым (клон 1D5 «Dako», США) и прогестероновым (клон 1A6 «Dako», США) рецепторам. Интенсивность реакции к эстрогенам и прогестерону в ядрах клеток эпителия желёз и в ядрах стромальных клеток оценивали по методу гистологического счёта H-score (McClelland R.A. и соавт., 1991). В день проведения гистероскопии всем пациенткам проводили УЗИ (аппарат Sonoline Adara) с оценкой М-ЭХО, измерением диаметра жёлтого тела, а также исследовали уровень эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови, взятой из кубитальной вены утром натощак.

Средний возраст женщин составил 34 года (от 26 до 44 лет), продолжительность бесплодия – от 4 до 14 лет. Первичное бесплодие диагностировано у 21 (48,8%) пациентки, вторичное – у 22 (51,2%). Ранее ЭКО (ЭКО-ИКСИ) проводилось 24 пациенткам (55,8%), при этом 1 попытка ЭКО была у 11 пациенток (45,8%) этой группы, 2 попытки - у 5-ти (20,8%), 3 попытки – у 3-х (12,5%), 4 попытки – 3-х (12,5%), 7 попыток – у 1-ой (4,2%), 8 попыток – у 1-ой (4,2%). Роды в анамнезе были у 5-ти пациенток (11,6%), у одной из них - мёртвым плодом, искусственные аборты – у 16 женщин (37,2%), внематочная беременность – у 6-ти пациенток (14,0%), при этом в 3-х случаях - дважды. Неразвивающаяся беременность в анамнезе отмечена у 2-х пациенток (4,7%), при этом у 1-ой пациентки 8-микратно.

Результаты. У 27 (62,8%) пациенток выявлен железисто-фиброзный полип эндометрия, в 6-ти случаях (22,2%) в сочетании с очаговой или диффузной гиперплазией эндометрия, в 2-х случаях (7,4%)- в сочетании с хроническим эндометритом. Очаговая или диффузная железистая гиперплазия обнаружена в 14-ти случаях (32,6%), в том числе в 6-ти случаях (42,9%) в сочетании с железисто-фиброзным полипом эндометрия, в 2-х случаях (14,3%) – с хроническим эндометритом. Хронический эндометрит обнаружен в 7-ми случаях (16,3%), в том случае в 2-х случаях (28,6%) в сочетании с железисто-фиброзным полипом, в 2-х (28,6%) случаях – в сочетании с очаговой гиперплазией эндометрия. В 6-ти случаях (14,0%) эндометрий находился в фазе пролиферации, у 21-ой пациентки (48,8%) были признаки недостаточности лютеиновой фазы и лишь у 16 женщин (37,2%) определялась полноценная секреторная трансформация эндометрия. По данным иммуногистохимического исследования полученных соскобов отсутствие реакции или слабая экспрессия рецепторов к прогестерону в ядрах эпителиоцитов желёз выявлено у 11 пациенток (25,6%), в ядрах стромальных клеток - у 3-х (7,0%), а умеренная и выраженная экспрессия – у 32-х (74,4%) и 40 (93,0%) пациенток соответственно. Отсутствие реакции или слабая экспрессия эстрогеновых рецепторов в ядрах эпителиальных клеток желёз обнаружено у 4-х(9,3%) пациенток, в стромальных клетках – у 15-ти (34,9%), а умеренная и выраженная реакция – у 39 (90,7%) и 28-ми (65,1%) пациенток соответственно.

Выводы. У пациенток с первичным и вторичным бесплодием, с неудачными попытками ЭКО (ЭКО-ИКСИ) в анамнезе с высокой частотой встречается патология эндометрия, нарушение её рецептивности, что может быть как следствием нарушений, приводящих к бесплодию, так и стать причиной неудач последующих попыток ЭКО (ЭКО-ИКСИ).

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМИ ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ

Сибирская Е.В., Глазкова О.Л., Сумятина Л.В.

Россия, г. Москва, кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО РМАПО

В настоящее время к аутоиммунным эндокринопатиям относят сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит, болезнь Адисона. Аутоиммунный сахарный диабет считают «неинфекционной эпидемией», которая охватила более 150 млн. человек в мире. Аутоиммунный тиреоидит – вторая по частоте встречаемости патология щитовидной железы.

Аутоиммунные эндокринопатии чаще всего проявляются у женщин в молодом возрасте. Их возникновение ведет к комплексу сложных вегетативных, обменно-эндокриных, психоэмоциональных и сексуальных расстройств – нарушается репродуктивное здоровье женщины.

Цель исследования: оценить состояние репродуктивной системы у женщин с аутоиммунными эндокринопатиями.

Материалы и методы исследования: обследованы 102 женщины, страдающие аутоиммунными эндокринопатиями в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 34,2): 52 женщины с сахарным диабетом 1 типа, 46 женщин с аутоиммунным тиреоидитом, 4 женщины с болезнью Адисона. Изучено состояние менструального цикла в данной группе больных. Всем исследуемым женщинам было произведено УЗИ органов малого таза и проведены тесты функциональной диагностики, включающие базальную термометрию в течение 4 месяцев. На 5-7 день менструального цикла определено содержание половых гормонов в сыворотке крови у женщин с нарушением менструальной функции. Произведен анализ взаимосвязи характера нарушений репродуктивной функции в зависимости от длительности и степени тяжести заболеваний, времени дебюта и степени компенсации.

Результаты: Из всех обследуемых женщин у 32% не было выявлено нарушений в менструальном цикле. 39% больных отметили изменения в менструальной функции с возникновением аутоиммунных эндокринопатий в виде удлинения самой менструации и увеличения объема теряемой крови, причем данные показатели находились в прямой зависимости от длительности и степени тяжести заболеваний. Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи обнаружено у половины обследуемых женщин, менометрорагии у 11% женщин, олигоменорея у 60% обследуемых, альгодисменорея выявлялась в 63% случаев. Дисфункция яичников репродуктивного периода определялась у 36% женщин, бесплодие выявлено у 12% больных. Наличие в анамнезе самопроизвольных абортов и неразвивающихся беременностей наблюдалось у 18% пациенток. Послеродовая гипогалактия развивалась в 76% случаев. По данным УЗИ исследования органов малого таза миома матки обнаружена у 40% женщин, аденомиоз у 23%, гиперплазия эндометрия в 18 % случаев. Сочетание сахарного диабета 1 типа с аутоиммунным тиреоидитом выявлено у 59% женщин. При исследовании графиков измерения базальной температуры всех пациенток в течение 4 месяцев недостаточность второй фазы цикла была найдена в 40 графиках и монофазная кривая в 6. Монофазные кривые встречались только среди женщин с тяжелой формой сахарного диабета и некомпенсированным аутоиммунным тиреоидитом. При изучении гормонального статуса этих женщин выявлено повышение уровня пролактина в 10% случаев, уровень эстрадиола, фолликулостимулирующего и лютеинезирующего гормона у всех обследуемых был в норме.

Выводы: нарушение менструального цикла у больных аутоиммунными эндокринопатиями напрямую коррелируют с длительностью заболевания. Частота нарушений менструального цикла в данной группе больных встречается в 3 раза чаще по сравнению со здоровыми женщинами популяции.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Сидорова Т.И., Карачева Ю.О, Бойко Е.А., Юсупходжаев Р.В, Гурьева В.А

Россия, Барнаул, санаторий «Барнаульский», Алтайский государственный медицинский университет

Под дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) принято понимать хроническую прогрессирующую форму цереброваскулярной патологии, характеризующегося развитием многооча-

гового или диффузного ишемического поражения головного мозга и проявляющуюся комплексом неврологических и нейропсихологических нарушений. Хотя женщины в менопаузальном периоде с ДЭ предпочитают акцентировать внимание на таких субъективных проявлениях, как головная боль, головокружение, шум в ушах, быстрая утомляемость, именно когнитивные нарушения следует признать ядром клинической картины ДЭ, которое в большинстве случаев определяет тяжесть состояния пациенток. Когнитивные нарушения включают: дефицит внимания, нарушение способности быстрой ориентации в меняющейся обстановке, снижение памяти, особенно на текущие события; замедленность мышления, быструю истощаемость при напряженной умственной работе.

Цель работы: изучить влияние озонотерапии на когнитивные функции и психологические особенности у женщин в менопаузе с ДЭ на санаторном этапе реабилитации.

Материал и методы: обследованы 33 женщины в менопаузальном периоде в возрасте от 50 до 65 лет (средний возраст - 53,9±0,39 лет) с различной выраженностью недостаточности мозгового кровообращения. В зависимости от выраженности сосудистой патологии все больные были выделены две группы в соответствии с классификацией НИИ неврологии АМН СССР. Больные с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии (ДЭ-I) были отнесены к 1-й группе (24 чел.), II стадии (ДЭ-II) - ко 2-й (9 чел.). Возраст пациенток не различался в группах сравнения (53,9±0,39 и 53,8±0,38 лет. Частота и структура соматической патологии, паритет также не имели различий. Экстрагенитальные заболевания были представлены ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, (в основном АГ), эндокринной системы (СД-2, заболевания щитовидной железы), заболеваниями ЖКТ и остехондрозом. По содержанию ФСГ :55,49±7,23 мМЕ /мл и 55,61±8,13 мМЕ /мл, уровень эстрогенного дефицита в группах сравнения не имели различий, также как и модифицированный менопаузальный индекс (ММИ). Наиболее выраженным был нейро-вегетативный симптом и составил 13,00±1,05 балла, психо-эмоциональный симптом – 8,27 ± 0,56 балла, обменно- эндокринный -1,51 ±0,23 балла у женщин первой группы. У пациенток второй группы они достоверно не различались (13,6±1,1 балла, 8,4 ± 0,59 балла, и 1,8 ±0,33 балла).

Для оценки эффективности проводимой озонотерапии использовались тесты нейропсихологического обследования: «Память на образы», «Память на числа», «Таблицы Шульте», MMSE (Mini-mental state examination; M. F. Folstein, 1975), СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности; В.П. Зайцев, 1981), «Качество жизни SF-36» (J.E. Ware, 1993). Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской на 20-й день пребывания в санатории.

Традиционная терапия у женщин первой группы включала терапию основной соматической патологии и препараты с седативным эффектом действия. Женщинам второй группы дополнительно назначали ноотропные препараты, вазоактивные, метаболическую терапию. Пациентки обеих групп дополнительно, наряду с традиционной терапией получали за время пребывания в санатории 1 курс озонотерапиии, которую проводили с помощью аппарата «Медозонс — 2», с концентрацией озона в газовой фазе 400мкг/л, (разовая доза 160 мкг, курсовая-800 мкг). Курс озонотерапии включал в себя 5 внутривенных капельных инфузий 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия, проводимых ежедневно.

Результаты. В ходе работы детально были проанализированы следующие наиболее частые жалобы: головные боли, головокружения, ухудшение памяти, снижение работоспособности, угнетение эмоционально-волевой сферы, в том числе депрессия, эмоциональная лабильность. По данным тестирования в исходном периоде, т. е. до лечения, у всех пациентов выявлены относительно низкие показатели кратковременной и зрительной памяти, практически все больные имели увеличенное время для переключения внимания по таблицам Шульте.

После курса комплексной терапии с включением медицинского озона у пациенток в первой и во второй группах снижение частоты приступов головокружения наблюдалось (83% и 68% соответственно), улучшение общего самочувствия (90% и 77% соответственно), нормализация артериального давления (78% и 56% соответственно), улучшение памяти по тестам «Память на образы» (25% и 12% соответственно), «Память на числа» (26% и 14% соответственно), внимания по «Таблицам Шульте» (26% и 15% соответственно). По тесту СМОЛ понижение уровня ипохондрии (18,3% и 13,5% соответственно), тревожности (21,5% и 14,4% соответственно), что свидетельствует об уменьшении раздражительности, тревожности, утомляемости, о повышении жизненного тонуса.

Таким образом, включение в комплексную терапию ДЭ медицинского озона у женщин в менопаузе повышает эффективность терапии, а именно наблюдается снижение тревожности, депрессивного состояния, напряженности, раздражительности, а также в повышении настроения, активности, памяти, внимания, происходит улучшение когнитивных функций и психоэмоционального состояния. При этом, учитывая отсутствие побочных эффектов озонотерапии и возможность неоднократного применения, данная терапия может служить как базисной, так и на этапе поддержания эффекта в течение всего времени диспансерного наблюдения.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ОТ 13 ДО 18 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШИХ АБОРТ В РАННЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Сиряцкая Л.В.

Россия, город Омск, Муниципальное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 2»

Владимир Снегирев – величайший из русских гинекологов XIX века, сказал, как припечатал: «Аборт – это уголовное дело, удар ломом из-за угла».

Человек, основавший в царской России гинекологию как науку, очень хорошо знал, о чем идет речь. И через сто двадцать лет к его словам почти нечего добавить. Однако, добавить все-таки придется. Проблема аборта так же страшна и бесконечна, как наше суровое время. Лезешь в замыслы природы, а заодно и в свой организм – к тебе это все равно вернется неумолимым бумерангом.

Венерологи давно перестали удивляться нежному возрасту своих пациентов. В Омской области 609 ВИЧ-инфицированных. За 2006 год выявлено 93 случая впервые ВИЧ-инфицированных, в 2007 году уже 9 случаев. Возраст от 15 до 29 лет – 410 человек, это 67, 3%.

В Российской Федерации на протяжении многих лет аборт у подростков является национальным бедствием, так как наносят непоправимый вред, прежде всего, репродуктивному здоровью. Бесплодие, рождение недоношенных детей, выхаживание которых обходятся государству в триста раз дороже, чем уход за доношенными детьми – это лишь небольшой перечень того вреда, который наносят аборты обществу. Ущерб составляет более 5 % от общего бюджета здравоохранения. В Омской области в 2006 году произведено 2050 абортов подросткам в возрасте от 15 до 19 лет, из них: село – 649, город 1401; в том числе до 14 лет: село – 3, город 11 медицинских абортов. Кроме того, зарегистрировано было 3 криминальных аборта.

Первично беременных подростков в возрасте от 15 до 19 лет, закончивших беременность абортом: село – 253, город – 820. Всего 1073 аборта. Мини аборт село 164, город – 160. Всего 324 аборта. До 12 недель прервано беременностей: село – 572, город – 1203. Всего 1775 абортов. Средний возраст половой жизни 16 лет. Исход наступившей беременности и родов неблагоприятный: абортом завершается 75%, родами заканчивается 25%. Самым страшным осложнением аборта является смерть девочки! В настоящее время рожают в основном женщины от 14 до 20 лет и от 34 до 40 лет. От этих категорий женщин рождаются не «плодовитые» девочки, так как женщины этих возрастных категорий подвержены различным заболеваниям. 40% школьниц серьезно не думают о последствиях половой жизни, каждая третья девочка не знакома с противозачаточными средствами.

Основными причинами аборта у подростков является психоэмоциональные нарушения и социальная нестабильность. Аборт у подростка характеризуется высоким уровнем реактивной тревожности, в основном, у всех девочек заканчивается психической травмой и депрессивными реакциями. Иммунный статус девочки-подростка после аборта заканчивается дезрегуляцией иммунной системы. Необходимо наблюдение психолога, требуется назначение иммуномодулирующих препаратов.

Продолжение сексуальных контактов, частая смена партнеров ведет к большому росту ЗППП, является показанием для проведения адекватной контрацепции. Среди обследуемых за 26 лет работы – 132 беременных девочки-подростка в возрасте от 13 до 18 лет в 72 % учащиеся общеобразовательных школ, 12 % - неорганизованные подростки (в том числе из спец. интернатов), 16 % - студентки техникумов, ПТУ.

Репродуктивная функция женского организма является важнейшим показателем здоровья будущей женщины. Благосостояние страны должно определять приоритетное направление государственной политики.

Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков приобрели особую актуальность в последние годы, в связи с резко обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения. В подростковом возрасте происходят анатомическое, функциональное становления репродуктивной системы, завершение полового и физического развития.

Этапы реабилитации у подростков после аборта

I этап: кабинет планирования семьи. Социальный этап: реализация Федеральной программы «Дети России».

II этап: наблюдение у подросткового гинеколога, обследование за ЗППП, ВИЧ, санация хронических очагов инфекции, генитальной и экстрагенитальной патологии. Психологические аспекты – беседа врача, консультация психолога, невропатолога.

III этап: диспансерное наблюдение у гинеколога после аборта в течение трех месяцев. Продолжение иммунокорригирующей терапии, подбор методов контрацепции.

IV этап: санаторно-курортное лечение.

V этап: бережное отношение к беременной девочке-подростку, доверительное отношение между врачом и девочкой.

Сексуально активные подростки, независимо от возраста, могут использовать комбинированные оральные контрацептивны, а при постоянных половых контактах – оральные контрацептивны совместно с барьерными методами.

Сегодня планирование семьи в значительной степени связано как с охраной здоровья, так и с принятием решений, касающихся воспроизводства потомства. Служба планирования семьи относится к службам охраны здоровья, их деятельности, в основном профилактического характера. Все программы планирования семьи должны активно распространять информацию, касающуюся вопросов планирования семьи.

У нас в поликлинике открыт кабинет планирования семьи. За 2006 год кабинет самостоятельно посетили 89 девушек в возрасте от 13 до 18 лет с девиантным поведением. Гормональную контрацепцию бесплатно получила 21 девушка. 68 девушек, живущих непостоянной половой жизнью, получают барьерную контрацепцию.

С девушками проведено 89 индивидуальных бесед. Все подростки были обследованы в полном объеме (клинически, УЗИ-диагностика, консультация узких специалистов, психолога); оценено состояние здоровья и, только после обследования, назначалась гормональная контрацепция. У четырех обратившихся девушек наблюдалась беременность сроком от 6 до 12 недель. Две беременности закончились абортом, две – родами. Две девушки, у которых при обследовании обнаружены ЗППП, направлены на стационарное лечение в кожно-венерологический диспансер.

Выводы:

1. У сексуально активных подростков, ввиду ускоренного соматического и полового развития, необходимо профилактировать «раннюю» беременность. При наступлении беременности, все мероприятия, с учетом социальных факторов, необходимо направить на пролангирование её по принципу – «каждая беременность должна быть желанной не зависимо от возраста».

2. Выявленные в связи с абортом нарушения психоэмоционального состояния девочки-подростка, является показанием для проведения психологической поддержки на всех этапах.

3. В случае несогласия подростка на пролангирование беременности – прерывание её следует проводить в сроках до 12 недель, включая в систему послеабортной реабилитации назначение иммуномодулирующих препаратов, витаминотерапию, санацию хронических очагов инфекции.

4. Сексуально активных подростков обследовать на ЗППП и использовать современные надежные средства контрацепции.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сокологорский С.В.

ФГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии «Росмедтехнологий».

Прогресс эндоскопической хирургии в последнее десятилетие и расширение спектра гинекологических операций, выполняемых эндоскопическим путем, повлекли за собой, с одной стороны, увеличение общего количества эндоскопических операций, с другой – расширения возрастных границ пациентов за счет лиц старшего и пожилого возраста. В связи с этим увеличился контингент больных, страдающих различной экстрагенитальной патологией.

Общеизвестно, что условия проведения гинекологических эндоскопических операций (ГЭО) крайне неблагоприятны для организма пациента, поэтому длительное нахождение пациентов в положении Тренделенбурга в условиях карбодиоксиперитонеума нежелательно, а порой опасно.

Патофизиологические механизмы, раскрывающие патогенез гемодинамических расстройств при наложении карбодиоксиперитонеума, и положении Тренделенбурга (Буров Н.Е., Азбаров А.А., 2000, Сокологорский С.В. 2003), представлены нами на рис. 1.

Патогенез гемодинамических и дыхательных расстройств при карбодиоксиперитонеуме в положении Тренделенбурга

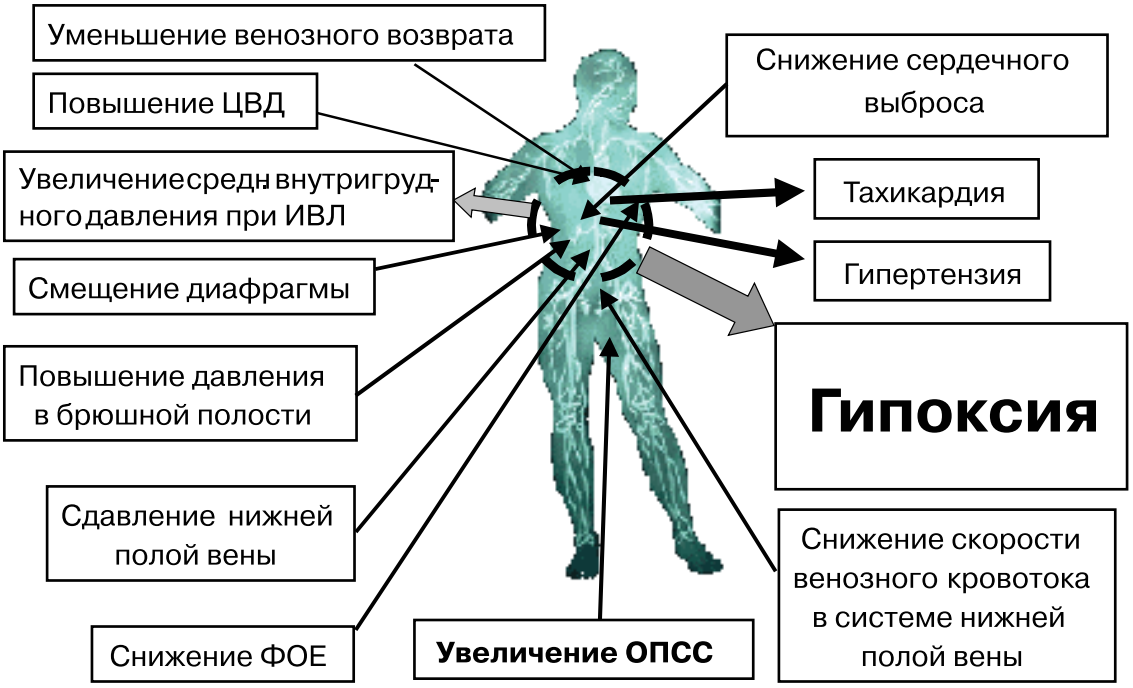

Рис 1

Известно, что наложение карбодиоксиперитонеума и ИВЛ повышают внутрибрюшное и среднее внутригрудное давление, что ведет к уменьшению объема грудной полости, снижению податливости аппарата внешнего дыхания, сдавлению органов брюшной и грудной полостей, выдавливанию дополнительного объема крови из паренхиматозных органов (Азбаров А.А., Буров Н.Е., 2000). Это способствует увеличению общего объема циркулирующей крови и повышению преднагрузки, что, в свою очередь, ведет к повышению ЦВД и давления в правом предсердии. Положение Тренделенбурга и сдавление нижней полой вены карбодиоксиперитонеумом ведут к застою крови в верхней полой вене, уменьшают скорость венозного кровотока и венозный возврат, нарушают церебральный кровоток. При ИВЛ действие указанных факторов усугубляется за счет повышения внутрилегочного давления (рис 1).

Сдавление сердца негативно сказывается на диастолической функции желудочков, что приводит к снижению их податливости потоку поступающей из предсердий крови, уменьшению объемов наполнения всех камер сердца, меньшему растяжению сердечной мышцы, снижению сократительной способности миокарда по закону Франка-Старлинга и к снижению ударного объема.

Снижение ударного объема ведет к развитию компенсаторной тахикардии, вазоконстрикции и росту общего периферического сосудистого сопротивления и гипертензии (рис. 1).

С другой стороны при карбодиоксиперитонеуме и положении Тренделенбурга уменьшается функциональная остаточная емкость, коллабируется капиллярная сеть малого круга кровообращения, повышается легочное сосудистое сопротивление, повышается давление в легочной артерии и капиллярах. Это сопровождается еще большим увеличением ЦВД.

При этом положение Тренделенбурга ещё более усугубляет ситуацию, влияя на перераспределение объемов циркулирующей крови с учетом гравитационных взаимодействий и снижая скорость венозного притока по системе полых вен.

В конечном итоге, все вышеприведенные факторы значительно воздействуют на ЦГ и приводят к развитию гипоксии и гиперкапнии (рис.1). Положение усугубляется еще больше за счет дискоординации адаптационных механизмов сердечно-сосудистой системы, вызванной воздействием применяемых анестетиков. Указанные выше факторы существенно увеличивают анестезиолого-операционный риск при проведении гинекологических операций эндоскопическим доступом у пациентов, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы.

Не менее опасны условия выполнения ГЭО для пациентов, страдающих целым рядом соматических заболеваний.

С нашей точки зрения, учитывая сказанное выше, методом выбора анестезии при производстве ГЭО является комбинированный многокомпонентный эндотрахеальный наркоз. Этот вид анестезии в данном случае обеспечивает наибольшую управляемость при необходимом уровне безопасности.

При этом, существует ряд абсолютных противопоказаний как к наложению карбодиоксиперитонеума с любым уровнем избыточного давления, так и к длительному нахождению пациента в положении Тренделенбурга. К ним относятся следующие.

Наложение карбодиоксиперитонеума противопоказано пациентам с:

- патологией сердечно-сосудистой системы:
- суб- и декомпенсированными пороками и дефектами клапанного аппарата сердца;
- аневризмами магистральных сосудов брюшной полости;
- патологией органов дыхания:
- с любыми заболеваниями, вызвавшими снижение остаточной жизненной ёмкости легких до 50% от нормы;
- патологией органов брюшной полости:
- грыжами пищеводного отверстия диафрагмы;
- Длительное нахождение в положении Тренделенбурга противопоказано пациентам с:
- патологией ЦНС:
- любые состояния, вызвавшие нарушения ликвородинамики;
- состояния после нейрохирургических операций; инсультов, тяжелых черепно-
- мозговых травм;
- вертебробазилярная недостаточность;

- патологией органов зрения:
- миопия и гиперметропия выше 5D;
- глаукома;
- состояния после оперативных вмешательств на глазном яблоке;
- дегенеративные процессы зрительного нерва.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Соловьева Е.П., Парамонова Т.К., Радынова С.Б., Гусева Г.С.

Россия, г. Саранск, ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева»

Одной из наиболее частых причин гинекологических заболеваний являются гнойно-септические осложнения (ГСО) после аборта. Их предупреждение является актуальной задачей до настоящего времени.

Инфекционное воздействие на организм женщины после прерывания беременности может приводить к развитию тяжелых осложнений как в репродуктивной системе, так и для организма в целом. Реализация инфекционного процесса зависит от ряда факторов: патогенности инфекционного агента и защитных механизмов организма женщины. Доказано, что к развитию инфекционных осложнений предрасполагает ослабление клеточного и гуморального звеньев иммунитета, создавая неблагоприятный фон для реализации воспалительного процесса. Для предотвращения перехода от инфицирования во время аборта к активному воспалительному процессу необходимо проводить профилактические мероприятия.

Цель исследования: проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению послеабортных осложнений у женщин, относящихся к группе высокого риска.

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 женщины из группы высокого риска развития послеабортных осложнений.

Первая (основная) группа – 20 женщин получала в послеабортном периоде комплексную профилактику ГСО.

Вторую группу (группа сравнения) составили 12 женщин, получавшие традиционную профилактику ГСО.

Всем женщинам проведено комплексное клинико-лабораторное обследование с использованием микробиологических и молекулярно-биологических (ПЦР) методов определения возбудителей инфекционного процесса. Проводилось также исследование показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета в первые сутки после медицинского аборта и через три месяца после завершения курса профилактического лечения.

Женщины первой группы в комплексе профилактического лечения получали иммунокоррегирующий препарат «Иммунофан» по 1 мл. внутримышечно в течение 10 дней, комбинированный низкодозированный оральный контрацептив «Новинет» в течение 3-х месяцев и физиотерапию с использованием синусоидальных модулированных токов 10 дней.

В группе сравнения профилактика ГСО проводилась антибиотиком широкого спектра действия «Зитролид» в течение 5 дней.

Результаты исследования. Женщины обеих групп были сопоставимы по исходной клинической характеристике. Основными факторами риска являлись два и более аборта в анамнезе, наличие хронических заболеваний (хронический тонзиллит, хронический холецистит, хронический пиелонефрит и др.), миома матки, эндометриоз, юный возраст, наличие хронической генитальной инфекции. У больных обеих групп в первые сутки после медицинского аборта выявлено снижение абсолютного количества Т и В лимфоцитов, хелперов и супрессеров, повышение концентрации иммуноглобулинов М и G. В клиническом анализе крови отмечалось повышение уровня лейкоцитов, СОЭ при снижении уровня лимфоцитов.

В группе сравнения послеабортный период осложнился: у одной женщины (9 %) острым воспалением матки и придатков, у трех пациенток (25 %) отмечались длительные, до 10 суток, кровянистые выделения и субфибрильная температура.

Восстановление овуляторного менструального цикла у женщин основной группы после отмены «Новинет» имело место у 95 %. В группе сравнения ановуляторный цикл в течение 1 – 3 месяцев выявлен у трех женщин, а у одной пациентки менструации отсутствовали в течение 3-х месяцев.

Для улучшения сократительной активности миометрия и эвакуации содержимого полости матки у пациенток основной группы применяли синусоидальные модулированные токи (СМТ). Критерии эффективности данной терапии оценивались по данным ультразвукового сканирования.

Применение иммуномодуляторов в сочетании с оральным контрацептивом и СМТ обеспечило благополучное течение послеабортного периода. Воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин основной группы не было, отмечалось быстрое восстановление полноценной менструальной функции.

Вывод. Оценка состояния репродуктивной системы через 6 месяцев у женщин основной группы показала высокую эффективность предлагаемой методики профилактики послеабортных осложнений.

РЕЦЕПТОРНЫЙ СТАТУС И ЭКСПРЕССИЯ АРОМАТАЗЫ ЦИТОХРОМА Р450 ЭУТОПИЧЕСКИМ И ЭКТОПИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИЕМ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Сонова М.М., Адамян Л.В., Зайратьянц О.В., Опаленов К.В., Осипова А.А., Барсанова Т.Г., Мовтаева Х.Р., Борзенкова И.П.

Кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО и патологической анатомии ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, г. Москва, Россия

В настоящее время проблема генитального эндометриоза стала медико-социальной, так как рост частоты этого заболевания приводит к нарушению репродуктивной функции и инвалидизации наиболее активной части женского населения. Около половины таких больных страдают бесплодием, у многих имеются эндокринные и иммунные нарушения (Hill J.A., 1992; Ищенко И.Г., 1991; Адамян Л.В., 1998). Частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста колеблется от 7 до 50% (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., 1995; Адамян Л.В., Кулаков В.И., 1998; Баскаков В.П. и соавт., 2002). Несмотря на многочисленные исследования, ни одна из предложенных концепций о причинах возникновения эндометриоза не может полностью объяснить ни его патогенеза, ни многообразия локализации эндометриоидных очагов. А недостаточное понимание механизмов развития эндометриоза не позволяет добиться существенного повышения эффективности лечения. Несомненно, остается важным изучение состояния рецепторного статуса эутопического и эктопического эндометрия при генитальном эндометриозе. Результаты ранее проведенных исследований противоречивы, но в большой части работ показано снижение экспрессии рецепторов к эстрогенам (ER)

и прогестерону (PR) в эктопических очагах (Серебренников К.Г. и соавт., 1987; Адамян Л.В., 1998; Kaupilla A., et al., 1984). Важная роль в патогенезе эндометриоза в настоящее время отводится ферменту ароматазе цитохрома Р450 (АЦР450). Под действием этого фермента андрогены превращаются в эстрогены. Выявлено, что АЦР450 присутствует в эктопических очагах эндометриоза, в связи с чем может продолжаться локальная продукция эстрогенов с приобретением свойств автономности очага эндометриоза. Кроме того, при эстрогензависимых заболеваниях (эндометриозе и лейомиоме матки), а также раке эндометрия выявлена повышенная активность АЦР450 в эутопическом эндометрии, что предлагается использовать в качестве диагностического теста. Получены положительные результаты лечения эндометриоза ингибитором АЦР450 анастрозолом (Dassen H., et al., 2005; Suratman R., et al., 2005; Moegni F., et al., 2005).

Целью исследования явилось изучение рецепторного статуса и экспрессии ароматазы цитохрома Р450 эутопическим и эктопическим эндометрием при генитальном эндометриозе.

Материал исследования составил 40 больных (возраст – от 21 до 47 лет), из них 26 – с внутренним эндометриозом (18 случаев – с 1-2-й стадиями и 8 – с 3-4-й стадиями распространения по классификации Л.В. Адамян, В.И Кулакова (1998)) и 14 – с эндометриоидными кистами яичников (8 - с 1-2-й стадиями, и 6 – с 3-4-й стадиями распространения наружной формы генитального эндометриоза по классификации Американского Общества Фертильности (1985)). В качестве контроля исследовали 5 образцов эндометрия, полученных на секции у женщин, умерших от травм в возрасте от 32 до 47 лет без патологии матки и яичников. Применяли иммунопероксидазный метод со стандартными контролями, использовали кроличьи моноклональные антитела к ER (клон SP1), PR (клон SP2), мышиные моноклональные антитела к АЦР450 (клон H4), систему детекции «Ultra Vision LP Value HRP Polymer» (Lab Vision, США). Для положительного контроля присутствия АЦР450 использовали образцы человеческой плаценты. Морфометрически в 10 полях зрения при увеличении микроскопа х400 подсчитывали процентное содержание клеток, ядра которых экспрессировали ER и PR, а цитоплазма – АЦР450, причем отдельно для эпителиального и стромального компонентов эутопического и эктопического эндометрия (минимум в 1000 клеток каждого компонента). Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью программы SPSS 9.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 1999).

Результаты исследования показали, что экспрессия ER в эутопическом эндометрии в контроле и основной группе наблюдений (в фазу пролиферации) составила 65% в эпителии и 95% - в стромальных клетках; экспрессия PR, соответственно, - 38 и 78%. В эктопическом эндометрии экспрессия ER и PR была выше, особенно в эпителиальных клетках, причем как при эндометриозе тела матки, так и яичников, и составила, соответственно, 100 и 84% в эпителии, 69 и 88% - в клетках стромы. Экспрессия АЦР450 в эндометрии контрольной группы не наблюдалась. В эутопическом и эктопическом эндометрии при эндометриозе АЦР450 экспрессировали преимущественно эпителиальные клетки и лишь единичные стромальные, независимо от фазы цикла. Экспрессия этого фермента в эутопическом эндометрии при эндометриозе выявлялась в 81% наблюдений при поражении тела матки (57% эпителиальных клеток) и в 64% - яичников (61% эпителиальных клеток). В очагах эндометриоза тела матки экспрессия АЦР450 отмечалась в 92% случаев (43% эпителиальных клеток), а яичников – в 100% (77% эпителиальных клеток).

Таким образом, рецепторный статус эктопического эндометрия при эндометриозе отличается от эутопического повышенной экспрессией ER и PR, особенно эпителиальным компонентом. Экспрессия АЦР450 выявляется в 64-81% наблюдений в эутопическом эндометрии у больных с эндометриозом и не отмечается при отсутствии эстроген-зависимой патологии матки и яичников, а в эктопическом эндометрии частота ее обнаружения достигает 100%. Отмеченные особенности рецепторного статуса и экспрессии АЦР450 в очагах эндометриоза указывают на патогенетическую роль локальных эндокринных нарушений при эндометриозе, и возможность применения иммуногистохимического выявления экспрессии АЦР450 в эутопическом эндометрии в качестве одного из диагностических тестов эндометриоза.

РОЛЬ МАКРОФАГОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Сонова М.М., Осипова А.А.

г. Москва, Россия, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ

Генитальный эндометриоз был описан впервые как заболевание около 300 лет назад. В конце 17-го столетия патологию описывали как перитонеальные язвы, появляющиеся на стенке мочевого пузыря, париетальной брюшине и поверхности матки. В 18-м веке врачи выявили связь эндометриоза со спайками, тканевыми повреждениями и тазовыми болями. С развитием микроскопии в 19-м веке удалось выявить рост эктопической эндометриоидной ткани как причину этих очагов. Однако, по настоящее время, хотя и проводятся широкие исследования этой проблемы, причины роста эндометриоидных тканей (т.е. желез и стромы) вне полости матки остаются все еще непонятными

За последнее столетие выдвинуты различные теории, объясняющие гистогенез эндометриоидных очагов. На данном этапе развития науки большое внимание ученые уделяют аспектам иммунной системы и местным перитонеальным факторам, которые могут быть вовлечены как в патогенез эндометриоза, так и его осложнений. Установлено, что иммунологические нарушения в ответ на ретроградную менструацию имеют важное значение в генезе и развитии эндометриоидных гетеротопий. Эти нарушения иммунной системы могут привести к понижению клиренса брюшной полости от менструального дебриса и могут способствовать прикреплению эктопического эндометрия к поверхности брюшины, формированию и дальнейшему росту эктопической эндометриальной ткани.

Известно, что макрофаги являются ключевым компонентом естественного иммунитета. Эти клетки участвуют в распознавании чужеродных клеток и обработке их для представления Т-лимфоцитам. Нарушения факторов местной иммунной защиты, в первую очередь, количества и качества макрофагов, приводят к дисфункции цитокиновой регуляции, нарушая процессы апоптоза, пролиферации, ангиогенеза, которые при определенных гормональных условиях способствуют возникновению и развитию эндометриоза.

С целью исследования качественных характеристик макрофагов перитонеальной жидкости и уточнения их роли в генезе эндометриоза впервые был изучен методом трансмиссионной электронной микроскопии клеточный состав перитонеальной жидкости.

Материал и методы.

Перитонеальная жидкость взята во время лапароскопии путем аспирации у 16 больных наружным генитальным эндометриозом и 7 пациенток, которым проведена лапароскопия по поводу кист яичников.

Для исследования перитонеальной жидкости методом трансмиссионной микроскопии, а процедура приготовления препаратов включала в себя следующее:

1. инкубирование перитонеальной жидкости объемом 3мл с 3мл 12% раствора полиэтиленгликоля (на физиологическом растворе в течение 8-12 часов при температуре 4С.

2. центрифугирование при 3000об/мин в течение 10мин.

3. фиксирование полученного на дне пробирки осадка по методу Ito-Karnovsky.

4. осадок окрашивали 1% раствором четырехокиси осмия, обезвоживали в спиртах восходящей концентрации (от 50% до 100% этанола) и заливали в метакрилатную смолу LR White («Polysciences. Inc.»).

5. ультратонкие срезы получали при помощи ультрамикротома LKB-3.

6. срезы окрашивали по методу Reynolds.

7. анализ препаратов проводили в электронном микроскопе JEOL-100B и фотографировали на рентгеновскую пленку «Kodak».

Результаты и их обсуждение.

Объем перитонеальной жидкости у больных эндометриозом, в среднем, составил 30+4,5мл, в контрольной группе-10+3,6мл. В норме объем перитонеальной жидкости составляет в 1 фазу менструального цикла 7-8мл, во вторую фазу-13-18мл. Установлено, что при генитальном эндометриозе повышается объем перитонеальной жидкости, кол-во клеток до 18-20млн в 1мл, в основном, за счет макрофагов. При исследовании образцов перитонеальной жидкости выявлены следующие клеточные элементы: макрофаги, эритроциты, мезотелиоциты, единичные сегментоядерные лейкоциты и лимфоциты. В большом количестве во всех препаратах присутствует клеточный детрит, образовавшийся вследствие разрушения клеточных элементов по типу баллонной дистрофии и лизиса эритроцитов. Клеточные элементы перитонеальной жидкости были, в основном, представлены макрофагами. В популяции перитонеальных макрофагов идентифицируются 2 типа клеток: секреторный и фагоцитирующий. Для секреторного типа макрофагов характерна хорошо развитая гранулярная эндоплазматическая сеть и большое количество окаймленных мембранами белковых включений. Известно, что секреторные макрофаги способны синтезировать до сотни разного рода белковых стимуляторов клеточной дифференцировки и апоптоза. Фагоцитирующий тип макрофагов характеризовался развитой системой гранулярной эндоплазматической сети, присутствием лизосом и клазматозом (отшнуровка фрагментов цитоплазмы). В фагосомах этих клеток определяются средней электронной плотности массы, идентичные белковым структурам. Очевидно, что фагоцитирующие макрофаги принимают активное участие в утилизации клеточного детрита, в том числе и разрушенных эритроцитов. В то же время, обилие в препаратах разрушенных эритроцитов, и образовавшихся в результате их разрушения бесструктурных конгломератов говорит о неэффективной их утилизации фагоцитирующими макрофагами. Оба типа макрофагов взаимодействуют друг с другом, посредством межклеточных контактов, пиноцитозных и окаймленных пузырьков. Среди популяции макрофагов встречаются малодифференцированные клетки (клетки с относительно крупными ядрами и небольшим количеством цитоплазмы с умеренно развитыми органеллами, возможно, это молодые формы макрофагов) и мезотелиоциты с признаками интенсивного микропиноцитоза. Описанная выше картина соответствует раздраженному состоянию перитонеальных макрофагов, а присутствие большого количества секреторных макрофагов свидетельствует об их регуляторной паракринной роли. Присутствие слущенных мезотелиоцитов с просветленной цитоплазмой и признаками пиноцитоза и макрофагов указывает на наличие местного воспалительного процесса.

Выводы: Результаты проведенных исследований подтверждают важную роль макрофагов в генезе эндометриоза, а состояние фагоцитирующего типа макрофагов, возможно, указывает на неполноценность утилизации тканевого детрита, забрасываемой в брюшную полость во время менструации. Кроме того, есть данные о воздействии перитонеального фактора на макрофаги в физиологических условиях, отсутствующий при эндометриозе, вследствие чего увеличивается цикл развития и существование макрофагов с нарушением их физиологической функции. Увеличение объема перитонеальной жидкости и количества клеток, большей частью, за счет макрофагов, способствует усилению паракринной и аутокринной функции за счет синтезирующихся макрофагами цитокинов, запускающих патологические эффекты эндометриоза. Значимые цитокины, выделяющиеся макрофагами, вследствие физиологических особенностей, возможно, участвуют в выживании эндометриальных клеток, их прикреплению, формированию и росту эндометриоидных очагов. Дальнейшее изучение местных факторов иммунной защиты, цитокиновой регуляции позволит внести вклад в изучение гистогенеза эндометриоза и выработать оптимизированное лечение этого тяжелого заболевания.

ВАЗИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В МИОМАТОЗНОМ УЗЛЕ С СИСТЕМНОЙ И ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИЙ IL-8 И TGFβ

Соснина А.Е., Сотникова Н.Ю., Посисеева Л.В., Бойко О.М., Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Перетятко Л.П.

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт имени В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

Патогенез лейомиомы матки, несмотря на многолетние исследования, остается до конца не установленным. Известно, что в основе механизмов, обуславливающих быстрый рост опухоли, лежат иммунные факторы, в частности, нарушения продукции факторов роста. Показано, что увеличение размеров лейомиомы матки сопровождается увеличением содержания в миоматозном узле таких факторов роста, как VEGF, FGF, IGF. Менее изучена продукция цитокинов, контролирующих процессы клеточной пролиферации и ангиогенеза, в эндометрии и периферической крови женщин с лейомиомой матки.

В связи с этим, целью нашей работы было провести сравнительный анализ содержания IL-8 и TGFβ на системном и локальном уровне у женщин с лейомиомой матки стабильно малых размеров и с быстрым ростом опухоли для уточнения взаимосвязи цитокинового каскада с характером пролиферативных процессов в миоматозном узле.

Было проведено обследование 26 женщин с быстрорастущей лейомиомой матки больших размеров (общие размеры матки 12 недель и более и темп роста 4-5 недель беременности и более за год наблюдения) и 14 женщин с миомой матки стабильно малых размеров общие размеры матки не превышали 12-недельного срока беременности и в течение года наблюдения не было отмечено роста опухоли). В контрольную группу вошли 10 здоровых женщин, не имевших на момент обследования гинекологической патологии. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь, биоптаты эндометрия, а также фрагменты ткани миоматозных узлов и прилегающего к ним неизмененного миометрия. Из эндометрия и миометрия получали экстракты путем 3-х кратного замораживания и размораживания измельченных образцов ткани в равном объеме фосфатного буфера. Содержание IL-8 и TGFβ определяли в сыворотке крови и в тканевых экстрактах методом твердофазного иммуноферментного анализа. Концентрацию IL-8 оценивали с помощью коммер-

ческой тест-системы производства ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург, Россия), TGFβ определяли с помощью тест-системы производства Bender MedSystems (Vienna, Austria).

Нами было установлено, что изменения системной продукции цитокинов отмечалось в основном для IL-8, содержание которого в сыворотке крови женщин с лейомиомой матки стабильно малых размеров было значительно выше аналогичных значений, характерных как для здоровых женщин, так и для женщин с быстрорастущей лейомиомой матки. Дифференцированный анализ данных в группе женщин с быстрорастущей миомой матки в зависимости от типа роста опухоли показал, что системная продукция IL-8 была максимальной в группе женщин, у которых увеличение размеров опухоли происходило за счет пролиферации («истинный» рост), тогда как при «ложном» типе роста миомы за счет отека сывороточное одержание IL-8 было минимальным. В экстрактах эндометриальной ткани содержание IL-8 и TGFβ не изменялось по сравнению с контрольным уровнем как у женщин с миомой матки стабильно малых размеров, так и у женщин с быстрорастущей лейомиомой матки. Однако следует отметить выраженную тенденцию к увеличению продукции IL-8 и TGFβ в эндометрии при «ложном» типе роста миомы матки. Непосредственно в ткани миоматозного узла продукция изучаемых цитокинов была значительно выше, чем в неизменном миометрии. При этом наиболее выраженные изменения отмечались для IL-8, уровень которого в миоматозных узлах возрастал практически в 10 раз по сравнению с миометрием. Анализ содержания IL-8 в ткани миомы матки в зависимости от типа роста опухоли показал, что в случае «истинного» типа роста миомы тканевая продукция IL-8 была выше, чем при «ложно» типе роста.

Таким образом, для женщин с миомой матки стабильно малых размеров было характерно увеличение системной продукции IL-8, а для женщин с быстрорастущей лейомиомой матки отмечалось резкое увеличение синтеза как IL-8, так и TGFβ в ткани миоматозного узла. Известно, что IL-8, относящийся к классу CXC-хемокинов, наряду с хемотаксической активностью обладает ярко выраженным ангиогенным действием. Вероятно, увеличение его системной продукции у женщин с миомой матки малых размеров можно расценивать как один из триггерных факторов, участвующих в начальных этапах формирования миоматозных узлов в миометрии. Высокое содержание как IL-8, так и TGFβ в ткани быстрорастущей миомы матки свидетельствует о непосредственном участии этих цитокинов в механизмах, определяющих быстрый рост опухоли.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛУДАНОМ И НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Спирина Ю.В., Евтушенко И.Д.

Россия, г.Томск, Центр Женского Здоровья ООО «МАДЕЗ», ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет

В структуре воспалительных заболеваний половых органов важное место занимает хронический эндометрит (ХЭ). В 80-90% случаев ХЭ встречается у женщин репродуктивного возраста, вызывая нарушения репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО, невынашивания беременности, осложнений течения беременности и родов. Воспалительные заболевания органов малого таза приводят к нарушению общего и местного иммунитета. Изменения в иммунном статусе женщины при хронических воспалительных процессах диктуют необходимость назначения препаратов, способствующих повышению резистентности организма. К ним относятся иммуномодуляторы. Представляет интерес препарат полудан (ЛЕНС-ФАРМ, Россия) – биосинтетический полирибонуклеотидный комплекс полиаденциловой и полиуридиловой кислот (в эквимолярных соотношениях), индуктор синтеза эндогенного интерферона.

Аппаратная физиотерапия является одним из ведущих методов лечения ХЭ. К наиболее эффективным методам относят низкочастотный ультразвук (НчУЗ), при помощи которого достигается качественная санация очага инфекции и импрегнация лекарственного вещества вглубь биотканей. В настоящее время исследований, касающихся эффективности его применения при ХЭ у женщин с бесплодием недостаточно. Не имеется данных об эффективности комплексного применения НчУЗ с иммуномодуляторами.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность нового метода – комплексного применения низкочастотного ультразвука и иммуномодулятора – полиаденилуредиловой кислоты в терапии хронического эндометрита у женщин с бесплодием.

Исследовано 106 женщин в возрасте от 18 до 42 лет с нарушением репродуктивной функции (9% с первичным бесплодием, 91% - с вторичным) и гистологически верифицированным диагнозом ХЭ. Пациентки предъявляли жалобы на боли внизу живота (30%), нарушения менструального цикла по типу менометроррагий (57%), патологические бели (58%). У 87% больных имелись ультразвуковые признаки ХЭ.

Пациентки случайным способом были разделены на 2 группы: I группа (сравнения) - 52 женщины с ХЭ, которым проведено традиционное лечение: антибиотики + системные иммуномодуляторы + гормональная терапия. II группа (основная) - 54 женщины с ХЭ, которым в качестве лечения предложена комбинированная внутриполостная терапия иммуномодулятором (полиаденилуредиловая кислота - полудан) в сочетании с НчУЗ (5 процедур ежедневно в I фазу менструального цикла). Пациенткам проводилось клиническое гинекологическое обследование, ПЦР диагностика на наличие ИППП, УЗИ органов малого таза в раннюю фолликулиновую фазу, гистологическое исследование биоптата эндометрия, полученного в I менструального цикла путем вакуум - аспирации или при гистероскопии до и через три месяца после лечения.

Клинические проявления ХЭ при применении предлагаемого метода лечения в основной группе редуцировались в большей степени, особенно такие проявления, как патологические бели. После лечения в основной группе они сохранились лишь у 9%, в то время как в контрольной – у 22%. УЗИ - признаки ХЭ после лечения сохранялись у 45% женщин основной группы, в то время как в контрольной у 65%.

При наблюдении пациенток в течение 6 месяцев у 60% пациенток во второй группе наступила желанная беременность, в то время как в контрольной - только у 7,69% ($p<0,01$).

Таким образом, комбинированная внутриполостная терапия иммуномодулятором полудан в сочетании с НчУЗ не только снижает медикаментозную нагрузку, но и превосходит традиционные методы лечения ХЭ в клинической эффективности, способствует улучшению репродуктивной функции пациенток с ХЭ.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Степанова О.С.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет МЗ РФ», кафедра акушерства и гинекологии

Цель - изучить состояние микроценоза влагалища у больных внутренним эндометриозом.

У 33% пациенток выявлен бактериальный вагиноз, у 61,1% несмотря на выраженные симптомы вагинита, определялся нормоценоз, и только :у 6,4% пациенток определялся неспецифический кольпит, характеризующийся умеренной воспалительной реакцией, небольшим количеством однородной микрофлоры, представленной грамм положительными кокками.

Состав микрофлоры, классифицируемой как нормоценоз, претерпевает определенные изменения: отмечается тенденция к уменьшению содержания лактобацил на 1-2 порядка и возрастание титра условно-патогенной флоры как факультативно, так и облигатно-анаэробных до умеренных значений (5х10*3 КОЭ/мл).

Возможно, что снижение титра лактофлоры в сочетании с присутствием в вагинальном содержимом отдельных парабазальных клеток может считаться признаком нарастания патологических процессов в слизистой влагалища вследствие прогрессирующего прогестеренового дефицита.

Учитывая наметившиеся изменения состава микрофлоры у пациенток с нормоценозом в сочетании с жалобами (сухость во влагалище, зуд, диспареуния, неприятные выделения), а так же явления хронического цистоуретрита и проявлениями истинного недержания мочи при напряжении, можно данное состояние определить как «условный нормоценоз».

Таким образом, при микробиологической диагностике больных с диагнозом «внутренний эндометриоз» установлено, что в 43,5% случаев выявлен условно нормоценоз, у 42,7% пациенток диагностирован атрофический кольпит, в 12,3% случаев - бактериальный вагиноз, и только у 1,7% больных установлен неспецифический кольпит.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Стрижаков А.Н., Каграманова Ж.А., Малиновская В.В., Брагина Г.С.

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, ГУ НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

Несмотря на достигнутые большие успехи в контроле герпесвирусных инфекций, на сегодняшний день, существующая противорецидивная терапия не является оптимальной.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты эффективности терапии герпетической инфекции у молодых женщин препаратом виферон-3 суппозитории по 1000000 МЕ. В исследовании приняли участие 20 пациенток с диагнозом – рецидивирующая герпетическая инфекция различной локализации. Возраст пациенток колебался от 21 до 50 лет, (средний возраст 36,1 лет), Длительность инфицирования от 1 до 32 лет, в среднем составила 10,05 лет. Количество рецидивов в год в среднем составило 4,5 раз. По тяжести заболевания легкая степень течения герпетической инфекции отмечена у 9 пациенток, среднетяжелое течение отмечено у 11 пациенток. Продолжительность рецидивов у пациенток от 7 до 20 дней, в среднем составила 9,2 дней. Диагностика герпетической инфекции проводилась методом ПЦР. При клиническом обследовании у всех 20 пациенток были выражены общие, местные и субъективные признаки рецидива герпетической инфекции. У всех пациенток отмечались жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, зуд, жжение, гиперемию, отек в области локализации герпетического высыпания, трансформацию папул в везикулы. Подъем температуры тела до субфебрильных цифр отмечался у 40% пациенток, у всех пациенток наличие пузырьков, отека и гиперемии на коже и слизистых оболочках в местах рецидива герпесвирусной инфекции. Проведенное исследование клинического анализа крови и мочи не выявило явных отклонений от нормы у больных до начала терапии препаратом виферон-3. Схема терапии составляла 20 ректальных свечей препарата виферон-3, суппозитории на 1 курс. При клиническом наблюдении на 5 сутки у 90% женщин были выражены местные проявления в виде корочек и пигментаций, отмечалось быстрое исчезновение субъективных ощущений и высыпаний в течение 4-5 дней лечения (наличие эффекта терапии). На 5 сутки терапии у (10%) отмечено отсутствие эффекта. Продолжительность рецидива составила 9-10 дней. На 10 сутки отсутствовали местные проявления у 60% женщин, оставались следы пигментации у 35% пациенток, корочки у 1 больной. Длительность заболевания в днях в процессе терапии препаратом виферон-3 у 90% пациенток составила 5,05 дней. Средняя длительность заболевания в днях до лечения препаратом виферон-3 у всех 20 пациенток составила 9,7 дней. У 90% пациенток была отмечена эффективность терапии препаратом виферон-3. Исследование клинического анализа крови и мочи не выявило явных отклонений от нормы у больных на 10 день от начала терапии и через 6 месяцев после лечения. Итоговая оценка клинического состояния пациентов, с выводом о противорецидивном эффекте препарата виферон-3, суппозитории, была проведена через 6 месяцев от начала исследования.

В течение 6 месяцев наблюдения у 70% пациенток не наблюдалось эпизодов рецидива заболевания, только у 30% пациенток отмечено по одному эпизоду рецидива герпетической инфекции. У 5% пациентки рецидив наступил спустя 1,5 месяца после терапии препаратом виферон-3. У 10% пациенток рецидив отмечен через 5 месяцев, у 5% – через 6 месяцев. У 10% пациенток рецидив наступил к концу 6 –го месяца наблюдения. У 15% пациенток лечение не проводилось. Частота рецидивов у 6 пациенток составила по 1 эпизоду обострения герпетической инфекции за 6 месяцев наблюдения после лечения препаратом виферон-3. Длительность рецидива в днях в среднем составила 6,8 дней. Длительность рецидивов после лечения через 6 месяцев лечения осталась без изменений. У 2 (10%) пациенток длительность рецидива продолжалась 3-4 дня, у 2 (10%) женщин продолжительность рецидива составила 7 дней и у 10% пациенток эпизод обострения длился до 10 дней. У всех 30% пациенток зарегистрирована легкая форма течения рецидива герпетической инфекции. Эффективность терапии препаратом виферон-3 зарегистрирована у 90% пациенток. Противорецидивная эффективность терапии через 6 месяцев составила 70%. Получены результаты по длительности, тяжести и частоте рецидивов. Рецидивы отмечены в основном через 5-6 месяцев, в одном наблюдении рецидив наблюдался через 1,5 месяца. Таким образом, длительность рецидивов после лечения виферoном-3 через 6 месяцев лечения не увеличивалась. Анализ данных катамнеза позволяет сделать заключение о влиянии проведенного лечения препаратом виферон-3, суппозитории в качестве противорецидивного. Терапия препаратом виферон-3 позволяет пролонгировать период ремиссии рецидивирующей формы герпетической инфекции, сократить длительность рецидива в днях,

при этом лительность последующих рецидивов герпетической инфекции после лечения не увеличивается. Рекомендовано назначать препарат виферон-3 по 2 ректальной свечи в сутки с интервалом в 12 часов в качестве противовирусной и противовоспалительной терапии рецидивов герпетической инфекции различной локализации. Оптимальной схемой терапии является назначение профилактических курсов 1 раз в 6 месяцев в периоды наиболее частых обострений.

ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ МРТ

Стрижаков А.Н., Лядов К.В. Коваленко М.В., Давыдов А.И., Курашвили Ю.Б., Степанов А.В.

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, ФГУ Лечебно-реабилитационный Центр Росздрава, Москва, Россия

Миома матки (лейомиома, фибромиома) является важной проблемой здоровья женщин. Свыше 1/3 всех операций в объёме гистерэктомии выполняются именно по этой причине. В качестве лечебных мероприятий предлагается ряд органосохраняющих малоинвазивных оперативных вмешательств: лапароскопическая миомэктомия, гистероскопическая резектоскопия, эмболизация маточных артерий.

Цель исследования: оценить возможности фокусированного ультразвукового воздействия под контролем МРТ в качестве органосберегающего лечения больных миомой матки. В исследовании принимали участие 11 женщин в возрасте от 21 до 46 лет с диагнозом «Миома матки». Три пациентки не имели в анамнезе беременностей; остальные, имевшие роды и медицинские аборты, возражали против гормональных и хирургических методов лечения. Все пациентки предъявляли жалобы на обильные и/или длительные менструации; ациклические кровотечения наблюдали три женщины; у четырёх отмечались боли в нижних отделах живота ноющего характера. Умеренно выраженная анемия – до 105 -110 г/л - отмечена у трёх больных. Длительность клинических проявлений варьировала от 1 до 3 лет. Объективно зафиксированного быстрого роста узла миомы не отмечено было ни в одном наблюдении. В период обследования и лечения соблюдался принцип добровольного информированного согласия. В комплекс обязательных диагностических мероприятий были включены: а) детальный анализ анамнеза и клиническое исследование; б) трансвагинальная эхография (2Д и 3Д методами) в сочетании с допплеровским исследованием; в) кольпоскопическое и цитологическое исследование эпителия шейки матки; г) гистероскопия с выскабливанием эндоцервикса и эндометрия; д) гистологическое исследование соскобов. Перед ФУЗ-лечением проводили пункционную биопсию узла с помощью специальной иглы с последующим гистологическим исследованием полученной ткани с целью морфологической идентификации миоматозной ткани и проведения дифференциального диагноза с другими опухолевыми заболеваниями матки. Затем выполнялся МРТ малого таза для уточнения локализации узлов, их размеров и количества, топографического взаимодействия с крестцом, петлями кишечника, мочевым пузырём, кожей. На период лечения пациентка размещалась на модифицированном столе на животе в водном резервуаре. Стол оснащён ультразвуковым пьезоэлектрическим датчиком, работающим на частоте между 1,0 и 1,5 MHz. Для улучшения акустической связи в дегазированную воду между пациенткой и датчиком помещается тонкая (2-4 мм) гелевая мембрана. Затем выполнялись базовые МРТ для уточнения ситуации и планирования лечения, определялась зона воздействия. После этого аппарат выполнял серию импульсов (соникаций) в запланированные «точки-мишени», последовательно обрабатывая узел и вызывая локальный термический некроз в пределах ранее заданного объёма. Во время лечения постоянно контролировались изменения температуры в области воздействия, что давало возможность контролировать процедуру в режиме реального времени. На период лечения всем пациенткам проводилась седативная терапия. Больные находились в постоянном визуальном и голосовом контакте с персоналом, имели в руке пульт с кнопкой экстренной остановки процедуры. В ходе лечения постоянно контролировались показатели артериального давления, пульса, общего самочувствия. Процедура лечения осуществлялась на установке ExAblate-2000 (InSightec*), объединённой в единую систему с МРТ 1,5 Тесла (General Electric) Лечебно-реабилитационного Центра Росздрава.

Результаты исследования и их обсуждение. Дистанционное лечение фокусированным ультразвуковым воздействием под контролем МРТ получили 11 пациенток. В наших исследованиях общая величина матки варьировала от 7 до 18 недель беременности, 80% из которых определялась в пределах 9-10 недель; количество узлов – от одного до пяти; диаметр узлов составил от 20 до 120 мм. Преимущественная локализация узлов – интрамурально-подбрюшинные и интрамурально-центрипетальные с кровотоком различной интенсивности. У семи пациенток в гистологическом результате биоптата миоматозного узла обнаружена простая лейомиома. Время лечения было прямо пропорционально количеству и величине узлов и в среднем составило 3,5 – 4 часа. Количество соникаций варьировало от 57 до 102. Продолжительность импульса составляла от 15 до 35 секунд, нагрев ткани достигал 55-80 градусов. Эффективность процедуры ФУЗ-терапии оценивалась сразу при помощи контрольного МРТ-сканирования с контрастированием для визуализации «зоны без перфузии» и отношения её ко всему объёму узла. В одном наблюдении размер области отсутствия контрастирования после процедуры в одном из пяти узлов составил 25-30% от объёма узла. Данный узел относился к так называемому «белому» МРТ-типу миомы, которые практически не поглощают ультразвук и не прогреваются до необходимых температур. В остальных наблюдениях объём отсутствия контрастирования составил от 65% до 85%, тогда как результат более 50% расценивается как положительный. Все пациентки были выписаны домой на следующие сутки и вернулись к своей обычной деятельности на следующий день после процедуры. В наших наблюдениях у семи больных были отмечены боли различной интенсивности в проекции локализации миомы. У 2 пациенток зафиксированы интенсивные боли в области крестца. У одной больной боли иррадиировали в заднюю поверхность бедра. У четырёх больных в последующие 3 -5 дней отмечалась субфебрильная температура. Со стороны показателей крови существенных отклонений зафиксировано не было. Приёма дополнительных препаратов не потребовалось. Всем пациенткам выполнялись контрольные ультразвуковые исследования через 1 и 3 месяца после лечения. В пяти наблюдениях зафиксировано уменьшение размеров узла на 30 – 35%; в одном – до 40% через 1 – 1,5 месяца. В остальных наблюдениях размеры узлов остались прежними. Увеличения размеров отдельных узлов или общих размеров матки на данный период наблюдения не отмечено. Все пациентки ведут дневник общего самочувствия и изменения прежних симптомов миомы. Двум пациенткам выполнена операция в объёме миомэктомии. Таким образом, проведение ФУЗ-МРТ терапии возможно в двух основных вариантах: как самостоятельный вид лечения и в комбинации с трансцервикальной, лапароскопической и/или лапаротомной миомэктомии. Безусловно, более активное внедрение ФУЗ-МРТ лечения с отдалёнными результатами поможет детальнее оценить его возможности, провести качественный анализ и сравнить с другими существующими органосберегающими методами лечения миомы матки.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ НИЗКО- И МИКРОДОЗИРОВАННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Сумятина Л.В., Глазкова О.Л.

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва, Россия

Пищевая потребность относится к разряду первичных, биологических, гомеостатических, или витальных потребностей животных и человека. Любая биологическая мотивация, в том числе и пищевая, имеет черты наследственно детерминированного инстинктивного поведения, чёткую физиологическую основу и в то же время сопряжена с психологическими проблемами мотивированного поведения в целом, с социальными факторами. Не вызывает сомнений, что окружающая среда, условия жизни, особенности воспитания и традиции оказывают весьма важную, а порой и определяющую роль в формировании пищевого поведения.

Цель: изучить пищевое поведение пациенток с избыточной массой тела и ожирением 1 – 2 ст. при применении микро – и низкодозированных оральных контрацептивов.

Материалы и методы: обследовано 65 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст 26,3±5,8), из которых 45 (69,2%) имели избыточную массу тела и умеренное ожирение (индекс массы тела (ИМТ) 25,87±3,36; 20 (30,8%) – нормальную массу тела (индекс массы тела (ИМТ) 19,54±1,91. Оценку степени ожирения проводили по Brey. Для получения представления о характере питания в настоящей работе был применён метод диетической оценки, предназначенный для частотной оценки питания группы пациенток из популяции, изучаемой по гормональной контрацепции, как до, так и после проведённого исследования.

По результатам опроса о потреблении продуктов животного происхождения все исследуемые пациентки с избыточной массой тела, ожирением 1 – 2 ст. распределились следующим образом: с умеренной частотой потребления животного жира, т.е. суммой, равной 18 – 24 балла, 18 (43,9%) пациенток; с высокой, избыточной частотой потребления животного жира, т.е. суммой, равной или более 25 баллов, 23 (56,1%). Женщин с низкой частотой потребления животного жира, т.е. суммой, равной или менее 17 баллов, выявить не удалось. Пациентки с нормальной массой тела распределились следующим образом: с минимальной частотой потребления животного жира – 7 (30,4%); с умеренным потреблением – 10 (43,5%); с высокой, избыточной частотой потребления животного жира - 6 (26,1%). Указанные группы различались только по частоте потребления жира, но не по частоте потребления продуктов растительного происхождения, т.е. овощей и фруктов, оценённой в баллах. Результаты данного опроса, проведённого до применения контрацепции, позволил констатировать тот факт, что практически все женщины с избыточной массой тела и ожирением 1 – 2 ст. предпочитают потреблять продукты с более высоким содержанием жира. Преобладающее большинство пациенток с нормальной массой тела придерживалась умеренной частоты потребления животного жира. После применения в течение 6 – ти месяцев гормональной контрацепции пациентки с избыточной массой тела и ожирением 1- 2 ст. по результатам опроса распределились следующим образом: с умеренной частотой потребления животного жира – 16 человек (39,1%); с высокой частотой потребления животного жира – 25 (61%). Женщин с низкой частотой потребления животного жира после применения препаратов гормональной контрацепции не оказалось.

У пациенток с нормальной массой тела отмечался следующий вариант распределения: с суммой равной или менее 17 баллов - 7 человек (30,4%); с суммой равной 18 – 24 балла – 10 (43,5%) и с суммой более 25 баллов – 6 (26,1%). Следовательно, по нашим данным, статистически достоверных изменений (P>0,05) при потреблении продуктов животного происхождения на фоне контрацепции ни у пациенток с избыточной массой тела, ожирением 1 - 2 ст., ни у пациенток с нормальной массой тела, выявлено не было.

По результатам второй части опроса, касающейся потребления продуктов растительного происхождения, опрашиваемые женщины с избыточной массой тела и ожирением 1 – 2 ст. были распределились следующим образом: с суммой баллов, равной или более 20, что соответствовало умеренной частоте потребления растительных продуктов – 35 (85,4%) человек; с высокой частотой потребления растительных продуктов, т. е суммой, равной или более 30 баллов, 6 (14,6%). Женщин с минимальной частотой потребления продуктов, богатых клетчаткой, т.е. с суммой баллов менее 20 баллов, не было. Пациентки с нормальной массой тела распределились следующим образом: с умеренной частотой потребления растительных продуктов – 17 (73,9%); с высокой частотой потребления – 5 (21,7%).

Иными словами, результаты опроса позволили выявить фактически у всех исследуемых до начала исследования среднюю или достаточную частоту потребления растительных продуктов, которая соответствует рекомендуемым физиологическим нормам. После 6 – ти месячного применения гормональной контрацепции результаты выглядели следующим образом: в рационе питания ни у одной из пациенток недостатка в продуктах, богатых клетчаткой, выявлено не было, т.е. пациенток с минимальной частотой потребления овощей и фруктов не было. Женщин с избыточной массой тела, ожирением с умеренной частотой потребления растительных продуктов отмечено 32 (78%) и 9 (22%) с высокой частотой потребления растительных продуктов. Пациенток с нормальной массой тела и умеренной частотой потребления насчитывалось 17 (73,9%) и с высокой частотой потребления продуктов растительного происхождения 6 (26,1%) человек. Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что у женщин с нормальным весом и избыточной массой тела и ожирением 1 - 2 ст. на фоне применения методов гормональной контрацепции не произошло изменений в частоте потребления продуктов растительного происхождения (P>0,05).

Таким образом, при анализе данного исследования, касающегося диетической оценки питания женщин как с нормальной, так и с избыточной массой тела или ожирением 1 – 2 ст., можно заключить, что изменений в пищевом поведении до применения методов гормональной контрацепции и после них, не отмечается.

НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ В КЛИНИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Сутурина Л.В., Данусевич И.Н.

Россия, г.Иркутск, ГУ Научный центр медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН

Актуальность. Эндокриные расстройства являются одной из частых причин нарушений репродуктивной функции женщин, обусловливая, наряду с другими факторами, развитие бесплодия и невынашивания беременности. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в г. Иркутске в 2006-2007 г.г., в структуре эндокринных причин бесплодия нарушения функции надпочечников составляют 18,3%. В то же время, при исследовании только базальных концентраций 17-ОН-прогестерона и/или ДЭА-С с целью обнаружения

надпочечниковой гиперандрогении у женщин с репродуктивными нарушениями существует риск гипердиагностики и, соответственно, - необоснованного применения глюкокортикоидов.

Цель. Оценить результаты комплексного обследования женщин с репродуктивными нарушениями с использованием пробы с синактеном.

Материалы и методы. Проба с синактеном проведена у 33 женщин с бесплодием и/или невынашиванием беременности, которые имели кожные проявления гиперандрогении, по методике, разработанной в лаборатории медицинской генетики НЦ АГиП РАМН. Синактен-депо вводился в дозе 1 мг в/м – однократно, после утреннего забора крови, под контролем 17-ОН-прогестерона и кортизола в 9 и 18 часов. Расчет вероятности врожденной дисфункции коры надпочечников рассчитывался по формуле : Д=0,052 х1+ 0,005 х2 -0,018 х3, где Х1- 17-ОН-прогестерон в 18 часов, Х2 - отношение базальной концентрации кортизола к базальному уровню 17-ОН-прогестерона и Х3-отношение концентрации кортизола в 18 часов к уровню 17-ОН прогестерона в 18 часов. При показателе Д, превышающем 0,069, пациентка является носителем мутантного аллели гена 21-гидроксилазы.

Результаты: По результатам оценки динамики концентраций 17-ОН-прогестерона и кортизола женщины распределились на 3 группы: в 1-й группе (16,6%) зарегистрировано умеренное повышение уровня кортизола и значительное - 17 ОН прогестерона, что свидетельствует о носительстве мутантной аллели гена 21-гидроксилазы. Во 2-й группе (11,2%) отмечено снижение концентраций кортизола и умеренное возрастание уровня 17 ОН прогестерона, в 3-й группе (72,2%) на фоне проведения пробы с синактеном концентрации кортизола и 17-ОН-прогестерона снижались. При анализе исходных концентраций изученных гормонов в 3-й группе женщин установлено, что 61 % из них имеют исходно повышенный уровень 17-ОН-прогестерона, и, несмотря на отсутствие стимуляции при введении синектена женщины данной группы, по-видимому, нуждаются в патогенетической терапии глюкокортикоидами, а 39 % имеют исходно нормальный уровень 17-ОН-прогестерона, и, безусловно, не нуждаются в патогенетической терапии глюкокортикоидами.

Заключение. Таким образом, у женщин с репродуктивными нарушениями, имеющих клинические проявления гиперандрогении, при проведении пробы с синактеном убедительные данные о носительстве мутантного аллеля гена 21-гидроксилазы получены только в 16,6%, у 11,2% умеренное возрастание уровня 17-ОН-прогестерона не сопровождается стимуляцией глюкокортикоидной функции, что, по-видимому, свидетельствует о сниженных функциональных резервах надпочечников.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯЧНИКОВ

Сухих Г.Т., Сметник В.П., Кузьмичев Л.Н., Марченко Л.А., Бутарева Л.Б., Гус А.И., Киндарова Л.Б.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий», Москва

Основной морфологической особенностью яичников, ассоциированных с формированием у пациенток моложе 40 лет недостаточности овариальной функции, является несвойственный возрасту абсолютный дефицит примордиальных фолликулов, приводящий в 15% случаев к развитию первичной и в 85% - вторичной аменорее. Бесплодие при преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) характеризуется невозможностью естественного зачатия или включения этих пациенток в программу ЭКО и ПЭ с использованием собственных ооцитов. Обнаруживаемые при этом патологическом состоянии в 13% случаев немногочисленные фолликулы способны проявлять эпизодическую гормональную активность, в результате чего в 1,5% возможно ожидать наступления спорадических беременностей, что подтверждается результатами контролируемых исследований (van Kasteren Y.M. et al., 1995).

Приводимые отдельными авторами сведения о высокой частоте наступления беременностей (14%) у больных с ПНЯ на фоне стимулирующей терапии или в самостоятельных циклах должны, по-видимому, рассматриваться критично, так как используемые в работах критерии постановки диагноза подчас не соответствуют клинико-гормональным показателям, на основании которых можно четко судить о стойком включении функции яичников (Anasti et al., 1994).

Выполненная раннее в нашем Центре работа (Марченко Л.А. и соавт., 2006) продемонстрировала, что на фоне использования препаратов заместительной гормональной терапии (ЗГТ) возможно добиться наступления беременности лишь в 3,3%.

Y.M.van Kasteren и соавт. (1995), представив систематический обзор терапевтических подходов, заключили, что до сих пор не существует эффективного способа восстановления утраченного овариального резерва при ПНЯ.

Несмотря на то, что в настоящее время использование донорской яйцеклетки в программе ЭКО и ПЭ рассматривается как единственный реальный метод эффективного лечения бесплодия, многие пациентки со сниженным овариальным резервом настаивают на наступлении беременности за счет собственных гамет, что требует разработки инновационных репродуктивных технологий с использованием мезенхимальных стволовых клеток (МСК).

Результаты экспериментов, представленных в работах Bukowsky (2004), явились теоретической предпосылкой возможности нео-оогенеза после трансплантации мезенхимальных стволовых клеток (ТМСК) экспериментальным животным-моделям с ПНЯ. В связи с выше изложенным нами проведено исследование, целью которого явилось повышение эффективности лечения больных с ПНЯ на основе последовательного использования стволовых мезенхимальных клеток в сочетании с современными индукторами фолликулогенеза.

Материалы и методы. 7 пациенток (32,3±4,1 года) с гипергонадотропной (ФСГ 115±5,2 МЕ/л, ЛГ 90,8±5,4 МЕ/л, Е2 76,811,0 пкмоль/л) аменореей (более 12 мес.), первичным (57,1%) и вторичным (42,9%) бесплодием и отсутствием противопоказаний для наступления и вынашивания беременности. Всем пациенткам за 4-14 месяцев до стимуляции суперовуляции произведена субкортикальная внутрияичниковая ТМСК по 8-100х10 клеток (по 1,0 мл суспензии) в каждый яичник лапароскопическим доступом на фоне проводимой заместительной гормональной терапии (ЗГТ) «фемостоном» 2/10. Стимуляция суперовуляции проводилась рФСГ («ГоналФ», Сероно, Швейцария) по длинной схеме с использованием агониста Гн-РГ-трипторелина (аГн-РГ) («Дифферелин», Бофур-Ипсен, Франция) в ежедневной дозе 0,1 мг. с середины условной лютеиновой фазы и по 0,05 мг с первого дня стимуляции до момента назначения триггера овуляции включительно. Стартовая доза рФСГ основываясь на опыте проведения программ ЭКО и ПЭ у пациенток со сниженным овариальным резервом (Daya S. 2002; Owen K., Davis et al., 2006), составила 300 МЕ и в дальнейшем ее коррекция зависела от ответной реакции яичников, оцениваемой динамикой гормональных параметров и с помощью эхографии. Критерием назначения овуляторной дозы (хорагон) триггера овуляции считалось наличие фолликулов диаметром более

17 мм и толщины эндометрия не менее 1,0 см. Дальнейшие этапы: трансвагинальная пункция яичников (ТВП), идентификация ооцитов, оценка их качества, оплодотворение (методом ИКСИ) и культивирование дробящихся эмбрионов, перенос их в полость матки не отличались от стандартных программ ЭКО и ПЭ. Пострансферный период проводился по общепринятой схеме. Уровни ФСГ, ЛГ и Е2 определяли методом ИФА. Ультразвуковой мониторинг осуществлялся в режиме серой шкалы с помощью трансвагинального конвексного мультичастотного датчика (8-6-4 МГц) аппарата Acuson-Antares, фирмы Siemens (Германия).

Результаты и их обсуждение. Перед включением пациенток в программу стимуляции овуляции средние уровни гонадотропинов (ФСГ – 74,9±13,9 МЕ/л; ЛГ – 51,2±9,1 МЕ/л) значительно превышали нормативы, характерные для женщин репродуктивного возраста, и были сопоставимы с показателями в постменопаузе. В тоже время концентрация на фоне ЗГТ Е2 383±14,0 пмоль/л соответствовала таковой у женщин репродуктивного возраста в фолликулярную фазу. Средние объемы правого и левого яичников составили 1,19±0,05 см3 и 1,14±0,09 см3 соответственно, что характерно для больных с ПНЯ. Наличие в яичниках от 2 до 4 фолликулов диаметром 2-5 мм позволили отнести этих пациенток к так называемому «фолликулярному» типу ПНЯ.

Для достижения нормогонадотропного состояния в среднем потребовалось 14,4±2,1 дней введение диферелина. Продолжительность десенситизации гипофиза аГн-Рг сопоставима с таковой у пациенток со сниженным овариальным резервом и в 1,4 раза превышает аналогичный показатель у женщин с сохраненным ответом яичников на стимуляцию (Милютина М.А., 2007). Суммарная доза рФСГ, используемая у наших больных на цикл стимуляции, оказалась на 300-650 МЕ выше, чем при сниженном овариальном резерве у женщин в возрасте более 35 лет. На момент введения прямых индукторов овуляции концентрация ФСГ в среднем по группе не превышала 9,8±0,8 МЕ/л, а уровень Е2 – 114,0±11,3 пмоль/л; средняя длительность стимуляции рФСГ продолжалась от 11 до 15 (13,9±1,0) дней.

Программа оказалась эффективной у одной из семи пациенток, которой ТСМК осуществлялась за 4 месяца до программы ЭКО. Продолжительность стимуляции рФСГ (11 дней) практически не отличалась от таковой у пациенток с нормальным ответом яичников. Вместе с тем суточная доза рФСГ была выше и достигала 300 МЕ. Всего потребовалось 41 ампула «ГоналФ» по 75 МЕ. В результате ТВП был получен один ооцит. Однако программа ЭКО была прервана до этапа ПЭ из-за отсутствия «хорошего качества» бластоцисты.

У трех пациенток с ТМСК проведенной за 10, 12 и 14 месяцев до включения в программу ЭКО на фоне стимуляции овуляции отмечалась активация фолликулогенеза и рост фолликулов с 2-5 мм до 9-11 мм. В дальнейшем, несмотря на использование значительных доз рФСГ, программа была приостановлена из-за отсутствия прогрессирования роста фолликулов. Адекватное развитие эндометрия под влиянием экзогенного введения эстрогенов позволило в дальнейшем у 2 из них осуществить донацию ооцитов, а у третьей – донорских эмбрионов. В последнем случае наступила клиническая беременность двойней, которая в настоящее время прогрессирует.

У оставшихся трех из семи пациенток наряду с отсутствием активного фолликулогенеза была констатирована резистентность эндометрия (толщина его не превышала 7 мм) даже на фоне высоких (2 г.) доз эстрогенов, что являлось основанием для отказа в донации донорских ооцитов.

Итак, результаты проведенного исследования продемонстрировали:

- проведение сочетанной ТМСК+ЗГТ+стимуляции суперовуляции в 14,3% случаев позволяет достигнуть активации фолликулогенеза и при ТВП получить один ооцит;

- донация донорских эмбрионов в цикле стимуляции оказалась эффективной в 14,3%;

- у одной трети пациенток (33,3%) выявлена резистентность эндометрия к ЗГТ, даже при использовании высоких доз эстрогенов, что предопределяет неблагоприятный прогноз для проведения программы донации ооцитов и требует соответствующей предварительной терапевтической коррекции;

- активация фолликулогенеза, по-видимому, напрямую зависит от временного интервала между ТМСК и началом стимуляции овуляции.

Таким образом, первый опыт использования сочетанной терапии (ТМСК+ЗГТ+стимуляции суперовуляции) указывает на необходимость проведения дальнейших исследований по оптимизации тактики ведения больных с преждевременной недостаточностью яичников.

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ АБЛАЦИИ МИОМЫ МАТКИ ФОКУСИРОВАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Сухих Г.Т., Волобуев А.И., Самойлова Т.Е., Максутова Д.Ж., Куринов С.Б., Кулабухова Е.А.

Россия, г. Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии факультета послевузовского профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Актуальность. Совершенствование лечения лейомиомы матки происходит постоянно и преимущественно в результате использования новых технологий, что позволяет использовать неинвазивные методы лечения. Одним из новых неинвазивных методов лечения лейомиомы матки является аблация миомы путем воздействия фокусированного ультразвука (ФУЗ) под контролем магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Цель исследования. Определить клиническую безопасность неинвазивной аблации миомы матки фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии органов малого таза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 26 больных лейомиомой матки в возрасте от 25 до 56 лет, с единичными или множественными миоматозными узлами (не более 4), которым была проведена неинвазивная аблация миомы матки под контролем магнитно-резонансной томографии органов малого таза.

ФУЗ-МРТ – это неинвазивная процедура, в ходе которой дистанционно производится акустическое воздействие на участки миомы внутри тела пациентки. В точке фокусировки волн происходит локальный нагрев ткани миомы до 55-90С, что вызывает термическую коагуляцию в четко ограниченной области, не оказывая вредного воздействия на окружающие ткани. ФУЗ обеспечивает коагуляционный некроз в малом объеме ткани, что используется для прецизионной неинвазивной аблации опухолей.

Проводилось лечение больных лейомиомой матки на установке Exablate-2000 (Insightec*), объединенной в единую систему с МРТ 1,5 тесла (General Electric).

Комбинация фокусированного ультразвука (ФУЗ) и МРТ позволяет точно контролировать ход процедуры, оптимально нацелить акустическую энергию, в реальном времени отследить точки поглощения энергии, а также контролировать

уровень термического воздействия по всему объему опухоли и на всем пути ультразвукового луча.

При анализе основных клинических симптомов миомы матки нами было установлено, что ведущим признаком заболевания являлось нарушение менструального цикла у 18 (69,2 %), больных. Обильные у 16 (61,5 %), болезненные у 14 (53,8 %), длительные менструации, со сгустками у 19 (73%) больных сопровождались анемизацией у 17 (65,4%) и появлением у 13 (50 %) больных слабости, утомляемости, снижения трудоспособности. Нарушение функции соседних органов отмечено у 5 (19,2 %) больных.

Продолжительность заболевания миомой матки варьировала от 6 месяцев до 7 лет и составляла: до 1 года – у 4 (15,4%) больных, от 1 до 5 лет – у 12 (46,2%) больных и свыше 5 лет – у 10 (38,5%) больных.

Максимальные размеры узлов миомы матки до начала лечения у 7 (26,9%) больных были от 2 до 4 см в диаметре, у 14 (53,8 %) – от 5 до 7 см, а у 5 (19,2 %) достигали 8-10 см в диаметре.

У 10 (38,5 %) больных имелись преимущественно интерстициальные миоматозные узлы, у 8 (30,8%) больных - интерстициально-субсерозные узлы, у 4 (15,4 %) больных -интерстициально-субмукозные узлы и у 4 (15,4 %) больных - субсерозные узлы на широком основании.

С целью исключения патологии эндометрия до проведения ФУЗ-МРТ производили гистероскопию, диагностическое выскабливание полости матки или пайпель-аспирацию полости матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Процедура ФУЗ-МРТ проводилась без наркоза, с использованием только седативных препаратов и анальгетиков. Целью седации явилось уменьшение подвижности пациента во время процедуры. Продолжительность процедуры ФУЗ-МРТ зависила от объема узлов опухоли и их количества, в среднем составила 2 - 3 часа.

После процедуры ФУЗ-МРТ пациентки наблюдались в стационаре в течение 12 часов, проводился контроль жалоб, общего состояния, температуры тела, выделений из половых путей, а затем они были выписаны в удовлетворительном состоянии. Большинство пациенток (96%) вернулись к своей обычной деятельности на следующий день после процедуры ФУЗ-МРТ.

Результаты исследования. Ни в одном случае мы не имели осложнений во время проведения ФУЗ- аблации миомы матки. Состояние больных во время проведения ФУЗ-аблации миомы матки было удовлетворительное. В раннем послеоперационном периоде у 2 (8,7%) больных было отмечено повышение температуры тела до 37,0-37,2С, у 3 (13%) больных – лейкоцитоз до 11 тыс., у 3 (13%) - схваткообразные боли внизу живота в течении первых суток, кровянистых или сукровичных выделений из половых путей не наблюдалось. Пациентам были назначены свечи диклофенак по 1 х 2 раза в день в прямую кишку.

После лечения ФУЗ-МРТ (от 1 до 14 дней) у 24 (92,3 %) больных отмечалось улучшение состояния, прекращение обильных кровянистых выделений из половых путей, исчезновение слабости, утомляемости, нормализации функции соседних органов. У 2 (7,7%) больных сохранилась слабость, утомляемость в связи с анемизацией.

Через 7-10 дней после ФУЗ-МРТ больным лейомиомой матки было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза с цветным допплеровским картированием, у 21 (80,8%) больных отмечено уменьшение интенсивности кровотока в центральных отделах узлов, у 5 (19,2%) больных кровоток в узлах не определялся. Объем матки через 7-10 дней уменьшился в среднем на 23,09%, объем миоматозных узлов – в среднем на 20,6%.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о клинической безопасности неинвазивной аблации миомы матки фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии органов малого таза при лечении больных лейомиомой матки. ФУЗ-МРТ является современной безопасной альтернативой гинекологическим операциям – гистерэктомии, миомэктомии, и малоинвазивной операции -эмболизации маточных артерий -- позволяющая избежать многочисленных осложнений, связанных с этими операциями. Это полностью неинвазивная, легко переносимая процедура, позволяющая сохранить орган женщинам. Дальнейшее изучение ближайших и отдаленных результатов лечения (через 3, 6 и 12 месяцев) у больных лейомиомой матки после ФУЗ-аблации миомы под контролем МРТ органов малого таза будет продолжено.

ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Табакман Ю.Ю., Костин А.Ю., Бутенко Г.Р., Солопова А.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии МПФ ММА им. И.М. Сеченова
Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Актуальной задачей практической гинекологии является повсеместное внедрение аспирационной биопсии эндометрия (Э) в амбулаторных условиях как основного метода первичной диагностики патологических процессов Э и, в первую очередь, - рака Э. Раздельное диагностическое выскабливание матки не отвечает требованиям абластики при РЭ, а выскабливание цервикального канала не способствует уточнению стадии РЭ и признано излишней процедурой при стадировании РЭ в соответствии с классификацией МФГА (FIGO).

Гистероскопия с прицельной биопсией – самый надежный метод диагностики патологических процессов Э, но её применение целесообразно на втором этапе, то есть после аспирационной биопсии, если РЭ не выявлен, а клинические симптомы и/или данные УЗИ позволяют заподозрить РЭ. Наш многолетний опыт амбулаторной диагностики РЭ (более 20 тысяч обследованных женщин за период с 1970 г по настоящее время) позволяет считать наиболее рациональным использование аспирационной биопсии содержимого полости матки с его цитологическим и гистологическим исследованием.

В течение 1996 - 2000 гг. произведена аспирационная биопсия эндометрия с помощью «Пайпель» у 510 женщин. Показаниями для проведения исследования были: аномальные маточные кровотечения, причина которых не была установлена в результате диагностического выскабливания; плановое контрольное обследование больных, у которых ранее была диагностирована комплексная и атипическая гиперплазия эндометрия и проведено гормональное лечение; наличие признаков атипии железистого эпителия, выявленное при профилактическом цитологическом исследовании женщин, у которых нет видимых патологических изменений на шейке матки; утолщение эндометрия или наличие жидкости в полости матки, выявленное при УЗИ у женщин, принимающих ЗГТ, тамоксифен или при обследовании в связи с миомой матки, кистами яичников, эндометриозом; как альтернатива диагностическому выскабливанию при соответствующих симптомах. До 50 лет было 194 больных, 51 и старше – 316 больных. Содержимое аспирата мы подвергали гистологическому и цитологическому исследованию. Материал аспирата был пригоден для гистологического и цитологического исследования у 345(67,6%), только для гистологического исследования – у 57(11,22%), только для цитологического исследования – у 87(17,0%) больных. В сумме аспирационное исследование позволило получить информативные результаты у 489 из 510 больных (95,9%). У 15 больных аспирационное исследование было технически невыполнимо из-за облитерации цервикаль-

ного канала. При УЗИ у них определялась жидкость в полости матки, а эндометрий был тонким. У 15 больных аспират не содержал ни клеток, ни тканевых фрагментов эндометрия. Из 510 больных рак эндометрия (РЭ) выявлен у 87. Из них у 40(45,9%) убедительные признаки РЭ были установлены гистологическим и цитологическим методами, у 35(40,2%) – только гистологически, в то время как при цитологическом исследовании у 18(20,7%) из них не было обнаружено признаков рака, а у 17(19,5%) – только подозрение на рак. У 10(11,5%) больных убедительный диагноз РЭ установлен только при цитологическом исследовании аспирата. При отрицательных данных аспирационного исследования по клиническим показаниям производилась гистероскопия и диагностическое выскабливание, подтвердивших отсутствие РЭ. У 7 больных в аспирате при гистологическом и цитологическом исследовании обнаружен плоскоклеточный рак, а при последующем обследовании подтвержден диагноз эндофитного рака шейки матки. У 91 больной на основании данных аспирационного исследования и последующей гистероскопии установлен диагноз атипической гиперплазии эндометрия.

Таким образом, совместное использование гистологического и цитологического исследования аспирата позволило выявить РЭ у всех 87 больных. Всем этим больным лечение произведено без дополнительного проведения диагностического выскабливания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СА И АРД-КОМПЛЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Талызина Е.А., Абрамян Р.В., Нагорный Э.Ю.

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО «ВГМУ МЗ РФ», кафедра акушерства и гинекологии

Диагностика острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов в некоторых случаях существенно затруднена. Вместе с тем известно, что, принимая затяжное течение, эта патология приводит к нарушению менструальной, половой и генеративной функций. Вскоре обнаруживаются изменения со стороны нервной, эндокринной и сосудистой систем.

С целью проведения топической диагностики, оценки резервных возможностей организма, динамического контроля состояния здоровья мы применяли метод сегментарного анализа (СА и АРД-комплекс).

Обследовано 35 девочек и девушек-подростков в возрасте 12-16 лет, поступивших в стационар с направительным диагнозом: острый сальпингоофорит. Объем СА и АРДК производился не позднее 2-х суток от начала заболевания, в его острый период, когда у больной имелись выраженные признаки воспаления. Диагноз подтвердился в 88 % случаев. Расхождение клинического диагноза с СА-диагнозом составило 4 случая из общего числа наблюдений. У трех больных диагностирован острый аппендицит, у одной - острый пиелонефрит, у двух обнаружена фолликулярная киста яичника. Предпосылкой для этих явилась одинаковая («близкая») сегментарная иннервация в системе сегментов, где преобладает адренергическая система.

Во всех случаях по СА и АРДК определялись признаки воспаления: наличие артерио-венозного рассогласования по сосудистым графикам Р2 и Р3: недостаточность ангиотома-А и усиление ангиотома-В в сегментах L2 - S5. Снижение артериального тонуса сопровождалось явлениями дистонии и общей симпатотонии. Диагноз «острый сальпингоофорит» подтвержден другими исследованиями.

Таким образом, было установлено, чем более выражен воспалительный процесс, тем более выражено артерио-венозное рассогласование по сосудистым графикам. В целом по выходному документу СА и АРД-комплекса представляется возможным судить о фазе (стадии) воспалительного процесса, состоянии резервных возможностей организма, истощении или напряжении механизмов адаптации. Мы предлагаем метод СА и АРДК рекомендовать в качестве дополнительного скринингового исследования при диагностике острых воспалительных заболеваний гениталий у девушек-подростков.

ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ «ГЕНФЕРОН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Тарасов В.Н.

Россия, г. Рязань, Медицинский центр «Гармония».

Наиболее актуальной проблемой современной гинекологии является восстановление утраченной репродуктивной функции. Значение поиска путей решения этой проблемы многократно возрастает в условиях современной демографической ситуации.

Известно, что среди причин нарушения репродуктивной функции у женщин первое место занимают генитальные инфекции (ГИ), объединенные названием «Инфекции, передающиеся половым путем» (ИППП) и нарушения регуляции менструального цикла в виде недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ) и синдрома хронической ановуляции (СХА).

Нередко причины могут быть сочетанными. Клиническими формами нарушения репродуктивной функции традиционно считают невынашивание беременности и бесплодие, фактически являющиеся различными степенями тяжести инфертильности.

Персистенции возбудителей ГИ в родовом канале женщин способствует повреждение регуляции менструального цикла, обеспечивающее формирование своеобразного иммунодефицита. Персистирующая инфекция, в свою очередь, формирует стойкие нарушения в тканях родового канала, в том числе в эндометрии, что в итоге проявляется его гипорецептивностью к половым стероидам и, как следствие, отсутствием морфологических изменений необходимых для обеспечения гестационного процесса. Указанные морфологические изменения стойко сохраняются не только при нарушении стероидогенеза, но и в условиях адекватного синтеза половых стероидов после элиминации возбудителей ГИ.

Получены убедительные доказательства участия факторов клеточного и гуморального иммунитета в процессах формирования структуры эндометрия, морфологическая зрелость которого обеспечивает процесс нидации зиготы и ее развитие при беременности.

Было установлено, что интерферон выполняет сложную функцию иммуномодулятора, конечным итогом которой является подавление ГИ и активация пролиферативных процессов в строме инфицированной ткани. Уместно предположить, что применение препаратов интерферона должно положительно влиять как на подавление очагов ГИ и элиминацию возбудителей ИППП, так и на восстановление структуры эндометрия адекватной для обеспечения гестации, что в конечном итоге, должно обеспечить восстановление утраченной репродуктивной функции.

С целью решения поставленной задачи были применены суппозитории «Генферон», которые включали в протокол лечения на этапах антимикробной терапии и подготовки к беременности. Таким образом, целью работы явилось выявление эффективности применения препарата «Генферон» в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции у женщин.

Под наблюдением находились 77 женщин, которых разделили на 2 клинические группы. Первую группу составили 35 пациенток, обратившихся за медицинской помощью по поводу бесплодия (15) и невынашивания беременности (25). Средний возраст пациенток 1-ой клинической группы составил 24±2,85 лет.

Во вторую клиническую группу были объединены 42 женщины, которые нуждались в реабилитации репродуктивной функции в связи с бесплодием (25) и невынашиванием беременности (17). Средний возраст женщин 2-ой клинической группы составлял 25±1,32 года. Всех женщин обеих клинических групп подвергали обследованию для выявления причин инфертильности. Обследование включало общеклинические, рутинные методы обследования, пельвиосонографию, гистеросальпингографию, оценку менструального цикла с использованием гормонального скрининга (8 показателей радиоиммунным мктодом), базальной термометрии, морфологической оценки биоптатов эндометрия, полученных методом аспирационной биопсии накануне ожидаемой менструации, инфекционный скрининг в отделяемом из цервикального канала (7 возбудителей ИППП методом ПЦР).

С учетом выявленных причин инфертильности пациенткам обеих клинических групп было назначено лечение. Различие между клиническими группами состояло в том, что женщины 1-ой группы в составе комплексной терапии получали интравагинально свечи «Генферон» по 500 000 ЕД дважды в сутки продолжительностью 10 дней на этапах антимикробного лечения и подготовки к беременности.

При обследовании было установлено, что среди больных 1-ой клинической группы причиной бесплодия был СХА (8) и НЛФ (7). Кроме того у всех пациенток этой группы были выявлены ИППП, среди которых урео- и микоплазмы у 12-и, гарднереллы у 9-и, вирус простого герпеса у 3-х, вирус цитомегалии у 1-ой. При этом в 11-и случаях ГИ имели микстный характер. Причиной невынашивания беременности у женщин 1-ой клинической группы были НЛФ (8), ИППП при полноценном менструальном цикле

(2), сочетанные причины были зарегистрированы в 6-и наблюдениях. Лютеиновую недостаточность констатировали по концентрации половых стероидов, полученных в гормональном скрининге, базальной термометрии и по морфологии эндометрия, полученного методом аспирационной биопсии накануне менструации при оценке менструального цикла. Морфологические признаки НЛФ в эндометрии коррелировали с результатами пельвиосонографии при которой визуализировалось М-эхо меньше нормативного.

Во 2-ой клинической группе бесплодие было обусловлено СХА в 10-и и НЛФ в 15-и случаях. Среди возбудителей ИППП, обнаруженных у женщин с бесплодием, включенных во 2-ую группу, доминировали уреа- и микоплазмы (22), гарднереллы были выявлены у 8-и пациенток, вирус простого герпеса у 4-х, цитомегаловирус у 2-х, сочетанные инфекции были обнаружены у 6-и пациенток. Причиной невынашивания беременности у женщин 2-ой клинической группы были НЛФ (11), ИППП при полноценном менструальном цикле (1), сочетанные причины были выявлены у 5-и женщин.

В результате проведенного лечения у женщин 1-ой клинической группы элиминацию возбудителей ИППП удалось получить после первого курса лечения. При подготовке к беременности нормативную величину М-эхо констатировали при проведении не более 3-х курсов цикловой терапии. Беременность была зарегистрирована у всех женщин 1-ой клинической группы и завершилась рождением детей. Репродуктивных потерь в группе не было.

У пациенток 2-ой клинической группы возникала необходимость проведения повторных курсов антимикробной терапии (4), а на этапе подготовки к беременности нормативную величину М-эхо удавалось получить в среднем через 6 циклов подготовительной терапии, у 8-и женщин достичь желаемого результата не удалось. Беременность наступила у 32 пациенток и завершились рождением 28 детей.

Таким образом применение суппозиториев «Генферон» в комплексной терапии нарушений репродуктивной функции у женщин сопровождалось сокращением времени лечения, увеличением эффективности проведенной терапии и сокращением репродуктивных потерь при восстановлении фертильности. Полученные результаты позволяют считать целесообразным использование препарата «Генферон» при реабилитации репродуктивной функции на фоне сочетания ИППП и нарушений регуляции менструального цикла.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПРОИЗВОДНЫМ СПИРОНОЛАКТОНА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ

Тарасова М.А., Ярмолинская М.И., Соловьева О.А., Сахновская М.А.

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

Актуальность: Ключевым звеном при определении индивидуальных показаний и длительности использования ЗГТ является оценка соотношения риска и преимуществ, применяемой терапии у каждой пациентки. Наиболее спорным остается вопрос о влиянии ЗГТ на сердечно-сосудистую систему.

Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает первое место в мире, в том числе у женщин постменопаузального возраста.

Одним из кардинальных направлений, учитывая высокую частоту АГ у женщин в постменопаузе и разностороннее влияние стероидных гормонов на патофизиологические механизмы, определяющие гемодинамику, является обеспечение безопасности ЗГТ у женщин с артериальной гипертензией. Для подавления стимулирующего действия эстрогенов на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему в комбинированной гормональной терапии используется прогестаген дроспиренон, производное 17α-спиронолактона, который обладает прогестагенным, антиандрогенным и антиминералкортикоидным эффектами.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния заместительной гормональной терапии, включающей 1 мг 17β-эстрадиола и 2 мг дроспиренона, на уровень артериального давления, эндотелий-зависимую и эндотелий-независимую вазодилатацию у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы

В исследование отобраны 63 пациентки в постменопаузе в возрасте 54,6±2,5 года. В зависимости от показателей артериального давления выделены три группы: 1- с гипотензией, 2 - с нормотензией и 3 - с артериальной гипертензией.

Во всех группах в связи с климактерическим синдромом был применен монофазный эстроген-прогестагенный препарат «Анжелик», (Шеринг). До начала ЗГТ оценивались жалобы, уровень АД, вес, лабораторные показатели. Через 3 месяца терапии регистрировались жалобы, уровень АД, по-

бочные эффекты препарата, через 6 месяцев - лабораторные показатели в динамике и через 12 месяцев - вес, АД.

Кроме того, у 10 здоровых женщин репродуктивного возраста (контрольная группа) и 8 пациенток в постменопаузе проведена оценка скоростных показателей кровотока в микроциркуляторном русле методом постоянноволновой высокочастотной ультразвуковой допплерографии (прибор «Минимакс-Допплер-К», СПб, Россия).

Результаты

До начала ЗГТ женщины предъявляли жалобы на приливы различной степени выраженности; эмоциональные расстройства – раздражительность, бессонница; проявления отечного синдрома; сухость кожи и слизистых, диспареунию.

Через 12 мес применения препарата жалобы на приливы предъявляла одна пациентка (1,58%), на диспареунию 3 пациентки (4,76%) психо-эмоциональные расстройства отмечались у 6 (9,52%) женщин, сухость кожи и слизистых сохранялась у 2 (3,71%), проявлений отечного синдрома не наблюдалось. Снижение АД при применении препарата, отмечено только в группе больных с артериальной гипертензией, через 12 мес. наблюдалось достоверное снижение систолического АД на 12-15 мм.рт.ст. Диастолическое АД имело тенденцию к снижению так же только у женщин с гипертензией и практически не менялось в двух других группах. Колебания веса у пациенток в группах с гипо- и нормотензией были минимальными - в пределах 1 кг, а в группе женщин с гипертензией было достоверное снижение массы тела на 1,5-2 кг.

Объемная скорость кровотока (Qas в мл/сек/см) в коже тыла кисти до введения вазоактивных веществ варьировала от 0,0398 мл/сек/см до 0,0696 мл/сек/см и принималась за 100% для последующей оценки динамики ее прироста при проведении проб с ацетилхолином и нитроглицерином. Максимальный прирост скорости кровотока у пациенток до начала ЗГТ составил 32% (на 3 мин.), а через 6 мес. – 45% при пробе с нитроглицерином. При проведении пробы с ацетилхолином максимальный прирост скорости кровотока до начала терапии составил 38% (на 3 мин.), через 6 мес. – 41% (на 2 мин.).

При сравнении объемной скорости кровотока в коже тыла кисти отмечены достоверно более низкие ее показатели у женщин в постменопаузе по сравнению с группой репродуктивного возраста при проведении проб с нитроглицерином и с ацетилхолином. Эти данные свидетельствуют о снижении вазодилатации как эндотелий-независимой, так и эндотелий-зависимой у женщин с дефицитом эстрогенов. Через 6 мес применения препарата «Анжелик» наблюдалось достоверное увеличение показателей объемной скорости кровотока в коже тыла кисти при выполнении проб с вазоактивными веществами. Полученные результаты отражают положительное влияние ЗГТ на вазомоторную функцию эндотелия в постменопаузе.

Заключение

Применение ЗГТ, включающей 1 мг 17β-эстрадиола и 2 мг дроспиренона эффективно устраняет нейро-вегетативные проявления климактерического синдрома у женщин с артериальной гипертензией, нормо- и гипотензией. У женщин, имеющих повышенный уровень АД, ЗГТ препаратом «Анжелик» сопровождается достоверным снижением массы тела и уровня артериального давления, а у женщин с нормо- и гипотонией на фоне гормональной терапии не наблюдается значимых изменений АД и массы тела. Применение препарата в течение 6 месяцев приводит к достоверной активации эндотелий-независимой и эндотелий-зависимой вазодилатации. Влияние дроспиренона на сердечно-сосудистую систему обусловлено его антиальдостероновой активностью, что позитивно действует на вазомоторную функцию эндотелия и сопровождается гипотезивным эффектом у больных с артериальной гипертензией.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ЖЕНЩИН УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА, СОСТОЯЩИХ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?

Тарасюк А.Б., Николаева Е.Б., Звычайный М.А., Беломестнов С.Р.

Россия, г. Екатеринбург, Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции, ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»

Последние десятилетия уходящего столетия характеризуются значительными достижениями в области диагностики и лечения различных форм бесплодия. Достаточно сказать, что если в начале XX-го века научно обоснованных методов лечения бесплодия практически не существовало, то в конце этого же века проблему диагностики и лечения бесплодия можно считать принципиально решенной. Тем не менее, известно, что если частота бесплодных браков достигает или превышает 15%, то проблема бесплодия в этом случае приобретает государственное значение. По данным ряда исследователей частота бесплодных браков в нашей стране составляет 12-15% и имеет тенденцию к росту. Медико-социологические исследования показали, что у подавляющего большинства женщин бесплодие приводит к психическому, социальному дискомфорту, снижает социальную адаптацию, профессиональную активность, повышает число разводов. Таким образом, бесплодие имеет значение не только для индивидуумов, но оказывает влияние на общество в целом, снижая социальную и профессиональную активность этой группы населения. В связи с этим, проблема диагностики и лечения бесплодного брака является крайне актуальной в акушерско-гинекологической практике и для медицины в целом.

Целью нашей работы явилось выяснение особенностей состояния микробиоценоза цервикального канала у женщин Уральского региона, состоящих в бесплодном браке.

Материалы и методы

Нами были обследованы 260 женщин, вставшие на учет в Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции (главный врач Николаева Е.Б.) по проблеме отсутствия беременности в браке. Всем женщинам проводилось обследование, включавшее в себя сбор анамнеза, и специальные методы диагностики, используемые в клинике бесплодного брака. С целью исключения шеечного фактора бесплодия нами, перед пробой Курцрок-Миллера, всем женщинам проводилось исследование цервикальной слизи. Данная методика была поставлена в клинико-диагностической лаборатории, входящей в состав лабораторного комплекса Свердловского областного центра планирования семьи и репродукции в августе 2005 года. Цервикальная слизь забиралась у женщин в средине менструального цикла. Проводилась микроскопия полученной слизи и исследовались ее физико-химические свойства.

Результаты исследования и их обсуждение

У 92 (35,4%) пациенток показатели цервикальной слизи не имели патологических отклонений («Руководство ВОЗ» по лабораторному исследованию эякулята человека и взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью 4-е издание 2001 г.) и таким женщинам далее проводилась проба Курцрок-Миллера и дальнейшее обследование.

У 168 (64,6%) пациенток в анализе цервикальной слизи было обнаружено повышение количества лейкоцитов и другие признаки вялотекущего цервицита, что делало нецелесообразным дальнейшее проведение пробы Курцрок-Миллера. При тщательной микроскопии данных образцов анализов

нами были обнаружены простейшие микроорганизмы, идентифицировать которые мы не смогли.

Нами был предпринят анализ анамнестических особенностей и оценка данных объективного обследования 168 пациенток с наличием простейших микроорганизмов в анализе цервикальной слизи. Были получены следующие результаты.

Средний возраст женщин составил 27,9±3,95 лет, длительность бесплодия 3,5±2,65 года. Первичное бесплодие было у 50,0% пациенток. Среднее количество беременностей у женщин с вторичным бесплодием составило 1,7, при этом средний возраст первой беременности был 20,4±2,66 лет. Первая беременность закончилась: родами – у 27, абортом – у 36 и невынашиванием беременности – у 21 женщины.

Из гинекологического анамнеза пациенток обращает на себя внимание наличие: эрозии шейки матки – у 56,0%, хронического аднексита – у 44,0%, частых обострений воспалительных заболеваний половых органов – у 28,0%, проявлений метроэндометрита – у 6,0%, неспецифического кольпита – у 4,0%, бактериального вагиноза – у 2,0% пациенток. По анамнестическим данным из инфекций передающихся половым путем женщины перенесли: уреаплазмоз – 18,0%; хламидиоз – 12,0%; трихомоноз – 8,0%; гонорею, микоплазмоз и ЦМВ-инфекцию – по 2,0%.

При обследовании пациенток в Свердловском областном центре планирования семьи и репродукции обнаружено: эрозия шейки матки – у 34,0%, аднексит – у 26,0%, эндоцервицит – у 18,0%, бактериальный вагиноз – у 14,0%, ov. naboti – у 10,0%, вагинальный кандидоз – у 10,0%, метроэндометрит – у 8,0%, сальпингит – у 6,0%, гиперплазия эндометрия – у 6,0%, неспецифический кольпит – у 4,0%. Инфекции передающиеся половым путем были диагностированы у 54,0% обследованных, из них: уреаплазмоз – у 74,1%, микоплазмоз – у 37,0%, ЦМВ-инфекция –у 14,8%, ВПГ – у 7,4%, причем у ряда женщин имело место сочетание данных инфекций.

Все женщины с наличием урогенитальных инфекций и обострениями хронических воспалительных процессов половых органов получали курсы антибактериального и противовоспалительного лечения с последующим контролем эффективности лечебных мероприятий.

Шеечный фактор бесплодия, по данным литературы, диагностируется приблизительно у 5% женщин состоящих в бесплодном браке. Выявленный нами высокий процент вялотекущих цервицитов у обследуемых женщин, при котором сперматозоиды не имеют должной проникающей способности в цервикальную слизь, заставляет думать, что не все вопросы, связанные с шеечным фактором бесплодия окончательно ясны. Наличие в цервикальной слизи простейших микроорганизмов, не являющихся трихомонадами, только увеличивает количество этих вопросов. Анамнестическая часть и данные объективного обследования показывают, что у данного контингента женщин часто выявляются эрозии шейки матки, хронические воспалительные процессы гениталий, инфекции передающиеся половым путем. Необходимо отметить, что после лечения урогенитальных инфекций и купирования сопутствующих воспалительных процессов лейкоцитоз и простейшие микроорганизмы в повторных анализах цервикальной слизи сохранялись.

Заключение

Таким образом, остается ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения. Главный из них – являются ли обнаруженные нами простейшие микроорганизмы в составе микробиоценоза цервикального канала у женщин Уральского региона, состоящих в бесплодном браке, вариантом нормы или патологией? Ответы на этот и другие вопросы еще предстоит найти. Исследования продолжаются.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ГнРГ В ЦИКЛАХ ЭКО С ОТСРОЧЕННЫМ ПЕРЕНОСОМ

Таскина О.А., Назаренко Т.А., Кузьмичев Л.Н.

Россия, Москва, Федеральное агентство Научный центр Акушерства, Гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий.

Актуальность: Проблема снижения риска осложнений при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в лечении бесплодия является не менее важной, чем повышение эффективности самой программы ВРТ. Одним из наиболее серьезных осложнений индукции суперовуляции является синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ), который протекает с различной степенью тяжести и иногда приводит к летальному исходу(Т.А.Назаренко, А.А.Смирнова; 2004) Согласно литературным данным, СГЯ развивается в 4% циклов индукции овуляции и значительно – в циклах стимуляции суперовуляции, где частота его клинически выраженных форм оценивается в 10%, а тяжелых форм: 0,5 – 2% (P.R.Brinsden, S.L.Tana; 1999). По данным нашего Центра, частота СГЯ составляет в среднем 22%, а на долю тяжелых форм приходится 12,9% от числа случаев гиперстимуляции.

Цель данного исследования явилась оценка клинической эффективности и переносимости агонистов – Гонадотропин – Рилизинг – Гормона (а-ГнРГ) в циклах ЭКО и ПЭ с отсроченным переносом в период после трансвагинальной пункции (TVP) в целях снижения риска развития синдрома гиперстимуляции яичников(СГЯ).

Материалы и методы: нами в исследование были включены 60 пациенток репродуктивного возраста с трубно–перитонеальной формой бесплодия, которым в рамках программы ЭКО и ПЭ была проведена дессенситизация аденогипофиза с середины лютеиновой фазы предыдущего менструального цикла с введением агонистов-Гонадотропин-Рилизинг-Гормона (а-ГнРГ) и последующая стимуляция суперовуляции рекомбинантными фолликулостимулирующими гормонами (р-ФСГ). Перед трансвагинальной пункцией (TVP) пациентки с СГЯ были распределены на две равноценные группы: основную (30 человек) и контрольную (30 человек). Основной группе после TVP был подкожно введен Диферелин или Лейпрорелин в дозе 3,75 мг однократно под контролем динамики изменений гормонального статуса (ЛГ,ФСГ,Е2,Прг) уровня параметров гемостаза, СА-125 в день TVP, на 5, 10, 15, 20 дни после TVP. Пациентки контрольной группы продолжали программу ЭКО по стандартной схеме.

Результаты: к концу исследования в основной группе СГЯ средней и тяжелой степеней тяжести не был диагностирован ни у одной пациентки, легкой степени превалировал у 40%, в контрольной группе СГЯ тяжелой степени тяжести наблюдался в 2% случаев, средней степени в 45%, легкой степени примерно в 53%.

Выводы: Таким образом, анализ эффективности применения препаратов группы аГнРГ после TVP является оправданным в целях снижения риска развития СГЯ.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Таюкина И.П., Тихоновская О.А., Мустафина Л.Р., Фохт О.В.

Россия, г.Томск, Сибирский государственный медицинский университет, Областной Центр Планирования семьи и Репродукции

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза патогенетически значимы в формировании эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия. На этапе подготовки к ЭКО у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием патология эндометрия выявлена в 73,7% случаях, причём в 68,4% диагносцирован хронический эндометрит. В циклах стимуляции овуляции и суперовуляции своевременная циклическая трансформация эндометрия диагностируется только у половины пациенток (В.С.Корсак, 2005).

Целью настоящего исследования явилось изучение характера экспрессии рецепторов эндометрия к эстрадиолу и прогестерону у пациенток с бесплодием, и определение клинической эффективности назначения препарата, содержащего индол-3-карбинол при патологии эндометрия.

Материалом исследования служили биоптаты и соскобы эндометрия, полученные у пациенток с бесплодием при подготовке к Вспомогательным Репродуктивным Технологиям. Исследование проведено у 28 человек в возрасте от 24 до 37 лет (средний возраст составил 31,93 ±1,09 год), с первичным (10 человек - 36%) и вторичным бесплодием (18 пациенток - 64%). Критерии исключения: заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тяжёлые формы эндометриоза; миома матки, требующая оперативного лечения, врождённые аномалии половых органов, гипергонадотропная аменорея. Все пациентки обследованы согласно протоколам ВОЗ. Ранее всем пациенткам проводилась лечебно-диагностическая лапароскопия с хромогидротубацией, однако гистероскопия была выполнена только у 4-х больных. Забор эндометрия проводили на 20-22 дни менструального цикла при выскабливании полости матки под контролем гистероскопии (n=28). Полученные образцы эндометрия после фиксации в 12% растворе формалина через 24 часа помещали в 90% спирт, затем заливали в парафин и делали срезы толщиной 4 мкм. Гистологические диагнозы соответствовали классификации ВОЗ и Международной ассоциации патоморфологов (2004). Иммуногистохимическое определение экспрессии рецепторов к эстрадиолу и прогестерону проводили двухэтапным авидин-биотиновым методом с демаскировкой антигена на парафиновых срезах с использованием антител и визуализацией системы фирмы DakoCytomation. Уровень содержания рецепторов к эстрогенам и прогестерону определяли методом определения гистохимического счёта (H-score).

По гистологическому заключению соскобов эндометрия все пациентки были разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли пациентки с простой типичной гиперплазией эндометрия (n=10), во 2-ю группу включены 8 пациенток с простой типичной гиперплазией эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом, и, в 3-ю группу вошли 10 женщин с нормальным эндометрием секреторного типа (n=10).

По характеру бесплодия больные распределились следующим образом: трубно-перитонеальный фактор - 11 человек, хроническая ановуляция – 11 пациенток, малые формы эндометриоза - 2 человека, мужской фактор бесплодия – 2 случая и по одному случаю - иммунологическое и с неясным генезом бесплодие. В анамнезе у всех пациенток с приобретённой патологией маточных труб наблюдались воспалительные заболевания генитального тракта. Высока частота выявления инфекции, передаваемой половым путём, так у 29,4 % женщин ранее выявлен хламидиоз или микстинфекция в 70,5% случаях. Длительность бесплодия составила от 1 до 5 лет в 18 и более 5 лет в 10 случаях. У 8 пациенток были проведены от 2 до 4 попыток ЭКО с неудачными результатами.

Эндометрий пациенток с простой типичной гиперплазией эндометрия характеризовался неравномерным расположением прямых и извитых желёз, выстланных цилиндрическим эпителием с многорядно расположенными ядрами, единичными митозами. Обнаруживались структуры «железа в железе», некоторые железы были кистознорасширены. Изменения эндометрия носили диффузный характер. В большинстве исследованного эндометрия у этих пациенток выявлено снижение экспрессии рецепторов, преимущественно за счёт рецепторов к эстрадиолу (81,5 ±47,1), при уровне экспрессии рецепторов к эстрогенам (197,6±39,5) в неизменённом эндометрии. Гистохимически только в 2-х случаях выявлена нормальная экспрессия рецепторов стероидных гормонов в эндометрии, а у 2-х женщин с простой типичной гиперплазией эндометрия в 100% клеток отсутствовала экспрессия рецепторов к стероидным гормонам.

Во второй группе гиперпластические процессы эндометрия имели подобный характер, но очаговый характер сочетался с морфологической картиной хронического эндометрита, в виде умеренной или выраженной лимфомоноцитарной инфильтрации, очаговым фиброзом стромы, склеротическими изменениями сосудов. Практически во всех случаях отмечено выраженное снижение экспрессии рецепторов к эстрадиолу (60,4±25,6) при нормальных значениях экспрессии рецепторов к прогестерону.

При секреторной трансформации эндометрия (3-я группа) наблюдалась нормальная активность и соотношение рецепторов к эстрадиолу и прогестерону.Только в одном случае при нормальном гистологическом состоянии эндометрия наблюдалось отсутствие экспрессии рецепторов в 100% клеток. Вероятно, отсутствие экспрессии рецепторов эндометрия, как в гиперплазированном, так и в неизменённом эндометрии может свидетельствовать об определённой автономности этой гормонозависимой структуры.

При гистологическом подтверждении простой гиперплазии эндометрия или при сочетании её с хроническим эндометритом 18 пациенткам назначали препарат Индинол в дозе 200 мг в сутки в течение 2–х месяцев со снижением дозировки до 100 мг в последующие 2 месяца и Кипферон вагинально в течение 10 дней после гистероскопии (Патент № 2275194 от 04.11.2004 г.) Отмечена хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов, в том числе метаболических нарушений. Через 2 месяца после лечения проведена контрольная биопсия эндометрия на 20-22 день менструального цикла. У 10 пациенток гистологическое заключение соответствовало секреторному эндометрию, в 8 случаях - простой типичной гиперплазии, что потребовало дальнейшей терапии с назначением прогестагенов. Клиническая эффективность Индинола была более выражена в случаях сочетания гиперплазии эндометрия с хроническим эндометритом.

Таким образом, неудачные попытки вспомогательных репродуктивных технологий во многом обусловлены патологией эндометрия в виде гиперпластических процессов и частым сочетанием их с хроническим эндометритом, которые сопровождаются значимым нарушением экспрессии рецепторов стероидных гормонов, преимущественно за счёт снижения экспрессии рецепторов к эстрадиолу. Наряду с антипролиферативной активностью Индинола, обусловленной регуляцией метаболизма эстрогенов со снижением синтеза 16-альфа–гидроксиэстрона (Киселёв В.И., 2005 г), клиническая эффективность Индинола обусловлена противовоспалительным и рецепторкоррегирующим действием.

ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Тварадзе И.Э., Штыров С.В., Лугуева А.Ю.

Россия, г.Москва, ГОУ ВПО «Российский Государственный Медицинский Университет Федерального Агентства по Здравоохранению и Социальному Развитию» РФ. Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Городская клиническая больница № 31

Самой частой причиной «острого живота» в гинекологии является трубная беременность. По данным государственного статистического комитета Российской Федерации, летальность при внематочной беременности в структуре материнской смертности составляет 4 - 7%. Несвоевременная или необоснованная тактика ведения пациенток с данной патологией часто приводят к неправильному выбору метода лечения, большому количеству радикальных, травматических операций. В настоящее время диагностика трубной беременности по-прежнему представляет определенные трудности. Распознавание внематочной беременности на стадии прогрессирования позволяет обеспечить "идеальные" условия для проведения органосохраняющих операций.

Тубэктомия до сих пор остается наиболее частой хирургической операцией при данном заболевании, приводящем к медицинским, экономическим и социальным проблемам. Все большее внимание вызывают вопросы возможности проведения максимально щадящих, органосохраняющих операций на маточных трубах, а правильные реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде определяют успех проведенного оперативного вмешательства и эффективность восстановления репродуктивной функции пациенток.

Цель. Оптимизация современных методов диагностики и лечения больных с трубной беременностью.

Материалы и методы.

За период с 2004 по 2006гг. нами обследовано 380 пациенток с трубной беременностью. Все наблюдаемые разделены 2 группы: первую составили 312 пациенток с нарушенной трубной беременностью, вторую - 68 больных с прогрессирующей трубной беременностью. Возраст пациенток варьировал от 16 до 44 лет, в среднем, составляя 28±3,4 лет.

При поступлении, кроме общеклинических, всем (380) проводили исследование крови на содержание бета-субъединицы хорионического гонадотропина (ХГч) в сыворотке крови методом имунноферментного анализа с использованием спектрофотометра «Bio-Rad» (Чехия). Всем осуществлялось УЗИ органов малого таза и брюшной полости на ультразвуковых аппаратах «Voluson 730XP», «Technos MP» и «Acuson» (128 x p/4; 10) в режиме реального времени с помощью конвексных датчиков частотой 2,5 МГц и влагалищного датчика с частотой акустических колебаний 5,0; 7,0 МГц по стандартной общепринятой методике. Лапароскопию производили в отделении оперативной эндоскопии с использованием серийного набора инструментов и оборудования фирмы Karl Storz (Германия). Роды были у 204 (53,68%) пациенток, самопроизвольные и артифициальные аборты – у 265 (69.73%). Удаление остатков плодного яйца у 52 из 265 (19,62%) наблюдаемых. У 98 из 265 (36,98%) пациенток послеоперационный период осложнился развитием эндомиометрита или сальпингоофорита, по поводу чего проводилась антибактериальная терапия (у 70 - амбулаторно, у 28 – стационарно). Большинство (69,14%) обследуемых с трубной беременностью указывали на наличие в анамнезе воспалительных заболеваний придатков матки. По поводу трубной беременности ранее перенесли оперативные вмешательства 42 (11,05%) наблюдаемых, из них у 8 – выполнена органосохраняющая операция (туботомия) и у 34 – радикальная операция (тубэктомия). У 3 пациенток после перенесенной лапароскопической туботомии наблюдалась повторная трубная беременность. Нарушения менструального цикла в анамнезе были у 96,8% больных. Последняя менструация была скудной и наступила во время или ранее ожидаемого срока у 92 из 380 (24,21%) наблюдаемых, наступила с задержкой на 5-12 дней – у 172 из 380 (45,26%). Наличие субъективных признаков беременности отмечали более половины пациенток (61,4%).

Результаты

При поступлении боли различного характера беспокоили 275 из 380 (72,36%) больных, из них у 210(76.36%) – выявлена иррадиация болей в прямую кишку, у 11(4%) – в подключичную область и правое подреберье. Слабость и головокружение у 126 (33.16%), эпизоды кратковременной потери сознания наблюдались у 72 (18.95%) больных. Содержание гемоглобина в крови варьировало от 87 до 139 г/л. Признаки анемии выявлены у трети обследованных 126 (33,31%). Тахикардия отмечена у каждой десятой (10,0 %). У 314 (82.64%) показатели артериального давления оставались в пределах нормальных значений, а у 66 (17.37%) отмечалось снижение артериального давления. Наш опыт свидетельствует, что гипотония, как правило, развивается при массивной кровопотере (1-1,5 литров и более).

У всех пациенток определялся положительный бета-субъединицы хорионического гонадотропина (ХГч) в пределах от 29 до 1500 Мме/мл. УЗИ позволяло исключить наличие маточной беременности у всех 380 наблюдаемых. При УЗ-сканировании расширение маточной трубы визуализировалась у 98 из 380 (25,78%) больных, плодное яйцо в маточной трубе – у 28 из 380 (7.37%). УЗИ позволяло определить наличие жидкости в брюшной полости у 263 (69.21%) наблюдаемых, а также возможность использования лапароскопического доступа у больных, перенесших чревосечения в анамнезе, и определить место введения первого троакара.

Интраоперационно плодное яйцо локализовалось ампулярно у 265 (69.7%), в истмическом отделе трубы – у 76 (20%), фимбриально – у 5 (1.31%), интрамурально – у 3 (0.79%).

Объём хирургического вмешательства определялся исходя из локализации трубной беременности, возраста пациентки, характера реализации репродуктивной функции. Тубэктомия произведена 270 оперированным (71%), туботомия – 36 (9.47%), сцеживание «milking» – 17 (4.47%), резекция угла матки – 7 (1,84%).

Выводы.

Таким образом, основными этапами обследования больных с подозрением на трубную беременность являются: общеклиническое обследование (I этап); УЗИ (II этап); определение уровня хорионического гонадотропина в крови (III этап). Это позволяет определить показания к лапароскопии, которая дает возможность не только подтвердить диагноз, но и провести адекватное оперативное лечение трубной беременности.

БЕЛОК P16INK4A В МАЗКАХ С ШЕЙКИ МАТКИ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ

Темишева Я.А., Адамян Л.В., Козаченко А.В.

ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий», Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

В настоящее время отмечается тенденция к неуклонному росту частоты предраковых заболеваний шейки матки, диагностика которых является в некоторых случаях весьма за-

труднительной. Последнее обстоятельство связано с отсутствием четких объективных критериев диагностики диспластических изменений многослойного эпителия шейки матки ввиду субъективной оценки гистологических срезов или цитологических мазков врачом патологом. Существующая ситуация требует поиска и внедрения принципиально новых методик, которые бы позволили клиницисту четко определять степень тяжести дисплазии и дифференцировать ее с реактивными изменениями в эпителии шейки матки.

Достоверно доказано, что в механизмах возникновения рака шейки матки ключевая роль принадлежит ВПЧ-инфекции. Высокоонкогенные типы ВПЧ при встраивании ДНК вируса в ДНК эпителиальной клетки вызывают изменения в клеточном геноме, приводящие к его нестабильности. Возникшие изменения приводят к нарушению клеточного цикла, снижению синтеза онкосупрессорных белков и экспрессии ингибиторов циклинзависимых киназ – в частности белка p16INK4A (p16). При изучении особенностей накопления этого белка в тканях шейки матки при ее дисплазии была выявлена прямая корреляция между степенью экспрессии p16 и степенью тяжести диспластических изменений.

Целью исследования явилась оценка значимости определения белка p16 в цервикальных мазках больных воспалительными и предраковыми заболеваниями шейки матки

На основании проведенного анализа больных доброкачественными и предраковыми заболеваниями шейки матки из числа 699 женщин от 17 до 55 лет, подвергшихся лечению по поводу патологии шейки матки, были отобраны наиболее проблемные с точки зрения диагностики. У 32 пациенток с подозрением на предрак шейки матки с целью дифференциальной диагностики дисплазии и реактивных воспалительных изменений в цервикальных мазках была применена иммуногистохимическая окраска на ВПЧ-ассоциированный белок p16 с использованием набора мышиных моноклональных антител (DakoCytomation, Дания).

Положительная иммунологическая реакция на белок p16 в эпителиальных клетках в мазках с шейки матки проявлялась насыщенной коричневой окраской как в ядрах, так и в цитоплазме. На фоне воспалительных изменений в мазке на p16 преимущественно окрашивались эпителиальные клетки с полиморфными гиперхромными ядрами. Следует отметить, что выраженная положительная иммунореактивность на p16 была выявлена также и в дистрофически измененных клетках – койлоцитах. Белок p16 одинаково интенсивно выявлялся как в случае дисплазии многослойного плоского, так и железистого эпителия.

После проведения иммуногистохимической детекции экспрессии белка p16 у 19 больных были подтверждены цитологические признаки дисплазии, что нашло отражение при гистологическом исследовании после прицельной биопсии шейки матки. Проведенное хирургическое лечение после точного установления диагноза дисплазии шейки матки 2-3 степени тяжести было в объеме конизации шейки матки с использованием различных хирургических энергий (радиоволновая, лазерная, ножевая конизация). После операции у этой категории больных осуществлялся кольпоскопический и цитологический контроль.

Таким образом, использование в качестве инструмента объективизации диагноза, в том числе цитологического, методики определения белка p16 позволяет выполнять адекватное лечение в необходимом объеме, включая хирургическое вмешательство. Широкое внедрение в повседневную амбулаторную практику гинеколога новых методов детекции ВПЧ-ассоциированных белков, принимающих участие в процессах цервикального канцерогенеза, по видимому, повысит точность диагностики в сомнительных случаях и будет способствовать снижению частоты инвазивных форм рака шейки матки.

НОВЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М.

Подходы к органосохраняющему лечению миомы матки стали развиваться параллельно с созданием радикальных методов лечения этого заболевания, однако это направление всегда несколько отставало и имело мало сторонников. В последние время органосохраняющее лечение миомы матки становиться одним из приоритетных направлений. В целом, это вполне закономерный процесс, обусловленный как развитием современных лечебных технологий, так и возрастающей потребностью женщин в решении репродуктивных проблем.

Понижение порога онкологической настороженности позволило начать внедрение современных методов лечения, не сопряженных с инвазией в брюшную полость.

Аутопсийные исследования внесли существенные изменения в эпидемиологические данные, касающиеся миомы матки. Было показано, что частота встречаемости миомы матки достигает 85%. Этот факт указывает на важную роль профилактического ультразвукового скрининга молодых женщин, не имеющих соответствующих жалоб. Использование современных методов лечения на ранних этапах развития миомы матки позволяет прекратить развитие заболевания, привести к его регрессу и не допустить в дальнейшем возникновение репродуктивных проблем, обусловленных миомой матки. В связи с наметившейся тенденцией реализовывать репродуктивную функцию в более позднем возрасте все чаще гинекологам приходится сталкиваться с необходимостью лечению миомы матки наиболее щадящими методами, позволяющими восстанавливать репродуктивную функцию у такого рода больных.

Эффективное органосохраняющее лечение миомы матки невозможно без полноценного клинического классифицирования этого заболевания. В понятие «миома матки» входит гетерогенная группа состояний, характеризующая патологическое изменение матки. В это понятие может входить и единичный узел размером 1см. не имеющий никакого клинического проявления и множественная миома матки соответствующую 25 неделям беременности, проявляющуюся кровотечениями и компрессией смежных органов. Существующие на настоящий момент классификации (гистологическая и по локализации) неприемлемы в практической гинекологии и фактически не несут никакой тактической информации. Широко применяющиеся в настоящее время показания к гистерэктомии на практике дают возможность наблюдать больных до рубежа в 12 недель, то есть допускают пассивность в отношении пациенток с меньшим размером миом. Таким образом, необходима классификация, объединяющая такие характеристики как: размер, количество узлов, локализацию и репродуктивные планы пациентки, то есть, нужна классификация, позволяющая врачу сразу же прогнозировать тактику лечения.

В настоящий момент можно выделить три подхода к органосохраняющему лечению миомы матки:

1. Консервативно-пластический: миомэктомии (лапаротомические, лапароскопические, гистерорезектоскопии). Целью этого лечения является восстановление репродуктивной функции. Ограничением к использованию этого метода является отсутствие технической возможности выполнить подобную операцию (большое количество узлов, неудачное расположение). В ряде случаев этот метод комбинируется с эмболизацией маточных артерий, последняя используется в качестве подготовительного этапа.

2. Временно-регрессионный: агонисты ГнРГ, мифепристон. Их роль существенна в лечении маленьких миоматозных узлов в составе двухэтапной схемы, у части больных пере-

менопазуального возраста, а также в качестве профилактики рецидивов после консервативной миомэктомии.

3. Стабильно-регрессионный («ишемический»): эмболизация маточных артерий, лапароскопическая окклюзия маточных артерий. Эти методы позволяют нивелировать симптомы заболевания, уменьшить в размере миоматозные узлы, в ряде случаев вызвать их экспульсию из матки. Эти методы могут быть использованы у женщин имеющих репродуктивные планы.

Таким образом, современный спектр лечебных подходов к миоме матки при правильном выборе позволяет в большинстве случаев лечить миому матки с сохранением органа.

Наиболее перспективным направлением в органосохраняющем лечении миомы матки являются ишемический и консервативно-пластический метод лечения миомы матки, как по отдельности, так и при сочетанном или комбинированном их использовании.

Проведение консервативной миомэктомии после выполненной эмболизации маточных артерий или «бескровные» миомэктомии на фоне ишемизированной матки существенно повышают качество выполняемой операции и соответственно влияют на результат.

В результате исследования состояния матки после лапароскопической окклюзии и эмболизации маточных артерий было показано, что уже через несколько часов в миометрии начинается процесс лизиса тромбов и восстанавливается кровоснабжение за счет коллатералей из широкой связки матки и яичниковых артерий. Уже через 6-8 часов кровок в миометрии восстанавливается в адекватном объеме. В миоматозных узлах такого не наблюдается. Было предположено, что для развития необратимых процессов в миоматозном узле достаточно всего 6-8 часов ишемии.

Нами запатентован метод временной трансвагинальной окклюзии маточных артерий для лечения миомы матки. Метод заключается в следующем: трансвагинально маточные артерии окклюзирутся специальным зажимом на 6 часов. В результате эффект данной процедуры сравним с таковым при эмболизации маточных артерий. Таким образом, дальнейшие исследования этого метода позволит добиваться эффекта эмболизации маточных артерий в условиях дневного стационара при снижении стоимости процедуры, что сможет внести существенные изменения в доступность и качество органосохраняющего лечения миомы матки.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости, а уровень абортов в России остается еще достаточно высоким. Несмотря на то, что за последние 10 лет в России, как абсолютное число абортов, так и число абортов на 1000 женщин фертильного возраста сократилось вдвое, абортами по- прежнему заканчивается большая часть беременностей.

Самым неблагоприятным остается факт преобладания абортов в причинах материнской смертности. Для поиска путей снижения медицинских абортов было проведено социально-медицинское исследование статистических данных и анкетирование женщин г. Волгограда, перенесших медицинский аборт. Существующая система профилактики абортов, отношение медицинских работников к процедуре аборта и реабилитации женщин после него свидетельствуют о том, что данная служба требует совершенствования. Так, среди перенесших процедуру аборта только 61,1% женщин когда-либо беседовали о контрацепции с медработником; после аборта консультирование по вопросам планирования семьи получили только 17,8% женщин. Половина врачей (48,4%) консультируют женщин после аборта сами; другая половина (45,2%)- направляют в другие лечебные учреждения. Менее половины (47,1%) женщин знали о времени восстановления фертильности после аборта; только 1% женщин метод контрацепции был представлен перед выпиской из лечебного учреждения.

Поиск эффективных мер профилактики абортов и реабилитации после производства аборта можно разделить на несколько направлений:

- выявление групп риска по производству абортов;
- обеспечение им консультативной помощи по методам контрацепции;
- оказание женщинам социальной и психологической помощи, как до аборта, так и после него;
- проведение предабортной медикаментозной профилактики;
- лечение медицинских осложнений, включая применение медикаментозных средств, активное использование физических факторов, местной терапии;
- обеспечение индивидуальной контрацепции;
- создание системы диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими прерывание первой беременности.

В группы риска должны входить:

- женщины активного репродуктивного возраста 20-30 лет. Так как, 70% женщин делают аборты в возрасте 21-34 года, а каждая вторая женщина, имеющая аборты, моложе 24 лет. Суммарный коэффициент абортов составил 2,6 аборта в среднем на 1 женщину. Полученные данные, свидетельствуют о том, что 16% женщинам, имевшим аборт, потребовалось лечение осложнений.
- женщины, имеющие маленьких детей (1-1,5 года), так как 60-70% беременностей, наступивших в первый год после родов, прерываются мед. абортом.
- девочки – подростки составляют особую и самую уязвимую группу риска по прерыванию первой беременности.

Пути решения: Активизировать просветительскую и воспитательную работу среди подростков о контрацепции, особенно о методах экстренной контрацепции.

Психологическая и социальная помощь должна оказываться женщинам при первом визите к врачу по поводу аборта. Так, проведенное анкетирование показало, что 56 % женщин еще не приняли окончательного решения о прерывании беременности. Пациентка должна быть информирована о нежелательных последствиях аборта. Для этих целей нами разработана «Памятка для женщин, решивших прервать беременность». В результате беседы с психологом в центре планирования семьи области удалось сохранить от 10 до 12 % беременностей.

Необходимость периоперационной профилактики диктуют развивающиеся закономерные физиологический изменения во всех органах и системах беременной женщины. Развитие гестационной иммунодепрессии, несостоятельность вегето-сосудистой адаптации, состояние психо-эмоциональной напряженности значительно ослабляют реактивность организма женщины.

Женщинам, имевшим в анамнезе эпизоды воспалительных заболеваний гениталий, необходимо периоперационно назначать антибактериальные препараты широкого спектра действия с обязательным включением антимикотиков.

Реализация всех составляющих профилактики аборта и его осложнений позволяет надеяться на своевременную реабилитацию и сохранение репродуктивной функции молодых женщин.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Исаева Л.В., Минец Ю.В.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

Несомненно, проблема гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин переходного возраста (Кулаков В.И., Прилепская В.Н., 2001).

У женщин пременопаузального возраста, в связи с высокой частотой сопутствующей патологии, применение гормональных препаратов часто ограничено. Методом выбора остается радикальное хирургическое лечение – гистерэктомия, после которой у 50% больных развиваются вегето-сосудистые и психоневротические расстройства, реализующиеся в клинике постгистерэктомического синдрома.

Это диктует необходимость поиска новых, щадящих эндохирургических методов лечения, позволяющих сохранить матку.

Цель исследования. Усовершенствование метода лечения гиперпластичесих процессов эндометрия в пременопаузе у женщин с экстрагенитальной патологией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 64 женщин в возрасте от 40 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия или гиперплазией эндометрия при наличии противопоказаний к гормональной терапии. Средний возраст пациенток составил 48,12 ± 1,15 лет.

Пациентки предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции: в виде гиперполименорреи (59,4%), альгоменорреи (25%), ациклических маточных кровотечений (15,6%).

Установлено, что у всех обследованных женщин имеет место сопутствующая экстрагенитальная патология, в том числе: сахарный диабет – у 8 (12,5%); ожирение - у 14 (21,9%); гипертоническая болезнь – у 29 (45,3%); заболевания желудочно-кишечного тракта (включая патологию печени) наблюдались у 13 (20,3%)пациенток.

Всем больным были выполнены: трансвагинальное ультразвуковое сканирование органов малого таза; гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием и гистологическим исследованием соскобов эндометрия и цервикального канала.

Результаты исследования. По данным гистероскопии, полипы эндометрия обнаружены у 19 (29,6%) пациенток, диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия – у 37 (57,8%) женщин. У 8 пациенток выявлено сочетание полипов с гиперплазией эндометрия.

Данные гистероскопии подтверждались результатами гистологшического исследования: железистая гиперплазия эндометрия выявлена у 42,1% женщин; атипическая гиперплазия эндометрия - у 21,9%; железисто-фиброзные и фиброзные полипы - у 28,1%; аденоматозные полипы эндометрия - у 7,8% пациенток.

Всем пациенткам проводилась одномоментная двухсторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией или аблацией эндометрия. Операции осуществляли с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия). Аблацию эндометрия осуществляли по общепринятой методике. Длительность хирургической операции варьировала от 30 до 50 мин (составив в среднем 20,63 ± 2,05 мин), и зависела от объема хирургического вмешательства.

Ближайшие результаты оперативного вмешательства оценивали в течение первых суток после операции, и через 30 дней. Отдаленные результаты изучали спустя 3, 6, 9 месяцев с момента операции и далее через 1 год.

Данный метод лечения оказался эффективным у 62 (96,8%) женщин, и лишь у двух пациенток с гипертонической болезнью сохранялись мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение двух месяцев после лечения, без патологических изменений эндометрия по данным УЗИ.

Таким образом, проведение двусторонней аднексэктомии лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией (аблацией) эндометрия позволяет достичь значительной эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с экстрагенитальной патологией в пременопаузе.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ И ВОПРОСАМ КОНТРАЦЕПЦИИ

Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

В настоящее время особую озабоченность вызывает высокий уровень абортов среди подростков. По данным ВОЗ соотношение родов к абортам в России является 1:1,3, по Волгоградской области 1:1,5.

Если учесть, что более 50% абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то при отсутствии действенных мер имеет место реальная угроза потери репродуктивного здоровья молодежи.

Ситуация усугубляется, а во многом и определяется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности молодежи, об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания (С.В.Захаров, 2000). В этой связи актуальность приобретают мероприятия направленные на профилактику предупреждения абортов среди подростков. Учитывая, что реакция родителей не всегда адекватная на проведение работы по половому воспитанию их детям, необходимо выяснить отношение родителей к данной работе.

Цель работы. Выяснить отношение родителей к работе врачей гинекологов с подростками по половому воспитанию и вопросам контрацепции.

Методика исследования. С помощью специально разработанной анонимной анкеты с 11-ю закрытыми вопросами (утверждениями) было обследовано 261 родителей девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Среди респондентов 40,9 % составили родители детей до 14 лет, и 60,2 % родители детей 15лет и старше. Половина респондентов (49,1%) имели более одного ребенка в семье. Большинство родителей отвечавших на вопросы анкеты были матери – 95,4%, отцы соответственно составили 4,6%. Анкетирование проводилось в средних образовательных учреждениях города Волгограда в ноябре-декабре 2005г.

Результаты исследования. Согласно самооценкам родителей разговаривают со своими детьми о половом воспитании 57,1% опрошенных. Практически каждый второй ребенок в данной ситуации, не получает информацию в семье. Нежелание родителей проводить беседы на данную тему может быть связано с поверхностным пониманием задач, которые ставят перед ними подобные разговоры с ребенком. Однако такие разговоры необходимы.

Стоит отметить, что только 6,9% опрошенных родителей проводят беседы с детьми, если инициатива исходит от ребенка. Но и они высказывают разногласия, так, 69,5% счита-

ют, что при обсуждении данных вопросов с ребенком нужно быть как можно более откровенными, 18,6% респондентов стараются предоставить минимум информации.

Основной причиной затруднений возникающих при разговоре с детьми о половом воспитании большинство родителей считают недостаток собственных знаний по этому вопросу: 53,6% ответили, что сами мало знают об этом, а 39,5% хотели бы, чтобы разговор об этом провел более компетентный человек. Значительное количество респондентов (20,3%) испытывают неудобство, стыдливость при беседе о половом развитии. В тоже время, посчитали, что такая информация не нужна их ребенку 6,9% родителей.

Наиболее оптимальным возрастом для проведения бесед на тему полового воспитания и методов контрацепции с детьми большинство родителей (39,5%) считают 13-15 лет. Каждый четвертый респондент отметил наиболее подходящий возраст для разговора 16-18 лет. И только 23,1% родителей считают, что необходимо информировать детей, начиная с 10 -12лет. Хотя по рекомендациям Р.С. Немова, начало подобных тематических мероприятий следует начинать с 7-8 лет.

Вероятность того, что подросток расскажет о своем первом половом опыте, по мнению респондентов небольшая, т.к. только 10,3% родителей уверены, что их ребенок доверит им такую информацию, 13,8% ответивших считают, что это не произойдет ни при каких обстоятельствах. Каждый второй респондент (62,5%) надеется на взаимное доверие.

Несмотря на то, что 78,9% респондентов считают себя ответственными в проведении бесед с ребенком о половом развитии и контрацепции, только каждый третий родитель подтвердил, что сможет самостоятельно объяснить методы контрацепции, и чем опасен незащищенный половой акт. Подтверждает не высокую осведомленность родителей в данном вопросе то, что 67,4% посчитали недостаточно компетентным уровень своих знаний.

Необходимость в проведении санитарно-просветительской работы по половому воспитанию и по вопросам контрацепции подтверждает желание родителей получить достоверную информацию от специалистов. Так 96,2% хотели бы побывать на таких тематических лекциях.

Таким образом, проведенное исследование отношений родителей к санитарно- просветительской работы врачей с подростками по вопросам полового становления и по вопросам контрацепции требует дальнейшего изучения и разработки специальных программ для родителей и подростков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Торчинов А. М., Умаханова М. М., Габараева М.Р., Фидарова Т.В.

Россия., г.Москва, Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета, ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава

В структуре гинекологической заболеваемости ведущее место занимают воспалительные заболевания придатков матки (92,7%). Актуальность этой проблемы обусловлена ростом частоты заболевания, тяжестью вызываемых нарушений репродуктивной и других систем организма. Вопросы терапии больных с ОВЗПМ являются одной из наиболее важных задач гинекологии. Одним из современных методов терапии является локальная криотерапия. Теоретическим обоснованием криотерапии являются эффекты холодового воздействия: анальгетический, противовоспалительный, гемостатический и спазмолитический.

Цель исследования: повысить эффективность лечения ОВЗПМ с применением локальной криотерапии.

Для криовоздействия применяли криопакеты (О.Ф.Кузнецов и соавт., 1994). Разработанные нами методы криотерапии (наружная, вагинальная и сочетанная), апробированные на рабочих группах были использованы в комплексном лечении ОВЗПМ. Проведено обследование и лечение 98 больных с ОВЗПМ, которые были разделены на 4 группы в зависимости от применяемого метода лечения. 1 группа-19 больных, у которых в комплексе лечения использовали криовоздействие по вагинальной методике. 2 группа-19 больных, с наружной криотерапией. 3 группа–30 пациенток с сочетанной криотерапией. 4 группа (группа сравнения)–30 пациенток с традиционной терапией.

В процессе лечения после 3-4 процедуры КТ в 1 группе у большинства больных, отмечалось купирование боли и снижение температуры, прекратились патологические выделения из половых путей, во 2 группе больных–на 1-2 сутки позже, а в 3 группе купирование боли, нормализация температуры наблюдалась значительно быстрее на 1-2 сутки лечения, прекращение патологических выделений из половых путей на 3-4 сутки, в то время как у пациенток 4 группы (с традиционной терапией), снижение интенсивности и частоты возникновения боли отмечалось только на 4-5 сутки, у 23% больных болевой синдром сохранялся до 7-х суток, у 20% пациенток наблюдалась субфебрильная температура.

Были изучены в динамике показатели острофазных белков воспаления. Содержание С-реактивного белка, антистрептолизина-О, серомукоида у пациенток 1 и 2 группах достигло нормы на 7 и 9 сутки лечения соответственно, в 3 группе-на 5 сутки лечения, в то время как в 4 группе-только на 10-11 сутки лечения. Уровень средних молекул у пациентов 1 и 2 группы снижался на 8-9 сутки и составил (0,23+0,04 усл. ед. и 0,24+0,02 усл. ед. соответственно), в 3 группе на 7 сутки и составил 0,21+0,04 усл. ед., в то время как у пациенток 4группы (группы сравнения)-на 10-11 сутки лечения.

Эффективность криотерапии была подтверждена данными лазерной биофотометрии, УЗИ органов малого таза и лапароскопии.

Таким образом, использование криотерапии в комплексном лечении ОВЗПМ позволяет значительно быстрее купировать клинические проявления заболевания, нормализовать клинико-лабораторные показатели.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Торчинов А.М., Умаханова М.М.,Фидарова Т.В. , Габараева М.Р.

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава Москва, Россия

Гиперпластические процессы эндометрия являются распространённой гинекологической патологией, частота которой значительно возрастает у пациенток в перименопаузальном периоде.

Внимание к проблеме ранней диагностики и изучения патогенеза пролиферактивных процессов слизистой матки, не ослабевает в связи с необходимостью онкологической настороженности.

Известно, что больные с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия, в том числе полипами слизистой матки, составляют группу «высокого риска» по возможности злокачественного перерождения. Увеличение

частоты гормональнообусловленных опухолей диктует необходимость использования новых методов исследования для уточнения вопросов патогенеза и совершенствования терапии полипов эндометрия в период пери-и постменопаузы.

Целью исследования являлось изучение структурно-функционального состояния интерфазного хроматина ядер эпителиальных клеток полипов эндометрия методом компьютерной телевизионной морфоденситометрии (КТМДМ).

С учетом поставленных целей и задач нами было обследовано 109 пациенток с подозрением на патологию эндометрия в возрасте от 45 до 76 лет.

Наосновaниипроведенныхнамиклинико-морфологических исследований выделены следующие клинические группы: I(контрольную) группу составили 16 пациенток с неизменённым эндометрием соответствующем фазе менструального цикла; II группу - 75 больных с полипами эндометрия, в III группу вошли 18 больных с аденокарциномой эндометрия с различной степени дифференцировки.

Для получения истинного представления о состоянии пролиферативной активности эндометрия нами проведено комплексное клиническое, патаморфологическое и цитофотометрическое исследование, которое включало гистологическое и морофоденситометрическое(МДМ) исследование интерфазного хроматина ядер клеток эндометрия.

При изучении морфоструктуры полипов, важным является оценка окружающей его слизистой тела матки. В связи с этим, проводится сравнительный анализ МДМ параметров группах различными морфологическими формами полипов в зависимости от гистологического фона эндометрия.

Оценка пролиферативной активности железистого эпителия выявила отчётливую тенденцию к повышению активизации ядерного материала железистых и особенно, аденоматозных полипов эндометрия, локализующихся на фоне железистой гиперплазии и хронического эндометрита у пациенток в перименопаузе, по сравнению с фиброзными полипами.

Степень выраженности пролиферативной активности оказалась наиболее высокой при железистых и аденоматозных полипах в сочетании миомой матки, аденомиозом и железистой гиперплазией эндометрия. Полученные данные позволили расширить показания к радикальному хирургическому лечению данной категории больных.

Высокая частота возникновения железито-фиброзных и железистых полипов (в 23,3% наблюдений) на фоне хронического эндометрита, свидетельствует о необходимости проведения комплексной терапии, включающей противовоспалительные и иммунокоррегирующие препараты, наряду с полипэктомией и гормональной терапией.

Анализируя результаты комплексного обследования пациенток с патологией эндометрия, с использованием метода КТМДМ, следует отметить что оценка ПА железистого эпителия позволяет полно охарактеризовать отдельные звенья патогенеза различных гистологических форм полипов и обосновать тактику ведения больных.

РАСШИРЕННАЯ КОЛЬПОСКОПИЯ В АЛГОРИТМЕ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК

Троицкая О.Г., Сингаевский С.Б., Борисов А.В.

Россия, Санкт-Петербург, Многопрофильная хирургическая клиника им. Н.И. Пирогова.

Раннее выявление и лечение пациенток с фоновой и предраковой патологией шейки матки является одной из важнейших задач здравоохранения. Повышение эффективности проведения профилактических осмотров лежит в основе снижения заболеваемости и смертности от рака шейки матки, занимающего второе ранговое место в структуре онкогинекологических заболеваний в нашей стране. На сегодняшний день эффективность профилактических осмотров не превышает 25% по данным Прилепской В.Н. (2007).

Задача исследования: использование расширенной кольпоскопии на этапе первичного профилактического осмотра пациентки.

Материалы и методы. Обследовано 500 пациенток в возрасте 17 до 72 лет (средний возраст 32,5±2,6 года) с использованием расширенной кольпоскопии, прицельно взятого мазка на онкоцитологическое исследование (оценка по классификации Бетесда, 2001) и определения ДНК 12 онкогенных типов вируса папилломы человека (ВПЧ) методом ПЦР. Эндоскопическая оценка состояния шейки матки осуществлялась с использованием классификации Всемирного конгресса патологии шейки матки и кольпоскопии, 1990 год.

Нормальная кольпоскопическая картина (группа 1) выявлена у 323 (64,6%) пациенток, аномальная кольпоскопическая картина (группа 2) в 135 (27,0%) случаев. Кольпоскопическая картина, подозрительная на карциному в 9 (1,8%) случаях (группа 3), у 33 (6,6%) пациенток отмечена сомнительная кольпоскопическая картина (группа 4). Визуальная оценка эктоцервикса в группах 2-4 соответствовала норме у 61,6% пациенток.

Цитологическое исследование соответствовало норме у всех пациенток с нормальными кольпоскопическими картинами. У 60,1% пациенток 2 группы цитологическое исследование было негативным в отношении интраэпителиальных поражений, у 31% пациенток определенны атипические клетки неясного значения (ASCUS), у 8,9% пациенток цитологическое исследование соответствовало низкой степени плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (LSIL). У пациенток с подозрением на карциному по данным цитологического исследования в 22,2% цитологическое исследование соответствовало ASCUS, в 44,4% LSIL, в 33,3% цитологическое исследование обнаружило высокую степень плоскоклеточных интраэпителиальных поражений. У пациенток 4 группы цитологическая диагностика выполнена после проведения соответствующей терапии и соответствовало норме.

У пациенток с нормальными кольпоскопическими картинами онкогенные типы ВПЧ обнаружены в 13,2% случаев, при наличии атипических кольпоскопических картин в 42,2% случаев, при подозрении на карциному по данным кольпоскопии в 100% случаев, у пациенток с сомнительными данными кольпоскопического исследования в 12,1% случаев.

Выводы.

Применение расширенной кольпоскопии на этапе первичного обследования показывает высокую чувствительность по отношению к визуальному методу обследования шейки матки и значительную специфичность по отношению к цитологическому исследованию и определению ДНК онкогенных типов ВПЧ. Определяется высокая частота встречаемости (35,4%) аномальных и сомнительных кольпоскопических картин и частота обнаружения онкогенных типов ВПЧ. Считаем целесообразным использование кольпоскопии при первичном профилактическом осмотре пациенток, учитывая низкую эффективность визуального метода оценки состояния шейки матки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Трубников В.С., Таджиева В.Д., Алекперова А.Ф., Гайнуллина Ю.В., Шакирова Т.А.

Россия, г. Ульяновск, Ульяновский государственный университет

В настоящее время используются различные методы радикального лечения фоновых заболеваний шейки матки. Наиболее распространенным и доступным является электрохирургический метод, но он считается агрессивным. Все большее применение находит криодеструкция - более щадящий метод, начал внедряться радиохирургический метод. Радиоволновая хирургия - это уникальный, атравматичный, бесконтактный метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью радиоволн высокой частоты (3,8-4,0 МГц) без послеоперационной боли и разрушения тканей.

Цель: сравнить эффективность современных методов лечения патологии шейки матки.

Под нашим наблюдением было 213 женщин: I группа – 43 женщины, которым для лечения патологии шейки матки применяли метод электрохирургии - воздействие осуществляли на приборе ФОТЕК с помощью биполярных режущих электродов; II группа - 60 женщин, подвергнутых криолечению, проводилось криоаппаратом - КриоИней с регуляцией подачи жидкого азота; III группа - 110 женщин, которые получили радиохирургическое лечение - проводили аппаратом Сургитрон фирмы ELLMAN Internation, впервые примененный в Ульяновской обл. Манипуляции проводили в первую фазу менструального цикла. Возраст пациенток - от 17 до 49 лет, средний возраст 30±3 года. В анамнезе в I группе все женщины имели беременности, во II группе – 8,3% не имели беременности, в III группе – таких женщин было почти половина (42,7%). Нарушение менструальной функции имели 7,2% женщин в I группе и 5,9% - во II группе. Две трети женщин во всех группах имели кольпиты, каждая пятая – сальпингофариты, 8,2 – 11,1% женщин в трех группах имели миому матки. Всем больным было проведено обследование: кольпоскопия; цитологическое исследование; ПЦР-диагностика на ИППП, в т.ч. на ПВЧ; мазок на онкоцитологию шейки матки; биопсия с гистологическим исследованием. При исследовании на ИППП во всех группах почти в равных % выявлены следующие нозологии: хламидиоз – 11,6%, уреаплазмоз – 12,2%, бак. вагиноз – 14,8%, кандидоз – 29,5%, микоплазмоз – 19,6%, ПВЧ – 9%, две и более инфекции имели более трети обследованных. На основании кольпоскопического и гистологического исследования выявлена следующая патология, которая явилась показанием к лечению: эктопия (48,8–65,5%); лейкоплакия (11,6-12,8%); рубцовая деформация (12,8-18,3%); эктропион (1,7-2,3%); эндометриоз (1,7-4,6%); эритроплакия (1,8-4,6%); ретенционные кисты шейки матки (3,6-16,5%). Пациентки I группы испытывали сильные и неприятные ощущения во время операции, чего не отмечалось у пациенток II и III групп. Выделения: в I группе были обильными, носили сукровичный характер после отторжения струпа - усиливались; во II группе - обильные, серозно-водянистые; в III группе - скудные, светлые. Процесс отторжения струпа: I группа - на 8-10 сутки, II группа - на 9-11 сутки, III группа - на 7-8 сутки. Процесс отторжения струпа с шейки матки в I группе сопровождался небольшим кровотечением и воспалением; во II группе - мажущимися выделениями, в III группе отторжение фибриновой пленки происходило без выделений. Эпителизация в I и II группах в среднем происходила до 2-х месяцев, а в III – до месяца. При оценке кольпоскопических результатов через месяц - неполная эпителизация произошла: в I группе - в 70% случаев, отмечалась рубцовая деформация; во II группе - 40% и в III группе - в единичных случаях.

Выводы:

- электрохирургическое воздействие вызывает выраженные болевые ощущения, раневая поверхность покрывалась грубым струпом, наблюдаются значительные сукровичные выделения, имеются осложнения в виде кровотечений, отмечаются поздние сроки эпителизации; стенозирование цервикального канала, рубцовые деформации шейки матки.
- криовоздействие менее болезненная процедура, из половых путей появляются обильные серозные водянистые бели (гидроррея), сроки эпителизации сокращаются, не возникает стенозирования цервикального канала.
- во время радиохирургической процедуры пациентки не испытывают сильных и неприятных ощущений, серозные выделения были светлыми, скудными, раневая поверхность покрывается тонкой, эластичной фибриновой пленкой, отмечаются мажущиеся выделения, купировавшиеся самостоятельно.
- по результатам исследования радиохирургическое лечение является методом выбора особенно для нерожавших женщин, более предпочтительным и безопасным для пациенток, которые планируют повторную беременность.

МАММАСЦИНТИГРАФИЯ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Трубникова Л.И., Трубников В.С., Баратюк Н.Ю.

Россия, г. Ульяновск, Ульяновский государственный университет

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты доброкачественных заболеваний молочных желез. У каждой четвертой женщины в возрасте до 30 лет, у 60% пациенток старше 40 лет выявляется патология молочных желез. Рак молочных желез обнаруживается у 2% женщин в популяции и встречается в 3-5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочной железы и в 30-40 раз чаще при узловой мастопатии. У 60% женщин диффузная фиброзно-кистозная мастопатия сочетается с гинекологическими заболеваниями, что объясняется единством патогенеза изменений, происходящих в органах-мишенях – матке и молочных железах. (Трубникова Л.И., 1987; Савельева Г.М., 1999; Серов В.Н., 2002). Для диагностики заболеваний молочных желез используются клинические и специальные методы исследования - УЗИ, рентгеномаммаграфия, тепловидение, магнитно-резонансное исследование, гистологические методы.

Рентгеномаммография является наиболее распространенным методом исследования молочных желез. Чувствительность этого метода диагностики составляет от 60 до 90% и зависит от возраста женщины, размера, локализации и рентгенологических признаков опухоли. Точность диагностики рака молочных желез снижается при рентгенологически плотной железе. Ложноотрицательные результаты составляют 12—24%. Это связано с тем, что на интенсивном плотном фоне железы узлы опухоли часто неразличимы. Диагностика диффузных форм мастопатии с помощью маммографии представляет значительные трудности. (Прилепская В.Н., Швецова О.Б., 2005; Айламазян Э.К., 2006). УЗИ позволяет распознавать узловые образования, оценить диффузные изменения, наиболее легко выявить кистозные изменения, имеющие четкие

эхографические признаки. Диагностическая эффективность метода при диагностике опухолей размером менее 1см составляет только 58%. КТ и ЯМР недостаточно информативны при патологии мягких тканей и очень дороги.

В настоящее время в диагностическую практику внедряется новый метод радионуклидной диагностики заболеваний молочной железы с использованием сульфата железа Fe59 и специальной гамма-спектрометрической установки (Кешелава В.В., Киселев В.И., 2005). Принцип данной технологии заключается в избирательном накоплении железа в опухолевой ткани. Данная методика диагностики проста в исполнении, высокоэффективна, не имеет противопоказаний (за исключением беременности), позволяет производить многократные исследования и оценивать состояние молочных желез в динамике лечения. В связи с частым сочетанием миомы матки, эндометриоза с мастопатией, является целесообразным проведение маммасцинтиграфии для уточнения наличия патологических процессов в молочных железах. В современных стандартах выявления гинекологической патологии нередко отсутствует обязательное обследование молочных желез.

Целью наших исследований является изучение информативности метода маммасцинтиграфии в диагностики патологии молочных желез.

Для выполнения поставленных задач проведено обследование 68 пациенток в возрасте от 21 до 67 лет на двухканальной гамма-спектрометрической установке УГС 2-«ЭНИН» с использованием радиофармацевтического препарата (РФП) сульфата железа Fe 59, 29 кБк. Первую группу составили 46 женщин с сохраненной менструальной функцией (68%), вторую - 22 женщины (32%) в периоде постменопаузы длительностью от 1 до 17 лет. 40 пациенток из 68 (59%) жалоб со стороны молочных желез не предъявляли. 20 человек из первой группы (43%) предъявляли жалобы на боли в одной или обеих молочных железах, постоянные или возникающие в предменструальный период, наличие болезненных уплотнений, а также нагрубание и болезненность обеих молочных желез перед менструацией, 8 женщин (36%) из второй группы – на боли в молочных железах (клинически выраженные формы мастопатии). При этом у 13 женщин (28%) первой группы и 5 (23%) второй группы пальпаторно определялись диффузные или локальные изменения ткани молочных желез в виде неоднородности консистенции, тяжистости, уплотнений, у 2 – выделения из сосков серозного характера; у 8 пациенток явных изменений при пальпации не выявлено, однако, у всех пациенток пальпация вызывала болевые ощущения. При этом у 32 из 68 женщин (47%) имелись указания на патологию молочных желез в анамнезе (мастопатия, мастит, ушибы молочных желез, короткий или длительный период лактации). У 46 женщин (67%) были выявлены различные заболевания репродуктивной системы (миома матки, в том числе оперированная, эндометриоз, кисты яичников, нарушения менструального цикла, внематочная беременность, хроническое воспаление придатков матки). При этом у 20 пациенток (29%) клинические проявления мастопатии сочетались с той или иной патологией половых органов.

При проведении маммасцинтиграфии в 54 случаях (79%) было выявлено повышенное накопление РФП в молочных железах, в 14 (21%) – физиологическая фиксация препарата (до 600). В группе женщин с нормофиксацией железа в молочных железах 8 пациенток – клинически здоровые (отсутствие патологии молочных желез или/и половых органов в настоящее время или в анамнезе), у 4 – миома матки малых размеров без тенденции к росту (пременопауза), 2 прооперированы несколько лет назад по поводу миомы матки.

Из 54 случаев повышенного накопления РФП в молочных железах в 30 (55%) наблюдалась асимметричная гиперфиксация сульфата железа с преобладанием в одной из молочных желез, в 24 (45%) – симметричное накопление препарата в обеих молочных железах. При этом у всех 28 пациенток с клиническими проявлениями мастопатии (41%) была выявлена гиперфиксация РФП различной степени выраженности (от 600 до 5000). Также повышенное накопление сульфата железа было зафиксировано у 18 женщин (26%), которые не имели клинических проявлений мастопатии, однако страдали заболеваниями органов репродуктивной системы. В 4 случаях симметричная гиперфиксация препарата наблюдалась при нарушениях эндокринного обмена (синдром Иценко-Кушинга), тромбофлебите глубоких вен голени с выраженной гиперкоагуляцией, у 4 клинически здоровых женщин – при длительном приеме оральных контрацептивов.

У 28 обследованных женщин с признаками гиперфиксации РФП (53%) та или иная форма мастопатии была подтверждена другими методами исследования (УЗИ, рентгеномаммография или их сочетание). У 18 пациенток (33%) не было выявлено эхографических данных патологии молочных желез, что, однако, не дает основания исключить диагноз мастопатии, т.к. УЗ-диагностика диффузных ее форм часто малоинформативна, а рентгеновское исследование не проводилось из-за наличия противопоказаний. 8 женщин (14%) отказались от дальнейшего обследования в связи с проведением рентгенологического обследования по других причинам в течение ближайших 2 месяцев.

Таким образом, маммасцинтиграфия представляет собой новый эффективный, доступный, технически простой метод диагностики патологии молочных желез, который может использоваться для скринингового обследования больших групп женского населения всех возрастных групп с целью ранней диагностики доброкачественных или злокачественных гиперпластических процессов молочной железы.

МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ПОЗДНЕЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Тутынина О.В., Егорова А.Т.

Россия, Красноярск, ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования

Актуальность

Послеродовый период – заключительная стадия гестационного процесса, которую по праву можно считать критическим моментом на основании колоссальных перестроек в организме родильницы. В этот период происходит становление лактации, имеют место инволютивные процессы в половой системе, приходят в норму все физиологические параметры. Временной промежуток в 42 дня после родов – срок, которым ограничиваются для статистического определения показателя материнской смертности. Однако течение послеродового периода усугубляется при возникновении осложнений беременности и родов. Поэтому летальные исходы имеют место и после 42 дней, то есть относятся к новому определению МКБ - X «поздняя материнская смертность». По мнению зарубежных авторов, данный период является «ключевым резервом» при разработке мероприятий по профилактике материнской смертности.

По данным зарубежной литературы, акушерские кровотечения не являются лидирующей причиной поздней материнской смертности, но могут вызывать серьезные осложнения, приводящие к летальным исходам в период с 43 по 365 день послеродового периода.

Своевременность и адекватность терапии при массивных кровотечениях во время беременности и родов способствует предотвращению тяжелейших органных повреждений и снижает риск поздней материнской смертности.

Цель

Определить место массивных акушерских кровотечений в структуре поздней материнской смертности и на основании детального анализа причин летальных исходов и изучения медико-организационных и социальных факторов риска разработать систему мероприятий по профилактике и снижению материнских потерь.

Материалы исследования

Из 30 случаев поздней материнской смертности проведен клинико-экспертный анализ 5 летальных исходов вследствие массивных акушерских кровотечений по данным первичной медицинской документации (индивидуальная карта беременной, история родов, медицинская карта стационарного больного, протокол судебно-медицинского исследования, свидетельство о смерти) на основании базы данных пролеченных больных в медицинских учреждениях Красноярского края за 2000-2006 гг.

Методы исследования

Ретроспективное исследование случаев поздней материнской смертности вследствие массивных акушерских кровотечений, включающее выкопировку данных, клинико-экспертный анализ, статистическую обработку.

Полученные результаты

На основании проведенного нами анализа структуры поздней материнской смертности, акушерские кровотечения занимают 4 место среди причин летальных исходов и составляют 16,7% (5) случаев из 30.

В 3 (60%) случаях причиной массивного кровотечения являлась ПОНРП на фоне тяжелого позднего гестоза.

В одном случае у беременной в сроке 30-31 неделя произошла тотальная ПОНРП. Родоразрешена операцией кесарева сечения (длительность операции – 3 ч, общий объем кровопотери - 2 л). Однако, несмотря на тотальную отслойку плаценты и массивную кровопотерю гистерэктомия не произведена, т. к. после введения плазмы матка сократилась. На 4 сутки послеоперационного периода диагностирован перитонит из-за несостоятельности швов на матке. Произведена релапаротомия и экстирпация матки с трубами. Послеоперационный период осложнился развитием постреанимационной болезни. Родильница умерла на 43 день после родов вследствие отека головного мозга.

Во втором случае у жительницы сельской местности беременность протекала без осложнений. В сроке 38-39 недель дано направление на дородовую госпитализацию. В этот же день отмечалось повышение АД до 170/100 мм рт. ст. и произошла ПОНРП. Беременная обратилась на ФАП, затем транспортирована в ЦРБ. Через 4 часа с момента появления клиники ПОНРП родоразрешена операцией кесарева сечения, извлечен живой ребенок. Общий объем кровопотери составил около 2,5 л. Послеоперационный период осложнился развитием постреанимационной болезни, и на 43 день развился отек мозга, послуживший причиной летального исхода.

В третьем случае у жительницы села с сугубо отягощенным акушерским анамнезом в 26 недель произошла ПОНРП, произведена гистерэктомия без придатков. Послеоперационный период осложнился повторным кровотечением, по поводу чего произведена релапаротомия, обнаружен разрыв воронко-тазовой связки и дефект верхушки мочевого пузыря. Общий объем кровопотери составил 2,5 – 3 л. Родильница умерла на 47 день от сепсиса.

В 40% (2) случаях причиной массивного кровотечения являлся разрыв матки.

Беременная, не состоящая на учете, с сугубо отягощенным акушерским анамнезом (15 беременностей, 4 родов на дому) поступила в родильный дом с дородовым излитием околоплодных вод. Через 2 часа развилась родовая деятельность, а через 4,5 часа женщина потеряла сознание, началось обильное кровотечение из половых путей. При лапаротомии обнаружен полный разрыв матки по ребру с ранением сосудистого пучка, подвздошной вены и артерии, мочеточника. В составе смежных специалистов проведена гистерэктомия, гемостаз, ушивание мочеточника. Длительность операции составила около 7 часов. Женщина умерла на 49 день от сепсиса с развитием СПОН.

Во втором случае у первородящей предполагалось рождение крупного плода; роды произошли через естественные родовые пути крупным плодом (4250 г). В раннем послеродовом периоде при осмотре в зеркалах диагностирован разрыв шейки матки 3 степени и массивное кровотечение. При ревизии органов малого таза обнаружен разрыв матки с размозжением нижнего сегмента. Произведена гистерэктомия (длительность операции - 2 часа, объем кровопотери около 3 л). В послеоперационном периоде развилась постреанимационная болезнь, и родильница умерла на 47 день от сепсиса.

Выводы

Как причина смертельных исходов, кровотечения возникают ургентно, требуют высокой профессиональной подготовки персонала к оказанию адекватной экстренной помощи, которая нередко оказывается в маломощных медицинских учреждениях, а также при транспортировке в родовспомогательное учреждение.

Согласно патологоанатомическим данным, смертельным исходам у этой группы родильниц способствовало множество осложнений, основными из которых являлись геморрагический шок, постреанимационная болезнь, декортикация, отек головного мозга, СПОН, сепсис.

Нерегулярное и некачественное наблюдение в женской консультации, полное отсутствие наблюдения за беременными являются факторами, играющими значительную роль в формировании такой тяжелой патологии как ПОНРП.

При ПОНРП часто имеет место поздняя госпитализация в родильный дом и отсроченное оперативное лечение. Промедление с хирургической остановкой кровотечения сочетается с дефектами лечения геморрагического шока и коррекции системы гемостаза.

Оказание помощи женщинам с такой патологией как геморрагический шок служит проверкой правильности организации работы в родовспомогательных учреждениях. Обеспеченность необходимым набором инфузионных сред, консервированной кровью и ее компонентами, лекарственными препаратами, готовность инструментария и аппаратуры, а также высокая квалификация персонала – основные слагаемые успеха проводимой терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ) У ПОДРОСТКОВ

Уварова Е.В.[1], Ашрафян Л.А.[2], Огрызкова В.Л.[2], Григоренко Ю.П.[1]

[1]ФГУ «НЦ АГ и П Росмедтехнологий», Москва, Россия

[2]ФГУ «РНЦ Рентгенорадиологии Росмедтехнологий», Москва, Россия

В последние годы отмечается тенденция к увеличению количества пациенток с нетипичными проявлениями и эхографической гетерогенностью СПКЯ, что затрудняет своевременную диагностику и адекватный выбор профилактических и лечебных мероприятий.

Цель. Оптимизировать клинико - диагностические критерии СПКЯ у подростков.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 45 девочек - подростков в возрасте от 13 - 19 лет (средний возраст 17 ± 1,8 лет) с нарушением менструального цикла, клинической гиперандрогенией (ГА) (гирсутизм, жирная себорея,

угревая сыпь) и характерными эхографическими признаками СПКЯ. Индекс массы тела (ИМТ) соответствовал 18 - 20 кг/м2 - у 12; от 20 кг/м2 до 24,9 кг/м2 - у 33 девочек, то есть все обследованные девочки имели соответствующую возрастному нормативу массу тела. Задержки менструаций до 6 месяцев имели место у 23, более полугода - у 16, маточные кровотечения - у 5 девочек. У всех девочек показатель гирсутного числа, оцениваемый по шкале Ferriman and Galvey, превышал норму. Чтобы избежать случайностей в диагностике гормонального статуса и состояний внутренних половых органов, связанных с транзиторным ростом фолликулов вплоть до кистообразования, необходимый комплекс обследования, включающий общеклинические, гормональные, биохимические, ультразвуковые показатели проводился на 5 - 7 день спонтанного или индуцированного приемом дюфастона (по 10 мг х 2 раза в день в течение 10 дней) менструального цикла.

Для уточнения типа функционирования репродуктивной системы у подростков был определен суточный ритм гормонов (лютеинизирующего гормона (ЛГ), тестостерона (Т), кортизола - в 23.00 и в 8.00, пролактина - в 3.00 и в 8.00), что в ряде случаев помогает в дифференциальной диагностике СПКЯ. Проведение стандартного перорального теста толерантности к глюкозе (75 г сухой глюкозы) с забором венозной крови до и через 60, 120 мин после нагрузки с определением уровня глюкозы и до и через 60, 180 мин с определением уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ), помогало уточнить значимость инсулинорезистентности (ИР) в патогенезе СПКЯ у обследованных девочек.

Эхография девочкам проводилась на стационарном аппарате «Voluson - 730 Pro» GE Medical Systems Kretztechnik, Австрия, оснащенном режимами цветового допплеровского картирования (ЦДК), трехмерной эхографии, датчиком внутриполостного сканирования с возможностью автоматического сбора информации для получения трехмерного изображения и диапазоном частот 3,7 - 9,3 МГц, с последующей компьютерной обработкой полученных данных. Это требовало выполнения ряда условий (адекватная подготовка кишечника, психологический контакт с врачом), что обеспечивало простоту выполнения и повышало информативность исследования.

Результаты. В соответствии с Роттердамским Консенсусом 2003 года, у 32 пациенток был верифицирован диагноз СПКЯ. В группу дальнейшего исследования не вошли девочки с другими выявленными причинами ГА, такими как врожденная гиперплазия коры надпочечников у - 8, гиперпролактинемия - у 5 девочек. Гипоталамическая дисфункция и хронический сальпингоофорит, как причины ПКЯ, также были исключены.

Характерные гормональные признаки СПКЯ (повышение ЛГ>10 мМЕ/л, увеличение отношения ЛГ/ФСГ более 2,5, повышение уровня общего Т более 2,5 нмоль/л) выявлены у 30 девочек. У 22 из них отмечен суточный ритм ЛГ с преобладанием его значений в ночные часы (23.00), причем средний возраст 10 девочек из этой группы составил 18,5 ± 0,5 лет, что говорит о незрелом типе функционирования репродуктивной системы у них и, возможно, объясняет формирование СПКЯ. У всех девочек показатели углеводного обмена и ИРИ позволили исключить ИР и компенсаторную гиперинсулинемию (ГИ) как основное звено патогенеза СПКЯ у них.

В мультипланарных эхографических срезах яичников, увеличенных в среднем до 16 ± 3см3 (min - 11 см3, max - 21 см3), насчитывалось до 12 ± 1,5 фолликулов диаметром от 5 до 9 мм. У 22 больных объем правого яичника (18 ± 3 см3) был больше левого (14 ± 3 см3) на 3 и более см3. У 10 больных отмечалось увеличение яичников с разницей в 1 - 2 см3 - (15 ± 1,2 см3) и (17 ± 1,6 см3) соответственно. В 61% случаев наблюдалось диффузное расположение фолликулов по всему объему эхопозитивной стромы, у 39% - преимущественно периферическое с более мелкими фолликулами в центре. Однако, так четко описываемого в литературе признака «ожерелье» с равнокалиберными включениями по периферии при трехмерной эхографии нами не зарегистрировано ни у одной пациентки. У 20 девочек контуры фолликулов имели повышенную эхогенность, а сами фолликулы образовывали группы без видимого «лидера» в них.

Известно, что для гистологической картины ПКЯ характерен склероз белочной оболочки (капсулы) с утолщением ее до 500 - 600 мкм. В 30 из 32 случаев нами не было обнаружено так образно описываемое большинством авторов утолщение капсулы яичников до 4 и более мм, определяемое как гиперэхогенное образование в области границы двух сред (яичник-кишка, яичник- полость малого таза). Возможно, субъективизм в определении ее во многом обусловлен особенностями эхосигнала при трансабдоминальном доступе. Яичниково-маточный индекс был повышен до 5 ± 2 (от 3,5 до 7,8) во всех случаях. Толщина эндометрия в среднем составила 7 ± 1,5 (от 5 до 8мм).

По данным ангиографии у всех подростков определялось значительное увеличение кровотока в центральной зоне яичников, расцениваемое нами как признак их повышенной васкуляризации. У 15 больных наблюдалось расширение вен маточного сплетения от 2 мм до 10 мм при обеднении внутриматочного кровотока.

Выводы. Представленные результаты позволяют иначе оценить диагностические критерии СПКЯ у подростков с нормативной массой тела без ИР. Комплексное эхографическое исследование трансректальным доступом у девочек с СПКЯ помогает снизить субъективизм оценки размеров, формы и структуры яичников и матки, увеличивая воспроизводимость и точность исследования.

Возможность архивации эхографических изображений в процессе динамического наблюдения пациенток позволяет более объективно оценить особенности развития СПКЯ и эффективность применяемого лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОСТАНОВКИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Уварова Е.В., Лободина И.М., Веселова Н.М.

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий Россия, г. Москва

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП), более известные специалистами нашей страны как ювенильные маточные кровотечения, согласно данным современной статистки, остаются в ряду наиболее распространенных гинекологических заболеваний, угрожаемых жизни девочек. Частота МК ПП в структуре гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста колеблется от 10 до 37,5%. Чаще всего маточные кровотечения в пубертатном периоде возникают в течение первых трех лет после менархе. В последнее время в связи с сохранением нарушений менструального цикла у девочек в пубертатном периоде и стойкой тенденцией к их рецидивам очень важным является усовершенствование методов лечения МК ПП.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения негормонального метода гемостаза в условиях круглосуточного стационара (комплексные антигомотоксические препараты) с целью остановки маточных кровотечений и его влияния на центральные и периферические звенья репродуктивной системы девочек-подростков.

Материалы и методы: Группу обследования составили 50 пациенток с маточным кровотечением в возрасте от 11 до 18 лет. В комплекс стандартного обследования больных с МК ПП

входили общеклинические исследования с определением уровня гемоглобина, ретикулоцитов, биохимических показателей крови, уровней гормонов. Из инструментальных методов применялись УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы, электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ). Комплексные антигомотоксические препараты назначались по следующей схеме: Овариум композитум и Траумель С по 2,2 мл в одном шприце вводили внутримышечно через каждые 4 часа до полной остановки кровотечения. После достижения полного гемостаза проводилась терапия с целью регуляции менструального цикла: Церебрум композитум и Коэнзим композитум, чередовали с Убихиноном по 2,2 мл в одном шприце и вводили внутримышечно 2 раза в неделю 3 месяца. Перорально назначали Траумель С, Нукс Вомика ГА, Гинекохель, Гормель по 10 капель 3 раза в день в течение 3-х месяцев.

Результаты и обсуждение: У большего числа девушек дебют заболевания совпал с менархе – 30 пациенток (60 %). После периода нерегулярных менструаций кровотечение отмечено у 10 девочек (20%). Такой же по численности была группа девочек, у которых исходно менструальный цикл был относительно регулярным – 10 (20%).У 35 (70%) пациенток кровотечение возникло впервые. Ведущим триггерным фактором у 30 девочек (60%) была стрессовая ситуация (острая или хроническая). Продолжительность кровотечения у 32 (64%) девочек была до 1 месяца, у 10 (20%) от 1 до 2-х месяцев, а у 8 (16%) пациенток составила более 2-х месяцев. По данным ультразвукового исследования органов малого таза в первые сутки поступления у 28 (56 %) пациенток М-эхо не превышало 10 мм, у 16 (32 %) девочек было равно 10-15 мм, у 6 (12 %) пациенток более 15 мм. Оценка эхографических параметров и данных гормонального обследования позволила выявить, что у 23 девочек был нормоэстрогенный, у 17 - гипоэстрогенный и у 10 – гиперэстрогенный тип кровотечения. Полная остановка кровотечения в среднем наблюдалась в течение 1-3 дней у пациенток с исходной толщиной эндометрия не более 10 мм, гипо-/ или нормоэстрогенном типе кровотечения и при впервые возникшем маточном кровотечении. В случаях с толщиной эндометрия более 10 мм, гипо-/ или нормоэстрогенном типе, полная остановка кровотечения отмечена лишь через 3-5 дней от начала терапии. При исходной толщине эндометрия более 15 мм и нормо-/ или гиперэстрогеннном типе кровотечения гемостаз был неполным, с сохранением мажущих коричневатых выделений в течение всего менструального цикла с последующей обильной менструальноподобной реакцией и снижением толщины эндометрия с 15 мм до 7-10 мм. Причем, у всех девочек с исходной толщиной более 10 мм при клинически полной остановке кровотечения, ультразвуковой контроль, проведенный через 5 дней терапии визуализировал временное увеличение толщины эндометрия до 15 мм до начала следующей менструации. При контрольном исследовании через 1 месяц от начала терапии нормальный уровень эстрадиола отмечен у 30 девочек, в их числе 3 пациентки с исходной гиперэстрогенемией и 4 с гипоэстрогенемией, низкий уровень - у 13 девочек. Высокий сохранился у 7 пациенток. Гормональное исследование, проведенное через 3 месяца, определило нормоэстрогенемию у 39 девочек, в том числе у 7-ми пациенток с низким и у 2-х пациенток с высоким уровнем эстрадиола, гипоэстрогенемию у 6 девочек и гиперэстрогенемию у 5 больных. Ультразвуковое исследование проводимое на 5-7 день менструальноподобной реакции констатировало толщину эндометрия соответствующую I фазе цикла (до 5 мм) без видимой органической патологии у 43 девочек с гипо-/ или нормоэсторогенным типом кровотечения. У пациенток с гиперэстрогенемией М-эхо составило более 5 мм, и клинически отмечались прорывные мажущие кровяные выделения или обильные менструации. Помимо остановки кровотечения, учитывая комплексное регуляторное воздействие антигомотоксических препаратов на организм девочки-подростка, у 34 (67%) девочек отмечались и другие положительные эффекты: улучшение общего состояния, снижение заболеваемости ОРВИ или более легкое их течение, ремиссия других экстрагенитальных заболеваний. У всех больных установлены положительные изменения параметров электроэнцефалографии (улучшение обменных процессов, снижение пароксизмальной активности, синхронизация альфа и бетта – ритмов) и нормализация показателей РЭГ. Срок наблюдения девочек, получавших вышеуказанную терапию, составил 3 месяца. За данный период времени рецидивов кровотечения не отмечалось. Нормализация менструального цикла, в течение 3-х месяцев лечения имела место у 44 пациенток из 50 (89 % случаев).

Выводы: Таким образом, негормональный метод терапии и профилактики рецидивов маточных кровотечений, может найти применение у подростков с впервые возникшим маточным кровотечением, при продолжительности кровотечения до 1 месяца, при гипо - и нормоэстрогенном типе маточного кровотечения и толщине эндометрия не более 10 мм.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЙОДОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ГОРНОЙ МЕСТНОСТИ

Узденова З.Х., Захохов Р.М., Канцалиева Г.Т., Берхамова Э.А.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

В последние годы во всем мире и в нашей стране, в частности, значительно увеличилась частота тиреоидной патологии. В Кабардино-Балкарии за последние 10 лет отмечен патологии щитовидной железы в 49 раз. Важным этиологическим фактором для возникновения гиперплазии щитовидной железы является недостаток йода.

В условиях умеренного дефицита йода у детей имеет место, выраженное снижение познавательной способности, нарушение гармоничного формирования личности, снижение антропометрических показателей. Исследование йодурии – одно из наиболее современных и информативных методов оценки тяжести йодного дефицита.

Впервые в Кабардино-Балкарии в условиях горной местности проведена оценка степени тяжести йодного дефицита у 162 школьников в возрасте 9-17 лет, проживающих в Приэльбрусье (верховьях Баксанского ущелья, 1800-2142 м над уровнем моря, пос. Эльбрус, Тегенекли, Терскол). Большинство детей родились и выросли в том же районе.

Обследование начиналось со сбора анамнеза, фиксировали следующие сведения: паспортные данные, дату рождения, национальность, адрес, отмечали наличие жалоб на момент исследования, перенесенные заболевания в раннем детстве и пубертатном периоде, уточняли особенности общего самочувствия, сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, травмах, оперативных вмешательствах.

Все эти данные вносились в разработанную карту - анкету вместе с информацией об антропометрических измерениях, данных осмотра. Оценка состояния здоровья детей проводилась по данным осмотра педиатра, невропатолога, окулиста, эндокринолога, психолога, отоларинголога, уролога, гинеколога. Исследования с количественным определением уровня экскреции йода в моче проведены в эндокринологических лабораториях Ставропольского края при поддержки Компании «Берлин-Хеми».

При анализе результатов исследования выявлено, что из детских инфекционных заболеваний каждая вторая обследованная девочка перенесла ветряную оспу (41%), красну-

ху (1,7%), корь (1,7%), эпидемический паротит (2,5%). Из острых и хронических заболеваний у девочек наиболее часто встречались грипп и ОРВИ – 22,2 %, реже ОРЗ – 15,3%, тонзиллиты – 17,0%, бронхиты - 4,2%, отиты – 1,7%.

Результаты анализа, полученные из амбулаторных карт и данных обследования детей, свидетельствовали, во-первых, о возрастной градации частоты хронических заболеваний, а во-вторых, не достаточно полной информации о наличии хронических заболеваний в имеющейся медицинской документации. Среди заболеваний органов дыхания превалировали пневмония и хронические бронхиты, частота которых увеличивается в начальных классах, затем незначительно уменьшалась.

В возрасте 9-10 лет встречается заболевания желудочно-кишечного тракта диагностированы у 6,1% детей. Рост числа заболеваний желудочно-кишечного тракта отмечен с 11 лет - 8,0% до 16 лет (14%), что, вероятно, можно объяснить нарушениями режима приема пищи на фоне возросших психоэмоциональных нагрузок в школе.

Частота заболеваний мочевыделительной системы, также имела четкую возрастную динамику. Согласно полученным данным с 11 лет отмечен рост числа детей, страдающих той или иной патологией мочевыделительного тракта, чаще пиелонефритами. В 16 лет данная патология выявлялась у 18,5% пациентов. Патология органов сердечно-сосудистой системы не превышала 2,5% -3,7% до 15 лет. К 16 годам количество девочек с патологией сердечно-сосудичтой системы увеличилось до 9,8%.

Функциональные расстройства ЦНС регистрировались чаще у детей 11-12 лет, у которых диагностировали вегето-сосудистую дистонию, астеноневротический синдром, связанных с конфликтами в семье, с переутомлением на фоне нагрузок в школе и со стрессом в период менархе.

По медиане йодурии у 3 (1,9%) школьников регистрировалась тяжелая степень йоддефицита, у 20 (12,4%) – выявлена умеренная степень, у 135 (83,3%) – легкой степени и 4 (2,5%) – норма. На основании данного исследования Приэльбрусье можно отнести к региону с легкой степенью йододефицита.

Таким образом, для выявления йододефицита наиболее эффективным методом является йодурия. В результате исследований выявлен относительно низкий удельный вес детский инфекций. В целях оценки состояния здоровья детей и подростков необходимо ведение паспорта здоровья. С учетом вышеизложенного в сложившейся ситуации детскому населению Приэльбрусья необходимы профилактические мероприятия.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Файзулин А.К., Глыбина Т.М., Колисниченко М.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Проблема хирургической коррекции наружных гениталий у девочек с врождённой дисфункцией коры надпочечников остаётся актуальной в связи с относительной редкостью патологии (1:5000, 1:18000 новорождённых), а также потому, что данная патология находится на перекрестке трех специальностей: детской гинекологии, эндокринологии и урологии.

К сожалению, далеко не каждая клиника располагает возможностями специализироваться по данным направлениям одновременно. В связи с этим, на практике, мы сталкиваемся с ситуациями многочисленных диагностических и тактических ошибок.

В настоящее время существуют одноэтапные и многоэтапные подходы в проведении феминизирующих пластик при данной патологии. В нашей стране и за рубежом чаще всего используется двухэтапная технология коррекция порока, при высоких степенях вирилизации. Первым этапом выполняют ампутацию клитора и рассечение урогенитального синуса. Вторым этапом формируют вход во влагалище (интроитопластика), производимое чаще в пубертатном периоде, после наступления менархе.

Исследования в области сексуального ответа у большинства женщин показали, что центральная роль отводится клиторальной чувствительности. Исходя из этого, коррекция маскулинизированных гениталий у девочек с врождённой дисфункцией коры надпочечников, должна не только обеспечить внешнее соответствие гениталий женскому полу, но и сохранить эрогенную чувствительность клитора.

Таким образом, целью данной работы является сохранение эрогенной чувствительности в послеоперационном периоде и улучшение косметических результатов лечения детей с данной патологией.

В нашей клинике разработана и внедрена двухэтапная технология коррекции наружных гениталий девочек с ВДКН. Принцип первого этапа операции заключается в тотальной резекции гипертрофированных кавернозных тел с сохранением головки клитора на сосудисто-нервном пучке и вентральной поверхности. При высоких степенях вирилизации, для лучшего косметического эффекта, мы рекомендуем частично резецировать вентральную поверхность.

Нами были проанализировано 50 девочек с данной патологией в возрасте от 1,2 до 14 лет, у которых была использована оригинальная технология операции, разработанная на базе гинекологического отделения Измайловской ДКБ (зав. отд. Глыбина Т.М.). У всех детей был получен высокий косметический результат.

Таким образом, при использовании данной методики, сохраняются эрогенные ткани клитора (головка и её кровоснабжение и иннервация), и мы можем предполагать, что это будет способствовать улучшению качества жизни по мере взросления пациенток с данной патологией.

ИНТРОИТОПЛАСТИКА С РАЗДЕЛЕНИЕМ ПОЛОВЫХ И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Файзулин А.К., Глыбина Т.М., Колисниченко М.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Одной из нерешённых проблем в пластической генитальной хирургии остаётся вопрос формирования входа во влагалище у девочек с врождённой дисфункцией коры надпочечников. Частота возникновения порока варьирует по данным различных авторов от 1:5000 до 1:18000 новорождённых.

В настоящее время известно множество методик коррекции порока, которые можно разделить на одно- и двухэтапные технологии. При этом необходимо сохранить чувствительность головки клитора, создать вход во влагалище достаточного для полового акта и разобщить мочевыводящие и половые пути.

При высоких степенях вирилизации наружных гениталий у девочек с ВДКН уретра открывается во влагалище (женская форма гипоспадии). В связи с этим, женщины, оперированные по поводу данного порока, страдают хроническими циститами и вульвовагинитами, напрямую связанные с половой жизнью. В настоящее время хирургами предпринимаются попытки решения этой проблемы.

В нашей клинике используется двухэтапная методика хирургической коррекции наружных гениталий, при высоких степенях вирилизации, в связи с высоким процентом стенозирования интроитуса при одноэтапной коррекции порока в раннем возрасте.

С целью разделения мочевых и половых путей с 2005 года на базе детского гинекологического отделения ИДГКБ (зав. отд. Глыбина Т.М.) была внедрена оригинальная методика интроитопластики. Принцип операции заключается в использовании урогенитального синуса для создания артифициальной уретры с одновременным формированием входа во влагалище по принципу М-образной пластики. Данной методикой оперировано четыре девочки в возрасте 15-16 лет с ВДКН. Во всех случаях был получен высокий косметический и функциональный результат.

Таким образом, данная технология позволяет разделить мочевыводящие и половые пути, снизив риск вероятности развития циститов, уретритов и вульвовагинитов, связанных с половой жизнью.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ И ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Федорова Т.А., Фотеева Т.С., Михайлова О.И., Алиева С.А., Тютюнник В.Л.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Генитальная инфекция является одной из основных причин осложненного течения беременности, внутриутробной и перинатальной заболеваемости, а пути ее профилактики и лечения одними из приоритетных направлений в акушерско-гинекологической практике. В последнее десятилетие клиницисты все чаще используют немедикаментозные, поливалентно действующие, эфферентные методы лечения генитальной вирусной инфекции.

Цель: Разработка дифференцированного подхода к подготовке к беременности женщин с генитальной инфекцией с применением плазмафереза и медицинского озона.

Материалы и методы исследования: Обследовано 105 женщин с хронической рецидивирующей генитальной инфекцией на этапе планирования беременности. Наблюдаемые женщины методом подбора пар были разделены на две группы. Группу 1 составили 52 пациентки, прошедшие подготовку к беременности с применением плазмафереза и озонотерапии, с параллельной местной санацией генитального тракта озонированным раствором. Группу 2 – 53 женщины, получившие только традиционную терапию. Все пациентки прошли полный комплекс клинико-лабораторного обследования, включавший: сбор анамнеза с определением характера течения основного заболевания, осмотр с выявлением типичных и атипичных признаков генитальной инфекции, подтверждение диагноза на основании выявления антигена возбудителя в слизи цервикального канала. Также был проведен всесторонний анализ гомеостаза организма состоявший из исследования системы гемостаза, биохимического статуса с определением маркеров эндогенной интоксикации, иммунного и интеферонового статусов, микроэкологии влагалища.

С целью подбора адекватных схем терапии наблюдаемым пациенткам была разработана шкала балльной оценки, включающая данные репродуктивного анамнеза, особенности течения генитальной инфекции, результаты лабораторного обследования. На втором этапе исследования с учетом разработанной балльной оценки, была подобрана предгравидарная подготовка с применением плазмафереза и медицинского озона в основной группе и традиционными методами в группе сравнения. Длительность предгравидарной подготовки колебалась от 4 до 7 месяцев и составила в среднем 5,7+1,1 месяца.

Всем пациенткам проводили 2-3 сеанса прерывистого плазмафереза, после которого производилось внутривенное капельное введение медицинского озона, а также влагалищное орошение озонированной дистиллированной водой с концентрацией озона 2,5-3,0 мг/л. Общее количество сеансов озонотерапии составляло – 5-7 процедур.

Результаты исследования: Было выявлено, что у всех наблюдаемых женщин имели место изменения гомеостаза организма, связанные с длительной рецидивирующей персистенцией инфекта, такие как: нарушения системы гемостаза с выявлением признаков ДВС-синдрома в 40,4% случаев; изменения в детоксикационной функции организма с повышением уровня печеночных ферментов, мочевины, креатинина и показателей эндогенной интоксикации (средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот) в 47,4% случаях; дисбаланс иммунного и интерферонового статуса в 85,5% случаев; нарушения микроэкологии влагалища в 61,6% случаев.

Проведенная предгравидарная подготовка с применением плазмафереза и озонотерапии (группа 1) способствовала: улучшению клинического статуса пациенток с увеличением межрецидивного периода в 2,9 раза, снижением тяжести продромальных симптомов в 3 раза, а также продолжительности и интенсивности рецидивов заболевания; коррекции гемостазиологической картины со снижением процессов внутрисосудистого свертывания крови и нормализации показателей продуктов деградации фибрина и растворимых фибрин-мономерных комплексов; улучшению детоксикационной функции организма со снижением уровня билирубина, креатинина, мочевины, показателей эндогенной интоксикации (продуктов деструкции тканей – средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот); нормализации биоценоза влагалища с исключением микробиологически диагностированных факторов риска развития инфекционно-воспалительных осложнений; положительной динамике показателей иммунного и интерферонового статусов с увеличением количества всех субпопуляций лимфоцитов и значения иммунорегуляторного индекса, а также снижением уровня сывороточного интерферона и повышением α- и γ-интерферонов.

Выводы: Применение плазмафереза и медицинского озона на этапе планирования беременности при генитальной инфекции является патогенетически обоснованным в связи с их вирусоцидным, антиоксидантным, дезинтоксикационным, иммуно- и реокорригирующим действием.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Филиппова Т.Ю., Пирожкова Е.В.

Россия, г. Самара, кафедра акушерства и гинекологии института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета

В условиях демографического кризиса, усугубляющегося генерализацией ВИЧ-инфекции, профилактика ВИЧ становится неотъемлемой частью охраны репродуктивного здоровья населения и требует решения целого комплекса медико-социальных вопросов.

Не смотря на более благоприятную демографическую ситуацию в высоко-урбанизированном регионе Среднего Поволжья, каким является Тольятти (коэффициент общей рождаемости – 10.8, коэффициент общей смертности – 10.5,

2006г.), большого внимания заслуживает ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных, превышающая порог генерализации эпидемии, т.е. пораженность 1% беременных женщин.

Целью настоящего исследования было изучение репродуктивного поведения женщин с ВИЧ инфекцией на фоне ее высокой распространенности в городском округе Тольятти (1619 на 100 тыс. населения на 01.01.2007г.), для оценки динамики эпидемиологического процесса, эффективности проводимых профилактических мероприятий, выявления новых проблем заслуживающих внимания не только медицинских работников, но и политиков, общественности и власти.

За весь период эпидемии с 2000 по 2006 гг. в Тольятти было зарегистрировано 1116 случаев родов у ВИЧ инфицированных. Анализ доли родов у ВИЧ - позитивных женщин в общей структуре родов по годам свидетельствует, что после периода его ежегодного роста в геометрической прогрессии с 2004 года наступила стабилизация показателя на уровне 2,7% ± 0,35. По Самарской области в целом, в 2006 году данный показатель вырос до 1,8%.

Соотношение родов и абортов у ВИЧ инфицированных в 2006 году по г.о. Тольятти составило 1:0,68, что превышает общепопуляционный показатель по городскому округу 1:0,5 ($p<0,05$), но достоверно ниже аналогичного показателя по Самарской области (1:1; $p<0,01$).

В структуре абортов имеет место снижение прерываний беременности в сроках до 12 недель у первобеременных с ВИЧ инфекцией с 50% (2001 год) до 25% (2006 год). Аналогичный показателей в общей популяции на протяжении изучаемого периода относительно стабилен 26,5 ± 0,35%. Уменьшение количества прерываний беременности в сроках от 22 до 27 недель среди ВИЧ инфицированных с 31,2 до 5,6 %, в структуре общей популяции стабильно 2,5 %.

Относительно низкий удельный вес абортов у ВИЧ инфицированных в г.о. Тольятти, можно объяснить функционированием в городе службы планирования семьи, охватывающей и ВИЧ позитивных граждан, а так же созданием условий для формирования осознанного репродуктивного выбора пациентов с ВИЧ. Условием, обеспечивающим осознанный репродуктивный выбор пациентов с ВИЧ, является информированность медицинских работников и женщин репродуктивного возраста по вопросам ВИЧ-инфекции и беременности, как результата образовательных программ в рамках реализации международного проекта с участием специалистов Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и Американского международного союза здравоохранения.

Проведен анализ особенностей репродуктивного поведения женщин с ВИЧ-инфекцией по результатам анкетирования в гинекологическом отделении Городской больницы №2 г.о. Тольятти.

За весь период эпидемии через отделение прошло 357 пациенток с ВИЧ инфекцией. На фоне увеличения количества женщин с ВИЧ положительным статусом в структуре госпитализаций отделения с 1,6% в 2001г. до 4,6 % в 2006 г., выявлена тенденция увеличения числа социально адаптированных женщин среди инфицированных ВИЧ. Доля женщин в зарегистрированном браке выросла с 6,2% (2001г.) до 23,8% (2006г.), а имеющих постоянное место работы с 15,6% до 58 % соответственно. Уменьшилось количество женщин потребляющих инъекционные наркотики с 48% (2001г.) до 12,5%.

Отсутствие в структуре госпитализированных пациентов с ВИЧ в 2006 году студенток (15,6% в 2001 году) мы объясняем изменением возрастной структуры инфицированных граждан – снижением случаев инфицирования лиц в возрасте 15-17 лет в 12,5 раз в абсолютных цифрах, в 11,5 раз в возрасте 18-20 лет и в 3 раза в 21-25 лет. С 26 лет позитивная динамика снижения абсолютной численности вновь выявленных ВИЧ инфицированных не прослеживается. Данный факт подчеркивает эффективность активно проводимых профилактических программ для школьников и организованной молодежи и необходимость акцентирования их на старшие возрастные группы.

При поступлении в отделение о своем статусе сообщили в 2006 году 69,3 % пациенток с ВИЧ. В 2001 году только 34,3%. Отмечается тенденция к снижению числа женщин, которые скрыли свой диагноз при поступлении в стационар с 37% до 9%, что является следствием, снижения стигматизации общества по отношению к людям, живущим с ВИЧ.

У женщин, которым по медицинским показаниям произведено прерывание беременности в сроки 22-27 недель, остается высоким показателем потребления инъекционных наркотиков - 69% и наличие вирусных гепатитов «В», «С» - 60%.

При анализе путей инфицирования ВИЧ позитивных женщин, завершивших беременность родами, по данным акушерского стационара той же больницы, установлено, что в 41% случаев имел место половой путь инфицирования. Данный факт еще раз подчеркивает значимость первичной профилактики ВИЧ-инфекции, особую роль в которой мы отводим качеству до тестового консультирования.

Показателем, характеризующим репродуктивное поведение женщин с ВИЧ инфекцией, является охват их диспансерным наблюдением по беременности. Среди родивших ВИЧ позитивных женщин в Тольятти он вырос с 42,7% (2001г.) до 86% (2006г.). Увеличилось количество беременных с диагностированным ВИЧ статусом до наступления беременности до 50,5%. Произошло снижение частоты диагностики ВИЧ в родах с 57,1% до 11,2%, а диагностика инфицирования в период беременности (38,3%), переместилась на ранние сроки беременности (в т.ч. до 12 недель – 21,8%, с 12 до 28 недель – 10,7%, после 28 недель – 5,8%).

Выше перечисленное способствовало увеличению охвата ВИЧ - инфицированных беременных и их новорожденных антиретровирусной профилактикой, что повышает возможность эффективной профилактики вертикального пути передачи инфекции.

Таким образом, в репродуктивном поведении ВИЧ позитивных женщин г.о. Тольятти наметились характерные тенденции:

- на фоне роста полового пути передачи инфекции увеличилось число социально-адаптированных женщин с ВИЧ инфекцией;
- в структуре методов контрацепции у них превалирует барьерный метод, повышающий мотивацию к осознанному материнству;
- стабилизация количества родов и снижение абортов;
- увеличение доли беременных с диагностированным ВИЧ статусом до наступления беременности, и снижение частоты диагностики ВИЧ в родах;
- диагностика ВИЧ инфекции в период беременности, переместилась на ранние ее сроки, что повышает возможность эффективной профилактики вертикального пути инфицирования.

Выявленные тенденции явились следствием целенаправленной работы здравоохранения и межведомственного взаимодействия и способствовали снижению частота вертикальной трансмиссии до 2,2%, показателя перинатальной смертности у детей, рожденных от матерей с ВИЧ до 9‰ и детей, от которых отказалась ВИЧ инфицированная мать до 4,2%.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Филькина О.М., Воробьева Е.А., Шанина Т.Г., Кочерова О.Ю.

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий»

В последнее время как во всем мире, так и в стране важное место занимают проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем подростков. Несомненно, репродуктивное здоровье тесно взаимосвязано с соматическим и психическим здоровьем. Становление репродуктивной функции ребенка неотделимо от его общего развития. Оно происходит непрерывно, начиная с рождения, однако наиболее ярко проявляется на определенном этапе жизни, который приходится на подростковый возраст.

Целью данной работы являлось изучение состояния здоровья девушек с нарушениями менструальной функции, научное обоснование комплексного подхода к их реабилитации.

Как показали наши исследования, у 97% подростков 15 -17 лет имелись различной степени выраженности нарушения здоровья: функциональные изменения, пограничные состояния, хроническая патология.

В структуре нарушений здоровья подростков 15-17 лет первые два места занимали невротические расстройства и вегетативная дисфункция (81,7% и 62,2%, соответственно). На третьем месте - эндокринная патология, нарушения опорно-двигательного аппарата, нарушения зрения. В течение двух лет наблюдения заболеваемость в целом выросла по всем классам. Индивидуальный анализ показал, что у 43% подростков регистрировалось ухудшение показателей здоровья, вызванное обострением хронической патологии, появлением невротических расстройств, вегетативной дисфункции, нарушений менструальной функции у девушек, частой острой респираторной заболеваемостью, переходом латентного течения вегетативной дисфункции в перманентное, задержкой темпов полового созревания, темпов роста и снижением массы тела более чем на 3000 граммов.

На неблагоприятную динамику здоровья в течение 2-х лет указывали такие показатели как увеличение числа нарушений здоровья на одного подростка и распределение их по группам здоровья. Если в 15 лет на одного подростка приходилось 2,58 нарушений здоровья, то в 17 лет – уже 3,54. Уменьшилось число подростков с первой и второй группами здоровья и увеличилось с третьей.

Наиболее неблагоприятная динамика показателей здоровья отмечалась у девушек. В 17 лет ни у одной из них не диагностировалась первая группа здоровья.

У 77% девушек выявлялись нарушения репродуктивного здоровья. В структуре нарушений репродуктивного здоровья девушек по обращаемости наибольший процент приходился на воспалительные заболевания - 66%. Нарушения менструальной функции диагностировались у 1/4 девушек. Значительно реже встречались нарушения развития вторичных половых признаков и пороки развития половых органов - соответственно 6% и 4%. Несколько иная структура нарушений репродуктивного здоровья складывалась при использовании активного выявления жалоб с помощью анкеты. На первом месте определялись нарушения менструальной функции - у 70% девушек, на втором - нарушения развития вторичных половых признаков, на третьем месте -воспалительные заболевания гениталий.

Нарушения менструальной функции у девушек всегда сочетались с вегето-сосудистой дистонией и невротическими расстройствами. Это явилось обоснованием комплексного межведомственного подхода к реабилитации девушек с нарушениями менструальной функции, включающей в себя медицинские, педагогические, психологические и социальные мероприятия.

Педагогические мероприятия включают в себя тщательную дозировку учебных нагрузок, их чередование, учет интеллектуальных возможностей, успешности обучения, мотивации к обучению и характерологических особенностей.

Социальная реабилитация должна осуществляться социальными работниками, педагогами, семьей для устранения неблагоприятных социальных факторов и создания благоприятных условий в семье, школе и т.д., организация досуга, реализация личностной ориентации в социальной деятельности.

Психологическая реабилитация направлена на формирование мотивации сохранения здоровья, снижение эмоционального стресса, коррекцию неблагоприятных психологических факторов. Даются рекомендации педагогам, родителям по дифференцированному подходу к подростку с учетом его характерологических особенностей. Используются методы психологической разгрузки, аутотренинг, музыкальная терапия и др.

Медицинская реабилитация направлена на восстановление регуляторных механизмов с использованием физиотерапии, рефлексотерапии, психофизической саморегуляции, санации хронических очагов инфекции (ЛОР-врач, стоматолог), медикаментозной терапии нарушений менструальной функции у девушек.

В связи с необходимостью комплексного подхода к реабилитации девушек с нарушениями менструальной функции, необходимо при диагностике данной патологии направлять их на обследование и реабилитацию к педиатру, психологу, психотерапевту, отоларингологу и др. Комплексная реабилитация повышает эффективность лечения нарушений менструальной функции на 25%.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССЗАВИСИМЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Хаджиева Н.Х., Кузнецова И.В.

Россия, г. Москва, ФГУ Российская Государственная Медицинская Академия Последипломного Образования

Нарушения менструальной функции - одна из важнейших проблем репродуктивного здоровья женщин. Частота нарушений менструального цикла в структуре гинекологических заболеваний варьирует по данным разных авторов 5-30%.

Высшем уровнем регуляции репродуктивной системы является центральная нервная система. Общеизвестно, например, значение стресса и утомления от умственной работы в генезе аменореи, дисфункционального маточного кровотечения, ановуляции. Классическим примером влияния стресса и высшей нервной деятельности на репродуктивную систему женщин является аменорея военного времени.

Нарушения менструальной функции влекут за собой снижения репродуктивной функции женщины и ее трудоспособности. В связи с этим состояние механизмов регуляции репродуктивной системы можно считать одним из интегральных показателей здоровья женщин.

Цель исследования: Определить возможности гормональной и негормональной терапии у пациенток со стрессзависимыми нарушениями менструальной функции.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 14 пациенток. У всех больных выявлено нарушение менструальной функции. Критериями включения явились указания в анамнезе на острый стресс, как причину наруше-

ния менструального цикла. Критерии исключения: диагностированная эндокринопатия (синдром поликистозных яичников, заболевание щитовидной железы, аденома гипофиза, врожденная гиперплазия надпочечников), органические заболевания репродуктивной системы.

Проведена оценка клинико-анамнестических данных, оценка психологического статуса (консультация психолога), исследован гормональный профиль (АКТГ, ТТГ, ЛГ, ФСГ, пролактин, ДГАС, эстрадиол, кортизол), оценка инструментальных данных (УЗИ, ЭЭГ, РЭГ).

Результаты исследования.

Из 14 обследуемых, у 13 наблюдались нарушения менструального цикла по типу олигоменореи, 1 дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода, 1 аменорея. Детальный анализ гормонального профиля обследованных выявил широкий разброс индивидуальных значений концентрации кортизола (200-554 нмоль/л), ФСГ (2,9-5,8 мМЕ/мл), ЛГ (0,8-6,8 мМЕ/мл), эстрадиола (217-704 нмоль/л), пролактина (179-570 мкМЕ/мл).

При УЗД у 5 обследуемых обнаружены эхо-признаки гипоплазии матки.

По данным ЭЭГ у 2 обследуемых выявлены признаки легкой дисфункции срединных структур мозга.

У 1 пациентки диагностирована субклиническая форма гипотиреоза.

По данным заключения психолога у 1 пациентки выявлена нервная анорексия.

На 1 этапе проводилось негормональная терапия с использованием гомеопатической терапии, циклической витаминотерапии, средствами улучшающими деятельность структур мозга: ноотропы (ноотропил), средствами улучшающими перфузию (курантил), которая оказалась эффективной у 2 пациенток с нарушением менструального цикла по типу олигоменореи. У 12 пациенток в виду неэффективности, негормональная терапия использовалась в сочетании с гормональными препаратами.

Выводы:

Таким образом, при выборе метода коррекции стрессзависимых нарушений менструальной функции следует руководствоваться – оценкой гормонального статуса, психологического статуса, данными инструментального обследования.

Анализ клинико-анамнестических данных, результатов обследования показал, что у пациенток с нарушениями менструального цикла в анамнезе с целью восстановления менструальной функции оправдано назначение гормональных препаратов. Лечение с применением только гормональных препаратов, по нашему мнению может быть рекомендовано пациентам без выраженных изменений со стороны ЦНС (по данным ЭЭГ, РЭГ, оценки психологического статуса).

Использование негормональной терапии при стрессзависимых нарушениях менструального цикла эффективно у пациенток без нарушений менструальной функции в анамнезе.

Необходимо широкомасштабное проспективное исследование для определения случаев, когда изменение гормональной функции яичников являются временными и, следовательно могут рассматриваются как проявление адаптации организма женщины к стрессовой ситуации, и в случаях когда стресс это повреждающий фактор вызывающий прогрессивное угнетение функции яичников вплоть до развития аменореи и соответственно выбора адекватной терапии.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН

Хамадьянов У.Р., Викторова Т.В., Исхакова Г.М.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Репродуктивная патология включает ряд состояний, связанных с нарушением процессов естественного зачатия и вынашивания плода, что является одной из серьезных проблем современной медицины. Бесплодие – это невозможность зачатия после, как минимум, одного года регулярной половой жизни. Частота бесплодных браков в России составляет 15-17% и имеет тенденцию к росту, в связи с чем проблема бесплодия приобретает государственное значение. По разным данным частота женского бесплодия составляет от 47,5% до 60%. Не вызывает сомнения, что, наряду с внешнесредовыми факторами, в развитие нарушений репродукции вносит вклад наследственная предрасположенность. Исследования последних лет показали, что ключевую роль в патогенезе многих заболеваний, в том числе репродуктивной патологии, играет накопление активных форм кислорода и оксидативный стресс. В этой связи целесообразным представляется изучение соответствующих генетических механизмов, задействованных в формировании репродуктивной патологии у женщин.

Цель исследования. Оценить значимость генетических показателей микросомальной монооксигеназной системы и антиоксидантной защиты в развитии бесплодия у женщин.

Материалы и методы исследования. Молекулярно-генетический анализ проведен у 111 женщин с первичным бесплодием и у 80 со вторичным бесплодием. Клиническое обследование больных проводилось акушерами-гинекологами. Контрольную группу составили 265 практически здоровых фертильных женщин.

Для выделения ДНК использовался стандартный метод фенольно-хлороформной экстракции с небольшими модификациями. Полиморфизм генов CYP1A1 (A2455G, T3801C), GSTP1(A313G, C341T), GPX1 (Pro197Leu), NQO1 (C609T) исследовали методом ПДРФ-анализа. Для изучения делеции генов GSTM1, GSTT1 применяли метод ПЦР. Обработку результатов исследования проводили с использованием пакета статистических программ.

Результаты исследования и выводы. При изучении распределения частот генотипов полиморфного локуса A2455G гена CYP1A1 в группе женщин с бесплодием и контролем выявлены достоверные различия. Так, генотип AG достоверно чаще встречался в группе пациенток со вторичным бесплодием, составив 15,58%, против 6,93% в контроле (P=0,04). Показатель отношения шансов при этом составил 2,48 (CI 1,04-5,89). Сравнительный анализ распределения частот генотипов полиморфного локуса T3801C гена CYP1A1 достоверные различия между выборками больных и контролем не выявил. Локализация полиморфизмов A2455G и T3801C гена CYP1A1 на одной хромосоме делает возможным проведение анализа гаплотипов. Установлено, что для гаплотипа *2C показатель отношения шансов составил 5,05 при первичном бесплодии и 3,62 при вторичном бесплодии, что позволяет рассматривать его в качестве генетического маркера, ассоциированного с повышенным риском заболевания.

Различия в распределении частот генотипов гена GSTT1 у женщин с первичным и вторичным бесплодием и контрольными данными также оказались достоверными. Показатель отношения шансов при первичном бесплодии составил 2,12 (CI 1,23-3,68), при вторичном бесплодии – 2,12 (CI 1,17-3,86).

Нами изучен полиморфный локус A313G гена GSTP1. Генотип GG с наиболее высокой частотой выявлялся у пациенток со вторичным бесплодием, составив 10,0%, что существен-

но превышает контрольный уровень, равный 3,14% (P=0,027). Соответственно, показатель отношения шансов OR составил 3,43 (CI 1,12-10,48), что позволяет отнести мутантный генотип GG к фактору риска развития вторичного бесплодия. При анализе распределения частот генотипов полиморфного локуса C341T гена GSTP1 не выявлено достоверных различий между исследуемыми группами и контролем. Локализация полиморфизмов A313G и C341T гена GSTP1 на одной хромосоме делает возможным проведение анализа гаплотипов. Гаплотип *B достоверно чаще встречался у женщин с первичным бесплодием по сравнению с контрольной группой (OR=1,69). Помимо этого, для женщин с первичным бесплодием показана рисковая значимость гаплотипа *D (OR=1,91).

Изучение распределения частот генотипов полиморфных вариантов генов GSTM1 (del), GPX1 (Pro197Leu), NQO1 (C609T) не показало статистически достоверных различий между выборкой больных и контрольной группой.

Полученные результаты раскрывают некоторые аспекты генетики репродуктивной патологии и свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения полиморфизма генов, вовлеченных в патогенез первичного и вторичного бесплодия, с целью выявления генетических маркеров предрасположенности к данным заболеваниям.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хамадьянов У.Р., Викторова Т.В., Исхакова Г.М.

Россия, г. Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность темы. Если зачатие и беременность наступают, но заканчиваются каждый раз выкидышем, то это неспособность к вынашиванию. Частота невынашивания беременности в РФ остается высокой и составляет от 10 до 25% от количества всех беременностей.

Причины невынашивания беременности многочисленны и разнообразны. В половине случаев имеется сочетание нескольких факторов, приводящих к прерыванию беременности. Вместе с тем, по данным разных авторов у 20-60% женщин установить истинную причину этого осложнения беременности не удается. Часто самопроизвольное прерывание беременности имеет повторяющийся характер, что позволяет предположить наличие постоянно присутствующих, в том числе генетических, факторов, обусловливающих подобное состояние. Существуют физиологические системы, оберегающие наш организм от влияний химических факторов внешней среды. Однако возможности этих механизмов защиты не безграничны. В этой связи, весьма перспективно исследование генов «предрасположенности», анализ которых поможет выявить группы высокого риска не только по наследственным заболевания, но и по мультифакторным заболеваниям, в том числе репродуктивной патологии.

Цель исследования. Оценить значимость генетических показателей микросомальной монооксигеназной системы и антиоксидантной защиты в формировании репродуктивной патологии у женщин.

Материалы и методы исследования. Молекулярно-генетический анализ проведен у 49 женщин с привычным невынашиванием беременности. Клиническое обследование больных проводилось акушерами-гинекологами.

Для выделения ДНК использовался стандартный метод фенольно-хлороформной экстракции с небольшими модификациями. Полиморфизм генов CYP1A1 (A2455G, T3801C), GSTP1 (A313G, C341T), GPX1 (Pro197Leu), NQO1 (C609T) исследовали методом ПДРФ-анализа (полиморфизм длин рестрикционных фрагментов). Для изучения делеции генов GSTM1, GSTT1 применяли метод ПЦР.

Обработку результатов исследования проводили с использованием пакета статистических программ.

Результаты исследования и выводы. При изучении распределения частот генотипов полиморфных локусов A2455G и T3801C гена CYP1A1 в группе женщин с привычным невынашиванием беременности и контролем не выявлены достоверные различия. Локализация полиморфизмов A2455G и T3801C гена CYP1A1 на одной хромосоме делает возможным проведение анализа гаплотипов. Установлено, что для гаплотипа *2C показатель отношения шансов составил 4,48 при привычном невынашивании беременности, что позволяет рассматривать его в качестве генетического маркера, ассоциированного с повышенным риском заболевания.

Различия в распределении частот генотипов гена GSTT1 у женщин привычным невынашиванием беременности и контрольными данными оказались достоверными (P<0,05). В группе больных частота делеции гена GSTT1 достигла 37,21% против 21,21% в контроле. Показатель отношения шансов составил 2,20 (CI 1,04-4,65), что свидетельствует об ассоциации делеционного полиморфизма гена GSTT1c привычным невынашиванием беременности.

При анализе распределения частот генотипов полиморфных локусов A313G и C341T гена GSTP1 не выявлено достоверных различий между исследуемой группой и контролем. Локализация полиморфизмов A313G и C341T гена GSTP1 на одной хромосоме делает возможным проведение анализа гаплотипов. Установлено, что гаплотип *B достоверно чаще встречался у женщин при привычном невынашивании беременности (P=0,032) по сравнению с контрольной группой. Показатель отношения шансов при этом составил 1,84 (CI 1,05-3,23), что позволяет рассматривать гаплотип *B в качестве генетического маркера, ассоциированного с повышенным риском развития заболевания.

Анализ полиморфных локусов генов GSTM1 (del), GPX1 (Pro197Leu), CAT (C1167T, -262C/T) и NQO1 (C609T) не показал статистически достоверных различий между выборкой больных и контролем.

Полученные результаты не претендуют на исчерпывающую характеристику патогенетических механизмов развития данной патологии, но служат важным шагом к пониманию молекулярно-генетических основ заболевания. Наличие у индивидов маркерных аллелей, генотипов или гаплотипов по указанным локусам позволяет прогнозировать повышенный риск привычного невынашивания беременности и рекомендовать своевременное назначение профилактических мероприятий.

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ И КОНТРОЛЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Хамадьянова А.У.

Россия, г.Уфа, Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время в формировании инфекционных воспалительных заболеваний, в том числе женских половых органов, особая роль отводится изменению генерации активных форм кислорода (АФК) и перекисного окисления липидов (ПОЛ) – двух наиболее часто встречающихся реакций свободнорадикального окисления (СРО). АФК определяют микробицидный потенциал фагоцитов и их недостаточное образование

может повлечь за собой хронизацию заболевания, тогда как избыточная их продукция при несостоятельности антиоксидантной системы (АОС) инициирует ПОЛ, ведет к повреждению биологических мембран, развитию синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) (Владимиров Ю.А. и др. 1992; Костюченко А.Л. и др., 2002). В современной литературе имеются отдельные исследования СРО при остром воспалении органов малого таза (Степанькова Е.А., 2004), но практически отсутствуют сведения по этому вопросу при хронических сальпингоофоритах. Не решены вопросы и патогенетической их терапии.

В связи с вышеизложенным представляют несомненный интерес характер нарушений биорадикального (оксидативно-антиоксидантного) равновесия и целесообразность применения лечебных факторов, способных коррегировать экспрессию АФК, удалять из организма экзо- и эндогенные токсичные субстраты. Указанными свойствами обладают методы эфферентной терапии, в частности плазмаферез (ПА). Однако механизмы действия ПА, в том числе на процессы СРО, изучены недостаточно и требуют дальнейших исследований.

Целью данной работы являлось исследование генерации АФК, состояния эндогенной интоксикации и лечебного действия дискретного ПА на эти процессы у больных с ХРСО.

Под нашим наблюдением находились 138 больных с хроническим рецидивирующим сальпингоофоритом ХРСО в возрасте от 16 до 43 лет. Диагноз ставился на основании данных клиники, лапароскопии и УЗИ. Длительность заболевания колебалась от 3 до 14 лет, число рецидивов в год у 93 (67,4%) больных составило от 3 до 5, у остальных 45 (32,6%) – более 5. Среди обследуемых у 84 (1-группа) имела место фаза клинической ремиссии, у 54 (2- группа) – фаза обострения ХРСО. На фоне базисной терапии у 9 больных 1-й группы и у 13- 2-й – проводили дискретный ПА с использованием одноразового сдвоенного контейнера для забора крови CPDA – 1 (Япония). ПА осуществлялся в изоволемическом режиме с замещением удаленной плазмы крови изотоническим раствором натрия хлорида. Курс лечения состоял из 3-х сеансов с интервалом 2-5 дней. За один сеанс в зависимости от состояния гемодинамики одномоментная эксфузия составляла в среднем 500-800 мл плазмы крови.

Группу сравнения составили 52 пациентки (37 из 1-й и 15 из 2-й группы), которые получали общепринятое лечение. В контрольную группу вошли 19 здоровых женщин репродуктивного возраста.

В комплексе обследования, помимо клинико-лабораторных, инструментальных исследований, изучали спонтанную (СПЛЗХЛ) и индуцированную (ИНЛЗХЛ) люминолзависимую хемилюминесценцию (ЛЗХЛ) цельной крови по методу Ю.А. Владимирова, М.П. Шерстнева (1989). В качестве индуктора фагоцитоза использовали продигиозан – липополисахаридный комплекс, выделенный из микроорганизмов Bac. prodigiosum. По показателям СПЛЗХЛ судили о генерации АФК фагоцитами без вмешательства извне, по данным ИНЛЗХЛ – об их микробицидном потенциале. Исследования проводились на аппарате «Хемилюминомер – 003» (ТУ – 4281 – 3459 – 0206938 – 95) с компьютерным обеспечением. Анализировали спонтанное свечение (СпС), максимальную светимость (МС), отражающую максимальную фагоцитарную активность клеток и их способность генерировать АФК, и светосумму свечения (СС), которая коррелирует с потреблением кислорода и степенью завершенности фагоцитоза. Полученные результаты выражали в относительных единицах по отношению к эталону свечения СФХМ –1 ГОСТ 9411-81, суммарный световой поток которого составляет 5,1х105 квант/сек.

Параллельно определяли содержание в сыворотке крови молекул средней массы (МСМ) (Николайчик В.В. и др., 1991), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом преципитации с 3,75% раствором полиэтиленгликоля (Меньшиков В.В., 1987).

Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи программы «Statistica» для Windows – 97 с использованием t-критерия Стьюдента.

В результате проведенных исследований спонтанной и индуцированной люминолзависимой хемилюминесценции цельной крови у больных ХРСО установлены два типа генерации активных форм кислорода: высокий и низкий. Высокая интенсивность оразования кислородных радикалов, отражающая «оксидативный стресс», характерна для стадии обострения ХРСО и свидетельствует об избыточной функциональной активности фагоцитирующих клеток крови, напротив, низкая – характерна для стадии клинической ремиссии воспалительного процесса и указывает на угнетение кислородзависимого метаболизма фагоцитов с выраженным падением их микробицидного потенциала. Оба клинических варианта течения заболевания сопровождаются синдромом эндогенной интоксикации, о чем свидетельствует повышенный уровень МСМ и ЦИК в сыворотке крови. Причиной развития СЭИ у больных при обострении ХРСО является чрезмерно высокая продукция АФК и вызываемое ими усиление процессов перекисного окисления липидов с накоплением их продуктов (Костюченко А.Л. и др., 2002). Для проявления СЭИ у больных в фазе ремиссии ХРСО существенное значение имеет недостаточность санирующих функций моноцитов – мактофагов и полиморфноядерных лейкоцитов. Применение дискретного плазмафереза у больных с ХРСО нормализует люминолзависимую хемилюминесценцию цельной крови и оказывает коррегирующее влияние на генерацию АФК, устраняет явления СЭИ, повышает эффективность лечения, что позволяет ограничить объем и длительность медикаментозной терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АБОРТА КАК ИСХОДА ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ С УЧЕТОМ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ

Хамошина М.Б.[1,2], Кайгородова Л.А.[1], Парух Л.Н.[3], Ширковец А.В.[1]

Россия, г.Владивосток, Владивостокский государственный медицинский университет[1], Дальневосточный филиал Научного Центра медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН[2], МУЗ «Кавалеровская ЦРБ»[3]

Состояние репродуктивного здоровья женщины любого возраста во многом определяется характером ее репродуктивного поведения. Прерывание искусственным абортом нежелательной беременности, особенно первой, способствует развитию воспалительных и пролиферативных заболеваний органов репродуктивной системы и может привести к серьезным, иногда необратимым изменениям репродуктивной функции. Вместе с тем происходящие в организме девушки-подростка процессы завершения полового созревания предопределяют чрезвычайно высокий риск развития нарушений репродуктивной функции в будущем. В связи с этим в последние годы проблема оптимизации репродуктивного поведения женщин ювенильного возраста привлекает большое внимание исследователей и клиницистов.

На наш взгляд, одним из перспективных направлений является выделение групп риска неблагоприятного исхода первой беременности в подростковом возрасте, что позволит проводить с девушками индивидуальную информационно-профилактическую работу. В практическом здравоохранении традиционно недооценивается значение условий и образа

жизни девушек-подростков, семьи их родителей в формировании нарушений репродуктивного здоровья будущих матерей. Вместе с тем использование для прогнозирования данных о наличии сексуального дебюта, особенностях сексуальной активности, используемых методах контрацепции у подростков не всегда возможно ввиду высокого риска получения от них недостоверной информации.

Целью настоящего исследования явилась разработка математической модели, позволяющей рассчитать индивидуальный прогноз медико-социального риска исхода первой беременности искусственным абортом до 12 недель или самопроизвольным прерыванием беременности в первом триместре в случае ее наступления в пубертатном периоде с использованием характеристик условий и образа жизни.

Материалы и методы. После получения согласия на участие в исследовании проведено добровольное анонимное анкетирование 1926 девушек-подростков в возрасте от 13 до 18 лет, из которых 486 имели в анамнезе беременность, не закончившуюся деторождением, в том числе 183 прервали первую беременность путем искусственного аборта. В результате математического анализа данных, на основе рассчитанных коэффициентов, минимизирующих вероятность ошибочной классификации, построена линейная функция, позволяющая получить с вероятностью 100,0%. Для этого в рассчитанное уравнение $Z = 1224{,}1 \cdot x1 + 157{,}1 \cdot x2 - 0{,}9 \cdot x3 + 406{,}3 \cdot x4 + 852{,}7 \cdot x5 + 3728{,}0 \cdot x6 - 86{,}7 \cdot x7 - 21{,}4 \cdot x8 + 723{,}0 \cdot x9 + 94{,}3 \cdot x10 + 4{,}3 \cdot x11 + 194{,}6 \cdot x12 + 158{,}5 \cdot x13 - 89{,}4 \cdot x14 + 646{,}6 \cdot x15 + 60{,}3 \cdot x16 + 64{,}1 \cdot x17 + 94{,}7 \cdot x18 - 132{,}3 \cdot x19 - 16{,}4 \cdot x20 - 173{,}2 \cdot x21 + 976{,}2 \cdot x22 - 277{,}5 \cdot x2 - 286{,}4 \cdot x24$ вводятся числовые эквиваленты данных опросника (x1-x24), где x1 - наблюдение в женской консультации, x2 – регулярность менструаций, x3 - жестокое обращение с детьми в семье родителей, x4 – вид семьи родителей, x5 – потребление девушкой алкоголя, x6 - индекс талия/бедра, x7 – социальная структура семьи родителей, x8 – возраст менархе, x9 - режим питания, x10 - род занятий, x11 – курение девушки-подростка, x12 - конфликты в семье, x13 – потребление алкоголя в семье родителей, x14 – условия проживания, x15 - наличие в семейном анамнезе хронических сердечно-сосудистых заболеваний, x16 - количество детей в семье родителей, x17 - вид семьи родителей, x18 – рост, x19 - семейное положение, x20 - бытовые условия, x21 – потребление наркотиков девушкой-подростком, x22 - наличие работы, финансовой независимости, x23 – курение в семье родителей, x24 - хроническая стрессовая ситуация в семье. После умножения на соответствующие коэффициенты полученные данные суммируются. Результат сравнивается с константным значением (Z, для данной модели –12671,4), позволяющим отнести девушку-подростка к группе «высокого риска», если конечный результат выше, и «низкого риска» - в противном случае. Прогностическая модель была валидизирована на экзаменационной выборке и показала работоспособность 95%.

Выводы: Раннее выявление контингентов медико-социального риска прерывания первой беременности в юношеском возрасте позволяет своевременно проводить целенаправленные профилактические меры по индивидуально разработанной программе, включающей оптимизацию социальных условий проживания девушки-подростка (с привлечением органов социальной защиты) и снижение риска наступления нежелательной беременности путем индивидуального интерактивного подбора метода контрацепции. При динамическом использовании предложенная прогностическая модель может использоваться и для индивидуального контроля эффективности проводимых мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧИЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ

Хардиков А.В.

Россия, Курск, Курский Государственный Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии

Эффективность лечения хронического сальпингоофорита (ХСО) в настоящее время остается недостаточной, несмотря на использование современных медицинских препаратов и технологий. Разработка новых методик терапии данного заболевания с менее выраженным системным отрицательным эффектом по сравнению с используемыми лекарственными препаратами является актуальной. Гирудотерапия достаточно широко применяется в лечении различных заболеваний, однако эффективность ее в лечении ХСО и влияние на отдельные показатели локального гомеостаза изучены недостаточно. Основанием для предложения данной методики являются свойства секрета слюнных желез медицинской пиявки, обладающего анальгезирующим, спазмолитическим, противовоспалительным, тромболитическим, реолитическим и антикоагуляционным действием.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения ХСО путем включения в терапевтический комплекс курса гирудотерапии. Для реализации поставленной цели решались следующие задачи: оценить клиническую эффективность гирудотерапии в лечении ХСО, изучить изменения региональной гемодинамики, гемостаза и антиоксидантной системы (исследовали кровь из шейки матки) при использовании стандартного курса лечения (антибиотики, десенсибилизирующие, противовоспалительные препараты, реолитики, витамины, антиоксиданты) и при включении в курс гирудотерапии. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения ХСО у 80 пациенток с эндоскопически верифицированным диагнозом ХСО, без сопутствующей гинекологической и соматической патологии. 40 пациенток получали стандартный курс противовоспалительного лечения (контрольная группа), у 40 женщин (основная группа) в курс лечения была включена гирудотерапия. Обе группы были сравнимы по возрасту, соматическому, гинекологическому статусу, а также по исходным показателям в системах гемодинамики, гемостаза и антиоксидантной системы.

Лечение пиявками проводили по оригинальной методике, используя на 1 сеанс от двух до шести пиявок. Количество процедур от 5 до 10, интервал между ними – 48-72 часа. Использовали поясничную, крестцовокопчиковую зоны, промежность, нижние отделы живота, боковые стенки и своды влагалища, шейку матки.

При оценке клинической эффективности установлено, что скорость регресса болевого синдрома в основной группе была выше: на 14-е сутки лечения боли купировались у 70% женщин основной и 40% контрольной группы, на 20-е сутки у 92,5% и 77,5% соответственно. Частота рецидивов обострений в течение года в основной группе составила 17,5%, в контрольной 47,5%. Субъективная оценка результатов лечения оказалась следующей: хороший эффект при использовании гирудотерапии отметили 80% пациенток, при стандартном лечении 62,5%, удовлетворительных результат был у 20% и 30% соответственно, а недостаточную эффективность терапии отметили 7,5% женщин получавших стандартное лечение.

При исследовании локального гемостаза выявлено достоверное преимущество гирудотерапии перед стандартным курсом лечения в коррекции нарушений коагуляции в виде различный вариантов тромбофилии: снижение индекса тромоцитарной активности в основной группе составило $42{,}0 \pm 3{,}6\%$ в контрольной $24{,}7 \pm 2{,}3\%$ ($p<0{,}01$), активирован-

ное парциальное тромбиновое время уменьшилось на 5,7±11 с и на 2,3±0,6 с соответственно (p<0,05), концентрация фибриногена А не проявляла существенных различий как при стандартном лечении, так и при использовании медицинской пиявки (p>0,05), однако фибриноген В обнаруживавшийся у 20% женщин основной группы, а также продукты деградации фибрина имевшиеся у 15% пациенток после курса гирудотерапии не обнаруживались. В контрольной группе частота обнаружения фибриногена В уменьшилась с 15% до 10%, продуктов деградации фибрина с 15% до 10%. Изменения активности фибринолитической системы также более выражены при использовании медицинской пиявки. В основной группе спонтанный фибринолиз увеличился на 27,4%±3,9%, в контрольной на 12,6±3,1% (p<0,05).

Сравнение показателей гемодинамики после лечения свидетельствует о более высокой эффективности гирудотерапии по отношению к стандартному курсу лечения: при использовании медицинской пиявки индекс резистентности в маточных артериях уменьшился на 18,7±0,3%, в яичниковых артериях – 16,3±0,2%. При стандартном курсе лечения эти показатели уменьшились на 15,2±0,4% и 13,6±0,3% соответственно (p<0,05). Аналогичные изменения показателей наблюдались и на реопельвиограммах Пульсовое кровенаполнение увеличивалось на 14,7±0,8% при использовании гирудотерапии и на 10,2±0,6% при стандартном лечении (p<0,05). Показатели венозного оттока улучшились на 14,4±1,2% и на 6,3±0,4% соответственно (p<0,05).

Влияние на состояние антиоксидантной системы при использовании гирудотерапии также более выражено, чем при стандартном лечении. Снижение концентрации малонового диальдегида в основной группе достигнуто на 54,7±6,1%, в контрольной группе на 32,4±4,8% (p<0,05), а повышение активности каталазы – на 6,4±0,3 и 2,1±0,2 условных единиц соответственно (p<0,05).

Проведенное исследование свидетельствует о целесообразности включения медицинской пиявки в комплекс лечебных мероприятий у пациенток с ХСО, так как данная методика способствует ускоренному регрессу клинических проявлений, частоты рецидивов, более выраженным положительным изменениям в системах гемостаза, гемодинамики и антиоксидантной системе по сравнению со стандартным курсом лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНСЕМИНАЦИИ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ

Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б.

Россия, г. Махачкала, Республиканский центр планирования семьи и репродукции

Искусственная инсеминация спермой мужа и спермой донора широко используются в клинической практике для повышения эффективности лечения бесплодия. В данной работе приведен анализ результативности применения внутриматочной инсеминации (ВМИ) у 164 супружеских пар в 309 циклах.

Супружеские пары, которым проводился данный метод были разделены на группы. Отправным параметром для разделения на группы являлась оценка функционального состояния репродуктивной системы обоих супругов.

Первую группу составили семейные пары с мужским фактором бесплодия, нуждающиеся в донорской инсеминации. У мужчин данной группы при обследовании установлены тяжелые формы мужского бесплодия с азооспермией и олигозооспермией III степени. В группу вошло 19 супружеских пар, что составило 11,5%. В этом случае использовался донорский криоэякулят. Низкий процент супружеских пар, изъявивших желание использовать данный метод обусловлен национальными традициями.

Во вторую группу также включены супружеские пары с мужским фактором бесплодия. Но в данном случае у пациентов была диагностирована астенозооспермия и олигозоспермия I-II степени и ВМИ проводилась эякулятом супруга. В данную группу вошли 104 пары, что составило 63,5%. В третью группу были включены 41 супружеская пара с бесплодием неясного генеза – 25,0%.

Длительность бесплодия от 2 до 6 лет. По возрасту женщины которым проводилась ВМИ распределились следующим образом: до 20 лет - 4 (2,4%), 20-25 лет – 29 (17,6%), 25-30 лет – 85 (51,8%), 30-35 лет – 29 (17,6%), старше 35 лет – 17 (10,3%)

Процедура ВМИ проводилась только в стимулированных циклах. Использовались три схемы стимуляции овуляции: кломифен цитратам, гонадотропином и комбинация кломифен цитрата и гонадотропина. Всем женщинам проводился ультразвуковой мониторинг. В целях сохранности биологически активных веществ и обеспечения высокой оплодотворительной способности сперматозоидов при подготовке материала для инсеминации использовались специальные питательные среды

Беременность наступила у 63 женщин – 38,4%. Наибольшая частота наступления беременности отмечена при использовании донорского криоэякулята 52,6% (беременность наступила у 10 женщин), самая низкая частота наступившей беременности у супружеских пар с бесплодием неясного генеза – 9,8% (у 5 женщин).

Частота наступившей беременности связана и с возрастом женщины. В соответствии с распределением по возрасту в группе до 20 лет беременности наступили в 50%, от 20-25 лет в 58,6% далее в 42,3% - 27% - 5,8% соответственно. Самый низкий процент наступления беременности отмечен у женщин старше 35 лет.

Из вышеизложенного следует, что частота наступления беременности напрямую связана с возрастом женщин, и выше в группе с использованием донорского криоэякулята. Учитывая низкий процент наступления беременности у супружеских пар с неясным генезом бесплодия необходимо проводить в данной группе более тщательное предварительное обследование.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Хашукоева А.З.., Леонова Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ Россия, Москва, РГМУ

Диагностика воспалительных процессов органов малого таза представляет актуальную проблему в гинекологии ввиду широкой распространенности этих заболеваний среди пациенток репродуктивного возраста, низкой эффективности традиционных диагностических методов, и, как следствие, позднего начала этиопатогенетической терапии. Все это приводит к возрастанию количества хронических и осложненных форм в структуре воспалительных заболеваний половых органов, к нарушению репродуктивной и менструальной функции у женщин репродуктивного возраста.

Радиотермометрия - один из новых перспективных методов диагностики, в основе которого лежит измерение соб-

ственного электромагнитного излучения тканей пациента в диапазоне сверхвысоких частот с последующим анализом температурных значений, регистрируемых в проекции внутренних органов с целью оценки патологических изменении.

Нами проведена радиотермометрия 220 пациенткам с воспалительными заболеваниями органов малого таза в возрасте от 15 до 47 лет (средний возраст - 30±9,1 года). Все обследуемые пациентки были разделены на 4 группы: 1 группа - 80 больных с острым сальпингоофоритом, 2 группа - 80 больных с обострением хронического сальпингоофорита, 3 группа - 40 больных с осложненными формами течения сальпингоофорита (тубооваривальное образование, пиосальпингс, пиовар), 4-ю группу составили 20 практически здоровых женщин.

Всем пациенткам проведено клиническое и лабораторное исследование, включающее общеклинический анализ крови, бактериоскопические и бактериологические методы диагностики, определение белков острой фазы в сыворотке крови (С-реактивный белок - СРВ, гаптоглобин, орозомукоид), ультразвуковое исследование органов малого таза.

Радиотермометрию проводили на аппарате радиотермометр РТМ-01 (фирма РЭС при ВНИИРТ). Регистрацию теплового излучения внутренних половых органов проводили в диодиапазоне с глубиной обнаружения температурных аномалий от 3 до 10 см и погрешностью определения температуры ±0,2°С. Показатели температуры измерялись в 13 точках через переднюю брюшную стенку в проекции матки и придатков, затем регистрировались на экране монитора в виде температурных полей, где каждое значение температуры передавалось на экране своим цветом.

Основными жалобами у пациенток были боли различного характера и интенсивности, локализованные в нижних отделах живота - в 100% случаев; повышение температуры тела от субфебрельной до фебрильной, бели слизистого или гнойного характера, общая слабость. Изменения в гематологических показателях сопровождались лейкоцитозом, преимущественно в 1-й и 3-й группах обследованных (от 13 до 21х109/л), увеличением СОЭ (до 60 мм/ч).

С целью диагностики воспалительного процесса мы оценивали белки острой фазы в сыворотке крови (С-реактивный белок - СРВ, гаптоглобин, орозомукоид), первым из которых реагировал СРВ, значения которого превышали нормативные показатели в два-три раза, особенно при выраженном воспалительном процессе. По данным УЗИ органов малого таза были выявлены эхомаркеры воспалительного процесса в 1-й и 3-й группах обследованных в 86% и 100% случаев соответственно, а во 2-й группе - всего в 31% исследований.

Всем пациенткам при поступлении в стационар, на 3-4 сутки комплексного лечения и после его завершения приводилось радиотермометрическос исследование.

В результате нашего исследования выявлена температурная асимметрия между 2-мя точками в проекции исследуемого органа: при острых воспалительных процессах - 1,3±0,048°С, при обострении хронических процессов - 1,2±0,040°С и при осложненных формах воспалительных процессов - 1,3±0,056°С; в контрольной группе асимметрии составила всего 0,6±0,073°С.

На 3-4 сутки проводимой комплексной терапии мы наблюдали снижение термоасимметрии в среднем на 0,3°С, а после завершения лечения - на 0,6°С, что приближалось к нормальным значениям, регистрируемым в контрольной группе. Показатели радиотермометрии коррелировали с клиническими и лабораторными показателями.

Таким образом, применение радиотермометрии в сочетании с рутинными диагностическими методами позволяет наиболее эффективно проводить диагностику, дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний органов малого таза и оценивать эффективность проводимой терапии.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОМЕТРИЯ - АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Хашукоева А.З., Отдельнова О.Б.

Россия, г.Москва, РГМУ

В настоящее время одним из важных направлений современной гинекологии является лечение гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), которые могут играть ключевую роль в развитии злокачественной трансформации.

На протяжении последних десятилетий было предложено немало различных медикаментозных и малоинвазивных хирургических методов лечения. Тем не менее, наличие рецидивов, развитие неблагоприятных побочных эффектов и осложнений заставляет искать новые, более эффективные и менее травматичные методы лечения.

Одним из таких перспективных направлений в медицине является фотодинамическая терапия (ФДТ) – метод, основанный на использовании фотодинамического повреждения клеток в ходе фотохимических реакций.

Фотодинамическая деструкция эндометрия была выполнена нами у 35 пациенток пери- и постменопаузального периода в возрасте от 45 до 55 лет (средний возраст - 51,7±2,4 года) с морфологически верифицированным диагнозом железистой гиперплазии эндометрия. Особенностью обследованных пациенток явилось наличие выраженной экстрагенитальной патологии, которая ограничивала проведение хирургического вмешательства или проведение гормональной терапии. Сопутствующая экстрагенитальная патология была представлена как в изолированном варианте, так и в виде сочетания различных нозологических форм. Наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (у 32 больных), варикозная болезнь нижних конечностей (у 28 пациенток), сахарный диабет I и II типа (у 14 больных), ишемическая болезнь сердца и метаболический синдром были выявлены с одинаковой частотой у 29 женщин.

Предоперационное обследование пациенток с ГПЭ было стандартным и включало ультразвуковое исследование органов малого таза, гистероскопию с раздельным диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием полученного материала, а также обследование шейки матки.

С целью выбора наиболее оптимальных временных параметров облучения нами была исследована динамика накопления фотосенсибилизатора «Фотодитазин» в ткани эндометрия in vivo. Для решения этой задачи мы применили метод локальной флуоресцентной спектроскопии с использованием спектрально-флуоресцентной диагностической установки «Спектр-Кластер» («Кластер», ИОФРАН). Нами для возбуждения флуоресценции Фотодитазина применяли лазерное излучение с длиной волны 638 нм вблизи широкого поглощения на 652 нм, что позволило селективно возбуждать экзогенную флуоресценцию фотосенсибилизатора без возбуждения флуоресценции эндогенных флуорохромов тканей. Регистрируемый спектр флуоресценции эндометрия фактически представлял собой спектр экзогенной флуоресценции введенного препарата в диапазоне 650-750 нм. Мощность лазерного излучения с конца волоконно-оптического катетера составляла 5 мВт, время экспозиции – 60 мс. Максимальные значения флуоресценции регистрировались в ткани эндометрия через 2 часа после внутривенного введения фотосенсибилизатора «Фотодитазин» что и явилось определяющим в оптимизации сроков начала лазерного облучения эндометрия.

Согласно методике, сеанс облучения эндометрия осуществлялся на аппарате «Аткус-2» (длина волны 662 нм, мощность на выходе 1,85 Вт) через 1,5-2 часа после внутриматочного и/или внутривенного введения ФС «Фотодитазин» в дозе 0,5-1 мг/кг, с использованием оптического внутриматочного баллонного световода («Полироник», Россия) без применения анестезиологического пособия. Расширения цервикального канала не требовалось, что было обусловлено небольшим диаметром (3 мм) баллонного световода, проводимого через цервикальный канал. Световое воздействие проводили в непрерывном или фракционном режиме, длительность облучения составила 15-40 минут, при плотности энергии 150-300 Дж/см^2.

С целью оценки ФДТ эндометрия проводилось ультразвуковое исследование срединных маточных структур на 7-е, 30-е сутки после процедуры, а также 3, 6 и 12 месяцев после операции. Показатели М-эхо на 7-е сутки варьировал в пределах от 4 до 6 мм, что, вероятно, можно объяснить отеком тканей. Вместе с этим, на 30-е сутки во всех наблюдениях отмечено линейное М-эхо. Через 6 месяцев М-эхо составило от 2 до 4 мм в 83,3% случаев. У 2 пациенток имел место рецидив ГПЭ в сроки от 2 до 6 мес, что потребовало проведения повторной процедуры ФДТ. У 20 пациенток прослежены отдаленные результаты лечения в сроки до 12 месяцев. У всех наблюдалась стойкая аменорея на фоне линейного М-эхо по данным ультразвукового исследования срединных маточных структур. Однако у одной пациентки сохранилась менструальная функция при отсутствии патологии эндометрия по данным морфологического исследования Диагностическая гистероскопия выполнялась через 12 месяцев после проведения процедуры. Гистероскопическая картина была представлена атрофией эндометрия на фоне отсутствия облитерации полости матки. Побочные эффекты были отмечены в 15 наблюдениях и заключались в слабо и умеренно выраженном болевом синдроме во время и непосредственно после проведения сеанса ФДТ, что потребовало назначения ненаркотических анальгетиков в течение 12 часов после операции. В 3 случаях имело место повышение температуры до субфебрильных цифр на 2-е сутки после операции, что потребовало назначения профилактической антибактериальной терапии.

Таким образом, фотодинамическая деструкция эндометрия обладает рядом преимуществ в сравнении с другими малоинвазивными хирургическими методиками, в частности, позволяет высокоселективно удалять функциональный и базальный слой слизистой оболочки матки, не приводя впоследствии к облитерации полости матки.

Кроме этого методика проведения процедуры не требует применения анестезиологического пособия, что делает возможным ее использование в амбулаторных условиях, что особенно важно у пациенток, отягощенных различной экстрагенитальнои патологией, являющейся противопоказанием к гормональному или хирургическому лечению.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Хитров М.В., Кротов Ю.А., Хисамова И.В., Козлова И.В., Елфимова Е.К.

Ярославль

Несмотря на современные достижения в области контрацепции, частота незапланированных беременностей остается крайне значительной. По этому широкое внедрение методов безопасного аборта является крайне важным для сохранения репродуктивного здоровья. С 1988 г. метод медикаментозного аборта (МА) рекомендован ВОЗ как безопасная форма аборта. Накопленный опыт в мире позволяет считать МА более безопасным, чем хирургический аборт, с эффективностью 97-99% (ВОЗ, FDA, Национальная Федерация Аборта США, 2004).

Впервые в г. Ярославле МА был выполнен в МЦ «Альтаир +» в феврале 2001 г. и за период по февраль 2007 г. проведено всего 1 261 МА. Применялась официально утвержденная Минздравом методика. Во всех случаях наличие маточной беременности перед МА подтверждалось при трансвагинальном УЗИ. К процедуре не допускались женщины с сопутствующими заболеваниями, входящими в перечень противопоказаний для МА. Возраст 58% пациенток составил от 18 до 25 лет, 20% были в возрасте 26-30 лет, 18% в возрасте 31-42 года, 3% младше 18 лет и 1% старше 42 лет. 54,3% женщин были первобеременными, 45,7% были повторнобеременными (имели в анамнезе аборты или роды). У 936 (74,2 %) МА выполнен при сроке беременности до 5 недель, у 325 (25,8 %) в сроке 5-6 недель. Мизопростол в 80% случаев применялся перорально, в 20% случаев интравагинально. Различий в эффективности и количестве осложнений в зависимости от пути введения мизопростола нами не установлено. При анализе начала кровянистых выделений установлено, что у 14,6% кровянистые выделения начались в 1-е сутки, у 31,4% на 2-ые сутки, т.е. до приема мизопростола кровянистые выделения начались у 46% пациенток. У остальных 54% кровянистые выделения зарегистрированы после приема мизопростола. У 29% женщин длительность кровотечения составила до 7 суток, у 62% - 7-12 суток, у 9% - не более 14 суток. Нами не установлено связи между сроком беременности и временем начала кровянистых выделений, и их длительностью. Чаще в 1-е сутки кровотечение наступало у повторнобеременных: 66,9% против 33,1% у первобеременных. Аналогичная зависимость наблюдалась и при начале кровянистых выделений на 2-ые сутки - в два раза чаще у повторнобеременных. Длительность кровотечения напрямую зависела от наличия родов в анамнезе и была короче у рожавших женщин. Установлены два вида осложнений МА: осложнения воспалительного характера - у 6 из 1261 женщин, что составило 0,47%; остатки плодного яйца - у 29 из 1261 женщин - 2,3%. Наш опыт позволяет считать, что МА является эффективным и безопасным способом прерывания беременности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Хитрых О.В., Саркисов С.Э., Куковенко Е.М.

Россия, г. Москва, Инновационное отделение малоинвазивных технологий ФГУ НЦАГиП «Росмедтехнологий» на базе больницы им. С.П. Боткина.

Цель нашей работы заключалась в оценке отдаленных результатов гистерорезектоскопического лечения полипов эндометрия в постменопаузе.

Полипы эндометрия – наиболее частый вид гиперпластического процесса в эндометрии. По данным литературы, от 39,2% до 64,8% всех видов внутриматочной патологии периода постменопаузы приходится на долю полипов эндометрия. С появлением эндоскопии диагностика и лечение гинекологических заболеваний получили новый стимул для своего развития. В настоящее время в качестве наиболее эффективного метода лечения полипов эндометрия зарекомендовали себя гистероскопические и гистерорезектоскопические внутриматочные вмешательства.

В наше исследование было включено 95 пациенток с полипами эндометрия в постменопаузе, которым было проведено в плановом порядке малоинвазивное оперативное вме-

шательство в ГКБ им С.П. Боткина в 2003 году. Нами было проведено 82 диагностических гистероскопий и раздельных диагностических выскабливаний, 4 резекции ножек полипов эндометрия с последующей аблацией эндометрия, 20 гистерорезекций полипов эндометрия, 20 аблаций эндометрия, 5 прицельных удаления полипов эндометрия гистероскопическими щипцами. В 8 случаях гистерорезекция полипа эндометрия сочеталась с резекцией полипов цервикального канала, в 1 случае - с удаление ВМС на фоне постменопаузы, в 3 случаях - с резекцией субмукозной миомы матки.

44 пациентки (46,32%) предъявляли жалобы на кровяные выделения из половых путей на фоне постменопаузы. Возраст пациенток на момент лечения составил от 48 до 81 года (средний возраст 61,28±7,94), длительностью менопаузы от 1 до 30 лет (средняя длительность менопаузы 11,42±8,12).

По результатам гистологического исследования соскобов из полости матки у всех пациенток был установлен диагноз полипа эндометрия, из них чаще всего – в 81 случае (85,26%) морфологически выявлены железисто-фиброзные, в 7 случаях (7,37%) – фиброзные, в 4 случаях (4,21%) – аденоматозные, в 3 случаях (3,16%) – железистые полипы эндометрия. Всем пациенткам было проведено только хирургическое лечение: гистероскопическое и/или гистерорезектоскопическое (гормональное лечение не проводилось).

Фоном для развития полипов эндометрия в постменопаузе у 93 (97,89%) больных была возрастная атрофия эндометрия. У 2 (2,11%) пациенток железисто-фиброзный и железистый полипы эндометрия были обнаружены на фоне железисто-кистозной гиперплазии эндометрия.

У 22 (23,16%) пациенток были выявлены множественные, у 6 (6,32%) – рецидивирующие полипы эндометрия.

При проведении гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания полипы эндометрия были удалены полностью у 31 (32,63%) пациенток, частично – у 56 (58,95%), не удалены - у 8 (8,42%).

6 (6,32%) пациенткам было произведено оперативное лечение в объеме экстирпации матки, учитывая сопутствующую патологию: опущение стенок влагалища и неполное выпадение матки, кистома яичника, субмукозная миома матки, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, стеноз цервикального канала.

В нашем исследовании по данным анамнеза ни у одной из пациенток с установленным диагнозом полипа эндометрия не проводилось ранее лечение с помощью малоинвазивных электрохирургических технологий.

При анализе отдаленных результатов гистерорезектоскопического лечения у 89 пациенток, мы получили следующие результаты: у 7 (7,37%) пациенток, которым было проведено оперативное лечение в объеме только гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания был отмечен рецидив полипа эндометрия в течение года после лечения; у 1 (1,05%) пациентки после аблации эндометрия отмечено рецидивирующее кровотечение в постменопаузе, при проведении контрольной гистероскопии, гистологического исследования соскобов эндометрия и цервикального канала патологии не выявлено, источником кровотечения являлась область перешейка, что потребовало проведения его дополнительной коагуляции, после чего рецидива кровотечения отмечено не было; 81 (85,26%) пациентка в течение 4 лет после проведенного лечения не предъявляла ни каких жалоб, по данным УЗИ органов таза патологии эндометрия выявлено не было (щелевидное МЭХО).

Таким образом, своевременное применение малоинвазивных электрохирургических технологий при патологии эндометрия в постменопаузе позволяет снизить количество рецидивов полипов эндометрия в постменопаузе. Гистерорезектоскопическое удаление единичных полипов эндометрия является минимальных эффективным методом лечения полипов эндометрия. При множественных и аденоматозных полипах эндометрия на фоне атрофичного эндометрия наиболее эффективным методом лечения является сочетание гистерорезекции полипа эндометрия с аблацией эндометрия.

ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С ТРУБНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Хоржевский В. А., Игошина С. А., Кириченко А. К., Базина М. И.

Россия, г. Красноярск, ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия»

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Красноярск ОАО "РЖД", патолого-анатомическое отделение. ООО "Медицинский центр гинекологической эндокринологии и репродукции"

Актуальность.

В структуре женского бесплодия на долю трубного и перитонеального приходится до 30-40%, основной причиной которого являются перенесенные ранее воспалительные заболевания матки и ее придатков. При первичном остром воспалении придатков бесплодие встречается у 12% больных, а при рецидивирующем может достигать 54% с частым формированием сактосальпинкса.

При всей изученности изменений, возникающих в трубе при гидросальпинксе, а таковые наблюдаются со стороны стромы, сосудов, эпителиальной выстилки, работы посвященные изучению местного иммунитета эндометрия при этой патологии встречаются крайне редко и носят разрозненный характер. Особый интерес к этой проблеме обусловлен тем фактом, что гидросальпинкс является одной из самых частых причин не только бесплодия, но и неудач при попытках проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и переноса эмбриона.

Цель исследования.

Оценить иммунный статус эндометрия, формирующийся под влиянием гидросальпинкса у женщин с трубной формой бесплодия в программах ВРТ.

Материалы и методы исследования.

Основную группу составили 15 женщин с первичным трубным бесплодием при одностороннем или двустороннем гидросальпинксе. В группу сравнения вошли 15 женщин с установленной фертильностью и регулярным менструальным циклом с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Средний возраст обследуемых женщин составил 36,2 ± 1,1 и 35,2 ± 1,6 лет соответственно. Длительность бесплодия к моменту исследования у женщин основной группы составила 31,2 ± 8,3 месяцев. Диагноз гидросальпинкса в каждом случае устанавливался в ходе ультразвукового исследования, и впоследствии подтверждался при морфологическом исследовании удаленных труб. Всем женщинам проводилось исследование гормонов периферической крови по фазам менструального цикла: ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона. При этом средние показатели основных гормонов соответствовали норме. Группы были сопоставимы по возрасту, времени наступления менархе и продолжительности менструального цикла.

При определении инфекционного статуса методами ИФА и ПЦР у 60% женщин основной группы диагностирована хламидийная инфекция, у 30% – мико-уреаплазменная инфекция, и в 10% наблюдений выявлен генитальный герпес. Все

женщинам было проведено специфическое лечение с учетом выявленного этиологического фактора. В группе сравнения сексуально-трансмиссионных заболеваний выявлено не было.

Ткань эндометрия, получали при выскабливании полости матки во время гистероскопии или при пайпель-аспирации в среднюю стадию фазы пролиферации. Женщинам группы сравнения пайпель-аспират проводился в рамках прегравидарного обследования. Иммуногистохимическое окрашивание проводилось согласно стандартному протоколу для окрашивания парафиновых срезов стрептавидин-биотиновым методом [1]. Для детекции рецепторов использовали моноклональные первичные (CD3, CD4, CD8, CD45RO, CD20cy, CD23, CD68) и поликлональные вторичные антитела. Подсчет числа клеток с позитивным окрашиванием проводился при увеличении х 400.

Результаты.

При микроскопическом исследовании в эндометрии выявлялась картина в целом отражающая изменения, характерные для хронического неспецифического воспалительного процесса в слизистой матки. В группе сравнения признаков воспалительного процесса выявлено не было, и морфологическая картина соответствовала ожидаемой фазе цикла. В ходе выполненного иммуногистохимического исследования были установлены не только количественные, но и структурные отличия иммунологического статуса эндометрия женщин с гидросальпинксом от группы сравнения. Так в эндометрии группы женщин с гидросальпинксом с большим постоянством обнаруживались скопления иммунных клеток, в основном относящихся к Т-клеточному звену иммунитета, экспрессирующих на цитолемме CD8 и CD45RO антигены. Исследование макрофагального звена в эндометрии группы женщин с гидросальпинксом показало статистически значимое увеличение количества CD68-позитивных клеток в сравнении с группой контроля.

Проведенные клинико-морфологические сопоставления выявили следующие закономерности. Процент наступления беременности на перенос эмбриона в основной группе составил 20% (3), при этом частота развития осложнений течения беременности достигала 100%. Из них в одном наблюдении отмечено возникновение анэмбрионии, у одной женщины неразвивающаяся беременность, связанная с отслойкой хориона и низкой нидацией плодного яйца. Сохранившаяся 1 беременность завершилась преждевременными родами с неблагоприятным перинатальным исходом (оценка по шкале Апгар при рождении 4 балла, ИВЛ).

Выводы.

При анализе изменений в эндометрии при гидросальпинксе, отмечено изменение процессов иммунологической защиты, за счет повышения Т-клеток памяти (CD45 RO+), как следствие постоянной стимуляции Т-клеточного звена иммунитета при персистирующем гидросальпинксе.

Активация иммунных процессов в эндометрии под влиянием содержимого гидросальпинкса неблагоприятно влияет на исход лечения бесплодия методом ВРТ и способствует осложненному течению ранних сроков беременности.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Хорольская А.Е, Куценко И.И., Ханферян Р.А.

Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет

Одним из факторов патогенеза аденомиоза является иммунная дисрегуляция. Считается, что процесс развития эктопического эндометрия контролируется системой клеточного иммунитета, также выявляется дисрегуляция продукции цитокинов лейкоцитами и клетками, как периферической крови, так и эндометрия. Основным направлением консервативной терапии аденомиоза является восстановление нарушенного гормонального и иммунного статуса. Однако гормонотерапия не ликвидирует морфологический субстрат, а только подавляет заболевание, не предотвращая его повторных проявлений. Поэтому особый интерес представляет внедрение в комплекс терапии препаратов, обеспечивающих адекватную иммунную регуляцию.

Целью работы явилась оценка иммунологической эффективности лечения аденомиоза с применением Ронколейкина в комплексной терапии. Нами было обследовано 88 больных аденомиозом. I и II степени распространения и 24 здоровых женщины – (группа иммунологического контроля) в возрасте от 19 до 45 лет. Диагноз устанавливался на основании комплексного клинико-лабораторного обследования. Иммунную систему исследовали с позиции общего иммунитета (по показателям клеточного иммунитета и концентрации цитокинов) и местного (концентрация цитокинов в цервиковагинальной слизи). Для оценки эффективности предлагаемой терапии методом случайной выборки больные аденомиозом были разделены на две группы: I группа (контрольная) – 44 больных, получавших комплексную традиционную терапию, II группа (основная) – 44 больных, в дополнение к традиционной, получавших Ронколейкин. Традиционная терапия для пациенток I группы включала в себя: гормональную терапию (неместран - 5 мг еженедельно в непрерывном режиме в течение 6 месяцев), дезагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты, седативные средства. По показаниям - противоанемические препараты, физио- и бальнеолечение. Больным II группы на 2, 3, 6, 9 и 11 дни после проведения ГС с РДВМ назначали Ронколейкин по следующей методике: для местного введения 0,25 мг Ронколейкина разводили в изотоническом растворе NaCL, и орошали полость матки в течение 6 часов. Одновременно для системного введения 0,5 мг Ронкоолейкина, растворенного в воде для инъекций, вводили подкожно в переднюю брюшную стенку. Традиционная комплексная терапия назначалась в те же сроки, что и в I группе.

Эффективность терапии оценивалась в динамике. Иммунный статус оценивался через 2 недели после окончания введения Ронколейкина (перед назначением гормональной терапии) и также сразу после ее окончания. Иммунотерапия Ронколейкином приводила к существенному повышению активности лимфоцитов. Отмечалось повышение числа CD4+ на 14,5%, сопровождающееся нормализацией иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+. Абсолютное и относительное число NK-клеток у больных этой группы увеличилось по сравнению с исходными более, чем на 60%, CD25+ лимфоцитов – на 82,2%, HLA-DR+ лимфоцитов – на 50%. В исследовании, проведенном после окончания гормональной терапии, в группе, получавших Ронколейкин, эти показатели достигли уровня контроля. В то же время у больных I группы, по-прежнему отмечались достоверные отличия по сравнению с группой здоровых женщин, заключающееся в повышении концентрации клеток HLA-DR+ и CD16+. До начала лечения при исследовании цитокинов у всех больных было выявлено достоверное повышение концентрации IL-1β и IL-6 - в 3 раза, TNF-α – в 2 раза, IL-8 – в 7,2 раза, по сравнению с группой контроля. Перед началом гормональной терапии в группе, получавших Ронколейкин отмечалось снижение концентрации IL-1β - в 1,5 раза, TNF-α – в 3,6 раза, IL-8 – в 4,2 раза, при этом концентрация IL-6 повышалась в 1,9 раза. К окончанию курса терапии наблюдалось значительное падение концентрации IL-1β и IL-6, приближаясь к показателям группы контроля, IL-8 –снижался в 3,9 раз, а содержание TNF-α хотя и повышалось, но не достигало уровня контроля. Исследование показателей местного иммунитета до начала терапии выявило повышение

концентрации IL-1β в 1,5 раза, TNF-α – в 2 раза, и снижение концентрации IL-8 в 1,6 раза, по сравнению с группой контроля. Перед началом гормонотерапии во II группе выявлено достоверное уменьшение концентрации IL-1β и TNF- α и резкое увеличение уровня IL-8 в 1,5 раза, а к окончанию курса терапии все показатели приблизились к значениям контроля. При оценке сравнительной эффективности в обеих группах также отмечалась положительная достоверная разница во II группе.

Таким образом, проведенное исследование показало, что введение Ронколейкина. в комплекс терапии аденомиоза, является эффективным способом коррекции нарушений иммунитета. Все вышеперечисленное позволяет рекомендовать предлагаемую терапию с применением Ронколейкина, в широкую клиническую практику.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

Хорольский В.А., Куценко И.И, Зубко А.А., Хорольская А.Е., Томина О.В.

Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет

Миома матки относится к одному из наиболее распространенных заболеваний в гинекологии репродуктивного возраста, составляя до 25-30%. Несмотря на значительные достижения в изучении этиологии и патогенеза миомы матки, хирургический метод остается приоритетным при лечении данного заболевания. Очевидно, что внедрение эндоскопических операций в гинекологии увеличивает возможности хирурга в применении функциональных малоинвазивных операций.

Нами проведен анализ оперативных вмешательств у 210 больных миомой матки на базе гинекологического отделения «МУЗ родильный дом» г.Краснодара. Основную группу составили 100 пациенток, которым гистерэктомия выполнена лапароскопическим доступом. В контольную группу вошли 110 больных, которым та же операция выполнена путем лапаротомии. Средний возраст пациенток основной группы составил 39,5+1,06 года, контрольной – 47,7+1,04 года. Жалобы в обеих группах были представлены длительными и обильными менструациями (52,3%), болями внизу живота постоянного или периодического характера (35,7%), межменструальными кровомазаниями (5,6%), нарушением функции соседних органов (19%). Анемия различной степени выраженности сопутствовала 62,7% больным. У 65 больных в анамнезе отмечены лапаротомии по поводу кесарева сечения, консервативной миомэктомии, операций на придатках при тубоовариальной опухоли и трубной беременности. Размеры матки по данным бимануального исследования варьировали от 6 до 20 недель беременности, в том числе в основной группе - 7-12 недель. Показаниями к оперативному лечению в основной группе являлись: подслизистая локализация узлов, менометроррагии, анемизирующие больную, быстрый рост опухоли; в контрольной группе дополнительными показаниями были большие размеры миомы, перешеечная локализация узлов. Большая часть больных, перенесших лапаротомию в анамнезе, с признаками спаечного процесса в области малого таза, вошли в контрольную группу.

При проведении операций использована модификация техники тотальной интрафасциальной лапароскопической гистерэктомии по Л.В.Адамян с соавт. (2000). Длительность лапароскопии составила 50-80 минут (из них морцелляция до 15-20 минут), лапаротомии – 60-90 минут. Кровопотеря при лапаротомиях составила 200-250 мл, во время лапароскопии – до 150 мл. К преимуществам традиционной лапароскопии можно отнести более детальный осмотр органов брюшной полости, особенно в верхних отделах, высокую точность оценки топографических взаимоотношений между узлами, маткой и ее придатками, меньший травматизм тканей во время операции. Следует отметить низкий процент осложнений у больных основной группы (два случая перикультита), в сравнении с контрольной (две гематомы подкожной клетчатки и три частичных расхождений швов), более быструю реабилитацию после операции (активный режим через 8-10 часов, нормализация функции кишечника в течение первых суток).

Таким образом, лапароскопическая гистерэктомия является методом выбора при соответствующей квалификации хирурга, наличии необходимого оборудования, показаний и условий к ее проведению. К ее преимуществам относятся минимальная операционная травма и кровопотеря, снижение интенсивности послеоперационных болей, выраженности послеоперационного спаечного процесса, быстрое восстановление послеоперационной активности, трудоспособности, что выражается в уменьшении послеоперационного койко-дня, немаловажный косметический и экономический эффект.

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Храмцова С.М., Абузяров Р.Р., Иванян А.Н.

Россия, г. Смоленск, ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

В клинической медицине третьего тысячелетия особая роль отводится вирусным инфекциям, оказывающим большое влияние на течение и исход беременности, внутриутробное развитие плода. К одному из наиболее часто встречающихся вирусов, имеющих тенденцию к быстрому росту, размножению и длительной персистенции в организме относят ЦМВ.

Первое сообщение об обнаружении гигантских клеток с внутриядерными включениями в эпителии околоушных желез и эпителиальной выстилке извитых канальцев почек у умерших детей было сделано H. Ribbert в конце XIX века.

Возбудителем цитомегалии является вирус Citomegalovirus hominis, который относится к классу Deoxycubica, семейство Herpesviridae (герпес вирус человека - 5) роду Citomegalovirus. Известны 3 штамма ЦМВ – AD 169, Davis, Kerr.

Особое значение ЦМВ инфекция приобретает во время беременности, так как являются одним из наиболее часто встречаемых вирусных заболеваний, приводящих к нарушению эмбриогенеза, спонтанным абортам, плацентарной недостаточности, преждевременным родам, врожденной патологии плода и новорожденного и д. р.

Среди беременных специфические антитела к ЦМВ определяются в 40% в развитых странах и в 100% случаях в развивающихся странах.

По данным исследователей США, при исследовании практически здоровых беременных ЦМВ выявляется в слизи цервикального канала в 3,5 – 20 % случаев. При этом заражение отмечается у 1 – 4 % беременных, обострение латентной формы заболевания возникает у 10 – 20 % серопозитивных пациенток. Риск внутриутробной инфекции составляет 1 – 2 %.

Характерная особенность ЦМВИ – необычайно широкий спектр клинико – патогенетических вариантов. Только у 10% беременных инфекция протекает с клиническими симптомами. Многообразие клинических проявлений обусловлено способностью ЦМВ реплицироваться практически во всех клетках и тканях человеческого организма. ЦМВИ определяет исход беременности, патологию плода и новорожденного.

Для лечения больных с ЦМВ инфекцией в качестве монотерапии возможно применения противовирусного препарата – панавир. Панавир – очищенный экстракт побегов растения

Solanum tuberosum. Основное действующее вещество – высокомолекулярный полисахарид, относящийся к классу гексозных гликозидов и состоящий из глюкозы, рамнозы, маннозы, ксилозы, галактозы, уроновых кислот. Препарат панавир повышает неспецифическую резистентность организма к различным инфекциям, способствует торможению репликации вируса в инфицированных клетках и приводит к существенному снижению титров инфекционной активности вируса, а так же повышает жизнеспособность инфицированных клеток.

Цель: изучение эффективности препарата панавир у женщин с ЦМВ инфекцией.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 29 женщин детородного возраста планирующие в дальнейшем деторождение. Возраст женщин колебался от 18 – 35 лет, острую ЦМВ инфекцию имели 6 (20,7 %) человек, носители ЦМВ инфекции 23 (79,3 %). Гинекологической патологии не было у 9 (31 %) женщин. Был произведен анализ динамики маркеров TORCH инфекций, общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, физикальных данных у 29 небеременных женщин. Всем женщинам проводилось: общеклиническое обследование; определение возбудителя серологическим (ИФА) методом и ПЦР диагностика; кольпоскопия.

Лечение проводилось препаратом панавир в разовой дозе 5 мл – 0,004 % раствора внутривенно с интервалом 48 часов, суточная доза 5 мл, курсовая доза составила 25 мл. Из побочных явлений наблюдался озноб на первую инъекцию препарата у 3 (10,3%) человек. Биохимический анализ крови и общий анализ мочи был в норме у всех, как до так и после лечения. В общем анализе крови до лечения: лейкопения у 3 (10,3%), лимфопения 2 (6,9%) женщин; после – лейкопения у 1 (3,4%).

Результаты и их обсуждение: при обследовании больных с острой ЦМВ инфекцией до лечения выявлялось: покраснение наружных половых органов – 5 женщин; слизистые выделения из половых путей – 4, явления цервицита у 4 пациенток; эрозия шейки матки у 3; увеличение паховых лимфоузлов – 2 женщин. Полностью все вышеперечисленные симптомы исчезли у 3 больных сразу после лечения, у 2 через один месяц после лечения и 1 сохранились.

У больных с острой ЦМВ инфекцией до лечения положительный анализ ПЦР ЦМВИ был у всех обследованных (6 человек), после лечения у 2 (33,%), через 1 месяц ни у кого. Методом ИФА Ig M обнаруживался у всех, после лечения он не выявлялся, а так же наблюдалось снижение титра Ig G.

При осмотре у носителей ЦМВ инфекции до лечения выявлялось: покраснение наружных половых органов – 1 женщин; слизистые выделения из половых путей – 4, молочные – 2, слизисто – гнойные выделения -1; явления цервицита у 2 пациенток; эрозия шейки матки у 12. Полностью все вышеперечисленные симптомы исчезли у 3 больных сразу после лечения, у 1 через один месяц после лечения и 2 сохранились - 8. Клинических проявлений не имело 8 больных.

У носителей ЦМВ инфекции до лечения положительный анализ ПЦР ЦМВИ был у всех обследованных (23 человека), после лечения у 11 (47,8%), через 1 месяц у 2 (8,7%) больных. Методом ИФА был обнаружен Ig G к ЦМВИ в разных титрах, после лечение наблюдалось его снижение. У носителей ЦМВ инфекция сочеталась с ВПГ 1 типа у 3 (13%) женщин, исчезнувшая через 1 месяц после лечения; ВПГ 2 типа у 5 (21,7%) исчезнувшая так же через 1 месяц после лечения.

Вывод: учитывая широкую распространенность ЦМВИ среди населения, и ее особое значение во время беременности, необходимо своевременное выявление и проведение лечебно – профилактических мероприятий при планировании беременности. Монотерапия ЦМВ инфекции панавиром, кроме сокращения сроков терапии, удобства введения, имеет выраженный клинический эффект, а так же – снижение титров Ig G и исчезновение Ig M определяемых методом ИФА, отрицательный анализ ПЦР. Предгравидарная подготовка панавиром должна снизить риск внутриутробной инфекции, а также перинатальные потери и заболеваемость новорожденных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КОРИЛИП» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Хрипунова Г.И., Грибова С.Н., Буделенко Г. Б, Орлова В.М.

(Саратовский государственный медицинский университет, г. Саратов, Россия)

Патология шейки матки занимает одно из ведущих мест в общей структуре гинекологической заболеваемости в разные возрастные периоды жизни женщины. Однако широкая распространенность хронического вагинита среди женского населения, особенно среди ведущих активную половую жизнь, отрицательно влияет на качество и скорость репаративных процессов в послеоперационном периоде, приводит к изменению энергообмена в клетках. Длительное течение репаративных процессов требует соблюдения ряда рекомендаций, включающих исключение сексуальных контактов на определенный период времени, что часто не устраивает женщин. Поэтому сокращение времени, затраченного на лечение пациенток, ведущих активный образ жизни, приобретает в настоящее время особое значение.

Цель исследования: изучить влияние препарата «Корилип» фирмы «Альтфарм» (Россия) на течение послеоперационного периода у женщин, получивших радиохирургическое лечение патологии шейки матки.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 58 женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки в возрасте от 25 до 46 лет. Больные были рандомизированы на две группы. 1-я группа состояла из 28 женщин 25-46 лет, которых вели в послеоперационном периоде по общепринятой схеме. 2-я группа включала 30 женщин 23-45 лет, которым в схему лечения в послеоперационном периоде был включен метаболический комплекс «Корилип» фирмы «Альтфарм» Россия. Отбор больных с патологией шейки матки, включенных в проспективный анализ, произведен на основании клинических диагнозов, подтвержденных результатами кольпоскопического, цитологического и гистологического исследований. У всех пациенток проведено бактериоскопическое исследование влагалищного мазка, ПЦР-диагностика ИППП, в том числе обследование на ВПЧ, ВПГ. Основным методом лечения явилась эксцизионная биопсия с использованием радиоволнового скальпеля «Сургитрон». Лечение патологии шейки матки предусматривало комплексный поэтапный подход с воздействием на различные звенья патогенеза. На первом этапе производилась диагностика патологического состояния и выбор метода лечения, на втором - осуществляли предоперационную подготовку. На третьем этапе проводили удаление патологически измененной ткани радиоволновым скальпелем «Сургитрон», на четвертом этапе в послеоперационном периоде проводили восстановление многослойного плоского эпителия. В комплекс терапевтических мероприятий были включены медикаментозные препараты метаболического действия.

Результаты и их обсуждение: При более детальном обследовании выявлено, что у женщин обеих групп имеет место сочетание нескольких гинекологических заболеваний с преобладанием воспалительных заболеваний половой сферы, что составило 53,6% в первой группе и 53,3% во второй. У

6 (21,4%) пациенток первой группы и у 9 (30%) пациенток второй группы в анамнезе были оперативные вмешательства на шейке матки (диатермокоагуляция и криодеструкция). В большинстве случаев методом бактериоскопии диагностирована вторая степень чистоты вагинальных мазков. Для устранения сопутствующих воспалительных процессов шейки матки пациенткам назначали антибактериальную терапию с учетом чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам по общепринятой схеме. Далее на 5-7 день менструального цикла производилось радиохирургическое лечение патологии шейки матки (прибор «СУРГИТРОН-ТМ» фирмы Ellman International, США). Всем пациенткам была выполнена эксцизионная биопсия шейки матки.

Для ускорения и оптимизации течения репаративных процессов в послеоперационном периоде нами был выбран метаболический комплекс «КОРИЛИП» (рег. номер 002545/01-2003), разработанный сотрудниками лаборатории цитохимии НИИ педиатрии НЦЗД РАМН под руководством профессора Нарциссова Р.П. и сотрудниками НИИ фармации. Корилип назначали как дополнение к базисной терапии. Препарат назначали ректально, в виде суппозиториев, после предварительного опорожнения прямой кишки, по 2 свечи в сутки в течение 10 дней с момента операции. Противопоказанием для применения препарата служили воспалительные процессы и кровотечения в прямой кишке. Нами не было отмечено аллергических реакций у пациенток и случаев непереносимости препарата. Следует отметить, что характер выделений из влагалища в послеоперационном периоде при лечении корилипом отличался от таковых у больных, не получавших данный препарат. Так, лимфорея была менее продолжительной и выделения из влагалища были менее обильными. Отторжение струпа у пациенток первой группы наблюдали в среднем на 12-14 сутки послеоперационного периода, у пациенток второй группы на 10-12 сутки. Частичная эпителизация в 1-й группе отмечена на 21-26 сутки, во 2-й группе на 19-21 сутки. Полная эпителизация раневой поверхности у пациенток 1-й группы отмечена на 30-36 сутки, у пациенток 2-й группы на 28-32 сутки.

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование показало, что период восстановления шеечного эпителия у пациенток после курса метаболической терапии несколько короче, чем в группе сравнения. Принимая во внимание, что хронический воспалительный процесс в нижних отделах генитального тракта приводит к изменению процессов энергообмена в клетках, следует включать в терапию комплекс, содержащий кофакторы и субстраты цикла Кребса. Основу этого комплекса составляют липоевая кислота, кокарбоксилаза, рибофлавинмононуклеотид. Метаболическая терапия имела отчетливо выраженное положительное влияние на регенерацию операционных повреждений тканей и снизила продолжительность воспалительной реакции и интоксикации, связанной с операционной травмой.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Хурасева А.Б.

Россия, г. Курск, ГОУ ВПО КГМУ, кафедра акушерства и гинекологии

Одной из важнейших проблем современной гинекологической эндокринологии является раннее выявление нарушений становления репродуктивной функции у девочек-подростков. Наиболее частой причиной патологии репродуктивной системы является синдром гиперандрогении (СГА). Интерес к изучению этой патологии определяется полиэтиологичностью самого заболевания, в силу которых возникают существенные различия в интерпретации клинических проявлений и особенностей течения процесса, диагностических подходах, трактовке результатов обследования и определении лечебной тактики (Комаров Е.К., 1993; Шилин Д.Е., 1990). Общеизвестным является тот факт, что клиническая картина развития заболевания имеет большое значение для постановки диагноза.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось изучение особенности клинического течения синдрома гиперандрогении у женщин в зависимости от массы тела при рождении.

С этой целью в условиях женской консультации проведено анкетирование 952 женщин в постменопаузе, сопоставимых по возрасту, знавших свой вес при рождении. Пациентки были разделены на три группы: 312 женщин родившихся с гипотрофией (СЗРП), средний возраст 61,2±2,1 лет; 364 – с макросомией (4000 г и более), средний возраст 60,5±1,9 лет; и 276 женщин, имевших массу тела при рождении 3200-3600 г (контрольная группа) – 59,3±0,9 лет.

При анализе некоторых данных пубертатного периода следует отметить частую встречаемость «стертой вирилизации» в пубертатном периоде (повышенная жирность волос, acnae vulgaris на лице, груди, спине). Пациентки обращали внимание на рост волос на лице и теле, который начинался до или одновременно с менархе и медленно прогрессировал. У женщин, родившихся с СЗРП, в пубертатном периоде этот показатель составил всего лишь 15,4±2,0% против 29,0±2,7% ($t=-4,05$, $p<0,001$) у женщин контрольной группы и против 42,3±2,6% ($t_{СЗРП}=-8,2$, $p<0,001$; $t_{контр.}=-3,6$, $p<0,001$) у родившихся с крупной массой тела. Таким образом, уже в пубертатном периоде у 4 из 10 женщин, родившихся с крупной массой тела выражены признаки «стертой вирилизации», что в 1,3 раза чаще, чем у женщин группы сравнения и в 2,5 раза чаще, чем у женщин, родившихся с СЗРП.

Это может свидетельствовать о яичниковой гиперандрогении в результате персистенции (кистозной атрезии) незрелых фолликулов и более длительном процессе становления двухфазного менструального цикла, более выраженных у девочек, родившихся с крупной массой тела.

В фертильном возрасте частота этих показателей почти не изменилась (соответственно 19,2±2,2%, 26,1±2,6% и 46,2±2,6%), что свидетельствует об определенных отклонениях функции яичников в каждой из групп, которые более выражены у женщин, родившихся с крупной массой тела.

Подтверждением этому являются выявленные признаки гирсутизма, достоверно менее выраженные у женщин, родившихся с СЗРП (11,5±1,8%) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы – 24,6±2,6% ($t=-4,14$; $p<0,001$) и против 46,2±2,6% у родившихся с крупной массой тела ($t=-10,9$; $p<0,001$). При сравнении этих показателей контрольной группы с частотой гирсутизма у родившихся с крупной массой тела ($t=-5,9$; $p<0,001$).

Более значимые изменения роста волос отмечены на бедрах (3,8±1,1%, 14,5±2,1% и 23,1±2,2%), на животе по средней линии (0%, 4,3±1,2% и 11,5±1,7%), и на голенях (3,8±1,1%, 2,9±1,0% и 3,8±1,0%). При этом, при общей незначительной частоте гирсутизма, равной 11,5±1,8%, усиление роста волос у женщин, родившихся с СЗРП, лишь в 3,8±1,1% было связано со становлением менструальной функции, в 3,8±1,1% усиление роста волос появилось только после родов и в 3,8±1,1% – связано с нарушениями менструальной функции. В то время как в группе сравнения (2,9±1,0%), и у женщин, родившихся с повышенной массой тела (3,8±1,0%) усиление роста волос появилось только после родов, а частота этой патологии практически не отличалась от показателей у женщин, родившихся с СЗРП. Как в группе сравнения, так и у женщин, родившихся с крупной массой тела, наиболее

заметное усиление признаков гирсутизма отмечено с началом становления менструальной функции (соответственно 8,7±1,7% и 11,5±1,7%) и прогрессировало при таких нарушениях менструальной функции, как нерегулярный и неустановившийся менструальный цикл (соответственно 11,6±1,9% и 23,1±2,2%).

Кроме того, в климактерическом периоде имел место повышенный рост волос на лицесущественно превалирующий у женщин, родившихся крупными (соответственно у 3,8±1,1%%, 7,2±1,6% и 23,1±2,2%).

Таким образом, на протяжении различных периодов жизни, признаки вирилизации были наиболее выражены у женщин, родившихся с крупной массой тела.

Помимо косметических дефектов, следствием гиперандрогении является нарушение функции репродуктивной системы. Избыточное количество андрогенов тормозит циклические процессы в яичниках, что приводит к хронической ановуляции, нарушению ритма менструаций, НЛФ и, реже, к аменорее. Следствием этих нарушений у значительного числа пациенток является бесплодие или невынашивание беременности, частота которого составила соответственно в группе СЗРП – 11,5±1,7%, в контрольной группе – 8,7±1,7%, и у макросомов 15,4±1,9%.

Больные с синдромом гиперандрогении требуют от врача особой настороженности и тщательного обследования по ряду причин. Во-первых, синдром гиперандрогении может быть проявлением тяжелых-эндокринопатнй, а во-вторых, при гиперандрогении хроническая ановуляция и являющийся следствием этого дефицит прогестерона приводит, с одной стороны, к гиперпластическим процессам эндометрия, а с другой – потенцируют развитие кистозно-фиброзной мастопатии. Так, заболевания, связанные с нарушением гормонального профиля соотносились следующим образом. Частота миом матки у женщин, родившихся с СЗРП, была достоверно меньше, чем у женщин, родившихся крупными (26,9±2,5% против 42,3±2,6%; t= -4,26, p<0,001), а частота дисфункциональных маточных кровотечений также соответственно была меньше (3,9±1,1% против 15,4±1,9%; t= -5,28, p<0,001). Полипов цервикального канала и гиперплазии эндометрия в этой группе не было, а у женщин, родившихся крупными, эта патология отмечена соответственно в 7,7±1,4% против 2,9±1,0% в контрольной группе (t=2,79, p<0,01) и 7,7±1,4% против 1,5±0,7% (t=3,9, p<0,001).

Эти наблюдения указывают на то, что гормональный фактор играет существенную роль в патогенезе различных форм нарушений менструальной функции, но не является основным в механизмах, обусловливающих эти нарушения. По-видимому, существенное значение имеют также конституциальные особенности организма.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Цаллагова Л.В., Кабулова И.В., Губаева З.Э., Кастуева Н.З.

Россия, г. Владикавказ, Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В структуре бесплодного брака наиболее часто встречается трубно-перитонеальное бесплодие (до 54% по данным разных авторов). Ведущей причиной данного вида бесплодия у женщин являются хронические воспалительные заболевания придатков матки (ХВЗПМ). Являясь полисистемными заболеваниями, они приводят не только к нарушению функциональной и анатомической проходимости маточных труб, но и вовлекают в патологический процесс иммунную, эндокринную, симпатоадреналовую и другие системы организма. В связи с этим, разработка новых комплексных методов лечения ХВЗПМ является важнейшим этапом восстановления репродуктивной функции данной категории больных.

В настоящее время все более совершенными становятся физиотерапевтические методы лечения, получившие широкое применение в гинекологии. В последние годы большое внимание уделяется изучению терапевтических возможностей комплекса аппаратно-програмного КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин». Применение физических факторов, представленных в данном аппарате, создает принципиальную возможность индивидуализированного управления функциями внутренних органов и отдельных систем организма, имитируя в какой-то мере физиологические эффекты естественных нервных импульсов. Кроме того, КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» предусматривает возможность внутривлагалищных воздействий, что приближает источник энергии к патологическому очагу и повышает результативность лечения.

Целью нашего исследования явилось обоснование необходимости проведения комплексной электроимпульсной терапии при лечении трубно-перитонеального бесплодия на фоне ХВЗПМ.

По общепринятой методике, включающей гистеросальпингографию, лапароскопию и ультразвуковое исследование органов малого таза, нами были обследованы 47 гинекологических больных с ХВЗПМ и нарушением репродуктивной функции (первичное или вторичное бесплодие). Возраст женщин варьировал от 19 до 31 года (в среднем 26 ± 1,4 года), длительность бесплодия от 3 до 5 лет. У 8 пациенток определялись нарушения менструального цикла по типу олигоменореи и аменореи. Для 70% больных характерным было наличие стойкого болевого синдрома, не связанного с менструальным циклом. У всех обследованных женщин воспалительный процесс находился в стадии рубцово-спаечных изменений I – II степени выраженности.

Методом случайной выборки из больных сформировали 2 группы, не отличающиеся между собой по исходным данным. Основную группу составили 32 пациентки, в комплексную терапию которых, помимо традиционных методов лечения с применением этиотропных и иммуномодулирующих препаратов, входило воздействие электро-лазеро-магнитной терапии в комбинации с цветоритмотерапией с помощью аппарата КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» по авторской методике. Группе сравнения, состоящей из 15 пациенток, лечение физическими факторами имитировали, чтобы сделать исследование плацебо-контролируемым.

Курс лечения аппаратом КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» составлял 15 процедур. Больные переносили электроимпульсную терапию хорошо, неадекватных реакций не наблюдалось.

Проведенный курс комплексной восстановительной терапии в основной группе привел к купированию болевого синдрома уже в процессе лечения и выраженному терапевтическому эффекту в 90% случаев. Все больные отмечали улучшение общего состояния, повышение работоспособности, уменьшение утомляемости, улучшение сна. Бимануальное исследование органов малого таза было безболезненным, отмечалось четко выраженное дефибринолитическое действие. После завершения курса лечения по данным ультразвукового исследования и гистеросальпингографии у 85% больных основной группы выявлено исчезновение признаков ХВЗПМ. Анализируя отдаленные результаты лечения, следует отметить, что в группе больных, получавших лечение в комплексе с аппаратом КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», происходило более быстрое восстановление репродуктивной функции женщин по сравнению со второй группой, а у 15 (46,9%) пациенток с бесплодием в анамнезе в ближайшее время наступила бере-

менность, закончившаяся нормальными срочными родами. При плацебо-исследованиях частота наступления беременности составила 13,3%.

Таким образом, использование КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» в комплексном лечении трубно-перитонеального бесплодия на фоне ХВЗПМ достоверно повышает эффективность проводимой традиционной терапии, обеспечивает стойкий лечебный эффект, существенно улучшает качество жизни больной и позволяет достичь наиболее полного восстановления репродуктивного здоровья женщин.

ОРТОСТАЗОЗАВИСИМЫЕ ФЛЕБОПАТИИ И ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПРОМЕЖНОСТИ И ВУЛЬВЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Баженов В.Н., Василевич В.В.

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии последипломного образования Омской медицинской академии.

Значимость варикозной болезни вен (ВБ) в акушерско-гинекологической практике обусловлены: 1) высокой заболеваемостью среди взрослого населения (30-50%); 2) высокой наследственной предрасположенностью; 3) преимущественным поражением женщин (соотношение числа больных мужчин и женщин составляет 1: 4-5); 4) беременность и роды являются фактором риска с высокой степенью значимости; 5) массовым назначением КОК в лечебных и профилактических целях; 6) изменившимися условиями жизни и социальными нагрузками женщин. Если варикоз вен нижних конечностей известен достаточно давно, то варикозная болезнь вен малого таза и промежности – несомненно, флебологическая проблема - до последнего десятилетия является наименее изученным разделом клинической медицины. Понятие ортостазозависимых флебопатий, в том числе в доварикозной стадии, только сейчас формируется в клинической ангиологии.

Цель исследования: изучения критериев и методов, повышающих эффективность лечения варикоза вен нижних конечностей промежности и вульвы, а также ортостазозависимой флебопатии в акушерско-гинекологической практике.

Материал и методы. С 1997 по 2007 гг. наблюдались 1675 женщин с варикозом нижних конечностей, 214 - с варикозом вен вульвы и промежности в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 33,5 ± 4,3 год). Отдельную группу составили еще 184 женщины, обратившиеся в состоянии беременности в возрасте от 18 до 42 лет. В доварикозной стадии обратились 293 женщины я явлениями ортостазозависимой флебопатии, в том числе 91 из них принимала КОК в профилактических или лечебных целях.

Обследование, наряду с клиническим, включало волюметрические измерения в динамике, импедансометрию и дуплексное сканирование вен нижних конечностей, промежности и таза (трансвагинально). Проведено исследование метаболитов соединительной ткани (мукопротеиодов, оксипролина, сиаловых кислот, фибронектана) и тканевых гормонов роста (васкулоэндотелиального фактора роста, трансформирующего фактора роста - бета (TGF- β2) и фактора роста фибробластов).

Применен комплекс лечебных методов: модификация образа жизни и нагрузок и ЛГ, компрессионное лечение в варианте носимых средств и прерывистой компрессионной терапии, медикаментозное лечение (с использованием полусинтетического диасмина Флебодиа 600), склеротерапия, удаление варикозных вен из микро- и минидоступов. Результаты прослежены до 10 лет.

Заключение.

В акушерско-гинекологической практике реальны следующие клинические ситуации: прогресс ВБ (с поражением вен нижних конечностей, вульвы и промежности) на фоне и после беременности, в послеродовом периоде, в том числе осложняющихся тромбозом, развитие ВБ в варианте ортостазозависимой флебопатии на фоне приема КОК для профилактики беременности и по лечебным показаниям.

При быстром прогрессировании варикоза вен вульвы и промежности, а также варикоза нижних конечностей во время беременности и реальной угрозе внутриродовых осложнений больной показано при единичных узлах инъекционное флебосклерозирование, а при множественных узлах и их диаметре более 6 мм – вариксэктомия из минидоступа, проводимые начиная со 2-го триместра и не позднее 1, 0- 1,5 месяца до срока окончания беременности.

Ортостазозависимая флебопатия является частым поражением вен у женщин, в том числе в доварикозной стадии и проявляется симптомами тяжести в ногах, повышенной утомляемости, распирающих болей, судорогами, увеличением мышечной части голени в конце дня (симптом Цуканова), симптомом беспокойных ног.

В случае присутствия варикозной патологии у женщин в критические периоды, как-то при беременности и аргументированном назначении КОК целесообразно совместное с сосудистым врачом ведение пациенток.

При наличии факторов риска варикозной болезни и тромбообразования и неблагоприятной наследственности профилактическое назначение КОК противопоказано.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПЕНСИРОВАННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Цурцумия М.З., Солопова А.Е., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю.

Кафедра акушерства и гинекологии МПФ ММА им. И.М. Сеченова
Онкологический клинический диспансер № 1, г. Москва

Внедрение в практику современных диагностических методик и развитие скрининговых программ привело к значительному увеличению числа больных дисплазией шейки матки, преинвазивным и микроинвазивным раком шейки матки. Отмечен рост заболеваемости среди женщин наиболее репродуктивно активной возрастной группы до 29 лет. Все это свидетельствует о необходимости совершенствования методов диагностики и органосохраняющего лечения компенсированного рака шейки матки.

Успехи онкологии привели к росту категории женщин излеченных от злокачественных заболеваний и с сохраненной репродуктивной функцией.

Цель исследования - изучение влияния перенесенной операции по поводу компенсированного рака шейки матки на репродуктивную функцию женщин, разработка принципов безопасного ведения гестационного периода и оптимального способа родоразрешения.

Материалы и методы исследования

Общее число больных, включенных в исследование, составили 201 пациентка в возрасте от 18 до 35лет, находящихся под наблюдением в Онкологическом клиническом диспан-

сере №1 Департамента здравоохранения города Москвы за период 2000 – 2005 гг. Все пациентки были разделены на 3 группы.

1 группу (ретроспективную) составили 114 женщин. Каждой пациентке было проведено органосохраняющее хирургическое лечение по поводу дисплазии III степени и начальных форм рака шейки матки. Средний возраст больных на момент хирургического вмешательства составил 25,3±4,3 года.

2 группу (проспективную) составили 57 женщин. Каждой пациентке было проведено органосохраняющее хирургическое лечение по поводу дисплазии III степени и начальных форм рака шейки матки. Средний возраст больных на момент хирургического вмешательства составил 26,8±4,1 года.

3 группу (контрольную) составили 30 практически здоровых женщин. Средний возраст обследованных женщин составил 24,9±4,8 года.

При изучении функционирования репродуктивной системы прооперированных пациенток обследуемых групп (для оценки менструальной функции, выявления особенностей течения беременности, родов, послеродового периода), а также при мониторинге основного онкологического процесса использовался комплекс диагностических инструментальных и лабораторных методик.

Результаты.

После проведенного органосохраняющего лечения менструальная функция была сохранена у всех пациенток (171 пациентка). Наиболее частой жалобой после органосохраняющих операций являлась альгодисменоррея (15 пациенток) и появление мажущих выделений до и после менструации.

При проведении анализа осложнений беременности в трех группах женщин наиболее значимым явилось достоверное различие между процентом беременных с угрозой прерывания в первых двух группах (47,9% в 1-й ретроспективной группе и 26% во 2 проспективной группе) и контрольной группой (14,8%). Обследование при подозрении на угрозу прерывания беременности включало осмотр и обследование шейки матки и истмического отдела. При ультразвуковом исследовании в случае угрозы прерывания беременности обнаруживалось локальное утолщение миометрия и изменение конфигурации плодного яйца.

При сравнении исходов беременностей у женщин трех исследуемых групп было выявлено, что по сравнению с группой соматически здоровых женщин у пациенток, перенесших органосохраняющие оперативные вмешательства на шейке матки, отмечается уменьшение доли родов через естественные родовые пути и увеличение доли родов путем операции кесарева сечения.

Важным вопросом является влияние беременности и родов на течение основного онкологического процесса. Частота рецидивов после функционального лечения составила 1,75% (3 из 171 пациенток). Один случай рецидива был отмечен у 1 пациентки с преинвазивным раком шейки матки, и 2 случая – с микроинвазивным. У одной пациентки рецидив возник через 2,5 года после родов через естественные родовые пути. У двоих – после проведенных искусственных абортов (через 11 месяцев в одном случае и через 1,2 года в другом). После проведенного лечения (экстирпация матки с придатками), все пациентки живы.

Таким образом, в исследовании не выявлено отрицательного влияния беременности и родов на результаты органосохраняющего лечения ранней онкогинекологической патологии (не отмечено увеличения частоты рецидивов).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Цыганкова О.Ю., Рудакова Е.Б., Цыганкова Л.И.

Россия, г. Омск, Омская государственная медицинская академия

Актуальность. Рак шейки матки занимает 2-ое место в мире среди злокачественных опухолей репродуктивных органов у женщин, и уступает только раку молочной железы

(Прилепская В.Н. 2004,2007 г.) По данным Международного агентства исследования рака (IARC), в 2002 г. в мире диагностировано 493000 новых случаев рака шейки матки, ежегодно от рака шейки матки умирают 273000 женщин (Манухин И.Б. Минкина Г.Н. 2006г.). Россия занимает промежуточное положение среди стран с высокой и низкой заболеваемостью. В России зарегистрировано 12.0 случаев РШМ на 100000 женского населения, что соответствует 5-му ранговому месту в структуре онкологической заболеваемости (Коломиец Л.А., Уразова Л.Н. 2002г.). В настоящее время отмечается рост заболеваемости раком шейки матки среди молодых женщин в возрасте до 40 лет, особенно у женщин до 29 лет, притом ежегодно его частота увеличивается на 2,1% и составляет 8,5% в структуре смертности женщин моложе 30 лет (Чиссов В.И.и др. 2005г.). Анализ показателей диагностики РШМ в России выявил рост запущенности(III-IVстадия) и одногодичной летальности при снижении активной выявляемости I-II стадии опухолевого процесса. В 2001г. опухоли шейки матки в поздних стадиях выявлялись у 39,6% больных, рак in situ диагностирован у 12,8% пациенток с онкологической патологией данной локализации (Манухин И.Б. Минкина Г.Н. 2006г.). Хотя отмечается некоторое снижение числа больных, умирающих от рака шейки матки, тем не менее, уровень смертности остаётся довольно высоким (Новикова Е.Г. и др. 2006г.) В России от рака шейки матки ежегодно умирают более 6000 женщин (4,7 % больных злокачественными опухолями). В 2004 году средний возраст умерших составил 59 лет. В возрасте 15-40 лет РШМ является одной из основных причин смерти больных злокачественными опухолями (15 %), занимая второе место после рака молочной железы (Кулаков В.И., Паавонен Йорма, Прилепская В.Н. 2007г). Такие высокие показатели являются недопустимыми при диагностике новообразований визуальных локализаций и неадекватно соотносимыми возможностям современной медицины.

Цель исследования. Оценить динамику и структуру заболеваемости рака шейки матки на территории Омской области за 10 лет.

Материалы и методы исследования: для достижения поставленной цели были использованы и обработаны данные ГУЗ Областного онкологического диспансера, проводился анализ динамики и структуры заболеваемости, летальности, смертности рака шейки матки на территории Омской области.

Результаты исследования: было проведено исследование по общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в Омской области по 20 основным нозологическим локализациям опухоли: губа, полость рта и глотки, пищевод, желудок, ободочная кишка, прямая кишка, гортань, трахея-бронхи, лёгкие, меланома кожи, другие новообразования кожи, кости и мягкие ткани, молочная железа, шейка матки, тело матки, яичники, предстательная железа, мочевой пузырь, щитовидная железа, злокачественные лимфомы, лейкемии и прочие.

При этом установлено, что рак шейки матки стойко занимает 6-8 место. В 1997 году рак занимал 6 место (16,6 на 100 тысяч женского населения) в структуре общей заболеваемо-

сти, а с 2004 года занимает 8 место (19,2 на 100 тысяч женского населения) за счёт того, что выросли другие локализации опухолей (молочная железа, лёгкие, новообразования кожи, желудок, предстательная железа, ободочная кишка, тело матки), при этом заболеваемость раком шейки матки имеет умеренную тенденцию к росту.

На протяжении последних 10 лет заболеваемость раком шейки матки на территории Омской области колеблется от 16,5 на 100 тысяч женского населения в 1997 году, до 23,9 на 100 тысяч женского населения в 2005 году, с умеренной тенденцией к росту.

С 2000 года рак шейки матки стал выявляться в возрастной группе от 20 до 24 лет по 2-3 случая в год, что требует введения более раннего цитологического скрининга с 20-летнего возраста.

Обращает на себя внимание рост заболеваемости раком шейки матки в возрастных группах от 25 до 54 лет, в среднем на 2-3 случая в год, особенно в возрасте 35-45 лет, и составляет в среднем 30-32 % от общего количества заболевших.

Увеличение числа заболевших женщин в данной возрастной группе является весьма тревожным фактом, так как этот контингент пациенток представляет собой не только репродуктивно значимую часть населения, но и активную в социальном отношении группу.

Заболеваемость в возрастной группе старше 55 лет имеет тенденцию к снижению за последние 10 лет в среднем в 2 раза.

В структуре онкогинекологической заболеваемости рак шейки матки делит 2-ое(19,2 на 100 тыс. женского населения) или 3-е (21, 7 на 100 тыс. женского населения) место с раком тела матки (20,1 на 100 тыс. женского населения в 2006 году, 19,4 на 100 тыс. женского населения в 2005 году), после стоящего на первом месте рака молочной железы (62, 6 на 100 тыс. женского населения в 2006 году).

Несмотря на то, что заболеваемость раком шейки матки остаётся на уровне 21 на 100 тысяч женского населения, при этом запущенность заболеваемостью рака шейки матки с каждым годом растёт - с 48,2 % в 1996 году, до 53,5 % в 2000 и до 54,7 % в 2006 году. На ряду с тем, что выросла запущенность рака шейки матки, увеличилась и летальность на 1-ом году жизни с момента диагноза с 13,9 % в 1996 году, до 27,4 % в 2000 году, и до 21,4 % в 2006 году.

С 1996 по 2006 годы смертность от злокачественных новообразований выросла со 170,8 на 100 тысяч населения в 1996 году до 208 на 100 тысяч населения в 2006 году. При этом смертность от рака шейки матки колеблется по годам от 3, 51 на 100 тыс. населения в 1996 году до 6, 74 на 100 тысяч населения в 2000 году, оставаясь в 2004-2006 годах на цифрах 4,9 - 4,56 на 100 тысяч населения, т.е. прослеживается умеренный рост смертности от рака шейки матки.

Таким образом результаты исследования показали, что:

Рак шейки матки на территории Омской области имеет умеренную тенденцию к росту и стойко занимает 6-8 место в структуре всех злокачественных новообразований, и 2-3 место в структуре онкогинекологической заболеваемости.

Растёт число запущенных форм рака шейки матки 3-4 стадии, летальность на первом году жизни с момента установления диагноза и смертность от рака шейки матки.

Отмечается рост заболеваемости раком шейки матки среди молодых женщин в возрасте от 25 до 45 лет.

Всё это определяет необходимость поиска новых технологий для совершенствования скрининговых программ ранней диагностики предрака и рака шейки матки.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Чацкис Е.М., Иозефсон С. А.

Россия, г. Чита, Областной Диагностический Центр

Актуальность: применение пункционных методов лечения кистозных образований малого таза под контролем ультразвукового сканирования у женщин в последние годы получило широкое распространение ввиду малой травматичности и достаточно высокой эффективности.

Цель: проанализировать эффективность пункции объёмных образований малого таза у женщин под контролем УЗИ.

Материалы и методы исследования: на базе отдела ультразвуковой диагностики Читинского областного диагностического центра произведено 176 пункций кист яичников у 173 женщин (в трех случаях двусторние). Большинство пункций проведено под контролем трансвагинального сканирования – 168, а при высоком расположении образования использовали доступ через переднюю брюшную у 8 пациенток. Размеры кистозных образований малого таза варьировали от 4 до 12 см. Содержимое всех образований обследовали в патоморфологической лаборатории – проводился цитологический анализ.

Результаты исследования: с целью лечения и предупреждения рецидива с определенной экспозицией в полость образования вводили склерозирующий раствор (3% раствор йода, 96% раствор этилового спирта) и/или раствор антибактериальных препаратов.

В трех случаях проведено дренирование образований. У 14 пациенток проведена повторная пункция рецидива того же образования. Рецидив кист яичников в том же объеме, что и до вмешательства наблюдался у 27. Следует отметить, что чем больше величина кист, тем выше риск рецидива. Отсутствие рецидива образования в период до двух лет наблюдалось у 133 пациенток.

В абсолютном большинстве случаев манипуляции прошли без осложнений. В последствии пациенткам назначена консервативная терапия с учётом цитологического исследования.

Пункционное лечение было эффективным методом лечения при фолликулярных кистах, серозоцеле и параовариальных кистах, что позволило избежать оперативного вмешательства. При эндометриоидных кистах стойкого лечебного эффекта не было. Осложнений после пункционных вмешательств, описанных в литературе, отмечено не было.

Выводы: таким образом, проведение пункций кистозных образований малого таза у женщин наряду с традиционными методами их лечения в большинстве случаев дает стойкий положительный результат, что позволяет снизить объем оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста.

«СИНДРОМ ОЖИРЕНИЯ» У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА

Чернуха Г.Е., Блинова И.В., М.И., Шевцова В.Л, Кузнецов С.Ю.

Россия, г. Москва, ФГУ НЦАГиП Росмедтехнологий

С современной точки зрения синдром поликистозных яичников (СПКЯ) рассматривается не только как эндокринопатия, приводящая к нарушениям репродуктивной системы, но и как симптомокомплекс, характеризующийся многообразием

патологических состояний, к числу которых относится инсулинорезистентность (ИР), гиперинсулинемия (ГИ), нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), дислипопротеинемия (ДЛП), эндотелиальная дисфункция (ЭД), которые составляют патогенетическую основу для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета 2 типа (СД 2). Бесспорно, в генезе указанных нарушений важную роль играет абдоминальное ожирение, частота которого составляет 50% - 70% среди больных с СПКЯ. Избыточное содержание жировой ткани, взаимосвязанное с повышенным синтезом адипоцитокинов, усиленным липолизом и высвобождением свободных жирных кислот, способствует возникновению или усугублению ИР, ассоциированной не только с нарушениями углеводного, липидного обмена, но и с ЭД, которая является начальным этапом формирования атеросклеротического поражения сосудистой стенки. Однако у 30-40% больных с нормальной массой тела также имеется ИР и ГИ, а примерно у 50% выявляется ДЛП. Не исключено, что эти нарушения взаимосвязаны с избытком жировой ткани, поскольку в научной литературе последних лет появились единичные публикации, в которых затрагиваются вопросы о скрытом ожирении у людей, имеющих нормальные значения ИМТ и о его негативном влиянии на метаболические процессы. С внедрением в клиническую практику информативных и безопасных методов количественной оценки жировой ткани, одним из которых является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА), появилась возможность провести исследование по выяснению роли жировой ткани в генезе эндокринно-метаболических нарушений у больных с СПКЯ, не имеющих ожирения.

Цель: оценить композиционный состав тела больных с СПКЯ, имеющих нормальную массу тела, и его взаимосвязь с метаболическими и эндокринными нарушениями.

Материалы и методы: Было обследовано 89 женщин в возрасте от 18 до 39 лет с ИМТ≤25кг/м^3: основную группу составили 74 - с СПКЯ (ср.возраст 23,3±7,8лет, ср.вес 59,4±7,7кг), группу контроля - 15 здоровых женщин с регулярным менструальным циклом (ср.возраст 26,8±3,5лет, ср.вес 58±4,7кг). Диагностика СПКЯ основывалась на рекомендациях, предложенных в 2003 году Объединенным Конгрессом Европейского общества репродукции человека и Американского общества репродуктивной медицины.

Всем пациенткам проводилась антропометрия с вычислением ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ, а также ДРА на аппарате «Lunar Prodigy» (США) с использованием специальных компьютерных программ «Total Body Tissue Quantitation» и «Composition Reference», позволяющих оценить композиционный состав тела и вычислить коэффициенты, отражающие распределение жировой ткани. Гормональное обследование включало определение сывороточных уровней ЛГ, ФСГ, общего тестостерона - Т, андростендиона - А, тестостерон-эстрадиол-связывающего глобулина – ТЭСГ, 17-оксипрогестерона – 17-ОП. Метаболический статус оценивался по липидному спектру крови (ХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, апо-липопротеидам А и В, липопротеиду, коэффициенту атерогенности - КА) и состоянию углеводного обмена (анализировались тощаковые и стимулированные глюкозной нагрузкой уровни глюкозы и иммунореактивного инсулина). Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы изучались маркеры ЭД: эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) плечевой артерии, содержание в сыворотке крови эндотелина-1 (ЭТ-1), высокочувствительного С-реактивного белка (вСРБ), фактора некроза опухоли-α (ФНО-α). Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» версия 6, StatSoft Inc. (США).

Результаты: Несмотря на нормативные значения ИМТ, среди больных с СПКЯ у 63,5% по данным ДРА выявлено повышенное содержание общей жировой массы (ОЖМ), указывающее на наличие у них «скрытого ожирения». В группе контроля, подобранной по весу и возрасту, подобные изменения были выявлены у 13% женщин (p=0,003). В зависимости от количества жировой ткани основная группа была разделена на две подгруппы: 1-ю составили 47 женщин (ИМТ ≤ 25 кг/м^3, ОЖМ >30%), 2-ю – 27 (ИМТ ≤ 25 кг/м^3, ОЖМ <30%). Сформированные подгруппы были сопоставимы по возрасту (23,4±4,2лет и 23,0±3,0лет) (p>0,05), однако различались по массе тела и ИМТ. Средняя масса тела у больных 1-й подгруппы была больше, чем во 2-й на 16,2% и на 8% в сравнении с контрольной группой, превышения среднего показателя ИМТ соответственно составили 13% и 9% (p<0,05). Следует отметить, что если во 2-ой подгруппе лишь 3(11%) больных имели ИМТ ≥22 кг/м2, то в 1-й –36(76,6%).

Сравнительная оценка композиционного состава тела выявила значительное повышение ОЖМ в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й (p<0,05), которая не различалась по данному показателю с группой контроля (p≥0,05). Достоверные межгрупповые различия были установлены также по процентному содержанию жировой ткани в области туловища, которое в 1-й подгруппе составило 36,6%, во 2-й -22,9% и в группе контроля - 27,4% (p<0,001). Увеличение ОЖМ сопровождалось тенденцией к уменьшению безжировой массы (БЖМ), хотя различия по средним ее значениям между подгруппами и группой контроля не достигли достоверности. Помимо различий в композиционном составе тела была выявлена разница и в распределение жировой ткани, которое оценивалось с помощью ряда индексов, наиболее информативным следует считать индекс, отражающий соотношение андроидного и гиноидного жира (A/G), который был достоверно выше в 1-й подгруппе, чем во 2-й (p<0,01).

Гормональный профиль больных в выделенных подгруппах существенно не различался по уровням ЛГ, ФСГ и андрогенов, хотя в 1-й подгруппе средняя концентрация ТЭСГ была на 20% ниже, чем во 2-й, что сочеталось с достоверным возрастанием индекса свободных андрогенов. Установлена обратная взаимосвязь ТЭСГ с S ИРИ (r=-0,403, p<0,05) и с ОЖМ (%) (r=-0,365, p<0,05). Не было выявлено достоверных различий по средним уровням тощаковой глюкозы и S глюкозы, однако средние показатели секреции инсулина у больных 1-й подгруппы оказались более высокими, чем во 2-й и в группе контроля (p<0,05) и коррелировали с ОЖМ (r=0,271, p<0,05). Частота ДЛП в 1-й подгруппе была на 31% выше, чем во 2-й, при этом в структуре липидных нарушений превалировала гипоальфалипопротеидемия.

Обнаружены также различия в функциональном состоянии стенки сосудов, которые проявлялись снижением ЭЗВД в 1-й группе на 24% относительно 2-й, и на 19% -относительно контрольной. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь ЭЗВД с ИМТ (r=-0,300 p<0,05), ОЖМ (r=-0,205 p<0,05) и КА (r=-0,301 p<0,05). Средние показатели ЭТ-1 между подгруппами не различались, однако были в 5 раз выше, чем в группе контроля и коррелировали с уровнем 17-ОП (r=0,300), А (r=0,248), A/G(r=0,415). Уровень вСРБ был в 1,5 раза выше в 1-й подгруппе, чем во 2-й и в 3,9 раза выше, чем в группе контроля. У больных 1-й подгруппы в 40% случаев содержание ФНО-α в сыворотке крови превышало нормативные значения, тогда как во 2-й подгруппе и в группе контроля все показатели были в пределах нормы (p>0,05).

Выводы: Исследование показало, что при нормальной массе тела более, чем у половины больных с СПКЯ имеется повышенное содержанием ОЖМ с преимущественным отложением ее в области туловища, которое может рассматриваться как своеобразный «синдром ожирения», поскольку ассоциируется с возникновением эндокринно-метаболических нарушений, проявляющихся увеличением биологически активных фракций андрогенов, возрастанием частоты ГИ, ДЛП, а также формированием эндотелиальной дисфункции.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Чернуха Г.Е., Блинова И.В.

Россия, г. Москва, ФГУ НЦАГиП Росмедтехнологий

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) ассоциируется не только с гиперандрогенией и нарушениями репродуктивной системы, но и с метаболическим синдромом, одним из основных компонентов которого является андроидное ожирение, характерное для 50-70% больных. Проведенные исследования показали, что каждая вторая больная с СПКЯ при нормальном индексе массы тела имеет «скрытое ожирение», характеризующееся избыточным количеством жировой ткани, с преимущественным отложением ее в области туловища. В последние годы становится все более очевидным, что жировая ткань, особенно висцерального происхождения, играет важную роль, как в метаболизме половых стероидных гормонов, так и в синтезе биологически активных веществ, обладающих эндокринной и паракринной активностью. Адипоциты висцеральной жировой ткани, характеризующейся наибольшей метаболической активностью, помимо других биологически активных веществ, секретируют провоспалительные цитокины: интерлейкин-1 (IL-1), IL-6, IL-8 и фактор некроза опухоли- (TNF-). Полагают, что эти цитокины принимают участие в генезе вялотекущего воспаления сосудистой стенки, которое, наряду с нарушением метаболизма и транспорта липидов, играет роль в развитии атеросклероза, поскольку способствует отложению липидов, дестабилизации атеросклеротической бляшки и развитию атеротромботических осложнений. Одним из наиболее информативных показателей наличия субклинического воспалительного процесса, сочетающегося с атеросклерозом, является высоко чувствительный С-реактивный белок (hsCRP), который также может непосредственно участвовать в процессе атерогенеза путем активации системы комплемента. Поскольку до настоящего времени остается дискуссионным вопрос о степени и факторах риска развития ССЗ у больных с СПКЯ, для выяснения возможных механизмов возникновения атеросклероза при данном заболевании и выделения групп риска по его развитию, было проведено научное исследование.

Цель исследования: изучить уровни маркеров иммунного воспаления в сыворотке крови больных с СПКЯ и их взаимосвязь с эндокринно-метаболическими параметрами.

Материалы и методы: основную группу составили 49 женщин с СПКЯ (ср. возраст 24,0±4,1лет, ИМТ 25,9±6,4кг/м), 30 (61,2 %) из них имели нормальную массу тела, 10 (20,3%) - избыточную, 3(6%) - ожирение I степени и 6(12,3%) –ожирение II степени. В группу контроля были включены 12 соматически здоровых женщин с регулярным менструальным циклом (ср.возраст 28,8±3,8 лет, ср. ИМТ 23,9±2,4кг/м). В основной группе нарушение менструального цикла выявлялись у всех больных: олигоменорея - у 80%, аменорея II – у 20%. На этапе скрининга исключалась гиперпролактинемия и врожденная гиперплазия коры надпочечников. Эхографические признаки ПКЯ в виде увеличения объема яичников (19,0±6,7см справа, 17,6±5,9см слева) отмечались у всех женщин основной группы. СПКЯ диагностировался согласно критериям, предложенным в 2003 году Объединенным Конгрессом Европейского общества репродукции человека.

В обеих группах определялись уровни hsCRP, IL-6, TNF- , проводилось гормональное обследование (ЛГ, ФСГ, Прл, эстрадиол, общий тестостерон, половые стероиды связывающий глобулин), глюкозо-толерантный тест (ГТТ) с динамической оценкой определения уровня глюкозы и инсулина (ИРИ), исследование липидного спектра крови (ХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП, КА). Для оценки количества и типа распределения жировой ткани производилась двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA).

Результаты: Средний уровень hsCRP у больных с СПКЯ составил 0,58±мг/л, что в 2 раза превышало значения данного показателя в группе контроля - 0,26±мг/л ($p<0,05$). Повышенное содержание hsCRP было выявлено у 19 (39%) больных с СПКЯ и лишь у 1(8%) здоровой женщины. Средние значения сывороточных уровней IL-6 и TNF- у пациенток с СПКЯ составили 2,3±0,6пг/мл и 7,9±2,7пг/мл и не превышали контрольных значений. При этом избыточное содержание TNF- в сыворотке крови было обнаружено у 20 (41%) больных, случаев повышенного содержания IL-6 выявлено не было.

Результаты гормонального обследования показали, что 17 (34,7%) больных с СПКЯ имели повышенный индекс ЛГ/ФСГ, 24 (49%) – увеличение уровня Т, 28(57%) -снижение ПССГ. Гиперинсулинемия была диагностирована у 30(61%) больных, нарушение толерантности к глюкозе - у 7(14,3%). У каждой 2-й больной (55%) выявлялась дислипопротеидемия, чаще в виде изолированной гиперхолестеринемии (38%) и гипоальфалипопротеидемии (14,3%). Данные DEXA оценивались как по количеству жировой ткани, так и по характеру ее распределения, который определялся по соотношению андроидного и гиноидного жира (A/G). Индекс A/G был достоверно выше в основной группе (0,93±0,2), чем в контрольной (0,77±0,1) ($p<0,05$), как и количество жира в области туловища (37,9±8,6% и 28,3%±6,7%соответственно).

Корреляционный анализ выявил прямую взаимосвязь hsCRP, IL-6 и TNF- с общим количеством жировой ткани ($r=0,372$) и ее содержанием в области туловища ($r=0,411$), а также с уровнем ИРИ на фоне ГТТ ($r=0,354$), ТГ ($r=0,344$) и обратную - с ЛПВП ($r= -0,493$). Вместе с тем не было обнаружено корреляционной взаимосвязи уровней hsCRP, IL-6, TNF- с ИМТ и степенью андрогенизации.

Выводы: Результаты, полученные в ходе исследования, указывают на наличие хронического субклинического воспаления примерно у каждой третьей больной репродуктивного возраста с СПКЯ. Повышение маркеров воспаления, сопряженное с андроидным ожирением, высокой частотой ДЛП и ГИ, увеличивает риск ранних нарушений эндотелия с последующим развитием атеросклероза. Полученные данные дают основание к расширению алгоритма обследования больных с СПКЯ, позволяющего выявлять нарушения, напрямую или опосредованно участвующие в развитии ССЗ.

КАК СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ МНОГОПЛОДИЯ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Чистякова А.Е., В.Н. Локшин, В.В. Чистяков

Центр ЭКО г. Алматы

В последние годы параллельно с ростом эффективности лечения бесплодия при помощи вспомогательных репродуктивных технологий растет частота развития многоплодия, что создает серьезные проблемы для течения беременности, родов, неонатального периода. В тоже время практическое решение часто отсутствует из-за опасения врачей, ведущих программу в снижении ее эффективности.

Цель нашего исследования было выделение группы высокого риска наступления многоплодной беременности в программе экстракорпорального оплодотворения.

В результате проведенного исследования было установлено, что за последние три года, частота наступления одноплодной беременности в нашем Центре снизилась с 80,9% (2004 г) до 72,1% (2005 г.) и до 61,4% (2006 г.). Напротив, ча-

стота наступления беременности двойней возросла с 15,7% в 2004 году, до 23,7% в 2005 и до 31,7% в 2006 году, тройней от 3,2% - в 2004 году, до 4,1% - в 2005 году и до 6,7% в 2006 году. При этом среднее число эмбрионов на перенос составило 2,4-2,6-2,5 в 2004, 2005, 2006 годах соответственно. Доля переноса двух эмбрионов снизилась с 39,9 % в 2004 году, до 20,5 в 2005 году, и до 20,2% в 2006 году. Перенос одного эмбриона по-прежнему оставался неселективным и составлял 12,7% на протяжении трех лет. Преобладал суммарный процент переноса трех эмбрионов (46%), а так же высокой оставалась доля переноса четырех эмбрионов (13%), что, как правило, делается при плохом качестве последних.

Частота имплантации при неселективном переносе одного эмбриона составила 11,8%. Наивысшая частота имплантации наблюдалась в группе переноса двух эмбрионов (25,9%), что косвенно подтверждает преимущественно селективный выбор. Низкая частота имплантации (16,5%) в группе переноса четырех эмбрионов свидетельствовала о том, что, при сниженном качестве эмбрионов переносили почти все полученные эмбрионы.

При этом было отмечено, что наиболее высокая ЧНБ была в группе переноса трех эмбрионов (45,8 ±2,1 %), тогда как в группах переноса двух и четырех эмбрионов ЧНБ оставалась одинаковой (37,8±1,8 % и 38,9±1,9 % соответственно). Однако, частота наступления многоплодной беременности в исследуемых группах существенно различалась. Как показал проведенный анализ, в группе переноса двух эмбрионов, была отмечена самая высокая частота наступления беременности двойней 38,4±1,9 %, тогда как в группах переноса трех и четырех эмбрионов эти цифры составили 31,8±0,9 % и 27,0±1,1 % соответственно. В группе переноса четырех эмбрионов была установлена самая высокая частота наступления беременности тройней – 13,5±0,8 %, в группе переноса трех эмбрионов эта цифра составила 8,4±0,4 %. Таким образом, увеличение числа перенесенных эмбрионов (более трех) не приводило к повышению частоты наступления беременности, но при этом, достоверно росла вероятность наступления беременности тройней. Общий процент многоплодия по группам составил: 38,4% - в группе переноса двух эмбрионов; 40,2% - в группе переноса трех эмбрионов; и 40,5% в группе переноса четырех эмбрионов.

Нами были изучены показатели ЧНБ, многоплодия и исходов беременности в зависимости от возраста пациенток. В группе женщин моложе 29 лет ЧНБ составила 43,8±1,8 %; в возрастной группе 30 - 34 года ЧНБ составила 37,8±1,4 %; в группе 35- 39 лет этот показатель был на уровне 37,2±1,6 %; в группе женщин от 40 до 44 лет – 26,3±1,1 %. У женщин старше 45 лет случаев наступления беременности в программе ЭКО не было. С увеличением возраста пациенток отмечалось и снижение частоты имплантации: до 29 лет – 24,6±0,9 %, 30 – 34 года – 20,9±1,2 %, 35 – 39 лет – 20,0±1,4 %, 40 – 44 года – 11,1±0,6 %. Это динамика сохранялась и при анализе частоты наступления многоплодной беременности. При переносе одного эмбриона в соответствие возрастным группам ЧНБ составила: до 29 лет – 26,6 ±0,5 %, 30 – 34 года – 8,8±0,7 %, 35 – 39 лет – 12,0±1,0 %. После 40 лет случаев многоплодной беременности в программе ЭКО не было. При переносе двух эмбрионов наивысшая ЧНБ оказалась в группе женщин в возрасте 30 - 34 года, составив при этом 42,8±1,4 %. В группе женщин моложе 29 лет наступление беременности двойней имело место в 52,3± 1,2 %. В возрастной группе 35 - 39 лет вероятность беременности двойней снизилась до 31,5± 1,2 %. В группах женщин старше 40 лет беременностей двумя плодами не было. Перенос трех эмбрионов не увеличивал частоту наступления беременности двойней. Однако при этом достоверно увеличивалась ЧНБ тремя плодами. В группах пациенток старше 40 лет увеличение числа переносимых эмбрионов на ЧНБ не влияло.

Проведенное исследование позволило установить, что с увеличением возраста пациенток увеличение количества эмбрионов на перенос не повышает частоту наступления беременности, но при этом значительно увеличивается риск наступления многоплодной беременности, что может быть основанием для уменьшения количества переносимых эмбрионов до двух в этой возрастной группе.

Таким образом, современное развитие репродуктивной гинекологии и эмбриологии позволяет без снижения эффективности программ ВРТ добиться основной цели программы – рождения одного здорового ребенка.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ НА СИСТЕМНОМ И ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЕ У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Чобанян А.Г., Куценко И.И., Колесникова Н.В.

Россия, г. Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет

Недостаточность комплексных клинико-диагностических исследований для всесторонней оценки тяжести наружного генитального эндометриоза (НГЭ), прогнозирования его течения, выбора рациональной тактики ведения и лечения больных, обуславливают целесообразность изучения функционального состояния клеток врожденного иммунитета – нейтрофильных гранулоцитов (НГ) при данной патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение функциональной активности НГ у больных наружным генитальным эндометриозом на локальном и системном уровне.

Нами было обследовано 22 больных НГЭ в возрасте от 21 до 35 лет. Диагноз НГЭ был установлен при проведении клинико-лабораторного обследования с использованием лапароскопии (ЛС) и подтвержден патоморфологическим исследованием биоптата. Иммунный статус оценивали по показаниям периферической крови – системный иммунитет и перитонеальной жидкости – местный. В качестве группы сравнения бралась перитонеальная жидкость и периферическая кровь у практически здоровых женщин при лапароскопической стерилизации.

Основными жалобами больных НГЭ были хронические тазовые боли – у 8 больных, бесплодие – у 11, нарушение менструальной функции – у 6, диспареуния – у 12. У всех больных имело место нарушение психоэмоциональной сферы. При лапароскопии очаги эндометриоза были представлены в виде типичных сине- фиолетовых, черных бугорков, пигментированных черно коричневых пятен, а так же в виде атипичных бесцветных везикул, красных геморрагических глубоких очагов и кист яичников. У 10 больных имело место сочетание различных видов эндометриоидных гетеротопий. Наиболее часто эндометриоидные очаги располагались на крестцово – маточных, широких связках, а так же в виде эндометриоидных кист яичников. Спаечный процесс брюшной полости различной степени имел место у 12 больных.

При исследовании иммунной системы у женщин с НГЭ была проведена сравнительная оценка фагоцитарной функции клеток с оценкой их оксидазной биоцидности по числу активно-фагоцитирующих клеток (%ФАН), фагоцитарному числу (ФЧ), фагоцитарному индексу (ФИ), переваривающей способности (%П, ИП), показателям спонтанного и стимулированного NBT-теста (%ФПК – формазан-позитивные клетки, СЦИ – средний цитохимический индекс, КМ- коэффициент мобилизации) на системном (периферическая кровь- ПК) и локальном (перитониальная жидкость – ПЖ) уровне.

Исследованиями показано, что при НГЭ отмечено достоверное снижение содержания активно-фагоцитирующих НГ в ПК (в 1,5 раза), тогда как на локальном уровне имело место достоверное их возрастание на 24% относительно таковых у здоровых женщин. При этом как в ПК, так и в ПЖ наблюдалось достоверное снижение поглотительной способности клеток, наиболее выраженное – на локальном уровне (в 1,5 раза). Между тем поглотительная способность одного активного фагоцита в ПК превышала таковую в контроле, а в ПЖ – сохраняла прежний депрессивный характер. Важно подчеркнуть выраженные нарушения завершенности фагоцитарного акта при НГЭ, о чем свидетельствует достоверное снижение показателей переваривающей функции клеток - %П и, особенно, ИП, который в крови был ниже контрольного в 1,8 раза, а в ПЖ – в 1,5 раза. Нарушение переваривающей способности фагоцитов, как правило, коррелирует с дефектами их оксидазной биоцидности. При оценке показателей NBT-теста НГ периферической крови нами выявлено резкое снижение %ФПК и СЦИ с выраженной извращенностью ответа микробицидной системы клеток на дополнительную антигенную нагрузку in vitro, результатом чего явилось снижение величины КМ в 4,2 раза. На локальном уровне была выявлена сходная депрессия оксидазной биоцидности НГ с той лишь разницей, что содержание формазан-позитивных клеток в ПЖ было выше контрольного в спонтанном тесте в 3,6 раза, а в стимулированном - в 1,7 раза со снижением КМ на 20% от такового у здоровых женщин.

Таким образом, при НГЭ выявлены достоверные функциональные изменения НГ как на системном, так и на локальном уровне, носящие депрессивный характер, и обуславливающие целесообразность использования в комплексной терапии заболевания иммунотропных препаратов.

СПЕКТР ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ (ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ)

Чугунова А.А., Одинцова Г.В., Королева Н.Ю.

Россия, г. Санкт-Петербург, Институт мозга человека РАН.

Актуальность. Встречаемость эпилепсии в популяции достигает 1%, из них от 25% до 40% больных являются женщинами детородного возраста. Эпилепсия влияет на многие сферы жизни и здоровья пациента, вызывая социальные, поведенческие, когнитивные, соматические нарушения. Эпилепсия относится к группе хронических заболеваний, при которых постоянный прием медикаментов жизненно необходим, что в то же время является дополнительным фактором неблагоприятного воздействия на организм. Эти данные особенно актуальны в вопросах репродуктивного здоровья женщин

Цель: изучить спектр проблем репродуктивного здоровья женщин, страдающих эпилепсией (по данным специализированного центра женской эпилепсии).

Материал и методы исследования: в исследование включено 60 женщин, обратившихся на прием к акушеру- гинекологу специализированного центра женской эпилепсии при Институте мозга человека РАН. Все пациентки имеют верифицированный диагноз эпилепсии, получают противоэпилептическое лечение. Больные направлены на консультацию врачами - эпилептологами центра или врачами первичного звена акушерско-гинекологической помощи. Возраст пациенток составил от 14 до 52лет, средний возраст 26,6лет Распределение по возрасту: до 20 лет- 22,5%, до 30 лет- 55%, до 40 лет-20%, старше 40 лет- 2,5% от общего числа пациенток.

Проведен анализ поводов обращения в центр женской эпилепсии с распределением по категориям жалоб и процентному соотношению. Проанализированы ведущие причины обращения по возрастным группам и взаимосвязь с основным заболеванием.

Результаты исследования и обсуждения:

Выделены 3 основные группы причин обращения на прием к акушеру- гинекологу женщин, страдающих эпилепсией:

- Нарушения менструального цикла
- Проблемы, связанные с беременностью
- Проблемы контрацепции

У женщин на фоне приема антиэпилептических препаратов (АЭП) повышен риск нарушения репродуктивной функции, включая аменорею, позднее менархе, различные виды нарушения менструального цикла, ановуляцию, развитие СПКЯ. Нейроэндокринные нарушения могут приводить к бесплодию, грубым косметическим нарушениям, изменение сексуальной функции, повышается риск развития остеопороза. И конечно влияние на гормональную контрацепцию.

Нарушения менструального цикла отмечались у 30 % женщин. Среди нарушений менструального цикла преобладали обращения по поводу олигоменореи, реже отмечались полименорея, аменорея. У 5 человек выявлен поликистоз яичников, что составило в общей группе 8,3%. Часто причиной нарушений менструального цикла являются антиэпилептические препараты. Имеются ограничения при назначении вальпроатов у девочек- подростков, у женщин с нарушениями менструального цикла.

49% составили обращения по проблемам беременности. Среди них преобладали вопросы предгравидарной подготовки и проблемы, связанные с пролонгированием беременности, Врачами первичного звена акушерско-гинекологической помощи пациентки направляются в центр женской эпилепсии для решения вопроса о методе родоразрешения. Реже наблюдались обращения по поводу бесплодия. Сохраняется преобладание женщин с непланируемыми беременностями среди пациенток первичного звена акушерско-гинекологической помощи. Совместная программа эпилептолога и акушера- гинеколога по подготовке к беременности снижает риск осложнений для женщины и будущего ребенка. Эпилептологическая подготовка пациентки к беременности включает: достижение клинической ремиссии (отсутствие приступов в течение 3 лет), переход на монотерапию антиэпилептическим препаратом с незначительным тератогенным действием, снижение его доз до минимально эффективных в период беременности, контроль с помощью видео-ЭЭГ мониторинга. Прием фолиевой кислоты, для предотвращения врожденных пороков развития.

Проблемы контрацепции особенно актуальны в группе больных с неконтролируемой эпилепсией, находящихся на политерапии антиэпилептическими препаратами. С данной проблемой обратилось 10,2% пациенток. Неадекватность гормональной контрацепции отмечается на фоне фармакологического взаимодействия с антиэпилептическими ферментиндуцирующими препаратами: Фенобарбитал, Дифенин, Карбамазепин, Гексамидин, Бензонал, Этосуксимид, Фенитоин, Окскарбазепин, Топирамат (выше 200 мг/сут)

Среди остальных причин обращения встречались проблемы менопаузы, профилактические осмотры.

Возрастное распределение ведущих причин обращения представлено следующим образом:

- нарушения менструального цикла преобладали в группе от 20 до 30лет- 54%, до 20 лет - 31%, старше 30 лет- 15%
- средний возраст беременных женщин составил 28,4 года, планирующих беременность- 27,1г.

Проблема контрацепции актуальна среди пациенток всех возрастных групп

Выводы. Необходим тесный контакт врача - эпилептолога и акушер-гинеколога в лечении женщин больных эпилепсией. При назначении антиэпилептического лечения должно учитываться влияние препаратов на репродуктивную функцию женщин. Беременность у женщин, страдающих эпилепсией должна быть планируемой, включая эпилептологическую и акушерско-гинекологическую подготовку.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

Шанькова И.Л., Гуменюк Е.Г.

Россия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет

Одним из аспектов политики Всемирной Организации здравоохранения является разработка программы "Здоровье для всех в XXI веке". В числе задач данной программы приоритетным является охрана здоровья молодежи. Данная программа предполагает уменьшение частоты беременностей у девочек-подростков к 2020 году на одну треть и, соответственно, снижение количества абортов среди подростков.

Общее количество абортов среди подростков России в последние пять лет несколько снизилось. По данным официальной статистики МЗ РФ в 2001 году частота абортов у подростков составила 10,2%. Каждый второй аборт у юных женщин (52,8%) был сделан при первой беременности. Этот показатель является одним из самых высоких среди экономически развитых стран. Следует отметить, что частота осложнений после абортов у подростков в 2-2,5 раза выше, а материнская смертность в 5-8 раз выше, чем у женщин репродуктивного возраста. Среди умерших после прерывания беременности матерей в 2001 подростки составили 11,3%. Если учесть, что более 50% абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то имеет место реальная угроза потери здоровья будущего населения страны (Кулаков В.И, Уварова Е.В. 2006). Ситуация усугубляется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности населения, прежде всего, молодёжи.

В период пубертата девушки–подростки отличаются снижением выносливости к физическим нагрузкам, повышенной ранимостью нервной системы и восприимчивостью к факторам внешней среды. Особого внимания заслуживает возрастная группа юных женщин 12–18 лет, которая формирует фон и структуру осложнений беременности и перинатальной патологии в будущем, определяя здоровье следующих поколений и нации в целом.

Основные причины абортов у подростков обусловлены особенностями репродуктивного поведения (раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров), недостаточными знаниями о последствиях раннего начала половой жизни и абортов, а также недостаточной информированностью о средствах контрацепции. Нежелательная беременность и последующий аборт являются травматическими событиями в жизни девочек-подростков. Могут отмечаться неблагоприятные ближайшие и отдаленные осложнения, а также психологические проблемы (Хамошина М. Б., 2005; Серова О. Ф., Мельник Т. Н., 2006; Ludmer P. I. et al., 2003).

Целью исследования явилось изучение осложнений после хирургического прерывания беременности у юных женщин, а также разработка комплекса реабилитационных мероприятий для профилактики отдаленных осложнений.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 157 девушек в возрасте от 14 до 18 лет, у которых прерывание беременности в различные сроки осуществлялось хирургическим методом. Всем пациенткам проводилось стандартное обследование. Дополнительно с использованием специально разработанной анкеты изучались данные анамнеза, перенесенные экстрагенитальные и гинекологические заболевания, инфекции, передаваемые половым путем и др. В программу входило ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез. Всем пациенткам выполнялось определение уровня пролактина в сыворотке крови через 1-3-6 месяцев после аборта.

Полученные результаты. В 21 случае (13,4%) прерывание беременности было повторным. 143 (91,1%) человека имели в анамнезе различные экстрагенитальные заболевания. Гинекологическая патология выявлена у 54 (34,4%) подростков (нарушения менструального цикла, псевдоэрозия шейки матки, сальпингоофорит, киста яичника). У 28 (17,8%) юных женщин на этапе обследования были выявлены инфекции, передаваемые половым путем (хламидийная инфекция, уреаплазмоз), а также кандидозный вагинит.

При ультразвуковом исследовании у 101 (64,3%) были выявлены признаки плацентарной недостаточности, аномалии развития плаценты и прикрепления пуповины, а также косвенные симптомы внутриутробного инфицирования.

У 75 подростков (47,77%) в постабортном периоде имелись различные осложнения. В структуре ранних осложнений следует отметить эндометрит (13 - 8,28%), кровотечение (6 – 3,82%), субинволюция матки (7 - 4,46%), воспаление придатков матки (11-7,01%). При морфологическом исследовании плодного яйца после аборта у одной девушки был выявлен частичный пузырный занос (0,64%). У 57 пациенток был изучен уровень пролактина через 1, 3, 6 месяцев после аборта. У 19 человек (33,33%) в динамике была выявлена функциональная гиперпролактинемия. У всех девушек с повышенным пролактином наблюдались нерегулярные менструации, клиника предменструального синдрома, у части пациенток отмечалась галакторея.

К отдаленным осложнениям после аборта мы отнесли нарушения менструального цикла, случаи обострения хронического пиелонефрита, рост узлов щитовидной железы, рост фиброаденомы молочной железы.

Проведенный анализ выявил достаточно высокий процент осложнений искусственного прерывания беременности (нарушения менструальной функции, воспалительные заболевания органов малого таза, обострения экстрагенитальных заболеваний).

Все подросткам в постабортном периоде проводились реабилитационные мероприятия, которые мы условно разделили на 4 этапа.

Первый этап начинался в женской консультации, когда проводилось углубленное обследование юной беременной. Всем девушкам проводилась санация половых путей.

До направления на прерывание беременности и после аборта нами был использован комплекс мероприятий, направленных на профилактику осложнений инфекционного генеза (доксициклин, юнидокс, метронидазол, клотримазол, бетадин). С учетом особенностей региона юным женщинам назначались препараты йода и поливитаминные комплексы. С подростками проводилась психологическая работа.

Второй этап предусматривал проведение аборта в высококвалифицированном лечебном учреждении опытными специалистами.

После операции всем пациенткам рекомендовался прием комбинированных оральных контрацептивов не менее 3-4 месяцев, а при необходимости – более длительно.

На третьем этапе (через 1-3-6 месяцев) проводилось дополнительное обследование, направленное на раннее выявление возможных осложнений (осмотр, взятие мазка на флору и гонококк, по показаниям бактериологическое исследование; ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез; кровь на пролактин). В большинстве случаев продолжалась работа с психологом, а также обучение современным методам профилактики нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем.

Четвертый этап предусматривал динамическое наблюдение в женской консультации, преконцепционную подготовку при планировании беременности в дальнейшем.

Подростки относятся в группу риска по развитию медицинских и психологических осложнений после хирургического аборта, в том числе, воспалительного генеза, гиперпролактинемии, нарушений менструального цикла, развитию доброкачественной патологии молочных желез. Данная возрастная категория женщин нуждается в проведении системы комплексных профилактических и реабилитационных мероприятий.

ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ БОЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шварев Е.Г., Дикарева Л. В., Оводенко Д.Л., Шрамкова И. А.

Россия, г. Астрахань, ГОУ ВПО «АГМА Росздрава», кафедра акушерства и гинекологии ФПО

Цель исследования: дать клиническую оценку методу определения продуктов перекисного окисления белков в смывах из полости матки для ранней диагностики опухолей яичников (ОЯ) у женщин из «групп риска».

Материал исследования: эндометриальные смывы больных с рассматриваемой патологией.

Методы исследования: клинический, патогистологический, биохимический (определение карбонильных групп белков).

Результаты исследования: разработан и апробирован диагностический тест, позволяющий в короткие сроки, на малых объемах эндометриальных смывов определить наличие ОЯ у больных «групп риска».

Как известно, ранняя диагностика ОЯ является одной из наиболее сложных проблем гинекологии и онкогинекологии. Гистогенетически ОЯ представляют собой одну из самых разнородных групп новообразований человека, отличающихся на начальных этапах развития, как правило, скудностью клинических проявлений, с чем связана сложность ранней диагностики и в связи с этим неудовлетворительные результаты лечения [Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., 1992; Жордания К.И., 1993].

Проблема доброкачественных ОЯ важна в практическом отношении не только из-за высокой частоты их возникновения, но и в связи с реальной возможностью озлокачествления [D.E. Powel, L. Puls, I. Ragel, 1992; А.Ф. Урманчеева, М.М. Дамиров, 2000]. Поэтому «активный поиск» больных с доклиническими формами развития опухолевого процесса (т.е. выявление ОЯ у женщин «групп риска») на сегодняшний день следует расценивать как один из наиболее эффективных способов профилактики новообразований рассматриваемой локализации [Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. 1997].

До настоящего времени остаются малоизученными многие стороны пато- и гистогенеза доброкачественных ОЯ, неясны причины прогрессии доброкачественной кисты яичника в пограничную, а той, в свою очередь, в инвазивную карциному. Все это дает основание оценивать существующие подходы к ранней диагностике ОЯ как недостаточно эффективные, о чем свидетельствуют соответствующие статистические показатели заболеваемости и смертности [Имятинов Е. Н., 2000].

В патогенезе опухолевого роста важное место занимает концепция, основанная на представлениях о важной роли процессов перекисного окисления макромолекул. При этом развивается состояние, получившее название «оксидативный стресс», результатом которого является накоплению высокотоксичных соединений, приводящих к нарушению функционального статуса клеток и тканей [А.П. Кашулина, 2000; Р.Н. Короткина, Г.Н. Мацкевич и др., 2002; М.З. Дугиева, Н.В. Стрижова, 2003]. Следовательно, в сыворотке крови, эндометриальных смывах больных ОЯ задолго до развития клинических признаков заболевания могут быть выявлены маркеры «оксидативного стресса», среди которых наиболее ранними являются карбонильные группы белков.

Для определения показателей интенсивности «оксидативного стресса» в качестве изучаемого объекта нами были выбраны смывы из полости матки больных ОЯ. Объясняется это тем, что эндометрий является гормонозависимой тканью, анатомо-функционально чутко реагирующей на состояние яичников, в том числе и на процесс формирования опухолей гонад. Кроме того, при гормонозависимой патологии эндометрия была показана способность ряда ферментов и их изоформ накапливаться в апикальных отделах железистых клеток, а затем выделяться в эндометриальную слизь [Шварев Е.Г., 1993].

После получения смыва из полости матки его центрифугировали, в супернатанте определяли концентрацию белка биуретовым методом Кингслея-Вейксельбаума. Определение окислительной деструкции белков проводили по уровню карбонильных производных, регистрируемых с помощью реакции с 2,4-динитрофенилгидразином [Oliver et al., 1987; Дубинина Е.Е., 1993]. Показатели перекисного окисления белков сопоставлялись с результатами патогистологического исследования удаленных ОЯ.

Всего было обследовано 116 больных эпителиальными ОЯ в возрасте от 15 до 80 лет. У пациенток с нормальным строением яичников (контрольная группа) уровень карбонильных групп белков в смыве из полости матки составлял 0 – 1,9 нмоль/мг белка. При показателе 2,0 – 3,5 нмоль/мг белка определялись доброкачественные, а при 3,6 – 4,9 нмоль/мг белка – злокачественные ОЯ.

Предлагаемый способ был успешно апробирован в гинекологических отделениях областного онкологического диспансера, Александро-Мариинской областной клинической больницы, клинической больницы №2, городской клинической больницы №5, женской консультации городской клинической больницы №2 г. Астрахани в 2004 – 2006 гг. (Заявка на изобретение №2007119843 (021621) Приоритет от 28.05.07 г.).

Заключение: разработанный способ открывает перспективы использования метода определения продуктов окислительной модификации белков в смывах из полости матки для ранней диагностики эпителиальных ОЯ. Представленный диагностический подход имеет особое значение при обследовании женщин «групп риска» в амбулаторных условиях. Предполагается, что данная методика будет способствовать сокращению сроков исследования полученного материала, повышению своевременности и точности постановки диагноза.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шевченко Н.Н.[1], Хамошина М.Б.[2-3], Ульянова И.Л.[1-3]

Россия, г. Владивосток, Краевой Клинический Центр охраны материнства и детства[1],

Владивостокский государственный медицинский университет[2],

Дальневосточный филиал Научного Центра медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН[3]

В структуре гинекологических заболеваний, требующих стационарной помощи в подростковом возрасте, опухоли и опухолевидные образования яичников стабильно занимают

одно из ведущих мест, при этом у девушек-подростков чаще, чем у взрослых женщин, имеет место бессимптомное течение заболевания. Известно, что для яичниковых образований характерно частое сочетание с внутриматочной патологией, прежде всего гиперпластическими процессами эндометрия (25%-80%), а также миомой матки (23-53%) и аденомиозом (20-43%). Однако в доступной нам литературе вопрос об особенностях внутриматочной патологии при опухолях и опухолевидных образованиях яичников у пациенток ювенильного возраста освещен недостаточно. Между тем состояние эндометрия, которое отражает гормональные влияния, обусловленные как стадией развития опухоли, так и ее морфологической структурой, имеет большое значение для клинической практики. Поскольку данные ультразвукового исследования могут лишь косвенно отразить состояние эндометрия, представляет особый интерес анализ результатов обследования девушек-подростков с опухолями и опухолевидными образованиями яичников с использованием эндоскопического и морфологического методов.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния эндометрия при опухолях и опухолевидных образованиях яичников у девушек-подростков.

Материалы и методы: Исследуемую группу составили 20 пациенток в возрасте от 12 до 17 лет с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, которые находились на стационарном обследовании и лечении в гинекологическом отделении ККЦОМД в период 2004-2005 гг. Всем девушкам (n=20) проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза, которое выполнялось до и после операции, а также в процессе динамического наблюдения за теми пациентками, кому оперативные вмешательства не производились. В зависимости от морфологической структуры образования яичников исследуемая группа была подразделена на 2 подгруппы: первую составили девушки-подростки с истинными опухолями яичников (n=6), вторую – пациентки с параовариальными (n=3) и ретенционными (n=11) кистами яичников. Пациентки с истинными опухолями яичников и параовариальными кистами (n=9) были прооперированы в 100% случаев. При этом в восьми случаях (88,8%) произведена лапароскопия и резекция или вылущивание кисты, в одном случае (11,2%) у девочки с гранулезоклеточной опухолью яичника в связи с гигантскими размерами опухоли и подозрением на бластоматозный рост – лапаротомия и удаление придатков на пораженной стороне. В группе пациенток с ретенционными кистами яичников (n=11) в одном случае (9,1%) при наличии кисты желтого тела в связи с развитием болевого синдрома, причиной которого явилось массивное кровоизлияние в полость кисты, произведена лапароскопия, вылущивание кисты. Шести девушкам (54,5%) выполнена пункция кисты яичника под контролем УЗИ с последующим цитологическим и гормональным исследованием пунктата. Остальным четырем пациенткам (36,4%) в связи с отсутствием показаний к оперативному вмешательству проводилось консервативное лечение.

Гистероскопия проводилась по обычной методике гистероскопом фирмы «Karl Storz». Аспират эндометрия для проведения гистологического и цитологического исследования брался с помощью специальной одноразовой вакуумной кюретки. С целью предупреждения повреждения девственной плевы девушкам, не имевшим половых контактов, предварительно проводилось ее обкалывание 2,0% раствором лидазы. Все оперативные вмешательства проводились под адекватным обезболиванием. Показаниями для проведения гистероскопии явились расстройства менструации, в том числе рецидивирующие маточные кровотечения (10,0%), стойкая дисменорея (20,0%).

Результаты исследования: В результате проведенного обследования внутриматочная патология была выявлена у половины (50,0%) девушек с истинными опухолями и у 78,6% пациенток с кистами яичников ($p<0,05$). По данным гистероскопии, внутриматочная патология при истинных опухолях яичников была выявлена в 40,0% наблюдений, при наличии кист яичников – в 78,6%. В ее структуре в группе девушек с опухолями яичников преобладали аденомиоз (50,0%, $p>0,05$) и гиперпластический процесс эндометрия (50,0%), тогда как в группе пациенток с кистами яичников – хронический эндометрит (55,5%, $p<0,05$).

Следует отметить, что при ультразвуковом исследовании органов малого таза внутриматочная патология ни в одном случае не была выявлена.

При гистологическом исследовании аспирата из полости матки внутриматочная патология при истинных опухолях яичников была выявлена в 50,0% наблюдений, при наличии кист яичников – также в 50,0%. При этом в группе девушек с опухолями яичников во всех случаях был выявлен гиперпластический процесс эндометрия (100,0%, $p<0,05$), тогда как в группе пациенток с кистами яичников его удельный вес составил 50,0% ($p<0,05$), в том числе в одном наблюдении (12,5%, $p<0,05$) случаев был обнаружен острый диффузный фибринозно-гнойный эндометрит, в остальных 37,5% - хронический эндометрит ($p<0,05$).

Выводы: Проведенный анализ показал, что комплексное использование гистероскопии и морфологического исследования эндометрия у девушек-подростков позволяет выявлять внутриматочную патологию при истинных опухолях в половине случаев, при кистах яичников – в 78,6% случаев. В ее структуре при истинных опухолях преобладают аденомиоз и гиперпластический процесс эндометрия, в то время как при кистах яичников – хронический эндометрит. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексного обследования юных пациенток с яичниковыми образованиями с использованием гистероскопии и морфологического исследования эндометрия для обоснования дифференцированного подхода к их дальнейшему ведению с учетом предстоящего материнства.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ С ПОМОЩЬЮ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСБАКТЕРИОЗА ВЛАГАЛИЩА

Шипулина О.Ю., Насонова В.С., Пиксасова О.В., Шипулин Г.А.

Россия, Москва, ФГУН «Центральный НИИ Эпидемиологии» Роспотребнадзора

Воспалительные заболевания репродуктивной системы женщин, вызванные инфекциями влагалища условно-патогенными микроорганизмами (УПМ), несмотря на очевидный прогресс антибактериальной терапии, становятся все более серьезной проблемой. Это связано, с одной стороны, с увеличением частоты этих заболеваний, а с другой стороны, отсутствием стандартов лабораторной диагностики таких состояний, что приводит к назначению неадекватной терапии, и, как следствию, частыми рецидивами и невозможностью их предупреждения.

Наиболее частым состоянием, связанным с дисбиозом вагинального биотопа, является бактериальный вагиноз (БВ) – это инфекционный невоспалительный синдром различной этиологии, который характеризуется значительным снижением или отсутствием лактобактерий и резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных УПМ.

Сам по себе бактериальный вагиноз не представляет угрозы здоровью женщины. Однако, при нарушении биоценоза влагалища в несколько раз увеличивается риск инфицирования ИППП, поскольку нарушается колонизационная резистентность, обеспечиваемая лактобактериями. Кроме того, вследствие постоянного присутствия в нижних отделах полового тракта УПМ в чрезвычайно высоких концентрациях, увеличивается риск развития гнойно-воспалительных процессов органов малого таза, риск послеоперационных воспалительных осложнений в гинекологии, а также частота развития патологий беременности (хориоамнионита, послеродового эндометрита). Доказана связь БВ с неблагоприятным исходом беременности. Следовательно, существует реальная необходимость внедрения быстрой, простой и эффективной диагностики БВ у женщин группы риска и беременных женщин с целью своевременного назначения адекватной терапии.

Целью нашей работы явилась разработка разработка методики количественного определения ДНК Lactobacillus sp., Gardnerella vaginalis, Ureaplasma sp., Mycoplasma hominis и других УПМ в отделяемом влагалища, а также оценка чувствительности и специфичности разработанной методики в выявлении БВ.

Для количественного определения ДНК Lactobacillus sp. и Gardnerella vaginalis, а также Mycoplasma hominis, Ureaplasma sp., использовалась полимеразная цепная реакция с детекцией в реальном времени, на основе которой были разработаны тест-системы «Амплисенс Gardnerella vaginalis/Lactobacillus sp.-Титр-FRT», «АмплиСенс Ureaplasma sp.-Титр-FRT», «АмплиСенс Mycoplasma hominis-Титр-FRT» Количественное определение основано на использовании стандартных образцов с известной концентрацией ДНК выявляемых микроорганизмов. Результат выражали в десятичных логарифмах (lg) копий ДНК микроорганизма на 1 мл вагинального отделяемого (ВО) при условии стандартного забора материала (один объем ВО в десяти объемах транспортной среды). Также определяли коэффициент соотношения (КС) – разницу логарифма концентрации Lactobacillus sp. и Gardnerella vaginalis.

Оценку аналитических характеристик разработанных методик проводили на клинических образцах от женщин с диагнозом БВ и от женщин без БВ (норма). Диагноз БВ был поставлен на основании клинических критериев и подтвержден при микроскопическом исследовании мазка.

В группе женщин с БВ все образцы (100%) содержали ДНК Gardnerella vaginalis, средняя концентрация Lactobacillus sp. составила 4.8 (2.5 -6.9) lg, средняя концентрация Gardnerella vaginalis составила 8.5 (6.8 – 10.1), среднее значение КС составило минус 3.7 (от -5.4 до -2.1). В группе женщин без БВ только 46% образцов содержали ДНК Gardnerella vaginalis, средняя концентрация Lactobacillus sp. составила 7.9 (6.1 – 10.2) lg, средняя концентрация Gardnerella vaginalis составила 4.2 (2.5 – 6.6), среднее значение КС равно 5.4 (2.2 – 9.9). Частота выявления Mycoplasma hominis в БВ-положительных и БВ-отрицательных образцах достоверно не отличалась, однако средняя концентрация ДНК Mycoplasma hominis в образцах с БВ была значительно выше. Частота выявления Ureaplasma sp. и средняя концентрация ее ДНК не отличались в обеих группах.

Полученные данные свидетельствуют о высокой ассоциативной связи Gardnerella vaginalis с БВ. При использовании основных маркеров, определяемых в тесте «Амплисенс Gardnerella vaginalis/Lactobacillus sp.-Титр-FRT», можно с высокой эффективностью диагностировать БВ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКИЙ САЛЬПИНГООФОРИТ

Ширинг А.В., Кожин А.А.

Россия, ФГУ Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Росмедтехнологий

Как свидетельствуют данные литературы /А.Л.Тихомиров, 2000, В.И.Кулаков и др. 2001, В.Н.Серов и др. 2006/ воспалительные заболевания матки и придатков являются наиболее распространенными нозологическими формами, развивающимися в репродуктивной системе. Из них на долю хронического сальпингоофорита /ХС/ приходится до 50-60%. Он характеризуется стертым началом и длительным течением. Более половины женщин, перенесших это заболевание, страдает бесплодием.

Отличительной особенностью этой патологии в современный период времени является увеличение доли фармакорезистентных форм. С одной стороны это обусловлено тем, что в этиологии ХС ведущая роль стала принадлежать микробным ассоциациям, устойчивым к действию антибиотиков, с другой тем, что все больше увеличивается число лиц с иммунодефицитными состояниями. Последнее обусловлено во многом ростом распространенности, ксеногенной интоксикации населения, приводящей к снижению активности иммунной, эндокринной, нервной систем.

Образующиеся в очаге воспаления гистаминоподобные вещества, лейкотоксины, воздействуя на рецепторы, вызывают изменения в регуляторных интеграциях организма, индуцируют усиление процессов перекисного окисления липидов, образования свободных радикалов. В связи с этим данный воспалительный процесс следует рассматривать как общее полисистемное заболевание, характеризующееся нарастающей дезадаптированностью, гипофункцией гонад.

Восстановительная терапия /ВТ/ сниженной функции яичников активно осуществляется физическими факторами, среди которых значительные перспективы имеет озонотерапия, оказывающая адаптогенное действие, стабилизируя окислительно-восстановительный потенциал организма усиливает антигипоксические влияния. Последние связаны с выделением эндотелиоцитами некоторых факторов расслабления сосудов, к которым относится, в частности оксид азота. Повышение интенсивности метаболизма в тканях шейки матки приводит к стимуляции шеечного рефлекса, активирующего гипоталамо-гипофизарную секрецию /В.И. Грищенко, 1980/, овариальный гормонопоэз.

Нами была проведена комплексная ВТ гипофункции яичников у женщин, перенесших ХС, прошедших курс антибиотикотерапии. Чистота флоры влагалища была проверена микробиологическими исследованиями влагалищного мазка. Курс ВТ состоял из применения озонированного физиологического раствора /концентрация 5мг/л /, наносимого на шейку матки в виде орошений. Манипуляция осуществляли ежедневно, в течение 2-х недель. Они сопровождались чрезкожным облучением крови инфракрасным лазером в течение того же периода времени. Используемые физические факторы являются синергистами и потенцировали биологические эффекты друг друга, поэтому их дозы были ниже обычных, применяемых порознь.

При анализе полученных результатов было показано, что нормализация менструального цикла после курса процедур была в 75% случаях. Это имело место у женщин длительность течения ХС у которых была не более года. Овуляция была подтверждена гормональными и УЗ исследованиями. При более длительном течении ХС эффективность лечения была менее значительной.

Было показано, что ВТ была успешнее у женщин, не имеющих контактов с агрохимфакторами, индуцирующими ксеноинтоксикацию организма. О последней можно было судить по значительно более высокому уровню продуктов перекисного окисления липидов и положительном микроядерном тесте. При лечении женщин, перенесших ХС с явлениями ксеноинтоксикации с явлениями, способ ВТ был усовершенствован путем добавления в схему лечения сорбентных препаратов. Это позволило улучшить результаты терапии, эффективность возросла с 55 до 70%. Клинико-лабораторные обследования подтвердили наличие овуляторного менструального цикла, катамнестические наблюдения в течение 6 месяцев показали стабильность полученных результатов.

Таким образом модифицированный способ ВТ повысил эффективность лечения женщин с гипофункцией яичников, осложненной ксеноинтоксикацией организма. Очевидно, что при лечении этого контингента ВТ должна носить комплексный характер. Она должна быть направлена как на общую детоксикацию, так и на стимуляцию специфической функции гонад, нарушенную перенесенным инфекционным процессом в репродуктивных органах.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ КРИТЕРИЕВ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ

Шрамко С.В., Баженова Л.Г., Зорина Р.М.

Россия, г. Новокузнецк, МЛПУ «Городская клиническая больница №1», Центральная научно-исследовательская лаборатория ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Росздрава.

В последние годы лечение гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки приобрело консервативно-хирургическую направленность с выполнением органосберегающих операций [Краснопольский В.И. и др., 2006; Хамадьянов У.Р. и др., 1999]. В свою очередь, целесообразность и клиническая эффективность лечебной программы напрямую связана с определением изначально необратимого процесса, когда консервативная тактика не оправдана [Краснопольский В.И. и др., 2001].

Полиморфизм клинической картины осложненных форм воспалительных заболеваний внутренних половых органов, а также отсутствие прямой зависимости между остротой симптоматики и глубиной морфологических поражений затрудняет своевременную диагностику гнойно-некротической деструкции придатков матки. Это, в свою очередь, приводит к тактическим ошибкам - неоправданным оперативным вмешательствам, либо необоснованно длительной консервативной терапии. Традиционные лабораторные критерии воспалительной реакции, такие как ЛИИ, СОЭ, уровень альбумина и т.д., позволяют установить только степень выраженности эндотоксемии, не отражая при этом характер очаговых изменений в органах малого таза.

Цель настоящего исследования состояла в сравнительной оценке диагностической значимости традиционных маркеров воспалительной реакции и показателей острофазных белков в качестве критериев гнойно-некротической деструкции придатков матки при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов.

Материалы и методы. Обследованы 52 пациентки гинекологического стационара с воспалительными образованиями придатков матки в возрасте от 17 до 45 лет. В первую группу вошли 26 больных с тубо-овариальными абсцессами. Вторую группу составили 26 женщин с воспалительными образованиями придатков матки без гнойно-некротической деструкции. Контрольную группу составили 26 здоровых женщин, сопоставимых по возрасту. У всех обследованных изучены показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), СОЭ, содержание лактоферрина (ЛФ) и фибриногена (ФБГ).

Содержание ЛФ определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Уровень ФБГ исследовали весовым методом по Рудбергу. ЛИИ вычисляли по формуле Я.Я. Кальф-Калифа.

Для статистической обработки полученных результатов использовали лицензионную версию сертифицированной РС программы для биостатистики InStat 2.0 (Sigma, США). Для изучения диагностической чувствительности (Se) и специфичности (Sp) значений строились четырехпольные таблицы и рассчитывались соответствующие показатели [Флетчер Р. и др., 1998].

Результаты исследования и обсуждение. В результате исследования нами не выявлено статистически значимых различий ЛИИ в группах сравнения. Показатели ЛИИ в группах без деструкции (1,83±0,15) и у больных с тубо-овариальными абсцессами (2,76±0,34) были сопоставимы между собой и не отличались от таковых у здоровых женщин (1,9±0,17). У пациенток с тубо-овариальными абсцессами (36,4±3,0 мм/ч) средние значения СОЭ были значимо выше по сравнению с таковыми у здоровых женщин (7,3±0,6; $p<0,001$) и больных с придатковыми образованиями воспалительного генеза без деструкции в органах (19,2±1,9 мм/ч; $p<0,05$). Нами выявлено статистически значимое повышение концентрации ЛФ в группе женщин с тубо-овариальными абсцессами (2,8±0,26 мкг/мл), в сравнении с содержанием белка в сыворотке крови больных без деструкции (1,68±0,07 мкг/мл; $p<0,001$) и концентрацией белка в группе здоровых женщин (1,22±0,15 мкг/мл; $p<0,001$). В группе больных с тубо-овариальными абсцессами концентрация ФБГ была значимо выше (5,3±0,14 г/л; $p<0,001$) в сравнении с его показателями у здоровых (2,9±0,05 г/л) и пациенток с воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки без гнойной деструкции тканей (2,95±0,13 г/л).

Исследование диагностической специфичности и чувствительности СОЭ как показателя гнойно-некротической деструкции, выявило оптимальное его значение на границе 23 мм/ч. Показатели СОЭ > 23 мм/ч свидетельствуют о наличии гнойно-некротической деструкции с диагностической чувствительностью теста – 80,8% и специфичностью – 73,1%. Оптимальное значение диагностической чувствительности и специфичности показателей ФБГ определялось на границе 4,3 г/л. В соответствии с этим, при содержании ФБГ > 4,3 г/л высока вероятность гнойно-некротической деструкции (Se=96,2%; Sp=92,3%). При исследовании диагностической чувствительности и специфичности показателей ЛФ оптимальное значение показателя определялось на границе 2,2 мкг/мл. Превышение уровня ЛФ > 2,2 мкг/мл указывало на наличие гнойно-некротической деструкции в придатках матки, в то время снижение концентрации белка менее 2,2 мкг/мл соответствовало отсутствию последней (Se=92,3%; Sp=92,3%).

Ранжирование значений чувствительности и специфичности каждого из представленных показателей установило приоритетность ФБГ и ЛФ в качестве критериев гнойно-некротической деструкции в придатках матки при воспалительных процессах внутренних половых органов: ФБГ (Se=96,2%) > ЛФ (Se=92,3%) > СОЭ (Se=80,8%); ФБГ (Sp=92,3%) > ЛФ (Sp=92,3%) > СОЭ (Sp=73,1%).

Таким образом, результатами нашего исследования доказана целесообразность использования острофазных белков (ФБГ и ЛФ) в качестве маркеров гнойно-некротической де-

струкции в органах при наличии воспалительных образований придатков матки. Это позволит оптимизировать методы дифференциальной диагностики и выбор лечебной программы у больных с осложненными формами воспалительных процессов в придатках матки.

К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ МИОМЫ МАТКИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шрамкова И.А., Шварев Е.Г., Дикарева Л.В.

Россия, г. Астрахань, ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии ФПО

Актуальность. Считается, что миома матки (ММ) является самым распространенным доброкачественным новообразованием органов женской репродуктивной системы. По данным литературы ее удельный вес в структуре гинекологической заболеваемости увеличился за последние десятилетия до 30-35%, при этом отмечена тенденция к «омоложению» контингентов заболевших.

Цель исследования: изучить тенденцию заболеваемости ММ в Астраханской области и дать ей соответствующую клиническую оценку.

Материалы и методы исследования. Для установления существующей тенденции заболеваемости данной опухолью было проведено сплошное ретроспективное исследование с использованием материала ведущих гинекологических стационаров г. Астрахани за период с 1997 по 2006 гг. Показатели заболеваемости ММ изучались по сведениям из медицинских карт стационарного больного (учетная форма №003/у), протоколов операций, патогистологических заключений исследованного операционного материала, данных УЗИ. Для оценки частоты заболевания ММ рассчитывались «грубый» (все возраста) показатель и повозрастные показатели.

Результаты исследования. Установленный уровень заболеваемости ММ, рассчитанный на 100 000 женского населения Астраханской области, за период с 1997 по 2004 гг. имел отчетливую тенденцию к росту. Так, если в 1997 г. «грубый» показатель составлял 197,2 0/0000, то в 2004 г. он уже достиг 284,1 0/0000, а к 2006 г. снизился до 241,8 0/0000.

Рассматривая динамику повозрастной частоты заболевания ММ за период с 1997 по 2006 гг., можно заключить, что наиболее высокий рост показателя отмечался в возрастной группе 15-34 года. Темп его прироста в данной группе за 10 лет составил 191,2%. В последующем возрастном интервале 35-44 лет динамика роста частоты заболевания ММ существенно снизилась (темп прироста показателя составил 28,4%). А в возрастных группах 45-49 и 50-54 лет за период с 1997 по 2006 гг. обнаружена уже явная тенденция к снижению показателя (темп убыли составил 22,1% и 41,3% соответственно). Однако в возрасте старше 55 лет вновь появилась выраженная динамика роста частоты заболевания ММ, где темп прироста показателя составил 65,9%.

По мнению ряда исследователей, триггерными факторами, инициирующими и поддерживающими развитие ММ, являются хронические воспалительные очаги в миометрии, ЗППП, механические повреждения матки вследствие инвазивных акушерских и гинекологических вмешательств. Наиболее вероятно, что воздействию указанных факторов риска максимально подвержены женщины детородного возраста. Именно поэтому в раннем и среднем репродуктивном периоде, по нашим данным, отмечен наиболее высокий темп роста частоты заболевания ММ.

С 1997 по 2006 гг. было проанализировано повозрастное распределение больных ММ в Астраханской области. Показано, что в возрастной группе 0-24 года выявлены единичные случаи ММ, что составило 0,6% от числа всех больных ММ. Среди женщин в возрасте 25-29 и 30-34 лет доля больных ММ была 2,3% и 5,5% соответственно. Нарастание количества больных ММ происходило в основном за счет женщин в возрастных группах 35-39 лет (12,8%) и 40-44 лет (26,7%). Максимальное число случаев ММ регистрировалось в возрастной группе 45-49 лет (30,8%), а после 50-летнего возраста отмечено уменьшение числа больных этой опухолью. Так, в группе 50-54 года доля больных ММ составила 16,9%, а в 55-59 лет – 3,0%, с последующим ее снижением к 70-79 годам до 0,1%. Среди пациенток 80 лет и старше случаи выявления ММ зарегистрированы не были.

Таким образом, доля больных ММ репродуктивного возраста составила 47,9%, пременопаузального – 30,8%, а мено- и постменопаузального – 21,4%.

Следует отметить, что за период с 1997 по 2006 гг. произошло увеличение доли больных ММ в возрасте 15-34 года с 6,0% до 16,1% ($p<0,001$), а в мено- и постменопаузальном периоде – с 17,7% до 20,1% ($p>0,05$). Именно с этим связана тенденция к снижению за исследуемый период доли больных в возрасте 35-44 лет (с 43,4% в 1997 г. до 37,9% в 2006 г., $p<0,01$) и доли больных пременопаузального периода (45-49 лет) (с 32,9% в 1997 г. до 25,9% в 2006 г., $p<0,001$).

Таким образом, снижение количества больных ММ позднего репродуктивного возраста (35-44 лет) и пременопаузального возраста (45-49 лет) происходило, с одной стороны, за счет нарастания удельного веса пациенток раннего и среднего репродуктивного возраста, что свидетельствует о формировании процесса «омоложения» контингентов заболевших. С другой стороны, увеличение удельного веса больных ММ мено- и постменопаузального возраста связано с нарастанием количества больных, у которых эта опухоль сочеталась с новообразованиями яичников, гиперпластическими процессами и даже раком эндометрия. Это диктует необходимость соблюдения максимальной онкологической настороженности у пациентов этой возрастной группы с целью выявления первично-множественной предопухолевой и опухолевой патологии репродуктивных органов.

Заключение. При наличии достоверной динамики роста заболеваемости ММ за период с 1997 по 2006 гг., пик данного показателя стабильно регистрировался в возрастной группе 45-49 лет.

Несмотря на то, что в возрасте 45 лет и старше находились 52,1% больных данной опухолью, почти каждый второй случай ММ (47,9%) был выявлен в репродуктивном возрасте. На популяционном уровне это представляет большую величину и приобретает особую медико-социальную значимость.

При этом за истекший период отмечено снижение доли больных ММ позднего репродуктивного возраста (35-44 лет) и пременопаузального возраста (45-49 лет), что обусловлено нарастанием удельного веса больных раннего и среднего репродуктивного возраста, а с другой стороны, увеличением доли больных мено- и постменопаузального периода.

Представленные данные позволяют предположить, что с учетом сформировавшейся тенденции к «омоложению» контингентов заболевших на современном этапе ММ должна довольно часто регистрироваться в раннем репродуктивном возрасте. Следовательно, это дает повод ожидать в ряде случаев ее сочетания с беременностью. Данное сочетание указывает на значение раннего репродуктивного возраста как наиболее оптимального периода для выявления этой опухоли в группах риска. Раннее выявление ММ позволяет рассчитывать на проведение своевременного органосберегающего лечения и, тем самым, сохранение репродуктивной функции женщины.

Важно отметить, что именно доброкачественные опухоли, по мнению ряда исследователей, следует рассматривать как промежуточную стадию в ряду патологических изменений, приводящих в дальнейшем при наличии определенных усло-

вий к предопухолевой и опухолевой трансформации, а ММ - как клинический маркер возможного существования других ГЗО репродуктивной системы (полинеоплазий). Это диктует необходимость онкологической настороженности клиницистов по отношению к больным ММ не только в пре- и постменопаузе, но и в раннем репродуктивном возрасте.

Данное обстоятельство указывает на необходимость проведения комплекса диагностических и профилактических мероприятий в женской популяции (особенно в группах риска), начиная с лиц раннего и среднего репродуктивного возраста, для своевременного выявления доброкачественной патологии мио-эндометрия, определения возможности ее органосберегающего лечения и, тем самым, профилактики развития в дальнейшем злокачественных новообразований гениталий.

ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА

Шуляк И. Ю.

МЗ и СР РФ МГМСУ, Кафедра Репродуктивной Медицины и Хирургии ФПДО

Проблема эндометриоза по-прежнему заставляет медицинскую науку сосредоточится на выявлении этиопатогенеза, закономерностей течения заболевания, на поиске новых возможностей диагностики и путей повышения эффективности лечения. Результаты многочисленных исследований в области генетики, эндокринологии, иммунологии, морфологии эндометриоза, хотя и повышают наши знания, все же пока не позволяют обосновать кардинально новые подходы к диагностике и лечению этого заболевания.

Одной из наиболее частых причин обращения больных эндометриозом за врачебной помощью является бесплодие. Для отдельных вариантов эндометриоза, характеризующихся серьезными нарушениями анатомических структур в области придатков матки, доказано, что бесплодие является прямым следствием таких повреждений как спаечная деформация фимбрий, полная изоляция яичников периовариальными спайками, прямое повреждение тканей яичников эндометриоидными кистами, окклюзия фаллопиевых труб и др..

Некоторые причины бесплодия женщин, страдающих эндометриозом, несмотря на результаты многочисленных исследований, проведенных в разных странах, остаются не ясными. С появлением методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) появилась возможность изучать особенности воздействия эндометриоза на такие стадии репродуктивного процесса как фолликулогенез, оплодотворение, развитие эмбриона и его имплантация. Данные по результатам использования ВРТ у женщин с эндометриозом противоречивы, также как и исследования, посвященные изучению состава фолликулярной жидкости, уровня апоптоза и некроза в гранулезных клетках фолликулов женщин, больных эндометриозом.

Накоплено большое количество работ, посвященных различным аспектам фолликулогенеза (исследованы морфофункциональные и генетические характеристики оогенеза, фолликулогенеза, ультраструктуры и дегенерации женских половых клеток, показана роль факторов роста, проапоптотических и антиапоптотических факторов, был выделен фактор ооцита: CDF-9, морфогенетический протеин кости МВР-15 и 6, фактор роста фибробластов 8, ТФР в2, играющих важную роль в процессе фолликулогенеза, большой интерес уделяется антимюллеровому гормону, как маркеру старения яичников и истощения овариального резерва и многое др.) но некоторые вопросы до сих пор остаются не ясными. Все вышеизложенное диктует необходимость углубленного поиска критериев, характеризующих состояние репродуктивной системы женщин с эндометриозом. Целью настоящего исследования является изучение состояния фолликулярного аппарата яичников женщин, больных эндометриозом.

Материалы и методы. На данном этапе проведено исследование гистологических препаратов яичников 26 женщин, возраст пациенток 20-55 лет. Подсчет фолликулов проводили по методу, предложенному для парафиновых срезов яичников Л.Ф.Курило и З.Ш.Схиртладзе. В качестве контроля использовали установленные этими исследователями средние значения примордиальных и растущих фолликулов для здоровых женщин. Результаты исследования. При изучении срезов биопсии яичников просмотрено 4297 полей зрения, в среднем на один гистопрепарат было просмотрено до 165 полей зрения. В исследованных гистологических препаратах отмечается тенденция к снижению количества примордиальных фолликулов у женщин 18-35 лет (число данных фолликулов снижено на 72 % по сравнению с условной нормой) и растущих фолликулов в яичниках женщин двух возрастных групп (показатель растущих фолликулов уменьшен на 36% в группе женшин 18-35 лет и на 87,5% у женщин 36-55 лет). Можно предположить, что это результат непосредственного поражения ткани яичника эндометриоидным процессом, либо нарушение формирования фолликулярного аппарата в эмбриональном периоде у девочек с генетической предрасположенностью к эндометриозу.

Исследование и набор материала продолжается, предполагается также оценить степень дегенеративных процессов в гранулезных клетках фолликулов, выраженность соединительнотканных элементов в ткани яичника. По результатам работы планируется оценить процесс фолликулогенеза у больных эндометриозом, а также определить медицинские показания к проведению биопсии яичников для определения овариального резерва у данного контингента больных. Результат этой работы может быть важен при выборе индивидуальных схем ВРТ, а также позволит прогнозировать успех проводимой терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Щукина Н.А., Будыкина Т.С., Пескова Е.О., Горшилин А.В.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Цель работы: оптимизация лечения гинекологических больных с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза (острыми ВЗОМТ) за счет коррекции иммунных нарушений.

Методы: обследовано 45 пациенток с острыми ВЗОМТ, средний возраст которых составил 22 года. Все пациентки имели острый эндометрит, сальпингоофорит, из них в 17,8% случаев имелись осложнения: у 6,7% – острый пельвиоперитонит, у 11,1% - гнойное тубооваривальное образование. Использованы клинические, биохимические, микробиологические, ультразвуковые и иммуноферментные методы. У 75,6% больных нами выявлена вторичная, преимущественно условнопатогенная флора в ассоциации с атипичными возбудителями. Особенностями клинического течения ВЗОМТ в современных условиях является «стертая» клиническая и лабораторная симптоматика: фебрильная температура при поступлении наблюдалась только у 17,8% больных, ни у одной больной (даже с пельвиоперитонитом) число лейкоцитов не превышало верхней границы нормы, лимфопения наблюда-

лась в 12% случаев. Все больные получали стандартное лечение: антибиотики широкого спектра действия, противовоспалительную, инфузионную и симптоматическую терапию. Все пациентки были подразделены на 3 подгруппы:

Группа Iа - 12 больных, которым с первых суток лечения в комплекс стандартной терапии был включен препарат «Галавит» по следующей схеме: в первый день лечения по 0.2 в\м, затем три дня по 0.1 в\м ежедневно, затем по 0.1 в\м через день.

Группа Iб - 15 больных, которым с первых суток лечения был включен препарат «Виферон-2» (человеческий рекомбинантный интерферон 2 в суточной дозе 1000000 МЕ (по 500000 МЕ х 2 раза) ректально в течение 10 дней;

Группа Iв - 18 больных с острыми ВЗОМТ, которым проводилось стандартное лечение без применения иммунокорректоров.

Обсуждение: клинически при использовании иммунокорректоров с первого дня лечения нами наблюдалось более раннее купирование явлений интоксикации и болевого синдрома, улучшение психосоматического состояния, выражавшееся в уменьшении слабости и появлении положительного настроения, особено выраженное в группе 1а. Клиническое улучшение состояния на фоне проводимой терапии наступило в среднем с 2 - 3 суток, контрольной – с 4 суток. Пациентки основных групп выписаны из стационара на 10 сутки, контрольной – на 12.

Для оценки иммунокорригирующих свойств примененных препаратов нами использован метод твердофазного иммуноферментного анализа. Известно, что физиологическая продукция естественных антител класса IgG к белкам ОБМ, S 100, АСВР 14\18, МР-65 варьирует от -15 до +40 условных единиц и изменяется под влиянием различных неблагоприятных факторов. У 69% больных с острыми ВЗОМТ до лечения продукция естественных аутоантител к аутоантигенам ОБМ, S-100, МР-65, АСВР 14\18 была умеренно снижена. При лечении Галавитом на 14 сутки показатели были близки к норме, через 30 дней данные показатели были оптимальными и находились в пределах от +17 до + 33 усл. ед. Аналогичные положительные изменения наблюдались нами и при лечении Вифероном - 2. При проведении стандартной терапии через 14 дней определялось достоверное однонаправленное снижение уровня исследуемых аутоантител: ОБМ с +5, до -49, S100 с -6 до-52, МР-65 с -3 до –55 и АСВР 14/18 с -5 до -54, что свидетельствовало о декомпенсации звеньев гуморального звена иммунитета к исходу острого воспалительного процесса при видимом клиническом благополучии (все пациентки в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара). За период наблюдения (18 месяцев) повторно поступили в стационар 2(16,7%) пациентки из подгруппы, получившие Галавит, 3(20%) – получившие виферонтерапию и 9(50%) - стандартную терапию.

Выводы: одной из причин хронизации воспалительного процесса у гинекологических больных являются некорригированные иммунные нарушения. Наши исследования свидетельствуют о необходимости включения иммунокорригирующей терапии в комплекс стандартного лечения острых ВЗОМТ. Применение в комплексе стандартного лечения препаратов Галавит и Виферон -2 улучшает течение и исход острых ВЗОМТ (способствует снижению частоты рецидива заболевания в 3 и 2,5 раза соответственно). Пациенткам, не получившим иммунокорригирующую терапию в стационаре, целесообразно ее проведение в амбулаторных условиях сразу после выписки.

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Эфендиев М.М.

Россия, Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН

Обменные нарушения, имеющие место при гемической гипоксии, развивающейся при постгеморрагической анемии, создают благоприятные условия для активации различных патологических процессов в организме женщины, вызывая также нарушения в сосудисто-тромбоцитарном и плазменно-коагуляционном звеньях гемостаза. Кровезаменитель с функцией переноса кислорода – перфторан - хорошо зарекомендовал себя в качестве кровезаменителя с функцией переноса кислорода и углекислого газа для уменьшения затрат донорской крови и эритроцитарной массы, как противошоковое, противоишемическое и кардиопротекторное средство.

Целью исследования являлось повышение эффективности лечения и реабилитации женщин с постгеморрагической анемией.

Материалы и методы. Под нашим непосредственным наблюдением находилось 169 женщин с постгеморрагической анемией. Из них 119 женщин, в лечении которых применялся перфторан – основная группа и 50 женщин, в лечении которых применялись другие инфузионные среды и методы профилактики тромбоэмболических осложнений – контрольная группа. Производился общий клинический анализ крови, включавший определение гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов, ретикулоцитов, а также описание мазка крови в отношении морфологии эритроцитов.

Состояние центральной гемодинамики оценивали с помощью динамического эхокардиографического исследования с вычислением по программе L.Teicholz и соавт. интегральных показателей - ударного объема (УО), минутного объема сердца (МОС), объема циркулирующей крови (ОЦК), общего периферического сопротивления (ОПС), центрального венозного давления (ЦВД).

Результаты и их обсуждение. Восполнение кровопотери перфтораном и коллоидными растворами в исследуемых группах приводило и к восполнению ОЦК, но одновременно вызывало выраженную гемодилюцию. В связи с этим значительно снижалось содержание гемоглобина и эритроцитов в крови. Так, содержание гемоглобина крови через час после переливания перфторана снижалось на 17,2%. Аналогичную гемодилюцию мы наблюдали в контрольной группе. В первый час после переливания препарата содержание Hb уменьшалось на 16,3% ($p<0,05$). Однако в последующем, в основной группе концентрация Hb оказалась выше в основной группе, чем в контрольной. Содержание эритроцитов в крови у больных, получавших перфторан, уменьшалось с 2,8±0,14 до 2,2±0,07 1012/л ($p<0,05$). На третьи сутки количество эритроцитов в основной группе составило 3,1±0,51 1012/л в основной группе и 2,9±1,01 1012/л в контрольной.

Было отмечено, что ретикулоцитарный криз (компенсаторное увеличение концентрации ретикулоцитов после кровопотери) в основной группе наблюдался на 3-е сутки и проявлялся увеличением числа ретикулоцитов в 2,7 раза относительно исходных значений, а в контрольной группе – в 1,4 раза. Различия в динамике концентрации ретикулоцитов в основной и контрольной группах определялись меньшими расстройствами микроциркуляции после применения перфторана, а также улучшением газотранспортной функции крови, способствующей активации обменных процессов в тканях организма, в том числе и в органах кроветворения.

Наши исследования выявили, что инфузии перфторана приводят к быстрому подъему и стабилизации артериального давления и длительному удерживанию его на этом уровне. Происходит также урежение частоты пульса, ликвидируется периферический сосудистый спазм. Перфторан предупреждает развитие гиперволемических осложнений (отека легкого), секвестрирования и депонирования крови, что позволяет быстрее и лучше восстановить кровообращение. Клинически нами отмечено увеличение наполнения пульса и подкожных вен, потепление кожных покровов и восстановление диуреза. Как показали исследования центральной и периферической гемодинамики, улучшение гемодинамических показателей наблюдалось уже через 20-30 минут после начала инфузий перфторана.

При введении перфторана частота сердечных сокращений (ЧСС) через 30 минут уменьшалась с 107,2±8,1 до 95,5±7,2 уд./мин. При дальнейшем введении переносчика кислорода она менялась незначительно и к концу инфузии составляла (через час) 96,7±10,4 уд./мин. Благоприятное действие перфторана на сердечную деятельность мы связываем с его положительным влиянием непосредственно на сократительную способность миокарда. С увеличением ударного объема при переливании перфторана увеличивался и минутный объем сердца - с 4,1±0,7 до 5,4±0,4 л/мин. Через сутки после переливания перфторана МОС оставался в пределах 5,6±0,7 л/мин.

Уже через час от начала введения перфторана происходило увеличение ОПС до 1182,7±21,5 кПа кг с/мл ($p<0,05$). На следующие сутки после переливания перфторана ОПС продолжало достоверно увеличиваться, но не превышало нормальных показателей – 1244,1±52,0 кПа кг с/мл. Такой положительный эффект перфторана следует связать с его способностью увеличивать электрофоретическую подвижность эритроцитов, вследствие нарастания их поверхностного заряда. Эта способность перфторана лежит в основе снижения вязкости крови, дезагрегации эритроцитов и улучшения микроциркуляции.

Таким образом, наш опыт применения перфторана в клинике показал, что использование препарата при массивной кровопотере обеспечивает адекватный метаболическим потребностям организма транспорт кислорода, существенно дополняя эффект гемотрансфузий.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭС-ТЕРАПИИ

Юдин С.А., Андреева М.В., Андреев В.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет,

Актуальность темы. Частота обнаружения лейомиомы матки у женщин колеблется от 20 до 77% (И.С. Сидорова, 2003). Оперативные вмешательства по поводу миомы матки проводятся у 50-75% пациенток гинекологических стационаров (Е.М. Вихляева, 2004). Радикальные операции сопровождаются значительной хирургической травмой, кровопотерей, нарушением функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы, снижением качества жизни (В.И. Кулаков с соавт., 1999). Работы по применению ТЭС для профилактики послеоперационных осложнений у больных миомой матки единичные. Некоторые аспекты этого метода лечения данного контингента пациенток с миомной болезнью после операции еще не изучены.

Цель работы - усовершенствование комплексной профилактики послеоперационных осложнений у больных миомой матки с использованием транскраниальной электростимуляции.

Материал и методы. Для решения поставленных задач нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение 135 пациенток с лейомиомой матки, подвергшихся оперативному лечению в объеме надвлагалищной ампутации или экстирпации матки с удалением или сохранением её придатков. В основную группу включено 70 пациенток, в комплекс послеоперационного ведения которых был включен метод транскраниальной стимуляции эндорфинных структур головного мозга (ТЭС). Группу сравнения составили 65 пациенток, получавших стандартный объем медикаментозной терапии в послеоперационном периоде. Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у больных обеих групп сравнения осуществлялось на основе алгоритма интегральной оценки функционального состояния ВНС по Баевскому Р.М. с соавт. (1995). Оценка психологического профиля личности у пациенток сравниваемых групп производилась при помощи Миннесотского опросника (MMPI). Степень психической и физической утомляемости у пациенток обеих групп до и после операции определялась по визуально-аналогово-дискретной шкале утомляемости (ВАДШУ). Оценка качества жизни у больных групп сравнения проводилась через 3, 6, 12 месяцев после операции дистанционным методом с помощью анкеты «Вопросник качества жизни женщин» (В.И. Кулаков с соавт., 1999).

Результаты исследования. Проводимая традиционная профилактика послеоперационных осложнений не сопровождалась нормализацией вегетативной регуляции. Об этом свидетельствовал ряд показателей исследования функционального состояния ВНС больных миомой матки в послеоперационном периоде на основе анализа вариабельности ритма сердца. Так средний показатель Х, отражающий уровень функционирования парасимпатического отдела ВНС у больных миомой матки после операции, был ниже (118,25±5,49 мс.), чем в норме (120-300 мс.). Средний показатель индекса вегетативного равновесия (ИВР), отражающий соотношение между активностью симпатического и парасимпатического отделов ВНС, у больных миомой матки после операции был значительно выше (791,84±36,80 у.е), чем в норме (100-300 у.е.). Средний показатель индекса напряжения (ИН), отражающий степень централизации управления сердечным ритмом, у пациенток после операции был значительно выше (547,32±34,72 у.е.), чем в норме (50-200 у.е.).

Из представленных данных следует, что согласно результатам тестов ММР , у пациенток обеих групп до операции отмечался достаточно высокий уровень скрытой депрессии, ипохондрии, тревожности. Как показал анализ показателей послеоперационного психодиагностического тестирования (усредненных значений профилей в Т-баллах), в обеих сравниваемых группах отмечено снижение абсолютных значений профилей по большинству клинических шкал. Полученные результаты свидетельствуют о некотором улучшении психологического состояния у пациенток обеих групп после проведенного оперативного лечения. Однако наиболее значимые изменения получены при оценке средних значений по шкалам невротической триады (1-я – ипохондрия, 2-я – депрессия, 3-я – истерия), а также по 7-й шкале – психостения. По мнению Л.Н. Собчика (1971), уровень Т-баллов, полученный по данным шкалам, в полной мере отражает уровень невротизации личности. Снижение профилей абсолютных значений по данным шкалам до уровня достоверной значимости указывает на появление положительных тенденций в психологическом состоянии у больных основной группы под влиянием проведенной ТЭС-терапии по сравнению с контрольной группой ($P<0,05$).

При исследовании по ВАДШУ уровня физической и психической утомляемости, установлено, что средний их показатель у пациенток основной группы к моменту выписки из стационара был достоверно ниже, чем у больных в группе контроля (соответственно 3,37±0,84 балла и 5,87±1,71 балла, P<0,05).

Оценка качества жизни пациенток, прооперированных по поводу миомы матки, очень актуальна. Она позволяет выявить факторы, в результате действия которых происходит снижение качества жизни таких больных, и, следовательно, проводить соответствующие медико-профилактические мероприятия.

Анализ результатов анкетирования пациенток с миомой матки через 3 месяца после оперативного лечения показал следующее. Оценки 5 основных категорий качества жизни, а также общей самооценки состояния здоровья и качества жизни больных, получивших в послеоперационном периоде курс ТЭС-терапии, были достоверно лучше, чем у пациенток контрольной группы. Это касается показателей таких основных категорий, как физическая активность (1,78 балла, в контроле - 2,45 балла, P<0,05), психическое состояние (2,01 балла, в контроле - 2,58 балла, P<0,05), социальное функционирование (1,32 балла, в контроле – 1,74 балла, P<0,05), ролевое функционирование (1,14 балла, в контроле - 1,60 балла, P<0,05), сексуальное функционирование (1,62 балла, в контроле – 2,21 балла, P<0,05). В результате проведенного курса ТЭС-терапии у больных основной группы стали достоверно лучше показатели общей самооценки состояния здоровья (1,02 балла, в контроле - 2,08 балла, P<0,05), а также показатели общей самооценки качества жизни (1,15 балла, в контроле – 2,10 балла, P<0,05).

Выводы. 1. У больных миомой матки в раннем послеоперационном периоде сохранялась повышенная активность тонуса симпатического отдела ВНС.

2. Проведенный сравнительный анализ психоэмоционального профиля личности больных миомой матки в послеоперационном периоде на момент выписки из стационара показал, что под влиянием ТЭС-терапии улучшаются показатели психологического тестирования в основной группе по сравнению с контрольной.

3. Подтверждено положительное влияние ТЭС-терапии на снижение уровня показателя, отражающего психическую и физическую утомляемость больных миомой матки в раннем послеоперационном периоде, а также на ускорение восстановления их физических и психических возможностей. Это можно объяснить особенностью выраженного антистрессорного действия ТЭС-терапии, на которую указывает ряд авторов (В.П. Лебедев с соавт., 1999; В.П. Лебедев, 2003).

4. Полученные результаты свидетельствуют о благоприятном влиянии ТЭС-терапии на категории, отражающие качество жизни женщин основной группы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ И ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Юрматова Н.В.

ФГУ Научный центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Для выбора оптимальной тактики ведения больных с доброкачественными новообразованиями яичников и внутриматочной патологией нами было проведено комплексное обследование и оперативное лечение 177 пациенток. Из них 105 составили женщины с истинными доброкачественными опухолями яичников и 72 – с опухолевидными ретенционными кистами яичников.

Диагноз доброкачественных и ретенционных новообразований яичников был поставлен при патоморфологическом исследовании по международной гистологической классификации ВОЗ 1977 и 1999г.

Все больные находились в гинекологических отделениях ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы, где им было проведено общеклиническое и специальное гинекологическое исследование с тщательным изучением жалоб, анамнеза и истории развития заболевания.

Из 105 обследованных женщин с доброкачественными новообразованиями яичников 58 (55,2%) женщин имели внутриматочную патологию.

Больные с доброкачественными новообразованиями яичников и внутриматочной патологией были в возрасте от 23 до 79 лет.

Наиболее часто доброкачественные новообразования яичников и внутриматочная патология встречались у женщин в возрасте от 40 до 59 лет (36- 62,1%). Из них на первом месте возраст от 40 до 49 лет (19-32,8%), на втором – от 50 до 59 лет (17- 29,3%), на третьем – от 60 до 69 лет (9 – 15,5%).

Основная масса больных с цистаденомами яичников была в возрасте от 50 лет и выше (30женщин - 66,7%) больных, средний возраст больных составил 52,3 ± 0, 4 года;

с опухолями стромы полового тяжа – от 40 лет и более (3 женщины – 60,05), средний возраст – 51,2 ± 0,6 год; с зрелыми тератомами – от 40 лет до 49 лет (5 женщин – 62,50%), средний возраст – 41, ± 0,6 год.

При поступлении в клинику жалобы предъявляли 41 (91, 1%) женщина: 31 – с цистаденомами, 5- с опухолями стромы полового тяжа, 5- с зрелыми тератомами. В основном это были жалобы на боли внизу живота и на нарушение менструального цикла. Жалоб не было у 17 (8, 9%) женщин: у 14 – с цистаденомами, у 3 – с зрелыми тератомами.

Женщины с цистаденомами жаловались на боли внизу живота (15 женщин) и на нарушение менструального цикла (16 женщин).

Женщин с опухолями стромы полового тяжа беспокоили боли внизу живота (3), нарушение менструального цикла (1), бесплодие (1).

Женщины с зрелыми тератомами обращали внимание на боли внизу живота (3) и нарушение менструального цикла (2).

Наследственность была отягощена у 12 (20,7%) женщин. У 10 женщин с цистаденомами у ближайших родственников отмечены рак почки (1), рак печени (1), рак желудка (3), рак молочной железы (1), рак гортани (1), рак легкого (2), рак кишечника (2), сахарный диабет (2), порок сердца (1). У 1 женщины с опухолью стромы полового тяжа у отца был рак мочевого пузыря, у 1 женщины с тератомой яичника – туберкулез легких.

При изучении перенесенных заболеваний отмечено, что они были у 52 (89,7%) женщин: у 45 - с цистаденомами, у 4 – с опухолями стромы полового тяжа, у 5 – с ткратомами. Это были следующие заболевания: гайморит (1), тонзиллит (6), бронхит (8), пневмония (5), гастрит (11), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (5), холецистит(7), полип желудка (1), пиелонефрит (2), ревмокардит (1), тромбофлебит вен нижних конечностей (2), болезнь Боткина (2), рожа нижней конечности (1), паховая грыжа (1), малярия (1), мастопатия(1), узел щитовидной железы (2), аппендицит (7).

У 22 женщин имели место операции: у 17 – с цистаденомами, у 1- с опухолями стромы полового тяжа, у 4 – с тератомами яичника. Операции были следующие: тонзилэктомия (6), аппендэктомия (7), холецистэктомия (3), резекция щитовидной железы (2), резекция молочной железы (1), грыжесечение паховой грыжи (1), удаление полипов желудка (1).

Средний возраст наступления менархе у исследуемых больных с цистаденомами составил 13,0 ± 0,1 лет, с опухолями стромы полового тяжа – 12,8 ± 0,3 лет, с тератомами – 13,1 ± 0, 2 лет.

При анализе становления менструальной функции у больных с цистаденомами выявлено, что регулярный менструальный цикл установился сразу у 42 (93,3%), не установился – у 3; у больных с опухолями стромы полового тяжа установился сразу у 4

(80,0%) женщин, не установился – у 1 пациентки с фибромой яичника; у больных с тератомами регулярный менструальный цикл установился у 7 (87,5%) женщин и не установился – у 1.

Средняя продолжительность менсртуаций составила у женщин с цистаденомами 4,9 ± 0,09 дней, с опухолями стромы полового тяжа – 5,2 ± 0,2 дня, с тератомами яичников – 4,8 ± 0,1 дня.

Во время обследования установлено, что нарушения менструального цикла были у 16 пациенток с цистаденомами, у 2 – опухолями стромы полового тяжа (фиброма яичника, гранулезоклеточная опухоль), у 2 – с тератомами яичников. Клинические формы нарушения менструальной функции проявлялись в виде олигоменореи, гиперменорреи, менометроррагии. У больных с цистаденомами олигоменорея была у 9, менометроррагия – у 7; у больных с опухолями стромы полового тяжа олигоменорея – у 1, гиперменорея – у 1; у больных с тератомами яичников олигоменорея – у 2.

Постменопауза к моменту обследования наступила у 22 (37,9%) женщин: у 19 с цистаденомами длительностью от 3 до 25 лет, у 2 с опухолями стромы полового тяжа

(гранулезоклеточные опухоли) длительностью от 5 до 29 лет, у 1 с тератомой яичника длительностью 3 года.

У 55 женщин с доброкачественными новообразованиями яичников и внутриматочной патологией было 220 беременностей: 172 (78,2%) у женщин с цистаденомами, 13 (5,9%) – у женщин с опухолями стромы полового тяжа, 35 (15,9%) – у женщин с тератомами яичников.

Из 55 женщин, имевших беременности, 48 (87,3%) женщин были рожавшими, 7 (12,7%) – нерожавшими. Среди рожавших одни роды были у 21 женщины, двое – у 20, трое – у 3.

Внематочная беременность, локализовавшаяся в маточных трубах, наблюдалась у 3-х женщин: у 2 женщин с цистаденомами и у 1 женщины с гранулозоклеточной опухолью.

Различные гинекологические заболевания, перенесенные ранее, были у 48 женщин: эрозия шейки матки (27), хронический эндоцервицит (1), полипы эндоцервикса (4), хронический эндометрит (2), хронический сальпингит (16), дисфункция яичников (6), кисты и поликистозные яичники (4), кондиломатоз (2), трубная беременность (3).

Из 58 больных 18 (31%) перенесли различные гинекологические операции: 15 женщин с цистаденомами, 3 – с опухолями стромы полового тяжа, у женщин с тератомами гинекологических операций не было ни в одном случае.

Перенесенные гинекологические операции у больных с цистаденомами были следующие: односторонняя аднексэктомия (1), двухсторонняя резекция яичников (1), односторонняя сальпингэктомия (2), удаление полипа цервикального канала (4), удаление кондилом (2), диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия (7). Больные с опухолями стромы полового тяжа перенесли операции односторонней сальпингэктомии (1), двухсторонней сальпингэктомии (1), односторонней резекции яичника (1), двухсторонней резекции яичников (1), ампутации шейки матки (1).

В результате обследования установлено: в группе больных с доброкачественными новообразованиями яичников у 58(55,2%) обследуемых имели внутриматочную патологию.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЭНДОМЕТРИТОВ

Юровская В.П., Алубаева Н.Г., Богданова Т. В., Калинина И.Ю., Евдокимова Е.П., Евдокимова Е.Г., Подгорный И.В.

Россия, Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет

Введение. Актуальной проблемой гинекологии является лечение и профилактика хронических рецидивирующих эндометритов. Причинами частого рецидивирования являются нерациональное, многократное использование антибактериальных препаратов без учета микробиологического состава флоры и ее индивидуальной чувствительности. При этом происходит культивирование новых антибиотикорезистентных штаммов, активация условно-патогенной флоры, угнетение функции иммунной системы и, как следствие, возникновение вторичного иммунодефицита. Учитывая дисбаланс в иммунной системе при хронизации процесса, возникает необходимость использования иммунокорректоров. Одним из таких препаратов является полиоксидоний – высокомолекулярный иммуномодулятор, полученный с помощью направленного химического синтеза. Препарат близок по химическому строению к веществам природного происхождения, обладает широким спектром и воздействием на организм: иммуномодулирующим, детоксикационным, антиоксидантным и мембранопротективным действиями.

Цель исследования: изучено влияние полиоксидония на течение хронического рецидивирующего эндометрита. Материалы и методы: было пролечено 85 женщин с хроническим рецидивирующим эндометритом и бесплодием. Диагноз был подтвержден путем проведения гистероскопии с прицельной биопсией и гистоанализом полученного материала. Помимо этого проводился целый спектр клинико-диагностических мероприятий для уточнения диагноза. Для оценки эффективности действия препарата пациентки были разделены на две группы: в первую основную группу вошли 49 женщин, у которых наряду с комплексной антибактериальной и противовоспалительной терапией применялся полиоксидоний по схеме: свечи 6 мг во влагалище на ночь в течение 10 дней. Во вторую, контрольную, группу вошло 36 женщин пролеченных без использования полиоксидония.

Обсуждение полученных результатов. В результате лечения выявлено, что клинические проявления воспалительного процесса в первой группе были купированы на 4,5 ± 1,5 день, а во второй - на 6,3 ± 1,3 день от начала лечения. Обильные слизистые или слизисто-гнойные бели у пациенток основной группы исчезали на 5,1 ± 1,4 день лечения, а во второй группе - на 7,3 ±1,5 день лечения. Нормализация температуры тела происходила у пациенток основной группы на 3,4 ± 1,8 день лечения, а у пациенток контрольной группы - на 5,1 ± 1,7 день лечения. Таким образом, по всем клиническим параметрам в первой группе излечение наступило на 2 дня раньше, чем во второй. Анализ результатов проведенного лечения выявил достоверное уменьшение рецидивов исследуемой патологии у женщин основной группы: через 6 месяцев после проведения лечения рецидив возник только у 2 женщин (4,1 %) основной группы, в то время как рецидив воспалительного заболевания у пациенток контрольной, группы зарегистрирован у 15 из 36 женщин (41,6 %). Обострение, как правило, наступало во время очередной менструации. Интересно отметить, что у 13 пациенток (26,5%) первой группы в течение года наступила беременность, в то время как данных за наступление беременности во второй группе в течении этого срока не отмечено.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о целесообразности проведения иммунокоррекции у больных с хроническим рецидивирующим эндометритом. Применение полиоксидония не только улучшает течение и исход, но и предупреждает возникновение рецидива, хронизации процесса и может положительно влиять на восстановление репродуктивной функции.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Юровская В.П., Казакова Ю.А., Калинина И.Ю., Евдокимова Е.П., Чеботарева Ю.Ю., Кочеткова И.П.

Россия, Ростов-на-Дону, Ростовский государственный медицинский университет

На протяжении пубертатного периода завершается формирование половых органов, вторичных половых признаков, созревание связей между уровнями репродуктивной системы женщины. Любые хронические заболевания, в том числе патология сердечно-сосудистой системы, могут оказывать неблагоприятное влияние на развитие репродуктивной системы девочки в этот критический период. Представляет интерес изучение возможного неблагоприятного влияния наличия пролапса митрального клапана у девочки-подростка на её половое развитие.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей полового развития девочек-подростков с пролапсом митрального клапана.

Для достижения указанной цели мы обследовали девочек 14-17 лет, из которых у 58 девочек манифестация указанной кардиальной патологии была выявлена в детстве, до наступления половой зрелости. Контрольную группу составили 96 практически здоровых девушек аналогичного возраста. Половое развитие обследованных характеризовали половой формулой (J. Tanner, 1969; Гуркин Ю.А., 2000; Коколина В.Ф., 2001), которая включает у девушек оценку лобкового и подмышечного оволосения, степень развития молочных желез и наличие менструаций. Учитывали также время появления вторичных половых признаков и последовательность их возникновения. При выявлении замедления или ускоренного развития на 1 год параметров, входящих в состав половой формулы мы характеризовали этот факт как умеренное отставание или опережение полового развития. Как правило, в таких случаях не соответствовали возрасту только 1 - 2 параметра из входящих в половую формулу.

В результате исследования было выявлено, что половое развитие, соответствующее возрасту среди практически здоровых девушек встречалось у 77 обследованных (80,1 %). Тогда как среди девушек с пролапсом митрального клапана соответствующее возрасту половое развитие было выявлено только у 10 (17,2 %).

Умеренное отставание полового развития среди девочек-подростков с пролапсом митрального клапана было выявлено у 40 (68,9 %) обследованных, а среди практически здоровых девушек - у 10 (10,5 %).

Среди девушек с пролапсом митрального клапана чаще встречались и случаи умеренного опережения полового развития – у 8 (13,8 %). Тогда как среди обследованных контрольной группы таких случаев было выявлено 9,3 %.

Также выявлено, что с возрастом доля девушек обеих групп с отставанием или опережением полового развития уменьшается за счет увеличения доли девушек с половым развитием, соответствующим возрасту. Но, несмотря на выявленную тенденцию, частота нарушений полового развития среди девушек с пролапсом митрального клапана к 17 годам остается достоверно выше, чем среди практически здоровых девушек: 13,7 % и 1,04 %, соответственно.

Полученные данные свидетельствуют, что к концу подросткового периода у 13,7 % девочек с пролапсом митрального клапана имеет место незавершенность периода полового развития, несоответствие полового развития календарному возрасту. В контрольной группе к 17 годам отмечено соответствие полового развития физиологическим возрастным нормам.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭКО В ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Яковлева Н.В.

Россия, г. Ленинск-Кузнецкий, Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научный центр охраны здоровья шахтеров»

Актуальность. Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья у женщин является актуальной проблемой в гинекологии. По данным многих исследователей, частота бесплодного брака в России составляет 15-17% и имеет тенденцию к росту. Наиболее современными методами лечения трубно-перитонеального бесплодия являются оперативные вмешательства и вспомогательные репродуктивные технологии. В нашей стране наиболее доступным методом лечения пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза является хирургия. Эффективность хирургического лечения бесплодия значительно повысилась после внедрения в клиническую практику новых технологий с использованием эндоскопической техники, операционного микроскопа, микрохирургических инструментов, современных шовных материалов. Однако, несмотря на внедрение в клинику высокотехнологичных методов лечения, возникающие в послеоперационном периоде осложнения в виде спаек, повторной окклюзии маточных труб ухудшают результаты сложнейших хирургических вмешательств.

Цель - повышение эффективности реконструктивно-пластических операций на органах малого таза за счет дифференцированного использования современных хирургических подходов в лечении женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза.

Материал и методы исследования. Мы проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 533 женщин, прооперированных по поводу бесплодия трубно-перитонеального генеза. Средний возраст пациенток составил 25,8±0,98 лет. Продолжительность бесплодия составила 7,5±0,2 года. Всем пациенткам было проведено комплексное обследование, которое включало: клинико-лабораторное обследование, инфекционный скрининг на ИППП, гормональный статус, бимануальное обследование, микробиологическое исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование, гистеросальпингографию, лапароскопию и гистероскопию. Одновременное выполнение лапароскопии и гистероскопии у данных пациенток позволило проводить полную диагностику причин бесплодия.

Результаты исследования. В результате проведенного клинико-лабораторного и инструментального обследования у всех женщин был выявлен трубно-перитонеальный фактор бесплодия, что связано с перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов - у 362 (68%) женщин, осложнениями после оперативных вмешательств – у 171 (32%). При ревизии органов малого таза у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием была выявлена раз-

личная патология: у 243 (45,6%) женщин были выявлены гидросальпинксы, у 246 (46,1%) – спаечный процесс в области фимбрий, у 44 (8,2%) - определялась непроходимость маточной трубы в проксимальном отделе. У всех женщин наблюдался спаечный процесс в полости малого таза различной степени выраженности. Спаечный процесс 3-4 степени был выявлен у 352 (66%) женщин. Сочетанная гинекологическая патология определена у 273 (51,2%) пациенток: кисты яичников наблюдались у 60 (11,3%) пациенток, очаги эндометриоза – у 65 (12,2%), миома матки - у 18 (3,4%), синдром поликистозных яичников – у 82 (15,3%). Внутриматочная патология обнаружена у 48 (9%) больных.

Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: сальпингоовариолизис – у 503 женщин, двусторонняя сальпингонеостомия – у 212, односторонняя сальпингонеостомия – у 31, фимбриопластика – у 246, микрохирургический трубный анастомоз – у 36, гистероскопическое бужирование устьев маточных труб – у 8. У большинства пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием (51,2%) выполнялись сочетанные оперативные вмешательства: резекция яичников – у 62 больных, вылущивание кист яичников – у 60, диатермокаутеризация яичников - у 22, резекция эндометриоидных гетеротопий - у 65, консервативная миомэктомия - у 18, полипэктомия - у 25, удаление синехий полости матки и рассечение перегородки матки - у 19, удаление фрагментов ВМК – у 4. При выполнении операций на маточных трубах использовали принципы реконструктивной микрохирургии: бережное обращение с тканями, тщательный гемостаз, применение точечной коагуляции и ареактивных шовных материалов, тщательное промывание полости малого таза растворами.

Эндоскопические оперативные вмешательства выполнены у 497 пациенток, в основном при непроходимости в дистальных отделах маточных труб. После вскрытия ампулярного отдела маточной трубы игольчатым монополяром осуществляли формирование стомы с фиксацией вывернутой стенки трубы к серозной оболочке круговой биполярной коагуляцией либо викриловыми швами для предотвращения окклюзии маточной трубы в послеоперационном периоде. Гистероскопическое бужирование маточных труб проведено при непроходимости в области устьев маточных труб под контролем лапароскопа для предотвращения перфорации маточной трубы.

Микрохирургические операции проведены совместно с микрохирургами у 36 женщин при непроходимости маточных труб в тубокорнуальном и истмическом отделах. При наложении трубного анастомоза использовали оптическое увеличение, микрохирургический инструментарий, тончайший шовный ареактивный материал, постоянное орошение операционного поля растворами. На первом этапе проводилось рассечение маточной трубы микроэлектродом, иссечение стеноза или непроходимого участка маточной трубы, а затем послойное восстановление мышечного и серозного слоев дексоном 9.0. При непроходимости в интрамуральном и верхней трети истмического отделов использовали стент, который вводили при помощи гистероскопа в устье маточной трубы и на нем проводили наложение швов. Стент удаляли на 7-8 сутки после операции, это значительно улучшило результаты операции.

Отдаленные результаты реконструктивно-пластических операций у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием оценены у 250 женщин по данным гистеросальпингографии и контрольной лапароскопии. Нормальная проходимость маточных труб наблюдалась в 78% (195) случаев. Реокклюзия маточных труб наступила у 22% (55) пациенток при выраженных патологических изменениях маточных труб на фоне инфекций, передаваемых половым путем. Значительное снижение проходимости маточных труб отмечено с ростом тяжести и выраженности спаечного процесса в полости малого таза. Наступление маточной беременности отмечали при I-II и III-IV степени выраженности спаечного процесса 46,8% (75) и 21,1% (19) соответственно. Из 94 беременностей срочными родами и рождением живых детей закончились 86 (89,5%), самопроизвольные выкидыши произошли у 3 пациенток, у 5 – выявлена неразвивающаяся беременность. Внематочная беременность наступила у 23 (9,2%) женщин.

Выводы. Как показывают результаты исследования, эффективность реконструктивно-пластических операций на маточных трубах зависит от состояния дистального отдела маточной трубы и выраженности спаечного процесса в полости малого таза. Использование принципов реконструктивной микрохирургии улучшает результаты хирургического лечения. Микрохирургический метод обладает преимуществами при наложении анастомоза в проксимальных отделах маточных труб за счет большого увеличения и более точного сопоставления тканей. Гистероскопическое бужирование маточных труб эффективно при наличии синехий в матке и в области устьев маточных труб. Лапароскопический метод показан при непроходимости маточных труб в дистальных отделах. Он обладает меньшей травматичностью по сравнению с чревосечением, способствует более быстрому выздоровлению пациенток, значительно меньшему количеству послеоперационных осложнений, лучшему качеству жизни. Наибольшая вероятность восстановления фертильности хирургическим методом выявлена у пациенток со спаечным процессом I-II степени, незначительном повреждении маточных труб и длительности бесплодия менее 6 лет. Хирургическая реконструкция дистального отдела маточных труб малоэффективна при тяжелой патологии маточных труб в сочетании со спаечным процессом III-IV степени выраженности, но может использоваться как 1 этап лечения перед ЭКО.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Яковлева О.В., Чупрова А.В., Маринкин И.О., Лоскутова С.А.

Россия, г. Новосибирск, ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирский государственный медицинский университет.

В повседневной педиатрической практике глюкокортикостероиды (ГКС) и цитостатические препараты используются широко, составляя базисную терапию многих заболеваний, особенно иммуноопосредованных. Вместе с тем, в литературе имеются весьма немногочисленные сведения о влиянии ГКС и других иммуносупрессивных лекарственных средств у девочек пубертатного возраста на становление репродуктивной функции, что дало основание для выполнения настоящих исследований.

Цель работы - изучить особенности становления репродуктивной системы у девочек пубертатного возраста с некоторыми иммуноопосредованными заболеваниями под влиянием ГКС и цитостатиков.

Под нашим наблюдением находилось 90 девочек в возрасте 12-17 лет, которые были разделены на 3 группы. В первую (основную) группу вошли 30 девочек пре- и пубертатного возраста, которые получали ранее, либо используют в настоящее время ГКС и цитостатикп (хлорбутин, лейкеран). При этом общая продолжительность их применения - 6-12 месяцев и более. Базисное заболевание, потребовавшее включение этих средств в комплексную терапию, - хронический гломерулонефрит (нефротическая, смешанная форма) без нарушения функции почек.

Во вторую группу были включены 30 девочек с тяжелой бронхиальной астмой, у которых КГС использовались продолжительно в виде ингаляций, а системно - коротким кур-

сом (несколько недель) лишь при обострении заболевания. Группу контроля составили 30 здоровых девочек, не получавших ГКС и цитостатики.

Особенности телосложения оценивали антропометрическими методами, определяя длину и массу тела, массо-ростовой индекс (МРИ), половое развитие - в баллах, вычисляя суммарный балл в соответствии с существующими стандартами полового развития девочек. Учитывались также состояние подкожной жировой клетчатки, вторичные половые признаки.

У всех девочек в течение 3 менструальных циклов проводились УЗИ органов малого таза, измерение ректальной температуры, степени кристаллизации слизи из носа и гормонального профиля плазмы крови на 5-14 и 23-28 дни указанного цикла. При этом оценивалось содержание пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ),

фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола, тестостерона, кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4).

Результаты исследования. Показано, что из всех показателей физического развития девочек наиболее значение для становления менструальной функции и готовности к репродукции в пубертатной период жизни имеет масса тела. При этом различная степень ожирения в основной группе регистрировалось значительно чаще, чем во второй, и особенно, в третьей - с частотой 57%, 36% и 31% соответственно (<0,05).

Установлено, что ГКС, особенно в сочетании с цитостатиком, задерживают половое развитие: у девочек основной группы в 51% случаев, второй группы - 32%. При этом в группе контроля указанный сдвиг наблюдался значительно реже - у 20% девочек (<0,05).

Срок установления менструального цикла также был разным. Так, в группе основной он составил 16,1 ±0,2 лет, что было позже, чем у девочек второй и третьей групп - 13,7±0,2 лет и 13,0±0,7 лет соответственно (<0,05).

При этом в первой группе нарушения менструального цикла регистрировались часто (82%) и характеризовались преимущественно гипоменструальным синдромом в виде олигоопсоменореи и аменореи (28% и 18% соответственно). Частота весьма болезненных (альгодисминорея) менструаций была невелика (18%). Ювенильные маточные кровотечения (ЮМК) возникали также редко (4%). Отсутствие расстройств менструального цикла имело место лишь у 16% девочек.

Во второй группе нарушения менструального цикла выявлены в 78% случаев. При этом гиперполименорея, в том числе с ЮМК, и аменорея встречались одинаково часто - у 23% и 21% девочек соответственно, альгодисменорея - в 16% случаев, как и в основной группе обследованных, а олигодисменорея -- в 14%. Нормальный менструальный цикл отмечен у 22% девочек.

Между тем, в группе контроля патологические сдвиги фиксировались реже, нормальный менструальный цикл, наоборот, чаще, чем в первых двух группах - у 64% и 36% девочек. Так, олигодисменорея и аменорея выявились у 32% обследуемых, гиперполименорея с ЮМК - 16%, альгодисменорея -16%.

Глубину нарушений регуляции репродуктивной системы характеризуют уровни гонадотропных гормонов и половых гормонов в сыворотке крови. Как показали проведенные исследования, эти показатели у девочек всех трех групп были по сути одинаковыми, хотя в 1 и 2 группах наблюдалась тенденция к снижению уровня фолликулостимулирующего гормона и этрадиола. Одновременно отмечена склонность к наращиванию синтеза тестостерона, что свидетельствует о компенсаторной активизации надпочечников и нарушении обмена стероидов в яичниках.

В рамках указанных сдвигов, по данным УЗИ, обнаружились, с тем или иным постоянством, определенные изменения в органах-мишенях. При этом кистозные изменения яичников у девочек основной группы отмечены в 66,2% и 2 группы - в 73,3%, в то время как в группе сравнения - лишь в 40% случаев (P<0,05). Гипоплазия матки встречалась с частотой 43,1%, 40% и 17,7% соответственно, то есть в группе контроля вновь существенно реже, чем в основной и второй (P<0,05).

Выводы. Таким образом, у девочек пубертатного возраста с хроническими соматическими заболеваниями, получавшими длительно ГКС и цитостатики, в 70% и более имеют место нарушения становления репродуктивной функции. Этот сдвиг выражается задержкой темпов полового созревания, увеличением возраста установления менструального цикла, нарушением овариально-менструального цикла с наличием как олигоопсо- и аменореи, так и гиперполименореи, а также морфологическими изменениям размеров матки и яичников в сторону гипоплазии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совместного наблюдения педиатром и гинекологом девочек пред и пубертатного возраста, получающих по показаниям ГКС и/или цитостатические препараты. При этом обязательными являются УЗИ органов малого таза, измерение базальной температуры, степени кристаллизации слизи из носа и гормонального профиля на 5-14 и 23-28 дни цикла, включающего определение содержания пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола, тестостерона, кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4). При выявлении патологических сдвигов в указанных показателях в терапию необходимо вносить соответствующие поправки, что позволит профилактировать либо смягчить возникшие расстройства репродуктивной системы.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ МЕТАБОЛИЗМА И СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Якокутова М.В., Кузнецова И.В.

Россия, г. Москва, РМАПО

Актуальность.

Период постменопаузы характеризуется угасанием функции яичников. В этот период в организме женщины возникают сложные нейропсихические, вазомоторные, обменно – эндокринные нарушения, высокая частота которых негативно отражается на качестве их жизни. Менопаузальный метаболический синдром (ММС) представляет собой совокупность факторов риска сердечно – сосудистых заболеваний. В тоже время, в жировой ткани под влиянием ароматазы происходит интенсивное превращение андростендиона в эстрон, который является фактором риска гиперпластических процессов эндометрия у женщин с ожирением. Патогенетическим методом лечения ММС является заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Выбор того или иного препарата, с учетом его воздействия на метаболические параметры организма с одной стороны и влияния на состояние эндометрия с другой, позволит снизить риск развития нежелательных последствий гормональной терапии, повысить эффективность и безопасность лечения.

Цель исследования: провести комплексную оценку влияния препарата, содержащего 1 мг эстрадиола гемигидрата и 2 мг дроспиренона («Анжелик») на биохимические параметры крови и состояние эндометрия у женщин с метаболическими расстройствами в постменопаузе.

Материалы и методы исследования: обследовано 30 женщин с климактерическими симптомами в возрасте 50-54 лет. Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, с оценкой липидного и углеводного спектра

крови (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды, глюкоза, индекс HOMA), УЗИ органов малого таза. Гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскобов произведены 6 пациенткам с жалобами на кровяные выделения из половых путей в постменопаузе, у остальных взята пайпель биопсия эндометрия. После детального обследования, всем женщинам был назначен препарат «Анжелик» в непрерывном режиме на 6 месяцев. Влияние препарата на степень выраженности климактерического синдрома, состояние эндометрия и биохимические параметры крови оценивали в динамике и по окончании курса гормональной терапии.

Результаты исследования.

Средний возраст пациенток составил 52,3±0,2 года, продолжительность постменопаузы – 3 года. Все женщины, находившиеся под наблюдением, имели симптомы климактерического синдрома разной степени выраженности: приливы жара легкой степени наблюдались у 18 (60%), средней степени тяжести у 7 (23,3%), тяжелой степени – у 5 (16,7%), потливость – у 28 (93,3%) женщин. У 18 (60%) женщин зарегистрированы повышенные цифры АД (139-150/ 85-90 мм рт. ст.), головные боли (83,3%) и нарушения сна (76,7%). К моменту обследования 60% пациенток с артериальной гипертензией принимали гипотензивные препараты. Психоэмоциональные симптомы, в виде раздражительности, рассеянности, плаксивости, ослабления памяти отмечали 73% женщин. С наступлением менопаузы 60% из числа обследованных пациенток, отметили прибавку массы тела, преимущественно в области живота. При первичном осмотре 6 пациенток предъявляли жалобы на кровяные выделения из половых путей. При анализе морфологического состояния эндометрия женщин (n=6), подвергшихся выскабливанию полости матки у 3 пациенток выявлены полипы эндометрия без аденоматоза, у 1- простая гиперплазия эндометрия без атипии, у 2 - пролиферативный эндометрий; у остальных женщин (n=24) при биопсии эндометрия был диагностирован атрофичный эндометрий. Размеры М-ЭХО у женщин с кровяными выделениями в постменопаузе превышали 6 мм (6±1,9 мм). У всех пациенток наблюдалось ожирение (ИМТ 30,6±2,1кг/м^3), а отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) превышало 0,86. Параметры жирового и углеводного обмена характеризовались выраженными отклонениями: отмечены высокие уровни ХС ЛНП (3,9 ±0,36 ммоль/л), триглицеридов (1,5±0,22 ммоль/л) и сниженные уровни ХС ЛВП (1,9±0,19 ммоль/л), у 83,3% больных была подтверждена инсулинорезистентность (индекс HOMA 3,44±1,24).

Частота и выраженность нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств выявленная у пациенток в постменопаузе до назначения гормональной терапии, снизилась на 90% к концу 1-го месяца лечения. У всех пациенток с высоким уровнем артериального давления, уже к 3 месяцу терапии отмечалось снижение как систолического, так и диастолического артериального давления в среднем на 7-10 мм рт. ст. Ни у одной женщины не было отмечено кризовых состояний. У пациенток с исходно нормальным уровнем АД не было выявлено существенных изменений этого показателя. При динамическом ультразвуковом сканировании значения М-ЭХО на протяжении и по окончании 6-го цикла лечения оказались достоверно меньше по сравнению с данными, полученными накануне выскабливания ($p<0,05$). При контрольной биопсии эндометрия в 3% случаев был выявлен эндометрий фазы пролиферации, а в 97 % - атрофичный эндометрий, при этом рецидивов гиперплазии эндометрия выявлено не было. Через 6 месяцев терапии была отмечена тенденция к снижению индекса массы тела (29,4±2,2 кг/м^3), ОТ/ОБ (0,83±0,02), уровня общего холестерина (5,75±0,6 ммоль/л), ХС ЛНП (3,67±0,33 ммоль/л), при отсутствии выраженных изменений со стороны ХС ЛВП (1,89±0,09 ммоль/л). При этом выявлено достоверное снижение уровня триглицеридов (0,55±0,18 ммоль/л) и индекса HOMA (2,44±0,14) ($p<0,05$).

Заключение.

Назначение заместительной гормональной терапии («Анжелик») женщинам с симптоматикой менопаузальных нарушений является обоснованным, поскольку оказывает положительное воздействие на их основные патогенетические звенья и эффективно предотвращает развитие гиперпластических процессов в эндометрии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

Ярмолинская М.И., Тарасова М.А., Высочина Д.А., Толпыгина М.Г.

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

Актуальность проблемы: Известно, что генитальный эндометриоз встречается в подростковом периоде, но сведения о его частоте и клинических проявлениях крайне противоречивы. Одной из причин этого является более редкое применение лапароскопии у подростков по сравнению с пациентками репродуктивного возраста. Изучение особенностей «юношеского эндометриоза» и разработка методов его ранней диагностики и эффективного лечения имеют важное значение для снижения темпов прогрессирования заболевания и профилактики бесплодия в будущем.

Цель: Ретроспективный анализ особенностей клинического течения наружного генитального эндометриоза (НГЭ), подтвержденного лапароскопическим и гистологическим исследованиями.

Материалы и методы исследования: При выполнении данной работы проанализированы истории болезни девочек-подростков, которым была выполнена лапароскопия за период с 2000-2005 гг., и выделена группа из 23 больных, с диагнозом НГЭ, подтвержденным гистологическим исследованием. Оценивались жалобы подростков, изучались данные акушерско-гинекологического, соматического и анамнеза заболевания. В дальнейшем, в течение 1,5 лет после лапароскопии осуществлялось наблюдение девушек.

Результаты: Возраст пациенток варьировал от 15 до 18 лет: 21,8% имели возраст 15 лет, 30,4% - 16 лет, 47,8% - 17 лет. Отмечена высокая частота соматической патологии. У 52,6% - хронический гастродуоденит, у 43,4% - хронические заболевания ЛОР-органов, у 30,4% - частые ОРВИ в анамнезе, у 7 девушек (30,4%) - отягощенный аллергологический анамнез. Возраст менархе у большинства пациенток находился в диапазоне 11-12 лет (в среднем 11,6±1,1). Позднее наступление менархе (в 15 и 16 лет) наблюдалось в двух случаях. У 14 девушек (65,2%) отмечался регулярный менструальный цикл. Нарушения регулярности менструального цикла по типу пройоменореи было у 7 (30,4%) и по типу олигоменореи - у 3 (13%) больных. Дисменорея наблюдалась у подавляющего большинства девушек с НГЭ (91,3%). Болевой синдром различной степени выраженности наблюдался у 12 девушек. У одной пациентки было выявлено сочетание НГЭ с аденомиозом. Отчетливой связи между тяжестью болевого синдрома и степенью распространенности и локализацией эндометриоидных гетеротопий не было выявлено. Степень распространенности заболевания определяли в баллах по пересмотренной классификации R-AFS. В ходе лапароскопии у подавляющего

большинства подростков (56,5%-13 человек) выявлена I степень эндометриоза. НГЭ II степени был установлен у 4 (17,4%) и IV степени - у 6 (26,2%) пациентов. Больных с НГЭ III степени в обследованной группе не было. Эндометриоидные гетеротопии наиболее часто располагались на брюшине Дугласова кармана (43,5%) и на задних листках широких маточных связок (43,5%), эндометриоидные кисты яичников обнаружены у 6 больных (26,1%).В 30,4% случаев наблюдалось сочетание эндометриоидных гетеротопий различной локализации. В 78,3% преобладали красные гетеротопии. После лапароскопии всем подросткам были рекомендованы низкодозированные комбинированные гормональные контрацептивы (КОК, интравагинальные кольца, пластырь) в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС). Через 1 год продолжили лечение 10 девушек, которые хорошо переносили назначенную терапию. Безболезненные менструации и купирование болевого синдрома отмечено у 80 % (8 пациенток), двух пациенток (20%) периодически беспокоили боли внизу живота. Отказом от приема гормональной терапии у 13 пациенток явились: кровотечения «прорыва» - у 7 подростков, межменструальные кровянистые выделения на фоне приема контрацептивов – у 9, мастодиния - у 8, жалобы на тошноту и головную боль - у 5 девушек.

Заключение.

Результаты исследования показывают, что НГЭ – нередкая патология в ювенильном возрасте. Это определяет необходимость раннего выявления заболевания и более широкого внедрения в практику лапароскопического обследования у подростков. В группу обследования целесообразно включать девушек-подростков с наличием болевого синдрома, дисменореей, диспареунией, с жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта, часто обращающихся за медицинской помощью и не получающих достаточного эффекта от проводимой гормональной терапии и НПВС. Современный подход к лечению эндометриоза должен быть комплексным - комбинация хирургического метода с гормональной терапией, выбор которой у подростков должен быть строго индивидуальным. Оптимальным в ювенильном периоде является применение низкодозированных гормональных контрацептивов, в том числе, в так называемом, «продленном режиме», позволяющим уменьшить число менструальных реакций, и выраженность болевого синдрома.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Яроцкая Е.Л., Степанян А.А.

ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий» Москва, Россия

Тазовые боли у женщин – актуальная и до сегодняшнего дня нерешенная проблема. Особые трудности представляет ведение женщин с тазовыми болями и болевыми синдромами в отсутствие анатомических изменений или с персистенцией болей после удаления патологического очага.

С целью изучения феномена «идиопатических тазовых болей» в гинекологии и разработки подходов к ведению этих сложных больных в отделении оперативной гинекологии проведены обследование, хирургическое и медикаментозное лечение, психологическая реабилитация 43 больных с отсутствием каких-либо гинекологических заболеваний, предъявлявших жалобы на боли внизу живота и в пояснице.

При обследовании помимо общеклинических и традиционных использовались специальные методы исследования: анкетирование по собственной методике для определения качественных и количественных характеристик боли, степени страдания качества жизни, медико-психологическое обследование, спиральная компьютерная томография, селективная флебография. Врачи других специальностей – общие хирурги, урологи, невропатологи, психоневрологи - были привлечены к обследованию больных, при первичном осмотре которых возникли предположения об экстрагенитальных причинах болей. Всем пациенткам выполнена диагностическая и/или хирургическая лапароскопия и гистероскопия, патоморфологическое исследование удаленных препаратов.

Средний возраст больных составил 33,93±4,60 лет. Из сопутствующих заболеваний отмечены сердечно-сосудистые заболевания у четверти больных, болезни органов пищеварения, нейропсихической сферы – у каждой четвертой пациентки, органов мочевыделения, опорно-двигательного аппарата – у каждой десятой больной. Все пациентки перенесли одну или несколько гинекологических операций. Все больные до поступления в отделение оперативной гинекологии подвергались лечению анальгетиками и/или седативными препаратами, гормональной терапии.

Гинекологический осмотр позволил выявить ретрофлексию матки у 10 женщин, признаки возможного нарушения тазовой гемодинамики (синюшная шейка матки, обильные серозно–слизистые выделения из цервикального канала) у 4 женщин. Обследование с помощью методов визуализации позволило обнаружить остатки яичниковой ткани после ранее перенесенных вмешательств на придатках у 6 больных, подтвердить наличие варикозного расширения сосудов бассейна яичниковой вены у 3 женщин.

Всем больным с идиопатическими тазовыми болями проведено медико-психологическое обследование. Высокие уровни личностной и реактивной тревожности отмечены у 24 (55,8%) и 19 (44,1%) больных, соответственно. Депрессивные расстройства, диагностированные у 41 женщин, были оценены как легкие у 46,5%, как умеренные – у 34,8%; выраженные - у 5 (11,6%). Психоэмоциональные нарушения выходили за рамки адаптивных реакций на гинекологическое заболевание в семи случаях и были представлены психическими заболеваниями или пограничными состояниями.

Выявлены следующие особенности болевой симптоматики: хронические боли (длительностью более 6 мес.) документированы у всех женщин. Все женщины отмечали провоцирующее воздействие физической нагрузки, переохлаждения или негативных эмоциональных переживаний (55,8% больных). Индивидуальная переносимость боли была низкой у 39 (90,6%) больных. Средний болевой индекс составил 5,32+1,36 балла, при максимальной величине 9 баллов. Корреляция между интенсивностью и длительностью болей была слабой ($r=0,54$, $P<0,05$).

Анализ качества жизни больных с идиопатическими тазовыми болями показал, что средняя балльная оценка страдания качества жизни составила 14,60+2,17 балла. Значительное снижение (на 14-21 балл по четырем или более категориям) имело место у 23 (52,4)% больных, которые были выделены в особую подгруппу с дополнительным диагнозом «синдром хронических тазовых болей (СХТБ)». Пациентки с СХТБ имели более отягощенный анамнез, отмечали б льшую длительность болей и более низкую эффективность медикаментозной терапии, характеризовались более выраженными психоэмоциональными расстройствами.

Показаниями к хирургическому вмешательству (лапароскопии и гистероскопии) служили тазовые боли неясного генеза (как единственное показание у 31 (72,1%) больных) или их сочетание с нарушениями репродуктивной функции. Пациенткам репродуктивного возраста, учитывая отсутствие у них гинекологической патологии, требующей агрессивного лечебного подхода, предлагали исключительно вмешательства в органо-сохраняющем объеме, несмотря на то,

что некоторые из них настаивали на радикальной операции. Радикальное хирургическое лечение в объеме одностороннего удаления остатков яичниковой ткани (или яичника), и культи шейки матки было предложено лишь 6 больным.

Всем больным выполнена лапароскопия, 40 женщинам – гистероскопия. Эндоскопические процедуры оказались сугубо диагностическими в 16 случаях. При гистероскопии произведено разрушение внутриматочных синехий у 5 женщин. Произведены следующие лапароскопические вмешательства: спайки разделены во всех случаях, восстановлена нормальная позиция матки, освобождены из рубцов-спаечных тканей культи яичника у 5 женщин, двум женщинам произведено удаление яичниковой ткани. Одной больной произведено удаление культи шейки матки, двум – пластика культи влагалища. Шести больным с ретрофлексией матки выполнена коррекция положения матки путем пликации (укорочения) круглых связок нерассасывающейся нитью, зашивание или коагуляция дефектов широких связок матки. В послеоперационном периоде всем больным проводили лечение преформированными физическими факторами – абдоминальные воздействия переменным магнитным полем низкой частоты.

При выписке большинству больных рекомендована лекарственная терапия. Прием нестероидных противовоспалительных средств в течение 5-7 дней болевого пика рекомендован всем пациенткам. Прием низкодозированных оральных контрацептивов рекомедован женщинам, не планировавшим беременность, четырем больным с бесплодием, нуждавшимся в реабилитации в течение не менее 3 месяцев после обширного разделения спаек, а также женщине, у которой в связи с высоким риском осложнений не было выполнено удаление остатков яичниковой ткани (всего 26 больным). Двум больным произведено склерозирование левой яичниковой вены под контролем флебографии. Психотерапевтическое лечение, включающее рациональную и, по показаниям, анксиолитическую/антидепрессантную терапию, рекомендовано 21 больной с умеренно-тяжелыми тревожно-депрессивными расстройствами. Больным с экстрагенитальной патологией рекомендовано обратиться к профильным специалистам для обследования и лечения.

В целом средний болевой индекс (БИ) за время наблюдения снизился в 4,0 раза. К концу года наблюдения полное разрешения болей документировано у 12 (44,4%) больных после операции. Симптомы, связанные с экстрагенитальными заболеваниями, значительно уменьшились после лечения у профильных специалистов. После лечения качество жизни больных с идиопатическими болями улучшилось в 2,6 раза, причем у больных СХТБ – в 2,1 раза, а у больных с тазовыми болями в 2,9 раза.

Таким образом, мультидисциплинарный подход к ведению пациенток с идиопатическими тазовыми болями, подразумевающий интеграцию всех компонентов в единый болевой процесс и внимание к ним на всех этапах ведения и работы с максимально возможным числом компонентов. Только такая тактика может гарантировать успешное решение этой сложной медицинской и социальной проблемы.

ТРАНСВАГИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ЭКСТРЕНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Ящук А.Г.

Россия, г.Уфа, ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Федерального Агентства по здравоохранению и социальному развитию

В гинекологических стационарах оперативные вмешательства в 80% производятся по поводу леймиомы матки, в том числе по экстренным показаниям в одной трети случаев. Особенности хирургического доступа, объем операции влияют на здоровье и качество жизни женщины. В раннем и позднем послеоперационном периоде возможны уродинамические расстройства, нарушения кровоснабжения, иннервации, лимфообращения тазового дна, изменения сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус – гипофиз – яичники – кора надпочечников – щитовидная железа и др. По данным специализированного центра по диагностике и лечению спаечной болезни брюшины Республики Башкортостан причинами возникновения брюшинных спаек в 12,7% становятся гинекологические операции. Наибольшая выраженность заболевания отмечается после удаления матки и повторных оперативных вмешательств по экстренным показаниям. Внедрение лапароскопических операций в неотложной гинекологии лишь уменьшило частоту спаечной болезни брюшины.

Целью исследования явилось изучение влияния трансвагинального доступа при экстренных гинекологических операциях на течение послеоперационного периода и состояние здоровья женщин.

Материал и методы исследования. Обследованы в соответствии с медико-экономическими стандартами Российской Федерации 44 пациентки в возрасте от 38 до 55 лет, госпитализированных в гинекологический стационар по поводу леймиомы матки. Все больные нуждались в неотложном оперативном вмешательстве и из приемного покоя переводились в операционный блок. Одновременно им оказывались анестезиологические и реанимационные мероприятия: пункция 2-3 вен, катетерация подключичной вены; инфузионно-трансфузионная терапия под контролем АД, ЦВД, пульса, ЭКГ, показателей гемостаза, кислотно-основного состояния, водно-электролитного баланса, почасового диуреза; эвакуация содержимого желудка через толстый желудочный зонд.

Результаты исследования и их обсуждение. Показаниями для экстренных операций служили некроз миоматозного узла, профузное маточное кровотечение при субмукозной локализации узла, рождающийся субмукузный узел на широком основании, острая задержка мочи за счет сдавления мочевыделительных путей миоматозными узлами. Размеры матки достигали 10-15 недель беременности, а объем опухоли по данным УЗИ превышал 130 см3. В прошлом все обследованные пациентки имели роды. У 38 женщин отмечались неспецифические клинические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани в виде опущения стенок влагалища и матки. В одном случае производилась резектоскопия миоматозного узла с последующей остео-сакровагинопексией и кольперинеолеваторопластикой. Остальным больным была сделана трансвагинальная гистерэктомия. При больших размерах леймиомы удаление матки производилось способом «кускования». Придатки матки сохранялись или удалялись в зависимости от патологических изменений. При повышенной кровоточивости проводилось дренирование малого таза с помощью дренажной трубки или резиновой перчатки.

В послеоперационном периоде применялись ранняя активизация больных (к концу первых суток), иглорефлексотерапия для регуляции функции мочевого пузыря и толстого кишечника, физиолечение (магнито- и лазеротерапия). Течение послеоперационного периода было гладким. Женщины не нуждались в пролонгированной инфузионно-трансфузионной терапии и примененнии анальгетиков. При дальнейшим обследованнии (через 1-3 года) пациенток не было выявлено брюшинных спаек, вентральных грыж, тазовой десценции. Им назначалась с учетом противопоказаний заместительная гормональная терапия фемостон, экстриол, утрожестан и др.

Заключение. Трансвагинальный доступ является оптимальным при экстренных оперативных вмешательствах у пациенток с леймиомой матки и опущением стенок влагалища. Преимущества данного доступа подкупают возможностью ликвидации тазовой десценции, сохранением анатомической це-

лостности передней брюшной стенки, отсутствием условий для возникновения послеоперационного пареза кишечника, спаечной болезни брюшины и послеоперационных вентральных грыж, возможностью перорального восполнения при нарушениях водно-электролитного баланса в раннем послеоперационном периоде, по показаниям возможности пластики сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки. Экстраперитонеальная фиксация всех органных культей позволяет адекватно адаптировать брюшину, что является надежной мерой профилактики спайкообразования в малом тазу. Как правило отмечается психологическая готовность больных к выполнению неотложных операций трансвагинальным доступом. При правильной технике - это типичные гинекологические операции, которые могут быть освоены каждым хирургом.

ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Озерчук А.Ф., Валиуллина Н.З., Попова Е.М., Бадретдинова Ф.Ф., Зайнулина Р.М.

Россия, г. Уфа, ГОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета Федерального Агентства по здравоохранению и социальному развитию

Частота абдоминальных и трансвагинальных гистерэктомий в гинекологической практике колеблется от 25 до 38,2%. Гистерэктомия способствует нарушению сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус- гипофиз- яичники- кора надпочечников - щитовидная железа, влияет на кровообращение, иннервацию, лимфатическую систему тазового дна, уродинамику нижних отделов мочевой системы, половую функцию женщины. Среди отдаленных последствий удаления матки превалируют вегетоневрологические расстройства, что связано с изменением психогенного характера или угнетением функции оставленных яичников. Необходимо отметить, что качество жизни больных после гистерэктомии в современных условиях заслуживает особого внимания. Как известно, качество жизни – это индивидуальная способность к функционированию в обществе (трудовая, общественная деятельность, семейная жизнь), а также комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик человека.

Целью исследования явилось изучение состояния здоровья и качества жизни женщин после абдоминальной и трансвагинальной гистерэктомии по поводу леймиомы и тазовой десценции.

Материалы и методы исследования. Обследовано 300 пациенток в возрасте 42-55 лет, которым были произведены абдоминальная (150 – 50%) и трансвагинальная (150 – 50%) гистерэктомии. Показаниями для абдоминального оперативного вмешательства служила леймиома (большие размеры, болевой, геморрагический синдромы и др.), трансвагинальная гистерэктомия производилась по поводу пролапса гениталий. У 42(14%) пациенток имелась сочетанная патология – выпадение миоматозноизмененной матки.

Объём клинико – лабораторных исследований включал помимо методов медико – экономических стандартов при данной патологии гистероскопию, цистоскопию, лапароскопию, урофлоурометрию. Половую функцию изучали по специально разработанной анкете.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст больных на момент операции составил 45 лет. В первую группу вошли женщины, перенесшие абдоминальные гистерэктомии, во вторую – пациентки после трансвагинальной гистерэктомии. В обеих группах отмечалось высокая частота экстрагенитальной патологии. В основном это были заболевания сердечно – сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем, эндокринопатии (эндемический зоб), патология молочных желёз.

При обследовании диагностировались с одинаковой частотой неспецифические признаки десценции соединительной ткани у 120 (40,0%) пациенток в виде вегетососудистых дисфункций, сколиоза, плоскостопия, варикозной болезни, дискинезии желочевыводящих путей и пр.

Среди сопутствующей гинекологической патологии превалировали заболевания шейки матки, воспалительные процессы матки и ее придатков, нарушения менструальной функции, гиперплазия эндометрия.

Техника абдоминальной гистерэктомии хорошо освещена в руководствах по оперативной гинекологии. При трансвагинальной гистерэктомии мы разработали способы остеосакровагинопексии и ликвидации энтероцеле (патент № 2274426 от 20.04.2006г, патент № 2295307 от20.03.2007г.), которые предотвращают рецидивы заболевания, улучшают качество жизни женщины.

Продолжительность абдоминальной гистерэктомии в среднем составила 45 ± 15 минут, трансвагинальной гистерэктомии - 50 ± 15 минут. Средняя кровопотеря равнялась 300 мл. В послеоперационном периоде осуществлялась ранняя активизация больных (к концу первых суток), иглорефлексотерапия для регуляции функции смежных органов, физиолечение (магнито- и лазеротерапия), гомеотерапия. Ранний послеоперационный период у большинства больных протекал без осложнений. После абдоминальной гистерэктомии отмечены у 3(2,0%) женщин частичное расхождение кожного шва на передней брюшной стенке, у 1(0,6%) пациентки - перекультит. После трансвагинальной гистерэктомии осложнений не наблюдалось.

В отдаленные сроки после абдоминального хирургического лечения наиболее частой патологией, требующей оперативного вмешательства, были несостоятельность тазового дна и опущение стенок влагалища с развитием цисто- и ректоцеле (12 – 8,0%).

Нарушения половой функции (снижение либидо, диспареуния) в обеих группах возникли у каждой третьей пациентки. Нарушения функций мочевой системы отмечались в первые 2 недели после операции у каждой второй женщины из первой группы, у каждой четвертой - из второй группы. Спаечная болезнь брюшины была диагностирована у 10 (6,6 %) пациенток после абдоминальной гистерэктомии.

Трудоспособность женщин восстанавливалась через 1 – 2 месяца после перенесенных операций. Качество жизни женщин улучшалось по сравнению с дооперационным уровнем через 2 – 3 месяца после хирургического лечения.

Для повышения качественного уровня жизни пациенткам назначались лечебная гимнастика, плавание, по показаниям заместительная гормональная терапия, гомеотерапия.

Заключение. Здоровье и качество жизни женщин после абдоминальной и трансвагинальной гистерэктомии нормализуется независимо от оперативного доступа. Однако преимущества трансвагинального доступа подкупают сохранением анатомической целостности передней брюшной стенки, возможностью по показаниям проведения пластики влагалища, сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, отсутствием условий для возникновения послеоперационного пареза кишечника, спаечной болезни брюшины и послеоперационных вентральных грыж, тазовой десценции.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Подзолкова Н.М.[1], Львова А.Г.[1], Зубарев А.Р.[2]

[1]Кафедра акушерства и гинекологии (зав.- д.м.н., проф. Н.М. Подзолкова) Российской медицинской академии последипломного образования;
[2]Кафедра ультразвуковой диагностики Российского государственного медицинского университета

В последние годы с развитием новых медицинских технологий широкое распространение получили современные медикаментозные и малоинвазивные методы лечения заболеваний тела матки. Внедрение в гинекологическую практику органосохраняющих операций потребовало более точной визуализации характера и распространенности патологического процесса, определения его размеров и локализации. Полученная на этапе диагностического поиска информация очень важна для выбора оптимальной тактики ведения пациенток и уточнения объема хирургического вмешательства. На сегодняшний день ультразвуковое исследование следует признать ведущим неинвазивным методом диагностики патологии органов малого таза.

Материалы и методы. Проведено ультразвуковое обследование с помощью аппарата VOLUSON-730 Expert 136 больных в возрасте 18-72 лет (36,1±2 года). I этап- двухмерное сканирование тела матки с оценкой внутриорганного кровотока в режимах энергетического и цветового допплеровского кодирования. II этап- трехмерная эхография тела матки с последущим анализом полученной информации в режимах объемной реконструкции, многоплоскостного сканирования и трехмерной ангиографии

Результаты: При ультразвуковом обследовании аномалия развития тела матки выявлена у 17 пациенток. Возможность одновременной визуализации области трубных углов и дна матки при 3Д эхографии, повысила точность диагностики седловидной деформации полости до 99%. Анализ фронтального сечения формы полости и наружного контура тела матки позволил отдифференцировать двурогую матку (5) от матки с перегородкой (4). Во фронтальной плоскости четко установлен уровень слияния рогов, количество цервикальных каналов, взаиморасположение тел при полном удвоении матки (3). В 9 наблюдениях с аномалией развития диагностирована сочетанная внутриматочная патология. Оценка степени выраженности и локализации патологических изменений эндомиометрия в режиме 3Д у данных пациенток повысила точность нозологической диагностики и определила дальнейшую тактику ведения. На ранних сроках гестации у 7 пациенток с аномалией развития во фронтальной плоскости точно установлена локализация плодного яйца, структура хориона, а также состояние контрлатерального рога, что в значительной степени повысило достоверность диагностики осложненного течения беременности (угрозы прерывания, неразвивающейся беременности, ретрохориальной гематомы).

Точность трехмерной эхографии в диагностике полипов эндометрия составила 96%. Реконструкция во фронтальной плоскости всей полости матки и послойный просмотр изображения в режиме многоплоскостного сканирования позволили визуализировать полипы небольших размеров (до 5 мм), определить их точное количество и место локализации (особенно в области трубных углов и дна матки). Четкое отсутствие во фронтальном срезе деформации базального слоя эндометрия улучшило дифференциальную диагностику полипов с субмукозными узлами миомы. Визуализация сосудистой ножки (97%) в режиме трехмерной ангиографии исключила наличие очаговой гиперплазии эндометрия и уточнила место локализации полипа в полости матки. Полученная дополнительная информация значительно повысила эффективность внутриматочных вмешательств, способствуя полному удалению полипа эндометрия.

Высокая точность (97%) 3Д эхографии получена в оценке типа субмукозного узла на этапе дооперационного обследования. У 41 пациентки в соответствии с классификацией, принятой Европейским обществом по гистероскопии, определялось положение опухоли по отношению к полости матки. Преимуществом трехмерной эхографии явилась четкая дифференциация во фронтальной плоскости узлов I и II типов, а также визуализация образований небольших размеров, исходящих из области трубных углов, дна и боковых стенок полости матки. Покадровый просмотр объемной информации позволил четко определить основание субмукозного узла и его ширину. Реконструкция сосудистой ножки использовалась для уточнения локализации миоматозного узла, особенно при больших размерах опухолей (более 2,5 см), топографическая оценка которых резко затруднена при проведении гистероскопии.

В ходе обследования 57 пациенток с гиперплазией эндометрия в режиме многоплоскостного сканирования во фронтальном сечении оценена степень распространенности и локализация патологических изменений. При трехмерной агниографии получена отчетливая гиперваскуляризация гиперплазированного эндометрия с «древовидным» ветвлением сосудов. В 9 наблюдениях с раком эндометрия в трехмерном режиме наглядно визуализировалось наличие в полости матки множества извитых, хаотично расположенных сосудов с неравномерным диаметром. Послойный анализ серии эхограмм в режиме многоплановой реконструкции и четкое определение контура базального слоя эндометрия позволили у 5 пациенток диагностировать инвазию опухолевого процесса, с последующей оценкой степени и глубины патологических изменений.

Выводы: трехмерная эхография значительно расширяет возможности обычного двухмерного УЗИ в гинекологии и обладает высокой диагностической точностью при обследовании пациенток с патологией тела матки. Полученная на дооперационном этапе с помощью трехмерной реконструкции дополнительная информация, позволяет выбрать адекватный метод хирургического лечения и оптимальный объем оперативного вмешательства гинекологических больных, что существенно влияет на безопасность, эффективность проводимых мероприятий и предопределяет благоприятный прогноз.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

Шперлинг Н.В., Дикке Г.Б., Энгель Е.Э., Чукаева Л.М.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Последние годы для лечения остроконечных кондилом применяют препараты интерферона (ИФН) и индукторы ИФН, что вполне обосновано важностью системы цитокинов в процессе формирования противовирусной защиты организма. В то же время не все перечисленные иммунотропные средства обладают достаточно высокой эффективностью. Так, препараты на основе α-ИФН (Intron-A, альфаферон) и его индукторы (имиквимод) эффективны в 42-71% случаев, а частота рецидивов в течение года составляет от 11 до 43 %. Эффективность γ-ИФН варьирует от 7 до 57%, а экзогенного β-ИФН – от 45 до 82%. В свою очередь препараты ИФН обладают рядом побочных нежелательных эффектов, которых лишены индукторы ИФН. С целью выработки рационального подхода к назначению препаратов интерферона и индукторов интерферона нами проведена сравнительная

оценка эффективности терапии остроконечных кондилом индукторами интерферона (циклоферон, йодантипирин) и α-интерферонсодержащего препарата (генферон).

Под наблюдением находились 90 женщин с остроконечными кондиломами гениталий, которые были распределены на три группы (по 30 человек): первая с рецидивирующими кондиломами (3-4 рецидива за последние 6 мес), вторая с множественными впервые выявленными кондиломами, третья с единичными впервые выявленными кондиломами. Каждая группа была разделена на три подгруппы в зависимости от проводимого лечения: первая йодантипирин через рот по 100 мг 2 раза в день в течение 25 дней и в последующем по 100 мг 1 раз в день в течение 50 дней; вторая циклоферон внутримышечно по 2 мл 12,5% раствора 1 раз в день на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й дни лечения; третья генферон по 250000 МЕ во влагалище 2 раза в день в течение 10 дней. Одновременно с назначением препаратов всем пациенткам проводилась химическая деструкция кондилом солковагином.

Клинические наблюдения показали, что при единичных впервые выявленных остроконечных кондиломах слизистой оболочки гениталий целесообразно назначение циклоферона; в случае множественных впервые выявленных кондилом более эффективным является применение генферона; йодантипирин предпочтителен при рецидивирующих формах остроконечного кондиломатоза.

Таким образом, в эффективности лечения остроконечных кондилом гениталий большое значение имеют распространенность кондиломатоза, склонность заболевания к рецидивированию, а также фармакологические особенности препаратов.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Подзолкова Н.М.[1], Львова А.Г.[1], Зубарев А.Р.[2]

[1]Кафедра акушерства и гинекологии Российской медицинской академии последипломного образования;

[2] Кафедра ультразвуковой диагностики Российского государственного медицинского университета

В последние годы с развитием новых медицинских технологий широкое распространение получили современные медикаментозные и малоинвазивные методы лечения заболеваний тела матки. Внедрение в гинекологическую практику органосохраняющих операций потребовало более точной визуализации характера и распространенности патологического процесса, определения его размеров и локализации. Полученная на этапе диагностического поиска информация очень важна для выбора оптимальной тактики ведения пациенток и уточнения объема хирургического вмешательства. На сегодняшний день ультразвуковое исследование следует признать ведущим неинвазивным методом диагностики патологии органов малого таза.

Материалы и методы. Проведено ультразвуковое обследование с помощью аппарата VOLUSON-730 Expert 136 больных в возрасте 18-72 лет (36,1±2 года). I этап- двухмерное сканирование тела матки с оценкой внутриорганного кровотока в режимах энергетического и цветового допплеровского кодирования. II этап- трехмерная эхография тела матки с последущим анализом полученной информации в режимах объемной реконструкции, многоплоскостного сканирования и трехмерной ангиографии

Результаты: При ультразвуковом обследовании аномалия развития тела матки выявлена у 17 пациенток. Возможность одновременной визуализации области трубных углов и дна матки при 3Д эхографии, повысила точность диагностики седловидной деформации полости до 99%. Анализ фронтального сечения формы полости и наружного контура тела матки позволил отдифференцировать двурогую матку (5) от матки с перегородкой (4). Во фронтальной плоскости четко установлен уровень слияния рогов, количество цервикальных каналов, взаиморасположение тел при полном удвоении матки (3). В 9 наблюдениях с аномалией развития диагностирована сочетанная внутриматочная патология. Оценка степени выраженности и локализации патологических изменений эндомиометрия в режиме 3Д у данных пациенток повысила точность нозологической диагностики и определила дальнейшую тактику ведения. На ранних сроках гестации у 7 пациенток с аномалией развития во фронтальной плоскости точно установлена локализация плодного яйца, структура хориона, а также состояние контрлатерального рога, что в значительной степени повысило достоверность диагностики осложненного течения беременности (угрозы прерывания, неразвивающейся беременности, ретрохориальной гематомы).

Точность трехмерной эхографии в диагностике полипов эндометрия составила 96%. Реконструкция во фронтальной плоскости всей полости матки и послойный просмотр изображения в режиме многоплоскостного сканирования позволили визуализировать полипы небольших размеров (до 5 мм), определить их точное количество и место локализации (особенно в области трубных углов и дна матки). Четкое отсутствие во фронтальном срезе деформации базального слоя эндометрия улучшило дифференциальную диагностику полипов с субмукозными узлами миомы. Визуализация сосудистой ножки (97%) в режиме трехмерной ангиографии исключила наличие очаговой гиперплазии эндометрия и уточнила место локализации полипа в полости матки. Полученная дополнительная информация значительно повысила эффективность внутриматочных вмешательств, способствуя полному удалению полипа эндометрия.

Высокая точность (97%) 3Д эхографии получена в оценке типа субмукозного узла на этапе дооперационного обследования. У 41 пациентки в соответствии с классификацией, принятой Европейским обществом по гистероскопии, определялось положение опухоли по отношению к полости матки. Преимуществом трехмерной эхографии явилась четкая дифференциация во фронтальной плоскости узлов I и II типов, а также визуализация образований небольших размеров, исходящих из области трубных углов, дна и боковых стенок полости матки. Покадровый просмотр объемной информации позволил четко определить основание субмукозного узла и его ширину. Реконструкция сосудистой ножки использовалась для уточнения локализации миоматозного узла, особенно при больших размерах опухолей (более 2,5 см), топографическая оценка которых резко затруднена при проведении гистероскопии.

В ходе обследования 57 пациенток с гиперплазией эндометрия в режиме многоплоскостного сканирования во фронтальном сечении оценена степень распространенности и локализация патологических изменений. При трехмерной агниографии получена отчетливая гиперваскуляризация гиперплазированного эндометрия с «древовидным» ветвлением сосудов. В 9 наблюдениях с раком эндометрия в трехмерном режиме наглядно визуализировалось наличие в полости матки множества извитых, хаотично расположенных сосудов с неравномерным диаметром. Послойный анализ серии эхограмм в режиме многоплановой реконструкции и четкое определение контура базального слоя эндометрия позволили у 5 пациенток диагностировать инвазию опухолевого процесса, с последующей оценкой степени и глубины патологических изменений.

Выводы: трехмерная эхография значительно расширяет возможности обычного двухмерного УЗИ в гинекологии и обладает высокой диагностической точностью при обследо-

вании пациенток с патологией тела матки. Полученная на дооперационном этапе с помощью трехмерной реконструкции дополнительная информация, позволяет выбрать адекватный метод хирургического лечения и оптимальный объем оперативного вмешательства гинекологических больных, что существенно влияет на безопасность, эффективность проводимых мероприятий и предопределяет благоприятный прогноз.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

Шперлинг Н.В., Дикке Г.Б., Энгель Е.Э., Чукаева Л.М.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Последние годы для лечения остроконечных кондилом применяют препараты интерферона (ИФН) и индукторы ИФН, что вполне обосновано важностью системы цитокинов в процессе формирования противовирусной защиты организма. В то же время не все перечисленные иммунотропные средства обладают достаточно высокой эффективностью. Так, препараты на основе α-ИФН (Intron-A, альфаферон) и его индукторы (имиквимод) эффективны в 42-71% случаев, а частота рецидивов в течение года составляет от 11 до 43 %. Эффективность γ-ИФН варьирует от 7 до 57%, а экзогенного β-ИФН – от 45 до 82%. В свою очередь препараты ИФН обладают рядом побочных нежелательных эффектов, которых лишены индукторы ИФН. С целью выработки рационального подхода к назначению препаратов интерферона и индукторов интерферона нами проведена сравнительная оценка эффективности терапии остроконечных кондилом индукторами интерферона (циклоферон, йодантипирин) и α-интерферонсодержащего препарата (генферон).

Под наблюдением находились 90 женщин с остроконечными кондиломами гениталий, которые были распределены на три группы (по 30 человек): первая – с рецидивирующими кондиломами (3-4 рецидива за последние 6 мес), вторая – с множественными впервые выявленными кондиломами, третья – с единичными впервые выявленными кондиломами. Каждая группа была разделена на три подгруппы в зависимости от проводимого лечения: первая – йодантипирин через рот по 100 мг 2 раза в день в течение 25 дней и в последующем по 100 мг 1 раз в день в течение 50 дней; вторая – циклоферон внутримышечно по 2 мл 12,5% раствора 1 раз в день на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23-й дни лечения; третья – генферон по 250000 МЕ во влагалище 2 раза в день в течение 10 дней. Одновременно с назначением препаратов всем пациенткам проводилась химическая деструкция кондилом солковагином.

Клинические наблюдения показали, что при единичных впервые выявленных остроконечных кондиломах слизистой оболочки гениталий целесообразно назначение циклоферона; в случае множественных впервые выявленных кондилом более эффективным является применение генферона; йодантипирин предпочтителен при рецидивирующих формах остроконечного кондиломатоза.

Таким образом, в эффективности лечения остроконечных кондилом гениталий большое значение имеют распространенность кондиломатоза, склонность заболевания к рецидивированию, а также фармакологические особенности препаратов.

НЕОНАТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Агаджанян К.В., Устьянцева И.М., Яковлева Н.В.

Россия., г.Ленинск-Кузнецкий, Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»,

Актуальность исследования эндометриоза определяется не только высокой частотой этого заболевания в популяции, но и его ассоциацией с бесплодием, нарушением качества жизни женщин.

Несмотря на многолетние исследования, до сих пор не выяснены многие вопросы этиологии и патогенеза эндометриоза. Известно, что иммунные механизмы лежат в основе развития эндометриоза, однако их участие в зависимости от тяжести процесса и локализации очагов остается неизученным.

Цель: Изучить взаимосвязь клинического течения эндометриоза с метаболическими изменениями, характеризующими реакцию воспалительного ответа, и корреляционную связь между концентрацией онкомаркера СА-125 и цитокинемией.

Материалы и методы: В исследование были включены 125 женщин фертильного

возраста от 19 до 37лет (средний возраст 28,32-+3,75г.), находившихся на лечении в гинекологическом отделении ФГЛПУ "НКЦОЗШ". Диагноз эндометриоза верифицировался на основании гистологического исследования операционного материала. Контрольную группу составили 25 небеременных женщин репродуктивного возраста без соматической и гинекологической патологии.

Программа исследования была реализована с применением клинических, функциональных, лабораторных и хирургических методов, включающих изучение анамнеза и клинической симтоматики заболевания, данных гинекологического исследования, трансвагинальное ультразвуковое сканирование, лапаро- и гистероскопию, гистологическое исследование тканей, удаленных во время операции.

Забор крови у пациенток производился натощак из локтевой вены, в первую фазу менструального цикла до хирургического лечения. Определялись метаболические (щелочная фосфатаза, ферритин, гомоцистеин) и онкомаркеры, фактор некроза опухоли (ФНО-α) и интерлейкины (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8).Пациенткам проведено хирургическое лечение: коагуляция эндометриоидных гетеротопий, иссечение очагов эндометриоза, удаление эндометриоидных кист яичников, рассечение спаек, пластика маточных труб. Статистический материал обработан с использованием критерия Вилкоксона.

Результаты исследования: Клиническая картина проявлялась жалобами на дисменорею (76,3%), хроническими тазовыми болями(52,6%), диспареунией (28,7%). Бесплодие выявлено у 80% пациенток. В 65% случаев бесплодие было первичным, в 15%-вторичным. Проведенное трансвагинальное ультразвуковое исследование выявило признаки эндометриоза у 34% пациенток. Эндометриоидные кисты выявлены у 12% пациенток. Признаки аденомиоза выявлены у 22% пациенток. Использование лапароскопии позволяло оценить степень тяжести данного заболевания, при этом руководствовались классификацией Акоста и соавт.1973. Первая степень наружного генитального эндометриоза выявлялась в 72% случаев, эндометриоз средней тяжести выявился у 18,4% пациенток. Тяжелая форма выявлялась у 9,6% пациенток. В ходе гистероскопии у 13,6% пациенток выявлялись признаки внутреннего эндометриоза.

Для изучения роли маркеров воспаления при эндометриозе нами проведено исследование сывороточных уровней С-реактивного белка, ферритина, гомоцистеина и некоторых цитокинов. Повышение уровня опухолевого маркера СА 125 в сыворотке крови в 3,7 раз у пациентов с эндометриозом по сравнению с контрольной группой, вероятно, определяется возрастанием числа синтезирующих его быстро делящихся клеток и свидетельствует о преобладании пролиферативных процессов и высоком риске прогрессирования заболевания. Взаимоотношения биологической реакции воспаления характеризовались повышением уровня СРБ в 2,7 раза ($p<0,05$) относительно контрольной величины. Индукция выработки СРБ совпадала с индукцией синтеза другого острофазового белка – ферритина, содержание которого в 1,5 раза выше по сравнению с контрольным значением. По-видимому, воспаление приводит к повышению сывороточного ферритина за счет стимуляции рециркуляционных эритроцитарных клеток при высвобождении железа из транспортных белков. В свою очередь, при эндометриозе помимо индукции острофазовых белков отмечали снижение концентрации гомоцистеина, в среднем, на 30%, что вероятно связано с гормональным статусом женщин фертильного возраста. Так, имеются данные о том, что эстрогены оказывают гомоцистеинснижающее действие, а гормональная терапия является одним из ведущих факторов, определяющих снижение уровня общего гомоцистеина. Зарегистрированная активация синтеза белков острой фазы воспаления и уменьшение концентрации в крови гомоцистеина, могло свидетельствовать об увеличении активности системной воспалительной реакции и направлено не только на укрепление барьерных функций очага воспаления, но и на предотвращение системных осложнений, связанных с действием флогогенных факторов во внутрисосудистой среде. Учитывая известные факты о влиянии только повышенных концетраций гомоцистеина на индукцию синтеза про- и противовоспалительных цитокинов, мы предположили, что уровень гомоцистеина может быть определяющим в оценке иммунокомпетентных механизмов защиты. У больных эндометриозом при поступлении в стационар содержание в сыворотке крови провоспалительных цитокинов - ФНО-α, ИЛ-1 и ИЛ-6 достоверно не отличалось от контрольных значений. Известно, что противовоспалительный ответ тем сильнее, чем интенсивнее активация провоспалительного каскада. В связи с этим, отсутствие увеличения уровня ИЛ-10 свидетельствовало об однонаправленной стимуляции активности клеток естественной защиты организма. Для подтверждения данного предположения в качестве маркера клеточной активации в периферической крови больных эндометриозом нами был изучен уровень растворимого рецептора ИЛ-2, уровень которого в 2 раза превышал нормативный показатель. По-видимому, высокий уровень ИЛ-2R, превышающий контрольный на 50%, приводит к гиперпролиферации лимфоцитов и цитокинопосредованному повреждению эндометрия, снижению механизмов противоопухолевой защиты, и, тем самым, свидетельствует о проявлении хронического вялотекущего местного воспалительного процесса. Содержание ИЛ 2R коррелирует со степенью тяжести эндометриоза, и его значения были тем выше, чем больше степень тяжести данного заболевания.

Выводы: Таким образом, лапароскопическое исследование позволяет в 100% случаев подтвердить наличие наружного генитального эндометриоза.

Увеличение содержания СА125, С-реактивного белка, ферритина на фоне уменьшения содержания гомоцистеина и неизменных уровней про- и противовоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ- 10) в крови пациенток с эндо-

метриозом характеризуют развитие местной биологической реакции воспаления и, по-видимому, вносит определенный вклад в развитие целого комплекса клинических симптомов, обуславливающих развитие заболевания. Взаимосвязь этих изменений нуждается в дополнительном изучении.

Концентрационные изменения маркеров воспаления в системном кровотоке могут послужить одними из критериев прогноза дальнейшего течения заболевания, а также помочь в определении тактики последующего медикаментозного и хирургического лечения больных эндометриозом, в том числе необходимости назначения гормональной терапии.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ИМЕЮЩИХ АНТИТЕЛА К ПЕРОКСИДАЗЕ ТИРОЦИТОВ

Андреева Е.В., Латкина Н.В., Доброхотова Ю.Э., Лукина Н.Н., Митрофанова Н.А., Хейдар Л.Х., Бояр Е.А., Яковец М.И., Шихмирзаева Э.Ш.

Россия, Москва, ГОУВПО Российский Государственный Медицинский Университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета с курсом ФУВ.

Актуальность. Инсулинзависимый сахарный диабет (СД) является мультифакторным заболеванием, характеризующимся специфическим аутоиммунным разрушением всех органов и систем жизнедеятельности. Обменные и другие нарушения при СД матери накладывают отпечаток и на развитие плода. Частота осложнений у плода и новорожденного прямо пропорциональна тяжести осложненного течения СД у матери во время беременности. Поэтому оценка состояния плода и новорожденного должна проводиться своевременно с применением комплекса исследований в динамике.

Целью работы явилось изучение функции щитовидной железы у беременных с СД 1 типа и их новорожденных для выявления доклинических нарушений тиреоидного статуса.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 (16,7%) детей от матерей больных СД 1 типа тяжелого течения в фазе компенсации,15 (16,7%) детей от матерей больных СД 1 типа тяжелого течения в фазе субкомпенсации и 30 (33,3%) здоровых детей. Определяли гормоны щитовидной железы: тиреотропный гормон (ТТГ), тироксин (Т4), трийодтиронин (Т3), антитела к пероксидазе тироцитов (АТ-ТПО) в сыворотке крови иммунохемилюминисцентным методом наборами «Immulite» на автоматическом анализаторе («Diagnostic Products Corporation», Лос-Анджелес, США) в возрасте 1 дня жизни, в 1месяц и в 1 год жизни.

Полученные результаты. Анализ гормональных исследований показал, что концентрация трийодтиронина у детей контрольной группы достоверно увеличивается к месячному возрасту (на первый день жизни – 2,48± 0,14 нмоль\л, в 1 месяц – 3,16 ±0,1 нмоль\л) ($p<0,02$). В раннем неонатальном периоде отмечаются наиболее низкие гормональные показатели. В постнатальном периоде содержание гормона существенно не изменялось. Концентрация тироксина у детей контрольной группы на протяжении первого года жизни достоверно не изменялась (на первый день жизни – 233,01± 12,6нмоль\л, в 1 месяц – 222,38 ±29,06 нмоль\л, в 1 год – 230± 24,16 нмоль\л). Уровень тиреотропного гормона у детей контрольной группы снижался к концу первого месяца жизни ($p<0,05$). Наиболее высокая концентрация ТТГ отмечалась на первый день жизни (7,69± 1,54 м Ед\л), снижаясь к месячному возрасту (2,22± 0,12 мЕд\л) и существенно не изменялась до годовалого возраста (2,35 ±0,31 м Ед\л).

Степень выраженности гормональных изменений у детей основной группы зависит от степени тяжести СД 1 типа и наличия АТ-ТПО. Так, при СД 1 типа тяжелого течения в фазе компенсации это проявлялось достоверно более высоким уровнем ТТГ в сыворотке крови новорожденных на первый день жизни (21,3 ±3,78 мЕд\л) ($p<0,01$), что, несмотря на неизменный уровень Т3 и Т4, мы расценили как вариант субклинической первичной гипофункции щитовидной железы. У детей от матерей с СД 1 типа тяжелого течения в фазе субкомпенсации в раннем неонатальном периоде зарегистрированы низкие концентрации Т3 (1,70± 0,24 нмоль\л), Т4 (144,15± 11,68 нмоль\л), ТТГ (0,73± 0,08 мЕд/л) в сравнении с данными контрольной группы ($p<0,05$), что мы расценили как вторичную тиреоидную гипофункцию.

При индивидуальном анализе выделена группа пациентов (28,8%) с клиническими симптомами (в неонатальном периоде), которые могут быть проявлением гипофункции ЩЖ: мраморность кожных покровов, отечный синдром, приглушенность тонов сердца, метеоризм, гипогликемия. У половины из них в раннем неонатальном периоде зарегистрирована повышенная концентрация ТТГ (>20 мЕд/л). Уровень гормона в пределах 20-50мЕд\л зафиксирован у 11 детей, 80 мЕд\л – у 1 и 120 мЕд\л – у 1 ребенка. Выявлена прямая связь между клиническими симптомами гипофункции ЩЖ и уровнем ТТГ в раннем неонатальном периоде у детей от матерей с СД 1 типа тяжелого течения в фазе субкомпенсации. Нами выявлена взаимосвязь между проявлением клинических симптомов гипофункции ЩЖ у новорожденных и наличием тиреоидной гиперплазии у матери. В дальнейшем истинного врожденного гипотиреоза не диагностировано ни у одного ребенка исследуемых групп, но все дети, у которых в периоде новорожденности выявлены симптомы, не исключающие гипофункцию щитовидной железы, в дальнейшем имели отклонения в состоянии здоровья: 25% - низкое физическое развитие, 33,3% – дисгармоничное развитие. С наибольшим постоянством диагностированы перинатальное поражение ЦНС у 8 (13,3%) детей и экссудативно-катаральный диатез у 5 (8,3%) детей.

К концу неонатального периода концентрация Т3, Т4, ТТГ у детей исследуемых групп и контрольной группы достоверно не отличались, что свидетельствует о транзиторности гормональных изменений. В возрасте одного года система гипофиз-щитовидная железа функционировала без достоверных различий в основной и контрольной группах.

Вывод. Наши исследования свидетельствуют о возможной транзиторной гипофункции щитовидной железы новорожденного при сахарном диабете матери, требующей динамического наблюдения в течение первого года жизни.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МНОГОРОЖАВШИХ МАТЕРЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ КОМПЛЕКСНУЮ ПРЕДРОДОВУЮ ПОДГОТОВКУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК

Бегова С.В.

Россия, г. Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр

Частота неонатальных осложнений напрямую зависит от течения антенатального периода и родов. Многократные роды, по определению ВОЗ, являются универсальным фактором материнского и перинатального риска.

Уровень перинатальной смертности примерно в 1,5 – 2 раза выше у новорожденных, рожденных при 5-х и более родах.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения раннего неонатального периода у новорожденных, родившихся у многорожавших женщин, получивших комплексную предродовую подготовку с использованием биологически активной добавки «Аминокислотный комплекс».

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 180 новорожденных, родившихся в Республиканском Перинатальном центре, г. Махачкала от женщин, рожавших в 6-й раз. Основная группа состояла из 90 новорожденных, рожденных от матерей, получивших комплексную предродовую подготовку с использованием БАД «Аминокислотный комплекс», в группу сравнения вошли 90 новорожденных, родившихся от матерей, получивших неполную предродовую подготовку в связи с поздним поступлением в стационар.

Возраст родильниц в среднем равнялся 34±2,2 лет, т.е. соответствовал позднему репродуктивному периоду. Анализ соматической патологии у многорожавших родильниц показал, что у 70,5% из них настоящая беременность наступила на фоне экстрагенитальной патологии: вегето-сосудистой дистонии (34,6%), ожирения (67,7%), хронического пиелонефрита (16,5%), диффузного зоба I-II степени (32,3%) и железодефицитной анемии (96,1%).

В 65% наблюдений отмечен отягощенный акушерский анамнез: артифициальные аборты, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Полученные результаты. Анализ течения настоящей беременности показал, что в 32,3% случаев имело место развитие гестоза, причем сочетанного на фоне вышеуказанной экстрагенитальной патологии, угроза прерывания была диагностирована в 23,8% наблюдений, хроническая фетоплацентарная недостаточность развилась у 16,5% женщин. Родовой акт протекал также с осложнениями у 48,3% женщин группы сравнения. Наиболее частыми осложнениями были: вторичная слабость родовой деятельности, вторичная слабость потуг, потребовавшие проведения родостимуляции. Частота оперативного родоразрешения в данной группе составила 20%. В структуре показаний преобладали: аномалии родовой деятельности (30.5%), острая внутриутробная гипоксия плода (19,4%), ПОНРП (8,3%), клинически узкий таз (13,8%).

В основной группе осложнения родового акта отмечены у 20% пациенток. На первом месте была слабость родовой деятельности (13,8%), далее - острая внутриутробная гипоксия плода (8,3%).

Живыми родилось 180 новорожденных. У 71,6% детей обеих групп были отмечены признаки перезрелости, несмотря на отсутствие перенашивания. Наблюдалось отсутствие казеозной смазки, увеличение плотности черепа.

С оценкой по шкале Апгар более 7 баллов родилось 68,8% новорожденных в группе сравнения и 70,5% новорожденных из основной группы. Оценку 5-6 баллов получили 18% из группы сравнения и 13,8% - из основной группы, менее 5 баллов - 13,2% новорожденных из группы сравнения и 8,3% - из основной группы.

Средняя масса новорожденных в основной группе составила 3591,2±312,32, в группе сравнения - 3382,2±312,27г. В переводе на II этап выхаживания нуждалось 18,5% детей из группы сравнения и 8,3% детей - из основной группы.

Таким образом, ранний неонатальный период у многорожавших женщин, не получивших комплексную предродовую подготовку, характеризовался большой частотой осложнений, в основном, связанными с осложнениями родового акта при многократных родах.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА С ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКОЙ

Бойчук Н.В., Егорова А.Т., Базина М.И.

Россия, г. Красноярск, ГОУ ВПО КрасГМА.

Цель: Оценить клиник-морфологические параметры новорожденных у женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита с предгравидарной подготовкой.

Материалы и методы: Обследовано 85 новорожденных от женщин с привычным невынашиванием на фоне хронического эндометрита, которые разделены на 2 группы. Основную группу составили 32 новорожденных от 29 женщин с привычным невынашиванием на фоне хронического эндометрита, которым проведена предгравидарная подготовка, заключающаяся в этиологическом противовоспалительном лечении, метаболической терапии по фазам менструального цикла, энзимотерапии, сосудистой терапии и гормонотерапии. Группу контроля составили 53 новорожденных от 50 женщин с привычным невынашиванием беременности на фоне хронического эндометрита без предгравидарной подготовки. Оценивалось состояние новорожденных при рождении по Апгар, а так же антропометрические параметры доношенных и недоношенных новорожденных в обследуемых группах.

Результаты: У женщин основной группы в 89,66 % (26) случаев имели место своевременные роды, а преждевременные роды составили 10,34% (3) случаев, различия статистически значимы ($p<0,0001$). При этом недоношенных детей у женщин основной группы с преждевременными родами родилось 6 (18,75%) (3 двойни). В контрольной группе своевременные роды наблюдались в 18% (9) случаев, преждевременные - в 82% (41) случаев, различия статистически значимы ($x2= 36,44$; $p<0,0001$). Доношенных новорожденных в контрольной группе было 18,87% (10), а недоношенных – 86% (43) случаев ($p<0,05$). В основной группе доношенных новорожденных было достоверно больше, они встречались в 81,25% (26) случаев в отличие от контрольной группы, в которой доношенные новорожденные имели место в 18,87% (10) случаев ($x2!=29,3$; $p<0,0001$). Соответственно в контрольной группе недоношенных новорожденных наблюдалось достоверно больше - в 81,13% (43) случаев в отличие от недоношенных новорожденных в основной группе, где они составляли 18,75% (6) случаев - (что в 7,17 раз меньше, чем в контрольной группе) ($x2!=29,3$; $p<0,0001$).

При сравнении в основной группе достоверно больше новорожденных в 68,7% (22) случаев против новорожденных контрольной группы – в 37,7% (20) случаев на первой минуте родилось в удовлетворительном состоянии с оценкой по Апгар 8-10 баллов ($z=2,547$; $p<0,05$). В асфиксии лёгкой степени на первой минуте в основной группе родилось 9 (28,1%) новорожденных, тогда как в контрольной группе - 30 (56,6%) случаев, что достоверно меньше ($z=2,328$; $p<0,02$). В асфиксии средней степени тяжести в основной группе родился только один ребёнок, а в контрольной группе – два. Новорожденным в контрольной группе в 60,38% (32) случаев проводилась АИВЛ и только в 15,63% (5) случаев - новорожденным в основной группе ($z=3,806$; $p<0,001$).

Масса среднего доношенного новорожденного в основной группе составляла 3100 - 3600 гр, рост 51 - 54 см, окружность головы 33,85±1,78 см и окружность груди 32 - 34 см. Средний

недоношенный новорожденный в основной группе весил 1620 - 2293 гр, был ростом 39 - 48 см с окружностью головы 32 - 33 см и окружностью груди 28 - 33 см.

В контрольной группе средний доношенный новорожденный имел массу 2680 - 2781 гр, рост 49,6 - 50 см, окружность головы 33,6±1,17 см и окружность груди 32 - 33 см. Средний недоношенный новорожденный в контрольной группе родился массой 1501 - 2252 гр, был ростом 40 - 46 см, с окружностью головы 30,16±2,01 см и окружностью груди 27,91±2,297 см.

При сравнении морфологических параметров выявлено, что по массе как средние доношенные, так и недоношенные новорожденные в основной группе были достоверно больше ($p<0,05$). Рост среднего доношенного новорожденного в основной группе был достоверно больше по 25 процентилю – 51 см, чем среднего доношенного новорожденного в контрольной группе - 50 см ($x2!=3,78$; $p=0,05$). У женщин основной группы, получивших предгравидарную подготовку, рост недоношенных был достоверно больше по 25 и 50 процентилям – 39 и 42 см против роста недоношенных новорожденных контрольной группы, равного 39 и 40 см ($p<0,05$).

Таким образом, статистически подтверждено, что в основной группе доношенных новорожденных родилось достоверно больше и морфологические параметры как доношенных, так и недоношенных, были достоверно лучше.

Синдром задержки внутриутробного роста и развития плода (СЗРП) в основной группе не выявлен, в группе новорожденных у женщин контрольной группы наблюдался в 1,89% (1) случаев.

Перинатальных потерь в основной группе не было, тогда как в контрольной группе перинатальная смертность составила 113,2‰. Из новорожденных основной группы на второй этап выхаживания было переведено 7(21,88%), а из контрольной группы - 40 (75,47%) новорожденных (<0,001). Выписаны домой 25 (78,13%) новорожденных основной группы и только 7 (13,21%) новорожденных контрольной группы ($p<0,0001$).

Выводы:

Предгравидарная подготовка у женщин основной группы позволила избежать перинатальных потерь.

Новорожденные контрольной группы в 60,38% (32) случаев нуждались в АИВЛ, а в основной группе только в 15,63% (5) случаев.

Среди новорожденных у женщин с привычным невынашиванием на фоне хронического эндометрита без предгравидарной подготовки перинатальная смертность составила 113,2‰.

Клинико-морфологические параметры новорожденных от женщин, получающих предгравидарную подготовку значительно лучше, чем у новорожденных от матерей без предгравидарной подготовки.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТЕРФЕРОН-КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА

Бочарова И.И., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф., Троицкая М.В., Лебедева Е.А., Котов Ю.Б.

Россия, г. Москва, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии

Актуальность. Значительное распространение вирусно-бактериальных инфекций в урогенитальной сфере у женщин во время беременности приводит к росту частоты внутриутробного инфицирования плода и различных перинатальных осложнений. По данным отечественных и зарубежных публикаций заболеваемость новорожденных у матерей с урогенитальной инфекцией (УГИ) колеблется в пределах 50-100%, а частота рождения детей с проявлениями внутриутробной инфекции (ВУИ) составляет от 10 до 58%. Реализация ВУИ зависит не только от свойств возбудителя и массивности контаминации, но и от состояния иммунитета новорожденного, в связи с чем только этиотропная антибактериальная терапия не может решить всех проблем. В последние годы в неонатологии для лечения инфекционных осложнений с успехом применяются препараты иммуноглобулинов для внутривенного введения с иммунозаместительной целью, но высокая стоимость и существенная частота побочных реакций ограничивают их применение жизненными показаниями. В то же время, нет единого мнения о необходимости проведения иммунокоррекции с целью профилактики инфекционных осложнений, отсутствуют четкие показания к назначению того или иного препарата, особенно для коррекции нарушений в системе интерфероногенеза, которым придается большое значение, как факторам, способствующим реализации ВУИ.

Целью исследования стала разработка рациональных, патогенетически обоснованных схем дифференцированной иммунокоррекции для лечения и профилактики инфекционных осложнений у новорожденных высокого инфекционного риска.

Материалы и методы. Проведено клинико-иммунологическое обследование 285 новорожденных, родившихся у матерей с УГИ, в том числе анализ характера и частоты встречаемости соматической и инфекционной патологии у данного контингента детей, особенности их контаминации патогенной микрофлорой, изучение показателей иммунного статуса (по панели стандартных иммунологических тестов, рекомендованных ВОЗ), определение возможных вариантов клинико-иммунологической адаптации новорожденных.

Результаты. Анализ течения раннего неонатального периода показал, что здоровыми были 35,5% новорожденных, ВУИ была диагностирована у 30,5% детей, из них у 17,5% - в тяжелой форме, в 13% случаев – в виде локальных инфекционных процессов, с проявлениями задержки внутриутробного развития родились 22% детей, в состоянии асфиксии – 24%, с признаками морфо-функциональной незрелости - 18%. В раннем неонатальном периоде умерли 2 ребенка от внутриутробного сепсиса. Были установлены особенности контаминации новорожденных от матерей с УГИ в зависимости от их состояния. У здоровых детей в 5% случаев выявлена аэробная флора (эпидермальный и сапрофитный стафилококк), представители инфекций передаваемых половым путем (ИППП) не превышали 10%. У детей с неинфекционной патологией в 2,5 раза чаще выявлялись вирусы группы герпеса, что подтверждает их патогенетическую значимость в формировании патологических изменений в ЦНС. При локальных инфекционных процессах превалировала аэробная грамположительная флора и представители ИППП. Для развития тяжелых форм ВУИ этиологически значимы возбудители ИППП (около 60%) и грамотрицательная флора.

Состояние иммунитета у новорожденных группы высокого инфекционного риска характеризовалось смещением иммунного процесса в сторону пролиферации и нарушением дифференцировки клеток, активацией Т-лимфоцитов с недостаточностью Th1 иммунного ответа, несостоятельностью гуморального звена иммунитета, снижением цитотоксического потенциала клеток, активацией доиммунных механизмов противоинфекционной защиты, повышением числа незрелых форм нейтрофилов и снижением их фагоцитирующей способности.

Выявленные нарушения показали целесообразность применения препаратов интерферона, которые кроме противовирусного эффекта, усиления цитотоксичности и активации фагоцитов оказывают иммуномодулирующий эффект, уча-

ствуя в процессах созревания и дифференцировки лимфоцитов. В комплексной терапии новорожденных группы высокого инфекционного риска мы использовали виферон, имеющий ряд преимуществ по сравнению с другими препаратами интерферона. Использование виферона в комплексной терапии УГИ во время беременности способствовало антенатальной иммунокоррекции у плода, проявлявшейся повышением стимулированной продукции лимфоцитами гамма-ИФН с нормализацией Th1 иммунного ответа, снижало антигенную стимуляцию иммунитета плода. Тем не менее, несмотря на лечение, сохранялось повышенным число ранних предшественников Т- и В- лимфоцитов, высокий процент клеток, экспрессирующих рецепторы к ИЛ-2, нарушения фагоцитоза. Клинический эффект антенатальной иммунокоррекции характеризовался снижением частоты ВУИ и патологии неинфекционного характера у новорожденных (ЗВУР, гипоксии) в 1,5 –2 раза.

Для дифференцированного подхода к иммунокорригирующей терапии новорожденных инфекционного риска были определены следующие клинико-иммунологические варианты адаптации:

Клинически здоровые дети и новорожденные с гипоксией без проявлений инфекции после антенатальной иммунокоррекции – показатели иммунитета не отличались от нормативных значений.

Клинически здоровые дети без антенатальной иммунокоррекции – повышение числа незрелых лимфоцитов и фагоцитов, нарушения фагоцитоза.

Дети с тяжелыми формами ВУИ – нейтрофильный лейкоцитоз с лимфопенией, снижение основных показателей клеточного иммунитета, несостоятельность гуморального звена иммунитета и фагоцитоза, угнетение интерфероногенеза.

Дети с локальными формами ВУИ - увеличение количества моноцитов и уровня IgM.

Новорожденные с органными дисплазиями – повышение основных показателей гуморального и клеточного иммунитета при снижении маркеров активации.

Дети со ЗВУР – лейкопения с лимфопенией, снижение цитотоксического потенциала клеток, повышение маркеров активации иммунитета.

Полученные данные показали, что в проведении иммунокоррекции не нуждаются здоровые дети и дети, перенесшие гипоксию после антенатальной иммунокоррекции, новорожденные с органными дисплазиями при отсутствии критериев активности инфекционного процесса. Остальным проводилась интерферонкорригирующая терапия вифероном по индивидуальным схемам, различающимся дозами (от 1,5 до 6,5 млн ЕД на курс) и продолжительностью (от 5 дней до 1 мес).

Виферонотерапия у новорожденных способствовала дифференцировке незрелых форм лимфоцитов и фагоцитов, нормализации количества цитотоксических лимфоцитов. Положительный клинический эффект виферона у новорожденных выражался в снижении частоты инфекционных осложнений (с 51 до 23%), длительности инфекционно-воспалительного заболевания (с 10,2 до 6,8 дней), частоты использования антибиотиков с превентивной целью и при лечении малых форм ВУИ (с 58 до 17%).

Выводы. Таким образом, интерферонкорригирующая терапия оказывает положительный клинический и иммунологический эффект при лечении и профилактике инфекционных осложнений новорожденных. Показания к ее проведению должны определяться с учетом клинико-иммунологических вариантов адаптации детей и эффекта от антенатальной иммунокоррекции.

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКЗОГЕННОГО СУРФАКТАНТА

Бубнова Н.И.

ФГУ НЦАГиП «Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель исследования – изучить морфофункциональное состояние легочной ткани детей, с различной продолжительностью жизни, получавших экзогенный сурфактант (BL-сурфактант, куросурф).

Материалом исследования послужили легкие 61 ребенка,получавших экзогенный сурфактант в связи с наличием у них респираторного дистресс-синдрома. Масса тела детей колебалась от 560,0 до 2700,0 грамм. Продолжительность жизни составляла от 4 часов до 45 суток. Использовались макро-и микроскопический методы исследования. Гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, по ван Гизону - на соединительную ткань, суданом черным В - на фосфолипиды. Сопоставление изменений в легких детей с одинаковой массой тела, но различной продолжительностью жизни, а так же с различной массой тела, но одинаковой продолжительностью жизни позволило выявить закономерности влияния экзогенного сурфактанта на легочную ткань в зависимости от степени зрелости органов дыхания и продолжительности жизни новорожденных.

Результаты исследования показали. что в легких детей с различной массой тела и степенью зрелости легочной паренхимы при одинаковой продолжительности жизни отмечается выраженная макрофагальная реакция, степень которой значительно слабее у более незрелых детей. К четырем часам жизни макрофаги, содержащие фосфолипиды (материал экзогенного сурфактанта), у детей с массой тела до 1000 грамм локализуются в просвете альвеол и альвеолярных ходов, в то время как у более зрелых детей они выявляются так же в межальвеолярных перегородках, перибронхиально и периваскулярно. В конце первых суток жизни у более зрелых детей просвет альвеол свободен, в то время как у экстремально незрелых – макрофаги в большом количестве локализуются внутри альвеол. При этом на 4 – 6 сутки жизни отмечается выраженная пролиферация фибробластов, появление фиброцитов, начинающийся фиброз альвеолярных перегородок. На 8 – 10 сутки жизни фиброз бронхо-альвеолярной ткани достигает такой степени, что морфологически диагностируется бронхоальвеолярная дисплазия. У детей от 1000 грамм и выше процесс фиброзирования легочной ткани развивается в более поздние сроки (15 – 17 дней), причем, всегда выявляются в строме органа макрофаги, содержащие 2. фосфолипиды.

Наличие гиалиновых мембран сопровождается замедлением эвакуации содержащих липиды фагоцитов из бронхоальвеолярной ткани. Желтые гиалиновые мембраны более выражено тормозят этот процесс. Пневмония так же приводит к нарушению миграции альвеолярных макрофагов, что является фактором, усиливающим пролиферацию фибробластов и способствующим развитию бронхо-альвеолярной дисплазии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что введение экзогенного сурфактанта, представляющего собой смесь фосфолипидов (т.е. по сути – это инородное тело), наряду с терапевтическим эффектом, опосредованно, через реакцию фагоцитарного очищения, приводит к стимуляции пролиферации элементов фибробластического ряда, что, наряду с токсическим действием кислорода и баротравмой при ИВЛ, способствует развитию бронхо-альвеолярной дисплазии.

Морфогенетически этот процесс тесно связан со степенью зрелости новорожденного

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Буштырев В.А., Дворянинова Л.В., Лаура Н.Б., Лебеденко Е. Ю.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Городская больница №20, отделение недоношенных детей

Недоношенные дети с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ) в связи с выраженной морфофункциональной незрелостью всех органов и систем, несовершенными механизмами адаптации в дальнейшем составляют группу высокого риска по возникновению у них соматической патологии, неврологических нарушений инвалидности в различные возрастные периоды.

Целью нашего исследования явилось изучение течения периода новорожденности, структуры заболеваемости и дальнейшего развития недоношенных детей, рожденных с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 88 поликлинических историй развития недоношенных детей, рожденных со сроком гестации до 28 недель и с массой тела до 1000 г.

Результаты исследования. Хронологический возраст этих детей колебался в пределах от 1 года до 8 лет (в среднем 4,5±2,5 года). Гестационный возраст детей при рождении находился в пределах от 24 до 28 недель (26±1,5 недель). Масса при рождении была от 784 г до 1000 г (937±62,2 г).

Катамнез развития и состояния здоровья детей, рожденных с ЭНМТ, показал, что 6 (6,8%) имели 1 группу здоровья, 32 (36,4%) - 2-ю, 30 (34,1%) - 3-ю, 16 (18,2%) - 4-ю и 4 (4,5%) – 5-ю. Инвалидность отмечалась у 20 (22,7%) детей.

Большинство недоношенных с ЭНМТ при рождении в дальнейшем находились на диспансерном наблюдении у двух и более врачей: у двух – 32 (36,4%) ребенка, у трех – 12 (13,6%), у 4 и более – 14 (15,9%) детей. У невропатолога на диспансерном учете наблюдалось 84 (95,5%) ребенка.

В группу часто болеющих детей (ЧБД), т.е. у которых острая респираторная инфекция (ОРИ) повторялась 4 и более раз в год, входил каждый второй ребенок.

У60(68,2%)детейразвилсягипертензионно–гидроцефальный синдром, астено-невротический у 10 (11,4%), диагнозы миатонический синдром и синдром пирамидной недостаточности были выставлены 20 (22,7%) и 32 (36,4%) пациентам соответственно. Остаточные явления перинатального поражения ЦНС в виде малой мозговой дисфункции (ММД) выявлены в 14 (15,9%), эписиндрома в 4 (4,5%), судорожного синдрома в 6 (6,8%) случаях. Развитие стойких двигательных нарушений или детского церебрального паралича (ДЦП) наблюдалось у 12 (13,6%) детей. У глубоко недоношенных с последствиями перинатальной патологии нервной системы в дальнейшем наблюдается нарушения предречевого развития - 4 (4,5%) ребенка, задержка психо-речевого развития была у 20 (22,7%), наличие речевых расстройств в виде дизартрии выявлены у 8 (9,1%). Катамнез соматической патологии показал, что поражение сердечно – сосудистой системы, проявляющееся врожденными аномалиями развития сердца и сосудов выявлены у 32 (36,4%) детей, эндокринной системы у 6 (6,8%). Ангиопатией ретинальных сосудов различной степени страдают 24 (22,3%) ребенка, причем в 100% прогноз оказался неблагоприятным, патологией костно – мышечной системы – 36 (40,9%), патологией системы крови в виде железодефицитной анемии – 36 (40,9%).

Выводы.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что глубоко недоношенные дети подвержены высокой заболеваемости, включая соматическую патологию, задержку психомоторного, физического развития. Эти дети являются группой высокого риска по развитию инвалидности и нуждаются в интенсивных реабилитационных мероприятиях в специализированных центрах, сразу же после перевода со второго этапа выхаживания.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Буштырев В.А., Лебеденко Е.Ю., Лаура Н.Б., Курочка М.П., Баранов П.А., Ковалева А.В.

Россия, Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Кафедра акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС

Концепция тесных корреляционных взаимосвязей между состоянием здоровья матери и плода является общепризнанной в службе родовспоможения и детства. О влиянии внутриутробного периода на всю последующую жизнь человека, свидетельствуют данные о влиянии малого веса при рождении - интегрального показателя внутриутробного неблагополучия, который является более значимым фактором риска в сокращении продолжительности жизни и высокого уровня заболеваемости, чем ожирение, курение, алкоголизм и гипертоническая болезнь (В.Е. Радзинский, 2004).

Под нашим наблюдением находилось 140 недоношенных новорожденных, поступавших в течение первых 24 часов жизни в педиатрическое отделение для недоношенных новорожденных городской больницы № 20 г. Ростова-на-Дону в течение 2004 – 2005 г.г. Критерии включения в группы: гестационный возраст от 28 до 37 недель, масса тела более 1000 грамм и менее 2500 грамм, наличие клинических и лабораторных признаков внутриутробного инфицирования (ВУИ). В исследование не включались новорожденные с установленным диагнозом родовой травмы и подтвержденными множественными врожденными пороками развития. Новорожденные были разделены на 4 группы: I группа (n=25) недоношенные новорожденные с очень низкой массой тела (ОНМТ) и задержкой развития плода (ЗРП) (ОНМТ+ЗРП). II группа (n = 25) - недоношенные с ОНМТ, соответствующие гестационному возрасту (ОНМТ+СГВ). III группа (n=35) недоношенные дети с НМТ и ЗРП (НМТ+ЗРП). IV группа - (n=63) новорожденные с НМТ, соответствующие гестационному возрасту (НМТ+СГВ).

Возрастной состав матерей колебался от 18 до 43 лет (25,81±5,88). 50,7% женщин не работало, 30,7% принадлежало к категории рабочих, 13,6%-служащих, 5% составили студенты и учащиеся. Во время беременности работало больше половины женщин. 64,3% состояли в браке. Под наблюдением в женской консультации находилось 69,3% женщин. Курящие женщины составляли 19%, алкоголь употребляли 9% женщин. При этом 52% женщин не имели достаточной мотивации на благоприятный исход беременности, 46% не выразили готовности вести «здоровый» образ жизни и отказаться от вредных привычек.

Для 48,6% женщин данная беременность, закончившаяся преждевременными родами, была первая. На долю повторнобеременных пришлось 51,4% женщин. Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 60,7% женщин. Наиболее значимыми оказались данные о наличии в анамнезе медицинских абортов (49,3%), реже встречались самопроизвольные выкидыши (8,6%) и преждевременные роды (2,1%). Частота преждевременных родов отмечалась ниже при вторых, а тем более третьих, четвертых, пятых и шестых родах. Встречаемость эрозий шейки матки была сопоставима в исследуемых группах, а частота кольпитов (43,7%, 25%, 15,6%, 19,6%) и воспалительных

заболеваний органов малого таза (30,4%, 4,16%, 31,2%, 6,5%) имела некоторые отличия. Отмечалась достаточно высокая частота экстрагенитальной патологии в виде патологических процессов в почках и заболеваний сердечно-сосудистой системы у женщин всех исследуемых групп, с преобладанием таковых в I и III группах (рождение детей с задержкой развития). Наличие до беременности высокого процента заболеваний почек закономерно сочеталось с выявлением воспалительных заболеваний мочевыводящих путей во время настоящей беременности у женщин всех групп. 20,7% женщин во время беременности перенесли острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ) в I или во II триместре. Достоверно чаще ОРВИ встречалась у матерей новорожденных II и IV группы (41,6% и 27,8%), родивших преждевременно недоношенных детей, но без признаков задержки развития, по сравнению с матерями I и III групп (0% и 6,25%)($p < 0,05$).

В нашем исследовании осложненное течение беременности отмечено у 78,6%. Наиболее часто встречалась фетоплацентарная недостаточность (43,40%, 25%, 46,80%, 40,90%) и гестоз (43,40%, 12,50%, 15,60%, 11,46%), угроза прерывания в I (26%, 25%, 18%, 19,70%) и во II триместре (17,39%, 20,80%, 16,60%, 14,75%), реже осложняли течение беременности анемия и ранний токсикоз.

Самопроизвольные роды наблюдались у 89 женщин (63,6%). Наиболее высокий процент кесарева сечения отмечался в I клинической группе. Подтверждалась роль материнских факторов и в генезе оперативных преждевременных родов. В I-II клинической группах в 100% случаев оперативное родоразрешение было по абсолютным показаниям со стороны матери. В III и IV группах наблюдалось равномерное распределение показаний: абсолютных и медицинских. Ни в одном случае оперативное родоразрешение не выполнялось по показаниям со стороны плода.

При гистологическом анализе последов инфекционно-воспалительные процессы были представлены в виде: хориоамнионита (31,7%), децидуита (34,4%), интервиллузита (37,43%) и виллузита (15,47%). Плацентит был отмечен в 37% случаев, флебит пупочной вены в 13% случаев. Интервиллузит и виллузит были достоверно чаще отмечены в III и IV группах, что свидетельствует о преимущественном гематогенном пути распространения инфекции, реализующемся, как правило, посредством инфицирования околоплодных вод (В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова, 2001). Маркеры восходящего пути инфицирования - хориоамнионит и хориодецидуит достоверно чаще встречались в I группе ($p<0,05$). Инфекционно-воспалительные изменения, затрагивающие все отделы плаценты – плацентит - встречался достоверно чаще в I и II группе (56% и 76%). Сочетание хориоамнионита, децидуита, интервиллузита и виллузита составило 80% от общего количества исследований.

Сравнительный анализ воспалительных изменений плацент, показал, что у умерших в 100% случаев отмечен плацентит, в 25% случаев флебит. У выживших недоношенных новорожденных - плацентит носил очаговый характер в большинстве случаев.

В плацентах всех групп часто выявлялись случаи патологической незрелости ворсин в виде диссоциированного развития ворсинчатого хориона (55,4%). У детей, родившихся с признаками задержки развития плода, диссоциированное созревание ворсин встречалось достоверно чаще ($p < 0,05$), чем во II и IV группах. Преобладали промежуточные, недифференцированные ворсины, что свидетельствовало о воздействии неблагоприятного фактора во II триместре беременности.

Выявленные различные механизмы срывов компенсации у недоношенных новорожденных с ЗРП и СГВ, подтверждались данными морфофункционального исследования плацент. Группы были сопоставимы по частоте встречаемости субкомпенсированных и декомпенсированных форм фетоплацентарной недостаточности. В целом субкомпенсированное течение отмечено в 91,2% случаев, декомпенсированное - в 8,1%. В 4,05% случаев относительная хроническая ФПН, в 4,05 % ее острая декомпенсация. Компенсированное течение ФПН отмечено только в 1 случае.

Таким образом, прогностическим маркером внутриутробного инфицирования у недоношенных новорожденных является комплекс материнских факторов риска, недоучет которых на основных этапах оказания медицинской помощи, приводит к срыву компенсаторных возможностей фетоплацентарного комплекса и во многом определяет исход беременности, в первую очередь для новорожденного. Прогноз для плода также зависит от времени воздействия материнских факторов риска, длительности и особенностей течения заболевания матери, сроков диагностики, своевременной и патогенетически обоснованной терапии, уровня компенсаторно-защитных резервов матери и плода.

Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что морфофункциональные исследования последа могут быть включены в комплекс скрининговых диагностических мероприятий по выявлению внутриутробных инфекций, так как позволяют оценивать выраженность инфекционного компонента и прогнозировать развитие инфекционных заболеваний новорожденных.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ И ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Вахонина Н.В., Осипова О.К.

Россия, Кемерово, МУЗ ГКБ №3 им. М.А.Подгорбунского, родильный дом №1

Цель исследования: Анализ течения неонатального периода у детей, родившихся от матерей страдающих наркоманией.

Материал и методы исследования: Обследовано 57 новорождённых. Из них основную группу составили 27 детей, матери которых употребляли наркотики на всём протяжении беременности, контрольную группу составили 30 детей, истории которых взяты методом случайной выборки. Случаев перинатальной смертности среди обследованных не было.

Результаты исследований: Средний возраст женщин в обеих группах составил 26,3 ± 3,2 года. Регулярное употребление наркотиков свыше 1 года в основной группе отмечено у 70% женщин (19 человек). На учёте в женской консультации по поводу настоящей беременности не состояло 96,3% (26 женщин), тогда как в контрольной группе 6,7% (2 женщины). Следует отметить, что из 27 детей в основной группе, 9 - отказные. Кроме того, женщины из основной группы страдали хронической никотиновой интоксикацией 48% (13 человек), носительство гепатита В 14,8% (4 человека), гепатита С 37% (10 человек). Перенесённый и впервые выявленный сифилис в 18,5% (5 случаев), по поводу которого все дети получили полное комплексное обследование, профилактическое лечение пенициллином. В контрольной группе такие случаи единичные.

Достоверных отличий по хронической фето-плацентарной недостаточности гипоксии плода в обеих группах не отмечено, и составило 99% всех случаев. По характеру околоплодных вод: в основной группе преобладали воды с примесью мекония 81,5%, в остальных случаях зарегистрированы мутные воды со специфическим запахом..

Роды через естественные родовые пути в основной группе составили 85,2% (23 случая), 3 родов на дому, 1 экстренное кесарево сечение, по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Средний гестационный возраст в обеих группах составил 37,9 недель, но в основной группе 22% родов преждевременные, дети родившиеся в срок имели задержку внутриутробного развития в 63% случаев (17 детей), тогда как в контрольной группе задержка внутриутробного развития имела место в 17,8%, а преждевременные роды - 4,8%. Средняя масса новорожденных в основной группе составила 2705 г, рост 49,7 см, что достоверно ниже, чем в контрольной группе.

В асфиксии родилось 16,7% детей. Сразу после рождения в проведении реанимационных мероприятий нуждалось 3 ребёнка. На ИВЛ находилось 2 ребенка: 1 – по поводу мекониальной аспирации и 2 – врожденного порока развития желудочно-кишечного тракта: гастрошизис, недоношенность 2 степени.

В основной группе у 20 детей (74%) в клинической картине отмечались признаки инфекционного токсикоза, дыхательных нарушений, диспепсические нарушения со стороны ЖКТ, по поводу чего в терапию были включены антибактериальные препараты, биопрепараты.

Все дети сразу после рождения переводились в палату интенсивной терапии (ПИТ), средняя длительность пребывания в ПИТе составила 3,5 койко-дня (от нескольких часов до 10 суток). Профилактика абстинентного синдрома начиналась через несколько минут после рождения и включала высокие дозы люминала от 15 мг/кг/сут в сочетании с ректальным введением эффералгана в максимальной дозе 20 мг/кг/сут.

Клиника абстинентного синдрома у большинства детей развивалась на 2-3 сутки, степень выраженности зависела от давности и дозы приёма матерью наркотиков. Особенности манифестации абстинентного синдрома носили следующий характер: тремор 88% (23 случая), повышенная нервно-рефлекторная возбудимость в 100%, формирующиеся двигательные нарушения в 100% (чаще гипертонус в конечностях), гипертермия 26% (7 случаев), судорожная готовность 29,6% (8 случаев). В контрольной группе преобладала церебральная ишемия 1 степени.

74% всех детей основной группы переведено на 2 этап выхаживания для дальнейшей реабилитации (отделение патологии новорожденных, психо-неврологическое отделение.

Выводы: Таким образом, дети, перенесшие внутриутробно воздействие наркотических веществ, имеют повышенную частоту осложнений перинатального периода: недоношенность, ЗВУР, церебральную ишемию II-III степени, что неблагоприятно скажется на дальнейшем развитии этих детей. Одна треть детей оставлена на социальное обеспечение государства, что является серьёзной не только медицинской, но и социальной проблемой.

РОЛЬ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ АНТИГЕНОВ КЛЕТОК КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Дударева М.В., Левкович М.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии МЗ РФ

В настоящее время успехи неонатологии значительно повысили возможности выживания глубоко недоношенных детей и сократили уровень летальности. В связи с этим проблема ранней диагностики и определения прогноза состояния у детей группы риска по развитию гнойно-септических осложнений и тяжелых гипоксических поражений приобретает еще большую актуальность.

При неотложной помощи детям в критических ситуациях нужны новые комплекты многопараметровых систем для проведения анализа в месте лечения, что позволяет проводить исследования определенного набора параметров в течении от нескольких минут до часа.

В соответствии с приоритетными научными направлениями нашего института исследования проводятся на всех уровнях биологической организации: от популяционных и системных – до молекулярно- генетических.

Проточные цитофлуориметры Beckman Coulter EPICS XL обладают высокой скоростью выполнения исследований – до 10000 клеток в секунду, высокой чувствительностью, возможностью анализировать малые объемы клеток и несколько популяций одновременно, самотестированием в используемых пределах, исключающее влияние «человеческого фактора».

Изучение процессов клеточной дифференцировки и идентификации рецепторов позволяет определять мембранные и молекулярные механизмы патогенеза болезней иммунной и кроветворной систем у детей. Для этих целей мы используем метод проточной цитометрии, с помощью которого проводится не только иммунофенотипирование, но возможна оценка сиситивности внутриклеточных ферментов. Наиболее используемыми тестами в этом комплексе является оценка иммунофенотипа различных клеточных линий, соотношения популяций лимфоцитов крови. Одним из наиболее современных методов является изучение цитокин-синтетической активности лимфоцитов, характеризующих их функциональные возможности. Особенно важно при этом одномоментное исследование комплекса мембранных рецепторов и синтеза различных цитокинов.

Наиболее актуальным для клиник института является анализ цитокинов 1 класса – это фактор некроза опухоли, интерлейкины (ИЛ-1, 2, 4, 6, 8, 10, 13) и колониестимулирующие субстанции. Все эти соединения учавствуют в регуляции межклеточных взаимодействий и могут быть индукторами апоптоза – программируемой смерти клеток. Именно апоптоз обуславливает длительность жизни клеток.

Исследование особенностей течения апоптоза при различных формах патологии у детей необходимо для контроля и коррекции накопления патологических клеточных популяций и может использоваться при анализе механизмов хронизации и оценке эффективности лечения.

Таким образом, с помощью проточного цитометра можно очень эффективно изучать процесс фагоцитоза, играющего важную роль при инфекционной и соматической патологии.

Проточная цитометрия является эффективным методом оценки различных звеньев иммунитета, включая фагоцитоз, иммунофенотипирование, бласт-трансформацию, процессинг и презентацию АГ, апоптоз и цитотоксичность содержания внутриклеточных цитокинов.

Данный метод исследования позволяет диагностировать ранние стадии активности патологического процесса, точно локализовать уровень иммунологического дефекта по параметрам иммунного статуса, оценить эффективность терапии, прогнозировать тяжесть и исход иммунопатологических состояний.

ГОНАДОТРОПНО-ГОНАДНАЯ СИСТЕМА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Елгина С.И., Ушакова Г.А.

Россия, г.Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия

Изучение становления репродуктивной системы в антенатальном онтогенезе связано с исключительной важностью этого периода для последующего развития организма в целом и формирования его важнейшей функции – воспроизводства

потомства. Воздействие неблагоприятных факторов в антенатальном периоде, если не вызывает врожденной патологии репродуктивной системы, то снижает её резервные возможности. Одной из самых трудных научных и клинических проблем является разработка клинико-лабораторных показателей системы репродукции ребенка к моменту рождения. По аналогии с другими возрастными периодами, показателями состояния репродуктивной системы новорожденных могло бы служить исследование гормонов оси гипофиз гонады.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния гонадотропно-гонадной системы у недоношенных новорожденных.

Материал и методы исследования. Обследовано 67 недоношенных новорожденных, из них 33 – девочки, 34 мальчика, родившихся в сроке 33-36 недель беременности. Исследовано содержание в сыворотке пуповинной крови фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, эстрадиола, прогестерона, тестостерона методом ИФА с использованием тест-систем фирмы ЗАО «Алкор-био» (г.Санкт-Петербург) и «HUMAN» (Germany). Для определения функционального состояния плаценты, которая является посредником в создании гормонального комплекса системы мать-плацента-плод и играет роль железы внутренней секреции, исследован хорионический гонадотропин (чХГ). Общее количество гормональных исследований 402. Полученные данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica for Windows 6.0». Рассчитывались средние арифметические значения количественных показателей, представленных в виде M±m, где M - среднее выборочное, m - ошибка средней, минимальные/максимальные колебания. Проверка гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводилась с помощью непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни для независимых выборок. Исследование взаимосвязи между количественными признаками осуществляли при помощи парного коэффициента линейной корреляции Спирмена (r) и регрессионного анализов.

Результаты исследования: содержание ФСГ в пуповинной крови недоношенных девочек составило 1,40 ± 0,33 МЕ/л (от 0,05 до 7,29). Уровень ФСГ в пуповинной крови мальчиков был равен 1,24 ± 0,43 МЕ/л (от 0,01 до 7,29), что позволяет считать различия статистически незначимыми (p=0,5364).

Содержание ЛГ в сыворотке пуповинной крови новорожденных девочек от недоношенной беременности составило 1,56 ± 0,46 МЕ/л (от 0,11 до 11,06), в сыворотки пуповинной крови мальчиков 0,99 ± 0,19 МЕ/л (от 0,18 до 2,39), различия статистически незначимые (p=0,5505).

Исследование содержания эстрадиола показало, что его уровень в сыворотке пуповинной крови новорожденных девочек от недоношенной беременности составляет 7925,15 ± 1978,88 пг/мл (от 700,0 до 43200,00), а в сыворотке пуповинной крови мальчиков – 9151,61 ± 1434,98 пг/мл (от 1104,4 до 19000,0). Анализируя содержание эстрадиола, обнаружено статистически значимое превышение его у недоношенных мальчиков (p=0,0377). Уровень тестостерона в сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных девочек составил 10,13 ± 2,93 нмоль/л (от 0,38 до 50,0), что статистически значимо не отличалось от уровня пуповинной крови мальчиков – 13,04 ± 4,57 нмоль/л (от 0,38 до 50,0) (p=0,3879).

Различия в показателях содержания прогестерона в сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных девочек (285,31 ± 62,82 нмоль/л; от 0,70 до 1243,0) и сыворотке пуповинной крови мальчиков (498,69 ± 105,36 нмоль/л; от 1,40 до 1221,0) являются статистически не значимыми (p=0,0592).

Для исследования роли плаценты в выработке гонадотропных и гонадных гормонов исследовано содержание хориального гонадотропина (чХГ) у новорожденных и его корреляции с ФСГ, ЛГ и с половыми гормонами эстрадиолом, прогестероном, тестостероном.

Различия содержания чХГ в сыворотке пуповинной крови недоношенных девочек (1815,00 ± 736,37 МЕ/л; от 0,96 до 16675,2) и мальчиков (1464,52 ± 537,04 МЕ/л; от 0,96 до 5000,0) являются статистически не значимыми (p=0,3879). При проведении исследования взаимосвязи у недоношенных новорожденных девочек между чХГ и гонадотропными, половыми гормонами не установлены корреляции между чХГ и ЛГ (r=-0,1222, p=0,4980), чХГ и тестостероном (r=-0,3178, p=0,0715). Однако установлены обратная статистически значимая слабая связь между чХГ и ФСГ (r=-0,3679, p=0,0352); прямая статистически значимая средней силы связь между чХГ и эстрадиолом (r=0,4397, p=0,0105), чХГ и прогестероном (r=0,4650, p=0,0064). При исследовании взаимосвязи у недоношенных мальчиков между чХГ и гонадотропными, половыми гормонами не установлены корреляции между чХГ и ЛГ (r=-0,2487; p=0,3530); чХГ и прогестероном (r=-0,1925; p=0,4750); чХГ и эстрадиолом (r=-0,1385; p=0,6090); чХГ и тестостероном (r=-0,2789; p=0,2956). Однако установлена обратная статистически значимая средней силы взаимосвязь между чХГ и ФСГ (r=-0,6046; p=0,0130).

Для исследования, в каких функциональных взаимоотношениях находятся гипофиз и половые железы к моменту рождения, проведено исследование корреляционных взаимоотношений между гонадотропными и половыми гормонами. Взаимосвязи между ФСГ и эстрадиолом (r=-0,2788, p=0,1161), ФСГ и прогестероном (r=-0,2570, p=0,1480), ФСГ и тестостероном (r=-0,1604, p=0,3725) у недоношенных новорожденных девочек установлено не было. При исследовании взаимоотношений между ЛГ и половыми гормонами не выявлено взаимосвязи между ЛГ и эстрадиолом (r=0,0103, p=0,9547), ЛГ и прогестероном (r=-0,0555, p=0,7590), ЛГ и тестостероном (r=0,1791, p=0,3185).

У недоношенных новорожденных мальчиков не установлено наличие корреляций между ФСГ и эстрадиолом (r=-0,3047, p=0,2511), ФСГ и прогестероном (r=-0,0997, p=0,7133), ФСГ и тестостероном (r=-0,0789, p=0,7714). При исследовании взаимоотношений между ЛГ и половыми гормонами не выявлено взаимосвязи между ЛГ и эстрадиолом (r=0,4408, p=0,0874), ЛГ и прогестероном (r=0,1205, p=0,6566), однако имело место прямая статистически значимая средней силы связь между ЛГ и тестостероном (r=0,6597, p=0,0054).

Проведенное исследование позволило определить функциональное состояние гонадотропно-гонадной системы недоношенных новорожденных. Обнаружены большие индивидуальные колебания гормонов; статистически значимое превышение у недоношенных мальчиков в сравнении с девочками только эстрадиола. Установлены статистически значимые связи чХГ с ФСГ, эсрадиолом, прогестероном у недоношенных новорожденных девочек и с ФСГ у мальчиков. Это позволяет сделать вывод о том, что их содержание зависит от функции плаценты.

Таким образом, фетальный гипофиз и половые железы у недоношенных новорожденных не функционируют в самостоятельном режиме. Функция яичников находится в зависимости от чХГ плаценты, а не собственного гипофиза, однако в меньшей степени у недоношенных мальчиков, чем у девочек. Взаимоотношения в системе гипофиз гонады у недоношенных новорожденных девочек не сформированы. Формирование у мальчиков взаимосвязи между гипофизом и гонадами (ЛГ и тестостероном) позволяет предположить, что, ЛГ играет важную роль в становлении репродуктивной системы в антенатальном периоде, так же, как и в постнатальной жизни человека. Учитывая выше сказанное, можно предположить, что биосинтез половых гормонов у мальчиков раньше, чем у девочек освобождается от влияния плаценты. С позиций биологической целесообразности это можно объяснить тем, что половая система мальчиков (формирование внутренних и наружных половых органов) требует более

жесткого контроля в период внутриутробного развития, возможно, основную роль в этом контроле, на определённом этапе, играют фетальные яички.

ОПЫТ РАБОТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Кирова Н.Н., Павлова Т.Ю., Кулинич С.И.

Россия, Якутск, Минздрав республики Саха,
Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Активное внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений Республики Саха (Якутия) методов поддержки грудного вскармливания (ГВ) новорождённых детей 1 года было начато с принятием программы «Грудное вскармливание» (1998 г.).

Неоспоримо, что ГВ является начальной формой питания человека, которая была сформирована в ходе его биологической эволюции, тем самым оно уже является единственным физиологически адекватным способом питания новорождённого и грудного ребёнка.

Учитывая, что желание кормить ребёнка грудью начинает формироваться ещё во время беременности, была разработана программа подготовки женщин в «Школе материнства» к грудному вскармливанию. В период беременности женщины информируются о значимости рано начатого кормления грудью, правильного прикладывания к груди, о важности совместного пребывания её с ребёнком в послеродовом периоде. В родильных домах упразднены отделения новорождённых. Все здоровые новорождённые, оцененные по шкале Аптар более 7 баллов, из родильных залов переводятся вместе с матерями в палаты совместного пребывания с мамой. Прикладывания новорождённых к груди проводятся под наблюдением медицинского персонала и особенно важное значение имеет первое прикладывание. Внедрение основных принципов грудного вскармливания в технологию работы родильного отделения позволило увеличить число детей, находящихся на исключительно грудном скармливании к моменту выписки до 96-98%, снизить у родильниц патологическое нагрубание молочных желез и гнойно-септическую инфекцию у новорождённых и их матерей, сократить адаптационный период новорождённости.

Работа по обучению женщин во время беременности в «Школе материнства» позволила увеличить число детей, получающих грудное молоко (ГМ). В республике грудью кормили своих детей более 3 мес – 46,4% в 2001 г, а к 2005 г этот показатель увеличился до 58,1%.

ГВ обеспечивает морфофункциональное созревание органов и систем организма ребёнка и гарантирует достижение генетически детерминированного конечного роста и возрастного развития (Щеплягина Л.А., 2006). Характер вскармливания играет защитную роль младенца от инфекций и неблагоприятных факторов среды (антропогенного или геохимического происхождения). Ни у кого не вызывает сомнения, что ГМ является идеальным видом пищи у ребёнка до года и содержит защитные факторы роста, дифференцировки и регуляторы метаболизма.

Цель работы: оценка состояния здоровья детей первого года жизни в зависимости от характера вскармливания.

Материалы и методы: изучены две группы женщин – одна из 22 родивших после планируемой беременности, вторая из 18 родивших после спонтанно возникшей и не желанной беременности в данное время.

Состояние менструальной, репродуктивной, сексуальной функций, соматической, гинекологической заболеваемости, течение беременности и родов практически были равнозначны ($p<0,05$) в обеих группах. Состояние здоровья детей первого года жизни оценивалось в зависимости от характера вскармливания по следующим параметрам: физическое, психомоторное развитие, частота наиболее распространённой олиментарно зависимой патологии (анемии, рахита), ОРВИ, атопических болезней.

В первой анализируемой группе дети вскармливались ГМ почти в 91% (20 из 22) до года, двое получали адаптированные детские молочные смеси (АДМС). Во второй группе ГМ вскармливались 6 детей до 1-3 мес, на неадаптированные детские молочные смеси (НДМС), коровье молоко, кефир были переведены 12 детей, на АДМС – 6 детей, всего АДМС получали 8 детей.

Результаты исследования: анализируя работу по грудному вскармливанию детей в республике Саха, получены хорошие показатели снижения заболеваемости новорождённых с 2001-2005 гг. с 510,8 на 1000 родившихся живых до 409,2. При сравнении состояния здоровья детей первого года жизни в зависимости от методов вскармливания получены убедительные данные, что дети получающие ГМ и АДМС, имели более высокие показатели здоровья по сравнению с детьми, получающими НДМС, коровье молоко и кефир. Так, дисгармоничное физическое развитие имели при ГВ – 4 из 20 (20,0%), при АДМС – 3 из 8 (30,7%), при НДМС, коровьем молоке кефире - 7 из 14 (50%); отставание психомоторного развития имели 5 из 20 (25,0%), при АДМС - 5 из 8 (62,5%), при НДМС – 10 из 14 (71,4%). Число детей больных рахитом и анемией было 4 из 20 (20,0%), 2 из 8 (25,0%), 8 из 14 (58,0%); 4 из 20 (20%), 2 из 8 (25,0%), 10 из14 (71,3%) соответственно. Заболеваемость детей ОРЗ на первом году жизни была в 2 раза меньше у детей, получавших ГМ. Число атопического дерматита также составило 20,0% при ГВ против 42,0% при других видах вскармливания.

Таким образом, для обеспечения гармоничного развития детей необходимо ГВ и оправданно назначение АДМС, которые содержат полноценный белок, жиры, витамины, микроэлементы и минералы для роста, психомоторного развития, поддержания иммунной и антиоксидантной систем.

С целью поддержки ГВ необходимо рекомендовать: качественное информирование матери о пользе и организации ГВ до 6 месяцев без докорма, по требованию ребёнка, без сосок и бутылочек.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ОПЕРИРОВАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Климова Л.Е., Севостьянова О.Ю., Осипова Л.Е.

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ «Уральский НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Актуальность совершенствования ранней диагностики и коррекции врожденных пороков сердца не вызывает сомнений. В 2006 году по данным официальной статистики пороки сердца преобладали в структуре врожденных аномалий у новорожденных детей, составляя 27%. В то же время современные достижения кардиохирургической техники в значительной степени повышают качество жизни пациентов и позволяют женщинам репродуктивного возраста вынашивать желанную беременность. В этой связи важными являются знания о перинатальной патологии и состоянии новорожденных для формирования тактических и диагностических алгоритмов врачебной практики при беременности после операции на сердце.

Целью настоящего исследования явился анализ клинического течения беременности и заболеваемости новорожденных детей, родившихся от женщин с врожденными оперированными пороками сердца.

Материалы и методы. Основную группу составили 65 беременных с врожденными оперированными пороками сердца и их 63 новорожденных ребенка. Структура пороков пациенток включала открытый аортальный порок (35,4%), ДМПП (23,1%), ДМЖП (21,5%), тетраду Фалло (9,2%), стеноз легочной артерии (7,7%), аорты -(7,7%), коаортацию аорты (7,7%), аномалия Эпштейна (6%). Сочетанные пороки наблюдались у 40% женщин, комбинированные – у 7,7%. Пять женщин имели в анамнезе репротезирование клапана сердца в связи с тромбозом. Недостаточность кровообращения при беременности зарегистрирована у 65% пациенток, в том числе 1-ой степени – у 76,1%, 11А степени – у 23,8%. Каждая 10-ая беременная имела инвалидность по заболеванию сердца после оперативной коррекции порока (10,8%). Преобладали первобеременные, первородящие раннего репродуктивного возраста: 54% и 76,9%, соответственно. При проспективном наблюдении использовали общепринятый стандарт, дополненный программой клинико-инструментального кардиохирургического наблюдения. Контрольная группа объединила 45 женщин с физиологическим течением беременности, родивших здоровых детей.

Результаты исследования. В 1-ом триместре осложнения беременности у пациенток основной группы были представлены токсикозом с частотой 42%, угрозой прерывания у каждой пятой пациентки (22%), предлежанием хориона (7,7%), анемией легкой степени (12,3%).

Патология 2-го триместра объединила угрозу недонашивания в 34% наблюдений, увеличение частоты анемии (23%) и гестоз легкой степени (13%). Эти осложнения и состояние сердечно-сосудистой системы определили формирование хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) у 18,5% пациенток, в основном, в виде компенсированной формы (15,3%). Следует отметить, что у двух пациенток уже во 2-ом триместре произошел тромбоз протезированного клапана, потребовавший прерывания беременности.

Патология 3-го триместра была представлена угрожающими преждевременными родами в 25,4% наблюдений, прогрессирующим ростом анемии (38,1%), гестоза (57%) с преобладанием легкой формы (12,7%). Аналогичная тенденция наблюдалась для ХФПН, ее частота увеличилась до 63,5%. Компенсированная форма составила 65,9%, субкомпенсированная – 29,5%, декомпенсированная – 4,5%. Плацентарная недостаточность имела клинико-инструментальные проявления в виде отставания ВДМ (22,7%), патологии амниона (10%) и плаценты (30-39%), задержки развития плода по клиническим и ультразвуковым критериям (20,5%), нарушения плодово-плацентарного кровообращения (3,2%). Состояние сердечно-сосудистой системы и осложнения беременности определили способ и сроки родоразрешения. 34,9% родов завершились per vias naturalis, 65,1% - операцией кесарева сечения, в том числе в 34,1% наблюдений по акушерским показаниям. В одном случае кесарево сечение было выполнено в сроке сверх ранних преждевременных родов в связи с декомпенсацией кровообращения, которое сопровождалось перинатальной смертностью (16,1‰).

Состояние новорожденных детей характеризовалось асфиксией в 92% наблюдений, в том числе легкой степени – 54,4%, умеренной – 36,8%, тяжелой – 8,8%. Задержка внутриутробного развития зарегистрирована у каждого четвертого ребенка (25,8%) с преобладанием легкой степени задержки по гипотрофическому варианту.

При обследовании детей выявлена патология ЦНС в 67,7% наблюдений. Ишемическое поражение имели 56,5% новорожденных, в основном, ишемия 1-2-ой степени. Геморрагические повреждения отмечены у каждого десятого ребенка, в том числе внутрижелудочковые кровоизлияния - у четверых детей, субарахноидальное кровоизлияние – у трех. К исходу неонатального периода неврологическая симптоматика была представлена синдромом двигательных нарушений (17,7%), пирамидной недостаточностью (12,9%), синдромом минимальных мозговых дисфункций (12,9%), судорожным (9,7%) и гипертензионно-гидроцефальным синдромом (1,6%).

Отличительной особенностью детей, родившихся от женщин с оперированными врожденными пороками сердца, является формирование патологии сердечно-сосудистой системы (53,2%) в виде врожденных пороков сердца (16,1%), синдрома диспастического сердца (19,4%), постгипоксической кардиомиопатии (14,3%), легочной гипертензии (3,2%), которые сопровождаются анемией и дисплазией почек (4,8%). Внутриутробная инфекция занимает 3-е ранговое место в структуре заболеваний новорожденных и составляет 13%.

Таким образом, проведенный анализ позволяет заключить, что вынашивание беременности пациентками с оперированными врожденными пороками сердца сопровождается последовательным формированием осложнений беременности: токсикоза 1-ой половины, угрозы прерывания беременности, гестоза и хронической фетоплацентарной недостаточности. Преобладание легких форм этих видов патологии мы связываем с оперативной коррекцией порока и системой лечебно-профилактических мероприятий, применяемой в институте с 1-го триместра беременности.

Состояние здоровья новорожденных детей характеризуется развитием патологии ЦНС преимущественно ишемического характера и заболеваний сердечно-сосудистой системы врожденного и постгипокического генеза.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Козинова О.В., Паршикова О.В., Гайдамако Т.Н., Зарецкая Н.В.

Россия, г. Москва, ММА им. И.М.Сеченова

Актуальность. В широком смысле под дисплазией соединительной ткани понимают все случаи атипичного роста и развития органов и тканей, обусловленные особенными наследственными качествами организма, а именно аномалию тканевой структуры, проявляющуюся снижением содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения, которое приводит к снижению «прочности» соединительной ткани. Различают дифференцированные и недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Проблема НДСТ вызывает в последние годы большой интерес врачей практиков в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией.

Цель: определение частоты и характера фенотипических проявлений соединительнотканных дисплазий у новорожденных детей, родившихся от матерей с НДСТ.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 201 беременная. На основании эхокардиографии у 171 женщины (основная группа) диагностировали пролапс митрального клапана. У 52 беременных ПМК сочетался с другими аномалиями сердца. Наличие НДСТ оценивали по комплексу фенотипических проявлений. Наиболее значимыми считали: повышенную растяжимость кожи, сглаженность кифоза грудного отдела и усиление поясничного лордоза позвоночника,

поперечное и продольное плоскостопие, синдром гипермобильности суставов, миопию, висцероптоз, варикозное расширение вен нижних конечностей. У 30 женщин не было выявлено экстрагенитальной патологии (контрольная группа).

Всего в основной группе родился 171 живой доношенный ребенок. В контрольной группе родилось 30 живых доношенных детей.

Проводили оценку фенотипа, антропометрию, ультразвуковое сканирование внутренних органов, генетическое консультирование.

Результаты. Беременные с НДСТ по сравнению со здоровыми имели достоверно меньше вес (58,5±1,2 кг и 62,2±1,1 кг соответственно), индекс массы тела (20,8±0,3 и 22,1±0,3). Мы не выявили различий в величине роста (168±0,48 см и 169±0,9 см) и площади поверхности тела(1,7±0,01 кв. м и 1,71±0,04 кв. м).

Масса доношенных детей у пациенток с НДСТ колебалась от 2100 до 4780 граммов (в среднем3360±31,2 граммов), рост – от 46 до 58 см (в среднем 50,3±0,16 см), окружность головы – от 33 до 38 см (в среднем 35±0,1 см), окружность груди – от 30 до 38 см (в среднем 33,9±0,1 см). Внутриутробная гипотрофия диагностировалась у 34 новорожденных. Родилось 8 детей с массой более 4000 граммов.

Масса новорожденных в контрольной группе колебалась от 2680 до 4400 граммов и составила в среднем 3540±54,9 граммов, рост – от 48 до 56 см (в среднем 51,4±0,5 см), окружность головы – от 33 до 37 см (в среднем 35,5±0,3 см), окружность груди – от 32 до 37 см (в среднем 34,7±0,4 см). В группе здоровых женщин родилось 2 крупных ребенка и 1 ребенок с гипотрофией.

Для определения зависимости массы новорожденных от антропометрических показателей матерей, использовали метод корреляции.

При наличии симптомов соединительнотканных дисплазий в парах «мать – новорожденный» установлена прямая, слабая и достоверная корреляция между массой новорожденного и весом матери (r=0,185, p>95%). Других достоверных взаимосвязей при НДСТ выявлено не было.

В контрольной группе установлена прямая, сильная и достоверная корреляция между массой новорожденного и весом матери (r=0,833, p>95%), а также массой ребенка и площадью поверхности тела женщины (r=0,807, p>95%).

У детей, родившихся от женщин с НДСТ, достоверно чаще, чем у новорожденных женщин контрольной группы, встречались открытое овальное окно (14,4% и 3,3% соответственно), открытый артериальный проток (7,7% и 0%), дефект межпредсердной перегородки (0,5% и 0%), дефект межжелудочковой перегородки (2% и 0%), дисплазия ушных раковин (2,1% и 0%), врожденная узость носовых каналов (6,7% и 0%), плосковальгусные или плосковарусные стопы (4,1% и 0%), дисплазия тазобедренного сустава (2,1% и 0%) (p<0,05).

Период ранней неонатальной адаптации у детей, родившихся от матерей с НДСТ, характеризовался большей первоначальной потерей массы – 9,1±0,07%, (контрольная группа – 7,8±0,06%), и поздним ее восстановлением.

Выводы. При наличии синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани имеются предпосылки к рождению детей с меньшей массой тела, наличием некоторых фенотипических особенностей (дисплазия ушных раковин, врожденная узость носовых каналов, плосковальгусные или плосковарусные стопы, симптом соскальзывания или дисплазия тазобедренного сустава, малые аномалии развития сердца).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Колосова Т.А. Гуменюк Е.Г.

Россия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет, родильный дом им. К.А. Гуткина

Среди беременных достаточно часто встречаются различные нарушения трофологического статуса (Хорошилов И.Е., 2000). По данным разных авторов частота ожирения при беременности колеблется от 12,5% до 36,4% (Чернуха Е.А., 1992; Голикова Т.П., 1999; Castro L.C., 2002).

Исследования, проведенные ранее в Карелии (Власова Т.А., Гуменюк Е.Г., Петров В.Л., 2004) показали, что частота ожирения у женщин составила 10,1-14,7%, причем, более высокие цифры отмечались в промышленно развитых районах. Установлено влияние ожирения на развитие различных осложнений во время беременности и в родах (гестоз, плацентарная недостаточность, макросомия, гестационный диабет, врожденные пороки развития плода, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода и др.).

Частота дефицита веса у беременных в различных работах достигает 9,9% - 23,8% (Власова Т.А., Гуменюк Е.Г., Петров В.Л., 2004; Nicci L.B., 2001; Rosenberg T.G., 2003; Helgstrand S., 2005; Hulsey T.C., 2005).

Менее изучено влияние дефицита массы тела у женщин на течение беременности и состояние плода, хотя есть отдельные работы, свидетельствующие о повышении частоты плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, перинатальной заболеваемости и смертности (Dempsey J.C., 2005; Helgstand S., 2005). Дефицит белков, витаминов и железа является причиной повышенной частоты тяжелой анемии и невынашивания беременности (Далгатова С.В., 1999; Ehrenberg H.M., 2003).

Цель исследования – провести сравнительный анализ состояния новорожденных, родившихся у женщин с ожирением и дефицитом массы тела.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования была разработана специальная анкета. Под наблюдением находилось 230 женщин с ожирением различной степени тяжести, 569 – с дефицитом веса во время беременности.

Критерием включения женщин в различные группы являлся индекс массы тела, рассчитанный на основе формулы Кетле (вес/рост2 (в метрах).

Все женщины с ожирением были условно разделены на подгруппы с учетом индекса массы тела (ИМТ): 126 – с ожирением I степени, 83 – II степени, 21 – III-IV степени выраженности. Остальные беременные (4) с учетом ИМТ были отнесены в подгруппу с избыточной массой тела.

В свою очередь, пациентки с дефицитом веса были также разделены на подгруппы. 285 пациенток имели пониженное питание, 234 – гипотрофию I степени, 50 – гипотрофию II-III степени.

В группу сравнения вошло 222 пациентки с нормальным индексом массы тела.

При клиническом обследовании новорожденных учитывались оценка по шкале Апгар при рождении, антропометрические показатели, патологические состояния и отклонения от нормального течения периода адаптации.

Полученные результаты. У женщин с исходным дефицитом веса средняя масса детей при рождении была несколько ниже (3106,6+26,12 г), чем при ожирении (3559,6+57,89 г) или нормальном ИМТ (3376,0+38,2 г). Статистически достоверных отличий средних антропометрических показателей

новорожденных в сравниваемых группах найдено не было. Однако, количество детей, имевших крупные размеры, возрастало с увеличением ИМТ у матерей. Частота крупных новорожденных в группах женщин с ожирением имела достоверное отличие от группы с дефицитом веса ($p<0,05$).

Состояние детей оценивалось по шкале Апгар через 1 и 5 минут после рождения. Если взять все случаи асфиксии, независимо от степени тяжести состояния, то это состояние встречалось чаще у женщин с ожирением (12 – 5,2%), несколько реже – в группе сравнения (8 – 3,6%) и у женщин с исходным дефицитом веса (14 – 2,5%).

Частота случаев легкой асфиксии существенно не отличалась во всех трех группах (9,8% - 10,7% - 11,3% соответственно).

Асфиксия средней степени тяжести была у 31 новорожденного из общего числа наблюдавшихся детей (3,04%). Следует отметить, что это осложнение родов достоверно чаще встречалось у женщин с ожирением (5,1%) по сравнению с дефицитом веса (1,9%, $p < 0, 001$). Тяжелая асфиксия новорожденных зарегистрирована только в группе рожениц с дефицитом веса (3 - 0,52%).

Различные патологические состояния в периоде адаптации наблюдались у 66 новорожденных (28,2%), родившихся у матерей с ожирением, у 204 (35,7%, $p < 001$) – у матерей с дефицитом веса, и у 54 (24,3%) - в группе сравнения.

Частота гипоксически-ишемического повреждения центральной нервной системы, а также кефалогематомы, в представленных группах достоверно не отличалась. Врожденные пороки развития плода несколько чаще зарегистрированы у женщин с ожирением, хотя в целом не превышали аналогичный показатель в Карелии.

Частота респирационного дистресс-синдрома плода была несколько выше в группе женщин с ожирением (7 – 3,0%).

Особое внимание мы обратили на частоту задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода у обследованных женщин.

Среди беременных с исходным дефицитом веса частота рождения маловесных детей была наибольшей (162 - 28,4%, $p < 0,001$). Росто-весовые показатели у новорожденных, родившихся от матерей с ожирением и нормальным индексом массы тела практически не отличались друг от друга (19,2% - 20,3% соответственно).

Вероятность рождения детей с задержкой внутриутробного развития коррелировала с индексом массы тела у матери. Как указывалось ранее, у 571 матери с дефицитом веса родилось 162 ребенка с клинической картиной ЗВУР. С учетом нарастания степени дефицита веса у матери увеличивалась относительная частота рождения маловесных детей. Так, при наличии пониженного питания у женщины задержка внутриутробного развития плода зарегистрирована у 80 (28,1%), при гипотрофии I степени – у 66 (28,2%) при гипотрофии II-III степени – у 16 (32%) новорожденных.

В группе женщин с различной степенью ожирения не было достоверных различий в частоте рождения детей со ЗВУР, хотя имелась некоторая тенденция к увеличению ее по мере нарастания ИМТ (18,2% - 19,8% - 22,8%)

Наше исследование показало, что имеется взаимосвязь между индексом массы тела беременной женщины и риском рождения маловесных детей.

У матерей с дефицитом массы тела достоверно чаще встречается рождение детей с задержкой внутриутробного развития, при этом имеется корреляция между степенью гипотрофии у женщины и частотой ЗВУР у плода. При наличии ожирения у беременной такой достоверной связи мы не получили.

Заболевания новорожденных по своей структуре и частоте отличались в группах женщин с ожирением и дефицитом веса, что следует учитывать при ведении беременности и родов.

Для профилактики возможных осложнений женщинам с различными нарушениями трофологического статуса следует предусмотреть планирование беременности, обследование и коррекцию питания на этапе предгравидарной подготовки.

ИММУНО-АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кудашов Н.И., Александровский А.В., Анкирская А.С., Файзуллин Л.З.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий», Москва, Россия

Управление инфекциями бактериальной этиологии у новорожденных складывается из трех составляющих: воздействие на возбудителя (или возбудителей – этиотропная терапия), влияние на пути распространения инфекции (эффективность на 30-40%) и воздействие на восприимчивый организм: иммунотерапия современными иммуноглобулинами. Наши исследования показали, что такой подход является наиболее рациональным.

Компенсация иммунодефицитных состояний у новорожденных является важнейшим звеном терапии инфекций. Подлежат иммунотерапии даже транзиторные иммунодефицитные состояния, особенно при наличии очагов инфекции.

Основой нашей терапии инфекий является антибиотики и иммуноглобулины.

Цель: Обоснование иммуно-фармакотерапии инфекций у новорожденных при различных заболеваниях с учетом результатов микробиологического мониторинга бактериальных агентов.

Материалы и методы: клинические методы; эхографическое исследование головного мозга и внутренних органов у новорожденных детей; микробиологическое обследование детей (очаги локализации гнойно-воспалительной инфекции, а также мазки из зева, конъюктив глаз и кал в день поступления в отделение и при выписке); иммунологические методы (определение уровня специфических антител к ВПГ и ЦМВ в биологических жидкостях иммуноферментным методом). Для выделения и идентификации условно-патогенных микроорганизмов использованы стандартные питательные среды и тест-сестра АТВ-expression фирмы «Био Мерье» (Франция).

Современные методы серодиагностики позволяют определить концентрацию в сыворотке иммуноглобулинов отдельных классов определенной специфичности. Когда первый контакт с микроорганизмом индуцирует иммунный ответ, первыми появляются IgM. Титры IgM быстро нарастают и достигают максимума, а затем относительно быстро снижаются. IgG появляются позже, но дольше сохраняются в высоких титрах. При повторном контакте с тем же антигеном (вторичный иммунный ответ) IgM вырабатываются в незначительном количестве, реакция гуморального иммунитета проявляется, прежде всего, увеличением титров IgG. В связи с этим по соотношению IgM и IgG можно отличить первичный иммунный ответ (острое заболевание) от вторичного (рецидив или повторное заражение).

В исследования были включены дети, переведенные из отделения физиологии новорожденных, отделения реанимации и интенсивной терапии Центра.

Результаты: Исследования показали, что в 70% всех случаев госпитализация происходила из отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Эти показатели сохраняются в течение последних 5 лет.

Основным фактором риска развития вирусно-бактериальных инфекций у новорожденных являются инфекционно-воспалительные заболевания у матери, а также осложненное течение беременности – угроза прерывания, гестоз, анемия, особенно иммуносупрессия (до 80%).

Проведенные специальные исследования показали, что одной из важнейших причин реализации врожденных инфекций и особенно госпитальной инфекции – может быть иммуносупрессивная терапия (гормоны) беременной. В этом

случае происходит развитие вторичного иммунодефицита у плода и новорожденного. Именно эта причина решающая для развития внутрибольничных инфекций.

Проводилось изучение нозологической структуры заболеваемости новорожденных. У всех обследованных детей выявлялись пассивно приобретенные от матери противогерпетические и противоцитомегаловирусные IgG антитела. IgM антитела не были обнаружены ни в одном случае. При иммунологическом обследовании у 20% новорожденных детей был установлен диагноз герпес- и цитомегаловирусной инфекции. Преобладающее число больных детей имели проявления пневмонии – 46%. Реже отмечался конъюнктивит – 23%, ринит – 17%, омфалит – 14%. Такие заболевания, как врожденный везикулез, гепатит составили около 8% наблюдений.

В программе мониторинга 1 раз в неделю исследовали кал, мазки из зева, а также по показаниям, отделяемое пупочной ранки, конъюнктивы, ликвор, кровь, моча. Преобладали коагулазоотрицательные стафилококки – 32,8%, среди которых 80% штаммов были метициллинрезистентными. Энтерококки выделены в 31,8%, доминировал полирезистентный госпитальный штамм Enterococus Faecium, сохранявший чувствительность только к ванкомицину, фузидину, хлорамфениколу. Высеваемость энтеробактерий составила 17,9%, преобладал вид Klebsiela pneumonial, представленный в 83,64% полирезистентным госпитальным штаммом, обладающим β-лактамазами расширенного спектра.

В течение постоянной массивной антибиотикотерапии постоянно меняется выделяемая флора у новорожденных; изменяется также их чувствительность к используемым препаратам. Так в связи с появлением больных хирургического профиля преобладающее большинство больных выделяют энтерококк, нечувствительный к сульперазону, аминогликозидам (амикацину, гентамицину). Одним из наиболее часто применяемых антибиотиков у наших пациентов являются роцефин, сульперазон и ванкомицин в комплексе с иммуноглобулинами.

Часть из энтерококков являются ванкомицин резистентными, в связи с этим в лечебный арсенал чаще вводится кроме ванкомицина – зивокс. Однако, даже применение зивокса, не освобождает больного ребенка от энтерококков. Применение зивокса также следует существенно дополнять иммунотерапией современными иммуноглобулинами, лучше пентаглобином.

Выводы. Проведение микробиологического иммунологического мониторинга за вирусно-бактериальными инфекциями позволяет выбрать оптимальный вариант антибактериальной терапии.

Одновременное применение современных антибиотиков, с учетом результатов мониторинга возбудителей и иммунотерапии дает возможность избежать внутрибольничных инфекций и существенно уменьшить длительность (до 11-13 дней) пребывания ребенка в стационаре.

Иммуно-антибиотикотерапия является основой управления инфекциями у новорожденных детей.

АНТЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кузьменко Г.Н., Чемоданов В.В., Назаров С.Б.

ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова Росмедтехнологий»,
ГОУ «ВПО Ив ГМА Росздрава» (Иваново, Россия)

Согласно сложившейся концепции состояние здоровья новорожденного находится в тесной корреляции с состоянием здоровья матери, последнее определяет перинатальные потери и заболеваемость новорожденных детей (Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.И., 2000г.). Прогнозирование тяжелых форм неонатальной патологии, не смотря на сложность, остаётся до сих пор одной из актуальных проблем, поскольку предусматривает возможность снижения перинатальной заболеваемости и смертности. В снижении перинатальной заболеваемости большую значимость имеет не только диагностика уже имеющегося поражения, но и возможность его предупреждения. Информация о наиболее значимых прогностических признаках тяжелых форм неонатальной патологии, среди которых основное место принадлежит тяжелым поражениям ЦНС и дыхательной системы, ДВС-синдрому, особенно на антенатальном этапе, позволяет эффективнее решать проблемы, связанные с развитием критических состояний у новорожденных. Практически важным является определение групп риска новорожденных, у которых появление данной патологии наиболее вероятно. Совершенствование медицинских технологий и создание прогностических алгоритмов предполагает применение математических методов исследований.

Цель данной работы – разработка дифференцированных алгоритмов для прогнозирования тяжелых форм неонатальной патологии у недоношенных новорожденных с учетом информативности материнских факторов.

Методом сплошного и выборочного отбора под наблюдение взято 636 (496 обследовано лабораторно) беременных женщин в третьем триместре беременности и их недоношенных новорожденных. Работа состоит из двух разделов: клинического и клинико-лабораторного. Анализ состоял из оценки экстрагенитальной патологии, факторов отягощенного гинекологического и акушерского анамнеза, течения настоящей беременности и родов и их исходов. Клинико-лабораторные исследования включали биохимические показатели с оценкой гемостаза беременных, иммунологические и аппаратные методы. Лабораторное обследование женщин в третьем триместре беременности включало исследование агрегации тромбоцитов с адреналином и ристомицином, протеина С, АТ III, фактора Виллебранда, фибриногена, длительности АЧТВ, протромбинового времени, тромбинового времени, плазминогена, уровней факторов VIII, V, VII, X, содержания РФМК и Д-димеров, α – 1-антитрипсина, малонового диальдегида в сыворотке и в эритроцитах, антиокислительной активности (АОА) сыворотки, уровней общих липидов, холестерола, триглицеридов, активности эндогенной липазы, уровней общих фосфолипидов, метаболитов оксида азата (нитритов), волчаночного антикоагулянта (ВА), АКЛА класса IgG, антинуклеарных антител, компонентов С3а и С4 системы комплемента. У женщин проведен анализ патоморфологического исследования плаценты.

При анализе полученных результатов исследований определены клинические и лабораторные показатели, влияющие на развитие у новорожденных ВЖК, тяжелой церебральной ишемии, респираторного дистресс – синдрома и его тяжелого течения, клинической манифестации тромбогеморрагического – синдрома, а также геморрагического синдрома в виде тяжелых внутрижелудочковых и висцеральный геморрагий. Математическая обработка данных позволила выделить наиболее информативные признаки, на которых основывается ряд правил прогноза. Определены наиболее значимые факторы прогнозирования данных состояний с оценкой силы влияния материнских факторов на развитие неонатальной патологии. Разработаны алгоритмы их прогнозирования с использованием прогностических критериев и их информативности, результатов однофакторного и многофакторного дискриминантного анализа. На этапе обследования женщин для прогнозирования тяжелых форм неонатальной патологии, наряду с клиническими данными особенностей течения настоящей беременности, предложено использовать наиболее информативные лабораторные показатели прогноза, которыми являются определение

в третьем триместре беременности отдельных биохимических и иммунологических показателей в периферической крови матери. Совокупность представленных в работе клинических, биохимических и иммунологических факторов риска антенатального периода углубляет представление о патогенезе неонатальной патологии и могут быть использованы в протоколах наблюдения беременных женщин.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Сахарова Н.В., Кузьменко Г.Н., Беликова М.Э.

Федеральное государственное учреждение "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи", г.Иваново, Россия

Частота ишемической нефропатии в структуре заболеваемости новорожденных, перенесших критические состояния, составляет 95,6% (Байбарина Е.Н., 1999). При тяжелом состоянии ребенка ограничено время для использования арсенала диагностических средств. Поэтому, необходимы новые специальные методы исследования патологии почек у новорожденных. К субстратам, определяющим возникновение уремической интоксикации, относят молекулы средней массы (МСМ) с молекулярной массой 300-5000 дальтон. Уровень молекул средней массы в крови зависит от темпа их образования в организме и состояния органов и систем, участвующих в выведении, в основном от детоксикационной функции почек. Большие возможности для диагностики нефрологической патологии дает исследование ферментов нефротелия. Активность фермента холинэстеразы (ХЭ) в моче отражает степень нарушения проницаемости гломерулярного фильтра.

С целью изучения возможности использования молекул средней массы и активности холинэстеразы в качестве критерия тяжести ишемической нефропатии у новорожденных мы изучили уровень МСМ в плазме крови и моче и активность ХЭ в моче у новорожденных с различной степенью тяжести ишемической нефропатии.

Основную группу составили 62 доношенных новорожденных детского реанимационного отделения, перенесшие критические состояния, с различной степенью тяжести ишемической нефропатии: 25 новорожденных с ишемической нефропатией I степени, 25 новорожденных с ишемической нефропатией II степени и 12 новорожденных детей с ишемической нефропатией III степени тяжести. Контрольную группу составили 55 здоровых новорожденных.

Уровень МСМ определяли в плазме крови и разовой порции мочи на 5-7 день жизни методом Н.И.Габриэлян (1984), активность ХЭ в утренней порции мочи на 5-7 день жизни с помощью наборов фирмы "Biocon" кинетическим и колориметрическим методами с использованием биохимического анализатора "Сапфир-400"(Япония).

Нами было выявлено значительное повышение уровня МСМ в крови у детей с ишемической нефропатией. У детей с ишемической нефропатией I степени уровень МСМ в крови достигал 0,424±0,04 е.о.п. ($p<0,001$), с ишемической нефропатией II степени - 0,518±0,069 е.о.п. ($p<0,001$), а с ишемической нефропатией III степени - 0,614±0,066 е.о.п. ($p<0,001$). У детей контрольной группы данный показатель составил 0,281±0,015 е.о.п. Уровень МСМ мочи у детей с ишемической нефропатией I и II степеней тяжести составил соответственно 0,542±0,052 е.о.п. ($p<0,001$) и 0,666±0,011 е.о.п. ($p<0,001$), по сравнению с контролем – 0,211±0,021 е.о.п. У детей с ишемической нефропатией III степени тяжести уровень МСМ в моче составил 0,418±0,063 е.о.п. ($p<0,01$).

Активность ХЭ мочи у новорожденных с ишемической нефропатией I степени составила 8,86±1,63 мЕ/мг креатинина ($p<0,05$), ишемической нефропатией II степени - 12,78±2,87 мЕ/мг креатинина ($p<0,01$), а с ишемической нефропатией III степени - 128,09±3,83 мЕ/мг креатинина ($p<0,001$), по сравнению с группой контроля - 5,7±1,54 мЕ/мг креатинина.

Степень накопления МСМ в крови соответствовала степени выраженности ишемической нефропатии. Уровень МСМ мочи при ишемической нефропатии I и II степени тяжести был выше уровня МСМ крови, тогда как при ишемической нефропатии III степени тяжести – ниже уровня МСМ крови, что свидетельствует о нарушении фильтрационной функции почек. Уровень активности холинэстеразы в моче соответствовал тяжести ишемической нефропатии и отражал степень поражения гломерулярного фильтра. Исследование МСМ в плазме крови и моче и ХЭ в моче может быть использовано для оценки функции почек и в качестве дополнительного критерия определения тяжести ишемической нефропатии.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ II – III СТЕПЕНИ

Лазарева Н.В., Слободина В.А., Артемова Т.Е.

Россия, г.Самара, ГОУ ВПО « СамГМУ – Росздрава»

Кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования, Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова

Проблема рождения детей с малой массой тела достаточно актуальна в современном акушерстве. Задержку внутриутробного роста и развития диагностируют у детей, имеющих недостаточную массу тела при рождении по отношению к их гестационному возрасту, т.е. когда масса тела ниже 10% центиля при данном сроке беременности матери, и морфологический индекс зрелости, отстающий на 2 и более недель от истинного гестационного возраста.

Целью исследования явилось изучение влияние особенностей течения беременности на формирование пренатальной гипотрофии II – III степени у доношенных детей.

Нами было проанализировано 63 истории развития новорожденных с пренатальной гипотрофией II – III степени. В данную группу включены только доношенные дети. Это составило 6,12% от общего числа родов. В составе общего количества гипотрофии II степень составляет 74,6 %, тогда как гипотрофия III – 25,4%.

Женщины с первой беременностью составляли 44,4%, а со второй 23,8%, с третьей - 20,8% случаев. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 42 женщин, что составило 66,7% (аборты, выкидыши, ХУГИ). Вредные привычки были выявлены в 43,8 % случаев, преимущественно преобладало табакокурение в 37,5% случаев, и в 4,76% - наркомания. На учете в женской консультации состояло всего лишь 14,3 % женщин.

Первая половина беременности протекала с угрозой прерывания беременности у 38,1 % женщин, железодефицитная анемия средней и тяжелой степени тяжести выявлена у 7,9%.

Вторая половина беременности осложнилась ХПН с признаками хронической гипоксией плода у 77,8% женщин, у 23,8% - гестоз, у 14,3% - синдром задержки развития плода, у 12,7 % женщин анемия имела длительное рецидивирующее течение и у 3,17% - угроза преждевременных родов.

Роды через естественные родовые пути были у 68,3% женщин, оперативные – у 31,8% женщин. При самопроизвольных родах эпизиотомия производилась в 32, 6% случаях. Все роды велись под постоянным фетомониторным контролем. Многоводие встречалось в в 3,17% случаев, по сравнению с маловодием – в 12,7%.

Безводный период до 3 часов был у 39,6 %; от 3 до 6 час. у 37, 21%; от 6 до 9 час. – у 27, 9% и более 12 час у - 65% женщин.

Среди родивших детей 61,9% составили девочки, 38,1% - мальчики. Из общего числа 6,4% с легкой асфиксией, и 1,6% - с асфиксией средней степени тяжести.

Вес при рождении от 2500г – до 3000г имели 63,5% детей, от 2000г до 2500г – 33,4%; и вес от 1500г до 2000 г – 3,2% детей. МРП составил 50 – 55 у 65,1% детей, от 45 до 50 - у 28,5%, от 40 до 45 - у 6,4% детей.

Ранний неонатальный период имел особенности. Железодефицитная анемия была выявлена у 3,2% детей, полицитемия - у 9,6%, гипогликемия – у 23,8%, лейкоцитоз – 6,4% гипербилирубинемия – у 26,9%, РДС – у 1,2%, перинатальное поражение ЦНС – 49,2% детей. Инфузионную терапию получали 31,8% детей.

На грудном вскармливании было 65,1% детей, на смешанном – 20,6%, на искусственном - 14,5% детей. На зондовом питании находилось 3,2% детей. Гипогалактия отмечена у 26,9% родильниц.

Пребывание в родильном доме в среднем составило 4,4 койко - дня; 57,2 % детей были выписаны домой, 42,9% детей - переведены в Детскую Городскую Клиническую больницу №1 на дальнейший этап выхаживания.

Таким образом, наиболее значимыми неблагоприятными факторами для развития пренатальной гипотрофии плода являются: отягощенный акушерский анамнез (аборты, выкидыши, ХУГИ), вредные привычки у матери (табакокурение), гестационные осложнения, угроза прерывания беременности и угроза преждевременных родов.

Исходя из клинических особенностей течения раннего неонатального периода у доношенных детей с III степенью ЗВУР и у детей со II степенью ЗВУР при зеленых и мекониальных околоплодных водах, мы считаем целесообразным отдавать предпочтение родоразрешению путем операции кесарева сечения при данной акушерской патологии, а у детей со II степенью пренатальной гипотрофии и нормальных околоплодных водах возможно проведение родов через естественные родовые пути при постоянном КТГ – контроле отсутствия дистресса плода с обязательным проведение эпизиотомии, что позволяет улучшить адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ИМЕВШИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ЭКТРОПИОН

Ли Б., Иванова М.Н., Минаев Н.Н.

Россия, г.Воронеж, ГОУ ВПО «ВГМА им.Н.Н.Бурденко Росздрава»

Актуальность проблемы. Среди гинекологических заболеваний фоновая патология шейки матки занимает одно из первых мест – они встречаются в в 10-15%, среди патологических состояний шейки матки их частота достигает 80-85%. Среди фоновых заболеваний наиболее значимое место занимает посттравматический эктропион, частота которого, по мнению ряда авторов, колеблется в значительных переделах (15,3-54,9%).

Оценка эффективности различных форм лечения производится, как правило, с точки снижения онкологической потенции.

В настоящее время встречается относительно мало исследований, посвященных изучению особенностей генеративной функции женщин, перенесших различные виды оперативного лечения по поводу травматической деформации шейки матки.

Большинство авторов отмечают увеличение частоты патологического течения беременности у женщин, получавших хирургическое лечение травматического эктропиона, но связывают это с чисто анатомической недостаточностью шейки матки. Другие исследователи, занимающиеся проблемой генеративной функции у женщин на фоне травматического эктропиона, указывает на высокую инфицированность, присущую этим пациентам.

Учитывая имеющую в настоящее время тенденцию к увеличению числа повторных родов, меры правительства направленные на закрепление этой тенденции, работы посвященные оценке степени влияния травматического эктропиона на характер течения беременности и родов представляются весьма своевременными.

Имеющаяся неопределенность в выборе методик хирургического лечения посттравматического эктропиона повышает актуальность исследовательских работ, посвященных оптимизации этого вида лечения одной из самых частых форм патологии шейки матки.

Цель исследования: оценить эффективность различных видов лечения посттравматического эктропиона с позиций перинатального акушерства.

Материал и методы исследования: проанализированы течение повторной беременности, родов и состояние новорожденного у 100 женщин, перенесших различные виды хирургического лечения травматической деформации шейки матки. Были сформированы 2 контрольные группы: 50 практически здоровых женщин (I контрольная группа) и 50 женщин, имевших посттравматическую деформации шейки матки, которую они отказались лечить по независимым от врача причинам (II контрольная группа). Исследовательские группы составили 50 пациенток, у которых посттравматическая деформация пролечена диатермоконизацией шейки матки (I группа) и 50 пациенток, которым была произведена пластика шейки матки (II группа). Оценка эффективности хирургического лечения шейки матки проводилась с использованием критериев В.И.Ельцова-Стрелкова и Л.П.Ермоловой (1977).

Результаты исследования: анализ качества восстановления анатомической целостности шейки матки и ее наружного зева показал, что пластические методики восстановления деформаций шейки матки имеют статистически значимые преимущества перед диатермическим ($t=-12,3963$, $P<0,0001$).

Генеративная функции женщин после проведенной хирургической коррекции шейки матки: частота бесплодия у женщин, перенесших пластическую операцию на шейке матки, была достоверно ниже, чем у женщин, перенесших диатермоконизацию.

У пациенток, перенесших диатермоконизацию шейки матки, впоследствии было достоверно больше самопроизвольных выкидышей, чем у женщин с пластической коррекцией деформации шейки.

Минимальное количество осложнений беременности наблюдалось в группе женщин, перенесших пластику шейки матки. По этому критерию имелось статистически достоверное отличие от II контрольной и I исследовательской групп, но не было отличия от I контрольной группы (практически здоровые женщины). У пациенток, перенесших пластику шейки матки, наблюдались, в основном, изолированные формы патологии беременности, в то время как у женщин после диатермоконизации имели место сочетанные формы. В I контрольной и II исследовательской группах число сочетанных форм патологии беременности было статистически достоверно ниже, чем во II контрольной и I исследовательской группах.

Сроки наступления родов: у пациенток, перенесших диатермоконизацию статистически достоверно чаще отмечались преждевременные роды, чем у женщин, деформация шейки матки которых восстанавливалась пластической операцией.

Патология родовой деятельности была достоверно чаще у пациенток после диатермоконизации, и по этому показателю они не отличались от II контрольной группы.

Среди видов патологии родовой деятельности чаще всего встречалась дискоординация и ее первичная слабость. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения у пациенток I исследовательской группы была статистически достоверно выше, чем у пациенток II исследовательской группы (10,0±3,01% vs 6,0±2,38%; t=1,42, P<0,079). Также, статистически достоверно выше, была частота стимуляции родовой деятельности (24,0±6,29% vs 4,0±2,89%; t=4,106, P<0,001).

Вес детей родившихся при повторных родах у женщин, перенесших диатермоконизацию, был статистически достоверно ниже, чем у женщин после пластики шейки матки (3311,0±40,13 г vs 3621,0±19,26; t=-6,9647, P<0,001). При этом во II контрольной и I исследовательской группах (пациентки с нелеченной деформацией шейки матки и пациентки после диатермоконизации) имелась статистически достоверное уменьшение веса детей при повторных родах (вес детей при 1-х и 2-х родах во II контрольной группе: 3660,2±48,56 vs 3343,8±48,90; t=4,5860, P<0,0001; вес детей при 1-х и 2-х родах в I исследовательской группе: 3708,5±46,16 vs 3311,0±40,13; t=6,4997, P<0,0001).

Заключение: течение беременности у пациенток, перенесших пластику шейки матки, было более благоприятное, чем у пациенток после диатермоконизации. Пациентки после пластики по основным показателям течения беременности практически не отличались от практически здоровых женщин.

Проведение пластических операций с целью восстановления целостности шейки матки позволяет полноценно восстановить биоценоз цервикального канала, что снижает потенциальный инфекционный риск при последующих беременностях, обеспечивая их физиологическое течение.

Восстановление травматического эктропиона шейки матки с помощью пластических операций снижает перинатальные потери.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФОРМ ВОДЫ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Логинов И.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава.

В реализации компенсаторно-приспособительных реакций плода большое значение имеют факторы, регулирующие водно-электролитный гомеостаз. В литературе описаны различные типы расстройств водно-элетролитного обмена при гипоксии. Транспорт питательных веществ и газов, обеспечение адекватного физико-химического постоянства внутриклеточной жидкости и K-Na-баланса плода необходимы для поддержания физиологического уровня трансплацентарной трансфузии. Очевидна важная роль изменений параметров, характеризующих гидроионные взаимоотношения, при патологическом течении беременности.

Целью проведенного исследования явилось изучение соотношения различных форм воды (общей, связанной внутри- и внеклеточной) в пуповинной крови новорожденных с нормальным течением антенатального периода и у новорожденных, с патологическим течением антенатального периода.

Первую (контрольную) группу составили 24 ребенка с нормальным течением анте- и неонатального периодов. При гистологическом исследовании последа в послеродовом периоде во всех наблюдениях патологических изменений в плаценте не обнаружено. Вторую (клиническую) группу составили 41 новорожденных с патологическим течением антенатального периода. Ретроспективно при гистологическом исследовании последа в послеродовом периоде во всех наблюдениях диагностированы патологические изменения, характеризующие развитие плацентарной недостаточности (ПН).

Материалом для исследования являлась смешанная пуповинная кровь, полученная до первого вдоха ребенка. В плодовой крови определялось процентное содержание различных форм воды. Определение осуществляли объемно-весовым дилатометрическим методом Р.А. Сахановой (1974).

Показателем действия адаптивных механизмов у плодов, развивавшихся антенатально в условиях ПН, явилось статистически достоверное увеличение фракции связанной внеклеточной воды по сравнению с контрольной группой. Несомненно, увеличение внеклеточной воды имеет положительный физиологический смысл. Это способствует компенсации нарушений микроциркуляции и сладжирования эритроцитов. В результате, у этих детей не определялись явления гиповолемии. Отмеченная некоторыми исследователями гипергидратация и гидролабильность в стадии адекватного функционирования компенсаторно-приспособительных реакций плода, происходит за счет роста доли внеклеточной воды. Такое перераспределение форм воды способствует транспорту питательных веществ и газов и направлено на предотвращение развитие гипоксических процессов.

Наряду с этим обращает на себя внимание статистически достоверное уменьшение содержания связанной воды эритроцитов по отношению к контрольной группе. Это может указывать на повышении их функциональной активности, изменение их объема и энергетического потенциала, что улучшает реологические характеристики крови.

Таким образом, при формировании ПН наблюдается изменение параметров водного гомеостаза. Необходимо отметить, что соотношение различных форм воды в цельной крови является чувствительным индикатором, отражающим компенсаторно-приспособительные реакции плода.

К ВОПРОСУ О ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ПЕРИОДА БЕСПЛОДИЯ

Меджидова Д.Б.

Россия, г. Махачкала, ГУ Дагестанский научный центр РАМН

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении различных форм женского бесплодия, вследствие чего увеличился контингент детей, рожденных женщинами, страдавших ранее бесплодием. Многие исследователи утверждают, что причины бесплодия и различные методы его лечения, применяющиеся в современной практике, после наступления беременности, могут отягощать ее течение, обуславливать нарушения в фето-плацентарном комплексе, способствовать осложнениям в родах. Поскольку здоровье ребенка напрямую зависит от состояния здоровья матери, то совершенно очевидно, что данный контингент новорожденных может быть отнесен в группу «высокого риска» по формированию у них различных патологических состояний.

Изучение структуры перинатальной заболеваемости и смертности в настоящее время остается одной из важнейших

задач современного акушерства. В связи с этим научный интерес и практическую значимость имеют оценка состояния здоровья новорожденных и перинатальные потери среди них.

У 160 обследованных нами рожениц родилось 162 новорожденных – 46 детей – от матерей с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе (I группа), 66 детей – от матерей с эндокринным бесплодием (II группа) и 50 детей – от здоровых матерей: из них 21 недоношенных (2 двойни) и 141 доношенных. Все дети родились живыми. Случаев анте- и интранатальной гибели плода не отмечалось. С целью оценки физического развития, всем детям проводилось антропометрическое исследование. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар и Сильвермана.

При анализе показателей массы тела новорожденных при рождении и при выписке было выявлено превышение физиологической нормы потери массы тела у детей, рожденных от матерей, страдавших ранее бесплодием. Это указывает на замедленность и напряженность становления механизмов адаптации у данных детей в неонатальный период.

Из 141 доношенного новорожденного оценку 8-9 баллов по шкале Апгар получили в группе контроля абсолютное большинство детей – 46 (92%), в группе обследованных с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе аналогичную оценку получили 29 (76,3%) детей, а в группе с эндокринным бесплодием – 38 (70,4%) детей. Остальные доношенные новорожденные были оценены в 6-7 баллов: 9 (23,7%) ребенка из I группы, 16 (29,6%) детей из II группы и 4 (8%) ребенка из группы контроля. Оценку 1-5 балов не получил ни один из наблюдаемых нами детей.

Состояние недоношенных новорожденных оценено по шкале Сильвермана как тяжелое у 4 (33,3%) детей от матерей, имевших в анамнезе эндокринное бесплодие и у 1 (16,7%) ребенка от матери с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе.

Ранний неонатальный период протекал с осложнениями главным образом у детей, рожденных от матерей с эндокринным бесплодием в анамнезе.

Среди осложнений периода новорожденности ведущее место занимает гипоксическое поражение ЦНС: 34,8% - в I группе, 36,4% - во II группе и 8% - в контрольной.

Следующими по частоте осложнений в I и II группах исследованных являются врожденные пороки развития плода (19,6% и 25,8% соответственно) и незрелость (17,4% и 21,2%).

Из врожденных пороков развития плода чаще всего выявлялись пороки костно-мышечной системы (10,9% и 12,1%): дисплазия тазобедренных суставов (4,4% и 6,1%), косолапость (4,4% и 3%), кривошея (2,1% и 1,5%), паховомошоночная грыжа отмечалась только в группе с эндокринным бесплодием в анамнезе – 1,5%. С пороками мочеполовой системы родились 6,5% детей из I группы и 9,1% детей из II группы: водянка яичка (4,4% и 6,1%), крипторхизм (2,1% и 3%). В 2,1% и 4,6% случаев была диагностирована гидроцефалия.

Отмечена также высокая частота развития у детей в I и II группах исследования синдрома дизадаптации, что составило 13,0% и 16,6% соответственно. У такого же количества детей была диагностирована асфиксия новорожденных. Синдром задержки внутриутробного развития плода встречались в I группе в 8,7%, во II группе – 10,6% и в контрольной группе – в 11,8% случаев. Развитие синдрома дыхательных расстройств наблюдалось только в основных группах исследованных и составило 6,4% и 7,6% случаев.

Реже выявлялись аспирация околоплодными водами и гипертензионный синдром: в I группе – по 4,4%, во II группе – 4,5% и 6,0% и в контрольной – по 2% на каждое осложнение.

В 2,2% и 3,0% случаев осложнений раннего неонатального периода у детей из I и II групп пришлось на судорожный синдром.

Перинатальная смертность имела место только в группе с эндокринным бесплодием в анамнезе и составила 27,3‰. В структуре перинатальной смертности все случаи пришлись на долю ранней неонатальной смерти - 3 случая. Из них 2 случая пришлось на гибель обоих плодов из двойни. Причиной гибели новорожденных оказались гестоз III степени, гипоксическое поражение ЦНС тяжелой степени и кровоизлияние в мозг. Причиной ранней неонатальной смерти плода в третьем случае явилось тяжелое поражение ЦНС гипоксического характера в результате преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Таким образом, перинатальные исходы беременности, наступившей после периода бесплодия, демонстрируют неблагополучную ситуацию, требующую улучшения качества перинатальной помощи данному контингенту женщин.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФОРМ ВОДЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПЛОДА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Микашинович З.И., Логинов И.А.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава.

Результатом действия любого патологического фактора на фетоплацентарный комплекс является развитие синдрома плацентарной недостаточности (ПН). Развитие ПН, обусловленное морфофункциональными изменениями в плаценте, сопровождается хронической внутриутробной гипоксией плода (ХВГП), задержкой его роста и развития и является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. Однако молекулярные и клеточные механизмы ее формирования в настоящее время остаются мало изученными. В реализации компенсаторно-приспособительных реакций плода большое значение имеют изменения водно-электролитного гомеостаза.

Целью проведенного исследования явилось изучение соотношения различных форм воды (общей, свободной, связанной и связанной внеклеточной) плазме пуповинной крови новорожденных с нормальным течением антенатального периода и у новорожденных, с патологическим течением антенатального периода.

Для достижения поставленной цели изучено соотношений различных форм воды в плазме крови плодов в 2 группах. Первую (контрольную) группу составили 24 ребенка с нормальным течением анте- и неонатального периодов. При гистологическом исследовании последа в послеродовом периоде во всех наблюдениях патологических изменений в плаценте не обнаружено. Вторую (клиническую) группу составили 41 новорожденных с патологическим течением антенатального периода. Ретроспективно при гистологическом исследовании последа в послеродовом периоде во всех наблюдениях диагностированы патологические изменения, характеризующие развитие ПН.

Материалом для исследования являлась смешанная пуповинная кровь, полученная до первого вдоха ребенка. В плодовой крови определялось процентное содержание различных форм воды. Определение осуществляли объемно-весовым дилатометрическим методом Р.А. Сахановой (1974).

В клинической группе, при сравнении с контрольной, наблюдается статистически достоверное повышение общей воды плазмы. Возможно, что под действием гипоксического фактора компенсаторно увеличивается лабильная часть воды.

Необходимо отметить следующий факт. Параллельно позитивным сдвигам в водном гомеостазе (увеличение фракции общей воды плазмы) диагностировано статистически достоверное уменьшение фракции свободной воды плазмы.

Одновременно, наблюдается значительное увеличение фракций связанной и связанной внеклеточной воды.

Увеличение этих фракций, возможно, затрудняет в какой-то мере реализацию в полном объеме адаптационной потенции плода.

Сдвиг к связанной внеклеточной воде может указывать на усиление катаболизма внутриклеточного гликогена и белка, что может способствовать развитию распространенных отеков.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что при формировании ПН наблюдается изменение параметров водного гомеостаза плода. Соотношение различных форм воды в плазме является информативным показателем направленности компенсаторно-приспособительных процессов.

ОЦЕНКА ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭКСТЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Николаева Е.И., Пугачева Т.Н, Гудимова В.В., Шарипова Л.В.

Россия, г.Москва, ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий

Согласно дефинициям МКБ-Х экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении считается масса тела менее 1000 г(до и включая 999г). Как правило, в эту весовую категорию входят новорожденные (плоды), родившиеся при прерывании беременности в 22-27 недель, что по рекомендации ВОЗ относится к очень ранним преждевременным родам и поэтому учитывается в национальной статистике развитых стран.

В Российской Федерации все случаи прерывания беременности в эти сроки регистрируются как аборт независимо от мертво или живорождения.

В настоящее время планируется учитывать в отчетных формах все роды, начиная с 22-х нед. беременности. В связи с этим представляет интерес оценка исхода родов для детей с экстремально низкой массой тела.

Цель исследования: представить характеристику новорожденных (плодов), родившихся с ЭНМТ.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ первичной медицинской документации 170 новорожденных (плодов) с ЭНМТ, родившихся в ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий за период 2000-2006 гг.

Результаты исследования: Анализ 170 случаев рождения в ФГУ НЦ АГиП детей с ЭНМТ показал, что 129 (75,9%) из них родились в 22-27 нед., остальные 41 (24,1%) в 28-33 нед. беременности. Доля мертворождений составила 47,1% (80), при этом 96,3%(77) из них родились в 22-27 нед. и только 3,7%(3)-в 28-29 нед. В структуре мертворождений самопроизвольное прерывание беременности имело место в 43,8% (35), в остальных 45 случаях беременность прервана по медицинским показаниям, в т.ч. в связи с антенатальной гибелью 15 плодов.

Среди 90 (52,9%) живорожденных гестационный возраст 24-27 нед. имели 52(57,8%) ребенка, и 38(42,2%)–28-33 нед. Обращает внимание, что не было случаев живорождений в 22-23 нед., в 24-25 нед. родилось живыми 12(13,3%), остальные -в 26 и более нед.

Первичная и реанимационная, а так же последующая медицинская помощь новорожденным с ЭНТМ оказывалась согласно утвержденным стандартам, включая высокотехнологичные, в специализированном отделении реанимации и выхаживания маловесных новорожденных. Несмотря на это, в первые 168 час жизни умерли 41 новорожденных (плодов), в т.ч. 35 родились в 24-27 нед. и только 6 при преждевременных родах. В период 12-50 дней жизни погибли еще 9 новорожденных. Таким образом 50(55,6%) детей умерли в первые дни и месяцы жизни, из них 42 (84%) родились в 24-27 нед и только 8(16%) после 28 нед. Выжили в период пребывания в отделении 40(44,4%) детей, только у 10(25%) из них гестационный возраст при рождении составлял 26-27 нед., остальные 30(75%) родились в 28-33 нед. Обращает внимание, что величина средней массы обоих когорт не имела достоверных различий, составляя соответственно 903±42 и 913±18,8г

Домой непосредственно из отделения новорожденных выписаны 7(17,5%) детей, 2 из них родились в 27 нед. На 2-й этап выхаживания переведены 33(82,5%) ребенка в возрасте от 12 до 87 дней жизни, из них в состоянии средней степени тяжести – 21 (63,6%) и тяжелом состоянии –12 (36,4%).

Таким образом, выживаемость детей с ЭНМТ в условиях оказания адекватной и квалифицированной помощи составила в общей группе 44,4%, однако среди родившихся в период 24-27 нед. этот показатель составил 19,2%, а среди родившихся в 28-33 нед., масса тела которых не соответствовала их гестационному возрасту - 78,9%, при этом указанные уровни могли быть ниже ввиду отсутствия данных на последующих этапах наблюдения детей.

Перинатальная смертность среди родившихся в 22-27 нед. составила 868‰ (112), при ранних преждевременных родах-219‰ (9). Все мертворожденные и умершие плоды подвергнуты патологоанатомическому вскрытию с установлением основных причин их смерти.

Анализ заболеваемости детей с ЭНТМ показал, что среднее число заболеваний на 1 ребенка составило 5,3. В структуре заболеваний превалировали гипоксия и асфиксия при родах-17,8%, геморрагические нарушения-16,5%, инфекционные болезни- 14,0%, включая врожденную пневмонию и сепсис (соответственно 9,1 и 1,5%), неинфекционные респираторные нарушения составили 10.4%. В когорте родившихся в 22-27 нед. частота инфеционных болезней значительно превышала частоту неинфекционных респираторных нарушений, составляя соответственно 17,5 и 8,6%. Обращает внимание, что частота большинства вышеуказанных заболеваний в 1,3-1,9 была выше у родившихся в 22-27 нед. по сравнению с родившимися в 28 и более нед.

Большинство основных причин смерти при патологоанатомическом исследовании умерших новорожденных относились к респираторным нарушениям в перинатальном периоде (79,5%), половина из которых приходилась на внутриутробную пневмонию; внутриутробному сепсису (6,8%); врожденным порокам развития (6,8%), внутрижелудочковым кровоизлияниям (6,8%) и только в одном случае основной причиной смерти явилась крайняя незрелость плода.

Анализ причин преждевременного прерывания беременности показал, что у данной когорты матерей течение ее было крайне осложненным. В большинстве случаев имело место преждевременное излитие или длительное подтекание околоплодных вод, истмико-цервикальная недостаточность, бактериально-вирусная инфекция, хориоамнионит, у 7 женщин диагностирован прогрессирующий гестоз. В каждом пятом случае беременность наступила после длительного лечения бесплодия в результате экстракорпорального оплодотворения или индуцированной овуляции, при этом у части из них проводилась редукция эмбрионов, каждый третий живорожденный родился путем абдоминального родоразрешения.

Для сравнения вышеуказанных данных с аналогичными сведениями, полученными из 33 территорий РФ, проведена оценка последних, включающая 4813 случаев прерывания беременности в 22-27 нед. Анализ показал, что доля живорожденных в исследуемых территориях составила лишь 16,5% (795), мертворожденных-83,5%(4018). Выживаемость, среди родившихся живыми в 22-27 нед беременности, не превысила 12%. Показатель перинатальной смертности в данной популяции составил 959‰.

Сопоставление показателей перинатальной смертности и уровня выживаемости по данным ФГУ НЦ АГиП и территорий РФ (868‰ и 959‰), свидетельствует о незначительном разрыве между ними, что указывает скорее на характер биологической незрелости гестационного возраста плодов, родившихся в эти сроки беременности, нежели на возможности их выхаживания и выживания.

Выводы: Таким образом, уровень выживаемости детей с экстремально низкой массой тела определяется в большей степени их гестационным возрастом нежели массой тела при рождении. В условиях высококвалифицированного и оснащенного учреждения, каким является ФГУ НЦ АГП, выживаемость данной когорты новорожденных составляет почти 45%, при этом среди родившихся в 22-27 нед. выживают только дети с гестационным возрастом 26-27 нед. (19,2%). По мере увеличения срока беременности выживаемость новорожденных значительно возрастает, составляя почти 80% при ранних родах в 28-33 недели. Поэтому усилия службы родовспоможения должны быть направлены главным образом на профилактику преждевременного прерывания беременности с использованием всех имеющихся средств, начиная с подготовки вне беременности.

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НА КИСЛОРОДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ НОВОРОЖДЕННЫХ

Пальчик Е.А., Сидоренко И.А., Дуянова О.П., Котова С.Ф., Аббас Ж.Н.

Россия, г. Орел, Медицинский институт Орловского государственного университета

Несмотря на успехи развития практического акушерства и анестезиологии, по мнению большинства авторов, наиболее оправданным и, пожалуй, единственным эффективным методом лечения тяжелого гестоза и преэклампсии, является досрочное родоразрешение. При недоношенной беременности в условиях развившегося тяжелого гестоза, незрелой шейке матки возникает вопрос срочного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Однако, при родоразрешении беременной до 34 недель беременности, рождение недоношенного ребенка диктует необходимость оказания своевременной и квалифицированной помощи. Необходимость немедленного абдоминального родоразрешения при тяжелых формах гестоза должна быть обеспечена адекватной анестезией для предупреждения повреждающего воздействия операционного стресса на новорожденного.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучение вопроса о кислородном снабжении тканей и особенности адаптации новорожденных, родившихся от матерей с тяжелым гестозом и преэклампсией.

Проведено обследование 47 новорожденных, родившихся от матерей с тяжелым гестозом и преэклампсией. При этом первую (1) группу составили 35 новорожденных, родившихся от матерей с тяжелым гестозом, во вторую (2) группу были включены 12 детей, родившихся от беременных с преэклампсией. Анализ кинетики кислородного метаболизма проводили полярографическим методом на аппарате TSM (Дания) в течение первых семи суток жизни. 18 новорожденных 1-ой группы, родившихся от матерей с тяжелым гестозом. были извлечены путем операции кесарева сечения, во 2-ой группе 10 из 12 новорожденных также родились путем абдоминального родоразрешения. Из них у 22-х беременных оперативное родоразрешение проводили с применением спинно-мозговой анестезии. Премедикация - 0,1 % атропин 0,5 мл, преинфузия - 100-200 мл физиологического раствора, пункция под L-3 набором «Braun» Z-27 «Penean». При этом вводили маркаин-спинал 0,5% от 2,5 мл до 3,2 мл, уровень блока достигал до Th-4.

С целью стабилизаиии гемодинамики после введения анестетика внутривенно струйно вводили физиологический раствор. Следует отметить, что обший объем интраоперационной инфузии варьировал от 1200 до 1600 мл.

Показатели малонового диальдегида (МДА) и церулоплазмина (ЦП) определяли по методике (Стальнал М.Д., Горнешвили, 1977) с помощью тиобарбитуровой кислоты. При этом забор крови осуществляли в динамике: из вены пуповины, на 3-и и 5-е сутки после рождения. Статистическую обработку материала проводили с применением пакета прикладных программ «Exel» (версия 7.0, раздел программы «анализ данных») на PC Pentium-3 с вычислением средней арифметической и ошибки средней. С использованием t-критерия Стьюдента определяли достоверность различий между группами.

Состояние детей при рождении было оценено следующим образом: в 1-ой группе новорожденных у 5 детей состояние при рождении было удовлетворительное (оценка по шкале Апгар составила 8-9 баллов), 20 новорожденных в состоянии легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар составила 6-7 баллов), 10 детей в состоянии тяжелой асфиксии. Во 2-ой группе наблюдений 8 детей родились в состоянии легкой асфиксии и 4 новорожденных - в состоянии тяжелой асфиксии. Следует отметить, что три беременные с длительно текущим гестозом и преэклампсией были родоразрешены путем операции кесарево сечение при сроке гестаиии 31-32 недели.

Исходные показатели внутритканевого NO2 в первые сутки жизни у новорожденных, родившихся от матерей с тяжелой формой гестоза. находились в интервапе от 42,5 мм рт ст до 68,7 мм рт ст, составляя в среднем 54,8 + мм рт ст, что статистически достоверно (p<0,01) по сравнению с аналогичными данными у здоровых новорох<денных, родившихся от матерей с неосложненны м течением беременности и родов. Исходные значения капиллярного pO2 варьировапи от 43 до 76 мм рт ст. Следует отметить, что низким транскутанного NO2 соответствуют низкие показатели капиллярного pO2. Во 2-ой группе новорожденных фоновые значения транскутанного pO2 находились в интервале от 32.0 мм рт ст до 47,5 мм рт ст, составили в среднем 42,8+1,5 мм рт ст, что значительно (p<0,02) ниже таковых показателей у детей 1-ой группы.

В настоящее время считается, что одним из основных звеньев в патогенезе гестоза является активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), что способствует генера.пизованному повреждению эндотелия и развитию полиорганной недостаточности. Показатели ПОЛ (МДА и ЦП) определяли в динамике из вены пуповины, на 3-и и 5-ые сутки после рождения. Анализ показателей МДА выявил, что у новорох<денных 1-ой и 2-ой исследуемых групп, значения МДА бьии существенно (p<0,001) выше аналогичных данных у новорожденных контрольной группы и составили соответственно 70,8+0,5 нмоль/мл и 12,1+0,35 нмоль/мл. Значения диеновых конъюгат у новорожденных, родившихся от матерей с тя>келым гестозом и преэклампсией были равны 19,8+0,56 нмоль/мл и 21,8+0,48 нмоль/мл, что существенно (p<0,001) превышает таковые значения у матерей с неосло>r<ненным течением беременности и родов (15,6+0,53 нмоль/мл). Индивидуальный анализ показателей ПОЛ выявил, что у 18 новорожденньпх 1-ой группы и у 10 из 12 детей 2-ой группы, извлеченных путем операции кесарево сечение, исследуемые данные (МДА и ДК) были значительно выше аналогичных у новорожденных после самопроизвольных родов.

Нами также был проведен сравнительный анализ показателей ПОЛ у новорожденных после абдоминального родоразрешения при использовании эндотрахеального наркоза и спинальной анестезии. При этом бьио обнарух<ено, что у

новорох<денных, извлеченных путем операции кесарево сечение при применении эндотрахеального наркоза, показатели МДА варьировали от 8,9 нмоль/мл до 12,84 нмоль/мл при интервале МДА от 7,5 до 8,5 нмоль/мл после использования спинальной анестезии (1-ая группа). У детей, извлеченных путем операции кесарево сечение от матерей с преэклампсией, имеет место аналогичная тенденция.

Можно предположить, что длительно текущий гестоз тяжелой степени, преэклампсия сопровождаются истощением антиоксидантной системы, что обуславливает активацию показателей ПОЛ у новорожденных сразу после рождения и в течение всего раннего неонатального периода. Тяжелое течение гестоза, преэклампсии, нарастание полиорганной недостаточности диктует необкодимость оперативного родоразрешения. Наши наблюдения показали, что сразу после операции отмечается нарушениеструктурно-функциональных свойств клеточных мембран, что выражается в существенном повышении значений МДА и ДК. Следует отметить, что исследуемые показатели значительно ($p<0,02$) меньше у новорожденных, извлеченных путем операции кесарево сечение с использованием спинальной анестезии. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что применение спинальной анестезии при тяжелых формах гестоза при необходимости оперативного родоразрешения способствует уменьшению операционного стресса на состояние кислородного гомеостаза у новорожденных и создает более благоприятные условия для их адаптации в раннем неонатальном периоде.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ОБОСТРЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Пекарева Н.А, Трунов А.Н., Чупрова А.В.

Россия, г. Новосибирск ГУ Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

Анализ литературных данных свидетельствует о распространенности пиелонефрита у детей, при этом отмечается остающаяся высокой частота возникновения патологии и выраженная тенденция к хронизации воспалительного процесса, стертости клинической картины патологического процесса.

Многими исследователями широкое распространение процессов хронизации заболеваний различных органов и систем связывается с воздействием неблагоприятных экологических факторов, несвоевременным и неадекватным лечением острых инфекционно-воспалительных процессов, развивающихся на фоне несовершенного иммунного ответа на этиологический фактор (условно-патогенная микрофлора), обладающий низкоиммуногенными свойствами и эволюционно сформировавшейся способностью «ускользать» из-под контроля иммунной системы. Тем более, что данная группа микроорганизмов под воздействием различных факторов повысила свою вирулентность, адгезивность, устойчивость к медикаментозному воздействию. В то же время не вызывает сомнения, что для понимания механизмов хронизации патологических процессов и активации иммунного реагирования в их взаимосвязи в патогенезе инфекционно-воспалительных заболеваний в настоящее время представляется значимым изучение баланса цитокинов – биологически активных веществ, вырабатываемых клетками иммунной системы, способных влиять на развитие иммунного ответа и обеспечивающих межклеточную кооперацию.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования было проведено клиническое обследование 60 детей с диагнозом обострение хронического пиелонефрита и 60 пациентов с клинической ремиссией патологического процесса, и лабораторное исследование их сыворотки крови и мочи. Возраст обследованных детей составил от 10 до 14 лет, длительность заболевания - 3-7 лет.

Комплекс лабораторного исследования включал в себя определение концентраций цитокинов ИЛ-1β и ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИНФ-γ, лактоферрина в сыворотке крови и моче, аутоантител к антигенам нативной и денатурированной ДНК, циркулирующих иммунных комплексов, IgA в сыворотке крови и sIgA в моче.

В результате проведенных исследований получены следующие данные.

У детей с хроническим пиелонефритом в стадии обострения было выявлено наличие достоверно высоких концентраций ИЛ-1β, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 и полифункционального белка лактоферрина в сыворотке крови, концентраций ИЛ-1β, ИЛ-4, ИЛ-8 и лактоферрина в моче. Коэффициент соотношения про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1β/ИЛ-4) в сыворотке крови был достоверно выше, а в моче достоверно ниже, чем в норме.

Корреляционный анализ полученных данных показал, что при развитии патологического процесса у пациентов с обострением хронического пиелонефрита можно отнести исчезновение, относительно группы «практически здоровых» детей, обратной достоверной коррелятивной взаимосвязи между концентрациями ИЛ-4 и ИНФ-γ в сыворотке крови ($r= - 0.35$, $p<0.05$), что позволяет говорить об изменении баланса между индукторами Т-хелпер1 и Т-хелпер2 опосредованного пути развития иммунного реагирования. Учитывая полученные в исследовании данные об изменении их концентраций, можно сделать заключение о смещении иммунного реагирования в сторону гуморального звена иммунной системы, что является абсолютно логичным при бактериальных инфекциях.

Кроме того, в динамике развития патологического процесса происходило нарастание выраженности тестируемых в норме коррелятивных взаимосвязей: между концентрациями основного провоспалительного цитокина ИЛ-1β и ИЛ-4 в сыворотке крови ($r=0.63$, $p<0.01$ против $r=0.4$, $p<0.05$ в норме), между концентрациями индуктора гуморального звена иммунной системы в сыворотке крови ИЛ-4 и IgA в сыворотке крови ($r=0.51$, $p<0.01$ против $r= 0.38$, $p<0.05$ в норме). Выявленный факт, вероятно, свидетельствует об активации гуморального звена иммунной системы в ответ на бактериальную антигенную стимуляцию и снижение провоспалительных реакций. Подтверждением указанного является тестирование в сыворотке крови обратной достоверной коррелятивной взаимосвязи между концентрациями ИЛ-1β и ИЛ-6 ($r= - 0.45$, $p<0.05$), а также прямых достоверных коррелятивных взаимосвязей между концентрациями ИЛ-6 и лактоферрина ($r=0.4$, $p<0.05$), между концентрациями ИЛ-1β и лактоферрина ($r= 0.4$, $p<0.05$).

Важными представляются выявленные у обследованных детей коррелятивные взаимосвязи между концентрациями ИЛ-4 и секреторным IgA ($r=0.45$, $p<0.05$) в моче, между концентрациями ИЛ-4 и ААТ к АГ нДНК($r=0.45$, $p<0.05$), ИЛ-4 и ЦИК ($r= -0.35$, $p<0.05$), между уровнями ААТ к АГ нДНК и ЦИК ($r= 0.3$, $p<0.05$), IgA и ЦИК ($r= -0.4$, $p<0.05$) в сыворотке крови. Данные корреляции отражают взаимосвязи между участниками развития гуморального иммунного ответа и аутоиммунного реагирования в динамике развития заболевания.

Наиболее значимыми, для понимания механизмов развития патологического процесса в организме, представляются прямые достоверные взаимосвязи между концентрациями основного провоспалительного цитокина ИЛ-1β - ИЛ-1β ($r=0.44$, $p<0.05$) в сыворотке крови и моче, между концен-

трациями индуктора гуморального звена иммунной системы, обладающего противовоспалительными свойствами ИЛ-4 – ИЛ-4 ($r= 0.35$, $p<0.05$) в сыворотке крови и моче.

Полученные данные свидетельствуют о значимости в патогенезе заболевания на организменном и местном уровнях активации воспалительно-деструктивных процессов, гуморального звена иммунной системы и аутоиммунных реакций в их взаимосвязи.

У детей с хроническим пиелонефритом в стадии клинической ремиссии было выявлено наличие достоверно высоких концентраций ИЛ-4, ИЛ-6, полифункционального белка лактоферрина в сыворотке крови, концентраций ИЛ-4, ИЛ-8 и лактоферрина в моче. Коэффициент соотношения про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1β/ИЛ-4) в сыворотке крови и моче был достоверно ниже, чем в норме.

Сравнительный анализ данных, полученных при исследовании сыворотки крови и мочи пациентов с хроническим пиелонефритом в стадии обострения, позволил выявить достоверное нарастание концентраций ИЛ-1β и полифункционального белка лактоферрина в сыворотке крови и моче, ИЛ-8 в сыворотке крови, ИЛ-4 в моче относительно данных, полученных при клинической ремиссии патологического процесса, а также достоверное нарастание уровней аутоантител к антигенам нативной ДНК и IgA в сыворотке крови.

Полученные в исследовании данные позволяют сделать заключение о существовании в организме пациентов с клинической ремиссией хронического пиелонефрита постоянной антигенной стимуляции организма, которая при срыве адаптационных механизмов может привести к развитию иммунной недостаточности и является базой для возникновения периодических обострений патологического процесса. В тоже время, тестируемая активация иммунного реагирования не приводит к санации организма, что, вероятно, связано с низкоиммуногенными свойствами этиологического фактора и его способностью «ускользать» из-под контроля иммунной системы, о чем свидетельствуют нормативные уровни ИНФ-γ.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в комплексные реабилитационные программы у детей с хроническим пиелонефритом иммуностимуляторов, способных активировать моноцитарно-макрофагальную фазу (1 фаза) иммунного ответа с последующей активацией специфического иммунного реагирования (2 фаза).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Плюснина Н.Н., Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Захарова С.Ю.

Россия, г. Екатеринбург, ФГУ "НИИ охраны материнства и младенчества Росмедтехнологий"

Дети, рождённые с синдромом задержки развития плода, в последующие периоды жизни составляют значительную группу часто и длительно болеющих детей, что диктует необходимость постоянного мониторинга состояния здоровья данного контингента. Отдельные лабораторные показатели чаще всего не позволяют оценить функциональное состояние защитных систем организма и выявить признаки иммунологической недостаточности. В связи с этим использование диагностических и прогностических возможностей расчетных индексов приобретает в настоящее время все большую значимость, поскольку определенные сочетания показателей гемограммы отражают интегральные характеристики гомеостатических систем организма, формирующих неспецифические адаптационные реакции. Цель: определение интегральных показателей лейкоцитарной формулы, характеризующих адаптационные реакции у детей трехлетнего возраста, рождённых с задержкой внутриутробного развития плода.Материалы и методы. Проведен анализ гематологических и некоторых иммунологических показателей у 22 часто и длительно болеющих детей трехлетнего возраста, рождённых с синдромом задержки развития плода (основная группа). Обследование детей проведено вне периода обострения заболеваний. Гипотрофический вариант задержки развития плода диагностирован у 20 детей, гипопластический вариант - у 2 детей. Группу сравнения составили 5 здоровых детей того же возраста. Иммунофенотипирование лимфоцитов осуществляли методом проточной лазерной цитофлюориметрии на анализаторе "FACS Calibur" фирмы "Becton Dickinson" (США). Определяли относительное и абсолютное содержание CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD19+-лимфоцитов и иммунорегуляторный индекс CD4/CD8. Дополнительно рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и индекс аллергизации (ИА), в основу которого было положено соотношение суммы и эозинофилов к остальным клеткам белой крови.

При анализе гематологических и иммунологических параметров часто и длительно болеющих детей не было выявлено достоверных отличий от аналогичных значений детей из группы сравнения. Отсутствие существенных отклонений количественных показателей клеточного звена иммунитета у детей основной группы свидетельствует о полноценном процессе иммунологической адаптации к трехлетнему возрасту. Статистически значимые отличия были выявлены только на уровне расчетных индексов. У 7 детей из основной группы ЛИИ был выше нормальных значений и составил 1,25±0,13 (при норме 0,76-0,9). В то же время индекс аллергизации у этих детей составил 1,09±0,14 и практически соответствовал значениям нормы (0,68-1,1). У 15 детей из основной группы рассчитанный ЛИИ находился в пределах нормальных значений (0,50±0,07), однако ИА у всех детей выходил за пределы норм и составил 1,92±0,53. ЛИИ является одним из показателей, характеризующих степень выраженности эндогенной интоксикации, и отражает остроту воспаления и степень активации процессов тканевого распада. Известно, что респираторные инфекции у детей в большинстве случаев сопровождаются выраженным интоксикационным синдромом, характеризующимся местным и системным воздействием на функциональное состояние иммунокомпетентных клеток. Однако проведенные исследования показали, что в большинстве случаев у детей основной группы ЛИИ был в пределах нормы, наряду с чем имело место существенное повышение ИА. Это позволяет заключить, что использование двух интегральных индексов дает возможность дифференцировать наличие хронического воспаления и связанной с ней интоксикации от процесса аллергизации с целью коррекции проводимой терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ВИДОМ РЕАКЦИИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПЛОДА В ПОТУЖНОМ ПЕРИОДЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Подгорная О.А., Гиляновский М.Ю., Орлов А.В.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ РНИИАП "РОСЗДРАВ"

В доступной научно-медицинской литературе мало работ, посвященных изучению взаимосвязи между состоянием гемодинамики плода во время родов и отдаленными перинатальными гипоксическими поражениями ЦНС, в частности, вообще нет статистически подтвержденных данных: существует ли взаимосвязь между видом реакции мозгового кровотока плода на контрактильную активность матки и неврологической патологией у новорожденных детей.

Для ответа на этот вопрос был проведен ретроспективный анализ состояния мозгового кровотока плода во время второго периода родов и его реакция на потуги у здоровых детей и в группе новорожденных с неврологической патологией на 7 сутки жизни. 1 группа включала 73 здоровых ребенка, 27 детей с диагнозом постгипоксически-ишемическое поражение ЦНС составили 2 группу. Ретроспективный анализ потужного периода родов показал, что во время интранатальной допплерометрии в 1 группе в ответ на потугу 50 (68,5%) плодов реагировали спазмом СМА, а 23 (31,5%) – дилатацией. Во 2 группе у 10 (37%) плодов наблюдался спазм СМА, а у 17 (63%) – дилатация. Нами был проведен анализ сопряженности двух качественных признаков (вид реакции мозгового кровотока плода в ответ на потугу и наличие или отсутствие неврологической патологии в раннем неонатальном периоде), с помощью вычисления Хи-квадрата. Полученное значение Хи-квадрата сравнивалось с критическими величинами (табличное значение) для уровней значимости $p=0,05$, $p=0,01$ и $p=0,005$. Нами было получено значение Хи-квадрата, равное 8,13, что превосходит табличные критические значения для трёх уровней значимости ($p=0,05$, $p=0,01$ и $p=0,005$). Поэтому гипотезу о зависимости между видом реакции мозгового кровотока плода в потужном периоде и неврологической патологией у новорожденных на 7 сутки жизни мы подтвердили (при уровне значимости $p < 0,005$).

Известно, что в родах во время каждой схватки происходит временное снижение поступления оксигенированной крови к плоду из-за ухудшения маточно-плацентарного кровотока. Соответственно, при каждом сокращении матки плод испытывает гипоксемию. Основным защитным механизмом для плода в данной ситуации может быть централизация фетальной гемодинамики, которая проявляется перераспределением кровотока от менее функционально значимых к более жизненно важным органам (головной мозг). При этом наблюдается усиление мозгового кровотока плода, что отражается в виде снижения индексов резистентности КСК СМА плода (дилатация СМА) во время схватки [Kurjak A. et al., 1996]. Это возможно лишь при достаточном уровне адаптационных возможностей плода. Учитывая, что в среднем при нормальном течении родового процесса количество схваток условно колеблется от 200 до 250, при сниженных компенсаторных возможностях плода, большую опасность для здоровья новорожденного представляет периодическое снижение мозгового кровотока, что может приводить к ишемии головного мозга или резкое повышение внутрисосудистого и внутричерепного давления, что способствует возникновению кровоизлияний. Таким образом, в подобной ситуации плод находится в условиях, соответствующих 200-250 гипертоническо-ишемическим кризам. Во время потужного периода на плод, а в частности на его мозговую гемодинамику, оказывается максимально неблагоприятное воздействие. Это происходит как за счет контрактильной активности матки, приводящей к резкому снижению маточно-плацентарного кровотока временной гипоксемии, так и за счет механического воздействия на плод, за счет компрессии и конфигурации его головки во время прохождения по родовым путям. А также в этот период не редко происходит и сдавливание сосудов пуповины при обвитии, абсолютной или относительной ее короткости, наличии узлов. Поэтому самый ответственный момент в плане риска развития перинатальных неврологических осложнений – это потужной период. Изучение мозговой гемодинамики в этот период родов имеет высокое прогностическое значение. Так при патологическом изменении мозгового кровотока плода во время потужного периода можно, соответственно, пересмотреть акушерскую тактику и начать своевременные интенсивные лечебно-диагностические мероприятия по снижению риска развития перинатальных поражений ЦНС. Поэтому при статистической обработке информации были учтены виды реакции на потугу средних мозговых артерий плода (увеличение или уменьшение значения индексов резистентности, а именно систоло-диастолическое отношение кривых скоростей кровотока) – самой крупной парной артерии головного мозга, обеспечивающей кровоснабжение около 80% головного мозга плода. Ведь в этот период родов на фетальную церебральную гемодинамику оказывается максимальное неблагоприятное воздействие за счет высокой периодической контрактильной маточной активности, значительного повышения внутриматочного давления во время потуг, компрессии и конфигурации его головки при прохождения по родовым путям. Изучаемая нами гипотеза о существовании четкой взаимосвязи между видом реакции мозгового кровотока плода на потуги и отдаленными неврологическими расстройствами у новорожденных детей была подтверждена статистически.

Полученные нами результаты являются начальным фрагментом изучения сложных механизмов формирования перинатальной неврологической патологии в условиях родового стресса. Разработка методов определения адаптационных резервов плода и способов прогнозирования риска развития поражений ЦНС во время родов даст возможность снизить перинатальные потери.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА РАЗВИТИЕ ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Тихонова Н.В., Евтушенко И.Д., Давыдов А.В., Иванова Т.В., Волков Р.В.

Россия, г.Томск, Сибирский государственный медицинский университет

Актуальность. Число больных с нарушениями слуха в Российской Федерации превышает 13 млн. человек, более 1 млн. – это дети. Врожденная тугоухость встречается в популяции достаточно часто: на каждую 1000 здоровых детей приходится рождение 1 глухого ребенка. Ежегодно в Томске рождается 6 глухих детей. Проблема врожденных нарушений слуховой функции неразрывно связана с течением беременности и родов. Родовой травматизм, инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности, переношенность и недоношенность, низкая масса тела ребенка при рождении, асфиксия новорожденного известны как факторы риска по развитию глухоты и тугоухости новорожденных.

Тугоухость является не только медицинской, но и социальной проблемой общества. Первые годы жизни ребенка являются критическими для речевого развития и формирования познавательных и социально-эмоциональных навыков. Несвоевременное выявление патологии слуха у детей первого года жизни ведет к развитию глухонемоты и, соответственно, к инвалидизации. Действующая в нашей стране схема аудиологического скрининга, основанная на анализе факторов риска и поведенческом скрининге согласно Приказу Минздрава РФ №108 от 29 марта 1996 года, недостаточно эффективна. Субъективность оценки поведенческих реакций обусловливает их низкую достоверность. Необходимо применение объективных методов исследования слуха: регистрация задержанной отоакустической эмиссии (ОАЭ), коротколатентых слуховых вызванных потенциалов, стационарных слуховых вызванных потенциалов.

Цель. Оценить встречаемость первичных нарушений слуха у новорожденных и значимость перинатальных факторов риска при проведении аудиологического скрининга новорожденных.

Материалы и методы исследования. С декабря 2006 года проводится аудиологический скрининг всех новорожденных, родившихся в условиях родильных домов г. Томска. К настоящему моменту обследовано 775 новорожденных со 2 по 6 день жизни. В качестве метода оценки слуха использовали регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ) с помощью портативного прибора OtoRead (Interacoustics, Дания). Этот высокочувствительный метод определения функционального состояния наружных волосковых клеток с успехом применяется для массовых обследований слуха у детей. Протокол исследования стандартизован и включает: анкетные данные матери, наличие наследственных заболеваний, акушерский анамнез (количество беременностей и родов, патология беременности с указанием триместра, инфекционные заболевания во время беременности, особенности течения родов), данные истории болезни ребенка (дата рождения, пол ребенка, гестационный возраст, вес и рост при рождении, оценка по шкале Апгар, осложнения в родах, использование лекарственных препаратов). Обязательно указывается дата проведения исследования, номер родильного дома, фамилия исследователя. Результаты регистрации ОАЭ (прошел – не прошел тест, “Pass - Refer”) записываются отдельно для левого и правого уха (AS - AD). На дальнейшее обследование мать и ребенок приглашаются через месяц.

Результаты исследования. При первичном скрининге из 775 новорожденных не прошли тест 66 человек, что составило 8,5%. Из них ОАЭ не регистрировалась с одной стороны – у 51,5%, с обеих сторон – у 48,5% обследованных. При анализе перинатальных факторов риска было выявлено, что все матери детей, не прошедших тест, не имели анамнеза по наследственным поражениям слухового аппарата. Во время беременности 15 (22,7%) человек страдали ОПГ-гестозом легкой и средней степени тяжести, 2 (3,0%) женщины были пролечены во время беременности по поводу сифилиса. В 29 (43,9%) случаях течение беременности осложнилось наличием хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВГП) и хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН). Диагноз асфиксии новорожденных вследствие обвития пуповины вокруг шеи был поставлен 12-ти (18,2%) детям. 23 (34,9%) ребенка при рождении имели массу тела менее 3000 гр., а 8 (12,1%) человек – более 4000 гр.

Выводы. Таким образом, в группе новорожденных, не прошедших тест, чаще всего регистрировали такие перинатальные факторы риска, как ОПГ-гестоз, ХВГП, ХФПН, гипотрофия плода, асфиксия новорожденного. Возможно, оценка факторов риска у беременных женщин позволит сформировать группы риска по развитию врожденных нарушений слуха у новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, РОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Троегубова Н.В., Шиляева Е.Г.

Россия, Ижевск, ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Заболеваемость бронхиальной астмой значительно возросла в последние три десятилетия, и, по заключению экспертов ВОЗ, ее относят к числу наиболее часто встречающихся хронических болезней человека. Болезнь манифестирует, как правило, в молодом возрасте, что, безусловно, приводит к увеличению числа больных бронхиальной астмой детородного возраста. При бронхиальной астме в большинстве случаев беременность не противопоказана. Однако неконтролируемое ее течение, частые приступы удушья и, как следствие, гипоксия могут привести к развитию осложнений у матери и у плода.

Целью данной работы явилось изучение состояние плода и новорожденных, рожденных от матерей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы: проведен анализ течения беременности и родов у 18 женщин с бронхиальной астмой и новорожденных. Группа сравнения представлена 20 практически здоровыми беременными. Для оценки состояния плода и новорожденного использовались следующие методы исследования: антенатальная оценка состояния плода с помощью КТГ, УЗИ; антропометрические показатели, оценка состояние новорожденного по шкале Апгар, гистологическое исследование плаценты.

Результаты: обострение бронхиальной астмы во время беременности, наблюдалось в 44,4%, улучшение состояния в 11,2%, ремиссия 44,4%.

Для диагностики адаптационных возможностей плода использовалась антенатальная оценка состояния плода с помощью КТГ. Интегральный показатель КТГ плода у беременных с бронхиальной астмой был 6,9±0,4, что достоверно ниже по отношению к группе сравнения 8,4±0,3 ($p<0,05$). Это указывает на хроническое внутриутробное страдание плода у беременных с бронхиальной астмой.

Средние показатели антропометрических данных новорожденного, у женщин, страдающих бронхиальной астмой достоверно ниже, чем в группе сравнения. Средняя масса новорожденного у женщин с бронхиальной астмой составила 3275,6±68,9 г, в группе сравнения 3383,9г±56,8 ($p<0,05$). Рост ребенка 49,23±0,4 см у женщин имеющих в анамнезе бронхиальную астму, 51,95±0,5 см в группе сравнения ($p<0,05$).

При УЗИ выявлено, что ВЗРП встречается в 11,1% случаев у женщин с бронхиальной астмой. В группе сравнения 5% ($p<0,05$).

Оценка новорожденного по шкале Апгар на 1 минуте в группе исследования 7,8±0,2 балла, что ниже, чем у женщин из группы сравнения 8,15±0,15 баллов. К 5 минуте показатели выравниваются и достигают в среднем 8,84 – 8,85 балла ($p<0,05$).

Изучая патолого-анатомические результаты исследование плаценты выявлено, что у женщин, беременность которых, протекает на фоне бронхиальной астмы, риск средней и высокой степени гипоксического поражения ЦНС плода достоверно выше 22,2% и 50% соответственно, в группе сравнения 10% и 35% ($p<0,05$). Риск врожденных пороков развития плода не отличается от исследуемой группы и не зависит от степени тяжести течения бронхиальной астмы.

Таким образом, можно сделать выводы, что состояние плода женщин, беременность которых, протекает на фоне бронхиальной астмы, наблюдается повышенный риск гипоксического поражения ЦНС плода, понижены показатели

КТГ, выше риск ВЗРП по данным УЗИ. У новорожденных от матерей, в анамнезе которых имеется бронхиальная астма, снижены массо-ростовые показатели и оценка по шкале Апгар, что обусловливает снижение адаптационных возможностей новорожденного после рождения.

ПРИЧИНЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОГИБШИХ И ПОДВЕРГШИХСЯ РЕАНИМАЦИИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Трофимова О.А

Россия, г. Москва, Центр планирования семьи и репродукции. Российский государственный медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии пед/факультета.

Целью данной работы явилось изыскание путей снижения перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей.

Результаты исследования: Мы провели ретроспективный анализ течения беременности и родов 292 доношенных детей в 15 неспециализированных родильных домах г. Москвы за 2005 г. При этом 35 детей вошли в перинатальную смертность (ПС), а 257 детей, подверглись реанимации и интенсивной терапии. Несмотря на выполнение кесарева сечения (КС), погибло 13 доношенных детей. Основной причиной ПС доношенных детей как после КС, так и после самопроизвольных родов была асфиксия и гипоксия (28 детей), что с одной стороны отражало несвоевременное проведение операции, а с другой неоправданный отказ от нее. Основным осложнением беременности в данной группе была хроническая фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – почти в половине наблюдений (17 детей). В 4 наблюдениях была выявлена задержка роста плода III ст., при этом роды велись самопроизвольно и только в 1 случае закончились оперативно в связи с преждевременной отслойкой плаценты. У всех детей причиной смерти была асфиксия. Факторами, влияющими на ПС и являющимися резервами для ее снижения путем расширения показаний к КС, кроме хронической фетоплацентарной недостаточности, особенно ее декомпенсированных форм, были: переношенность (4 наблюдения), аномалии родовой деятельности (4), гестоз тяжелой степени (2). В значительном числе встречались и непредотвратимые факторы: патология пуповины (абсолютная короткость, оболочечное прикрепление) в 7 наблюдениях, тугое обвитие пуповины вокруг шеи в 10-ти, сопутствующая внутриутробная инфекция в 3-х. Наибольшее число доношенных детей, прошедших через отделение реанимации, было после самопроизвольных родов (151), но и после КС число тяжелых детей было большим – 95 (37% от общего количества). После наложения акушерских щипцов в отделение реанимации попали 11 детей. Основными показаниями к КС, приведшему к рождению тяжелых детей, были острая гипоксия плода (21%), слабость родовой деятельности (15%), развитие регулярной родовой деятельности при несостоятельном рубце на матке (15%), клинический узкий таз (6%) и преждевременная отслойка плаценты (6%). Обращает на себя внимание тот факт, что после проведения кесарева сечения в плановом порядке в отделение реанимации попало 12 доношенных детей. При этом в 7 наблюдениях развития синдрома дыхательных расстройств оперативное родоразрешение производилось в сроке 38 недель беременности. Согласно данным литературы, для уменьшения риска развития респираторных заболеваний, выполнять кесарево сечение необходимо после 39 недели.

Основными показаниями к переводу в отделение реанимации доношенных детей и как после КС, и как после самопроизвольных родов явились асфиксия, гипоксически - ишемическое поражение ЦНС – 83 ребенка (32,3%) и синдром мекониальной аспирации – 77 детей (30%). Наиболее часто синдром мекониальной аспирации развивался при сроках гестации 40-41 неделя – 37 детей (48,1%) и 39-40 недель – 18 детей (23,4%), а в сроке 41- 42 недели беременности - у 7 детей (9,9%). При этом переношенными были только 10 детей (5 – в сроке 40-41 неделя, 5 – в сроке 41-42 недели гестации). Среди осложнений беременности в группе детей, вошедших в перинатальную заболеваемость, самыми частыми были хроническая ФПН – 47 (18,3%) и гестоз легкой – 13 (5,1%) и средней степени тяжести – 10 (3,9%), при этом гестоз тяжелой степени встретился только в 2-х наблюдениях, а преэклампсия – в одном. Крупный плод был у 25 пациенток (9,7%). Развитием острой гипоксии плода осложнились 54 родов, при этом на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода - 21 (38,9%). Другими предрасполагающими факторами развития острой гипоксии были: тугое обвитие пуповины (38,9%), использование утеротоников (27,8%), перенашивание (16,7%). Нами было выявлено неблагоприятное влияние раннего начала родовозбуждения при преждевременном излитии светлых околоплодных вод и отсутствии другой патологии. В среднем родовозбуждение начиналось через 3 ч 10 мин ±1 ч 30 мин после излития вод. Перинатальные исходы в данной группе были следующими: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (15 детей); аспирационный синдром (4 ребенка); синдром дыхательных расстройств (2). В 5 наблюдениях роды закончились оперативно в связи с развитием острой гипоксии плода (3) и слабости родовой деятельности (2). Ранняя амниотомия при отсутствии показаний была произведена у 10 пациенток и при этом сочеталась с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС у 7-ми детей, с аспирационным синдромом у 3-х. Структура заболеваемости детей после наложения акушерских щипцов при головке, находящейся в узкой части полости малого таза, была такой же, как в группах после КС и самопроизвольных родов (асфиксия у 7-ми детей, синдром мекониальной аспирации – у 3-х), отражая исходное внутриутробное страдание детей, а не травматичность самой операции. Только в одном наблюдении наложения акушерских щипцов было отмечено гипоксически-травматическое поражение ЦНС. Из 257 доношенных детей, прошедших через отделение реанимации, домой было выписано 38 детей (14,8%), на II этап выхаживания переведено 46 (17,9%), в другие отделения реанимации детских больниц – 173 ребенка (67,3%).

Выводы: Для снижения неблагоприятных перинатальных исходов доношенных детей остается важным:

- оптимизация тактики ведения беременности, выбор адекватного метода и времени родоразрешения при ФПН, особенно при выраженной гипотрофии плода; при перенашивании; наличии рубца на матке;
- снижение агрессивности при ведении родов;
- своевременная диагностика гипоксии плода.

ХАРАКТЕР ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Удодова Л.В., Глоба О.В., Егорова Н.В., Бобкова О.Ю.

Россия, г. Астрахань, ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрава.

Рост операций кесарево сечение в современных условиях обусловлен стремлением снизить перинатальную смертность и перинатальные осложнения.

Целью нашего исследования явилось:

Изучить влияние роста частоты кесарева сечения на показатели перинатальной смертности и перинатальных осложнений за период с 1995г. по 2005г. по родильному дому г. Астрахани. Выявить характер и определить причины перинатальных осложнений у новорожденных после операций кесарево сечение.

Проведен анализ со статистической обработкой 600 историй родов (операции кесарево сечение выполнены в 1995, 2000, 2005 гг., по МУЗ ГРД г. Астрахани).

За последнее десятилетие частота кесарева сечения выросла с 11,3% до 22%, плановое кесарево сечение выполняется в 40% - 42%, экстренное в 60% - 58%. Основные показания к операции кесарево сечение остаются следующими: неполноценный рубец на матке 28% - 17%, тяжелые формы ОПГ – гестоза 9,5% - 14.7%, гипоксия плода 2,7% - 9%.

В структуре перинатальной смертности по отчетным данным на 1-м месте внутриутробная асфиксия, на 2-м внутриутробная инфекция, на 3-м пневмопатии, на4-м врожденные пороки развития. Возникновению внутриутробной асфиксии плодов выявленных при операции кесарево сечение способствовали преимущественно воспалительно-дистрофические изменения в плаценте 60 -80%.

Показатель мертворождаемости при абдоминальном родоразрешении снизился в 4 раза и составляет в 1995г.- 1,6%, в 2000г.-0,8%, в 2005г.-0,4%. Неонатальная смертность при операции кесарево сечение снизилась более, чем в 5 раз (в 1995г.-2.7%, в 2000г.-1,8%, в 2005г.-0,5%). Причинами мертворождения явились воспалительные изменения в плаценте - 60% и в 40% воспалительно-дистрофические изменения на фоне гипоплазии, инфекции и тяжелых форм гестозов.

Среди детей рожденных путем операции кесарево сечение в асфиксии тяжелой степени в 1995г. - 25% новорожденных, в 2000г. – 24%, в 2005г. – 16%; в асфиксии средней степени тяжести в 1995г. – 33%, в 2000г. – 28%, в 2005г. – 32%; в асфиксии легкой степени тяжести в 1995г. – 42%, в 2000г. – 48%, в 2005г. – 52%. Доношенные новорожденные составляют в 1995г. – 96%, в 2000г. – 94%, в 2005г. – 95%. Недоношенные новорожденные в 1995г. – 4%, в 2000г. – 6%, в 2005г. – 5%.

Таким образом, отмечается корреляционная связь между ростом частоты абдоминального родоразрешения и снижением показателей перинатальной смертности. Выявлен рост операций кесарева сечений при аномалии родовой деятельности, гипоксических состояний плода и тяжелых форм гестоза на 5 – 7%.

При абдоминальном родоразрешении за последнее десятилетие по нашим данным показатели мертворождаемости снизились в 4 раза и неонатальной смертности снизились в 5 раз. Тяжелая форма асфиксии новорожденных при абдоминальном родоразрешении имеет тенденцию к снижению на 9%. Средняя степень асфиксии остается стабильной 33% – 32%, легкая степень асфиксии выросла на 10%.

Перинатальная смертность и перинатальные осложнения при операции кесарево сечение по нашим данным обусловлены фето-плацентарной недостаточностью развившейся на фоне инфекции и тяжелых форм гестоза.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Залиханова З.М.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Несмотря на то, что среди родоразрешающих операций кесарево сечение занимает ведущее место, важно определить роль вакуум-экстракции плода в современном акушерстве. В нашей стране за последние 20 лет отсутствуют работы, посвященные этому аспекту. В связи с техническим прогрессом усовершенствуется вакуум-экстрактор с целью снижения травматизма матери и плода. По данным Е.А. Чернухи, (2004) и Г.М. Савельевой, (2006) низкая частота применения операции вакуум-экстракции плода и замена его кесаревым сечением в современном акушерстве не обоснованны.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния показаний и длительности операции вакуум-экстракции плода на состояние новорожденного.

Для выполнения намеченной цели проведен ретроспективный анализ 324 историй родов с применением вакуум-экстрактора по родильным отделениям ГКБ г. Нальчика за 1985 - 1996 гг. В анкету, разработанную нами, вносились общие сведения о матери, акушерский и соматический анамнез, особенности течения беременности и родов, показания, условия и длительность выполнения операции вакуум-экстракции, данные о состоянии плода и новорожденного при рождении и через 5 минут, антропометрические данные, неврологический статус.

Первородящих было 276 рожениц, в том числе возрастных – 46, повторнодящих – 48. Из 324 рожениц сочетанные показания со стороны матери и плода для наложения вакуум-экстрактора были у 282 (87%) рожениц (сочетание аномалий родовой деятельности и гипоксии плода; тяжелого гестоза и гипоксии плода, экстрагенитальной патологии) и другие показания у 42 (13%) рожениц. Экстрагенитальная патология выявлена у 57,4% беременных. Наиболее распространенными заболеваниями были: хронические пиелонефриты (19,1%); тонзиллиты, гаймориты, отиты (17,6%), анемии (17,6%), ожирение (6,5%), заболевания сердечно-сосудистой системы (5%). Гинекологические заболевания отмечены у 19,7% женщин, в том числе хронические неспецифические воспалительные заболевания матки и придатков в 28,3%, инфекция, передаваемая половым путем в 10,5%, патология шейки матки в 5,5%, цервициты – 13%, вагиниты -26%. Крупный плод диагностирован в каждом третьем случае 114 (35,1%).

Родилось 328 детей (из них 4 двойни), живорожденных было 318, мертворожденных - 10, мальчиков – 207, девочек – 121. Доношенных новорожденных было 305 (93%), недоношенных - 6 (1,8%), переношенных - 17 (5,2%). Средняя масса новорожденных мальчиков составила 3627±140,4 г., длина – 50,908±1,3 см., девочек 3360±86,4 г., длина – 50,966±1,44 см. В зависимости от массы новорожденные были распределены на следующие группы: от 1501 г до 2000 г – 3 ребенка (0,9%); от 2001 г до 2500 г – 7 (2,2%); от 2501 г до 3000 г - 41 (12,7%); от 3001 г до 3500 г - 118 (36%); от 3501 г до 4000 г - 106 (32,7%); от 4001 г до 4500 г - 45 (13,9%); от 4501 г до 5000 г - 8 (2,4%).

247 (79,4%) детей выписаны домой на 7-9 сутки. 64 (20,6%) ребенка на 2-5-7 сутки переведены в РДКБ на второй этап выхаживания. Из них 2 ребёнка переведены в хирургическое отделение. Ранняя неонатальная смертность в родильном отделении составила - 7 (2,1 %) случаев.

Прямой зависимости между высотой расположения головки в родовых путях и частотой асфиксии у новорожденных нами не выявлено, но отмечено, что при высоком расположении головки и, следовательно, длительной вакуум-экстракции плода чаще регистрировалась внутричерепная родовая травма с неврологической симптоматикой. К началу операции вакуум-экстракции плода головка находилась в плоскости узкой части полости малого таза в 159 случаях, и плоскости выхода малого таза в – 165. Продолжительность операции не превышала 15 минут у 301 роженицы, у 23 - операция длилась более 15 минут. В тяжелой асфиксии (оценки по шкале Апгар 1-3 балла) родилось 13 (4%) детей, в состоянии асфиксии средней тяжести - 52 (16,4%) ребенка, в легкой асфиксии - 98 (30,8%), в удовлетворительном состоянии – 155 (48,8%).

Таким образом, выявлена прямая зависимость между продолжительностью вакуум-экстракции, проводимой по показаниям, как со стороны матери, так и со стороны плода, и тяжестью состояния новорожденного в момент рождения и в раннем неонатальном периоде.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЦЕЛЕ

Харченко И.В., Чекмарев В.М., Машков А.Е.

МУЗ Видновская районная больница, Видное, Московская область, Россия
Московский областной научно-исследовательский клинический институт, Москва, Россия

Детский и, особенно, подростковый возрасты являются наиболее уязвимыми с точки зрения формирования таких расстройств, которые по достижении репродуктивного возраста уже не могут быть подвергнуты эффективной коррекции, так как патологические изменения атрофического характера в половых железах уже не обратимы. По данным ВОЗ (1992), варикозное расширение вен гроздевидного сплетения и семенного канатика встречается в мужской популяции в 16% наблюдений. В 40-90% случаев варикоцеле сопровождается нарушением сперматогенеза.

Цель настоящего исследования – определение алгоритма диагностики и лечения варикоцеле для улучшения непосредственных результатов лечения больных.

В период с 2000-2006г.г. нами обследованы 140 детей с левосторонним идиопатическим варикоцеле в возрасте от 9 до 18 лет.

Диагностика осуществлялась по данным визуальной оценки и пальпаторного обследования с использованием простых функциональных проб (Вальсальвы и других). При подозрении на варикоцеле всем детям и подросткам выполнялось УЗИ мошонки и доплерография гроздевидного сплетения и тестикулярной вены, а с 13-14 лет, при согласии родителей, исследование спермограммы. Все больные были оперированы. Лапароскопическое клипирование тестикулярных вен слева по способу Palomo-Ерохина 106 больным, традиционная операция Иванисевича 34 больным.

Исследование спермограммы было выполнено у 43 больных варикоцеле (13-18 лет) до и через 6 месяцев после лапароскопического клипирования тестикулярных артерии и вены слева по Паломо-Ерохину и 27 больных до и после традиционной операции Иванисевича. Полученные результаты практически у всех больных варикоцеле выявили в различной степени выраженные патологические изменения в спермограмме.

Все больные в послеоперационном периоде находились на диспансерном наблюдении у хирурга (осмотр больного, данные спермограммы (дети от 13 лет при согласии родителей), УЗИ мошонки и доплерография сосудов гроздевидного сплетения 2 раза в год), до восстановления нормальных показателей спермограммы. При отсутствии положительной динамики со стороны показателей спермограммы в течение 6 месяцев после операции, больным проводился разработанный нами курс лечения направленный на улучшение сперматогенеза, путем воздействия на антиоксидантную систему организма, улучшения микроциркуляции яичек, повышения подвижности сперматозоидов и вязкости спермы.

В него входят:

1) Применение низкоинтенсивного лазерного облучения на область мошонки

2) Гипербарическая оксигенация

3) Применение комплекса поливитаминов, витаминов «Аевит»

4) Применение препарата «Спеман»

Практически у всех больных при динамическом исследовании было выявлено улучшение показателей спермограммы до близких к нормальным.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. Больные варикоцеле должны обследоваться с применением современных методов диагностики: УЗИ тестикул, доплерографии вен гроздевидного сплетения и тестикулярной вены, исследованием качественного и количественного состава спермы (начиная с 13-14 лет по согласию родителей).

2. Операцией выбора является лапароскопическое клипирование по Паломо-Ерохину слева с оставлением 3-4 лимфатических сосудов.

3. У большинства больных варикоцеле выявлены патологические изменения в спермограмме, которые, как правило, купируются после выполненного оперативного вмешательства.

4. У оперированных больных с сохраняющимися нарушениями в спермограмме показано проведение курса консервативной терапии, включающей в себя ГБО, применение инфракрасного лазера на область мошонки и комплекса поливитаминов.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Шогенова Ф.М.

Россия, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет

Возрастающая частота кесарева сечения (КС) в развитых странах мира вызывает обоснованную озабоченность акушеров-гинекологов. Частота КС в США в 2005 г. была равна 29,4%, во Франции – 18,5%, Особенностью современного акушерства в России является высокая частота операции кесарева сечения в интересах плода, достигшая в стране в 2005 г. 17,9%. По отдельным клиническим родовспомогательным учреждениям удельный вес КС составляет 25 – 30% и более. Стало очевидным перераспределение оперативных родов над влагалищными операциями как более бережной операцией для плода.

Увеличение частоты КС по отношению к родам не может расматриваться однозначно, так как оно повышает материнскую заболеваемость, в большинстве случаев является показанием для повторного КС, не всегда устраняет заболеваемость и смертность плода и новорожденного.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния детей, рожденных путем абдоминального кесарева сечения.

Нами проведен ретроспективный анализ сведений из истории развития новорожденных акушерских стационаров г. Нальчика и амбулаторных карт 268 детей в возрасте от 10 до 16 лет, находящихся под наблюдением в ГУЗ Детская поликлиника №1 г.Нальчика.

Сведения о возрасте родителей на момент зачатия и родов, наличии у них профессиональных вредностей, заболеваний, особенностях течения беременности, родов, раннего неонатального периода, показаниях к оперативному родоразрешению, анестезиологическом пособии, сведения о физическом развитии и наличии заболеваний у детей были внесены в специально разработанную нами карту.

Из 268 детей, карты которых были выбраны произвольно, девочек оказалось 100, мальчиков – 168. Показатели физического развития и полового созревания обследованных детей были несколько ниже региональных нормативов.

Отмечен высокий инфекционный индекс в анамнезе у изучаемой категории подростков: 56% детей от 3-х до 12 раз перенесли острые респираторные и респираторно-вирусные заболевания. Детские инфекции (ветряную оспу, коревую

краснуху, скарлатину, корь и эпидемический паротит) перенесли 67,2%.

В структуре выявленных хронических заболеваний на первом месте – заболевания органов дыхания (у 46,3% детей отмечены трахеиты, бронхиты, бронхиальная астма). На втором месте по частоте – эндокринная патология (35,8%) – у 67 детей диагностирован эндемический зоб, как в состоянии эутиреоза, так и с явлениями гипотиреоза - 4, аутоиммунный тиреоидит - 10, сахарный диабет 1 типа - 1, несахарный диабет - 1, ожирение - 7, гипоталамический синдром - 6. Заболевания ЛОР-органов: хронические тонзиллиты, гаймориты, отиты, риниты) отмечены у 25,4% детей. Заболевания нервной системы (резидуальная энцефалопатия, логоневроз, дисламия, дизартрия, синдром внутричерепной гипертензии, церебральная ангиодистония, неврит лицевого нерва, астено-вегетативный и астено-невротический синдромы) составили 19,1%.

Патология мочеполовой системы выявлена у 16,4% детей; заболевания желудочно-кишечного тракта – у 12,7%, глазные болезни – у 12,7%, аллергические заболевания – у 11,9%, анемии – у 6,7%, заболевания сердечно-сосудистой системы - у 5,6%. Врожденные пороки развития (дисплазия тазобедренных суставов, незаращение твердого и мягкого неба, врожденный порок сердца, ихтиоз, косоглазие), диагностированные при рождении – у 5,2%, к 16 годам составили – 1,5%,

К I группе здоровья отнесено 19,8% детей, ко II группе – 59%; к III группе - 19% детей, к IV группе – 1,9%, к V группе – 0,4%.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высоком инфекционном индексе у исследуемой категории детей. Две трети детей отнесены к группе риска, у каждого пятого ребенка выявлены хронические заболевания в стадии компенсации. Для 5 детей, страдающих заболеваниями в состоянии субкомпенсации, необходимо создание специальных условий для воспитания и обучения, один ребенок нуждался в постоянном постороннем уходе в связи с заболеванием в состоянии декомпенсации.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Эстрин В.В., Логинова И.Г.

Россия. Ростов-на-Дону. ФГУ научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росмедтехнологий.

Определение у новорожденных нейроспецифических белков (НСБ) в качестве маркеров различных патологических состояний в сочетании с методами нейровизуализации в настоящее время является одним из перспективных направлений перинатальной диагностики. Высокая чувствительность, точность и малые количество исследуемого материала (0,2-0,5 мкл) являются преимуществами иммунохимического анализа уровня НСБ в биологических жидкостях. Диагностически значимые изменения уровня НСБ в плазме и ликворе выявляются значительно раньше, чем те повреждения, которые можно обнаружить доступными методами инструментального обследования. Изучение динамики уровня НСБ в биологических жидкостях позволяет проводить не только раннюю диагностику церебральных нарушений, но и оценить эффективность проводимой терапии.

Целью нашего исследования было изучение изменений сывороточной концентрации мозгового нейротрофического фактора (МНТФ) у новорожденных с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС различной степени тяжести.

Под нашим наблюдением находилось 99 детей с гестационным возрастом от 38 до 42 недель, массой тела при рождении не менее 2500 грамм. В зависимости от степени тяжести все дети были распределены на 3 группы: 1-я (контрольная) группа - 25 детей без признаков соматической и неврологической патологии в течение всего периода пребывания в роддоме; 2-я группа - 14 детей с признаками церебральной ишемии (ЦИ) I-II степени; 3-я группа –60 детей с ЦИ III степени, поступившие в первые часы и сутки жизни в отделение детской реанимации. Во 2 группе в неврологическом статусе отмечались признаки синдрома гипервозбудимости, синдрома вегето-висцеральных нарушений. В 3 группе у всех пациентов неврологические нарушения (с-м угнетения ЦНС, с-м повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, судорожный с-м) сопровождал респираторный дистресс-синдром. В связи с чем, им проводилась как низкочастотная, так и высокочастотная ИВЛ.

Большинство детей рождены женщинами с отягощенным акушерским анамнезом, соматическим неблагополучием. Это создало предпосылки для патологического течения беременности и родов (2-я и 3-я клинические группы) и закономерно определило тяжесть состояния новорожденных. Пробы крови брали на 1-е, 7-10 сутки жизни, у пациентов 3-й группы и на 20-е. Полученную сыворотку в объеме 0,5мл замораживали и хранили при температуре -200С не более 6 месяцев.

Содержание белка МНТФ устанавливали иммуноферментным анализом сэндвичевого типа при помощи тест-системы R&D, производства Англия.

Всем детям проводилось нейросонографическое обследование. Результаты нейросонографического исследования у детей 1-й группы не выявили структурных изменений. Во 2-й группе определялись ишемические очаги в мозговой ткани, субэпендимальные кровоизлияния. В 3-й группе отмечалось увеличение церебральной эхогенности, перивентрикулярные и внутрижелудочковые кровоизлияния, изменения эхогенности сосудистых сплетений, их контуров.

В результате исследования получены следующие данные. У детей 2-й клинической группы, по сравнению с контрольной группой, отмечалась тенденция к снижению уровня МНТФ при первом исследовании. У детей 3-й клинической группы по сравнению с показателями 1-й группы концентрация МНТФ была значительно снижена (5790,22 $\pm$ 396,01 и 11611,2 $\pm$ 339,02 пг/мл соответственно). Причем, у 14 детей 3-й группы, впоследствии умерших, отмечались крайне низкие показатели МНТФ. В динамике наблюдения отмечалось достоверное повышение уровня МНТФ по сравнению с первоначальными показателями во всех группах. В 1-й и 2-й группах к моменту выписки из роддома МНТФ был в пределах 12788,57 - 13275,4 пг/мл. У выживших новорожденных 3-й группы уровень МНТФ на 10 сутки составил 7786,52 $\pm$ 439,39 пг/мл, на 20-е сутки – 11430,93 $\pm$ 469,4 пг/мл.

Таким образом, выявленное в динамике наблюдения повышение содержания нейротрофина в сыворотке крови у детей 2-й и 3-й групп, свидетельствует о включении компенсаторных механизмов, направленных на восстановление функций центральной нервной системы.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НЕЙПОГЕНА

Эстрин В.В., Пухтинская М.Г., Логинова И.Г.

Россия. Ростов-на-Дону. ФГУ научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии Росмедтехнологий.

Наиболее частой причиной младенческой смертности является сочетание перинатального поражения центральной нервной системы и респираторной патологии у новорожденных. Взаимовлияние этих двух патологических процессов приводит к усугублению гипоксического поражения головного мозга.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня мозгового нейротрофического фактора (МНТФ), регулирующего постнатальное развитие ЦНС, у новорожденных с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС в сочетании с респираторной патологией.

Сывороточная концентрация нейротрофина определялась тест-системой R&D, производства Англия, основанной на количественном иммуноферментном анализе сэндвичевого типа.

Исследования проведены у 46 доношенных новорожденных, поступивших в отделение реанимации. Определение содержания МНТФ в сыворотке крови проводилось при поступлении (1-3), 10-13, 20-23 сутки жизни.

Дети были распределены на 2 группы: 1-ая группа «А» –26 детей, получали стандартную терапию; 2-ю группу «В» составили 20 новорожденных, сочетавших стандартную терапию с введением нейпогена с целью активизации устойчивости организма к присоединению бактериальной инфекции.

В обеих группах в динамике наблюдений отмечается увеличение содержания МНТФ в сыворотке крови. Обращает на себя внимание разная скорость прироста содержания МНТФ в исследуемых группах. В группе пациентов не получавших нейпоген средняя концентрация нейротрофина на 10 сутки составляла 8582,31±628,59 пг/мл. У детей получивших нейпоген средняя концентрация к этому сроку была несколько ниже (6752,0±525,49 пг/мл). К 20 дню среднее значение МНТФ в группе «А» было 10568,7±685,9 пг/мл, в группе «В» - 12422,5±569,2 пг/мл. Таким образом, в группе «В» динамика прироста более выражена: общий процент прироста у этой категории пациентов составил 225%. В группе «А» он составил 176%.

Повышение содержания нейротрофина в сыворотке крови у детей, выявленное в настоящем исследовании, свидетельствует об опосредованной стимуляции нейпогеном ростовых факторов нервной ткани.

ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗРЕЛОСТИ

Юштина Г.Е.

Россия, г. Астрахань, МУЗ Клинический родильный дом.

Проводилась оценка состояния детей, рожденных через естественные родовые пути при сроке гестации 37 недель с массой тела 3 кг и более. Причиной родов служили преждевременное излитие околоплодных вод, амниотомии.

Несмотря на то, что беременность на 37-ой неделе является доношенной, 90% детей имели признаки морфофункциональной незрелости.

Основная группа младенцев при рождении имела сниженную оценку по шкале Апгар. При первичном осмотре на первый план выступала неврологическая симптоматика. Патологические симптомы как бы наслаивались на проявление незрелости нервной системы. При нетяжелых формах поражения в первые сутки трудно отдеференцировать признаки незрелости от признаков повреждения. Отмечались беспокойство, тремор конечностей, снижение мышечного тонуса или мышечная дистония. Рефлексы новорожденных вызывались, но быстро истощались, часто выявлялась патологическая глазодвигательная симптоматика: нистагм глазных яблок, симптом Грэфэ, «заходящего солнца», явления вегетативной лабильности: «мраморная» кожа, акроцианоз конечностей, неустойчивость дыхания и пульса. У некоторых детей отмечался симптом Арлекина – застойная окраска кожи нижележащих участков тела и бледность вышележащих, что свидетельствует о незрелости центральной регуляции сосудистого тонуса.

У преобладающего большинства на НСГ признаки незрелости, ишемия. На ЭХО КС малые аномалии развития сердца, функционирующие фетальные коммуникации, добавочные хорды левого желудочка.

Незрелость легких у доношенных детей обусловлена вторичным повреждением легочных тканей. У них бывает учащенное, но без видимых усилий спонтанное дыхание, небольшое втяжение грудной клетки. При этом рентгенологические признаки ателектаза не выражены, т.к. спадаются только вновь образованные крошечные альвеолы, а не все дыхательные субъединицы. У таких детей часто наблюдается гипоксический синдром, который коррегируется адекватной вентиляцией.

У доношенных незрелых новорожденных нарушение ферментативной функции печени проявлялась виде тяжелых, затяжных коньюкационных желтух. Незрелость иммунной системы выражалась снижением иммунного ответа и реализацией механизмов клеточного и гуморального иммунитета. В результате у таких детей в первые дни чаще происходила реализация внутриутробной инфекции в виде коньюктивитов, омфалитов.

Выводы:

Выявленные патологические изменения в раннем неонатальном периоде у доношенных новорожденных с признаками морфофункциональной незрелости имеют неблагоприятные влияния на дальнейшее развитие ребенка, что приводит к повышению уровня заболеваемости. Необходимо планирование и рациональное ведение родов.

ЗАДАЧИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Сорокина З.Х.

Россия, Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Развитие организационных основ современной перинатологии предусматривает создание и совершенствование трехуровневой системы помощи матерям и новорожденным, которая позволяет наиболее эффективно и рационально оказывать помощь женщинам и детям, обеспечивать доступность высокотехнологичной помощи при минимально возможной затратности. Создание этой системы предусматривает подразделение акушерских стационаров на три

функциональных уровня и направление на родоразрешение в эти учреждения тех беременных женщин, дети которых (или они сами), вероятнее всего потребуют той помощи, которую может оказать именно это учреждение. Возможности первого уровня помощи должны быть обеспечены в любом родовспомогательном учреждении. Наличие медицинского персонала и оборудования должно сделать возможным проведение первичной реанимации новорожденного, оценку состояния его здоровья, обеспечить уход за ребенком и, в случае заболевания, стабилизацию его состояния до перевода в учреждение, оказывающее более сложные виды помощи. Основными задачами неонатологической службы должны являться поддержка грудного вскармливания и профилактика гнойно-септических заболеваний. Учреждение второго уровня кроме базовых возможностей оказывает помощь новорожденным, страдающим нетяжелыми и/или быстро купирующимися заболеваниями, либо детям, переведенным для долечивания из учреждений третьего уровня. Учреждение третьего уровня оказывает помощь новорожденным, находящимся в критическом состоянии, детям с экстремально низкой массой тела или требующим хирургической помощи.

Нами проведено анкетирование 37 территорий РФ. В территориях, представленных в анкетах, функционирует 435 учреждений первого функционального уровня. В основном родовспомогательные учреждения первого уровня представлены акушерскими отделениями центральных районных больниц. Количество родов, проходящих в каждом из этих учреждений в течение года, составляет от 9 (!) до 1500. В 29% учреждений первого уровня проходит менее 100 родов в год. До 50% этих учреждений не имеет респираторов, 11% не имеет инкубаторов, то есть оказать качественную помощь в случае рождения тяжело больного или глубоко недоношенного новорожденного в этих учреждениях невозможно (подсчет проведен по 6 отобранных методом случайной выборки территориям).

Число учреждений второго уровня, согласно результатам анкетирования, составило 182, то есть в 2,4 раза меньше, чем учреждений первого функционального уровня. Однако по экспертной оценке 76 этих учреждений (41,8%) были отнесены к первому уровню из-за очень малого количества родов, отсутствия возможности полноценной реанимационно-интенсивной помощи новорожденному вследствие дефицита оборудования.

Учреждения третьего функционального уровня представлены как ПЦ, акушерские отделения, родильные дома и, отделения реанимации детских больниц. Всего в обследованных территориях заявлено наличие 73 учреждений, оказывающих новорожденным помощь на третьем функциональном уровне. При анализе структуры этих учреждений и наличия оборудования выявилось, что часто эти учреждения не соответствуют критериям третьего уровня помощи. При проведении экспертной оценки на основании наличия отделения реанимации новорожденных и минимального набора необходимого оборудования признаны соответствующими третьему уровню 35 из них, то есть 47, 9%. При этом подавляющее большинство отделений реанимации новорожденных – 51% имеют минимальную мощность – 6 коек, многие из них недоукомплектованы современным оборудованием.

Основными задачами формирования действенной трехуровневой системы являются следующие:

Разработка стандартов оснащения и применяющихся технологий для каждого уровня

Дооснащение учреждений всех уровней согласно перечню применяемых технологий. Для неонатологической службы третьего уровня необходимо предусмотреть возможность динамического проведения доплерографического определения кровотока в магистральных сосудах, эхокардиографии, круглосуточного определения состояния газообмена, рентгенографического и микробиологического исследования, контроля биохимических и иммунологических показателей.

Для действенного взаимодействия различных учреждений территориальной перинатальной сети необходимо наличие разработанных в условиях этой сети критериев оценки состояния здоровья детей и схем госпитализации и перегоспитализации беременных и новорожденных

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРЕВЕНТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бисюк Ю.В., Образцова Е.Е., Голева И.В.

Россия, г. Воронеж, Главное управление здравоохранения Воронежской области, МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи№1»

Настороженность врачей к ятрогениям, желание избежать жалоб и исков со стороны пациентов может проявляться в виде такого широко известного в западной медицине явления как «защита от ятрогений» (defensive medicine).

Целью исследования было изучение распространенности данного явления при оказании экстренной акушерско-гинекологической помощи.

Проанализировано 536 медицинских карт стационарных больных с острыми гинекологическими заболеваниями.

Анализ проводился по критериям, предложенным Сергеевым Ю.Д. и Ерофеевым С.В. (2001): немотивированный отказ от выполнения сложных диагностических методов, назначение чрезмерного объема обследования, уклонение от лечения тяжелых больных, выбор менее сложных методик лечения, организация необоснованных консультаций и консилиумов, очевидный конформизм в лечении и диагностике, необоснованное направление в другие лечебно-профилактические учреждения.

Результаты исследования следующие: назначение чрезмерного объема обследования выявлено в 15 случаях (2,8%), организация необоснованных консультаций – 1 случай (0,2%), необоснованное уклонение от лечения тяжелых больных – 3 случая (0,6%), необоснованная госпитализация больных в другие отделения или больницы – 7 случаев (1,3%). В 6 (1,1%) случаях признаки защиты от ятрогений сочетались.

Таким образом, явление «защиты от ятрогений» обнаруживается с большим трудом при тщательном анализе медицинской документации. Учитывая объективное наличие сомнений врача и неопределенность в медицине, только выполнение требований протоколов и стандартов оказания медицинской помощи, обеспечение наличия письменного добровольного информированного согласия пациента на выполнение тех или иных медицинских вмешательств неопределенность из угрозы союзу между врачом и больным превращается в основу, на которой этот союз строится. Это наилучшим образом защищает врача от претензий со стороны больного и судебных исков.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА ПРОЦЕСС ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бисюк Ю.В., Образцова Е.Е., Голева И.В.

Россия, г. Воронеж, Главное управления здравоохранения Воронежской области, МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи№1»

При проведении экспертизы качества оказания экстренной медицинской помощи в случаях неблагоприятного исхода, особенно при наличии жалоб или исков со стороны пациентов (или их родственников) немаловажное значение имеет оценка влияния особенностей поведения больного на процесс оказания медицинской помощи

Целью исследования явилось изучение частоты субъективных препятствий оказанию медицинской помощи со стороны больного по методике, предложенной Сергеевым Ю.Д. Ерофеевым С.В. (2001).

Проведена экспертная оценка качества оказания экстренной медицинской помощи 365 больным с острыми гинекологическими заболеваниями, несвоевременно госпитализированных в ургентные гинекологические стационары: внематочная беременность (113 больных, 30,9%), апоплексия яичника (109 больных, 29,9%), дисфункциональные маточные кровотечения (143 больных, 39,2%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что в 316 случаях (86,6%) причины поздней госпитализации были связаны с субъективными препятствиями со стороны больных. В данной группе причин преобладали асоциальное поведение (алкоголизм, наркомания) – 86 больных (27,2%), самолечение – 79 больных (25,1%), недооценка больными серьезности заболевания – 59 больных (18,7%), отказ от госпитализации – 46 больных (14,6%). Имело место также сочетание нескольких причин: асоциальное поведение и отказ от госпитализации и лечения в целом - 21 больная (6,6%), признаки грубой неосторожности со стороны пациентки и асоциальное поведение – 14 больных (4,4%), самолечение и неврозоподобные состояния – 11 больных (3,5%).

Таким образом, изучение субъективных препятствий качественному оказанию медицинской помощи со стороны больных имеет несомненное значение при юридической оценке опосредованной связи между оказанием медицинской помощи и неблагоприятным исходом.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ОБУЧАЮЩАЯ СИСТЕМА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ПО ВОПРОСАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОГИИ

Болотова В.П.[1], Жабина Е.С.[1], Майборода И.Б.[1], Евтушенко И.Д.[1], Прищепа Л.С. [2].

Россия, г. Томск, ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава[1], Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники[2].

Профессиональная подготовка врача акушера-гинеколога предполагает изучение модуля по вопросам гинекологической эндокринологии. Для достижения более высокого уровня усвоения материала целесообразно использование не только традиционных аудиторных форм обучения, но и активных компьютерных технологий. Особого внимания заслуживает автоматизированная обучающая система, которая позволяет организовать самостоятельную работу пользователя, тренирует внимание, память, мышление.

Задача создания АОС по вопросам гинекологической эндокринологии выполнялась в совместной инициативной работе кафедры акушерства и гинекологии Сибирского государственного медицинского университета и кафедры информационной безопасности электронных вычислительных систем Томского государственного университета систем управления и радиоэлектроники. Основная цель: путем создания пакета программ обеспечить возможность индивидуального обучения и контроля пользователей, имеющих различный уровень подготовки в решении проблемных клинических задач

Материал и методы: дидактический и графический материал по следующей тематике «Уровни регуляции репродуктивной системы женщин», «Оплодотворение», «Нарушения репродуктивного цикла: аменорея и патологические маточные кровотечения» Базы вопросов и ответов. Разработанный сценарий: предварительное тестирование для проверки исходного уровня знаний, изложение основных положений по данной теме с демонстрацией схем, рисунков, поясняющим текстом. После знакомства с дидактическим материалом осуществляется этап итогового тестирования с выведением результата. При этом использован метод «обратной связи» в процессе обучения. Особое внимание уделялось моделированию клинических ситуаций, для решения которых требовалось умение использовать базисные знания по эндокринологии.

Результаты: за пятилетний период совместной работы сотрудников двух университетов выполнены три этапа создания АОС – методическая проработка учебного материала, составление сценария обучения, программирование учебно-методического материала. При этом осуществлен алгоритм процесса управления действиями студента.

Обучающая система поддерживает три этапа диалога со студентом: вступление, знакомство и начальный тест, затем следует основное окно этапа обучения, затем этап контроля, например, в виде элемента Combo Box.

Опыт использования АОС на кафедре акушерства и гинекологии СибГМУ для клинических ординаторов позволяет считать разработанный пакет программ активным методом обучения. При этом выявляется характер мыслительной деятельности врача и уровень компетентности.

Результаты тестирования пользователей АОС, работающих в индивидуальном режиме или творческой микрогруппой, показали хороший результат в освоении образовательного модуля по вопросам гинекологической эндокринологии.

Таким образом, разработанная кафедрой акушерства и гинекологии СибГМУ совместно с кафедрой КИБЭВС ТУСУРа автоматизированная обучающая система по вопросам гинекологической эндокринологии соответствует требованиям, предъявляемым к индивидуальности и самостоятельности в обучении молодых врачей акушеров-гинекологов. При этом деятельность пользователя АОС может носить как репродуктивный, так и творческий характер.

ВЫЕЗДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ЦЕНТР И ЕГО РОЛЬ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Братищев И.В., Каверина К.П.

Выездные анестезиолого-реанимационные бригады ГКБ им. С.П. Боткина, Москва

Выездной центр реанимации (ВЦР) ГКБ им. С.П. Боткина - первый в нашей стране, был основан более 40 лет назад под непосредственным руководством академика Неговского В. А. с сотрудниками НИИ Общей реаниматологии РАМН, для реализации социального заказа по внедрению и совершенствованию анестезиолого-реанимационной службы в лечебных учреждениях и родильных домах Москвы. Только ученый с мировым именем, основоположник науки об оживлении В. А. Неговский, руководя фундаментальными исследованиями в области реаниматологии, смог увидеть и обосновать практическую целесообразность создания мобильных подразделений реанимации.

К 60 гг. прошлого столетия, в значительной степени благодаря работам В. А. Неговского и его коллег, накопился значительный опыт реанимации больных, перенесших критическое состояние, в том числе и в акушерской практике. Стала очевидной необходимость создания мобильного, лечебно-консультативного, реанимационного центра для оказания ургентной анестезиолого-реанимационной помощи в лечебно-профилактических учреждения. По приказу Московского городского отдела здравоохранения в 1964 году были созданы, впервые в нашей стране, выездные бригады по лечению терминальных состояний.

В процессе развития и совершенствования службы ВЦР, его профиль и функции не раз подвергались изменениям, оставались незыблемыми лишь цели и задачи заложенные при его создании академиком В.А. Неговским. В настоящее время выездные анестезиолого-реанимационные бригады (ВАРБ) являются мобильным подразделением ГКБ им. С.П. Боткина. Основным направлением их деятельности, по прежнему является оказание реанимационной помощи в 35 акушерских стационарах города, так как социальный заказ на эту специализированную службу остается актуальным и сегодня. Это обусловлено тем, что врачи в каждом отдельно взятом роддоме сравнительно редко встречаются с лечением больных, находящихся в критическом состоянии, и они, естественно, не имея достаточного опыта практической реаниматологии и условий ее проведения, нуждаются в привлечении дополнительных сил и средств.

Для выполнения лечебно-консультативной реанимационной помощи в ВАРБ круглосуточно дежурят два врача анестезиолога-реаниматолога и два медбрата-анестезиста. Бригада оснащена портативным, реанимационным оборудованием, набором медикаментов, имеется возможность осуществлять на месте лабораторное обследование: гемограмма и электролиты крови, КЩС и газы крови, за бригадой закреплена круглосуточно спецмашина.

Выездные бригады ежегодно осуществляют лечение и консультацию 260-300 пациенток находящихся в критических состояниях обусловленных: массивной кровопотерей - 44 %; тяжелыми формами гестоза - 32 %; осложнениями анестезии - 9 %; прочие, в том числе сепсисом - 15 %. Работая совместно с врачами родильных домов, сотрудники выездных бригад определяют причины развития критических состояний, тактику ведения родильниц и рожениц, выполняют различные инструментальные и лабораторные исследования, непосредственно на месте осуществляют различные виды респираторной поддержки, инфузионно-трансфузионную терапию, коррекцию гомеостаза. Это позволяет в большинстве случаев стабилизировать витальные функции пациенток и выводить их из критического состояния, дальнейшее динамическое ведение больных осуществляется так же врачами бригады.

Тактика лечения больных с массивной кровопотерей включает мероприятия направленные на устранение дефицита объема циркулирующей крови, коррекцию гомеостаза, ликвидацию нарушений гемокоагуляции и микроциркуляции. У больных с тяжелыми формами гестоза интенсивная терапия направлена на нормализацию гемодинамики, микроциркуляции, коллоидно-осмотических, водно-секторальных и других нарушений. При развитии осложнений к работе бригады привлекаются профильные специалисты (эндоскописты, оториноларингологи, сосудистые хирурги, урологи, неврологи и пр.).

Несмотря на проводимую многокомпонентную терапию у ряда родильниц с сочетанной патологией, массивной длительной кровопотерей и эпизодами критической гипотензии, многократными экламптическими припадками развивается острое паринхиматозное повреждение легких, в ряде случаев манифестирует полиорганная недостаточность. Всё это требует перевода этих больных в специализированные, реанимационные отделения и научные центры Москвы.

Учитывая, что транспортировка является дестабилизирующим фактором состояния пациенток, сотрудники выездных бригад: ставят четкие показания к переводу, определяют своевременность транспортирования и проводят тщательную подготовку к переводу больных с нарушениями витальных

функций, обеспечивая их безопасность в пути следования. Необходимо отметить, что абсолютным противопоказанием к переводу родильниц из стационара в стационар является продолжающееся кровотечение и агональное состояние.

Ежегодно из родильных домов Москвы в специализированные реанимационные отделения и центры города бригадами переводится 25-30 родильниц с нарушениями витальных функций. За все годы существования ВЦР и ВАРБ имевшие место, в пути следования, кратковременные изменения гемодинамики, не приводили к ухудшению состояния родильниц, ни одна больная не погибла в процессе межгоспитальной транспортировки. Наш опыт меж- и внутригоспитального транспортирования реанимационных больных широко обсуждался на конференциях, съездах и сегодня используется в работе выездных реанимационных бригад многих городов страны.

Ретроспективный анализ предыдущих десятилетий показал, что при переводе родильниц в реанимационные отделения 20 и более близлежащих больниц, каждая имела опыт лечения 1-2 больных в год и летальность при этом составляла 45,2%. Лишь в последние 5 лет концентрация данного контингента больных в 4 специализированных стационарах Москвы: ГНЦ РАМН, ГКБ № 1, 20 и им С.П. Боткина - позволила улучшить и оптимизировать лечебный процесс. Что дало возможность приобрести уникальный, клинический опыт ведения пациенток с акушерской патологией, создать методологию лечебного процесса и снизить общую летальность в 3 раза (с 45,2% до 14,6%).

Все выше перечисленное является воплощением и реализацией "реанимационной идеологии" заложенной в трудах её основоположника академика Неговского В.А. В настоящее время по всей стране функционируют или создаются подобные мобильные, консультативные подразделения. Следует, однако, констатировать, что будущее мобильных подразделений реанимации определяется не только клиническим опытом, но и необходимостью постоянного переоснащения бригад портативным современным оборудованием. Последнее позволит внедрять инновационные медицинские технологии в повседневную практику выездных консультативных анестезиолого-реанимационных бригад, центров и влиять на снижение материнской смертности в Москве и Российской Федерации.

ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Голубев В.А.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Основной задачей исследований в области охраны репродуктивного здоровья является научное обоснование разработки новых эффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации нарушений репродуктивного здоровья в различные возрастные периоды жизни женщины, критериев его оценки, современных форм организации медицинской помощи.

Для решения этой задачи необходимо проведение теоретических и клинических исследований, в том числе в рамках национального проекта в сфере здравоохранения и специальных целевых научных программ по охране репродуктивного здоровья.

Основными научными направлениями являются:

Фундаментальные основы (молекулярно-биологические, алло- и аутоиммунологические, генетические, биохимические) проблемы репродукции человека.

Патология гестационного периода в современных условиях. Роль синдрома системного воспалительного ответа, в частности дисфункции эндотелия сосудов, наследственных и приобретенных форм тромбофилии в формировании тяжелых форм гестоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, акушерских кровотечений, невынашивания беременности и синдрома задержки развития плода.

Бактериально-вирусная инфекция в акушерстве и неонатологии, ее диагностика и терапия.

Состояние жизненно важных функций у детей с экстремально низкой массой тела и совершенствование на основе высоких технологий системы оказания им реанимационно-интенсивной помощи.

Диагностика и лечение наследственных заболеваний и врожденных аномалий развития у новорожденных детей, разработка малоинвазивных хирургических вмешательств.

Состояние различных звеньев репродуктивной системы у девочек в норме и при патологии, оптимизация методов диагностики и коррекции нарушений.

Дальнейшее совершенствование высокотехнологичных методов и алгоритма лечения женского и мужского бесплодия на современном этапе с учетом репродуктивного потенциала супругов.

Метаболический синдром и репродукция.

Гормонодефицитные состояния и их гормональная и негормональная коррекция (аменорея, климактерический синдром, остеопороз, урогенитальные расстройства).

Реконструктивно-пластические и органосохраняющие операции в гинекологии. Разработка показаний, техники оперативного вмешательства, методики до- и послеоперационного ведения больных.

Лечение доброкачественных гиперпластических процессов эндо- и миометрия (медикаментозная терапия, оперативные вмешательства, эмболизация маточных артерий, фокусированный ультразвук под контролем МРТ).

Вакцинопрофилактика, диагностика и лечение предрака и рака шейки матки.

Воспалительные заболевания половых органов и репродуктивное здоровье.

Современная контрацепция и репродуктивное здоровье.

Применение эфферентных и кровесберегающих технологий в акушерско-гинекологической практике.

Степень риска репродуктивных нарушений и их профилактика при воздействии вредных факторов среды обитания.

Координация научных исследований по проблеме репродуктивного здоровья и организация медицинской помощи при его нарушении. Кроме направлений, представленных выше, определенный интерес представляет дальнейшее развитие внутриутробной хирургии, расширение спектра патологии плода, при которой возможна и целесообразна ее антенатальная коррекция. И, наконец, в отдаленном будущем серьезного внимания потребуют исследования в области протеомики и нанотехнологии.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

Жалолов Р.К., Юлдашева Д.С.

Республика Узбекистан г.Ташкент НИИ АиГ МЗ РУз.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) репродуктивное здоровье (РЗ) – это способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы инфекций, передающий половых путей (ИППП), гарантия безопасности беременности и родов, благополучие матери выживание ребенка и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение не желательной.

За годы независимого развития в Узбекистане серьезное внимание уделяется вопросом репродуктивного здоровья, которые отражены в постановлениях правительства РУз.

Цель исследования: Изучить демографические показатели по Наманганской области Республики Узбекистан. В сравнительным аспекте за 2001-2006 годы.

Материалы и методы исследования: Демографические показатели по Наманганской области, изучались согласно требованием информационно – аналитическим отделом МЗ РУз.

Ключевым показателям РЗ принято считать младенческую и материнскую смертность, уровень оборотов и частоту использование населением различных средств контрацепции.

Благодаря современным медицинским и организационным технологиям показатель младенческой смертности по Наманганской области стабилизировался. В 2006 году он составил 13,9 на 1000 детей, в 2005 год составил 14,2 на 1000 детей. (P> 0,005)

Отсюда очевидно актуальность предупреждения незапланированных беременностей. Наиболее ярко эффективность работы в этом направлении демонстрируется на примере абортов.

В течение 5 лет уровень абортов в Наманганской области снизился с 57,2 до 61,3 на 1000 женщин детородного возраста. Аборт может вызвать тяжелые осложнениями, в том числе угрожающими жизни женщины и часто возникают такие отдаленные осложнения как: бесплодие, невынашивание последующих беременностей, развития ОПГ-гестозов, рождение детей с низкой массой тела, внутриутробными инфекциями а роды зачастую осложняются акушерскими кровотечениями, оперативными вмешательствами и другим.

Для решении этих задач в области создан центр репродуктивного здоровья и активно работает, который один из ключевых направлений которого является вопросы, касающийся проведения просвещения населения. Все это является фактором увеличения число женщин пользующихся контрацепции.

В 2001 году у 78% женщин, в 2006 году у 71% женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболевания. Из них наиболее распространенными является анемия, мочеполовой, сердечно-сосудистой и болезни нейроэндокринной системы, что не может оказать благоприятного течения беременность, родов как для матери, так и для её плода и новорожденного.

Серьезную озабоченность представляет отсутствие снижение материнской смертности. В последние 5 лет среди жительниц области показатель колеблется 25,0 на 100 тысяч родов, 28,7 на 100 тысяч родов в 2001 году и 35,7 на 100 тысяч родов 2006 году, то есть интенсивный показатель материнской смертности вырос в полтора раза.

Вывод: Проблема сохранения и восстановления репродуктивного здоровья населения требует комплексного подхода к ее решению, который возможен только на государственным уровне и путем внедрение в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здоровье, повысить качества жизни населении.

ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РФ В 2006 году

Королева Л.П., Токова З.З.

ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий, Москва

По данным Минздравсоцразвития России, динамика материнской смертности (МС) в стране за последние годы была следующей: 2003 г. – 34,0; 2004 г. – 29,3; 2005 г. – 27,7; 2006 г. – 26,2 случая на 100 тыс. родившихся живыми.

За указанный период (2003-2006 гг.) произошло снижение показателя на 23,0%. В федеральных округах зарегистрированы в 2006 г. следующие уровни МС: ЦФО – 25,9; Северо-Западный – 18,6; Южный – 26,7; Приволжский – 23,6; Уральский – 33,8; Сибирский – 27,4; Дальневосточный – 31,9 на 100 тыс. родившихся живыми. Выявлены различные темпы снижения МС в федеральных округах: на четверть снизилась в ЦФО (на 25,6%), Северо-Западном (на 24,1%), Приволжском (на 24,4%), Дальневосточном (на 23,3%), в 1,7 раза снизился уровень изучаемого показателя в Сибирском округе (на 41,3%), лишь на десятую часть в Южном округе (на 9,2%), а в Уральском округе произошел рост на 12,3%.

В 2006 г. в МЗиСР РФ зарегистрировано 387 случаев материнской смерти в стране. Из них скончались вне стационара 46 женщин (11,9%), в т.ч. 8 случаев – от внематочной беременности, 5 случаев – после аборта, 5 женщин – беременные до 28 нед., 28 случаев – беременные с 28 нед., роженицы и родильницы. В 8 субъектах не зарегистрировано случаев МС: в Псковской области и в 7 автономных округах с малым числом родов в них.

По сравнению с 2005 г. отмечен рост показателя МС в 12 субъектах РФ: Белгородская, Калужская, Липецкая, Кировская, Курганская, Челябинская области, в республиках - Калмыкская, Чеченская, Мордовская, Удмуртская, Тыва, Саха (Якутия).

Проведенный анализ показал, что в 2006 г. после аборта скончались 19,6% женщин (76 случаев), после внематочной беременности – 6,7% (26 случаев), беременные до 28 нед. составили 6,7% (26 случаев), умершие с 28 нед. беременности, в родах и после родов составили 66,9% (259 случаев).

Изучение летальных исходов после аборта выявило, что треть этих женщин (32,9%) погибли после прерывания беременности по медицинским показаниям, каждая четвертая (26,3%) – после самопроизвольного прерывания беременности, каждая пятая (18,4%) – после криминального аборта, каждая седьмая (13,2%) – после неуточненного аборта, каждая одиннадцатая (9,2%) – после медицинского аборта. Всего умерло (беременных с 28 нед. беременности, рожениц и родильниц) 259 женщин, из них 231 – в стационаре и 28 – вне стационара.

Структура причин смерти женщин с 28 нед. беременности, рожениц и родильниц (с учетом умерших вне стационара) была следующей: кровотечение – 57 случаев (22,0% от 259); токсикоз – 44 случая (17,0%); разрыв матки – 14 случаев (5,4%); сепсис – 32 случая (12,4%); осложнения анестезии – 21 случай (8,1%) ; ЭГЗ – 51 случай (19,7%); акушерская эмболия - 34 случая (13,1%); прочие акушерские причины – 6 случаев (2,3%).

Представленные данные свидетельствуют о том, что имеющийся на сегодня темп снижения материнской смертности в стране недостаточен для реализации Декларации ООН по достижению уровня МС к 2015 г. до 15-16 случаев на 100 тыс. родившихся живыми.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ В РЕГИОНЕ

Линева О.И., Филиппова Т.Ю., Лашкина А.А.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения России остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. Данное обстоятельство диктует необходимость внедрения новых научно-практических и медико-организационных моделей в работу акушерско-гинекологической службы высоко урбанизированного региона, направленных на сохранение репродуктивного потенциала подрастающего поколения, ре-

продуктивного здоровья в детородном периоде и снижение репродуктивных потерь, что соответствует основным задачам национального проекта «Здоровье».

Целью настоящего исследования явилось формирование холистической модели межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в регионе, направленной на охрану репродуктивного здоровья семьи, на основе анализа качественных показателей службы родовспоможения и оценки качества функционирования задействованных структур и подразделений.

Материал и методы исследования: Разработка теоретических и научно-организационных основ развития службы родовспоможения во взаимодействии с заинтересованными в снижении репродуктивных потерь структурами в регионе проводилась в течение 1996-2006 гг. с использованием эпидемиологических, статистических, социологических, информационно-аналитических методов. Результаты исследования: На основании многофакторного регрессионного анализа была установлена значимость влияния различных факторов на демографические показатели естественного движения населения: общей смертности, рождаемости и естественного прироста. Эти данные послужили основой реформирования и организации работы акушерско-гинекологической службы в регионе.

Организационная модель состоит из шести этапов. В качестве первого этапа выделена охрана репродуктивного потенциала девочек-подростков и формирование эталона репродуктивного поведения.

Второй этап включает охрану соматического и репродуктивного здоровья женщин. Основная роль в реализации этого этапа уделена постепенному реформированию первичной медицинской помощи от групповых форм организации акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов к созданию института врачей общей практики. Новыми формами работы является внедрение разработанного нами «Паспорта экстрагенитальной патологии беременной», а также «Терапевтического консилиума».

Третий этап модели – догестационная подготовка. Она базируется на проведении прегамеотической и презиготической популяционной и индивидуальной профилактики, в которой задействованы кроме врачей женских консультаций кабинеты «Профилактической работы», школы здоровья, Центры планирования семьи и репродукции, средства массовой информации, служба социальной помощи семье и детям, врачи общей практики и цеховые врачи медико-санитарных частей.

Четвертый этап определяет диспансерное наблюдение по беременности, лечение акушерской и соматической патологии. Оно базируется на четком взаимодействии амбулаторно-поликлинического звена со специализированными службами.

Пятый этап предусматривает родоразрешение в стационарах, которые специализированы в зависимости от акушерской и соматической патологии. Стратегия рационального ведения родов в акушерских стационарах базируется на развитии инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», на отказе от методик «агрессивного акушерства». Эпидемиологическое благополучие акушерских стационаров обеспечивается путем внедрения международного проекта «Инфекционный контроль».

Основой оптимального функционирования выстроенной системы является информационное обеспечение, создание единого информационного пространства муниципального и областного здравоохранения, использование программных комплексов, автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи, организации АРМ главного специалиста акушера-гинеколога.

Заключение: Принципы функционирования холистической модели охраны репродуктивного здоровья семьи базируются на этапности оказания медицинской помощи, междисциплинарном подходе, межведомственном взаимодействии, развитии информационных технологий, адаптации современных медико-организационных технологий к местным условиям, сохранении финансовых средств в системе. Конечным итогом предложенной нами холистической модели охраны репродуктивного здоровья явилась позитивная динамика всех основных показателей репродуктивных потерь и репродуктивного здоровья.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ АБОРТОВ

Мананникова О.В.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ, Москва

Материнская смертность является важнейшим показателем качества медицинской помощи. По уровню материнской смертности Российская Федерация занимает промежуточное место между развитыми и развивающимися странами. Средний показатель по России превышает аналогичный в развитых странах более чем в 2 раза, а в ряде стран Европы и США – в 4-5 раз (В.И.Кулаков, О.Г.Фролова, З.З.Токова, 2004г.)

Аборты остаются одной из наиболее актуальных проблем в РФ, в 2006 г. общее число их составило 1407 тыс., на 1000 женщин фертильного возраста 35,6, и 96 на 100 родившихся живыми и мертвыми. В тоже время, число абортов остается значительным и в 5-10 раз превышает их уровень в экономически развитых странах. Следует подчеркнуть, что аборт сопряжен с опасностью для здоровья женщины.

Целью данного исследования является анализ материнской смертности от абортов за 2006 год.

За последние 10 лет число случаев материнской смерти уменьшилось почти в 2 раза и составил в 2006 г. – 387 (1996 г – 715 сл).

В течение 5 лет произошло снижение числа абортов в стране в 1,3 раза, а смертность от абортов уменьшилась в 5 раз. Вместе с тем в структуре материнской смертности аборт продолжает занимать ведущее место: 2002 – 23,8% - (126сл.), 2003 г. -25,2% (124), 2004 г. – 22,5% (99сл), 2005 г - 25,0% (101сл.), 2006 г. – 19,6 % (76сл) – данные Минздравсоцразвития РФ.

По федеральным округам доля умерших после аборта в 2006 г. колебалась от 14,9% в Центральном Федеральном Округе до 33,3% в Северо-Западном Федеральном Округе.

Следует отметить, что в России, при полной легальности абортов, остается существенная доля внебольничных и криминальных абортов. Так, в 2006 г. в структуре материнской смертности от абортов доля криминальных абортов составила 18,4 %. Женщины, у которых в результате криминального или внебольничного аборта возникли септические осложнения, должны госпитализироваться в многопрофильные стационары, имеющие реанимационные отделения. Однако, по оперативным данным, только около 20% женщин с септическими осложнениями после аборта госпитализируются в эти учреждения.

Более трети случаев МС после аборта приходится на прерывание беременности по медицинским показаниям – 32, 0%, самопроизвольный выкидыш – 26,3%.

По- прежнему основной причиной смерти после абортов в 2006 году являются септические осложнения – 38,2% всех случаев смерти после аборта, декомпенсации экстрагенитального заболевания – 15,8% , от кровотечения – 13,1%. Таким образом, подавляющее большинство умерших после аборта погибает от трех причин – септических осложнений, экстрагенитальных заболеваний и кровотечения.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что проблема материнской смертности от абортов остается актуальной и требует дальнейшего анализа и разработки мероприятий по ее снижению.

СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ И ОРДИНАТОРОВ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК

Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г., Кайтукова Е.Р., Шарма Ш.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ

Вопросы кадровой политики в акушерско-гинекологической службе и меры по совершенствованию профессиональной подготовки кадров широко обсуждаются медицинской общественностью, а также в средствах массовой информации. Резкое повышение технологичности медицинской помощи, усложнение ряда методик лечения, повышение требовательности к медицинскому персоналу вообще и врачам в частности на фоне сохраняющегося недостатка финансирования и отсутствия современных компьютерных и симуляционных, а также фантомных обучающих средств делают проблему совершенствования подготовки кадров особенно актуальной.

За последние полтора десятилетия оперативная лапаро - и гистероскопия заняли прочное место в современной оперативной гинекологии, позволяя, по данным некоторых авторов, выполнять до 80-85 % всех гинекологических операций. Однако большинство современных учёных отмечают, что стандартные обучающие методики оперативной эндовидеохирургии отсутствуют (Сазонова Е.О., 2007), также как и система обучения врачей гинекологов этим оперативным доступам, в то время, как сами эти методики предоставляют широкие возможности по обучению всем разделам гинекологии, начиная с хирургической анатомии малого таза.

На кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ с 1997 года внедрена и широко используется система повышения качества знаний студентов и ординаторов с помощью эндовидеохирургических методик. Вышеуказанная система включает в себя следующие разделы.

Система эндовидеоконтроля знаний анатомии малого таза и брюшной полости с помощью демонстрации видеофильмов и непосредственного контроля во время оперативных эндовидеохирургических вмешательств. С помощью данного раздела выполняется как обучающий, так и контролирующий этап, в том числе во время проведения курсового экзамена, когда экзаменующимся предоставляется возможность комментировать известные им по занятиям фотографии.

Контроль знания практических навыков с помощью видеодемонстраций операций и манипуляций. Контроль знаний хода основных оперативных вмешательств, в том числе, входящих в перечень практических навыков. Введение в качестве этапа курсового и государственного экзамена раздела практических навыков потребовало пересмотра системы подготовки студентов на современном уровне. Простейшие навыки отрабатываются на обычном коробчатом пельвитрейнере всеми студентами группы, как с помощью преподавателя, так и самостоятельно. Этапы операций обсуждаются преподавателем с помощью демонстраций видеофильмов. Знания закрепляются во время оперативного вмешательства, на котором студенты присутствуют. Здесь же можно проконтролировать знание хирургической анатомии таза и брюшной полости.

Кольпоскопический видеоряд при подготовке занятий по патологии шейки матки. Сравнительный контроль знаний во время консультативных осмотров и анализа компьютерной базы данных. Многолетняя работа центра по изучению патологии шейки матки на кафедре позволила создать широкую базу данных с кольпоскопическими фотографиями. Наличие электронной версии этих данных упрощает работу учащихся с этим материалом при подготовке к экзаменам.

Демонстрация музея макропрепаратов с анализом макроскопических изменений опухолей. Сравнение с видеозаписью операций. Классический этап занятия – участие студентов во вскрытии макропрепарата и работа в музее макропрепаратов кафедры со сравнением операционных препаратов и архивных.

Отработка практических навыков на лапароскопическом тренажёре с анализом видеоряда и учебных фильмов. В специально подготовленном и оснащённом эндовидеоклассе студенты самостоятельно просматривают видеофильмы и отрабатывают этапы учебных навыков (швы, петли, интра - и экстракорпоральный узел) на тренажёре.

Участие в выполнении некоторых манипуляций и оперативных приемов во время операций с оценкой практических навыков, входящих в экзаменационный перечень. В течение цикла студенты допускаются к выполнению отдельных этапов (работа с маточным манипулятором) и сборке инструментов под контролем операционной сестры и преподавателя.

Анализ гистероскопического и гистерорезектоскопического видеоряда. Студенты анализируют видеофильмы с записями операций и фотографии, подготовленные для экзамена, участвуют в сборке гистероскопа при производстве диагностической гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания. Внедрение указанной системы привело к систематизации учебных материалов, улучшению усвояемости студентами полученных знаний и в конечном итоге повышению уровня подготовки учащихся.

ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В УЛУЧШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Муслимова А.Р.

Россия, г. Уфа, Центр планирования семьи и репродукции Республиканского перианатального центра

Служба планирования семьи начала свое развитие в России с 1991года, в Башкирии с 1993 года в сложной социально-экономической и демографической ситуации и основной задачей ее является снижение уровня абортов с целью улучшения репродуктивного здоровья населения.

Регламентирующим документом в России для службы является приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 15.11.91г. №186, который утвердил Положение о Центре планирования семьи и репродукции (ЦПСиР). Основными задачами Центра является организационно-методическая работа в регионе с целью снижения абортов с интеграцией со службами здравоохранения и другими ведомствами в области планирования семьи, а также оказание амбулаторной, консультативной и лечебно-диагностической помощи по широкому кругу проблем, связанных с охраной репродуктивного здоровья семьи (оказание консультативной помощи по вопросам планирования семьи, контрацепции, подготовка к браку, генетическая консультация, медицинская помощь подросткам, лечение бесплодия, сексуальное образование и т.д.).

Во исполнение этого приказа в РБ в республике в 1993г. были созданы два Центра планирования: республиканский на базе РКБ им. Г.Г. Куватова и городской на базе род. Дома №4 г. Уфы, затем в 2002г. ЦПСиР в г. Стерлитамаке.

Однако в Российской Федерации отсутствуют регламентирующие документы по работе кабинетов планирования семьи – основного звена в профилактической работе с населением.

Минисерством Здравоохранения Республики Башкортостан в 1995г. и 1998г. изданы приказы, которые регламентируют работу кабинетов планирования семьи. Первоначально кабинеты планирования семьи были открыты в лечебно-профилактических учреждениях практически во всех городах и районах республики.

Основными задачами кабинетов ПС является широкая санитарно-просветительная работа среди населения в районе по пропаганде здорового образа жизни, профилактике абортов и вен. заболеваний, половое воспитание подростков, подготовка молодых людей к сознательному родительству, взаимодействие с учебными, культурными учреждениями, ЗАГСами, работа по проведению контрацепции, наблюдение за пациентами, применяющими контрацепцию и т.д. В кабинетах работают медицинские работники со среднеспециальным образованием.

В результате планомерной работы по предупреждению абортов всей системы родовспоможения и в первую очередь службы планирования семьи, в республике за 10 лет (с 1993г. по 2003г.) удалось снизить уровень абортов в 3,5 раза. Однако ситуация с уровнем абортов среди подростков 15-19 лет оставалась критической. Распространенность абортов среди подростков на протяжении этих 10 лет составляла в среднем пять тысяч случаев абортов в год и не имела тенденции к снижению.

В связи с этим, начиная с 2002г. Минздравом РБ начата совместная работа с Государственным комитетом РБ по молодежной политике.

Первым шагом стало издание совместного приказа МЗ РБ и Гос. Комитета РБ по молодежной политике № 128-Д/92 от 12.03.2003г. «Об организации деятельности кабинетов планирования семьи на базе учреждений, подведомственных органам по делам молодежи в Республике Башкортостан» по которому принят совместный план действий по предупреждению абортов у молодежи, привитию навыков здорового образа жизни и формированию осознанного родительства у подрастающего поколения.

Следующим этапом стал перевод части кабинетов планирования семьи в учреждения, подведомственные органам по делам молодежи (молодежные и подростковые центры, медико-социальные центры помощи семье, клубы и т.д.). Сейчас из имеющихся 57 кабинетов 1/3 (20 кабинетов) находятся в среде, приближенной к молодежной среде, в том числе 3 кабинета на базе средне-специальных учебных заведений.

В результате работы с молодежью снизилось количество абортов у подростков с 5016 случаев в 2002г. до 3374 случаев в 2006г.

Таким образом, республике за прошедшие годы удалось сохранить и развить сеть кабинетов планирования семьи, и всю службу планирования семьи, которые являются на сегодня основным профилактическим звеном во всей службе родовспоможения. Отдача от работы службы очевидна, уровень абортов как среди женщин фертильного возраста, так и среди подростков существенно снизился.

Сформированная в республике инфраструктура службы планирования семьи в виде разветвленной сети центров и кабинетов планирования семьи является одной из немногих в России. В основной своей массе Центры планирования семьи стали коммерческими лечебными учреждениями, перестав осуществлять свои функции. Во многих регионах России нет кабинетов планирования семьи.

На сегодняшний день остро стоит вопрос о сохранении службы планирования семьи для профилактики не только абортов и социально-значимых заболеваний, повышению грамотности населения в вопросах сохранения своего здоровья, но и улучшения демографии. Тем более это актуально в свете реформирования здравоохранения с упором на профилактическую направленность медицины и последних инициатив правительства РФ по улучшению демографической ситуации в стране.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ПРОБЛЕМЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Нестеренко С.А., Линева О.И., Лашкина А.А, Лазарева Н.В.

Россия, г. Самара, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Реализация национального проекта «Здоровье» в Российской Федерации тесно связана с отработкой междисциплинарного взаимодействия акушерско-гинекологической службы с деятельностью семейных врачей в решении проблемы охраны репродуктивного здоровья семьи.

Цель настоящего исследования: оптимизация последипломной подготовки врачей общей практики в решении актуальной проблемы - охраны репродуктивного здоровья семьи.

Материал и методы исследования: анализ качественных показателей акушерско-гинекологической службы за последние 10 лет с учетом функционирования института врачей общей практики в регионе; оценка программы последипломной подготовки с включением дополнительных разделов социально-экономического, организационного и лечебного аспектов; пересмотр необходимого объема теоретических знаний и практических навыков ВОП.

Результаты исследования: углубленный анализ деятельности института врачей общей практики в начале его создания показал, что социальные аспекты деятельности семейного врача не были включены в их функциональные обязанности, а перечень необходимого объема знаний и умений в квалификационной характеристике семейного врача, согласно положениям Государственного образовательного стандарта профессионального высшего образования, достаточно велик. В связи с этим, нами были сформулированы четкие задачи данного аспекта деятельности ВОП, которые заключаются в проведении следующих мероприятий: социального патронажа; знание экрана социального статуса семей; профориентация членов семьи, особенно, в репродуктивном возрасте; половое воспитание; планирование семьи; социальная реабилитация; решение семейных проблем.

В связи с реализацией национального проекта «Здоровье», направленного на совершенствование работы амбулаторно-поликлинического звена, мы акцентировали внимание на проведение семейным врачом профилактических и оздоровительных мероприятий, которые предусматривают: профилактические осмотры; оздоровление группы риска; медицинскую реабилитацию; санитарно-просветительную работу; формирование здорового образа жизни проведение догестационной подготовки.

На наш взгляд, участие семейного врача в акушерско-гинекологическом лечебно- диагностическом процессе может проводиться на трех уровнях.

Первый уровень: выявление патологии; направление в женскую консультацию.

Второй уровень: оказание неотложной помощи; обследование; консультирование; участие в лечебном процессе по рекомендации акушера-гинеколога.

Третий уровень: самостоятельное ведение беременных и больных; использование стационарозамещающих технологий.

Учитывая, что подготовка врача общей практики иногда происходит на шестимесячных циклах или в годичной интернатуре, где вопросам акушерства и гинекологии уделено от 40 до 60 часов, то ВОП в состоянии работать только в рамках первого уровня взаимодействия. Однако десятилетний опыт работы акушерско-терапевтических и педиатрических комплек-

сов в Самарской области позволяет расширить сферу участия врача общей практики в лечебно-диагностическом процессе.

С нашей точки зрения, основное внимание в профессиональной подготовке врача общей практики должно быть направлено на охрану репродуктивного здоровья семьи. Естественно, что учебный процесс на всех тематических циклах обучения кафедры акушерства и гинекологии ИПО пронизан анализом проблем по охране репродуктивного здоровья и формированием стратегии реализации задач, стоящих перед практическим здравоохранением. Данные проблемы нашли отражение в изданных на кафедре учебниках, руководствах, пособиях, монографиях и методических рекомендациях, регламентирующих работу ВОП; пересмотрен план лекционного курса, практических и семинарских занятий.

Заключение. Разработка технологий взаимоотношений между специалистами разного профиля должна базироваться на постоянном совершенствовании последипломного образования врачей общей практики с проведением коротких и систематических циклов обучения, с отработкой междисциплинарной структуры учебного процесса, использованием методики контекстного и проблемного обучения, направленного на раскрытие внутренней мотивации получения необходимых знаний с акцентом на охрану репродуктивного здоровья семьи. Вышеизложенная нами стратегия последипломной подготовки позволила добиться улучшения основных качественных показателей акушерско-гинекологической службы в регионе.

РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПО СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Павлова Т.Ю., Крамарский В.А., Филиппова Р.Д., Кирова Н.Н., Сидорова Л.А.

Россия, г. Иркутск, ГОУ ДПО Иркутский государственный институт усовершенствования врачей

Основная задача акушерства - снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и правильному выбору метода родоразрешения.

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Именно перинатальный подход послужил причиной расширения частоты оперативного родоразрешения, как наиболее рационального пути снижения перинатальных потерь. Частота кесарева сечения в последнее десятилетие возросла в три раза, продолжает расти и не имеет тенденции к снижению.

С увеличение частоты абдоминального родоразрешения появляются новые проблемы родовспоможения, т.е. последующее ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке, возрастание экономических затрат на родоразрешение и увеличение риска токсико-инфекционных осложнений.

Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на прогресс современного акушерства, анестезиологии и неонатологии, показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности при оперативных вмешательствах наводят на мысль о необходимости критического подхода к определению оптимальной частоты кесарева сечения и показаний к первой операции. Сохранение генеративной функции оперированной женщины должно быть определяющим в выборе тактики родоразрешения.

Несмотря на кажущуюся простоту, кесарево сечение следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой послеоперационных осложнений от 3,3 до 54,4% по данным разных авторов.

Таким образом, частота кесарева сечения и показания к нему требуют постоянного критического осмысливания.

Цель исследования:

Выявление резервных возможностей по снижению частоты оперативного родоразрешения на основании анализа показаний к кесареву сечению и его исходов для матери и плода в Перинатальном центре РБ №1-НЦМ МЗ РС (Я)

Материалы и методы

Проведен анализ 4208 историй родов с 2001 по 2005гг. В исследование включены 731 женщина, родоразрешенные путем операции кесарева сечения в родильном отделении Перинатального центра РБ№1 НЦМ г. Якутска за 2005 год.

Результаты и обсуждение

В Республике Саха (Якутия) за последние 5 лет произошло 69323 родов, из них оперативных 13180 (19%). С целью определения состояния вопроса об оперативном родоразрешении (КС) в современных условиях нами использован материал Перинатального центра (ПНЦ) РБ №1 – НЦМ РС (Я),

Перинатальный центр (ПНЦ) является коллектором тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологий, куда поступают беременные со всей республики. За последние 5 лет в ПНЦ произошло 7834 родов. При этом процент кесарева сечения колебался от 41,1% до 48% .

Повышение частоты абдоминального родоразрешения сыграло свою роль в снижении перинатальнных потерь. Перинатальная смертность снизилась в 3 раза: с 8,9: 1000 родов в 2001г до 2,9 : 1000 родов в 2005г.

Анализ 731 историй родов после оперативного родоразрешения за 2005 г показал, что в 52,6% случаев кесарево сечение было проведено по экстренным показаниям, а в 47,4% - в плановом порядке.

В половине наблюдений (50,1%) показанием к кесареву сечению в плановом порядке был рубец на матке, на втором месте комплексированные показания (33,7%) и на третьем – тазовое предлежание плода при его относительно крупной массе (6%). По экстренным показаниям операции произведены у 384 (52,6%) беременных.

Структура основных показаний к экстреннему кесареву сечению отличается от показаний к плановому оперативному родоразрешению. Наиболее часто показаниями к экстренному кесареву сечению послужили гестоз тяжелой степени (22,3%), в том числе преэклампсия в 4,9% случаев, неэффективность родовозбуждения при индуцированных родах и преждевременном излитии околоплодных вод (14%), несостоятельный рубец на матке (10,6%) и клинически узкий таз (10,4%).

Таким образом, рубец на матке в структуре показаний к кесареву сечению, как в плановом, так и экстренном порядке занимал ведущее место.

Среди различных методов операций наиболее часто кесарево сечение производилось в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. В нашей клинике доступ в брюшную полость осуществлялся разрезом по Джоэл – Кохену у 87% женщин, а у 13% была произведена нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого рубца. Поперечный разрез в нижнем сегменте матки по Гусакову произведен у 98% женщин, корпоральный разрез в 2% случаях при выраженном спаечном процессе в малом тазу. Кесарево сечение с последующей ампутацией (экстирпацией) матки произведено в 2% наблюдений по поводу массивного гипотонического кровотечения. Средняя кровопотеря во время операции составила 581± 65 мл, кровопотеря свыше 1000 мл была у 6% женщин. Зашивание раны на матке произведено однорядным швом у 95,7% женщин, двухрядным в 4,3% случаев. Использовался следующий шовный материал: викрил – 95,1%, сафил – 3,2%, дексон в 1,7% наблюдений.

Нормальное течение послеоперационного периода отмечено у 89,8% родильниц. В 6,0% случаях послеоперационный период протекал с постгеморрагической анемией. Послеоперационные осложнения выявлены у 4,2% родиль-

ниц, в том числе метроэндометрит в 0,7%, субинволюция матки в 2,3%, прочие (инфильтрат, гематома) в 1,2% наблюдений. Материнской смертности не было. Средний послеоперационный койко-день составил 8,6± 0,4.

Заключение.

Анализ показаний, частоты и осложнений кесарева сечения показал наличие существенных резервов по снижению оперативной активности без увеличения перинатальных потерь.

Снижение частоты кесарева сечения возможно осуществить за счет дифференцированного подхода к технологии производства кесарева сечения в зависимости от акушерской ситуации для оптимального заживления раны на матке, прогнозирования процессов заживления в области разреза матки по методике В.Крамарского (2003), применения выжидательной тактики при преждевременном излитии околоплодных вод с использованием технологии ведения родов РОУС и математического прогнозирования клинически узкого таза с использованием ультразвуковой пельвиометрии.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Паренкова И.А., Коколина В.Ф., Синицына О.В., Пряхина С.Н., Черткова А.В., Синода В.А.

Россия, г. Тверь, Тверская государственная медицинская академия, Управление Роспотребнадзора по Тверской области, ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Тверской области», г. Москва, Российский государственный медицинский университет.

В последние годы в России сложилась неблагоприятная медико-демографическая ситуация. С развитыми странами нас объединяет высокая распространенность хронических заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистых и онкологических, с развивающимися странами – частота инфекций, болезней органов дыхания, материнской и младенческой смертности (Вялков А.И., 2001 г.). Одной из самых главных характеристик демографического развития является депопуляция русского населения (Кулаков В.И., 2004). Все большее значение в потере продолжительности здоровой жизни имеет инвалидность, обусловленная сочетанием различных факторов. Серьёзной проблемой общества является неуклонное сокращение продолжительности жизни, при этом разрыв в длительности жизни мужчин и женщин растет – тенденция, не имеющая аналогов в мире.

Одними из важных критериев благополучия проживания на территориях разного эколого-гигиенического риска являются показатели младенческой смертности, перинатальной смертности, распространенность заболеваний по отдельным нозоформам и возрастным группам, изменение структуры заболеваемости.

Целью работы явилось изучение региональных особенностей медико-демографической ситуации в Тверском регионе.

Материал и методы: данные статистики отдела социально-гигиенического мониторинга по Тверской области за период с 1996 по 2006 гг.

Численность населения Тверского региона с каждым годом уменьшается. По данным на 1 января 2007 г. в Тверской области проживает 1390,5 тыс. человек, что на 1,2% меньше показателя предыдущего года. За 2006 г. население уменьшилось на 17,5 тыс. человек, что примерно равно условному выбытию населения Западнодвинского района. Удельный вес населения репродуктивного возраста составляет 50,9%, В 2006 г. продолжились процессы урбанизации: доля городского населения составляет 73,8%, сельского—26,2%. Удельный вес мужского населения в области постепеннно уменьшается, а женского увеличивается (ежегодно в среднем на 0,1%). Возрастная структура городского и сельского населения области остается структурой регрессивного типа. В составе сельского населения пожилые на 15% превышают численность детского населения, в городах и поселках городского типа—на 9%.

В 2006 г. по оценке Тверьстата число родившихся на 1000 населения составило 9,5‰. Несмотря на продолжающуюся умеренную тенденцию роста рождаемости, которая началась в Тверском регионе в 2000 г., областной показатель почти на 9% ниже среднероссийского.

Несмотря на рост заключаемых брачных союзов, с 2002 г. увеличивается внебрачная рождаемость. Ежегодно рождается в среднем 30% детей у матерей, не состоящих в зарегистрированном браке.

Удельный вес населения репродуктивного возраста составляет 50,9%. Доля женщин фертильного возраста составляет 26% от всего населения области.

Уровень смертности по области почти в полтора раза выше, чем в среднем по России. С 2004 г. наметилась тенденция снижения смертности в Тверском регионе. В 2006 г. коэффициент смертности составил 21,8‰, что на 6% меньше показателя 2004 г.

В структуре причин смертности ведущими остаются болезни системы кровообращения, что характерно и для Российской Федерации в целом. При этом данный показатель в Тверской области за последний год снизился на 5%. Среди умерших в трудоспособном возрасте 80% составляют мужчины, 20% — женщины.

Первичный выход на инвалидность в области имеет тенденцию роста среди всех возрастных групп населения. Распределение инвалидности по нозологическим формам болезней остается в области практически стабильным. Основная причина инвалидности детского населения — врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, на втором месте—болезни нервной системы. По данным 2006 г., 27% первично освидетельствованных детей проживают в сельских поселениях. Большее количество детей-инвалидов находится в возрастном интервале от 0 до 3 лет.

Главная причина инвалидизации взрослого населения — болезни системы кровообращения: прежде всего ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни. Следующими по частоте причинами инвалидности являются злокачественные новообразования и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. 31% первично освидетельствованных инвалидов находятся в трудоспособном возрасте и проживают в городской местности.

Общее ухудшение состояния здоровья населения проявилось увеличением частоты онкологических заболеваний (почти на 30% по сравнению с 1996 годом), из которых ведущее место у женщин занимали опухоли репродуктивной системы — матки (на 30%), яичников (на 14%), молочных желез (на 34%). В структуре злокачественных заболеваний - новообразования молочной железы (12,2%), опухоли яичника (2,4%), тела матки (4,02%), шейки матки (4,05%).

Высокая смертность оказывает влияние на ожидаемую продолжительность жизни. По сравнению с 2004 г. она сократилась на 0,2 г. и составляет 61,4 г. Увеличилась разница в продолжительности жизни мужчин и женщин с 13,6 лет в 1996 г. до 15,5 лет в 2005 г. Наиболее высока продолжительность жизни у городских женщин (70,8 лет), а самая низкая — у сельских мужчин (51 г.). В целом, показатель ожидаемой продолжительности жизни ниже, чем в среднем по России на 3,9 года.

Рождаемость в Тверском регионе за период с 1996 по 2006 гг. увеличилась с 4,4 до 9,5‰. Однако суммарный коэффициент рождаемости (СКР), представляющий число детей, рожденных в среднем одной женщиной, невысокий и составляет 2,03. Как известно, для обеспечения простого воспроизводства значение этого коэффициента должно составлять не менее 2,15. Поэтому сегодняшний показатель рождаемости остается аномально низким.

Начиная с 1999 года в области происходит последовательное сокращение младенческой смертности. В 2006 году, не дожив до года, умерли 136 младенцев или 10,2 на 1000 родившихся. Это самый низкий уровень младенческой смертности в регионе за последние 10 лет, максимально приблизившийся к среднему по России. По сравнению с 2000 г. младенческая смертность снизилась на 40%. Главными причинами младенческой смертности остаются отдельные состояния возникающие в перинатальном периоде и врожденные аномалии. По сравнению с 1996 годом смертность младенцев от некоторых причин перинатальной смерти снизилась на 27%, от врожденных аномалий - сократилась в 2 раза. От болезней органов дыхания в 2006 г. умерло 22 младенца, что больше чем в 2005 г. на 69%.

Областной показатель перинатальной смертности к 2005 году снизился на 8,9% по сравнению с 2001г и составил 12,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. По сравнению с 2001 в 2005 году на 9,5% снизился удельный вес недоношенных детей. В то же время уровень перинатальной смертности доношенных детей вырос с 2001 г. по 2005 г. на 10,5%; при этом максимальные значения показателя отмечены в 2004 г.

Таким образом, в Тверском регионе, как и в целом по России, отмечается демографический кризис. В связи с чем представляется важным разработать систему профилактических и лечебных мероприятий по улучшению РЗ трудоспособного населения и улучшения здоровья детей и подростков для сохранения репродуктивного потенциала нации.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Паренкова И.А., Коколина В.Ф., Синицына О.В., Пряхина С.Н., Черткова А.В., Синода В.А.

Россия, г. Тверь, Тверская государственная медицинская академия, Управление Роспотребнадзора по Тверской области, ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Тверской области», г. Москва, Российский государственный медицинский университет.

Проблема охраны репродуктивного здоровья в настоящее время далека от разрешения, так как является не только медицинской и требует совместных усилий акушеров-гинекологов, гигиенистов, педагогов и психологов, социальных работников и экологов, экономистов, юристов и политиков.

Состояние репродуктивного здоровья характеризуют прежде всего показатели рождаемости и показатели здоровья женщин и детей, интегрированным отображением которых является материнская и детская смертность.

Здоровье детей зависит прежде всего от благополучия женщин фертильного возраста и формируется в значительной степени в системе мать-плод-новорожденный. Поэтому становится понятной значимость комбинированного воздействия неблагоприятных экологических и социальных факторов. Исходно низкий показатель здоровья обуславливает в дальнейшем высокую частоту гинекологической патологии у детей и подростков, что ведет к снижению репродуктивного потенциала нации.

Одной из устойчивых неблагоприятных тенденций ухудшения репродуктивного здоровья в последние годы является увеличение частоты невынашивания беременности. Воспалительные заболевания половой сферы и инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), высокий уровень абортов, особенно у первобеременных, могут приводить к бесплодию. Изучать частоту и распространенность бесплодия по источникам официальной статистики или медицинской документации довольно сложно, т.к. не все женщины обращаются за медицинской помощью и для постановки более точного диагноза нужно полное адекватное обследование, которое вследствие ряда причин не всегда возможно.

Цель исследования: анализ состояния репродуктивного здоровья женщин и детей в Тверской области в современных условиях.

Материал и методы: данные статистики отдела социально-гигиенического мониторинга по Тверской области за период с 2001 по 2006 гг.

Результаты: Удельный вес населения репродуктивного возраста в Тверском регионе составляет 50,9%. Доля женщин фертильного возраста составляет 26% от всего населения области.

В 2006 г. по оценке Тверьстата рождаемость составила 9,5‰, в 2001г. - 8‰. Суммарный коэффициент рождаемости аномально низкий - 2,03 (менее 2,15). Несмотря на рост заключаемых брачных союзов, с 2002 г. увеличилась внебрачная рождаемость: ежегодно в среднем 30% детей рождается у матерей, не состоящих в зарегистрированном браке.

Областной показатель перинатальной смертности в 2006 г. снизился до 10,8‰. Анализ динамики перинатальной смертности в Тверской области выявил изменение ее структуры и, прежде всего, увеличение удельного веса антенатальных потерь (с 66% от всех родившихся мертвыми в 2001 до 71,1% в 2005 году). В структуре ранней неонатальной смертности доношенные новорожденные составили 45,9%, недоношенные – 54,1%. Остаются высокими потери новорожденных с критически низкой массой тела (500-1000 грамм), достигая 81,5%.

Материнская смертность снизилась с 41,7 в 2001 г. до 22,6 в 2006 г.

Динамика заболеваемости разных групп населения имеет неблагоприятные тенденции. Например, в 2005 году на 13% увеличилась заболеваемость детей (по сравнению со среднемноголетним показателем 1999-2004 гг.).

Большую обеспокоенность вызывает *рост гинекологических заболеваний*. Так, по сравнению с 1999 г. удельный вес сальпингита и аднексита увеличился на 10%, эндометриоза – на 70%, женского бесплодия - на 24% (Надо учитывать, что это данные только медицинской официальной документации). Даже в возрасте 15-17 лет около 10 процентов девушек имеют воспалительные болезни половых органов. Вместе с тем за последние 5 лет уменьшилось количество инфекций, передающихся половым путем (ИППП). По-прежнему в структуре всех ИППП наиболее велик удельный вес трихомониаза (38,5%) и сифилиса (20,9%). В 2005 году (по сравнению с 2001г.) заболеваемость сифилисом, гонореей, трихомониазом подростков снизилась в 2 раза.

В целом по региону количество абортов снизилось. По предварительным данным госстатистики в 2006 году в нашей области было прервано 14306 беременностей (реально это цифра в несколько раз больше, так как статистика не учитывает аборты, сделанные в платных клиниках), что превысило число рождений на 1929 чел., т.е. на каждые 100 родов в 2006 году приходилось 116 абортов (в 2001г. на 100 родов – 135 абортов). Увеличился контингент беременных в возрасте 14-17 лет (с 10,4% от всех абортов в возрасте 15-49 лет в 2001 г. до 12,5% в 2005 г.). Самая высокая частота абортов наблюдалась в возрастной группе 20-24 лет и составила в среднем 27,5% от всех сделанных абортов. Количество самопроизвольных абортов увеличилось с 10,9% в 2005 г. до 12,1% в 2006 г.

Уровень преждевременных родов незначительно, но снизился и составил в среднем за 5 лет 4,1% от нормальных.

Резко возросло количество случаев внематочной беременности (на 16,2% по сравнению с 2001 г.).

В динамике уровень экстрагенитальной заболеваемости беременных женщин растет. В 2000 году частота экстрагенитальной патологии у беременных женщин достигла 63%. Уровень анемии в 2005 году составил 36,2%, что является следствием совокупного воздействия различных факторов (питание, экология), возросла частота гестоза - 41,3%, болезни мочеполовой системы наблюдались у 16% беременных женщин, болезни щитовидной железы - у 3,9% беременных.

В 2006 году уровень заболеваний, возникших во время беременности, увеличился на 16%. Число осложнений при родах за 2003-2005 гг. возросло на 28,6%, заболеваемость составила соответственно в 2005 году 9240,5 случаев на 10 000 родов, в 2001 г. – 9035,3. Наибольший рост произошел по следующим заболеваниям: болезни системы кровообращения в 1,7 раз, мочеполовой системы - в 1,6, кровотечения в связи преждевременной отслойкой плаценты - в 1,33 раза.

Остается стабильным количество детей, родившихся больными – 35% детей родилось больными. В 2001 году родилось около 0,2% новорожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, к 2007 году этот показатель увеличился в 5,5 раз.

В целях улучшения РЗ населения Тверской области на основе анализа региональных особенностей состояния здоровья женщин и детей предлагаются лечебно-профилактические мероприятия: принять меры по улучшению условий труда женщин, проводить регулярные профилактические гинекологические осмотры (1 раз в 3 месяца); создание мобильных бригад с высокотехнологичным современным оборудованием, которые будут проводить регулярные сплошные профилактические осмотры учащихся школ Тверской области (в составе бригады должны быть высококвалифицированные специалисты, среди которых в обязательном порядке должны присутствовать эндокринолог, гинеколог, уролог); развитие сети подростковых центров, клиник, консультационных центров; плановая работа по санаторно-курортному лечению для детей и подростков с воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы, перенесшими операции на половых органах, с задержкой полового развития, учитывая высокий риск в будущем репродуктивных потерь у данного контингента; активизация санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики и своевременного выявления гинекологических заболеваний с учетом возраста, социального статуса, антропогенной нагрузки; введение образовательных программ по половому воспитанию в школах, разработка и внедрение в широкую практику оздоровительных программ для детей и подростков на всех уровнях: школьном, семейном, индивидуальном.

АБОРТ И ЕГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Погорелова А.Б., Волгина В.Ф.

Россия, г. Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий»

Охрана репродуктивного здоровья населения, являясь одной из важнейших проблем государства приобретает особую социальную значимость. В этом плане выделяются два взаимозависимых аспекта: сокращение численности населения и ухудшение его качественных параметров (О.В. Шарапова, И.С. Цыбульская, 2000; О.Г. Фролова, 2003). Оба эти аспекта напрямую связаны с производством абортов. Стабильно низкий уровень рождаемости сопровождается широким распространением искусственного аборта как одного из основных методов регуляции рождаемости в нашей стране. Ежегодно во всем мире более 75 миллионов женщин сталкивается с проблемой нежелательной беременности и у 2/3 из них она заканчивается абортом. Нелегально и в небезопасных условиях делается третья часть абортов, вследствии чего продолжают сохраняться случаи материнских потерь по этой причине. Медико-социальная значимость абортов определяет низкую предотвратимость летальных исходов.

В связи с этим показатель абортов является одним из важных показателей, характеризующих с одной стороны, качество жизни в стране, а с другой – комплекс поведенческих и психологических факторов, отражающих отношение людей к своему здоровью, ответственность перед собой и своей семьей.

В то же время аборты относятся к числу достаточно управляемых факторов. Они являются своеобразной альтернативой контрацепции и рождению детей. Изложенное выше позволяет выделять приоритетные направления не только по их снижению, но и по управлению профилактикой абортов.

Учитывая, что искусственное прерывание беременности далеко небезопасно для репродуктивного здоровья женщин, представляется необходимым проведение анализа репродуктивных потерь в виде количества абортов, причин и факторов риска, определяющих их уровень в современных условиях, выделения приоритетных направлений по их снижению, повышения эффективности управления профилактикой абортов.

Целью исследования явилось изучения влияния абортов на последующее репродуктивное здоровье женщин, разработка системы социологического мониторинга, как одного из важнейших элементов информационного обеспечения управления профилактикой абортов и системы оценки и контроля качества абортов для снижения последующих осложнений.

Осуществлен анализ медицинской документации в 220 случаях, закончившихся абортом.

Использованы выборочные данные Калининградской области, ряда центральных территорий РФ и ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий». Разработана анкета социологического опроса женщин, завершивших свою беременность абортом и проведено анкетирование 200 женщин с искусственным абортом.

Изучение мнения женщин позволило получить информацию, выявить причины высокой распространенности абортов и рекомендовать мероприятия по их снижению.

Установлено, что на репродуктивное поведение женщин оказывают влияние следующие факторы: социально-экономические (до 43%), медико-организационные (до 22%), социально-когнитивные (до 18%), бытовые и семейные (до 9%), медико-биологические (до 8%).

Исследованиями доказано, что из осложнений аборта заслуживает внимание воспалительные заболевания, частота которых доходит до 28-30% с тенденцией роста за счет широкого распространения болезней, передающихся половым путем. При повторных абортах частота воспалительных заболеваний увеличивается вдвое ($p<0,05$).

Нарушения в репродуктивной системе после аборта уже через год составляют до 15,5%, а через 3-5 лет – до 50%. Вторичное бесплодие после перенесенного аборта, особенно при первой беременности, встречается до 55%, внематочная беременность – до 44%.

Особого внимания заслуживают осложнения беременности, следующей за искусственным абортом. Так, повышается риск самопроизвольного невынашивания в 8-10 раз, большого числа акушерских осложнений, преждевременных родов, аномалий родовых сил, нарушения процесса отделения и выделения плаценты. Общая частота осложнений при беременности и в родах возрастает более, чем в 3 раза ($p<0,05$).

Аборт приводит к целому ряду тяжелых осложнений не только для репродуктивной системы женщины, но и для всего организма в целом.

В связи с чем, для достижения результатов по снижению уровня абортов необходимо коренное изменение отношения к работе по профилактике абортов.

Проблема требует решения по двум существенным направлениям: оптимизации управления профилактикой нежелательной беременности и оценке и контролю качества производства искусственного прерывания беременности.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ, СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ТВЕРСКОГО ОБЛАСТНОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Розова М. Н., Болезнова Е. В.

Россия, г. Тверь, ГУЗ Тверской областной кожно-венерологический диспансер

За последнее десятилетие отмечены негативные сдвиги в здоровье подрастающего поколения, в т. ч. и репродуктивного здоровья подростков, что в будущем, может быть одной из важнейших причин сохранения низкого уровня рождаемости, высоких показателей младенческой смертности, патологии беременности и родов.

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Значительная часть факторов риска снижения репродуктивного потенциала современных подростков объясняется низким уровнем информированности молодёжи о последствиях рискованного поведения, несформированностью репродуктивных установок, а также недостатками медико-социального сопровождения в лечебно-профилактических учреждениях.

Необходимость и целесообразность создания специальных служб или, по международной классификации, «клиник, дружественных к молодёжи» (КДМ), доказана опытом уже более десяти лет действующих подростковых центров в Санкт-Петербурге и Новосибирске и целого ряда молодёжных консультаций в других регионах и отражена в информационных письмах МЗ РФ и приказе № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Развивая это направление, 1.10.2006 на базе поликлиники ГУЗ Тверской ОКВД при поддержке детского фонда ООН ЮНИСЕФ начал свою работу ЦОРЗПМ «Твой мир.RU».

Цель центра: сохранение репродуктивного здоровья и обеспечение благоприятных условий для социализации подростков и молодежи.

Центр работает по 4-м основным направлениям: лечебное, профилактическое, учебно-методическое и социальное.

В центре осуществляется:

1) профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, а также инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, у молодых людей от 15 до 24 лет;

2) оказание специализированной лечебно-диагностической помощи лицам данной возрастной категории с патологией репродуктивной системы;

3) диагностика и лечение различных нарушений менструального цикла у девушек 15-24 лет;

4) профилактика нежелательной беременности у юных женщин, обучение современным методам контрацепции, индивидуальный подбор контрацептивов;

5) работа по пропаганде здорового образа жизни, половому воспитанию и просвещению;

6) психокоррекция поведения подростков; формирование установки на здоровый образ жизни; первичная профилактика наркомании, алкоголизма и т. д.;

7) обучение и информирование по данным вопросам медицинских работников, педагогов, представителей общественных и молодёжных организаций, средств массовой информации.

В центре ведут приём следующие специалисты:

- дерматовенерологи
- гинекологи-эндокринологи
- уролог-андролог
- психологи

Из анализа подростковой заболеваемости следует, что показатель заболеваемости у девочек-подростков на 10-15 % выше, чем у юношей.

У 75 % девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10-15 % гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность. Частота гинекологических заболеваний у девушек за последние пять лет возросла в три раза.

С возрастом распространённость гинекологических нарушений возрастает более чем в 2,5 раза – с 116,2 в 14 лет, до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет.

Проанализировав деятельность специалистов центра за 9 месяцев на примере работы врачей-гинекологов следует, что только за гинекологической помощью обратилось 1354 пациентки (32,7% от общего количества обратившихся), основную массу из которых составили девушки с различными нарушениями менструального цикла, при более углубленном обследовании которых была выявлена та или иная патология эндокринной системы, а конкретно:

- нарушения менструального цикла на фоне нарушений регуляции гипоталамо-гипофизарной системы у 105 пациенток (11,1%);
- дисменорея у 180 пациенток (19%);
- синдром поликистоза яичников у 135 пациенток (14,3%) и т.д.

Кроме того, выявлен и пролечен ряд воспалительных заболеваний женской репродуктивной системы, а также ИППП (урогенитальный хламидиоз, гонококковая инфекция, трихомониаз, уреаплазмоз, микоплазмоз, бактериальный вагиноз).

Гинекологи проводили консультации по контрацепции с индивидуальным подбором таблетированных форм. Часть препаратов выдавалась пациенткам бесплатно.

Следует отметить положительную динамику развития центра, что следует из значительного увеличения посещаемости центра подростками и доказывает рост популярности центра среди молодёжи.

Т. о. создание подобных центров в областных учреждениях, а в частности на базе кожно-венерологического диспансера вносит значительный вклад в сохранение репродуктивного здоровья современной молодёжи.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «МАТЬ И ДИТЯ» В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОГО РИСКА

Рудакова Е.Б., Ралко В.В., Гребенюк О.А.

Россия, г. Омск, ГУЗОО ОКБ, Областной клинический родильный дом, Омская государственная медицинская академия

С начала 2004 года родильный дом вступил в совместный Российско-американский проект «Мать и дитя», который включает в себя внедрение современных технологий ВОЗ, основанных на доказательной медицине.

Целью данного проекта являлось повысить удовлетворенность пациенток от ведения родов в нашем учреждении, улучшить такие показатели учреждения как ГСИ среди родильниц и новорожденных, уменьшить травматизм рожениц в родах, снизить количество кровотечений в последовом и послеродовом периоде.

Перед сотрудниками родильного дома в рамках проекта «Мать и дитя» стояли следующие задачи - это сделать роды до-

брожелательными по отношению к семье (путём проведения патрнёрских родов, предоставления роженице в родах большей свободы в выборе альтернативных позиций, создать в родильных залах обстановки приближенной к домашней, предложение женщине еды и питья в родах), отказаться от рутинных процедур подготовки к родам – бритья промежности и клизмы, отказ от необоснованных операций в родах – эпизиотомии и амниотомии без обоснованных показаний, выработать единые подходы к профилактике внутрибольничных инфекций в родильном доме на основании принципов доказательной медицины.

Предварительно с персоналом был проведёны обучающие семинары и практические занятия, посвящённые вопросам инфекционного контроля, грудного вскармливания со сдачей последующего зачёта, выработана политика чистых рук. В роддоме была принята политика по поддержке грудного вскармливания, в каждом отделении с учётом его специфики были также разработаны шаги по внедрению и поддержке грудного вскармливания.

Для реализации поставленных задач была произведена реконструкция родового блока: оборудованы индивидуальные родильные залы с элементами домашней обстановки, созданы отдельные помещения для хранения медикаментов, белья и дезинфекции. Персонал отказался от рутинного использования клизм, выбривания лобка в порядке подготовки к родам. Роды определялись как чистая, но не стерильная процедура.

Широко использовались немедикаментозные методы обезболивания пациенток, такие как обезболивающий массаж, музыко- и ароматерапия. По желанию роженицы её сопровождали во время родов члены её семьи (партнёрские роды). Разрешались посещения родильниц и новорождённых родственниками в послеродовом отделении. При этом смена одежды посетителями не являлась необходимой, но смена обуви или использование бахил были обязательными.

Результаты исследований:

В родильном доме проведено около 400 партнёрских родов. Уменьшение в 1,5 раза травм промежности в результате отказа от рутинных эпизиотомий при нормальном течении родов, снижение количества ручных обследований в 2 раза, благодаря активному ведению последового периода, исключили значительное количество пациенток из группы риска по возникновению ГСИ. В случае необходимости антибиотикопрофилактика проводилась исключительно короткими курсами антибиотиков. Заболеваемость ГСИ среди родильниц снизилась с 19,9‰ в 2004 году до 10,4‰ в 2006 году. Учёт заболеваемости ГСИ родильниц и новорождённых на территории проводится до 30 суток послеродового периода. При учёте заболеваемости в соответствии с Приказом № 345 эти показатели составили 9,9 ‰ и 5,7‰ соответственно.

Ранний контакт «кожа-к-коже» новорождённого и матери, раннее грудное вскармливание по требованию ребёнка в 100 % случаев при нормальном течении родов и удовлетворительном состоянии новорожденного, совместное пребывание матери и ребёнка в родовой комнате и послеродовой палате, «сухое ведение культи пуповины», исключение необоснованной транспортировки новорождённых в различные помещения акушерского стационара, проведение максимального количества процедур в палате способствовали снижению ГСИ среди новорожденных с 21,2‰ в 2004 году до 15,5‰ в 2006 году. При учёте заболеваемости в соответствии с Приказом № 345 эти показатели составили 18,8 ‰ и 11,7‰ соответственно.

В послеродовом периоде мы отказались от ранее обязательной обработки молочных желёз перед кормлением новорожденных, от обработки сосков антисептиками. Не проводится обработка швов на промежности. Но обязательным является ежедневный гигиенический душ со сменой рубашек. В роддоме разрешается использование домашней одежды для новорожденных и их мам, а также гигиенических прокладок и нательного белья с обязательной ежедневно сменой.

Большое внимание уделяется гигиене рук медицинских работников. Правильное мытьё рук с использованием мыла или обработка их с помощью средств на основе спирта, обеспечение персонала гигиеническими кремами и лосьонами, обязательное использование перчаток при инвазивных процедурах способствовали снижению распространения инфекций в стационаре. Во всех эпидзначимых местах установлены локтевые дозаторы, использовались разовые бумажные полотенца.

В течение всего времени работы в проекте отсутствовали случаи групповой заболеваемости как среди родильниц, так и среди новорожденных.

Таким образом, рациональные протоколы, соблюдение правил инфекционного контроля, процедуры мытья рук способствовали снижению заболеваемости внутрибольничной инфекцией среди родильниц и новорождённых в учреждении высокой группы риска. Внедрение партнёрских родов способствовало повышению удовлетворённости пациенток от родов, уменьшают продолжительность родов, снизило количество медикаментозного обезболивания в родах.

Отказ от рутинной эпизиотомии хотя и привёл к увеличению травм промежности, но одновременно снизил удельный вес оперированных промежностей (разрывы и эпизиотомия).

Внедрение активного ведения последового периода привело к снижению частоты осложнений в последовом и послеродовом периодах.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ ПРАКТИК РОДОВСПОМОЖЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА УЧАСТИЕ СЕМЬИ (РОУС) НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОГО АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА II УРОВНЯ

Савельева М.В., Меньшакова Н.И.

Россия, г. Пермь, МУЗ Городская больница № 21.

К 2020 году ВОЗ поставила задачу сократить разрыв в уровнях здоровья между социально-экономическими группами во всех государствах на одну четверть, за счет улучшения его среди населения, не получающего достаточного медицинского обслуживания. Все новорожденные, дети младшего и дошкольного возраста в Европейском регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им адекватное начало жизни. Помощь при нормальной беременности и родах должна быть целостной, ориентированной на участие семьи. Необходимо сводить к минимуму необоснованные врачебные вмешательства, применять уместные технологии. Рекомендации ВОЗ основываются на принципах доказательной медицины, то есть интеграции наиболее убедительных научных, клинических знаний, опыта и системы ценностей пациента.

Роды – самый естественный физиологический процесс, и если бы природа за миллионы лет что-то в нем не доработала, то человеческий род угас бы давным-давно. Сегодня персонал в больницах сконцентрирован на биологии рождения; в роддоме часто забывают, что ребенка рожают не врачи, не акушерки, не изобретатели мониторов и других механизмов или лекарств, а мать. В городском роддоме больницы N 21 до 2000 года превалировала традиционная парадигма советского акушерства: беременность и роды рассматривались как медицинская проблема. Тактика медперсонала исключала возможность какого-либо индивидуального подхода к каждой роженице, мать и ребенок считались отдельными “пациента-

ми". Это приводило к систематическому чрезмерному вмешательству в процесс деторождения, к частому использованию технических средств и лекарственных препаратов и высокой хирургической активности.

В течение 2000-2007 гг. мы работаем по проекту «Мать и дитя». В июне 2001 года по решению ВОЗ и ЮНИСЕФ нашему роддому присвоено звание - «Больница доброжелательного отношения к ребенку», что означает, что акушерский стационар полностью соответствует европейским принципам безопасной помощи матери и ребенку. Беременность и роды рассматриваются как физиологический процесс, семья принимает участие в принятии решений совместно с медперсоналом, мать и ребенок получают уход вместе. Применяются эффективные технологии: совместное пребывание и грудное вскармливание, контакт кожа-к-коже, ранняя выписка, "тепловая цепочка", мытье рук, эффективная первичная реанимация, рациональные практики в родах, регионализация перинатальной помощи, клинические стандарты и протоколы.

Нами проанализированы основные показатели качества родовспоможения ЛПУ за последние 20 лет (1986-2006 гг.). Благодаря государственным программам поддержки демографии произошло увеличение количества родов с 2007 в 1986г и 1808 в 1997 г до 2477 в 2006. Также в роддоме отмечались пики рождаемости: в 2002 г. и 2003 г. (3097 и 3013 родов соответственно). Произошло снижение репродуктивных потерь с 16 промилле в 1986 г., 8,7 промилле в 1997 г. до 2,4 промилле в 2006 г.

Работая по принципам РОУС, имеется достоверное увеличение числа физиологических родов с 28,3% в 1986 г и 40,5% в 1997 г до 85 % в 2006г (P Z <0,05) за счет снижения частоты аномалий родовой деятельности (16%-13,0%-7,7%; P Z <0,05), внедрения принципа регионализации акушерской помощи (перевод женщин в городской перинатальный центр с преждевременными родами, тяжелой экстрагенитальной патологией). Мы отказались от рутинных методов подготовки к родам: бритья, очистительных клизм. В родах разрешается прием жидкости и легкой пищи. Роды протекают в обстановке, максимально приближенной к домашней, происходят без стимуляции, лекарственного обезболивания и лишних медицинских манипуляций. В 2006 г произошли 78% партнерских родов. Отец или другие близкие люди становится главной «опорой» мамы в процессе родов, переживая вместе счастье рождения. В первом и втором периоде мама может выбрать положение, наиболее удобное для себя (индивидуальные родовые оснащены мячами, ковриками, шведскими стенками). Сразу после родов ребенка выкладывают на грудь к матери в 97% случаев с соблюдением всех правил «тепловой цепочки». Ребенок рождается среди тишины или под звуки прекрасной музыки, в радостной атмосфере семейного праздника, его окружают любящие люди. Мама неразлучна с ребенком, кормление осуществляется по первому требованию, а не по режиму.

Оперативная активность также снизилась за счет достоверного снижения частоты кесарева сечения в 1,3 раза, % которого - 13 (2006 г.). Снижение частоты кесарева сечения произошло за счет повышения удельного веса самостоятельных родов с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения с 25% в 2003 г. до 34 % в 2006 г. Также увеличилось количество самостоятельных родов в тазовом предлежании с 10 % в 2004 г. до 21,1% в 2006 г.

В 2006 г было произведено 5 удачных наружных поворотов плода на головной конец при доношенных беременностях, последние завершились самостоятельными родами в переднем виде затылочного предлежания. три поворота произвести не удалось; из них - 1 - самостоятельные роды в ягодичном предлежании, двум женщинам было произведено кесарево сечение в плановом порядке.

Произошло снижение частоты гестозов в 2 раза с 4,3% до 2,1 % в 1986 и 2006 г.г. соответственно за счет улучшения диагностики, рациональной терапии и соблюдения принципа регионализации (беременные с тяжелыми формами гестоза концентрируются в городском перинатальном центре).

Перинатальная заболеваемость неуклонно и достоверно снижается с 442 промилле за 1986 до 287 промилле в 2006г. С 1993 по 2006 г. отсутствует материнская смертность.

Наш родильный дом является базой для родоразрешения ВИЧ-инфицированных женщин Пермского края. Накоплен достаточный клинический и теоретический опыт по профилактике снижения передачи ВИЧ-инфекции и ведению родов. Известно, что плановое кесарево сечение позволяет вдвое сократить передачу инфекции. Удельный вес кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных пациенток составил 56 %, а доля ВИЧ-инфицированных, получивших химиопрофилактику, составила 97,1 %.

По анкетным данным, удовлетворенность пациенток составила 98%, участие в принятии решений женщинами и членами ее семьи - 99%, удовлетворенность персонала - 98%.

Таким образом, внедрение новых перинатальных технологий и практик РОУС позволило ввести клиенториентированный подход в нашем акушерском стационаре. Повышение эффективности перинатальной помощи и демедикализация процесса беременности и родов, привели к повышению экономической эффективности от внедрения новых практик. Акушерство стоит у истоков жизни каждого человека. Человек, рожденный в атмосфере любви, гармонии, естественных, мягких, нетравматичных родов, будет нести в себе этот заряд гуманности, добра и здоровья, передавая его будущим поколениям. Таким образом, не только экономическое и политическое устройство общества влияет на развитие акушерства, но и акушерство во многом определяет путь развития общества.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Садырина Л.Б., Осокина А.А., Макарова И.А.

Россия, г. Киров, Департамент здравоохранения Кировской области

Проблема репродуктивного здоровья в Кировской области, как и в стране в целом приобрела в настоящее время особую значимость. Последние годы заболеваемость беременных женщин в области имела тенденцию к повышению и в 2006 году составила 79,4 % от числа закончивших беременность. В структуре причин первое ранговое место занимает анемия – 45,1 % от числа закончивших беременность, что выше чем в среднем по Российской Федерации. На втором месте – гестозы - 20,6 % от числа закончивших беременность. Тревожные показатели состояния здоровья беременных зависят не только от уровня оказания медицинской помощи в регионе, но связаны также с экономическими факторами: низкий уровень жизни населения; социальная незащищенность «групп риска».

С целью осуществления мер социальной поддержки беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до трех лет в Закон Кировской области была внесена статья об обеспечении данной категории граждан полноценным питанием, при наличии медицинских показаний. Распоряжением Правительства области был утвержден Перечень специализированных продуктов питания для обеспечения полноценным питанием. В него вошли следующие продукты: для беременных женщин и кормящих матерей - молоко, кисломолочные продукты, сухой молочный напиток для беременных и кормящих женщин, соки; для детей в зависимости от возраста:

молоко, кисломолочные продукты, готовые специальные жидкие пастообразные молочные продукты для детей раннего возраста, сухие молочные адаптированные смеси, сухие молочные каши, мясное пюре, фруктово-овощное пюре.

Обеспечение продуктами питания осуществлялось по рецептам врача, которые выписывались врачами акушерами-гинекологами, педиатрами, при наличии заболеваний, в лечении которых важную роль имеет нутритивный статус пациента. Приказом департамента здравоохранения Кировской области определены медицинские показаний для назначения питания. Для беременных женщин и кормящих матерей таковыми являлись: анемия, токсикоз II половины беременности, фетоплацентарная недостаточность, диабет, гипертония, низкая масса тела; для детей: гипотрофия, анемия, рахит, пищевая аллергия, нарушение микробиоценоза кишечника, синдром нарушенного кишечного всасывания, целиакия, лактазная недостаточность. Отпуск продуктов питания по выписанным рецептам осуществлялся в месяце, следующем за выпиской рецепта.

Медицинскими работниками муниципальных учреждений здравоохранения была проведена большая работа по определению потребности по каждому наименованию продуктов, в зависимости от сложившейся в район структуры заболеваемости беременных женщин и детей первых трех лет жизни, подготовке и проведению конкурсов по определению поставщиков.

Финансирование данных мер осуществлялось из областного бюджета, реализацию осуществляли муниципальные учреждения здравоохранения. В 2006 году на эти цели было выделено 41 млн. руб. За первый год реализации Закона области 9864 беременных женщины (72,2 % от числа закончивших беременность), 3173 кормящие матери и 28 558 детей в возрасте до 3 лет, не посещающих детские дошкольные учреждения, получили бесплатно продукты полноценного питания. За 6 месяцев 2007 года из областного бюджета на эти цели выделено 13 млн 685,45 тыс. рублей.

При анализе ассортимента выписываемых по рецептам врача продуктов мы отметили, что в городах для беременных чаще выписывались сухие молочные напитки, в сельской местности предпочтение отдавалось молоку и кисломолочным продуктам. Ассортимент и объемы выдаваемых продуктов детям соответствовали их возрасту.

Надо отметить, что качественные показатели проводимой работы оказались неоднозначными. По результатам 2006 года было вновь зарегистрировано повышение заболеваемости беременных на 1,8 %, однако темпы прироста уменьшились в 1,5 раза. Заболеваемость детей первого года жизни увеличилась на 2,6 %. В структуре заболеваемости детей первого года жизни зарегистрирован рост по таким заболеваниям, как анемия на 43,1 %, болезни эндокринной системы и расстройства питания - на 92,2 %. Данная ситуация объясняется как улучшением диагностики в связи с поступившим новым оборудованием для первичного звена, так и повышением требований к врачам-педиатрам по качеству их работы в рамках реализации национального приоритетного проекта «Здоровье».

Впервые за последние 5 лет по итогам работы за 6 месяцев 2007 года наметилась положительная тенденция в снижении общей заболеваемости беременных женщин: (в % к числу закончивших беременность) на 8,9 %: с 79 % - в 2006 году до 72 % в 2007 году. Снижение зарегистрировано по всем основным классам заболеваний: анемии – на 20 %, гестозы, осложнившие беременность – на 10,5 %.

Таким образом, комплексно проводимые мероприятия по диагностике и лечению заболеваний беременных женщин и детей раннего возраста, включая осуществление мер социальной поддержки по вопросам организации рационального питания, являются факторами улучшения качественных показателей здоровья населения.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДЕМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В РОССИИ

Суханова Л.П.

Россия, г. Москва, ФГУ Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава

Уникальный период социально-экономических преобразований в России на рубеже веков, сопровождавшийся депопуляцией и ухудшением общественного здоровья, определил актуальность процесса воспроизводства населения в сохранении репродуктивного, трудового, оборонного и интеллектуального потенциала страны.

Статистический мониторинг репродуктивных показателей в России, проведенный на популяционном уровне за последние 16 лет (1991-2006гг.), выявил тесную связь перинатальных и демографических параметров.

Определены две фазы репродуктивного процесса в России: в 90-е годы, сопровождавшиеся выраженным снижением рождаемости, наблюдалось достоверное ухудшение показателей здоровья родившихся детей – увеличение числа маловесных менее 2500г (с 5,51 в 1991г. до 6,36% в 1999г.) и недоношенных (с 5,55 до 6,30% за те же годы). Наихудшие параметры родившихся детей отмечены в 1999г. – году минимальной рождаемости в России.

В 2000-х годах - параллельно росту рождаемости в стране - уменьшилось число маловесных (до 5,65% в 2006г.) и недоношенных детей (до 5,35%), причем в динамике отмечена инверсия этих показателей: если до 1998г. число недоношенных превышало число маловесных, то с 1999г. по настоящее время преобладает число маловесных, т.е. часть доношенных детей сегодня имеет при рождении массу тела менее 2500 г.

Сопряженность показателей репродуктивного поведения женщин (интенсивность деторождения) с параметрами перинатального здоровья (структура родившихся по массе тела) характеризует тесную взаимосвязь количественных и качественных параметров воспроизводства населения, детерминируемых едиными факторами (прежде всего, уровнем социально-экономического развития общества).

В 2006г. в сравнении с 2005г. в России (согласно статистической форме №32) наблюдалось увеличение числа родившихся детей с 1415799 до 1457826 (или на 3,0%), что, безусловно, характеризует репродуктивную ситуацию в стране как благоприятную. При этом число зарегистрированных абортов уменьшилось на 5,6% и составило 1407042, т.е. в 2006г. впервые в нашей стране число деторождений превысило число абортов. Частота абортов в 2006г. снизилась до уровня 96,0 на 100 родившихся живыми и мертвыми (при показателе 199,4 в 1991г. и 123,6 в 1999г.). Снижение уровня прерывания беременности произошло прежде всего за счет медицинских легальных абортов, число которых снизилось на 7,7% (с 84,4 до 75,7 на 100 родившихся).

Уменьшение числа преждевременных родов среди наблюдавшихся по поводу беременности (с 3,44% в 2005г. до 3,29 в 2006г.) согласуется с уменьшением числа родившихся недоношенными по акушерскому стационару (с 5,41 до 5,35 на 100 родившихся живыми за те же годы). Число заболевших беременных среди наблюдавшихся в женской консультации несколько увеличилось (с 77,6% в 2005г. до 79,6% в 2006г.) за счет болезней системы кровообращения (с 10,6 до 10,9%), сахарного диабета (с 0,16 до 0,18%), венозных осложнений (с 3,9 до 4,1%). Чрезвычайно тревожным является сохранение на высоком уровне и отсутствие тенденции к снижению частоты анемии беременных (41,5% в 2005г., 41,6% в 2006г.), являющейся патогенетической основой для формирования патологии матери и плода, в т.ч. плацентарной недостаточности. Благоприятным является некоторое

уменьшение частоты гестоза беременных (с 21,6% в 2005г. до 20,6%), особенно эклампсии и преэклампсии (с 2,4% до 2,0%), а также болезней щитовидной железы (с 8,3% до 8,0%).

Увеличение числа родов за последний год сопровождалось ростом доли нормальных родов - с 33,7% в 2005г. до 34,9% в 2006г., а также некоторым снижением частоты акушерских кровотечений (суммарно с 2,74 на 100 родов до 2,71) за счет кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты (с 1,10 до 1,07%). Однако увеличилась частота кровотечений в последовом и послеродовом периоде (с 1,57% в 2005г. до 1,59% в 2006г.) - при благоприятной динамике показателя в течение предшествующих лет (уменьшение с 2,43% в 2000г. до 1,57% в 2005г.), обусловившей снижение общего числа акушерских кровотечений (с 3,57% до 2,74 за те же годы).

Как и у беременных, у рожениц/родильниц в 2006г. отмечено снижение частоты гестоза (с 22,4 до 21,5%), в том числе эклампсии и преэклампсии (с 3,81 до 3,39%), а также болезней щитовидной железы (с 4,73 до 4,39%); при этом обращает на себя внимание превышение показателя у беременных (8,0% в 2006г.) частоты патологии у рожениц/родильниц (4,39%), что характеризует недорегистрацию патологии в родах.

В 2006г. произошел дальнейший рост частоты кесарева сечения (с 177,5 на 1000 родов в 2005г. до 183,0), причем благоприятно уменьшение частоты перитонита (с 0,50 до 0,38 на 1000 операций кесарева сечения). В то же время снижение числа экстирпаций матки в родах и после них на 8,2% (с 1,48 на 1000 родов в 2005г. до 1,36 в 2006г.), к сожалению, сопровождалось ростом летальности на 8,3% (с 2,0 до 2,17%).

Число родившихся больными и заболевших новорожденных, устойчиво возраставшее с 173,7‰ в 1991г. до 406,8‰ в 2005г., в 2006г. впервые имело тенденцию к снижению до 397,8‰. Уменьшилось число детей с замедлением роста и недостаточностью питания с 94,8‰ в 2005г. до 92,4‰ в 2006г. (на фоне предшествующего роста показателя от 23,6‰ в 1991г.); снизилась до 30,9‰ (на 6,6%) частота врожденных аномалий, возраставшая с 29,7‰ в 2002г. до 33,1‰ в 2005г. Уменьшилась частота родовой травмы (с 94,8‰ в 2005г. до 92,4‰ в 2006г.), внутриутробной гипоксии и асфиксии (с 158,7‰ в 2005г. до 152,2‰ в 2006г.). Впервые за годы регистрации уменьшилось число детей с неонатальной желтухой (до 78,5‰ в 2006г.), устойчиво возраставшей с 47,3‰ в 1999г. до 81,1‰ в 2005 г.

В то же время в 2006г. произошло увеличение числа респираторных нарушений у новорожденных на 5,2% (с 37,5 в 2005г. до 39,4‰), прежде всего за счет врожденной пневмонии (с 7,7‰ до 8,1) и аспирационных синдромов (с 4,9‰ до 5,2).

Снижение перинатальной смертности (ПС) в акушерских стационарах с 9,32‰ в 2005г. до 8,97‰ в 2006г. (на 3,8%), согласно статистической форме №32, произошло в большей степени за счет ранней неонатальной смертности (с 3,53‰ до 3,33‰, или на 5,7%). Мертворождаемость снизилась лишь на 2,6% - с 5,81‰ в 2005г. до 5,66‰ в 2006г, за счет контингента недоношенных (с 51,9‰ до 49,2‰, или на 5,1%).

Среди доношенных плодов мертворождаемость не только не снизилась, но имеет некоторую тенденцию к росту (3,02‰ в 2004г., 3,04‰ в 2005г., 3,07‰ в 2006г.). Столь различная динамика мертворождаемости недоношенных (устойчивое снижение) и доношенных (тенденция роста) определила увеличение в 2006г. доли доношенных до 51,3% от числа мертворожденных и до 49,8% от числа всех перинатально погибших. Анализ ПС по весовым категориям выявил увеличение показателя в группе «4000г и более» - с 3,9‰ в 2005г. до 4,3‰ в 2006г. за счет роста мертворождаемости.

Доля антенатальных потерь достигла в 2006г. 81,1% от числа мертворожденных.

Таким образом, благоприятные изменения репродуктивной ситуации в стране в 2006 г. (рост интенсивности деторождения при уменьшении частоты абортов, в результате чего число родившихся детей впервые превысило число абортов в стране) сопровождалось некоторой тенденцией улучшения показателей здоровья беременных и рожениц (снижением частоты гестоза), снижения числа осложнений в родах и улучшения здоровья новорожденных (уменьшением числа маловесных, недоношенных и заболевших детей).

В то же время сохранение сверхвысокого уровня патологии среди указанных контингентов, а также неблагоприятных тенденций в структуре перинатальной смертности (рост доли доношенных, число которых среди мертворожденных в 2006г. впервые превысило число недоношенных) диктует необходимость изменения стратегии перинатальной службы - с акцентом на повышение качества акушерской и неонатальной помощи в широкой сети родовспоможения (родильных домах и ЦРБ), где рождается большинство (около 80%) российских детей и соответственно обеспечивается эффективность демографического развития России.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ПОЗДНЕЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Тутынина О.В., Егорова А.Т.

Россия, Красноярск, ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии Института последипломного образования

В рамках национального проекта «Здоровье» одним из приоритетных направлений является улучшение демографических показателей. Проблема материнской заболеваемости и смертности продолжает сохранять свою актуальность, в то время как современные достижения медицинской науки, новейшие технологии вполне достаточны для того, чтобы не допустить ни одного случая смерти женщин от класса причин «Осложнения беременности, родов и послеродового периода».

При обзоре отечественной литературы стало очевидным, что в России, при значительном количестве работ, посвященных проблеме материнской смертности, отсутствуют исследования по изучению поздней материнской смертности. Термин «поздняя материнская смертность» был принят на 43-ей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и включает случаи смерти женщин в период с 43 дня до 1 года после родоразрешения/прерывания беременности.

По данным исследований зарубежных авторов, данный период на основании колоссальных перестроек в организме родильницы относится к «критическому» и является «ключевым резервом» при разработке мер профилактики материнской смертности. При анализе зарубежной литературы стало очевидным, что в структуре поздней материнской смертности гнойно-септические осложнения занимают одно из лидирующих мест. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в создании высокоэффективных антибактериальных препаратов, новых технологий лечения, частота тяжелых септических состояний в послеродовом периоде остается высокой, не имеет тенденции к снижению и, по данным разных авторов, в 28 - 50% случаев приводит к летальному исходу.

Своевременная диагностика септических состояний способствует минимизации органных повреждений, а адекватная терапия снижает риск поздней материнской смертности.

Цель: Определить место гнойно-септических осложнений в структуре поздней материнской смертности и на основании детального анализа причин летальных исходов и изучения медико-организационных и социальных факторов риска разработать систему мероприятий по профилактике и снижению материнских потерь.

Материалы исследования

Из 30 случаев поздней материнской смертности проведен клинико-экспертный анализ 12 летальных исходов вслед-

ствие гнойно-септических осложнений по данным первичной медицинской документации (индивидуальная карта беременной, история родов, медицинская карта стационарного больного, протокол судебно-медицинского исследования, свидетельство о смерти) на основании базы данных пролеченных больных в медицинских учреждениях Красноярского края за 2000-2006 гг.

Методы исследования

Ретроспективное исследование случаев поздней материнской смертности вследствие гнойно-септических осложнений, включающее выкопировку данных, клинико-экспертный анализ, статистическую обработку.

Полученные результаты

На основании проведенного нами анализа структуры поздней материнской смертности, гнойно-септические осложнения занимают лидирующее место среди причин летальных исходов и составляют 40% (12) случаев из 30. При клинико-экспертной оценке этих случаев мы получили следующие результаты.

Тяжелый сепсис после криминального аборта имел место в 33,3% (4) случаях, при этом 50% (2) женщины были жительницами сельской местности. Курение и употребление алкоголя отмечено в 75% (3) случаях. Все женщины (100%) имели среднее образование и были безработными. Таким образом, налицо социальный фактор неблагополучия женщин, умерших в результате септических осложнений после криминального аборта.

Септические осложнения после кесарева сечения развились в 25% (3) случаях. Во всех случаях родились живые дети. В 66,7% (2) случаях показанием к оперативному родоразрешению в экстренном порядке был тяжелый поздний гестоз (преэклампсия и ПОНРП). При ПОНРП отмечалась массивная кровопотеря, однако гистерэктомия не была проведена. Продолжительность операции составляла 3,5 часа. У обеих женщин развился перитонит, и обе умерли от сепсиса. В 33,3% (1) случае показанием для оперативного родоразрешения по жизненным показаниям явился отек легких вследствие двусторонней септической пневмонии (фон - абсцесс бартолиниевой железы).

Сепсис в 25-26 недель беременности вследствие внутриутробной гибели и аутолиза плода развился у 8,3% (1) женщины, являвшейся сельской жительницей. Беременность не была желанной, на учете не состояла. Поступила в лечебное учреждение с клиникой септического шока. Была проведена гистерэктомия, консервативное лечение – в полном объеме. Женщина умерла на 45 день по причине развития СПОН.

В 8,3% (1) случае септическое осложнение развилось вследствие острого гангренозно-перфоративного аппендицита в родах, когда имела место поздняя диагностика. Родильница умерла от разлитого калового перитонита с развитием СПОН. В 8,3% (1) случае у беременной с язвенно-некротическим колитом роды осложнились длительным безводным промежутком, разрывом шейки матки II степени и нижней трети влагалища. В послеродовом периоде развился сепсис.

В 8,3% (1) случае бактериальный шок, гнойный перикардит развились на фоне ОРВИ с повышением температуры до 39°С у женщины, имевшей в анамнезе ПМК II степени с регургитацией. В результате возникших осложнений произошла внутриутробная гибель плода в 36-37 недель беременности. Родильница умерла от сепсиса на 55 день послеродового периода.

В 8,3% (1) случае септическое осложнение в виде калового перитонита вследствие кишечной непроходимости развилось у женщины, оперированной по поводу внематочной беременности, имевшей в анамнезе хронический сальпингоофорит, спаечную болезнь органов малого таза.

Большинство летальных исходов – 91,7% (11) – имело место в первые три месяца после родоразрешения/прерывания беременности, и лишь 1 случай (8,3%) произошел через 6 месяцев от момента родов (при удалении илеостомы после гангренозно-перфоративного аппендицита повторно развился каловый перитонит).

Выводы

Клинико-экспертный анализ случаев поздней материнской смертности вследствие гнойно-септических осложнений показал, что 41,7% (5) случаев были предотвратимы, в 8,3% (1) – летальный исход был условно предотвратим; условно не предотвратимы - 25% (3) и в 33,3% (4) – не предотвратимы.

Септические осложнения во время беременности, родов и послеродового периода требуют своевременной госпитализации в многопрофильный стационар, обладающий высококвалифицированными специалистами, оснащенный необходимой аппаратурой слежения за жизненно важными функциями организма. Чрезвычайно важным является своевременный и полный объем оперативного лечения.

Своевременная диагностика септических осложнений и адекватное лечение снижают риск летальных исходов в самый прекрасный момент жизни женщины, когда она стала матерью.

ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ – ПРИОРИТЕТ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В УЛУЧШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ Г.СТАВРОПОЛЯ

Францева В.О., Первова Е.А.

Россия, г.Ставрополь, управление здравоохранения администрации г.Ставрополя

Демографическая ситуация в городе Ставрополе на протяжении ряда лет определила проблемы охраны здоровья матери и ребенка, как главные приоритеты муниципальной политики, ибо именно здоровье детей 1-го года жизни является наиболее значимым индикатором благополучия любого общества. Важность проблемы подчеркнута в 2006 году Национальным проектом «Здоровье». В демографической обстановке города сохраняется ограниченный характер воспроизводства, когда каждое поколение родившихся меньше поколения своих родителей и не восполняет убыли населения. Репродуктивный резерв достигает 24% от числа желаемых беременностей.

С 2001 года очевидной необходимостью явилась оптимизации работы службы охраны материнства и детства по улучшению здоровья детей и репродуктивного здоровья населения в тесном сотрудничестве с другими муниципальными отраслями производства, общественными организациями.

Администрацией города и управлением здравоохранения накоплен опыт реализации муниципальной политики путем формирования целевых программ, позволяющих сконцентрировать имеющиеся в отрасли и территории финансовые ресурсы и объединить усилия различных отраслей и ведомств на решение ключевой проблемы. Целевое программное планирование позволяет прогнозировать результат, отслеживать текущие процессы и принимать своевременные решения с их учетом. На территории города реализуется ряд муниципальных целевых программ, направленных на сохранение и улучшение здоровья детей и подростков («Дети «группы риска» (2002-2005)», «Образование и здоровье на 2002-2006 годы», «Программа профилактики заболеваний и охраны здоровья жителей города Ставрополя на 2004-2006 годы», «Программа охраны репродуктивного здоровья детей и подростков города Ставрополя на 2005-2006 годы», «Профилактика стоматологических заболеваний детей и подростков города Ставрополя на 2006-2010 годы», «Организация здорового питания в образовательных учреждениях на 2007-2008 годы»).

Успешной реализации программы способствовали условия добровольного профессионального содружества, единого понимания целей и задач проекта всеми его участниками, правильно организованного горизонтального и вертикального

взаимодействия. Особое внимание уделяется подготовке и переподготовке медицинских, управленческих кадров.

Проведены широкомасштабные мероприятия по улучшению материально-технической базы детских и родовспомогательных учреждений. С 2005 года на базе МУЗ «Городская детская поликлиника №2» открыт «Ювенильный центр», оказывающий юридическую и специализированную медицинскую помощь детям всего города по акушерству и гинекологии, урологии, андрологии, медицинской психологии и психотерапии, неврологии, эндокринологии, гигиеническому воспитанию подростков.

С 2006 года стал функционировать новый акушерский корпус МУЗ «Городская клиническая больница №4» на 60 коек, оснащенный современной медицинской техникой, обеспечивающей выполнение республиканских стандартов оказания помощи беременным, роженицам и новорожденным.

С января 2007 открыта новая детская поликлиника - МУЗ «Городская детская поликлиника №3» 440 посещений. В лечебном учреждении используется медицинское оборудование, не имеющее аналогов в Южном Федеральном округе, что позволяет внедрять самые передовые технологии в оздоровлении детей города.

В практику работы учреждений, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям внедрены республиканские стандарты диагностики и лечения, индустриальная модель управления качеством оказания медицинской помощи. Индивидуализирована работа над дефектами.

Под руководством МУЗ «Городской центр медицинской профилактики» в городе проводится комплекс санитарно-пропагандистских мер, направленных на укрепление семьи, профилактику венерических заболеваний, гепатитов, ВИЧ инфекции, наркомании и алкоголизма. Широкомасштабная работа в этом направлении уже дает ощутимые результаты, так заболеваемость наркоманией, алкоголизмом, токсикоманией на 1000 населения к 2006 году снизилась на 35% и составила 75,3 на 1000 населения (2002г.-115,9 на 1000).

Мероприятия целевых программ реализовывались за счет муниципального бюджета города, края, а так же привлекаемых внебюджетных источников. Доля ежегодного целевого финансирования составила от 4,6 до 5 % от консолидированного бюджета отрасли.

В 2006 году показатель рождаемости в городе в сравнении с 2001 годом возрос с 9,7 до 11,0 на 1000 населения. Показатель младенческой смертности в 2006 году составил 5,5 на 1000 родившихся живыми и снизился в сравнении с 2001 годом на 58% Перинатальная смертность на 1000 родившихся живыми в 2006 г. составила 6,6. Мертворождаемость снизилась до 4,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Улучшение демографических показателей здоровья новорожденных стало результатом применяемых управлением здравоохранения и администрацией города программных технологий управления качеством медицинской помощи.

В 2006 году на 27% снизилась заболеваемость новорожденных анемией, на 9,4% - рахитом, на 8% - болезнями органов дыхания и пищеварения. Заметно снизились показатели по травме (- 23,4%), отдельным состояниям перинатального периода (-10,3%).

Достигнут 100% охват обследования новорожденных на фенилкетонурию, муковисцидоз, галактоземию, адреногенитальный синдром. Показатель резерва репродуктивного здоровья улучшен на 7,5%.

Таким образом, опыт программно-целевого планирования администрации города в решении проблем охраны здоровья матери и ребенка имеет положительное значение, позволяет широко использовать современные лечебные и профилактические технологии и играет важную роль в улучшении демографической ситуации в городе.

К ВОПРОСУ О РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПРИ МНОГОПЛОДНЫХ РОДАХ

Фролова О.Г., Николаева Е.И., Пугачева Т.Н, Бубнова Н.И.

Россия, г.Москва,ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий

В ряде случаев из местных органов управления здравоохранением поступают запросы о порядке регистрации в ЗАГСе свидетельств о рождении детей при многоплодных родах, когда в медицинском свидетельстве о рождении отсутствуют данные о плодах, погибших в гестационном возрасте до 28 недель при завершении беременности родами остальными живыми младенцами. Учитывая прогрессирующее развитие методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при лечении бесплодия, сопровождающееся, как правило, зачатием многоплодия, увеличивается вероятность возрастания подобных проблем.

Цель исследования: анализ случаев антенатальной гибели одного из плодов при многоплодных родах при регистрации свидетельства о рождении других близнецов.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ первичной медицинской документации многоплодных родов в ФГУ Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии за последние 10 лет.

Данные отчетной статистики свидетельствуют о том, что внедрение в практическое здравоохранение методов ВРТ способствовало увеличению частоты многоплодных родов в РФ за последние 5 лет с 0,74 (2000г.) до 0,82% (2005г.). В учреждениях, оказывающих такой вид помощи, этот показатель еще выше. Так, в ФГУ Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии показатель многоплодных родов за этот временной интервал возрос с 2,16 до 4,2%.

В связи с переходом к статистической отчетности причин смерти населения на основе X пересмотра МКБ, Минздравом РФ издан приказ № 241 от 07.08.98г. о введении новых учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти в органах ЗАГС, в т.ч. «Медицинское свидетельство о рождении» (ф.№103/у-98) и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф.№ 106-2/у-98).

Существующая в стране система регистрации перинатальных потерь в соответствии с международными стандартами и требованиями учитывает с целью международного сравнения все случаи смерти плодов и новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более. В случае отсутствия информации о массе тела при рождении используются соответствующие показатели срока беременности (28 полных нед) или длины тела (35 см от верхушки темени до пяток).

В национальную статистику перинатальной смертности следует по рекомендации ВОЗ включать по возможности все случаи смерти в перинатальном периоде плодов и новорожденных с массой тела при рождении от 500 до 1000 г, так как эти данные имеют самостоятельную значимость и повышают полноту информации о плодах и новорожденных с массой тела 1000 г и более.

В Российской Федерации документом, регламентирующим учет плодовых потерь в 22-27 нед. родившихся с массой тела 500-999 г, является действующий приказ Минздрава РФ № 318 от 04.12.92 г. »О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения». Во исполнении регламентирующих документов все случаи прерывания беременности в эти сроки регистрируются как аборт. Тем не менее при рождении живого плода и переживании им перинатального периода (168ч), выдается «Медицинское свидетельство о рождении» и ребенок регистрируется в органах ЗАГСа как

живорожденный, а матери оформляется листок нетрудоспособности по беременности и родам. Несмотря на это, подобные случаи все равно в отчетных формах регистрируются как аборт, но не роды (информационное письмо Минздрава России от 01.07.2002 г.).

Определенные трудности возникают при оформлении документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти при многоплодных родах, когда наблюдается диссоциированное развитие плодов, при котором масса тела одного и более из них не превышает 999 г в связи с внутриутробной задержкой их развития. В таких случаях мертворождение или смерть живорожденного после родов должны регистрироваться в органах ЗАГСа, исходя из гестационного возраста другого новорожденного, родившегося с массой тела более 1000 г соответствующей сроку беременности.

Так, по данным исследования в ФГУ НЦ АГиП среди 399 случаев многоплодных родов с рождением 829 детей в 5 (0,5%) случаях имело место диссоциированное развитие плодов, когда при рождении масса тела одного из близнецов была менее 1000 г, а другого-более 1000г соответствующей сроку беременности.

Требует разрешения вопрос об оформлении свидетельств в органах ЗАГС при многоплодных родах, когда один или более плодов погибли внутриутробно в гестационном возрасте менее 28 недель при дальнейшем пролонгировании беременности и завершении ее родами остальными живыми новорожденными.

Ряд зарубежных исследователей считают необходимым проводить учет таких замерших плодов независимо от времени их гибели, поскольку они могут оказывать неблагоприятное влияние на развитие оставшихся живых плодов. Однако такое мнение отражает озабоченность скорее медицинской нежели статистической проблемой, поэтому практикующие врачи считают целесообразным вносить в национальную статистику только случаи гибели плодов с массой при рождении 500 г и более, но при этом оповещать родителей о рождении мертвого плода и возможных осложнениях у живого.

Установленный в нашей стране 3-х кратный ультразвуковой скрининг всех беременных позволяет диагностировать наличие многоплодия в ранние сроки, начиная с 6-7 нед. гестации, а при использовании влагалищных датчиков уже с 4-5 нед. Однако по данным отдельных зарубежных исследований в 7-10% случаев часть эмбрионов при многоплодии подвергаются резорбции в основном в первые 7 нед. На основании проведенного анализа опубликована вероятность зачатия и донашивания беременности до родов при многоплодии: одно из 8 зачатий начинается как двойня; на каждую родившуюся пару близнецов 10-12 беременностей двойнями завершаются одноплодными родами; если из 4 одноплодных зачатий одно завершается родами, то из 50 зачатий двойнями только одно заканчивается родами. Поэтому некоторые авторы рекомендуют воздерживаться от информирования пациенток о наличии многоплодия в ранние сроки беременности

Гораздо реже плоды погибают антенатально в более поздние сроки беременности. Так, по данным анализа 399 многоплодных родов, происшедших в НЦ АГиП, только в 2-х (0,5%) случаях имела место антенатальная гибель одного из плодов в сроке 14 и несколько позже недель.

Другое исследование по новорожденным с экстремально низкой массой показало, что среди 32-х ранних многоплодных родов (28-33 нед.) в одном случае один плод из тройни погиб в 18 нед., а в другом - в 20 нед при четверне, оба при рождении имели массу тела менее 500 г. В обоих случаях многоплодная беременность наступила после применения ВРТ.

Выводы: ввиду отсутствия законодательных актов о регистрации внутриутробной смерти одного из плодов в гестационном возрасте до 28 недель при многоплодной беременности и завершении ее родами остальными живыми плодами в 28 и более нед., считаем целесообразным выдачу медицинского свидетельства о рождении для регистрации в органах ЗАГС сопровождать пояснительной запиской или справкой о внутриутробной гибели другого плода в предполагаемом или уточненном с помощью ультразвуковой диагностики сроке беременности.

Таким образом, при существующей в настоящее время системе учета плоды, погибшие внутриутробно в сроке беременности до 28 нед., но родившиеся в более поздние сроки при многоплодной беременности, не подлежат статистической регистрации в органах ЗАГСа.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И ПЛОДА

Чеченин Г.И., Чеченина А.А., Полукаров А.Н., Кондратьева И.И.

МУ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр», МЛПУ Зональный перинатальный центр, Россия, г. Новокузнецк

Актуальность исследования. Состояние здоровья матери и плода в значительной степени обусловлено негативным влиянием ряда факторов риска: антропогенных, эндогенных, социально-экономических, медицинского характера [1]. Для их выявления и изучения с целью разработки превентивных мероприятий требуется достоверная первичная информация о состоянии здоровья матери и динамического наблюдения за течением беременности, родов, послеродового периода и периода новорожденности.

До последнего времени возможность выполнения такой задачи остается весьма затруднительной потому, что в оказании помощи принимают участие многие субъекты и участники. Поэтому организация информационной преемственности между всеми субъектами на всех этапах оказания помощи беременной и новорожденному, а также выявление и анализ ведущих факторов риска являются весьма актуальными.

Цель исследования. Создание единой информационной базы данных (БД) для выявления и анализа исходов беременности для матери и плода и представления результатов для принятия решений.

Материалы и методы исследования. Компьютерная информационная база данных «Рождаемость» по родильному дому Зонального перинатального центра (ЗПЦ) г. Новокузнецка, созданная в 1999 году совместно с МУ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр». В базе данных содержатся сведения (более чем 17,0 тыс. случаев), характеризующие течение беременности, особенности родоразрешения, сведения о новорожденных и др.; имеется отдельный раздел о медицинских факторах риска [2]. Все эти и другие сведения получаются на основании первичных учетных документов: «обменной карты», истории родов, истории развития новорожденного. В настоящем сообщении представлены результаты анализа исходов родов для матери. Рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели. Проведен анализ медицинских факторов риска для матери плода за 2006 год с учетом 8-летней тенденции.

Результаты исследования. В 2006 году родоразрешено 1945 женщин. Из них с медицинскими факторами риска 92,64% женщин. По частоте регистрации лидирующее положение занимают: анемии – 40,4; эндокринная патология – 35,1; инфекции мочеполовой системы – 33,2; отеки, протеинурия и гипертонические расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде – 28,7; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез - 25,0 на 100 родов. Первые три группы факторов стабильно занимают лидирующее положение на протяжении всего исследуемого периода – 8 лет [3].

В структуре ведущие позиции занимают следующие вышеуказанные факторы - 11,4; 10,0; 9,3; 8,6; 7,0 %, соответственно. Остальные факторы в общей структуре составляют менее 7 процентов. Необходимо отметить, что отеки, протеиноурия и гипертонические расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде заняли в 2006 году четвертое место, в то время, как предыдущие годы они занимали 6-7 позиции. Сложившаяся ситуация требует целенаправленного воздействия со стороны службы охраны здоровья матери и ребенка.

При анализе исходов родов выявлено, что 90,89 процентов родов протекали с осложнениями. Лидирующие позиции по распространенности осложнений занимают:

- преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов последующие 24 часа (МКБ-10 О42.0) – 31,7 (на 100 родов);
- роды и родоразрешение, осложнившееся стрессом плода (дистресс) – 19,2;
- роды и родоразрешение, осложнившееся патологическим состоянием пуповины – 19,2;
- нарушения родовой деятельности – 18,9.

Из общего числа новорожденных 26,45% имели осложнения. Всего зарегистрировано осложнений – 746. На каждого новорожденного с осложнениями приходится 1,44 осложнения. Наиболее чаще встречающиеся осложнения:

- малый размер плода для гестационного возраста – 5,0 (на 100 новорожденных);
- неонатальная желтуха неуточненная – 4,7;
- «маловесный» для гестационного возраста плод – 3,6;
- другие случаи малой массы тела при рождении –3,0.

Как положительный момент необходимо отметить снижение в 2006 году перинатальной смертности до 3,06 на 1000 родившихся и числа родившихся с врожденным аномалиями с 9,5 до 8,6%.

Лидирующие аномалии: врожденные деформации бедра -3,2 (на 100 новорожденных), врожденный порок сердца неуточненный – 1,1, другие врожденные деформации стопы – 0,9.

Выводы и заключение. Создание компьютерной информационной базы данных «Рождаемость» и ежегодный мониторинг за исходами родов позволяют выявлять ведущие медицинские факторы риска для принятия решений. Результат анализа исходов родов в 2006 году показал следующее: ведущие факторы риска на протяжении 8 лет сохранили свои лидирующие позиции, при этом наметилась положительная тенденция в частоте и распространенности в каждой группе факторов. И, как результат, улучшились показатели в службе охраны здоровья матери и ребенка. Информационную базу данных «Рождаемость» можно применить для оценки результативности и эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по рассматриваемой проблеме.

РОЛЬ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА ПО НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шадымова Е.А., Николаева М.Г., Григорьева Е.Е.

Россия, г. Барнаул, Городской центр планирования семьи и репродукции, Комитет по делам здравоохранения администрации г. Барнаула

Актуальность проблемы:

Современная демографическая ситуация в России характеризуется резким снижением рождаемости, высокой общей смертностью, ухудшением здоровья населения. Трагизм демографической ситуации заключается ещё и в том, что на фоне крайне низкой рождаемости, значительного числа абортов участились случаи убийства новорожденных, возросли социальные сиротства, детская беспризорность (И.В. Гребешева 2003). В настоящее время проблема планирования семьи приобретает большой социальный смысл.

Зарубежная практика показывает, что предупреждение искусственных абортов, включая нелегальные, с помощью современных средств контрацепции может снизить материнскую смертность на 25 – 50% (В. И. Краснопольский, Л.С. Логутова, 2004). Следует отметить, что более четверти случаев материнской смертности после аборта приходится на прерывание беременности по медицинским показаниям, летальность в данном случае более чем в 12 раз превышает общую летальность от абортов.

Целью настоящего исследования явилось изучение интегрированного взаимодействия органов здравоохранения с другими ведомствами для сохранения репродуктивного здоровья женщин с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности и у социальнонеблагополучных.

Материалы и методы исследования: данные официальной статистики по городу Барнаулу (отчетные формы №13), данные конъюнктурных отчетов лечебных учреждений с более детальным изложением показателей за 2001-2006гг., индивидуальные амбулаторные карты больных.

Результаты исследования:

Проведенанализинтегрированнойдеятельности Городского Центра Планирования семьи с органами социальной защиты и помощи населению и специализированными ЛПУ (психоневрологический и наркологический диспансеры). В исследование вошли женщины группы социального риска (социально значимые заболевания) и имеющие абсолютные противопоказания для вынашивания беременности (n=1230).

Было выявлено, что, в г. Барнауле, за период 2001 – 2006 г.г., частота распространения женщин с абсолютными противопоказаниями для вынашивания беременности имеет тенденцию роста, и составила 2,30‰ и 3,12 ‰ соответственно, что подтверждает данные официальной статистики об ухудшение соматического здоровья населения. Частота распространенности социально значимых заболеваний у женского населения остается достаточно стабильной и составляет 3,45‰ и 3,50‰ соответственно.

Анализируемый контингент женщин нуждается в надежной и продолжительной контрацепции, оказывающей минимальное воздействие на соматическое здоровье. Методами выбора являются: добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) и внутриматочная контрацепция (ВМК). Проведен анализ использования различных методов контрацепции в исследуемой группе в динамике реализации программы профилактики абортов. Установлено, что контрацептивное поведение в 2001 году характеризовалось использованием ДХС в 12,3%; ВМК в 42,2% случаев. Программа профилактики абортов у женщин социально неблагополучных и с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности предусматривала: взаимодействие органов здравоохранения (территориальные женские консультации и специализированные ЛПУ города) с органами социальной защиты и помощи населению; проведение хирургической эндоскопической стерилизации на бесплатной основе; обеспечение надежной постабортной и послеродовой контрацепцией.

Проводимые мероприятия позволили увеличить количество пользователей ДХС на треть, в 2006 году они составили 18,5%. Проведение ДХС ограничено статьей 37 РФ и состоянием соматического и гинекологического здоровья женщины. Методом выбора у данного контингента женщин является также ВМК. Полноценное консультирование, преемственность на всех этапах оказания акушерско-гинекологической помощи позволило увеличить число пользователе ВМК в этой группе женщин на 37%, и на конец 2006 года составило 58,0%.

Оценить эффективность работы по планированию семьи в анализируемой категории женщин возможно при проведении анализа динамики абортов, выполненных по медицинским и

социальным показаниям. Частота прерываний беременности, выполненных по медицинским показаниям, снизилась в 2 раза (1,17‰ в 2001г и 0,67‰ в 2006г), в том числе по показаниям со стороны матери с 0,35‰ до 0,30‰ соответственно. Сокращение показаний к прерыванию беременности по социальным причинам не привело к росту криминальных, неуточненных вмешательств и прерываний беременности по медицинским показаниям. На территории города за 2006год выполнено 3 прерывания беременности по социальным показаниям, снижение в абсолютных числах составляет 223 в 2001г и 3 в 2006году соответственно.

Выводы. Проведенное исследование еще раз показало, что проблема аборта является не только медицинской, но и социальной. Взаимодействие ЛПУ с органами социальной защиты и помощи населению позволило систематизировать сведения о социально неблагополучных женщинах; увеличить использование ДХС с 12,3% до 18,5%, ВМК с 42,2%, до 58%. Количество прерываний беременности, выполненных по медицинским показаниям, снизилось за анализируемый период в 2 раза, в том числе по показаниям со стороны матери на 15%, снижение абортов по социальным показаниям в абсолютных числах составляет 223 в 2001г и 3 в 2006году соответственно.

АНАЛИЗ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Шарапова О.В., Филиппов О.С., Гусева Е.В., Фролова О.Г., Королева Л.П.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

С целью изучения особенностей структуры причин материнской смертности в регионах с высоким и низким уровнем материнской смертности проведен анализ случаев смерти беременных, рожениц и родильниц в 20 субъектах Российской Федерации в 2006 году на основании пояснительных записок главных акушеров-гинекологов субъектов Российской Федерации и данных учетной формы № 003/у-МС «Карта донесения о случае материнской смерти», утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23 июня 2006 года № 500.

В первую группу были включены 10 территорий с устойчиво низким показателем материнской смертности, который по данным Минздравсоцразвития России (с учетом умерших вне стационара) за период 2004-2006 гг. составил в среднем 12,77 + 3,9 на 100 000 родившихся живыми, в том числе в 2006 году – 12,74 + 2,15.

Во вторую группу вошли 10 субъектов Российской Федерации с устойчиво высоким показателем материнской смертности: 49,29 + 11,6 на 100 000 родившихся живыми за период 2004-2006 гг. и 45,43 + 5,16 – в 2006 году.

В 2006 году в первой группе было зарегистрировано 24 случая материнской смерти, во второй – 54 (с учетом умерших вне стационара).

В структуре причин материнской смертности в группе с низким показателем первое место занимал аборт (29,2% - 7 случаев), второе – кровотечения при беременности, в родах и послеродовом периоде (25,0% - 6 случаев), третье – внематочная беременность (12,5% - 3 случая). По 2 женщины (8,3%) умерли от акушерского сепсиса, разрыва матки и эмболии околоплодными водами, одна (4,2%) – вследствие экстрагенитального заболевания и одна (4,2%) – в результате анафилактического шока на лекарственные препараты.

Основными причинами смерти женщин во второй группе явились экстрагенитальные заболевания (20,4% - 11 случаев), аборты (16,7% - 9 случаев), гестоз (14,8% - 8 случаев), сепсис (13,0% - 7 случаев), акушерские кровотечения и осложнения анестезии (по 11,1% - по 6 случаев), внематочная беременность (5,5% - 3 случая), разрыв матки и акушерская эмболия (по 3,7% - по 2 случая).

Умерли в условиях ЦРБ 58,3% женщин первой группы и 37,0% второй группы, в условиях городских больниц и родильных домов – 20,8% и 22,2% соответственно, в условиях областных (краевых, республиканских) больниц – 8,3% и 40,8% соответственно. Вне стационара смерть наступила у 3 (12,5%) женщин первой группы в результате кровотечения после криминального аборта, кровотечения после домашних родов без медицинской помощи и экстрагенитального заболевания. Во второй группе случаев материнской смерти вне стационара не зарегистрировано.

При анализе случаев смерти женщин после прерывания беременности в сроке до 28 недель установлено, что в первой группе на долю умерших после медицинского аборта приходится 12,5% от общего числа умерших, на долю умерших после аборта, начатого или начавшегося вне лечебного учреждения - 16,7%, во второй группе – соответственно 9,3% и 7,4%. Причины смерти женщин после прерывания беременности в лечебно-профилактическом учреждении в первой группе были связаны с осложнением медицинского аборта кровотечением (2 случая) и анафилактическим шоком на анестетики (1 случай); во второй группе 2 женщины погибли после прерывания беременности по медицинским показаниям в связи с тяжелым гестозом, 2 – от анестезиолого-реанимационных осложнений и 1 – в результате септического осложнения после артифициального аборта. Причиной смерти женщин после внебольничного аборта, как в первой, так и во второй группе, в 3 случаях был сепсис и в 1 случае – кровотечение.

Необходимо отметить, что в группе с высоким уровнем материнской смертности доля предотвратимых причин составила 31,5% против 8,3% в группе с низким уровнем. К непредотвратимым причинам смерти в первой группе были отнесены 33,3% случаев, во второй – 27,8%, к условно предотвратимым – соответственно 58,4% и 40,7%.

Таким образом, структура причин материнской смерти отличается в регионах с различным показателем материнской смертности. В субъектах Российской Федерации с низким уровнем материнской смертности основными причинами гибели женщин являются акушерские кровотечения, внематочная беременность и не отмечено случаев смерти беременных, рожениц и родильниц от гестоза и осложнений анестезии. В территориях с устойчиво высоким уровнем материнской смертности преобладают управляемые причины смерти женщин - гестоз, сепсис, осложнения анестезии.

Выявленные региональные особенности причин материнской смертности необходимо учитывать при разработке комплекса мер, направленных на снижение материнской смертности в субъектах Российской Федерации.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ

Шевченко В.В., Бархатова Е.Н., Упатов В.В., Смирнов В.А., Кузнецова И.В.

Россия, г. Красноярск, Главное управление здравоохранения администрации города Красноярска, МУЗ «Городская детская больница №1

Одним из важнейших направлений государственной политики является улучшение демографической ситуации, повышение рождаемости и создание условий, благоприятствую-

щих рождению и сохранению жизни и здоровья каждого ребенка. В связи с этим совершенствование системы оказания медицинской помощи матери и ребенку представляет чрезвычайно важную задачу.

Планомерная работа по решению данной задачи – приоритетное направление деятельности муниципального здравоохранения г. Красноярска.

В 2000 г. была проведена комплексная оценка организации медицинской помощи при неотложных состояниях у новорожденных детей в г. Красноярске. Выявлены основные проблемные направления, требующие безотлагательного решения.

В родильных домах в недостаточной мере организована эффективная работа палат интенсивной терапии по оказанию первичной помощи новорожденным.

Оснащение родильных домов и обучение персонала не соответствует современным требованиям по оказанию помощи новорожденным, имеющим различную степень тяжести патологии. Коечный фонд неонатальной реанимации составляет 50% от реальной потребности. Отделение реанимации в г. Красноярске представлено одной палатой на 6 коек в Городской детской больнице №1, где уровень оснащения и условия не обеспечивают эффективного выхаживания больных детей, отсутствует необходимый набор оборудования для лабораторной и функциональной диагностики.

Нет этапной системы обеспечения реанимационно – консультативной помощью новорожденных, находящихся в критическом состоянии.

Не обеспечены условия транспортировки новорожденных из родильных домов.

Не проводится комплексная экспертная оценка качества оказания медицинской помощи матери и ребенку на разных этапах, нет единой системы в работе всех служб охраны материнства и детства.

Основные показатели, характеризующие качество медицинской помощи детям раннего возраста, также были неутешительными: перинатальная смертность - 17,56; ранняя неонатальная смертность - 10,36; поздняя неонатальная смертность - 2,22; неонатальная смертность - 12,58; постнеонатальная смертность - 5,55; младенческая смертность - 18,06; мертворождаемость - 7,32.

Исходя из сложившейся ситуации, главным управлением здравоохранения администрации города совместно с кафедрой «Анестезиологии и реаниматологии №2» КрасГМА была разработана научно-обоснованная и эффективная для практического здравоохранения система перинатальной помощи, адаптированная к условиям г. Красноярска.

Программой предусмотрены мероприятия по профилактике врожденных пороков развития и наследственных заболеваний и по оптимизации непосредственно неонатальной реанимации и адекватной помощи новорожденным с патологией различной степени тяжести:

Мониторинг врожденных пороков развития - УЗ - исследования беременных женщин в сроки 12-14, 22-24, 32 недели; биохимические исследования крови беременных на сывороточные маркеры (АПФ\ХГЧ, НЭ) с 15 по 20 неделю беременности.

Медико-генетическое консультирование беременных из группы риска по ВПР и ХА. Инвазивная диагностика хромосомных болезней плода.

Неонатальный скрининг.

- Увеличение количества коек реанимации и интенсивной терапии: до 12 в отделении реанимации МУЗ ГДБ №1 и 12 в родильных домах.
- Организация в МУЗ ГДБ №1 отделения второго этапа выхаживания новорожденных.
- Закупка необходимого оборудования: респираторы нового поколения, мониторы, кувезы, лабораторное, УЗ оборудование, медикаменты и расходный материал.
- Разработка плана обучения врачебно-сестринского состава: «Перинатальные конференции», тематические семинары, в т. ч. по программе «Мать и дитя».
- Совершенствование экспертизы качества на всех этапах оказания медицинской помощи с разработкой и внедрением мероприятий по устранению выявленных дефектов.
- Создание городской комиссии по снижению младенческой смертности, обеспечивающей экспертизу качества и планирование организационно-методических мероприятий по совершенствованию системы.
- Внедрение технологий поэтапного оказания помощи новорожденным с различной степенью тяжести патологии в зависимости от уровня лечебного учреждения (родовый зал, палата интенсивной терапии, консультация врача реанимационно-консультативного центра, выездная помощь бригады ПРКБ, транспортировка новорожденных в специализированное отделение ОРИТ МУЗ ГДБ №1).
- Дальнейшее совершенствование второго этапа выхаживания новорожденных.

Планомерная целенаправленная работа по совершенствованию системы охраны материнства и детства позволила за последние годы стабилизировать и значительно улучшить основные показатели деятельности. Уровень младенческой смертности за последние 7 лет снижен более чем в 2 раза (с 21,4 до 7,6 на 1000 родившихся живыми), более чем в 2,5 раза снизился показатель перинатальной смертности (с 23,3 до 7,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми). Ранняя диагностика хромосомных аномалий и патологии развития плода обеспечила снижение уровня мертворождаемости с 11,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми до 4,3.

Резервом дальнейшего снижения младенческой смертности в г. Красноярске является продолжение целенаправленной работы по совершенствованию: медико-генетической службы, пренатальной диагностики, материально – технической базы этапов реанимации новорожденных, технологий оказания помощи новорожденным с экстремально низкой массой; стандартизации реанимационной помощи.

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАСШИРЕНИЮ ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ

Шевченко В.В., Бархатова Е.Н., Упатов В.В., Будникова Е.В.

Россия, г. Красноярск, Главное управление здравоохранения администрации города Красноярска, МУЗ «Городская детская поликлиника №2

В городе Красноярске Глобальная Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательного отношения к ребенку» активно внедряется в практику муниципальных учреждений родовспоможения и детства с 1998 года, когда на базе городского методического кабинета «Здоровый ребенок» МУЗ «Городская детская поликлиника №2» (ГДП №2), согласно приказу Главного управления здравоохранения, был организован Красноярский городской организационно-методический центр грудного вскармливания. Основными задачами деятельности центра является: координирование деятельности МУЗ по внедрению в работу основных принципов успешного грудного вскармливания, обучение медицинских работников родильных домов, женских консультаций и детских поликлиник современным навыкам ведения лактации, оказанию консультативной и практической помощи кормящей грудью женщине, популяризация грудного вскармливания среди населения г. Красноярска.

С 2004 года в муниципальных учреждениях здравоохранения города при активном сотрудничестве главного управ-

ления здравоохранения и Института здоровья семьи (г. Москва) реализуется международный проект «Мать и Дитя». Подготовлены к внешней аттестации на соответствие званию ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» три акушерских стационара родильных домов и три женские консультации в их составе, три детские поликлиники. Медицинские работники этих учреждений способны оказать практическую и консультативную помощь женщине на этапе становления и поддержания лактации, что позволило радикально изменить ситуацию по обеспечению детей грудного возраста единственно функциональным питанием на срок более 6 месяцев. Так по данным официальной статистики (Ф. 31 МЗ и СР РФ) за 2004 – 2006 гг., доля детей, получающих грудное вскармливание от 3 до 6 месяцев составляет соответственно 25,8%; 26,3% и 30,1%. Из года в год уменьшается число детей первых 6 месяцев жизни, лишенных грудного молока. Доля детей, находящихся на грудном вскармливании после 6 месяцев, составила в 2006 году 56,9%.

Более 76% родов в г. Красноярске осуществляется в родильных домах, внедривших в свою практику основные принципы успешного грудного вскармливания. Практика данных учреждений родовспоможения положительно влияет на состояние здоровья матери и новорожденного. Выкладывание новорожденного на живот к матери более чем на 30 мин. осуществляется в 95% случаев, не зависимо от способа родоразрешения. Прикладывание к груди на родовом столе происходит в 92% случаев, совместное пребывание с первых суток - в 85%. Реализация программ позволила снизить уровень гнойно-септических заболеваний женщин и новорожденных, уменьшить количество послеродовых кровотечений, свести к нулю количество лактостазов и трещин сосков у родильниц, уменьшить число желтух новорожденных и положительно сказывается на динамике массы младенцев, находящихся в условиях совместного пребывания и вскармливаемых по требованию.

Не менее значимая роль в расширении практики грудного вскармливания отводится медицинскому персоналу детских поликлиник. Система патронажей и профилактических осмотров детей первых лет жизни, позволяет в значительной степени влиять на продолжительность и распространенность грудного вскармливания. Анализ показателей эффективности работы детских поликлиник, участвующих в Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», свидетельствует о том, что процесс вскармливания грудью является управляемым фактором. При условии выполнения основных принципов успешного грудного вскармливания детскими поликлиниками, число детей, продолжающих получать грудное вскармливание в возрасте старше 6 мес., по ряду учреждений (МУЗ ГДП №2) увеличивается до 67%, показатель исключительно грудного вскармливания в первые 6 мес. составляет 65%. На втором году жизни (согласно рекомендаций ВОЗ) продолжают получать молоко матери около 30% детей. Уровень заболеваемости детей первого года жизни в ГДП №2 в течение последних трех лет стабилен и сохраняется на уровне 2850 на 1000, что на 22% меньше городского показателя. Снижение заболеваемости детей первого года жизни отмечено и по всем классам болезней, непосредственно связанных с характером вскармливания.

Заслуживает внимания новое направление в работе – проведение массовых городских мероприятий, способствующих популяризации грудного вскармливания. С 2004 года ежегодно в городе проводится акция «Неделя грудного вскармливания в г. Красноярске». Целью проведения данной акции является расширение практики грудного вскармливания; формирование общественного мнения – «альтернативы грудному вскармливанию нет»; информирование общественности о медицинских, социальных и экономических преимуществах грудного вскармливания; привлечение учреждений родовспоможения и детства к участию в Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку». В рамках недели проводятся врачебные научно-практические конференции, семинары для рабочих групп муниципальных учреждений здравоохранения, встречи с группами поддержки кормящих грудью матерей, выступления в СМИ, консультирование кормящих грудью женщин, лекции по грудному вскармливанию для беременных женщин, встречи с аудиториями студентов, работа горячей линии по вопросам рационального вскармливания младенцев. Ежегодное участие центра в городских социальных и специальных форумах с 2005 года позволило информировать большое число Красноярцев о безальтернативности и доступности грудного вскармливания.

Внедрение в практику детских поликлиник, женских консультаций и родильных домов, способных оказать существенное влияние на успешную практику вскармливания новорожденных, позволяет активно формировать качественный уровень здоровья с первых дней жизни ребенка. А также дать возможность каждой женщине, родившей ребенка выкормить младенца грудью.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ

Шевченко В.В., Бархатова Е.Н., Упатов В.В.

Россия, г. Красноярск, Главное управление здравоохранения администрации города Красноярска

Ранняя помощь детям и семьям во всем мире - одно из приоритетных направлений деятельности здравоохранения, образования, социальной защиты, общественных организаций. Рождение ребенка, находящегося в критической ситуации, пребывание его в реанимационном отделении – серьезное испытание для родителей. Такой ребенок и в последующие периоды жизни, как правило, в большей степени подвержен риску возникновения нарушений в развитии. Именно в раннем периоде ему необходима междисциплинарная помощь специалистов, а семье - психологическое сопровождение.

В 2006 г. администрацией г. Красноярска был проведен открытый конкурс на право заключения муниципального контракта на оказание услуг по реабилитации детей раннего возраста, имеющих высокий риск нарушений развития. Целью конкурса было улучшение качества ранней медико-психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей, получающих этапное лечение в отделениях: реанимации новорожденных, патологии новорожденных и восстановительного лечения муниципального учреждения здравоохранения «Городская детская больница №1», на площадях которого осуществляет свою деятельность общественная организация «Красноярский центр лечебной педагогики». С победителем конкурса - общественной организацией «Красноярский центр лечебной педагогики» - администрацией города был заключен контракт на выполнение работ по междисциплинарной реабилитации детей с первых недель жизни. В ходе реализации контракта использована, считающаяся одной из наиболее эффективных, междисциплинарная модель раннего вмешательства, отработанная в городе Санкт - Петербурге. Особенностью ее является объединение специалистов разного профиля в единый коллектив, в единую рабочую команду

Сотрудничество специалистов отделения восстановительного лечения МУЗ ГДБ №1 и общественной организации позволили отработать технологию программы раннего вмешательства, обеспечить комплекс услуг, не предусмотренных программой государственных гарантий.

Работа с ребенком группы риска начинается в отделении реанимации, где психолог оказывает родителям психологическую поддержку и дает информацию о возможности получить комплекс реабилитационных мероприятий в отделении восстановительного лечения, куда ребенок направляется после окончания курса лечения на 2 этапе. Здесь мама заполняет опросник определения уровня развития младенцев по шкалам развития KID(R) или RCDI.Результаты обрабатываются компьютерной программой.

Результаты обследования и наблюдения за ребенком обсуждаются командой специалистов, совместно с родителями ребенка, определяется возможная программа абилитации, конкретные сроки и ее форма: индивидуальные либо групповые занятия. Традиционный объем медицинской реабилитации в отделении восстановительного лечения сочетается с мероприятиями, обеспечивающими развитие и психологическое сопровождение семьи – помощь оказывают терапевт языка и речи (логопед), психолог, специальный педагог, физический терапевт.). Через 3 месяца проводится консилиум по результатам работы. При необходимости программы абилитации корректируются.

В ходе реализации контракта проведена диагностика по шкалам развития 167 детей, по результатам обследования проведены консультации 156 семей, выявлено 96 детей, требующих помощи специалистов службы раннего вмешательства. Проведен первый цикл занятий: индивидуальных - для 34 детей, групповых - для 50.

Технология раннего вмешательства обеспечивает достоверное выявление нарушений развития в раннем возрасте и своевременное оказание медицинской и психолого-педагогической помощи детям раннего возраста и семье, направлена на снижение тяжести инвалидизации детей группы риска. Наш опыт показывает, что ранняя развивающая помощь способствует более успешному развитию ребенка, предотвращению возникновения вторичных нарушений, формированию у родителей навыков общения с ним, что снижает риск социального сиротства. Однако данная услуга затратна по времени, требует участия в процессе реабилитации специалистов, не предусмотренных отраслевыми нормативными актами, в связи с чем не может быть предоставлена на данном этапе в рамках программы государственных гарантий. Востребованность услуги должна стать обоснованием для пересмотра штатных и временных отраслевых нормативов деятельности отделений восстановительного лечения детских поликлиник.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ

Шевченко В.В., Шагеева Г.А, Упатов В.В., Бугаева Е.В.

Россия, г. Красноярск, Главное управление здравоохранения администрации города Красноярска, МУЗ «Родильный дом №5

Репродуктивное здоровье отражает состояние здоровья общества. Многие из проблем, связанных с ним, возникают в молодом и подростковом возрасте. Мировое сообщество выделяет 4 основные группы проблем репродуктивного здоровья молодежи: незащищенные сексуальные отношения, как правило, до брака, беременность и рождение детей (феномен «подросткового материнства»), аборты и инфекции, передающиеся половым путем, в том числе и ВИЧ/СПИД.

Статистика последних лет свидетельствует об увеличении заболеваемости в этой группе населения и подход к решению вопросов, связанных с репродуктивным поведением и здоровьем, должен быть единым, целостным и междисциплинарным. Это возможно только совместными усилиями государственных органов, медицинских и социальных служб, общественных организаций и самого населения. Информированность, демонстрация моделей поведения, создание стимулов к сохранению репродуктивного здоровья, все это методы профилактики «болезней поведения», а также хронических заболеваний, обусловленных, прежде всего отношением молодого человека к своему здоровью, образу жизни и вредными привычками.

Реализация на территории города Красноярска проектов «Здоровая Россия», «Ты не одна» Центра национальной Славы России, «Мать и Дитя», основными направлениями которых явились: охрана репродуктивного здоровья подростков и молодежи, консультирование населения по вопросам сохранения здоровья и планирования семьи, коммуникативная кампания «Услышьте друг друга», в должной мере привлекла внимание специалистов, занимающихся вопросами репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Опросы, проведенные специалистами, показали, что молодежь испытывает потребность в подготовке к семейным отношениям, проявляет интерес к темам репродуктивного здоровья и поведения, отношениям между партнерами. Интерес этот в равных долях, как среди девушек, так и среди юношей. Ранняя беременность, возникновение заболеваний у партнерш часто случаются из-за отсутствия у юношей знаний и несформированного чувства ответственности. Исследования продемонстрировали, что молодые люди в основном получают информацию от сверстников (32%) и из средств массовой информации (40%), а желали бы получать от медицинских работников (50%), родителей, учителей. Многие подростки больше всего доверяют своим родителям, но в связи с тем, что в нашей стране на вопросы сексуальности был наложен неофициальный запрет, выросли целые поколения семей, в которых вопросы полового воспитания было не принято обсуждать.

Для повышения информированности населения в учреждениях здравоохранения города было организовано консультирование по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, психологических взаимоотношений в семье и между партнерами. Для проведения консультации не требовалось предъявлять документы и полис обязательного медицинского страхования, что обеспечило доступность медицинской услуги и повышенный интерес населения. В женских консультациях проводились специализированные приемы по планированию семьи, где проводилось индивидуальное, либо партнерское консультирование. На консультации приглашались девушки и юноши. Врачи и психологи изменили методику работы, существенная часть времени использовалась для проведения профилактических, превентивных мероприятий. Привлечение психологов к консультированию до аборта, позволило многим женщинам отказаться от намерения прервать беременность. Установлено, что немаловажной причиной принятия решения об аборте являются не материальные трудности, а психологический климат в семье, проблемы взаимоотношений, отсутствие мотивации на материнство и отцовство, неверно расставленные приоритеты.

По вопросам сохранения репродуктивного здоровья проведено обучение педагогов и родителей. Информация, предоставленная специалистами, оказалась полезной, и это позволило нам продолжить сотрудничество с учебными заведениями, где проведены диспуты «Легко ли быть молодым», «Контрацепция позволяет любить», «Давайте учиться любить» и многие другие. К профилактической работе были привлечены врачи детских поликлиник, а также специализированных лечебных учреждений (кожно-венерологического диспансера, Центра СПИД).

Средства массовой информации - необходимый и важный партнер при внедрении программ по формированию здорового образа жизни, формирования установок правильного репродуктивного поведения и охраны репродуктивного здоровья. Журналисты принимали активное участие в проведении образовательных программ для молодежи, проведены теле и радиоэфиры с интересной формой подачи информации. Активную поддержку мы получили среди руководителей развлекательных клубов для молодежи, проведены тематические дискотеки, посвященные здоровому образу жизни.

Решение проблем, возникающих в репродуктивном возрасте, не может быть реализовано без деятельности социальных служб. Это проведение работы с подростками из социально- неблагополучных семей, а также детьми и подростками с ограниченными возможностями, работа с несовершеннолетними мамами.

Результатом принятого комплекса мер по результатам опроса молодых людей явилось повышение информированности молодежи о методах сохранения репродуктивного здоровья и верной установки репродуктивного поведения, повышение ответственности за здоровье партнера и заинтересованности юношей обсуждать вопросы репродуктивного поведения и здоровья, повышение удовлетворенности медицинской услугой, появившимся желанием проводить совместные обсуждения возникающих вопросов у молодых супругов и партнеров, и что очень важно - отказы от принятых решений о проведении прерывания беременности.

Первые шаги в программах по сохранению репродуктивного здоровья и формированию ответственного родительства, путем реализации проектов «Здоровая Россия», «Ты не одна», «Мать и дитя» в городе Красноярске были сделаны медицинскими работниками и сотрудниками проектов, но для успешной работы и дальнейшего развития стало необходимым участие всех партнеров на различных уровнях. Условием успеха программ охраны репродуктивного здоровья молодежи, является только комплексный, междисциплинарный подход и вовлечение самой молодежи в этот процесс.

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ

Шевченко В.В.

Россия, г. Красноярск, Главное управление здравоохранения администрации города Красноярска

Существующая организационная модель службы родовспоможения в городе Красноярске представлена пятью муниципальными родильными домами, специализированными по экстрагенитальной и акушерской патологии, один из которых входит в состав многопрофильной больницы. 12 женских консультаций, 2 межрайонных центра пренатальной ультразвуковой диагностики, централизованная лаборатория, отделение анестезиологии и реанимации, являются структурными подразделениями родильных домов. Кроме того, оказание медицинской помощи женщинам с наиболее тяжелыми осложнениями беременности, родов и послеродового периода или соматическими заболеваниями, а нередко и родоразрешение, проводится в специализированных отделениях многопрофильных больниц. Существующая модель позволяет оказывать женщинам, жительницам города и районов края, весь спектр медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, в период беременности, родов и послеродового периода, обеспечивает им доступность и качество медицинской помощи. В структуре пролеченных и родоразрешенных беременных в стационарах города Красноярска, удельный вес женщин, проживающих в районах края, ежегодно составляет 7,5 -8% (900 -1000 пациенток).

С целью совершенствования оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродового периода и снижения материнской заболеваемости, инвалидности и смертности в г. Красноярске в 1998 году в составе отделения анестезиологии и реанимации на базе муниципального учреждения здравоохранения Родильный дом №1 на функциональной основе создан акушерский реанимационно-консультативный центр. Специалисты центра оказывают медицинскую помощь женщинам, проживающим в городе и в районах края. Необходимость создания центра была продиктована высоким уровнем материнской и перинатальной смертности, в городе и в крае, необходимостью соблюдения этапности медицинской помощи, отсутствием в регионе краевого родовспомогательного учреждения. Показатель материнской смертности в г. Красноярске в 1997 году составлял 106,7 на 100000 живорожденных, в причинной структуре преобладали прямые акушерские причины. Перинатальная смертность - 18,8 на 1000 родившихся, в причинной структуре ведущими были гипоксии, респираторный дистресс синдром, врожденные пороки развития плода. Уровень младенческой смертности - 16,3 на 1000 родившихся живыми, основными причинами являлись синдром дыхательных расстройств и врожденные пороки развития плода.

Организация центра позволила обеспечить квалифицированную, консультативную, диагностическую и лечебную помощь женщинам, с осложненным течением беременности и родов, различного генеза и степени тяжести, по профилям: акушерско-гинекологическому и анестезиолого-реанимационному. Специалисты центра оказывают помощь в стационарах низкого риска в районах края, а также учреждениях города на основе использования современных профилактических, диагностических и лечебных технологий, с соблюдением этапности оказания медицинской помощи. За состоянием пациенток круглосуточно проводится наблюдение, определяется тактика ведения и лечения, оптимальные сроки перевода. При наличии показаний к переводу больных на следующий этап лечения по профилю заболевания осуществляется транспортировка и госпитализация в специализированные отделения многопрофильных больниц №6 им. Н.С.Карповича и №20 им. И.С.Берзона или реанимационное отделение муниципального Родильного дома №1.

Информация о случае тяжелого заболевания и осложнения беременности оперативно предоставляется специалистам главного управления здравоохранения администрации города, для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи, анализа причин осложнений беременности, выявления дефектов и принятия управленческого решения.

За период 2004-2006 гг.. в центре проконсультировано 802 пациентки, 725 из которых поставлены на учет в акушерский реанимационно-консультативный центр. Проведено 109 выездов в учреждения, осуществлен вывоз 102 пациенток в реанимационное отделение родильного дома и многопрофильные стационары. Транспортировка больных проводилась бригадой на специально оборудованном реанимобиле или санитарной авиацией. В период транспортировки в 79% случаев больным обеспечивалась респираторная поддержка. В структуре осложнений беременности и родов у пациенток, получивших помощь специалистов центра, ведущими явились тяжелые формы гестоза (41%), кровотечения, расстройства гемостаза (29,4%), тяжелые формы сепсиса (20,6%).

Применение новых организационных технологий с обеспечением единого технологического цикла оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам на догоспитальном и госпитальном этапах, организация акушерского реанимационно-консультативного центра, сво-

евременное направление и оказание медицинской помощи беременным группы высокого риска по материнской и перинатальной смертности, в стационарах высокого уровня, обеспечение преемственности работы учреждений родовспоможения и многопрофильных больниц, разработка и соблюдение протоколов ведения больных, позволили снизить уровень материнской, перинатальной и младенческой смертности. Показатель перинатальной смертности в 2006 году составил 7,8 на 1000 родившихся, младенческой смертности - 7,7 на 1000 родившихся живыми.

Впервые в истории города Красноярска в 2006 году не зарегистрировано ни одной материнской смерти среди жительниц города Красноярска.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ИХ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Заварзина О.О., Ан А.В., Дикке Г.Б., Файзуллин Р.И.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи

В современных условиях экономического роста страны главной целью социальной политики Российской Федерации являются последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг и прежде всего качественной медицинской помощи.

Известно, что успехи практического здравоохранения зависят не только от организации медицинской службы, финансовых вложений, медикаментозного и инструментального оснащения лечебных учреждений, но и от квалификации специалистов. Результативность и эффективность работы, направленной на достижение главной цели приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения – доступность и качество, определяется в значительной степени кадровым потенциалом отрасли, особенно в области оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Одной из задач Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи является организация подготовки медицинских работников в ординатуре, аспирантуре и докторантуре для сферы разработки высоких медицинских технологий и оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Учитывая прогрессивное развитие концепции демографической политики России требования, которые предъявляются к специалистам акушерско-гинекологического и педиатрического профиля не только возросли, но и изменились, став более соответствующими мировым стандартам.

Недостаток специалистов соответствующей квалификации определяет новые задачи к послевузовскому профессиональному образованию в рамках реализации национального проекта «Здоровье».

Строительство новых перинатальных центров и модернизация действующих кардинально не решит демографические проблемы России. Ведущим организациям Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи необходимо сконцентрироваться на подготовке специалистов высокой квалификации для учреждений акушерско-гинекологического и педиатрического профилей.

СТРАТЕГИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Заварзина О.О., Дикке Г.Б., Файзуллин Р.И.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи

Темпы развития высокотехнологичной медицинской помощи населению непосредственно связаны с развитием медицинской науки и инновационной деятельности научных медицинских организаций.

Основной причиной недостаточного уровня оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению РФ до недавнего времени было отсутствие единой системы, обеспечивающей разработку высоких медицинских технологий, их внедрения, тиражирования, применения, мониторинга потребности и своевременности предоставления.

Одним из важнейших направлений государственной политики, определенных Посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, является улучшение демографической ситуации в стране, повышение рождаемости и создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей. Решение задач сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин детородного возраста и снижение материнских и плодово-инфантильных потерь диктует острую необходимость скорейшего внедрения научно-обоснованных медико-организационных мероприятий и новых методов высокотехнологичной медицинской помощи в работу акушерско-гинекологической службы регионов.

Первостепенными являются задачи в части координации научных исследований, а именно: разработке приоритетных направлений научно-исследовательских работ, в планировании, координации и информационном обеспечении научной и инновационной деятельности учреждений, формирование системы научных организаций и обеспечение разработки и реализации научных программ и проектов.

Идея создания национальной специализированной службы заключается в функциональном объединении материально-технических и кадровых ресурсов лечебных и научно-исследовательских учреждений, предоставляющих высокотехнологичную медицинскую помощь по одному клиническому направлению под руководством головного учреждения.

В акушерстве и гинекологии – одном из направлений Национального проекта в сфере здравоохранения – планируется создать специализированную службу, которая, по сути, явится стратегически новой, высоко эффективной организационной структурой, концентрирующей материально-технический, интеллектуальный и кадровый потенциал ведущих научно-практических учреждений страны, решит возможности каждой структурной единицы, входящей в нее, и существенно повысит доступность для населения получения высокотехнологичной медицинской помощи.

В настоящее время по направлению «Акушерство и гинекология» создан высокопрофессиональный научный коллектив Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи в составе федеральных государственных учреждений Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии, Ивановского НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова, Ростовского НИИ акушерства и педиатрии, Уральского НИИ охраны материнства и младенчества. В комплекс мероприятий по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи матерям и детям входит выполнение на федеральном уровне комплекса мероприятий, в частности, таких, как перевод федеральных специализированных медицинских учреждений на работу в условиях государственного

задания за счет федерального бюджета, строительство новых перинатальных центров для реализации наиболее востребованных видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Обязательным условием повышения качества оказания медицинской помощи женщинам и детям в области высоких технологий является разработка действенных механизмов внедрения научных достижений и планомерная подготовка высококвалифицированных научных и медицинских кадров.

Основными направлениями научных исследований в области акушерства, гинекологии и перинатологии в настоящее время являются: разработка новых высокотехнологичных методов диагностики и эффективной терапии при беременности и родах высокого риска для матери и ребенка; изучение проблем перинатальной медицины и развитие хирургических методов лечения заболеваний плода; разработка новых методов реконструктивно-пластической хирургии при аномалиях развития и опухолевых заболеваниях половых органов.

Реализация научной продукции, созданной в предшествующие годы, в практическом здравоохранении, и продемонстрировавшая ее результативность, позволяет в настоящее время сконцентрировать усилия ученых и ресурсы на наиболее перспективных направлениях научных исследований и разработок в области высоких медицинских технологий в акушерстве и гинекологии.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ОТ АБОРТОВ

Николаева М.Г., Григорьева Е.Е., Шадымова Е.А.

Россия, г. Барнаул, Городской центр планирования семьи и репродукции, Комитет по делам здравоохранения администрации г. Барнаула

Актуальность проблемы:

На фоне социально-демографического неблагополучия в нашей стране проблема абортов приобретает особую актуальность, так как, несмотря на устойчивую тенденцию к снижению, они занимают ведущее место в структуре репродуктивных потерь (В. И. Краснопольский, Л.С. Логутова, 2004). Искусственное прерывание беременности влечет за собой ряд неблагоприятных последствий и осложнений. Частота их остается высокой, несмотря на огромные усилия современной медицины, достигая 30%, а у первобеременных 45%. (О.Г. Фролова И.А. Жирова, 2003). Сокращение числа абортов занимает особое место в системе мер по сохранению и восстановлению репродуктивного потенциала женщины.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты и структуры абортов в четырех возрастных группах: у подростков, в молодом, среднем и старшем репродуктивном возрастах.

Материалы и методы исследования: данные официальной статистики по городу Барнаулу (отчетные формы №13), данные конъюнктурных отчетов лечебных учреждений с более детальным изложением показателей за 1998-2006гг.

Результаты исследования:

В г. Барнауле за последние 9 лет (1998-2006гг) уровень абортов, выполненных в ЛПУ города, сократился на 32,2%, с 64,20‰ до 42,90‰ соответственно. Снижение абортов наблюдается во всех видах. Искусственные легальные аборты, то есть по желанию женщины, снизились с 44,50‰ до 32,70‰ в результате расширения круга пациенток, использующих эффективную контрацепцию. Оптимизация помощи по планированию семьи среди женщин групп высокого риска по соматической и гинекологической патологии привела к снижению частоты прерываний беременности по медицинским показаниям с 0,94‰ (1998г) до 0,61‰ (2006г), а частоты самопроизвольных выкидышей с 4,74‰ до 2,12‰. Несмотря на ухудшение социальной ситуации в последние годы, снижение платёжеспособности населения частота неуточненных абортов, то есть аборта, начавшегося вне лечебного учреждения, а значит заведомо инфицированного и грозящего осложнениями, снизилась за анализируемый период с 3,32‰ до 2,53‰. Доля мини абортов в структуре всех видов прерываний беременности увеличилась в 3 раза, и составила в 2006 году 28,87% (1998г – 9,87%), что является положительным моментом, так как мини аборт менее травматичен и приводит к меньшему количеству осложнений, как в ранний, так и в отсроченный период. Частота мини абортов на 1000 женщин фертильного возраста (ЖФВ) также выросла с 5,58‰ до 15,13‰.

Для оценки частоты прерываний беременности в различные возрастные периоды проведен анализ абортов в четырех группах пациенток. За анализируемый период частота абортов снизилась во всех указанных группах. Максимальная доля абортов среди исследуемых контингентов приходится на возраст 25-34 года, и составляет 45,0% в 1998г и 37,5% в 2006 г. На возраст 20-24 года приходится 36,9% и 31,4% соответственно. Удельный вес абортов у подростков и у женщин старше 35 лет примерно одинаковый и составляет 12,7% и 12,4% (подростки); 12,9% и 14,8% (женщины старше 35 лет) соответственно. Однако следует отметить, что изменения удельного веса каждой возрастной группы в числе всех абортов не отражает истинной динамики частоты абортов в анализируемых группах и не позволяет оценить качество проводимой профилактической работы по предупреждению непланируемой беременности.

За анализируемый период удельный вес абортов в подростковой среде не претерпел существенных изменений и составил 12,4% и 12,2% соответственно. Частота абортов у девушек 15-19 лет также не имеет выраженной динамики к снижению – 56,00‰ и 54,00‰ соответственно. Однако изменилась структура абортов в этой группе. Незрелость подростков создает неблагоприятный фон для реализации деторождения. Профилактическая и консультативная работа по предупреждению нежелательной беременности среди подростков привела к тому, что частота самопроизвольных выкидышей и прерываний беременности по медицинским показаниям снизилась в 2 раза: с 3,50‰ до 1,50‰ и с 1,46‰ до 0,65‰ соответственно. Последние 2 года криминальных абортов у подростков на территории краевого центра не было. Возрастная группа 20 - 24 года представляет ближайший потенциал для воспроизводства населения. Удельный вес абортов этой возрастной группы остается достаточно высоким, и в 2006 году составил 31,4% (в 1998 г – 36,9%). Однако частота прерываний беременности максимально снизилась именно у женщин 20 – 24 года, и соответственно составила 160,00‰ в 1998г и 79,01‰ в 2006 г. отмечается снижение частоты всех видов абортов. Самопроизвольные аборты снизились с 10,20‰ до 2,79‰; внебольничные аборты с 6,02‰ до 2,93 ‰; прерывания беременности по медицинским показаниям с 3,42‰ до 0,73‰. Прерываний беременности по социальным показаниям в 2006 г в этой группе не было, а 1998 г частота составила 3,70‰. Возрастная группа 25-34 года представлена женщинами, достигшими физиологической и социальной зрелости, частично выполнившими свою репродуктивную функцию и поэтому нуждаются в надежной и длительной контрацепции. Изменения удельного веса абортов за анализируемый период этой возрастной группы более значительно (45,0% и 37,5% соответственно) Однако частота абортов изменилась не столь значительно, отмечается снижение с 93,52‰ до 75,99‰ соответственно. Частота внебольничных абортов и прерываний по медицинским показаниям существенно не изменилась и составила 4,80‰ – 3,75‰ , и 0,60‰ - 0,65 ‰, соответственно. Частота самопроизвольных абортов снизилась с 6,97‰ до 3,53 ‰. IV группа представлена женщинами в возрасте 35 лет и старше, как правило, уже выполнившими свою

репродуктивную функцию и больше не планирующих рожать детей. Снижение частоты абортов в этой возрастной группе происходит в зависимости от возрастания оральной и хирургической контрацепции. За анализируемый период частота абортов в этой возрастной группе остается достаточно стабильной и составляет 18,4‰ и 20,0‰ соответственно.

Число абортов напрямую зависит от числа пользователей эффективными методами контрацепции. До 2000 года в г. Барнауле процент постабортной контрацепции не превышал 32%. С 2002 года в краевом центре действует система оказания помощи по профилактике нежелательной беременности, которая наряду с профилактической работой предусматривает: обеспечение эффективными средствами контрацепции женщину в день проведения медицинского аборта, обеспечение эффективной контрацепцией социальномалоимущих и женщин из групп риска по нежелательной беременности (за счет краевой программы «Семья. Женщины. Дети»), выполнение бесплатной хирургической стерилизации женщинам из высокой группы риска по нежелательной беременности. Действующая программа позволила увеличить процент постабортной контрацепции в 3 раза, с 32,0% в 1998г до 98,1% в 2006г.. Число женщин, использующих внутриматочный контрацептив (ВМК), в постабортном периоде увеличилось с 5,8% до 18,7% (преимущественно III и IV возрастные группы). С 26,2% до 79,4% увеличилось число пользователей оральными контрацептивами в постабортном периоде.

Выводы: таким образом, аборт является проявлением репродуктивного поведения женщины, которое зависит от многих факторов. Тем не менее, благодаря проведенной работе по анализу репродуктивных потерь в зависимости от возраста, социального статуса женщины и совершенствование службы охраны женского здоровья, репродуктивное поведение женщин Барнаула претерпело определенные позитивные изменения: снизилось число абортов во всей популяции жительниц города, в частности в группах 20-24 года на 50 %, 25-34 года на 19% 35 и старше лет на 13%; снизилось число абортов у подростков на 16%; оптимизировано использование методов контрацепции в соответствии с возрастом, планами семьи, состоянием репродуктивного здоровья женщины; увеличилось число пользователей эффективными методами контрацепции в постабортном периоде в 3 раза.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

Прерывание беременности, или искусственный аборт, продолжает занимать неоправданно большое место в структуре методов регуляции рождаемости, а уровень абортов в России остается еще достаточно высоким. Несмотря на то, что за последние 10 лет в России, как абсолютное число абортов, так и число абортов на 1000 женщин фертильного возраста сократилось вдвое, абортами по- прежнему заканчивается большая часть беременностей.

Самым неблагоприятным остается факт преобладания абортов в причинах материнской смертности. Для поиска путей снижения медицинских абортов было проведено социально-медицинское исследование статистических данных и анкетирование женщин г. Волгограда, перенесших медицинский аборт. Существующая система профилактики абортов, отношение медицинских работников к процедуре аборта и реабилитации женщин после него свидетельствуют о том, что данная служба требует совершенствования. Так, среди перенесших процедуру аборта только 61,1% женщин когда-либо беседовали о контрацепции с медработником; после аборта консультирование по вопросам планирования семьи получили только 17,8% женщин. Половина врачей (48,4%) консультируют женщин после аборта сами; другая половина (45,2%)- направляют в другие лечебные учреждения. Менее половины (47,1%) женщин знали о времени восстановления фертильности после аборта; только 1% женщин метод контрацепции был представлен перед выпиской из лечебного учреждения.

Поиск эффективных мер профилактики абортов и реабилитации после производства аборта можно разделить на несколько направлений:

- выявление групп риска по производству абортов;
- обеспечение им консультативной помощи по методам контрацепции;
- оказание женщинам социальной и психологической помощи, как до аборта, так и после него;
- проведение предабортной медикаментозной профилактики;
- лечение медицинских осложнений, включая применение медикаментозных средств, активное использование физических факторов, местной терапии;
- обеспечение индивидуальной контрацепции;
- создание системы диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими прерывание первой беременности.

В группы риска должны входить:

- женщины активного репродуктивного возраста 20-30 лет. Так как, 70% женщин делают аборты в возрасте 21-34 года, а каждая вторая женщина, имеющая аборты, моложе 24 лет. Суммарный коэффициент абортов составил 2,6 аборта в среднем на 1 женщину. Полученные данные, свидетельствуют о том, что 16% женщинам, имевшим аборт, потребовалось лечение осложнений.
- женщины, имеющие маленьких детей (1-1,5 года), так как 60-70% беременностей, наступивших в первый год после родов, прерываются мед. абортом.
- девочки – подростки составляют особую и самую уязвимую группу риска по прерыванию первой беременности.

Пути решения: Активизировать просветительскую и воспитательную работу среди подростков о контрацепции, особенно о методах экстренной контрацепции.

Психологическая и социальная помощь должна оказываться женщинам при первом визите к врачу по поводу аборта. Так, проведенное анкетирование показало, что 56 % женщин еще не приняли окончательного решения о прерывании беременности. Пациентка должна быть информирована о нежелательных последствиях аборта. Для этих целей нами разработана «Памятка для женщин, решивших прервать беременность». В результате беседы с психологом в центре планирования семьи области удалось сохранить от 10 до 12 % беременностей.

Необходимость периоперационной профилактики диктуют развивающиеся закономерные физиологический изменения во всех органах и системах беременной женщины. Развитие гестационной иммунодепрессии, несостоятельность вегето-сосудистой адаптации, состояние психо-эмоциональной напряженности значительно ослабляют реактивность организма женщины.

Женщинам, имевшим в анамнезе эпизоды воспалительных заболеваний гениталий, необходимо периоперационно назначать антибактериальные препараты широкого спектра действия с обязательным включением антимикотиков.

Реализация всех составляющих профилактики аборта и его осложнений позволяет надеяться на своевременную реабилитацию и сохранение репродуктивной функции молодых женщин.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ И ВОПРОСАМ КОНТРАЦЕПЦИИ

Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

Россия, г. Волгоград, Волгоградский Государственный Медицинский Университет Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ

В настоящее время особую озабоченность вызывает высокий уровень абортов среди подростков. По данным ВОЗ соотношение родов к абортам в России является 1:1,3, по Волгоградской области 1:1,5. Если учесть, что более 50% абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то при отсутствии действенных мер имеет место реальная угроза потери репродуктивного здоровья молодежи.

Ситуация усугубляется, а во многом и определяется отсутствием элементарных гигиенических знаний и информированности молодежи, об основах профилактики нарушений функции репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания (С.В.Захаров, 2000). В этой связи актуальность приобретают мероприятия направленные на профилактику предупреждения абортов среди подростков. Учитывая, что реакция родителей не всегда адекватная на проведение работы по половому воспитанию их детям, необходимо выяснить отношение родителей к данной работе.

Цель работы. Выяснить отношение родителей к работе врачей гинекологов с подростками по половому воспитанию и вопросам контрацепции.

Методика исследования. С помощью специально разработанной анонимной анкеты с 11-ю закрытыми вопросами (утверждениями) было обследовано 261 родителей девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Среди респондентов 40,9 % составили родители детей до 14 лет, и 60,2 % родители детей 15лет и старше. Половина респондентов (49,1%) имели более одного ребенка в семье. Большинство родителей отвечавших на вопросы анкеты были матери – 95,4%, отцы соответственно составили 4,6%. Анкетирование проводилось в средних образовательных учреждениях города Волгограда в ноябре-декабре 2005г.

Результаты исследования. Согласно самооценкам родителей разговаривают со своими детьми о половом воспитании 57,1% опрошенных. Практически каждый второй ребенок в данной ситуации, не получает информацию в семье. Нежелание родителей проводить беседы на данную тему может быть связано с поверхностным пониманием задач, которые ставят перед ними подобные разговоры с ребенком. Однако такие разговоры необходимы.

Стоит отметить, что только 6,9% опрошенных родителей проводят беседы с детьми, если инициатива исходит от ребенка. Но и они высказывают разногласия, так, 69,5% считают, что при обсуждении данных вопросов с ребенком нужно быть как можно более откровенными, 18,6% респондентов стараются предоставить минимум информации.

Основной причиной затруднений возникающих при разговоре с детьми о половом воспитании большинство родителей считают недостаток собственных знаний по этому вопросу: 53,6% ответили, что сами мало знают об этом, а 39,5% хотели бы, чтобы разговор об этом провел более компетентный человек. Значительное количество респондентов (20,3%) испытывают неудобство, стыдливость при беседе о половом развитии. В тоже время, посчитали, что такая информация не нужна их ребенку 6,9% родителей.

Наиболее оптимальным возрастом для проведения бесед на тему полового воспитания и методов контрацепции с детьми большинство родителей (39,5%) считают 13-15 лет. Каждый четвертый респондент отметил наиболее подходящий возраст для разговора 16-18 лет. И только 23,1% родителей считают, что необходимо информировать детей, начиная с 10 -12лет. Хотя по рекомендациям Р.С. Немова, начало подобных тематических мероприятий следует начинать с 7-8 лет.

Вероятность того, что подросток расскажет о своем первом половом опыте, по мнению респондентов небольшая, т.к. только 10,3% родителей уверены, что их ребенок доверит им такую информацию, 13,8% ответивших считают, что это не произойдет ни при каких обстоятельствах. Каждый второй респондент (62,5%) надеется на взаимное доверие.

Несмотря на то, что 78,9% респондентов считают себя ответственными в проведении бесед с ребенком о половом развитии и контрацепции, только каждый третий родитель подтвердил, что сможет самостоятельно объяснить методы контрацепции, и чем опасен незащищенный половой акт. Подтверждает не высокую осведомленность родителей в данном вопросе то, что 67,4% посчитали недостаточно компетентным уровень своих знаний.

Необходимость в проведении санитарно-просветительской работы по половому воспитанию и по вопросам контрацепции подтверждает желание родителей получить достоверную информацию от специалистов. Так 96,2% хотели бы побывать на таких тематических лекциях.

Таким образом, проведенное исследование отношений родителей к санитарно- просветительской работы врачей с подростками по вопросам полового становления и по вопросам контрацепции требует дальнейшего изучения и разработки специальных программ для родителей и подростков.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «ЭЛЬТОН» ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОК В КЛИМАКТЕРИИ

Гнутова С.В., Жебрун Е.В.

Россия, г.Волгоград, ГУЗ «Волгоградский областной неврологический бальнеогрязевой санаторий «Эльтон»

В последние годы урогенитальные расстройства в постменопаузе стали лидировать в симптоматологии климактерических нарушений, что связано с их весьма выраженным отрицательным влиянием на качество жизни женщины в постменопаузе (В.П.Сметник, В.Е.Балан).

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния бальнеотерапии в сочетании с преформированными физическими факторами санатория «Эльтон» на пациенток, страдающих различными урогенитальными расстройствами в постменопаузальном периоде.

Нами обследованы 38 женщин в возрасте от 53 до 67 лет с длительностью постменопаузального периода 5-17 лет. Основными жалобами пациенток были дизурические явления и недержание мочи при напряжении, вызывающие социальные и гигиенические проблемы, что приводило к раздражительности, нарушению сна и ухудшению их общего состояния.

Помимо общеклинических методов обследования, проводилось изучение психоэмоционального состояния больных, их гормонального статуса, определялся менопаузальный индекс и индекс вагинального здоровья по G. Bochman, для чего использовалась расширенная кольпоскопия и определение значения pH влагалищного содержимого. Урогенитальные расстройства определялись с помощью кашлевого теста, пробы Valsalva и наличия сенсорных симптомов.

Из анамнеза данной группы больных обращает на себя внимание позднее наступление menarche, высокий инфекционный индекс – более 2 перенесенных детских инфекций. У 36 (94,7%) пациенток было от 3 до 8 беременностей, из которых более 2 заканчивались медицинскими абортами, у 2 (5,3%) – первичное бесплодие.

Результаты психологического теста по шкале SCL-90 выявили наличие депрессии у 21 (55,3%), склонность к депрессии у 16 (42,1%) больных. И только у 1-ой (2,6%) пациентки депрессии не отмечалось. Менопаузальный индекс был в пределах 12-45 баллов. Количество эстрадиола в плазме крови находилось в пределах 28,5-38,7 Пг/мл, а соотношение ЛГ/ФСГ достигало до 1,47, что указывает на дефицит эстрогенов и связанные с ними урогенитальные расстройства. Так, положительная проба Valsalva наблюдалась у 30 (78,9%), положительный кашлевой тест у всех больных (100%) обследуемой группы. Поллакиурию отмечали 24 (63,2%), никтурию – 12 (31,6%), цисталгию - 4 (10,5%) пациентки.

Индекс вагинального здоровья был снижен у всех обследуемых за счет снижения эластичности, истончения стенок влагалища, повышения вагинального pH до 7. Наличие кровоточивости при контакте наблюдалось у 3 женщин. На основании полученных результатов была диагностирована умеренная атрофия слизистой влагалища у 27 (71,1%) и незначительная – у 11 (28,9%) больных.

Учитывая основной клинический принцип «Лечить не болезнь, а больного» (С.П.Боткин), методика лечения включала: ЛФК, массаж ручной и/или гидромассаж, грязевые аппликации продолжительностью 10-15 мин, t=38°C, тампоны per vaginum продолжительностью 30 мин, t=40°C, через день, орошение влагалища рапой через день, хвойно-рапные ванны по 10-15 мин, t=37°C через день, терренкур с учетом физической подготовленности организма

Результаты. После курса лечения (2 - 3 недели) все обследуемые отмечали, в первую очередь, уменьшение раздражительности и улучшение качества сна. Наличие депрессии осталось у 2 (9,5%) из 21 пациентки, у остальных – депрессия отсутствовала, что подтверждало улучшение психо-эмоционального статуса больных. Менопаузальный индекс имел достоверную тенденцию к снижению в среднем на 8-12 баллов ($p<0,05$). Пациентки отмечали исчезновение учащенных позывов к мочеиспусканию в ночное время. Поллакиурия уменьшилась или прекратилась у 18 (75%) из 24, цисталгия – у 2 (50%) из 4 больных. Проба Valsalva осталась положительной в 19 (63,3%), кашлевой тест – в 14 (36,9%) случаях наблюдения. Влагалищное pH снизилось до 6 у 28 (73,7%), у 10 пациенток не изменился.

Количество эстрадиола в плазме крови в одних случаях имело место к незначительному повышению, в других – к незначительному снижению. Однако, во всех случаях наблюдения отмечалось снижение соотношения ЛГ/ФСГ в среднем до 0,56.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о выраженном клиническом эффекте физических и бальнеогрязевых факторов санатория «Эльтон» при лечении урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Гончарова С.В., Башмакова Н.В.

Екатеринбург

Актуальность. В акушерской практике синдром задержки развития внутриутробного плода (СЗРП) встречается от 3 до 30% случаев (Савельева Г.М.,1999; Moodley S.J.,1997). Перинатальная заболеваемость детей, родившихся с СЗРП, составляет 47-50%, а перинатальные потери - 65-70% (Хурасева А.Б., 2005). Внутриутробное отставание в развитии оказывает отрицательное влияние на последующее соматическое и психомоторное развитие детей первых лет жизни. Меньше данных имеется об особенностях физического и полового развития девочек, родившихся с СЗРП (Жерновая Н.А.,1990; Хурасева А.Б., 2003).

Современные исследования в этой области показывают отставание в физическом развитии в препубертате у девушек, родившихся с признаками СЗРП. В пубертате обнаружено повышение активности гормонального профиля у девочек с антенатальной гипотрофией, обусловившее у них более раннее менархе, что может привести в позднем пубертате к истощению резервных адаптационных возможностей в становлении гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с последующим развитием гипофункции яичников.

Цель. Изучить особенности формирования репродуктивного потенциала у девочек-подростков, родившихся доношенными с задержкой внутриутробного развития. Выделить прогностически значимые инструментальные методы оценки овариального резерва данной группы девочек.

Материалы исследования. Обследовано 46 девочек 15-18 лет, родившихся доношенными. Из них основную группу составили 26 девочек, перенесших внутриутробную гипоксию; в группу сравнения включены 20 девочек, родившихся с гармоничным развитием. Методы исследования. Анализ акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности и родов у матерей девочек, рожденных доношенными с внутриутробной гипотрофией и нормальной массой тела. Общеклиническое, лабораторное обследование гормонального статуса девочек, комплексное УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования. В результате сравнительного анализа количества рожденных с внутриутробной гипотрофией девочек в ФГУ НИИ ОММ выявлен рост числа таких детей. В 1990 году количество девочек с синдромом задержки внутриутробного развития составило 81 человек (4,79%) на общее число родов 1690. В 2006 году эта цифра составила 129 девочек (6,35%) на 2030 родов. Среди общего числа доношенных девочек в 2006 году (840), девочки с СЗРП составили 15,36%.

Проведен ретроспективный анализ состояния здоровья матерей, родоразрешившихся девочками с СЗРП, до беременности и во время периода гестации. Возраст матерей, родивших детей с СЗРП, колебался от 18 до 40 лет, причем женщина 18 лет была только одна(6,5%), а старше 30 лет -6 (40%). В основной группе повторнородящими были 69,4% женщин, в то время как в группе сравнения - 30,1%. Акушерский анамнез был отягощен преимущественно у матерей основной группы. У двух женщин первые роды закончились мертворождением, одна женщина имела паритет в количестве 4 предыдущих срочных родов, у двух женщин отмечалось привычное невынашивание, у двух вторичное бесплодие в анамнезе. Настоящая беременность протекала без патологии только у 7% женщин основной группы, в то время как в группе сравнения физиологическое течение беременности отмечено в 21 % случаев. Гестация у основной группы женщин сопровождалась такими осложнениями, как угрожающее прерывание беременности на различных сроках в 32% случаев, различными формами гестоза средней и тяжелой степени в 42%. Интересно отметить, что при всех степенях гипотрофии доминируют такие фоновые состояния, как инфекционные заболевания, анемия, угроза невынашивания, искусственные и самопроизвольные прерывания беременности в анамнезе. У 2,1% матерей основной группы причиной гипотрофии плода явилась резус-конфликтная беременность. Многоплодная беременность в основной группе составила 4,6%. При 2-й и 3-й степенях гипотрофии инфекционный фактор преобладает (28%) в сравнении с 1-й степенью (19%). Прерывания предыдущих беременностей, доминирую-

щие при 1-й степени гипотрофии (18%), отходят на второй план при 2-й и 3-й степенях (11%; 9,76%).

Комплексное обследование девушек обеих групп выявило, что при 2-й степени внутриутробной гипотрофии дефицит массы тела сохраняется и к пубертатному периоду. Девушки, перенесшие внутриутробно 1-ю степень гипотрофии, имели избыток массы тела и хорошо выраженные вторичные половые признаки в пубертате, по шкале Таннера их можно оценить Ma4 Ax3 P3 Me3-4. У 74,8% девушек основной группы имелись нарушения менструальной функции по типу гипоменструального синдрома, в то время как в группе сравнения таковые составили 32,4%. Интересно отметить тот факт, что девушки с внутриутробной гипотрофией к моменту исследования в основной своей массе (63,5%) вели регулярную половую жизнь в течение года, при этом ни одной беременности отмечено не было. Среди группы сравнения процент virgo составил 87,9%. В основной группе исследования 2 девушки (7,6%) перенесли оперативное вмешательство на яичники по поводу апоплексии и функциональной кисты яичника. В группе сравнения оперативному вмешательству подверглась одна девочка (5%). По итогам гормонального исследования в основной группе отмечен дефицит эстрогенов и прогестерона в соответствующие фазы цикла по отношению к группе сравнения. Гипоэстрогения более выражена у девочек, перенесших 2-ю степень гипотрофии. Снижение прогестерона коррелирует с частотой ановуляторных циклов в обеих группах. Уровни гонадотропных гормонов на момент исследования соответствовали возрастным нормам. У двух девочек из обеих групп выявлен гипотиреоз. В одном случае в основной группе выявлена функциональная гиперпролактинемия. У одной девушки выявлен порок развития внутренних половых органов в виде удвоения тела матки. Нужно отметить, что ее мама имела аналогичный порок развития.

Выводы. С учетом результатов исследования следует думать, что зрелый фенотип и ранняя готовность к началу половой жизни у девушек с 1-й степенью внутриутробной гипотрофии свидетельствует о том, что состояние хронической гипоксии может оказывать влияние и в пубертатном периоде, стимулируя раннее созревание центральных механизмов регуляции. Более выраженная внутриутробная гипоксия, наоборот, усугубляет торможение созревания структур репродуктивной системы. Характерным признаком является выраженная гипоэстрогения у данной категории девушек. Девушки, перенесшие внутриутробную гипотрофию, являются группой риска по снижению репродуктивного потенциала.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ДУКТОФОРИТОМ

Гурьева В.А., Костыркина О.С., Варнакова Е.С., Сопотова И.В.

Россия, Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, краевой маммологический центр

Целью исследования явилось совершенствование методов диагностики и мониторинга состояния внутрипротокового эпителия, и оптимизации терапии пациенток с хроническими дуктофоритами.

В исследование были включены 89 женщин с патологической секрецией из сосков молочных желез и подтвержденным хроническим дуктофоритом. Женщины в зависимости от метода терапии были разделены на 2 группы. 48 пациенток с хроническим дуктофоритом составили основную группу. Этим женщинам проводили санационную терапию протоков с помощью дуктального лаважа, в количестве 7 процедур с включением антибиотиков, соответственно чувствительности возбудителей. Локальную терапию сочетали с применением препарата Эпигаллат, в течение 3-6 месяцев. Во вторую группу (группа сравнения) была включена 41 пациентка с фиброзно-кистозной болезнью (ФКБ), осложненной хроническим дуктофоритом, которым проводилась только традиционная терапия ФБК.

Для цитологического исследования содержимое протоков получали с применением новых технологий – наружной вакуумной аспирации и дуктального лаважа. Аспирацию проводили по Papanikolau G.N. с помощью устройства, напоминающего мини-отсос. Данная методика позволяет увеличить клеточный состав до 120 клеток и более. Недостатком наружной вакуумной аспирации является отсутствие возможности верифицировать из какого протока получены измененные клетки, и при этом, также не во всех случаях возможно получение клеточного состава, частота неудач составляет 15-20%. Методика дуктального лаважа более инвазивна, но при этом информативность полученных с ее помощью результатов во много раз выше. Дуктальный лаваж позволяет собрать в 3-10 раз большее число клеток протокового эпителия, чем при наружной аспирации (до 600-1350 клеток.), и определить при этом пораженный проток. Вслед за дуктальным лаважем, учитывая подготовленность больной, выполнялась дуктография.

Диагноз дуктофорита выставлялся по характерной дуктограмме (сгущение и извитость млечных протоков) и цитотограмме, указывающей на хронический воспалительный процесс. Дополнительно проводилось бактериологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам.

С помощью мазков отпечатков цитологический диагноз был поставлен лишь в 15,2% случаев, при наружной вакуумной аспирации в 41,9% случаев, а при дуктальном лаваже - в 96,4% случаев.

Диагностическая ценность забора цитологии методом дуктального лаважа почти приравнивалась к гистологии. Так специфичность данного метода составляла 94%, чувствительность – 95%, Специфичность гистологии - 100%, чувствительность - 94%.

Методика дуктального лаважа использовалась при терапии хронических дуктофоритов. Процедуру санации протоков проводили ежедневно, на протяжении 7 дней. Для санационной терапии протоков использовали 0,02% раствор хлоргексидина в сочетании с антибиотиком. Также в комплекс терапии хронических дуктофоритов включали препарат Эпигаллат, в дозе 4 капсулы в сутки, продолжительность приема Эпигаллата составляла от трех до шести месяцев, в зависимости от результатов лечения. В основной группе эффект наблюдался у всех за исключением 2 пациенток, которые не смогли продолжить лечение в полном объеме. У пациенток группы сравнения на фоне традиционной терапии излеченность составляла лишь 39% случаев.

Таким образом, включение в комплекс терапии хронического дуктофорита санационной терапии, имеет преимущества перед традиционным лечением, в результате выраженного противовоспалительного эффекта данного метода, воздействующего локально. Патогенетически обоснованным является сочетание этой терапии с препаратом Эпигаллат вследствие потенцирования противовоспалительного действия и синергизма с санационной терапией. Предполагается и профилактический эффект воздействия Эпигаллата, учитывая вероятность повышенной пролиферации на фоне хронического воспаления у пациенток с дуктофоритом. Изменение тактики в лечении хронических дуктофоритов позволило не только повысить эффективность консервативной терапии, но и снизить частоту секторальной резекции молочной железы, в качестве лечебно-диагностического средства при синдроме патологической секреции у пациенток с хроническим дуктофоритом.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Гурьева В.А., Варнакова Е.С., Костыркина О.С., Сопотова И.В.

Россия, Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, краевой маммологический центр

Целью настоящего исследования явилась оптимизация методов диагностики и терапии внутрипротоковой патологии молочных желез при синдроме патологической секреции. В исследование были включены 112 женщин в возрасте 46,42±1,69 лет.

Критерием включения в исследование явилось наличие синдрома патологической секреции у пациенток с ФКБ

Критерием исключения явились: синдром галактореи (выделения молозивного характера), случаи гиперпролактиномии и узловые образования.

Обследование женщин проводилось с помощью общепризнанных скрининговых методов (маммография, ультразвуковое исследование), дуктографии, а также менее изученных методов электроимпедансной маммографии (ЭИМ) и радиотермографии (РТГ). Цитологическое исследование отделяемого млечных протоков проводилось с использованием различных методов забора материала: путем традиционных мазков-отпечатков, с помощью наружной вакуумной аспирации и дуктального лаважа.

Рентгеновская маммография ни в одном случае не позволила установить патологию, в силу малых размеров внутрипротоковых образований и отсутствия отличий по плотности папиллом и железистой ткани молочных желез. При ультразвуковом исследовании молочных желез в основном выявлялась дилатация млечных протоков (17,9%) и лишь в 1,7% она сочеталась с множественными гиперэхогенными включениями внутри протока округлой формы от 0,2 до 0,3 см в диаметре, что позволяло предположить внутрипротоковую патологию. ЭИМ имела большую информативность и позволила в 33,4% случаев предполагать пролиферативный процесс в молочной железе. Метод ЭИМ основан на определении сопротивления электрическому току в ткани молочной железы, при внутрипротоковой пролиферации выявляется высокая электропроводность, учитывая повышенный кровоток. По данным РТГ на основании различий локальной температуры тканей молочной железы установлен горячий очаг в 38,1 %. Дуктография позволила выявить внутрипротоковую патологию в 57,2% случаев. Специфичность данных трех методов не имела особых различий, однако у РТГ она была более высокой 90%, у дуктографии - 88%, и ЭИМ - 83%. Чувствительность была более высокой у дуктографии - 91%, РТГ- 72%, ЭИМГ – 64%.

Обследование путем мазков отпечатков позволяло верифицировать клеточный состав и поставить цитологический диагноз лишь в 15,2% случаев. При заборе внутрипротокового содержимого методом наружной вакуумной аспирации интерпретация содержимого проведена была в 41,9% случаев, а при дуктальном лаваже - в 96,43% случаев. Специфичность цитологического метода мазков-отпечатков была низкой (12%), еще более низкой была чувствительность (7%). Специфичность наружной вакуумной аспирации составила 28%, чувствительность – 27%. Диагностическая ценность цитологии, полученной путем дуктального лаважа, почти приравнивалась к гистологии. Так специфичность данного метода составляла 94%, чувствительность – 95%, Специфичность гистологии - 100%, чувствительность - 94%. Следовательно, при подозрении на внутрипротоковую патологию методом выбора могут быть в качестве скрининговых, не инвазивных, РТГ или ЭИМ, при установлении очага пролиферации по данным скрининговых методов, в качестве уточняющих показаны дуктальный лаваж и дуктография.

Возможность ранней диагностики позволила провести своевременно секторальную резекцию у всех пациенток с доброкачественными внутрипротоковыми пролиферациями. Однако, выполнение секторальной резекции при протоковой патологии, к сожалению, не устраняет патогенетические механизмы клеточной пролиферации, но усугубляет дополнительно степень риска вследствие операционной травмы молочной железы - риска рецидива и перерождения. В связи с этим, всем пациенткам после резекции молочной железы проводилась реабилитация с помощью препарата Индинол в суточной дозе - 4 капсулы, с продолжительностью курса - 6 месяцев. Применение Индинола позволяет влиять на все патогенетические пути стимуляции пролиферации. Индинол влияет на метаболизм эстрогенов, препятствуя образованию агрессивного 16α-гидроксиэстрона, блокирует пролиферацию через ростовые факторы и цитокины, а также индуцирует процессы апоптоза (программированной клеточной гибели) трансформированных клеток. Предварительные результаты показали хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов, а при сочетании его с Эпигаллатом в раннем послеоперационном периоде наступало более быстрое заживление послеоперационной раны и уменьшались клинические проявления со стороны оперированной молочной железы вследствие противовоспалительного действия Эпигаллата

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Магомедова З.А., Магомедова П.М., Уртаев Б.М.

Махачкала

Воспалительные заболевания женских половых органов продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний. Важным звеном в патогенезе острого эндометрита являются изменения состояния микроциркуляции. Расстройства микроциркуляции усугубляются нарушениями в системе гемостаза и принимают системный характер (Кулаков В.И., Серов В.Н., 1998; Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., 1996; Трешин А.Т.1995).

Целью настоящего исследования явилось выявление корреляционной зависимости изменений базального кровотока, измеренного с помощью лазерной допплеровской флоуметрии, и геморелогических показателей у женщин с острым эндометритом.

Материал и методы. Обследовано 20 больных с острым эндометритом, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст пациентов составил 25,5 + 1,1 лет. Состояние микроциркуляции определялось с помощью лазерной доп-плеровской флоуметрии (ЛДФ) (“BLF-21” фирмы “Tranconik Systems, Inc“ USA).

С целью оптимизации получаемых результатов измерение базального кровотока осуществлялось у пациентки в положении лежа на спине с помощью накожного датчика в 3 точках: середина расстояния нижне срединной линии живота, внутренние поверхности бедер. Все измерения проводились в едином тепловом режиме помещения, в одно и тоже время суток, до и после общепринятого лечения, исключался прием спазмолитиков и вазоактивных препаратов. Проводимые исследования в разных точках оценивались после подсчета средне статистического показателя и отображали скорость базаль-

ного кровотока в трех точках в течение 5 минут. Исследования были проведены до и после проводимого лечения.

При определении гемореологического статуса использовались показатели гематокрита, вязкости крови, фибриногена плазмы, Выбор выше перечисленных лабораторных показателей был не случайным: по мнению ряда авторов, до настоящего времени нет какой-либо унифицированной программы изучения микроциркуляторных показателей, применяемой не только в научных исследованиях, но в практической медицине. Подобная программа должна включать показатели, раскрывающие все звенья микроциркуляторных нарушений. Для оценки активности воспалительного процесса определялись лейкоцитарный показатель крови, лейкоцитарный индекс интоксикации.

Больные получали общепринятую противовоспалительную терапию. Первый этап лечения включал антибактериальные, дезинтоксикационные препараты, нестероидные противовоспалительные средства. Лечение проводилось в течение 10 + 0,6 дней.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли больные с традиционным методом лечения. Во 2 группу вошли больные, с лазерным облучением полости матки.

Полученные результаты обработали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведение лазерной допплеровской флоуметрии у больных в обеих группах позволило получить объективные данные состояния микроциркуляции в различных точках исследования. Оказалось, что зависимость скорости базального кровотока от гематокрита, вязкости крови, лейкоцитарного показателя крови и лейкоцитарного индекса интоксикации, оказалось, статистически не достоверной. Полученные данные свидетельствуют, что изменение уровня выше перечисленных показателей на состояние микроциркуляции не влияет. Наиболее значимым для оценки функционального состояния микроциркуляции из геморологических показателей оказалось содержание фибриногена плазмы. Так в группе больных с показателем фибриногена в пределах возрастной нормы, скорость базального кровотока оставила 2,0 + 0,07 (1,78-2,16). В группе больных, где уровень фиброногена был более 4 г\л, скорость базального кровотока была несколько ниже и составила 1,63 + 0,09 (1,5-1,71), ($p<0,05$).

Для решения вопроса о влиянии проведенной традиционной терапии на состояние микроциркуляции, у больных сравнили показатели скорости базального кровотока, геморологический статус до лечения и при достижении клинической ремиссии заболевания. Показатели, характеризующие выраженность воспалительного процесса, у большинства больных статистически достоверно вернулись к нормальному уровню: лейкоцитарный показатель крови снизился у 69% больных ($p<0,05$), лейкоцитарный индекс интоксикации возвратился к исходному уровню у 78% больных ($p<0,001$), а концентрация фибриногена плазмы нормализовалась лишь у половины пациентов. При ретроспективном анализе показатели реологии у большинства больных (69%) после традиционного лечения оставались некорегированными. По данным лазерной допплеровской флоуметрии состояние микроциркуляции не изменилось. При лазерном облучении полости матки концентрации фибриногена плазмы нормализовалось 1,5 раза быстрее, чем при традиционном методе лечения.

Выводы

1.Возможно эффективное использование метода лазерной допплеровской флоуметрии для определения степени нарушения микроциркуляции у больных с острым эндометритом.

2.Выявлена зависимость функционального состояния микроциркуляции от содержания фибриногена в плазме крови.

3.Общепринятая терапия не охватывает все звенья патогенеза воспаления. так как не воздействует на состояние микроциркуляции.

ВЛИЯНИЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ПРИ ОСТРОМ ЭНДОМЕТРИТЕ

Магомедова П.М., Магомедова З.А., Магомедов М.М., Ярема А.И.

Махачкала

При остром эндометрите происходят нарушения микроциркуляции, приводящие к возникновению гипоксии, ацидозу и фокальной энергетической недостаточности. В этих условиях возможна активация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) сопровождающаяся повреждением мембран, активаций ферментов внутри клетки. Сопровождающаяся депрессией естественных антиоксидантных систем (АОС), расценивается как окислительный стресс.

Система микроциркуляции – один из первых и наиболее чувствительных уровней реализации патологических эффектов окислительного стресса. Микроциркуляторные нарушения носят генерализованный характер.

До недавнего времени отсутствие объективных прямых методов исследования микроциркуляции не давало возможности оценить наличие взаимосвязи между окислительным стрессом и тяжестью системных микроциркуляторных нарушений, а также исследовать влияние различных методов антиоксидантной терапии на систему микроциркуляции. Нами разработана методика эндолимфатического введения мексидола 100мг. 2 раза в сутки.

Исследование эффективности применения эндолимфатического введения мексидола проведено у 18 больных с острым эндометритом. Контрольную группу составили 12 больных, которые получали традиционную терапию. Средний возраст больных составил 25,6+2,1.

Забор крови для исследования производили при поступлении и на 2, 4, 6, 8, 10, сутки госпитализации. Биохимическое исследование включало следующие параметры: определение билирубина и мочевины крови. Для диагностики интегральной токсичности крови определяли лекарственный индекс (ЛИ). Интенсивность процессов ПОЛ оценивали по накоплению конечного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МДА). Исследование показателей состояния антиоксидантной системы включало следующие параметры: определение содержания глутатиона (GHS) и его метаболизма – глутатионредуктазы (ГР), глутатиона – S – трансферазы (GST). Глутатионпероксидазы (ГП) в эритроцитах; в плазме определяли содержание церулоплазмина (Цп),

Периферическую микроциркуляцию оценивали методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата BLF -21 американской фирмы “Tran-sonic Systems inc “USA).

Начиная с первых суток мексидол эндолимфатически вводил по 100 мг 2раза в сутки в течение 7 суток.

Анализ клинико-лабораторных показателей выявил следующие закономерности. Начиная с 4-х суток, наблюдалось выраженное снижение концентрации МДА и ЛИ, причем значения этих показателей были достоверно ниже исходного и контрольного уровней и составили, в среднем, соответственно 9,65+0,64 мкмоль\л ($P<0,05$) и 0,32+0,05 у. е. ($P<0,05$).

Тенденция к уменьшению значений показателей токсемии и активности процессов ПОЛ прослеживалась до 8-и суток.

В дальнейшем, наблюдалось постепенное возрастание концентрации МДА, мочевины, значений ЛИ, в крови. Пик наблюдаемой активации воспалительного процесса в этой группе больных регистрировался на 4-е сутки. Затем, вплоть до окончания наблюдения, происходило уменьшение величины регистрируемых параметров.

На фоне эндолимфатического применения мексидола в комплексном лечении достоверное увеличение показателей активности внутриклеточного звена антиоксидантной системы, по сравнению с исходным уровнем, уже на 4-е сутки. В эти же сроки после проведения сочетанной терапии исследуемые параметры достоверно превышали уровень контрольных значений и показатели до лечения, что свидетельствует о раннем стимулирующем воздействии метода на систему антиоксидантной защиты.

Тенденция к выраженному повышению концентрации клеточного восстановленного глутатиона и ферментов глутатионовой АОС наблюдалась на протяжении последующих 6-и суток. Значения их были следующими: для ГSH 6,07+0,41 мкмоль\гHb (P<0,05), для ГП 150,8+2,10 мкмоль\мин\гHb (P<0,05), для ГР и ГST соответственно 4,11+0,60 мкмоль\мин\гHb (P<0,05) и 4,08+1,03 мкмоль\мин\ гHb (P<0,05).

В период с 6 по 8 сутки происходило умеренное снижение показателей активности внутриклеточной глутатионовой АОС. Минимальные значения глутатиона были равны 4,01+0,38 мкмоль\ гHb (P<0,05), что на 51,6% выше концентрации восстановленного глутатиона в контрольной группе. Подобная динамика наблюдалась при исследовании активности ферментов, входящих в глутатионовую систему – ГП, ГР, ГST.

После спада активности внутриклеточной антиоксидантной системы, совпадающего с активацией свободнорадикального окисления, динамика изменений АОС в исследуемой группе больных принципиально отличалась от таковой у больных, получавших традиционную терапию. В исследуемой группе отмечено повышение концентрации восстановленного глутатиона на протяжении всего периода наблюдения, которая к моменту выписки достигала уровня 12,08+1,19 мкмоль\мин гHb (P<0,05), что на 47% выше контрольных значений.

Кроме того, на фоне корригирующей антиоксидантной терапии зарегистрировано увеличение активности ферментов глутатионовой АОС. К концу наблюдения ГП, ГР и ГST составила соответственно 110,1+2,08 мкмоль\мин\ гHb (P<0,05), 3,04+0,46 мкмоль\мин\ гHb (P<0,05), и 4,10+1,01 мкмоль\мин\ гHb (P<0,05), которые превышали значения контрольной группы соответственно на 99,8%, 36,9% и 34,6%.

Таким образом, динамика изменения концентрации восстановленного глутатиона и активности ферментов глутатионовой антиоксидантной защиты у больных с острым эндометритом на фоне применения мексидола, что свидетельствует о выраженном стимулирующем влиянии метода на внутриклеточную систему АОС. При исследовании реакции компонентов плазменной антиоксидантной защиты на сочетанную терапию выявлены следующие закономерности. Динамика активности глутатионпероксидазы имела волнообразное течение, что выражалось в возрастании показателя в течение первых 4-х суток лечения до 9,90+0,50 мкмоль\мин*л плазмы (P<0,05), с последующим постепенным снижением активности внеклеточной ГП, которая к концу наблюдения составляла 7,04+2,25 мкмоль\мин*л плазмы (P<0,05), что на 51% выше значений контрольной группы.

При определении концентрации церулоплазмина в исследуемой группе, начиная с 4-х суток лечения было выявлено достоверное возрастание последней, и к окончанию наблюдения уровень Цп достигал 20,21+2,08 мг (P<0,05), что на 36,8% выше концентрации этого белка в контрольной группе.

У больных на фоне сочетанной корригирующей терапии наблюдалась выраженная активация микроциркуляции в конъюнктиве и в коже передней брюшной стенки. Во всех точках регистрации на 4 сутки наблюдения цифры периферического кровотока были достоверно выше по сравнению с показателями до лечения. В области передней брюшной стенки и конъюнктивы – показатели ЛДФ превышали исходные значения на 20,8% и 12,5% соответственно.

В дальнейшем, тенденция к возрастанию уровня периферического микрокровотока прослеживалось до 7-х суток наблюдения. На 8-е сутки значения, зарегистрированные после лечения, были достоверно выше в сравнении с показателями до лечения во всех исследуемых областях и составили для передней брюшной стенки – 36,86+2,24 мл\мин на 100 гр. ткани (P<0,05), и для конъюнктивы – 48,4+2,47 мл\мин на 100 гр. ткани (P<0,05).

В последующем было отмечено некоторые уменьшение интенсивности периферического микрокровотока. На 10-е сутки наблюдения цифры перфузии кожи передней брюшной стенки в области внутренний поверхности бедра составили 31,18+2,30 мл\мин на 100 гр. ткани (P<0,05), уровень микроциркуляции конъюнктивы был равен 37,86+3,70 мл\мин на 100 гр. ткани (P<0,05), нижней конечности – 31,98+1,59 мл\мин на 100 гр. ткани (P<0,05). К окончанию наблюдения уровень перфузии тканей соответствовал нормальным значениям.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Магомедова З.А., Магомедова П.М., Уртаев Б.М.

Махачкала

Воспалительные заболевания женских половых органов продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний.

Важным звеном в патогенезе острого эндометрита являются изменения состояния микроциркуляции. Расстройства микроциркуляции усугубляются нарушениями в системе гемостаза и принимают системный характер (Кулаков В.И., Серов В.Н., 1998; Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М., 1996; Трешин А.Т.1995).

Целью настоящего исследования явилось выявление корреляционной зависимости изменений базального кровотока, измеренного с помощью лазерной допплеровской флоуметрии, и геморелогических показателей у женщин с острым эндометритом.

Материал и методы. Обследовано 20 больных с острым эндометритом, находившихся на стационарном лечении. Средний возраст пациентов составил 25,5 + 1,1 лет.

Состояние микроциркуляции определялось с помощью лазерной доп-плеровской флоуметрии (ЛДФ) (“BLF-21” фирмы “Tranconik Systems, Inc“ USA).

С целью оптимизации получаемых результатов измерение базального кровотока осуществлялось у пациентки в положении лежа на спине с помощью накожного датчика в 3 точках: середина расстояния нижне срединной линии живота, внутренние поверхности бедер. Все измерения проводились в едином тепловом режиме помещения, в одно и тоже время суток, до и после общепринятого лечения, исключался прием спазмолитиков и вазоактивных препаратов. Проводимые исследования в разных точках оценивались после подсчета средне статистического показателя и отображали скорость базального кровотока в трех точках в течение 5 минут. Исследования были проведены до и после проводимого лечения.

При определении гемореологического статуса использовались показатели гематокрита, вязкости крови, фибриногена плазмы, Выбор выше перечисленных лабораторных показателей был не случайным: по мнению ряда авторов, до настоящего времени нет какой-либо унифицированной программы изучения микроциркуляторных показателей, применяемой не только в научных исследованиях, но в практической медицине. Подобная программа должна включать показатели, раскрывающие все звенья микроциркуляторных нарушений. Для оценки активности воспалительного процесса определялись лейкоцитарный показатель крови, лейкоцитарный индекс интоксикации.

Больные получали общепринятую противовоспалительную терапию. Первый этап лечения включал антибактериальные, дезинтоксикационные препараты, нестероидные противовоспалительные средства. Лечение проводилось в течение 10 + 0,6 дней.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли больные с традиционным методом лечения. Во 2 группу вошли больные, с лазерным облучением полости матки.

Полученные результаты обработали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведение лазерной допплеровской флоуметрии у больных в обеих группах позволило получить объективные данные состояния микроциркуляции в различных точках исследования. Оказалось, что зависимость скорости базального кровотока от гематокрита, вязкости крови, лейкоцитарного показателя крови и лейкоцитарного индекса интоксикации, оказалось, статистически не достоверной. Полученные данные свидетельствуют, что изменение уровня выше перечисленных показателей на состояние микроциркуляции не влияет. Наиболее значимым для оценки функционального состояния микроциркуляции из гемореологических показателей оказалось содержание фибриногена плазмы. Так в группе больных с показателем фибриногена в пределах возрастной нормы, скорость базального кровотока оставила 2,0 + 0,07 (1,78-2,16). В группе больных, где уровень фиброногена был более 4 г\л, скорость базального кровотока была несколько ниже и составила 1,63 + 0,09 (1,5-1,71), ($p<0,05$).

Для решения вопроса о влиянии проведенной традиционной терапии на состояние микроциркуляции, у больных сравнили показатели скорости базального кровотока, гемореологический статус до лечения и при достижении клинической ремиссии заболевания. Показатели, характеризующие выраженность воспалительного процесса, у большинства больных статистически достоверно вернулись к нормальному уровню: лейкоцитарный показатель крови снизился у 69% больных ($p<0,05$), лейкоцитарный индекс интоксикации возвратился к исходному уровню у 78% больных ($p<0,001$), а концентрация фибриногена плазмы нормализовалась лишь у половины пациентов. При ретроспективном анализе показатели реологии у большинства больных (69%) после традиционного лечения оставались некорегированными. По данным лазерной допплеровской флоуметрии состояние микроциркуляции не изменилось. При лазерном облучении полости матки концентрации фибриногена плазмы нормализовалось 1,5 раза быстрее, чем при традиционном методе лечения.

Выводы

1.Возможно эффективное использование метода лазерной допплеровской флоуметрии для определения степени нарушения микроциркуляции у больных с острым эндометритом.

2.Выявлена зависимость функционального состояния микроциркуляции от содержания фибриногена в плазме крови.

3.Общепринятая терапия не охватывает все звенья патогенеза воспаления. так как не воздействует на состояние микроциркуляции.

РОДЫ ПРИ МНОГОВОДИИ

Новопашина Г.Н., Саватеева Е.А., Дудкина, Л.Д

Россия, г. Чита, Читинская государственная медицинская академия, родильный дом №2

Наличие многоводия у беременной свидетельствует о высокой степени риска как для матери, так и для плода.

Целью исследования были: изучение течения родов и их исходы у беременных с многоводием.

Нами анализированы 140 родов у беременных с многоводием. Методы исследования включали клиническое, лабораторное, ультразвуковое, допплерометрическое, микробиологическое исследования. Результаты исследований показали, что частота многоводия по родильному отделению обсервационного роддома составила 7,3%.

В основном преобладали повторнородящие 72,3%, у которых многоводие впервые диагностировалось на сроках 32 и 36-38 недель. Во время беременности лечение по поводу многоводия получили 32,2% беременных. Экстрагенитальные заболевания имели 75,2% беременных, из них ОРВИ – 23,0%, хронический пиелонефрит – 12,4%, холецистит – 8,2%, бронхит – 7,6%, сифилис – 1,3%, цитомегаловирусная инфекция – 0,8%. Кроме этого выявлены кольпит кандидозный – 27,0%, кольпит неспецифический – 24,4%, хламидии – 8,8%, бактериальный вагиноз (гарденерелез)– 3,6%.

По данным отделения патологии беременности посевы на микрофлору у беременных с многоводием проводятся в 100% случаев, но на роды при многоводии поступают с результатами посева только в 28,0% случаев. По результатам посева микрофлоры из цервикального канала выявлено преобладание эпидермального стафилококка, кишечной палочки, гемолитического стафилококка и энтеробактера. При определении чувствительности микрофлоры к антибиотикам выявлено следующее: гемолитический стрептококк – наиболее чувствителен к цефалоспоринам III-IV поколения; кишечная палочка – к гентамицину, рифампицину, реже к ципрофлоксацину и нитрофуранам, что учитывалось при лечении многоводия.

Из осложнений данной беременности при многоводии диагностирована хроническая фетоплацентарная недостаточность – 100%, угроза прерывания – 75%, гестоз – 42,8%, гипоксия плода – 30,5%, синдром задержки развития плода – 3,9%, тазовое предлежание – 2,9%, пороки развития у плода – 1,8%.

Родоразрешены в срок 91,2%, преждевременные роды составили 8,8% случаев. Основные причины преждевременных родов были инфекция родовых путей, преждевременное излитие околоплодных вод и отягощенный акушерский анамнез.

Оперативное родоразрешение методом кесарево сечение проведено в 41,1% случаев. Показаниями для операции были следующие: несостоятельный рубец на матке 57,6%, аномалия родовой деятельности 9,6%, крупный плод 7,6 %, клинически узкий таз 5,3%.

Состояние плода при рождении оценивалось по шкале Апгар 8-10 баллов – 91,8%, меньше 7 баллов – 8,7%. Перинатальная смертность была только при преждевременных родах, составила 21,4 промили: 1 случай – врожденная аномалия развития сердца, множественные пороки, несовместимые с жизнью; 2 случая – на фоне глубокой незрелости респираторная патология сочеталась с прогрессирующим внутрижелудочковым кровотечением.

Проведенный нами анализ родов у женщин с многоводием показал: - высокую частоту многоводия по родильному отделению – 7,3%; т.к. это обсервационный роддом; многоводие чаще встречается у повторнорожающих женщин после 30 лет (67,6 %); основной причиной многоводия является инфицирование; диагностируется многоводие чаще в женских консультациях после 32 недельного срока; лечение по поводу многоводия не получают 26,5% беременных; из осложнений беременности преобладают фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, гестоз; доминируют роды в срок, но высокая частота преждевременных родов – 8,8%; определен высокий процент оперативного родоразрешения (41,1%) в результате наличия рубца на матке и в сочетании с преждевременным излитием околоплодных вод (67%) и незрелой шейкой матки; перинатальная смертность (21,4 промили) имела место после преждевременных родов у глубоконедоношенных детей и при ВАР плода. Таким образом, полноценное обследование беременных и своевременное лечение инфекции должны способствовать профилактике многоводия и перинатальной смертности.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Таюкина И.П., Тихоновская О.А., Мустафина Л.Р., Фохт О.В.

Россия, г.Томск, Сибирский государственный медицинский университет, Областной Центр Планирования семьи и Репродукции.

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза патогенетически значимы в формировании эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия. На этапе подготовки к ЭКО у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием патология эндометрия выявлена в 73,7% случаях, причём в 68,4% диагносцирован хронический эндометрит. В циклах стимуляции овуляции и суперовуляции своевременная циклическая трансформация эндометрия диагностируется только у половины пациенток (В.С.Корсак, 2005).

Целью настоящего исследования явилось изучение характера экспрессии рецепторов эндометрия к эстрадиолу и прогестерону у пациенток с бесплодием, и определение клинической эффективности назначения препарата, содержащего индол-3-карбинол при патологии эндометрия.

Материалом исследования служили биоптаты и соскобы эндометрия, полученные у пациенток с бесплодием при подготовке к Вспомогательным Репродуктивным Технологиям. Исследование проведено у 28 человек в возрасте от 24 до 37 лет (средний возраст составил 31,93 ±1,09 год), с первичным (10 человек - 36%) и вторичным бесплодием (18 пациенток - 64%). Критерии исключения: заболевания щитовидной железы с нарушением функции, тяжёлые формы эндометриоза; миома матки, требующая оперативного лечения, врождённые аномалии половых органов, гипергонадотропная аменорея. Все пациентки обследованы согласно протоколам ВОЗ. Ранее всем пациенткам проводилась лечебно-диагностическая лапароскопия с хромогидротубацией, однако гистероскопия была выполнена только у 4-х больных. Забор эндометрия проводили на 20-22 дни менструального цикла при выскабливании полости матки под контролем гистероскопии (n=28). Полученные образцы эндометрия после фиксации в 12% растворе формалина через 24 часа помещали в 90% спирт, затем заливали в парафин и делали срезы толщиной 4 мкм. Гистологические диагнозы соответствовали классификации ВОЗ и Международной ассоциации патоморфологов (2004). Иммуногистохимическое определение экспрессии рецепторов к эстрадиолу и прогестерону проводили двухэтапным авидин-биотиновым методом с демаскировкой антигена на парафиновых срезах с использованием антител и визуализацией системы фирмы DakoCytomation. Уровень содержания рецепторов к эстрогенам и прогестерону определяли методом определения гистохимического счёта (H-score).

По гистологическому заключению соскобов эндометрия все пациентки были разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли пациентки с простой типичной гиперплазией эндометрия (n=10), во 2-ю группу включены 8 пациенток с простой типичной гиперплазией эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом, и, в 3-ю группу вошли 10 женщин с нормальным эндометрием секреторного типа (n=10).

По характеру бесплодия больные распределились следующим образом: трубно-перитонеальный фактор - 11 человек, хроническая ановуляция – 11 пациенток, малые формы эндометриоза - 2 человека, мужской фактор бесплодия – 2 случая и по одному случаю - иммунологическое и с неясным генезом бесплодие. В анамнезе у всех пациенток с приобретённой патологией маточных труб наблюдались воспалительные заболевания генитального тракта. Высока частота выявления инфекции, передаваемой половым путём, так у 29,4 % женщин ранее выявлен хламидиоз или микстинфекция в 70,5% случаях. Длительность бесплодия составила от 1 до 5 лет в 18 и более 5 лет в 10 случаях. У 8 пациенток были проведены от 2 до 4 попыток ЭКО с неудачными результатами.

Эндометрий пациенток с простой типичной гиперплазией эндометрия характеризовался неравномерным расположением прямых и извитых желёз, выстланных цилиндрическим эпителием с многорядно расположенными ядрами, единичными митозами. Обнаруживались структуры «железа в железе», некоторые железы были кистознорасширены. Изменения эндометрия носили диффузный характер. В большинстве исследованного эндометрия у этих пациенток выявлено снижение экспрессии рецепторов, преимущественно за счёт рецепторов к эстрадиолу (81,5 ±47,1), при уровне экспрессии рецепторов к эстрогенам (197,6±39,5) в неизменённом эндометрии. Гистохимически только в 2-х случаях выявлена нормальная экспрессия рецепторов стероидных гормонов в эндометрии, а у 2-х женщин с простой типичной гиперплазией эндометрия в 100% клеток отсутствовала экспрессия рецепторов к стероидным гормонам.

Во второй группе гиперпластические процессы эндометрия имели подобный характер, но очаговый характер сочетался с морфологической картиной хронического эндометрита, в виде умеренной или выраженной лимфомоноцитарной инфильтрации, очаговым фиброзом стромы, склеротическими изменениями сосудов. Практически во всех случаях отмечено выраженное снижение экспрессии рецепторов к эстрадиолу (60,4±25,6) при нормальных значениях экспрессии рецепторов к прогестерону.

При секреторной трансформации эндометрия (3-я группа) наблюдалась нормальная активность и соотношение рецепторов к эстрадиолу и прогестерону.Только в одном случае при нормальном гистологическом состоянии эндометрия наблюдалось отсутствие экспрессии рецепторов в 100% клеток. Вероятно, отсутствие экспрессии рецепторов эндометрия, как в гиперплазированном, так и в неизменённом эндометрии может свидетельствовать об определённой автономности этой гормонозависимой структуры.

При гистологическом подтверждении простой гиперплазии эндометрия или при сочетании её с хроническим эндометритом 18 пациенткам назначали препарат Индинол в дозе 200 мг в сутки в течение 2–х месяцев со снижением дозировки до 100 мг в последующие 2 месяца и Кипферон вагинально в течение 10 дней после гистероскопии (Патент № 2275194 от 04.11.2004 г.) Отмечена хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов, в том числе метаболических нарушений. Через 2 месяца после лечения проведена контрольная биопсия эндометрия на 20-22 день менструального цикла. У 10 пациенток гистологическое заключение соответствовало секреторному эндометрию, в 8 случаях - простой типичной гиперплазии, что потребовало дальнейшей терапии с назначением прогестагенов. Клиническая эффективность Индинола была более выражена в случаях сочетания гиперплазии эндометрия с хроническим эндометритом.

Таким образом, неудачные попытки вспомогательных репродуктивных технологий во многом обусловлены патологией эндометрия в виде гиперпластических процессов и частым сочетанием их с хроническим эндометритом, которые сопровождаются значимым нарушением экспрессии рецепторов стероидных гормонов, преимущественно за счёт снижения экспрессии рецепторов к эстрадиолу. Наряду с антипролиферативной активностью Индинола, обусловленной регуляцией метаболизма эстрогенов со снижением синтеза 16-альфа–гидроксиэстрона (Киселёв В.И., 2005 г), клиническая эффективность Индинола обусловлена противовоспалительным и рецепторкоррегирующим действием.

БЕЗОПАСНОСТЬ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Шифман Е. М., Филиппович Г. В.

Республиканский перинатальный центр МЗиСР Республики Карелия, г. Петрозаводск, Россия

В прошлом анестезиологи-реаниматологи избегали применения и спинномозговой (СА), и эпидуральной анестезии при тяжелой преэклампсии. Это объясняли опасениями в отношении развития выраженной артериальной гипотонии вследствие симпатической блокады, и проблемами, связанными с применением вазопрессоров или больших объемов инфузии для коррекции артериальной гипотонии. J.S. Crawford усилил эти опасения, когда написал в своем руководстве следующую фразу: « Самый большой страх, который испытывают опытные и знающие акушеры-гинекологи, – это снижение перфузии плаценты в результате вазомоторного блока, плод при этом подвергается серьезной угрозе». В литературе постоянно вспыхивают споры об эффективности и безопасности применения СА при кесаревом сечении у беременных с преэклампсией.

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность применения СА при операции кесарева сечения у беременных с преэклампсией.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 54 случаев СА при операциях кесарева сечения у беременных с преэклампсией. В исследуемую группу вошли 9 беременных с тяжелой формой преэклампсии и 45 беременных с легкой формой. Диагноз преэклампсии был поставлен в соответствии с классификацией ВОЗ. Возрастные и антропометрические характеристики беременных в исследуемой группе статистически достоверных признаков различия не проявляли. В предоперационную подготовку были включены: тест на выявление скрытого синдрома аорто-кавальной компрессии (АКК); бинтование нижних конечностей эластическими бинтами до верхней трети бедра; исследование показателей центральной гемодинамики (сердечный индекс, конечно-диастолический объем, общее периферическое сопротивление сосудов). Состояние центральной гемодинамики исследовали методом двухмерной эхокардиографии аппаратом «Shimasonic SD1 310». Для достижения блокады использовался 0,5 % изобарический раствор бупивакаина, который вводился в дозах от 10 до 19 мг. Пункции выполнялись на уровнях L2-L3 и L3-L4 в положении пациентки сидя. Для профилактики синдрома АКК всем пациенткам под правый бок укладывался валик. Во время анестезии проводились: постоянная ингаляция увлажнённого кислорода, стандартный мониторинг показателей артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (SpO2) монитором «Cardiocap II CG-CS» (Datex). Измерения АД проводились через каждые 2 минуты до извлечения плода и в последующем через каждые 5 минут до перевода родильницы в восстановительную палату. Распределение результатов исследований соответствовало нормальному закону распределения, поэтому для статистического анализа данных использовали параметрические методы оценки равенства средних, основанные на критерии Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациенток в исследуемой группе операция и анестезия протекали без осложнений. Особенности операции и анестезии, оценки новорожденных по шкале Апгар отражены в табл. 1. По нашему мнению, особенность оценки новорожденных по шкале Апгар отчасти была определена тяжестью преэклампсии. Тем не менее нами не было выявлено значимой связи между тяжестью состояния женщин и оценкой новорожденных по шкале Апгар (T1 = 1,22; T2 = 1,8). Мы полагаем, что на эти результаты повлияло недостаточное количество наблюдений. В соответствии с традиционными представлениями об отрицательном влиянии СА на состояние гемодинамики у беременных с преэклампсией следовало бы ожидать в исследуемой группе значительную частоту случаев развития артериальной гипотонии.

Наши наблюдения противоречат этим ожиданиям. Отсутствие клинически значимых случаев артериальной гипотонии мы объясняем тщательным соблюдением правил подготовки больных в зависимости от выявленных изменений параметров гемодинамики и гематокрита. Тем не менее, корреляционный коэффициент между КДО и систолического АД показал отсутствие линейной зависимости (r = 0,13). По-видимому, необходимо исследовать вероятность зависимости другими методами и выяснить, например, экспоненциальную зависимость.

Если опять обратиться к истории изучения преэклампсии, то полученные нами результаты являются лишь частью возрождения интереса к применению регионарных методов анестезии при родоразрешении беременных, страдающих преэклампсией. В своем исследовании, которое можно считать вехой в истории регионарной анестезии, R. Hodgldnson с соавт. сравнили гемодинамику у пациенток с тяжелой преэклампсии, которых родоразрешали путем кесарева сечения под общей и регионарной анестезией. В группе, где применялась общая анестезия, отмечен резкий и длительный подъем среднего АД, как реакция на интубацию и экстубацию и увеличение давления в легочной артерии по сравнению с группой беременных в которой использовали эпидуральную анестезию. В течение девяностых годов популярность СА еще более возросла, и вот почему. СА – это экономически более эффективный метод. Новые технологии изготовления игл практически свели на нет риск развития постпункционной головной боли, и доступность дешевых одноразовых наборов значительно снизила риск инфекционных осложнений. Другие преимущества СА – это низкая доза препарата, вводимого интратекально, если сравнивать с дозой того же препарата для эпидуральной анестезии, что позволило существенно снизить частоту токсического действия местных анестетиков. СА представляет собой ценную альтернативу экстренной общей анестезии у пациенток с тяжелой преэклампсией, особенно при выраженных отеках и предполагаемой трудной интубации.

Заключение. Таким образом, спинномозговая анестезия эффективна и безопасна при обезболивании как плановых, так и экстренных операций кесарева сечения у беременных с преэклампсией.

ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ С ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИМ ОКИСЛЕНИЕМ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА

Ярема А.И., Магомедова З.А., Магомедова П.М., Магомедов М.М.

Россия, Махачкала.

Цель исследования. Оценка эффективности лечения острого эндометрита лазерным облучением полости матки с электрохимическим окислением крови.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами изучена эффективность применения лазерного облучения полости матки (ЛОПМ) с электрохимическим окислением крови (ЭХОК) для детоксикации организма у 18 пациенток острым эндометритом. Основная и контрольная группы были практически идентичными по характеру заболевании и возрасту пациенток. Возраст больных в исследуемых группах – от 17 до 38 лет.

Больные 1-й группы (основной), в которой, наряду с традиционной терапией, применяли “ЛОПМ” и “ЭХОК“ были разделены на две подгруппы; во 2-й подгруппе в лечение было дополнительно включено применении комплекса антиоксидантов (мексидол, эмоксепин).

Больные 2-й (контрольной) группы были разделены на три подгруппы: 1-я подгруппа – больные, в лечении которых применяли ЛОПМ; 2-я – больные, в лечении которых использовали ЭХОК; 3-я – больные, в терапию которых не были включены ЛОПМ и ЭХОК.

Для ЛОПМ использовали лазер АЛОК-1, излучающий в красной области спектра (= 632,2 нм), с мощностью излучения 5 мВт. Экспозиция облучения ЛОПМ составляла 25 мин.

ЭХОК проводили посредством внутривенного капельного введения 6 мл\кг массы тела пациента 0,03% раствора натрия гипохлорита. Объемная скорость введения раствора составило 90 мл\ч. В зависимости от тяжести эндотоксикоза проводили 3-6 инфузий натрия гипохлорита, в последствии применяли ЛОПМ. Терапевтическую эффективность детоксикации определяли на основании комплексной клинико-лабораторной оценки состояния больных. В дополнение к общепринятым лабораторным исследованиям определяли сорбционную способность эритроцитов по методике А.А. Тогайбаева и соавт. для выявления степени эндогенной интоксикации, а также активности миелопероксидазы по методике Грэма и Кнолля – как показателя неспецифической реактивности организма.

РЕЗУЛТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический эффект наблюдался уже после проведения 2-3 сеансов терапии. В основной группе по сравнению с контрольной более значительно улучшалось общее состояние больных. У пациентов снижалась температура тела, тахикардия уменьшалось в среднем на 10-25 ударов в 1 мин, нормализовывались лабораторные показатели. При анализе лабораторных данных были выявлены достоверное снижении показателей сорбционной способности эритроцитов, уменьшение лейкоцитарного индекса интоксикации и индекса ядерного сдвига, снижение уровня лейкоцитоза и повышение активности миелопероксидазы.

Применение антиоксидантной защиты приводит к значительному снижению, а порой и к полному исчезновению отрицательного влияния лазерного облучения и электрохимической окисленной крови на организм, что подтверждается результатами лечения.

Включение в комплекс лечения назначения антиоксидантов приводит к дополнительному усилению эффекта от проводимой терапии. Применение вместе с назначением антиоксидантных препаратов усиливает антиоксидантное лечебное действие и ведет к торможению протеолиза в крови. При использовании данного способа повышается эффективность лечения, время лечения сокращается в среднем на 3-5 суток, уменьшается количество осложнений. В то же время необходимо отметить, что предлагаемый нами способ лечения прост в осуществлении, не требует применения дорогостоящих и дефицитных препаратов, не вызывает осложнений.

Таким, образом, проведение ЛОПМ совместно с ЭХОК на фоне антиоксидантной защиты организма в комплексном лечении резорбтивного эндотоксикоза при остром эндометрите обеспечивает выраженный детоксикационной эффект, что позволяет рекомендовать этот метод для практического применения.

ВЫВОДЫ

1.Возможно эффективное использование метода лазерной допплеровской флоуметрии для определения степени нарушения микроциркуляции у больных с острым эндометритом.

2.Выявлена зависимость функционального состояния микроциркуляции от содержания фибриногена в плазме крови.

3.Общепринятая терапия не охватывает все звенья патогенеза воспаления. так как не воздействует на состояние микроциркуляции.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ АНТИПРОГЕСТАГЕНАМИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Корхов В.В., Петросян М.А., Иванов А.П.

г. Санкт-Петербург.

Несмотря на большое число современных способов контрацепции, количество абортов в России не уменьшается. Даже при соблюдении всех условий, технически грамотном выполнении операции частота осложнений после аборта колеблется от 10% до 40%.Методика медикаментозного аборта позволяет с минимальным риском для репродуктивного здоровья женщины решить проблему незапланированной беременности. С этой целью применяют препараты – антагонисты прогестерона – мифепристон, мифегин, пенкрофтон и др. блокирующие действие прогестерона на уровне рецепторов матки, что ведёт к прекращению беременности и отделению плодного яйца.

Нам представлялось интересным проведение экспериментального исследования влияния антипрогестинов – мифегина, мифепристона и пенкрофтона на течение беременности в сравнительном аспекте. Опыты были выполнены на белых самках крыс линии Вистар массой 180-210 гр., полученных из питомника лабораторных животных «Рапполово» РАМН. Проведены две серии опытов. В первой серии исследования проводились с антигестагенами на 70 беременных крысах. Животные были разделены на 7 групп. Крысам первой группы вводили мифегин, второй группы – мифепристон, третьей – пенкрофтон. Все препараты в первых трёх группах назначали орально (в желудок) с использованием зонда в дозе100 мг/жив. Четвёртая, пятая и шестая группы подопытных животных получали те же препараты аналогичным способом введения, но в уменьшенной дозировке (10 мг/жив). Седьмая группа являлась контрольной и получала растворитель (вода). Все испытанные антигестагены вводили в соответствующих дозах на 9-10 дни беременности (постимплантационный период). С целью выявления возможных признаков прерывания беременности (кровянистые выделения из влагалища) в течение последующих 7-8 дней за животными проводили наблюдение. На 16 день беременности всех подопытных животных вскрывали. Осуществляли ревизию полости матки, учитывали наличие живых и мёртвых плодов, мест резорбции и имплантации.

Результаты опытов показали, что испытанные препараты в дозе 100 мг/жив. Прерывают беременность у всех подопытных животных. При вскрытии плоды в матке отсутствовали, однако, были отмечены слабо выраженные места имплантации, гиперемия и отёчность матки. При десятикратном уменьшении дозы, беременность сохранялась у всех крыс, препараты не проявляли абортивного эффекта.

Во второй серии опытов изучали влияние на течение беременности комбинированного введения антигестагенов (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) и простагландина (мизопростол) в эксперименте.

Указанные антипрогестины вводили в сниженных дозах (10 мг/жив.) по той же схеме, описанной в первой серии опытов. Простагландин в дозе 4 мкг/жив. вводили через 36 часов после назначения антипрогестинов. Полученные данные свидетельствуют, что последовательное введение антипрогестинов в уменьшенной дозе и мизопростола способно вызывать прерывание беременности у части подопытных животных. В случае применения пенкрофтона в сочетании с простагландином мизопростолом полное абортивное действие отмечено у 35% животных, у 65% наблюдали неполный аборт (кровянистое содержимое в матке; превышение мест имплантации над количеством плодов; наличие живых, соответствующих сроку беременности и мацерированных плодов). Последовательное введение мифепристона с мизопростолом вызывало полный аборт у 25% животных и у 50% наблюдали явления неполного аборта. В то же время аналогичное введение мифегина и ми-

зопростола в указанных дозах не вызывало признаков прерывания беременности у экспериментальных животных.

Таким образом, было показано, что все изученные антипрогестины (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в дозе 100 мг/жив. обладают 100% абортивным эффектом, однако, в дозе 10 мг/жив. препараты не прерывали беременность. При последовательном введении мифепристона или пенкрофтона в дозе 10 мг/жив. с простагландином (мизопростол) отмечали полный или неполный аборт. В то же время, введение мифегина в малой дозе с простагландином не приводило к прерыванию беременности.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Гончарова С.В., Башмакова Н.В.

Екатеринбург

Актуальность. В акушерской практике синдром задержки развития внутриутробного плода (СЗРП) встречается от 3 до 30% случаев (Савельева Г.М.,1999; Moodley S.J.,1997). Перинатальная заболеваемость детей, родившихся с СЗРП, составляет 47-50%, а перинатальные потери - 65-70% (Хурасева А.Б., 2005). Внутриутробное отставание в развитии оказывает отрицательное влияние на последующее соматическое и психомоторное развитие детей первых лет жизни. Меньше данных имеется об особенностях физического и полового развития девочек, родившихся с СЗРП (Жерновая Н.А.,1990; Хурасева А.Б., 2003).

Современные исследования в этой области показывают отставание в физическом развитии в препубертате у девушек, родившихся с признаками СЗРП. В пубертате обнаружено повышение активности гормонального профиля у девочек с антенатальной гипотрофией, обусловившее у них более раннее менархе, что может привести в позднем пубертате к истощению резервных адаптационных возможностей в становлении гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы с последующим развитием гипофункции яичников.

Цель. Изучить особенности формирования репродуктивного потенциала у девочек-подростков, родившихся доношенными с задержкой внутриутробного развития. Выделить прогностически значимые инструментальные методы оценки овариального резерва данной группы девочек.

Материалы исследования. Обследовано 46 девочек 15-18 лет, родившихся доношенными. Из них основную группу составили 26 девочек, перенесших внутриутробную гипоксию; в группу сравнения включены 20 девочек, родившихся с гармоничным развитием.

Методыисследования.Анализакушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности и родов у матерей девочек, рожденных доношенными с внутриутробной гипотрофией и нормальной массой тела. Общеклиническое, лабораторное обследование гормонального статуса девочек, комплексное УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования. В результате сравнительного анализа количества рожденных с внутриутробной гипотрофией девочек в ФГУ НИИ ОММ выявлен рост числа таких детей. В 1990 году количество девочек с синдромом задержки внутриутробного развития составило 81 человек (4,79%) на общее число родов 1690. В 2006 году эта цифра составила 129 девочек (6,35%) на 2030 родов. Среди общего числа доношенных девочек в 2006 году (840), девочки с СЗРП составили 15,36%.

Проведен ретроспективный анализ состояния здоровья матерей, родоразрешившихся девочками с СЗРП, до беременности и во время периода гестации. Возраст матерей, родивших детей с СЗРП, колебался от 18 до 40 лет, причем женщина 18 лет была только одна(6,5%), а старше 30 лет -6 (40%). В основной группе повторнородящими были 69,4% женщин, в то время как в группе сравнения - 30,1%. Акушерский анамнез был отягощен преимущественно у матерей основной группы. У двух женщин первые роды закончились мертворождением, одна женщина имела паритет в количестве 4 предыдущих срочных родов, у двух женщин отмечалось привычное невынашивание, у двух вторичное бесплодие в анамнезе. Настоящая беременность протекала без патологии только у 7% женщин основной группы, в то время как в группе сравнения физиологическое течение беременности отмечено в 21 % случаев. Гестация у основной группы женщин сопровождалась такими осложнениями, как угрожающее прерывание беременности на различных сроках в 32% случаев, различными формами гестоза средней и тяжелой степени в 42%. Интересно отметить, что при всех степенях гипотрофии доминируют такие фоновые состояния, как инфекционные заболевания, анемия, угроза невынашивания, искусственные и самопроизвольные прерывания беременности в анамнезе. У 2,1% матерей основной группы причиной гипотрофии плода явилась резус-конфликтная беременность. Многоплодная беременность в основной группе составила 4,6%. При 2-й и 3-й степенях гипотрофии инфекционный фактор преобладает (28%) в сравнении с 1-й степенью (19%). Прерывания предыдущих беременностей, доминирующие при 1-й степени гипотрофии (18%), отходят на второй план при 2-й и 3-й степенях (11%; 9,76%).

Комплексное обследование девушек обеих групп выявило, что при 2-й степени внутриутробной гипотрофии дефицит массы тела сохраняется и к пубертатному периоду. Девушки, перенесшие внутриутробно 1-ю степень гипотрофии, имели избыток массы тела и хорошо выраженные вторичные половые признаки в пубертате, по шкале Таннера их можно оценить Ma4 Ax3 P3 Me3-4. У 74,8% девушек основной группы имелись нарушения менструальной функции по типу гипоменструального синдрома, в то время как в группе сравнения таковые составили 32,4%. Интересно отметить тот факт, что девушки с внутриутробной гипотрофией к моменту исследования в основной своей массе (63,5%) вели регулярную половую жизнь в течение года, при этом ни одной беременности отмечено не было. Среди группы сравнения процент virgo составил 87,9%. В основной группе исследования 2 девушки (7,6%) перенесли оперативное вмешательство на яичники по поводу апоплексии и функциональной кисты яичника. В группе сравнения оперативному вмешательству подверглась одна девочка (5%). По итогам гормонального исследования в основной группе отмечен дефицит эстрогенов и прогестерона в соответствующие фазы цикла по отношению к группе сравнения. Гипоэстрогения более выражена у девочек, перенесших 2-ю степень гипотрофии. Снижение прогестерона коррелирует с частотой ановуляторных циклов в обеих группах. Уровни гонадотропных гормонов на момент исследования соответствовали возрастным нормам. У двух девочек из обеих групп выявлен гипотиреоз. В одном случае в основной группе выявлена функциональная гиперпролактинемия. У одной девушки выявлен порок развития внутренних половых органов в виде удвоения тела матки. Нужно отметить, что ее мама имела аналогичный порок развития.

Выводы. С учетом результатов исследования следует думать, что зрелый фенотип и ранняя готовность к началу половой жизни у девушек с 1-й степенью внутриутробной гипотрофии свидетельствует о том, что состояние хронической гипоксии может оказывать влияние и в пубертатном периоде, стимулируя раннее созревание центральных механизмов регуляции. Более выраженная внутриутробная гипоксия, наоборот, усугубляет торможение созревания структур репродуктивной системы. Характерным признаком является выраженная гипоэстрогения у данной категории девушек. Девушки, перенесшие внутриутробную гипотрофию, являются группой риска по снижению репродуктивного потенциала.

СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ. 3
Абдулаева Ж.О., Омаров М.А.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ. 4
Абдурахманова Р.А.,Омаров Н.С-М.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАД «ВИТА – СПИРУЛИНА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ. 4
Абдурахманова Р.А.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА НА ЛАКТАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ. 5
Абдурахманова Р. А., Омаров Н. С-М.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. . .5
Абрамян Р.В., Коваль И.П., Сергеев В.И.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ И ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА5
Авраменко А.А., Крюковский С.Б., Томашова С.С., Овсянникова Н.И.

МЕХАНИЗМ РЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПЛОДА НА ПРОТЯЖЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ. 6
Авруцкая В.В.

ПРОДУКЦИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. 6
Авруцкая В.В., Некрасова М.Г., Михайлова Е.А.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ СТРАДАЮЩИХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ. 7
Аглямова Д.Р., Бондаренко К.Р., Гайсина Ю.Р., Мавзютов А.Р.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ. .8
Адамян Л.В., Мурашко Л.Е., Зурабиани З.Р., Романова Е.Л., Козаченко А.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АСКАРИДОЗЕ И ЛЯМБЛИОЗЕ. 9
Азамова З.Ш., Куропатенко М.В., Татарова Н.А.

ЛАКТАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ У РОДИЛЬНИЦ С МИОМОЙ МАТКИ. 9
Айвазова С.Ф.

АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ БЕЛКОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА ФОНЕ ГЕСТОЗА. 10
Алиева Д.Х.

ПЕРСИСТЕНТНЫЕ СВОЙСТВА МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. 11
Алиева Э.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХДИАПАЗОННОГО ЭЛЕКТРОНЕЙРОАДАПТИВНОГО СТИМУЛЯТОРА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПОГАЛАКТИИ У РОДИЛЬНИЦ С МИОМОЙ МАТКИ И ПОВЫШЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ. 12
Ананьев В.А., Захарова О.В., Твалчрелидзе М.Ю.

СЛУЧАЙ ПРЕДОТВРАЩЕННОЙ МАТЕРИНСКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТКИ С РЕАЛИЗОВАННЫМ РИСКОМ - АКУШЕРСКИМ СЕПСИСОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ВЫСОКИМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ. 12
Андреева И.Э., Суханов С.Г., Кашин В.А., Мухамадеев И.С., Березина И.А., Агафонов А.В., Пономарев А.М., Зеленкова Е.В., Сарапулова Н.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ. . .13
Андреева М.В., Пупышев А.Г., Гриценко И.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ГЕЛИЙ-НЕОНОВОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ. 14
Аренина Н.Ю., Кильдюшов А.Н., Ульянцева Г.К., Жарова Т.Б.

МАГНИТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ. 15
Аристова И.В., Юрьев С.Ю.

ПУТИ КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ. 15
Артюх Ю.А.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОСЛЕДОВ У РОДИЛЬНИЦ С ПУЭРПЕРАЛЬНЫМ ЭНДОМИОМЕТРИТОМ. 16
Арутюнян К.Н., Шляпников М.Е.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ II ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ. 16
Бабичева Т.В., Чернуха Е.А.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ. 17
Баев О.Р., Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ ФОРМЫ ТРОМБОФИЛИИ В ГЕНЕЗЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ. 18
Баймурадова С.М., Бадалова О.А.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ. 19
Бакшеева Р.И., Попова Е.С., Сидоренко М.М., Матюшкина Л.С.

НЕИНВАЗИВНАЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДНК-ДИАГНОСТИКА ПОЛА ПЛОДА.....20
Барков И.Ю., Каретникова Н.А., Федченко В.И., Гурьев С.О., Бахарев В.А.

СОСТОЯНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И ОЦЕНКА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИПФЕРОНА У РОДИЛЬНИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИЙ.....20
Басиладзе Е.Н., Орджоникидзе Н.В., Логинова Н.С., Королева Т.Е.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАВШИХ БАД «АМИНОКИСЛОТНЫЙ КОМПЛЕКС».....21
Бегова С.В.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЖЕЛЕЗО-ХЕЛАТ» ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У МНОГОРОЖАВШИХ С ГЕСТОЗОМ.....22
Бегова С.В., Омаров Н.С-М.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ.....23
Беликова Е.В., Парамонова Т.К., Радынова С.Б., Костычев Н.А.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....23
Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Ерченко Е.Н.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАННЕМ ТОКСИКОЗЕ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНА С ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....24
Биремова Д.Р.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ВЫСОКОГО РИСКА ВЕНОЗНО-ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....25
Блощинская И. А., Мисайлова Н. Ю.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ГЕСТОЗЕ.....26
Блощинская И.А., Мисайлова Н.Ю.

ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВ И ЛИПИДОВ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ИСХОДНОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....27
Бобоева Х.К., Додхоева М.Ф., Шералиева М.Г., Ходжаева Ф.Х.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ.....27
Бова О.С., Новикова О.Н.

РЕАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИИ.....28
Бокерия Л.А., Беспалова Е.Д., Туманян М.Р.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В ПОПУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....28
Брагина Л.Б. Полянчикова О.Л.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ГЕСТОЗЕ.....29
Брагина Л.Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....31
Брагина Л. Б.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....31
Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л.

КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....32
Бутова Е.А., Долгих Т.И., Кадцына Т.В.

СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ В ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ГЕСТОЗЕ.....33
Буштырева И.О., Курочка М.П., Феоктистова Т.Е., Шмакова К.П., Воронова О.В.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАМГ, ТБГ, АМГФ, ТНФ, IL-10 В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....34
Буштырева И.О., Лаура Н.Б., Левченко М.В., Какурина В.С.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ.....34
Буштырева И.О., Голендухина А.В., Чернавский В.В.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНЫХ МАКРОФАГОВ В ПЕРИОД ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ИНВАЗИИ ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....35
Буштырева И.О., Шестопалов А.В., Будник Е.С., Курочка М.П.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ.....36
Буштырева И.О., Курочка М.П., Будник Е.С., Гайда О.В.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА.....37
Буштырева И.О., Лебеденко Е.Ю., Курочка М.П., Фильченко А.С., Багдасарова И.Г, Баранов П.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПРОГНОЗЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТИ.....38
Буянова С.Н., Титченко Л.И., Бабунашвили Е.Л., Титченко И.П., Петракова С.А.

МЕМБРАННЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....39
Ветров В.В., Лукина Е.Л., Жибура Л.П.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПОНИТОМ-10.....40
Вишина А.В., Эльжорукаева Ж.А.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РОСТА В ФОРМИРОВАНИИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....40
Вишина А.В., Эльжорукаева Ж.А.

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ЛИГИРОВАНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....41
Волков А.Е., Красникова Н.А., Рымашевский А.Н., Терехина Л.А

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ.....42
Воропаева Е.Е., Казачкова Э.А.

УРОВНИ ЦИТОКИНОВ TNF и IL-6 В ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....43
Воскресенский С. Л., Федорков А. Ч.

ПРИМЕНЕНИЕ КУЛЬТУРЫ СОБСТВЕННЫХ ЛАКТОБАЦИЛЛ ПОСЛЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.....43
Высоцких Т.С., Беккиева М.Х., Тикина А.П.

НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ВНУТРИПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....45
Гагарина А. В., Старорусская А. Н., Павлова Н. Г.

ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ...45
Гаджиева А.Б., Хархаров А.Г.

КРИТЕРИИ АДАПТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАТЕРИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....46
Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова Т.С., Иванова О.Ю.

СОВРЕМЕННАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕОГИСТЕРОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКЕ НАЧАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА.....47
Газазян М.Г., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю., Конопля А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....48
Газазян М.Г., Милюкова М.Ю.

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОТЕЙ БЕРЕМЕННЫХ В ПРЕДРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, РОДЫ КОТОРЫХ ОСЛОЖНИЛИСЬ ДИСКООРДИНАЦИЕЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗАКОНЧИЛИСЬ ОПЕРАТИВНО.....49
Галустян М.З., Куценко И.И.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В I и II ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ.....50
Гаспарян Н.Д., Логутова Л.С., Григорьева Д.В., Демина Е.Б.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНЫХ КОЛЬПИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РОДОВЫХ РАЗРЫВОВ ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ.....51
Гиляновский М.Ю., Зенкина З.В., Поляхова Н.С., Чернова Л.Г., Ганиковская Ю.В., Левченко В.П.

АУТОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ПРОГЕСТЕРОНУ В КЛИНИКЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....51
Гладкова К.А., Менжинская И.В.

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....52
Грачева М.И., Пучко Т.К., Соколова М.Ю.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН КАК МАРКЕР СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ГЕСТОЗЕ.....53
Гребёнкин Б.Е., Черемискин В.П., Садыкова Г.К.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ WHONET.....53
Гребёнкин Б.Е., Горовиц Э.С., Черемискин В.П., Метлушко М.А., Авдеева Н.С.

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОК С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЯЖЕЛЫМ ГЕСТОЗОМ.....54
Гребёнкин Б.Е., Черемискин В.П., Садыкова Г.К.

ГРУППА РИСКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ0ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА.....55
Гребёнкин Б.Е., Черемискин В.П.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ.....56
Гребенюк О.А., Корфидова А.Р., Ильиных И.М., Барбанчик И.А.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ.....57
Гребенюк О.А., Ильиных И.М. Гончаров Н.В., РалкоВ.В., Рудакова Е.Б

АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ.....58
Гребенюк О.А., Чуловский Ю.И., Барбанчик И.А., Корфидова А.Р.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С КРУПНЫМ ПЛОДОМ.....59
Гульченко О.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С КРУПНЫМ ПЛОДОМ....60
Гульченко О.В., Стась Л.И.

РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....61
Гурбанова С.Р.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕМОДИНАМИКИ.....62
Гурьев Д.Л., Охапкин М.Б, Хитров М.В.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ – ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИКЕ.....63
Гурьева В.М., Петрухин В.А., Котов Ю.Б.

НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ КАК АЛЬТЕРНАТИВА КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.....63
Гущин И.В., Ермилов Ю.Н., Онищенко С.А., Гущин В.И., Майборода О.В.

РОЛЬ ТЕТРАПОЛЯРНОЙ ГРУДНОЙ РЕОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕСТОЗА.....64
Гюсан О.А., Ильтинская Г.Ю., Лобач И.Ю., Анисимов И.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И ГРУПП РИСКА ПО ЕГО РАЗВИТИЮ.....64
Данилова О.В., Ильченко М.В.

ЗНАЧЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ.....65
Демидов В.Н., Сигизбаева И.К., Воронкова М.А., Огай О.Ю.

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПЛОДОВ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....66
Демидович Е.О., Игнатко И.В.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ АНЕМИИ С ИММУНОКОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....67
Джамалова М.Ш.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕННОМ СОСТАВЕ МОЛОКА У РОДИЛЬНИЦ ПРИ СОЧЕТАНИИ АНЕМИИ С ИММУНОКОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....67
Джамалова М.Ш.

РОЛЬ ХРОМОСОМНЫХ АБЕРРАЦИЙ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ I ТРИМЕСТРА ГЕСТАЦИИ.....68
Доброхотова Ю.Э., Озерова Р.И., Мандрыкина Ж.А., Рора Л.С.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К ПРОГЕСТЕРОНУ В I ТРИМЕСТЕ ГЕСТАЦИИ.....69
Доброхотова Ю.Э., Сухих Г.Т., Менжинская И.В., Озерова Р.И., Мандрыкина Ж.А., Рора Л.С.

ХОФИТОЛ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ 69
Доброхотова Ю.Э., Ким А.Р., Хейдар Л.Х., Бояр Е.А., Локшина О.Б., Ядыкина М.А., Серяева С.С., Шихмирзаева Э.Ш.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУПП СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА.....71
Добрянская Р.Г., Евтушенко И.Д., Береснева О.Г.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ У БЕРЕМЕННЫХ.....71
Додхоева М.Ф., Ятимова М.А., Ятимов А.Я.

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ ПАТОЛОГИИ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ.....72
Долгушина Н.В., Макацария А.Д.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С.....73
Евтушенко И.Д., Чуйкова К.И., Радченко Л.И., Ковалева Т.В., Букинич Л.С., Алексеева А.А.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ИНДУЦИРОВАННОМ МНОГОПЛОДИИ.....74
Егорова А.Т., Руппель Н.И.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНЗИПЕГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ.....75
Егорова А.Т., Ускова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В ЭМБРИОНАЛЬНОЙ И ХОРИАЛЬНОЙ ТКАНЯХ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ.....76
Ельникова О. А., Герасимов А. М., Посисеева Л. В.

ЗНАЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ В СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА.....77
Жорник Т.М., Маринкин И.О.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....77
Журавлева В.В., Тетелютина Ф.К., Толстолуцкая Е.А., Сушенцова Т.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ МАНИФЕСТАЦИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПОСЛЕ РОДОВ.....78
Закрытная О.С., Ящук А.Г., Рахимова А.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....79
Замалеева Р.С., Мальцева Л.И., Никогосян Д.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА.....80
Замалеева Р.С., Черепанова Н.А.

ОСОБЕННОСТИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА.....80
Заманская Т.А.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОГЕСТЕРОНА В I ТРИМЕСТРЕ ГЕСТАЦИИ – ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА.....81
Заманская Т.А., Евсеева З.П.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ПРОТЕФЛАЗИДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ «В».....82
Зарипова З.Ш., Курбанов С.Д.

КОРРЕКЦИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. . .82
Захаров И.В., Фальянц А.Г.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....83
Захаров И.В., Фальянц А.Г.

ЗНАЧЕНИЕ ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ.....83
Захарова Л.В., Вакатова И.А

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНДУКЦИИ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ.....84
Зефирова Т.П., Мальцева Л.И.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ.....85
Зиганшин А.М., Кулавский В.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ Е-2 ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД..86
Зубенко Н.В., Коликов А.И., Багдасарян А.И.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 И 2 И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....86
Зубжицкая Л.Б., Кошелева Н.Г.

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....87
Иванова Н.А., Власова Т.А., Гуменюк Е.Г.

ПРОГНОЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКОЙ ХОРИОНА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ.....88
Игнатко И.В. Мартиросян Н.Т.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЛОДА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....89
Игнатко И.В., Калинина Е.М.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РАННИМ ТОКСИКОЗОМ. . .90
Игнатко И.В., Гониянц Г.Г.

ОПТИМАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ АУТОДОНОРСКОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ.....91
Ильхамов А.Ф.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ I и II КЛАССОВ СИСТЕМЫ HLA ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ. . .92
Иозефсон С.А., Загородняя Э.Д., Анохова Л.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА. . . .92
Ионанидзе Т.Б., Тетруашвили Н.К., Агаджанова А.А., Менжинская И.В., Сухих Г.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ.....93
Ищенко А.А., Липман А.Д., Ищенко А.И., Бахвалова А.А.

ГЕСТАЦИОННАЯ АУТОГЕМОДИЛЮЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....94
Кавунова О.А., Михеенко Г.А.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ГРУДНОГО МОЛОКА У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ЖИТЕЛЬНИЦ НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....95
Казакова М.М., Алиева Т.М.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА В СИСТЕМЕ МАТЬ- ПЛОД У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ, ЖИТЕЛЬНИЦ НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....96
Казакова М.М., Алиева Т.М.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СВЕТЕ УЧЕНИЯ О ПАТОМОРФОЗЕ.....97
Казачкова Э.А., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Хелашвили И.Г.

СИНДРОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ.....98
Казачкова Э.А., Тукай К.С.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ.....99
Кайгородова Л.А., Ширковец А.В., Хамошина М.Б., Назаренко А.Б., Плювак Ю.В.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНЕ.....100
Калашников С.А., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Ермолаева А.С.

О ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПЛАЦЕНТАРНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ.....101
Калинина Э.Н., Тарбаева Д.А., Емельянова А.Н., Брылева Л.И.

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ, АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИАНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....101
Кан Н.Е.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ.....102
Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В., Верясов В.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЗВАННОЙ ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РОДАХ КРУПНЫМ ПЛОДОМ.....103
Капитонова Ю.А., Минаев Н.Н.

НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЕ РЕЗЕРВЫ В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА ПРИ РОДАХ КРУПНЫМ ПЛОДОМ. 104
Капитонова Ю.А., Минаев Н.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. 105
Караганова Е.Я., Карабанович Я.В., Грабовский В.М.

БЕРЕМЕННОСТЬ И КАНДИДОЗНЫЙ ВАГИНИТ. 106
Карапетян Т.Э., Муравьева В.В.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА. 107
Карапетян Т.Э., Муравьёва В.В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ. .107
Карась И.Ю., Равинг Л.С.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСА НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. 108
Каретникова Н.А., Гончарова Е.А., Стыгар А.М., Бахарев В.А.

ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТ МИКРОБНОГО ЧИСЛА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМ 109
Карлы Г.Э., Юрьев С.Ю.

ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. 110
Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г., Вальдман С.Ф.

TH1- И TH2-ТИПЫ ИММУННОГО ОТВЕТА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ. 111
Касабулатов Н.М., Орджоникидзе Н.В., Верясов В.Н.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ГРУПП РИСКА ПО ВНУТРИУТРОБНОМУ ИНФИЦИРОВАНИЮ ПЛОДА. 111
Каткова Н.Ю., Андосова Л.Д., Качалина Т.С.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕСТОЗ. 112
Кахраманова В.А., Торчинов А.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ РИСКОМ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. 113
Качесова О.В., Вахрушев Б.Н., Григорьева Е.Е., Воронина Л.Г.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ И ДЕЗАГРЕГАНТОВ ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ ПОЗДНЕМ АБОРТЕ. 114
Кильдюшов А.Н., Афанасьева В.М., Аренина Н.Ю., Жарова Т.Б.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ. 114
Кирилюк И.Н., Захарова Е.Н., Пугачева Н.М., Воронин С.В.

«МАТОЧНЫЙ ФАКТОР» ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. 115
Кирющенков П.А., Ходжаева З.С., Белоусов Д.М., Александрина О.С.

РОЛЬ ПЕРСИСТЕНТНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. 115
Киселева Л.М., Измайлова Ф.А., Иглина М.А., Мелехина И.Ю.

РОЛЬ ПЕРСИСТЕНТНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. 117
Киселева Л.М., Измайлова Ф.А., Иглина М.А., Мелехина И.Ю.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РОСТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. 118
Климов В.А.

ПЛАЦЕНТИТЫ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА. 119
Ковчур П.И., Сазонова Л.Н., Удодова О.Н., Рыбкина Л.А., Кошкина Н.В., Петрова Е.И.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ. 120
Ковчур П.И., Сазонова Л.Н., Кошкина Н.В., Рыбкина Л.А., Петрова Е.И.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. 121
Козинова О.В., Вартанова О.А, Гайдамако Т.Н.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ. 122
Козинова О.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ. 123
Комиссарова Л.М., Бурлев В.А., Тимошина И.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ МАНИФЕСТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ. 124
Коноводова Е.Н., Бурлев В.А.

СРЕДНЕЕ СУТОЧНОЕ СНИЖЕНИЕ ГЕМАТОКРИТА У ПЛОДОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ. 125
Коноплянников А.Г., Алексеенкова М.В., Зверева А.В., Широких П.Н., Найденова И.Е.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ. 125
Коротких И.Н., Ходасевич Э.В., Юрченко Т.В., Верховых И.В., Пятаева С.А.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОГО РИСКА.....126
Корфидова А. Р., Гребенюк О.А., Ильиных И.М., Барбанчик И.А.

АНАЛИЗ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО – ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА ПО ТРАВМАТИЗМУ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ.....127
Корфидова А.Р., Гребенюк О.А., Ильиных И.М., Барбанчик И.А.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ИСТМИКО - ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....128
Кох Л.И., Сатышева И.В.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 И ТИПА 2.....129
Кошелева Н.Г., Комаров Е.К., Аржанова О.Н., Башмакова М.А., Ковалева Т.Г., Назарова С.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИБУРКОЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....129
Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Ржевская Н.В.

ПОЛИПЭКТОМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....130
Краснопольский В.И., Зароченцева Н.В., Серова О.Ф., Титченко Л.И.

СТРАТЕГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ..132
Кривчик Г.В., Кравченко Е.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УЛУЧШЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ, У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА.....133
Крюковский С.Б., Авраменко А.А., Плешкова Ю.В., Овсянникова Н.И., Томашова С.С.

РОЛЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА 133
Кудряшова А.В., Сотникова Н.Ю., Панова И.А., Борзова Н.Ю.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА.....134
Кузьмин В.Н., Серобян А.Г.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В.....135
Кузьмин В.Н., Малышев Н.А., Бурдули Г.М.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.....135
Кузьмина Т.Е.

ТЕЧЕНИЕ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ.....136
Кулавский Е.В., Молотова О.А., Кулавский В.А., Габдулхакова А.Ф.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....137
Кулавский Е.В., Молотова О.А., Кулавский В.А., Сыртланов И.Р.

ЭМБРИОТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ НИЗКОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ СВИНЦА.....138
Куликова Г.В., Бубнова Н.И., Узбеков М.Г.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЭМОЦИОАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....139
Кульчимбаева С.М., Мамедалиева Н.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (ВП) У БЕРЕМЕННЫХ.....140
Курбанов С.Д., Худойбердиев С.И., Юсупова М.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ (ВП) У БЕРЕМЕННЫХ.....141
Курбанов С.Д., Худойбердиев С.И., Юсупова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СПОНТАННОЙ И ИНДУЦИРОВАННОЙ ДВОЙНЕ 141
Лазарева Н.В., Ильяшевская Р.Я.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ.....142
Лазарева Н.В., Кривошеева Г.Н., Нестеренко С.А., Мариенко Т.Ф., Кияшко И.С., Кондратьева Н.Я., Ларина Т.С., Ломовская Т.Н.

ОЦЕНКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....143
Лебедев А.С., Пономарева Н.А., Иванова О.Ю., Степаненко И.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОДУКЦИИ ИЛ-12 В ЦЕРВИКАЛЬНОМ СЕКРЕТЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....144
Левкович М.А., Орлов В.И., Дударева М.В.

СУБСТАНЦИЯ Р И НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....144
Левченко М. В., Орлов В. И.

РОЛЬ СУБСТАНЦИИ Р И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....145
Левченко М. В., Орлов В. И.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 145
Левченко М.В.

ВЕДУЩАЯ РОЛЬ СУБСТАНЦИИ Р В ГЕНЕЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....146
Левченко М.В.

АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛОВОДИЯ.....146
Любчич О.А.

ЯИЧНИКОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....148
Магнитская Н.А., Соломатина А.А., Герасимова А.А., Клименко П.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИПФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ.....149
Майсурадзе Л.В., Цаллагова Л.В.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: ЗА И ПРОТИВ.....149
Макаров О.В., Волкова Е.В., Корниенко Г.А.

TOLL-ПОДОБНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ В ИНИЦИАЦИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....150
Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Романовская В.В., Ганковская О.А.

ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.....151
Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Романовская В.В., Ганковская О.А.

ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОЗОВ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ...151
Макацария А.Д., Акиньшина С.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М.

МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ.....152
Макацария А.Д., Акиньшина С.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М.

СПЕКТР АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У МАТЕРЕЙ И ПЛОДОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ.....152
Макацария А.Д., Баймурадова С.М., Бицадзе В.О., Акиньшина С.В.

ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....153
Мальгина Г.Б., Жукова И.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО ПУЭРПЕРАЛЬНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ.....154
Мальцева Л.И., Коган Я.Э.

ТИПЫ АДАПТАЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА К РОДОВОМУ СТРЕССУ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ.....155
Мамиев О.Б., Мороз М.В., Мамиев В.О.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНЫМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ РОДОВ.....156
Мамиев О.Б., Мороз М.В., Мамиев В.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЮФАСТОНА В ЛЕЧЕНИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ..157
Манухин И.Б., Геворкян М.А., Студёная Л.Б., Захарова Т.П., Манухина Е.И., Казенашев В.В.

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ БЕЗ ОГЛЯДКИ НА «ТРАДИЦИИ».....158
Маринкин И.О., Айзикович Б.И., Сергеева Ю.С., Баева Н.Н., Семыкин Д.С.

АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ АЛЬФА-2-ГЛИКОПРОТЕИН И ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЙ 1-ГЛОБУЛИН ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ.....159
Маркина Л.А., Мальцева, Н.В., Зорина Р.М., Баженова Л.Г., Юркина Э.А.

СОХРАНЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ЗЛОКАЧЕТСВЕННУЮ ФОРМУ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ....160
Мартышина Я.А., Толокнов Б.О., Махова Е.Е.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НОВОСЭВЕН В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....161
Марусов А.П., Федоткина Е.П.

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БЕРЕМЕННЫХ В НОРМЕ И ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С УГРОЖАЮЩИМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....161
Марусов А.П., Ляличкина Н.А., Кручинкина Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ КРАСНОЙ КРОВИ И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И АНЕМИЕЙ.....162
Медведев Б.И., Сюндюкова Е.Г., Завьялова Т.В.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ, СТРАДАВШИХ РАНЕЕ БЕСПЛОДИЕМ.....163
Меджидова Д.Б.

ПЕРСПЕКТИВЫ НОВОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И КАНДИДОЗНОГО КОЛЬПИТА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 164
Мельников В.А., Краснова Н.А., Семенова Н.А., Тикина А.П., Юсупов Д.М.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ.....164
Мельник Т.Н., Серова О.Ф.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....165
Мешалкина И.В., Федорова Т.А., Орджоникидзе Н.В.

РАЗРАБОТКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ОСНОВЫ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОПГ ГЕСТОЗОВ.....166
Микиртичев К.Ж., Абдуллаева Д.Д., Султанова Н.К.

ПЛОД КАК ОСНОВНОЙ ИНИЦИАТОР РОДОВ (БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ).....166
Михельсон А.А., Орлов А.В., Орлов В.И., Михельсон А.Ф.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ С РАЗЛИЧНОЙ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬЮ ОРГАНИЗМА.....166
Михсин С.В., Смольнова Т.Ю., Ляшко Е.С., Бурдули Г.М.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ МЕТОДОМ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОДРАМЫ.....167
Москвитин П.Н., Григорьев Ю.А., Бабушкина М.В.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ НА ИСХОДЫ РОДОВ.....168
Мочалова М.Н., Тиханова Л.А., Белозерцева Е.П., Некрасова Н.Е.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....169
Мурашко А.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ГЕСТОЗА.....170
Мурашко Л.Е., Сухих Г.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....171
Мусаева Ф.Э., Дьяконова А.А.

-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....171
Найденова О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕСТОЗА.....172
Найденова О.В.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СОМАТИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ.....173
Негодова О.А.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СУЩЕСТВУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....173
Нежданов И.Г., Ахмедова С.М., Телегина И.В.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В БОРЬБЕ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.....174
Нередько Е.Г., Коликов А.И, Скорнякова Л.М.

РОЛЬ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....174
Никулин Б.А. Хашукоева А.З,.Маматиева М.А.

ВЛИЯНИЕ МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ И ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ И АНЕМИЕЙ.....175
Нишанова Ф.П., Файзиева Н.А., Насретдинова Д.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПОДГОТОВКЕ БЕРЕМЕННЫХ К АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВУ.....176
Нишанова Ф.П.

РУЧНАЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИЯ СОДЕРЖИМОГО ПОЛОСТИ МАТКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМИОМЕТРИТА.....177
Новиков Б.Н., Рябцева И.Т., Коробков Н.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭХОГРАФИИ И 3Д ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА..178
Новикова С.В., Логутова Л.С., Титченко Ю.П., Бахрех Е.В.

АНЕСНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ: ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА ПРИ РОЖДЕНИИ И ЕГО АДАПТАЦИЮ.....179
Новикова С.В., Тикиджиев А.В., Земсков Ю.В., Лукашенко С.Ю.

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ HLA-СОВМЕСТИМОСТИ СУПРУГОВ НА РАЗВИТИЕ И ТЯЖЕСТЬ ГЕСТОЗА....180
Нурутдинова Р.А., Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е., Файзуллин Л.З.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА В I ТРИМЕСТРЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ...180
Озолиня Л.А., Сумеди Т.Н., Дворецкая Е.В., Сопина А.З.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ЖДА И ОЖИРЕНИЯ.....181
Омарова П.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ И АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК....182
Орджоникидзе Н.В.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И АНЕМИИ ФАНКОНИ.....184
Орджоникидзе Н.В., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДОЛЕЧИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ САНАТОРИЯ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....184
Осокина А.А., Садырина Л.Б, Макарова И.А.

АКУПУНКТУРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА.....186
Охотина Т.Н., Ижедерова И.Р., Жамлиханова С.С.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....187
Пак Ю.В., Гуменюк Е.Г., Афанасьева Л.В.

АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ..188
Парада Н.С., Орлов В.И., Ганиковская Ю.В.

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ФАКТОР РИСКА ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....189
Передеряева Е.Б., Пшеничникова Т.Б., Макацария А.Д.

ПЛАЦЕНТАРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА.....190
Перетятко Л.П., Проценко Е.В., Кузнецов Р.А., Кудряшова А.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....191
Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Ткаченко В.А., Касторина Л.П.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И АУТОИТММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ХОЛОДОВЫМИ АНТИТЕЛАМИ.....191
Петрова С.Б., Елохина Т.Б., Соколова М.Ю., Мурашко Л.Е., Сокур Т.Н., Цветаева Н.В., Захарова Е.С.

ВЛИЯНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ...192
Петрова В.Н., Трошина Е.А., Петрова С.В., Болтаева Н.В., Виноградова Е.И., Перегонцева Л.Е., Молчанова Т.В., Отвагина Н.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛИМФОЦИТОИММУНОТЕРАПИИ (ЛИТ) В ЛЕЧЕНИИ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ ИММУННОГО ГЕНЕЗА.....193
Петросян Л.А., Дьяконова А.А., Матвеева Н.К., Кречетова Л.В.

АДАПТАЦИОННЫЕ ПЕРЕСТРОЙКИ МАТОЧНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У МАТЕРИ ПРИ НОРМАЛЬНО РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ..194
Пешев Л.П., Ляличкина Н.А., Тюрина Е.П., Фоминова Г.В., Щукина Л.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У БЕРЕМЕННЫХ.....194
Пешев С.Л., Нечайкин А.С., Пешев Л.П., Ляличкина Н.А.

МАКРОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ АБОРТЕ.....195
Пешева О.Н., Щукина Л.П., Пешев С.Л., Тюрина Е.П., Чудайкин А.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ РОДОВ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....195
Плоткин И.Б., Иозефсон С.А., Хавень Т.В.

ДИНАМИКА ПРОДУКЦИИ ФАКТОРОВ РОСТА ПЛАЦЕНТЫ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ...196
Погорелова Т.Н., Крукиер И.И., Друккер Н.А. Михайлова А.С.

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС В РОДАХ.....197
Подгорная О.А., Гиляновский М.Ю., Орлов А.В.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ И МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ.....197
Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ЭКЛАМПСИЕЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....198
Подобед Н.Д., Раевский А.Г., Сапожников А.Д.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У КУРЯЩИХ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ....199
Покусаева В.Н., Котикова И.В.

КРУПНЫЙ ПЛОД: ФАКТОРЫ РИСКА, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ.....200
Полонская О.А., Гуменюк Е.Г.

ГЕМОСТАЗ И АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВИТАМИНОВ-АНТИОКСИДАНТОВ.....201
Полякова В.А., Недоризанюк М.А.

ГЕМОСТАЗ И АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВИТАМИНОВ-АНТИОКСИДАНТОВ.....202
Полякова В.А., Недоризанюк М.А.

ИЗМЕНЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....203
Понукалина Е.В., Хижнякова О.Н., Семикина Т. А.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОЖИРЕНИИ МАТЕРИ.....203
Попова Е.С., Стрельцова В.Л., Ильинская Л.В., Красножон З.А.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ...204
Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В., Панова И.А., Лукина Н.С..

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛАССОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....205
Поспелов И.И, Гордон К.В., Батрак А.С.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....205
Потешонкова С.В., Кулигина М.В., Логинова А.Е.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАРБОГЕМОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....206
Путилова Н.В.,.Ерофеев Е.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВЕССЕЛ-ДУЭ-Ф В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ.....207
Путилова Н.В., Башмакова Н.В.,.Крысова Л.А., Сивова М.В.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....208
Пучко Т.К., Соколова М.Ю., Грачева М.И.

РОЛЬ ТРОМБОФИЛИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ. 209
Пшеничникова Т.Б., Передеряева Е.Б., Макацария А.Д.

ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА ПРИ ГЕСТОЗЕ: ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ, ПОДГОТОВКА К РОДАМ, РОДОРАЗРЕШЕНИЕ. 211
Пырегов А. В.

ПРИНЦИПЫ «STRESS FREE ANAESTHESIA AND SURGERY» В АКУШЕРСТВЕ. 212
Пырегов А. В., Гурьянов В.А.

ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА ГЕСТАЦИОННЫЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. 213
Равинг Л. С., Карась И.Ю.

ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В МИНИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ. 213
Раджабова Н.Ш., Султонова Н.К., Зарипова З.Ш.

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В АКУШЕРСТВЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ. 214
Раевский А.Г., Кириченко М.Н., Бухтин А.А., Подобед Н.Д.

НАРУШЕНИЕ ФОЛАТНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОТЕРИ ПЛОДА И ТРОМБОФИЛИИ. . . . 215
Рапильбекова Г.К., Мамедалиева Н.М., Святова Г.С., Исраилова М.З.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ МАТКИ. 216
Репалова Е.Ю.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ДЕФИЦИТ ЙОДА КАК ИНДУКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗОБА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ. 217
Рыжова И.А., Паршина О.В., Кондратьева Н.М., Васильева Т.Н.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ. СНИЖЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ. 217
Савельева Г.М.

ГОРНЫЙ КЛИМАТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ. 219
Савкуева А.М., Узденова З.Х., Бичекуева Ф.Х.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ. 219
Савушкин А.В., Василенко И.А., Гаспарян С.А., Модина М.А.3, Лифенко Р.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПЛАЦЕНТЫ. 220
Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Рогожина И.Е., Лысенко Л.В., Ширяева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. 221
Салов И.А., Глухова Т.Н., Ширяева М.Н.

О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕСТОЗЕ. 222
Салов И.А., Глухова Т.Н., Ширяева М.Н.

ТАКТИКА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА. . 222
Салов И.А., Маршалов Д.В.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ, ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. 223
Салов И.А., Турлупова Т.И., Киреева Л.Ю., Киреева Е.М.

ИММУННАЯ СИСТЕМА И БЕРЕМЕННОСТЬ. 224
Салов И.А., Михайлова Ю.В.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ: ВАРИАНТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. . . 225
Самородинова Л.А., Уквальберг М.Е., Носова Г.С.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ. . . 226
Свердлова Е.С.,Ежова И.В., Кулинич С.И.

ПАПИЛЛОМОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. 227
Свердлова Е.С., Кулинич С.И., Гордиенок Л.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИБИКОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА. 228
Селихова М.С.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТОКСИНА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДОВ. . 229
Селихова М.С.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. 229
Селихова М.С., Костенко Т.И., Селихов А.В., Котовских М.В.

ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА. . . 230
Серов В.Н., Кривчик Г.В., Кравченко Е.Н.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. . . 231
Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Меньшикова Н.С.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. . . . 232
Сидельникова В.М.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....233
Сидельникова В.М.

ИНТРАНАТАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....233
Сидорова И.С., Макаров И.О., Билявская О.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ.....234
Силиванова Н.Б., Ермоленко Л.Л., Бова О.С., Новикова О.Н.

ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....235
Синаташвили К.Т., Полянчикова О.Л., Кузнецова В.А.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА РОДОВ.....235
Сичинава Л.Г., Сонголова Е.Н., Горюшина Н.Б., Панина О.Б.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ГЕСТОЗЕ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С ОЖИРЕНИЕМ.....236
Скворцова М.Ю., Перова Т.В.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С ОЖИРЕНИЕМ.....237
Скворцова М.Ю., Перова Т.В.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....238
Скорнякова Л.М., Коликов А.И., Нередько Е.Г.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНВАЗИВНОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ.....239
Смирнова А.Ю., Хамошина М.Б., Михайлова И.Е., Тюрина О.В., Воронин С.В.1

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ВНУТРИУТРОБНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОПЕРИКАРДА.....240
Смирнова А.Ю., Хамошина М.Б., Марухно Н.И.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МАГНИЕВОЙ СОЛИ ОРОТОВОЙ КИСЛОТЫ («МАГНЕРОТ») У БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....241
Смольнова Т.Ю., Михсин С.В., Бурдули Г.М., Ляшко Е.С.

НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС.....242
Смолянинов Г.В., Гиляновский М.Ю., Орлов А.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 242
Собиров А.С., Курбанов С.Ж., Юсупбаев Р.Б.

СОДЕРЖАНИЕ СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ И ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....243
Соколян А.В., Мурашко А.В., Кречетова Л.В., Зиганшина М. М.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО АНГИОСКАНИРОВАНИЯ.....244
Соколян А.В., Мурашко А.В., Гус А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А.

ВЛИЯНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....245
Соловьева А.С., Луценко М.Т.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....245
Сон Ен-Ай

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....246
Сотникова Н.Ю.

НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА.....247
Спиридонова Н.В., Казакова А.В.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕСТОЗОВ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ.....248
Спиридонова Н.В., Казакова А.В.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....249
Стапанова Р.Н., Коломеец Е.В.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....249
Степанова Р.Н., Тарасова Л.П.

ОСОБЕННОСТИ ФОСФОЛИПИДНОГО СПЕКТРА ТКАНИ ТЕСТИКУЛ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НЕСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ.....250
Стрельцова В.Л., Ишпахтин Г.Ю.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ФОРМАМИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.....250
Стрижак Н.В., Егорова А.Т., Шапранова Э.Д.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РОСТА В РАЗВИТИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГЕСТОЗЕ.....251
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Налбандян С.П.

ИММУННЫЙ И ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ВНУТРУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ.....252
Стрижаков А.Н., Малиновская В.В., Казарова Ю.В., Буданов П.В.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.....253
Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндухов И.А.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА И КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ....254
Стрижаков А.Н., Игнатко И.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИАМУРЬЯ...255
Супрун С.В., Учакина Р.В., Козлов В.К., Дьячкова И.В.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ HLA У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ....256
Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е., Нурутдинова Р.А.

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ И ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ КРОВИ И СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ....257
Тамазаева Х.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОСТАГЛАНДИНОВ E_2 И F_{2A} В ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ....258
Тарбаева Д.А., Загородняя Э.Д., Ерофеева Л.Г., Иванова О.А., Сахарова Л.В., Батоева В.В.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ....258
Телегина И.В., Найденова О.В.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ....259
Терехина Л.А., Рымашевский А.Н., Опруженков А.В., Лукаш А.И., Красникова Н.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ....260
Терехина Л.А., Рымашевский А.Н., Бекетова Е.В., Юдина Е.Д., Дунаева Г.Г.

ЗНАЧЕНИЕ ОБМЕНА КОЛЛАГЕНА В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА....261
Тетелютина Ф.К., Беляева Е.Д.

РАННИЕ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ....261
Тетруашвили Н.К., Сухих Г.Т.

ВОЗМОЖНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ....262
Тимохина Е.В.

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АДЕМЕТИОНИНА....263
Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Сарахова Д.Х., Остаева Л.Н., Кузнецов В.П., Совдагарова Ю.Э.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ФОНЕ СМЕШАННОГО ТРЕВОЖНОГО И ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ – ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ....264
Торчинов А.М., Гацаева Л.Т., Цахилова С.Г.

ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОНОЙ ТЕРАПИИ НА ФЕТОПЛАЦЕРНТАРНЫЙ КОМПЛЕКС У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ....265
Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Кузнецов В.П., Королева О.А.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНТЕРОСОРБЕНТА....266
Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Остаева Л.Н., Совдагарова Ю.Э., Попилов А.Н., Кузнецов В.П., Сарахова Д.Х.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЛАГАЛИЩНОГО СЕКРЕТА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ267
Трубникова Л.И., Власова С.К., Корнилова Т.Ю.

БЕРЕМЕННОСТЬ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ....268
Туманова В.А., Овчинникова В.В., Зароченцева Н.В., Булычева Е.С.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАТЕРИ И ЗАЩИТНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПЛОДА ПРИ ГЕСТОЗЕ....269
Тюрина Е.П., Нечайкин А.С., Пешев Л.П., Абрамова С.В., Фоминова Г.В.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ....270
Тютюнник В.Л., Краснова Н.А., Соколова М.Ю., Майсурадзе В.М.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА....270
Узденова А.А., Кафоева О.М., Узденова З.Х., Мисирова М.М.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ГЕСТОЗЕ....272
Уразаева Ф.А., Хамадьянов У.Р.

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МНОГОВОДИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА....272
Ушницкая Е.К., Орджоникидзе Н.В.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ....273
Ушницкая Е.К., Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А.

К ВОПРОСУ О КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ....274
Фаткуллин Ф.И.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ....274
Федорков А. Ч., Воскресенский С. Л.

ГЕНИТАЛЬНЫЕ КОНДИЛОМЫ И ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... 275
Фириченко С.В., Минкина Г.Н., Калинина В.С.

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ КЛОФЕЛИНА НА КРОВООБРАЩЕНИЕ У МАТЕРИ И ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ ПЛОДА..... 276
Фоминова Г.В., Андреева Н.А., Лабзина М.В., Ляличкина Н.А.

АССОЦИАЦИИ ТРОМБОГЕННЫХ МУТАЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ..... 277
Фролов А.Л., Аюпова А.Х., Караванова Е.А., Канева Ф.М., Сыртланов И.Р., Гильманов А.Ж.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ АБОРТА..... 277
Фролов А.Л., Гараева Л.Н., Бондаренко К.Р., Мавзютов А.Р., Фролова Е.В.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ..... 278
Фролова О.Г., Бурдули Г.М., Дурасова Н.А.

КЛИНИКО - ГОРМОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ВЫБОРА АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГЕСТОЗАХ..... 279
Хамадьянов У.Р., Ермолина Е.О.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... 280
Хамадьянов У.Р., Викторова Т.В., Исхакова Г.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА..... 280
Хачатурова М.Д., Федорович О.К., Новикова В.А., Акопова С.Д.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО..... 281
Хашиша М.Б., Гнипова В.В., Сидельникова В.М.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО..... 282
Хашиша М.Б., Гнипова В.В., Сидельникова В.М.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СЛИЗИСТЫХ ГЕНИТАЛЬНОГО И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТОВ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ..... 282
Хашукоева А.З., Савченко Т.Н., Протопопова Л.О.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ НАЛИЧИИ АНАМНЕЗА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ..... 283
Хитров М.В., Охапкин М.Б., Гурьев Д.Л.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКО- И АРОМАТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... 284
Хлыбова С.В., Печенкина Н.С., Дворянский С.А., Яговкина Н.В.

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ..... 285
Хлыбова С.В., Яговкина Н.В., Макарова И.А., Циркин В.И., Дворянский С.А.

СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ РЯДЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ..... 286
Хлыбова С.В., Циркин В.И., Макарова И.А., Дворянский С.А., Печенкина Н.С.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИСТРЕССЕ ПЛОДА..... 287
Ходжаева З.С., Байбарина Е.Н., Шатирян Л.А.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ТРОМБОФИЛИИ И ПРИВЫЧНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ..... 288
Ходжаева З.С., Сухих Г.Т., Блинецкая С.Л., Кирющенков П.А., Файзуллин Л.З.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ..... 289
Ходжибаева Г.А., Мухамедова Ш.С., Юсупова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН..... 290
Ходжибаева Т.Ю., Зарипова Н.Н., Рахимова М.М.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ..... 290
Холова Д.П., Баев А.Т., Ходжибаева Т.Ю.

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЯХ (ВП) У БЕРЕМЕННЫХ..... 291
Худойбердиев С.И., Юсупова М.А., Исроилов Р.И.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СЕВОРАНА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ..... 292
Хуторская Н.Н., Вартанов В.Я., Прудников В.Ю., Бегеев М.И.

ПРИМЕНЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ..... 292
Цивцивадзе Е.Б., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Гурьева В.М., Бурумкулова Ф.Ф., Лукашенко С.Ю.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 293
Чарторижская Н.Н., Дейкова Е.З., Белокриницкая Т.Е.

ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА..... 294
Чернуха Е.А., Бабичева Т.В., Никонова Н.А.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ..... 295
Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Комиссарова Л.М., Федорова Т.А.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА..... 296
Чехонацкая М.Л., Пискунова Л.В., Василевич Л.К., Бухарова Л.А., Сумовская А.Е.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЁННЫХ..... 297
Чехонацкая М.Л., Глыбочко П.В., Василевич Л.К., Пискунова Л.В., Бухарова Л.А., Гасанова Т.А.

ТАКТИКА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ..... 298
Чикин В.Г., Пчелинцев В.В., Цыганкова Л.В.

СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА И ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... 299
Чистякова Д.С.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТОЗАХ..... 299
Шалина Р.И. Лебедев Е.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ РОДОВ ПРИ ГЕСТОЗЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ..... 300
Шалина Р.И., Куртенок Н.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ..... 301
Шахмаева А.Б., Глебова Н.Н., Трубина Т.Б., Кротова Н.Н.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ ПЕРФТОРАНА ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ В ОТНОШЕНИИ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА И ПЛОДА..... 302
Шевелева Г.А., Акиньшина В.С., Федорова Т.А., Стрельникова Е.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПЛОДА В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ (11-14 НЕДЕЛЬ). ОПЫТ РАБОТЫ 2001- 2005 гг..... 303
Шевченко Е.А.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА..... 304
Шиганова О.В., Кустаров В.Н., Конычева Е.А.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ..... 305
Шидловская Н.В., Петрухин В.А., Бурумкулова Ф.Ф., Башакин.Н.Ф., Баринова И.В.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ..... 305
Шиляева Е.Г.

РАНЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ПУЭРПЕРАЛЬНОМ ЭНДОМИОМЕТРИТЕ..... 306
Шляпников М.Е., Решетникова В.П., Меркулова В.И., Герасимова Е.Е., Арутюнян К.Н., Афанасьева Л.В., Вырыпаева Л.А., Гришанова Е.П.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АФП И ХГЧ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА..... 307
Эсетов А.М. Гаджиева А.Б., Хархарова М.А.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ И ОЖИРЕНИЕМ..... 307
Эфендиева Д.И.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ ВЫПОЛНЕНЫХ ПО ПОВОДУ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА..... 308
Юсупбаев Р.Б., Собиров А.С., Курбанов С.Ж.

ПОДГОТОВКА К ПАРТНЕРСКИМ РОДАМ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА: СПЕЦИФИКА И ПЕРСПЕКТИВЫ..... 308
Шихова Е.П., Мальгина Г.Б.

ГИНЕКОЛОГИЯ

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ..... 309
Абрамова С.В., Пешев Л.П., Лабзина М.В., Нечайкин А.С., Фоминова Г.В.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ОВАРИОЭКТОМИИ..... 309
Абузяров Р.Р., Будник О.А.

БИОФОТОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЯИЧНИКОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ..... 310
Абузяров Р.Р., Будник О.И. Иванян А.Н., Хлевнова М.Г.

СОСТОЯНИЕ КОНТРОЛЬНО-РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ..... 311
Абусуева З.А., Стрижова Н.В.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК..... 311
Адамян Л.В., Баран Н.М., Богданова Е.А., Глыбина Т.М.

СОСТОЯНИЕ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПОЗИЦИЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ..... 312
Адамян Л.В., Брагина Е.Е., Арсланян К.Н., Харченко Э.И.

ЛАКТОФЕРРИН И ЕГО РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА..... 313
Адамян Л.В., Бургова Е.Н., Осипова А.А., Сонова М.М.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ АНОМАЛИИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В ИЗУЧЕНИИ ЭМБРИОГЕНЕЗА.....313
Адамян Л.В., Глыбина Т.М., Степанян А.А., Окулов А.Б., Макиян З.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ И АПОПТОЗА В ЭУТОПИЧЕСКОМ И ЭКТОПИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....314
Адамян Л.В., Зайратьянц О.В., Осипова А.А., Сонова М.М, Опаленов К.В., Борзенкова И.П, Барсанова Т.Г., Мовтаева Х.Р.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ МИКРОИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....315
Адамян Л.В., Козаченко А.В., Темишева Я.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....315
Азизова А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПРЕПАРАТА НОВИНЕТ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ.....316
Акопян А.Н., Межевитинова Е.А., Менжинская И.В., Сухих Г.Т.

ВОЗМОЖНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ В ПРОГРАММЕ ЭКО.....317
Алибахшова Ф.К., Куземина С.В., Лопатина Т.В., Белоглазова С.Е.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДОНАТОРА ОКСИДА АЗОТА И ИНТЕНСИВНОЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОК С РАНЕЕ БЕЗУСПЕШНЫМИ ИСХОДАМИ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....318
Алиева К.У., Кузьмичев Л.Н., Ипатова М.В., Комиссарова Ю.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ПОДГОТОВКЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ГРУБОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....319
Алиева К.У., Кузьмичев Л.Н., Комиссарова Ю.В., Ипатова М.В.

НАЧЕНИЕ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВОТОКА В СОСУДАХ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ И РАНЕЕ БЕЗУСПЕШНЫМИ ИСХОДАМИ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....320
Алиева К.У., Кузьмичев Л.Н., Комиссарова Ю.В.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ.....321
Ангалева Е.Н., Хуцишвили О.С., Ильченко К.Н., Пинаев Н.М., Ширина И.Г.

ЭНДОКРИННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПАТОГЕНЕЗА РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА АНОРЕКТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ..322
Андреева В.О., Шабанова Л.Ю., Андреева А.А.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ.....322
Андреева М.В., Смолова Н.В.

РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – α В ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ ПРИ СИНДРОМЕ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ.....323
Андреева В.О., Орлов В.И., Московкина А.В., Карпущенко Н.А., Андреева А.А.

МЕТОДЫ ФРАГМЕНТАЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГИСТЕРЭКТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ.....324
Аракелян А.С., Киселев С.И., Конышева О.В.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ.....325
Аракелян А.С., Киселев С.И., Конышева О.В.

ПСИХОЛОГИЯ ОТЦОВСТВА.....326
Арасланова Е.Л., Агаркова Г.В.

РАННЯЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....327
Арсланян К.Н., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Ханзадян М.Л.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ОВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....327
Аскольская С.И., Адамян Л.В., Козаченко А.В., Буздум Н.В.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ.....328
Ахметова Е.С., Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ ТРОМБОФИЛИИ И ЭНДОТЕЛИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ.....329
Бадалова О.А.

БЕЛКИ СЕМЕЙСТВА МАКРОГЛОБУЛИНОВ (МГ, АБГ) ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ.....330
Баженова Л.Г., Шрамко С.В., Зорин Н.А., Белов В.Н., Головнина И.В., Грачева Л.М

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ IVF-ICSI-TESA В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА ЭМБРИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА.....331
Безруков Р.В., Локшин В.Н., Чистякова А.Е., Чистяков В.В.

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ.....332
Белокриницкая Т.Е., Пономарева Ю.Н., Бунина Е.Н., Вологдин Е.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ С ЧАСТИЧНЫМ ПЕРЕКРУТОМ.....332
Белоусова Т.Н., Мигунов К.И., Соваев Н.И., Клименко Г.А., Елисеев П.А.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОЦЕНКА И СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОФИЛАКТИКА ЕГО НАРУШЕНИЙ.....333
Беляева Н.В.

ПРОБЛЕМА НЕЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И АБОРТА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.....334
Богатова И.К., Сотникова Н.Ю.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН И ЕЕ НАРУШЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ.....335
Божедомов В.А., Николаева М.А., Голубева Е.Л., Ушакова И.В., Божедомова Г.Е., Бокорева Е.И., Липатова Н.А., Сухих Г.Т.

ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ СЕГОДНЯ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....335
Божедомов В.А., Теодорович О.В., Сухих Г.Т.

МИКРОЭКОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ДИСБИОЗЕ...336
Бондаренко К.Р., Хасанова Г.Ф., Аглямова Д.Р., Хасанова С.Г., Мавзютов А.Р.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН.....337
Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е.И., Холина Л.А., Селезнева Е.Э.

ЛАЙФФЕРОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН.....337
Боровиков И.О., Куценко И.И., Назаренко Е.И., Селезнева Е.Э.

СКЭНАР-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.....338
Боровкова Л.В., Холмогорова И.Е., Учайкина В.Д., Челнокова Е.В.

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН РАЗВИТИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....339
Бочарова Г.П., Михеенко Г.А.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ.....340
Бреусенко В.Г., Капранов С.А., Краснова И.А., Каухова Е.Н., Шевченко Н.А., Арютин Д.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ.....341
Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Каппушева Л.М., Краснова И.А., Капранов С.А., Мишиева О.И.

ЭТИОЛОГИЯ КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН.....342
Букетова А.Б., Мирзабалаева А.К.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.....343
Буштырева И.О., Дюжиков А.А., Лаура Н.Б., Ковалёва А.В., Жилина Е.Б.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ.....343
Буштырева И.О., Лаура Н.Б., Мкртычева Е.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРЕПАРАТОМ СИСТЕМНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ФЕМОСТОН) И ХОЛИНОЛИТИКОМ (ДРИПТАН) У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....344
Буянова С.Н, Щукина Н.А., Краснопольская И.В., Елизарова А.С., Балашкина Н.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ GYNE MESH SOFT, TVM ANTEROR и TVM POSTERIOR ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ.....345
Буянова С.Н, Щукина Н.А., Краснопольская И.В., Елизарова А.С., Балашкина Н.В.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ СТАРЫМИ РАЗРЫВАМИ И БЕЗ ДЕФОРМАЦИИ.....345
Быстрицкая Т.С., Терещенко С.Ю.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....346
Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф., Зайнуллина Р.М., Нафтулович Р.А., Попова Е.М.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЬГОДИСМЕНОРЕИ У ДЕВОЧЕК МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ.....347
Валиуллина Н.З., Озерчук А.Ф., Кульмухаметова Н.Г, Зайнуллина Р.М., Бадретдинова Ф.Ф.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЫ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ БЕЗ ПРИДАТКОВ.....347
Веревкина О.М., Беленькая О.Н.

ЦВЕТНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ МЕТОДОМ ФУЗ-АБЛАЦИИ.....348
Вишнинский А.А., Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В., Степанов А.А., Лазуткина В.Ю.

МОРФОЛОГИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ.....349
Вознесенская Н.В., Кожемятова И.В., Албутова М.Л.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ В СТАЦИОНАРЕ..349
Волгина В.Ф., Погорелова А.Б.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....350
Волков В.Г., Горшкова И.А.

ФУНКЦИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ.....351
Волков Р.В., Евтушенко И.Д., Иванова Т.В., Тихонова Н.В., Иванов С.Н., Волкова Т.Г.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ.....351
Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Гусаева Х.З., Василенко И.А.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ АНГИОГЕНЕЗА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ.....353
Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Гурджиев В.Ш., Бурлев В.А.

РАК ТЕЛА МАТКИ И РАК ЯИЧНИКОВ В СОСТАВЕ ПОЛИНЕОПЛАЗИЙ ЖЕНЩИН БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.....354
Газазян М.Г., Коваленко Б.С., Ивкина Л.Ю.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....355
Газазян М.Г., Хурасева А.Б., Милюкова М.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У КУРЯЩИХ ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ.....356
Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кузьмичев Л.Н., Кулакова Е.В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕТЫ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....356
Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кулакова Е.В.

СОДЕРЖАНИЕ МЕЛАТОНИНА И СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ.....357
Гарипова Г.Х.

ГРУППА РИСКА НА СКОПЛЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ 358
Гасанова М.К., Захарова Л.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....358
Гаспарян Н.Д., Логутова Л.С., Будыкина Т.С., Горенкова О.С., Кручинина Е.В, Алимова Н.Г.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....359
Гаспарян Н.Д., Карева Е.Н., Горенкова О.С., Баринова И.В., Шагинян Г.Г., Склянкина И.В., Маняхина А.Е.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ НА БОЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК.....360
Герасимов А.М., Сытова Л.А., Пузырев М.О., Смирнова С.В., Шульпина Е.Ю.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА, НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У КРЫС.....361
Герасимов А.М., Смирнов В.М., Перетятко Л.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО КОНТРАЦЕПТИВА НОВАРИНГ В ЛЕЧЕНИИ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ.....362
Гергова Ф.Х., Узденова З.Х., Шаваева В.А., Боттаева Л.В., Хапаева А.И.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН КОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ.....362
Гладкая В.С.

ВЛИЯНИЕ АУТОИММУННОГО ДИАБЕТА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН.....364
Глазкова О.Л., Сибирская Е.В.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ.....365
Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б., Кортунова В.В., Красникова М.Б.

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....365
Глебова Т.К.

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МУЖЧИН, ВКЛЮЧЕННЫХ В ПРОГРАММУ ИКСИ.....366
Глинкина Ж.И.

ПРЕИМПЛАНТАЦИОННАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭМБРИОНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕЛЕЦИЕЙ AZF ЛОКУСА Y ХРОМОСОМЫ.....367
Глинкина Ж.И., Кузьмичев Л.Н., Бахарев В.А., Дзенис И.Г., Азизова Г.Д.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНО-ВИСЦЕРАЛЬНЫМ И ГЛЮТЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ОСОБЕННОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ.....367
Глухова М.В., Линева О.И.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ ОЗЕРА ЭЛЬТОН НА ГОРМОНАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЯИЧНИКОВ В ПЕРИОД ПРЕКЛИМАКТЕРИЯ.....368
Жаркин Н.А, Гнутова С.В.

ТЕХНОЛОГИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....369
Гордон К.В., Мельникова Т.В., Несват Л. М., Шаманская Е.Н., Юшина И.Г.

СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ ДИСПЛАЗИИ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ.....370
Грачева О.Н.

ПУНКЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ.....371
Гребёнкин Б.Е., Палакян Л.П.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.....372
Григорьева Л.А., Коваль И.П., Новицкая Е.В.

ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ ПОД КОНТРОЛЕМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ.....372
Григорьева Е.Е., Казарян Р.А.

РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....373
Громова М. А., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю.

КОНТРАЦЕПТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.....373
Гурова З.Г., Терегулова Р.Р.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....374
Гурьева В.А., Варнакова Е.С, Костыркина О.С., Сопотова И.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ДУКТОФОРИТОМ.....375
Гурьева В.А., Костыркина О.С., Варнакова Е.С., Сопотова И.В.

ВИТАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ФАЗОМЕТРИЯ В ИЗУЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ.....375
Гусаева Х.З., Адамян Л.В., Гаврилова Т.Ю., Василенко И.А., Метелин В.Б.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ.....376
Гусаева Х.З., Адамян Л.В., Гаврилова Т.Ю., Василенко И.А., Метелин В.Б.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МИОМЭКТОМИИ.....377
Давыдов А.И., Стрижакова М.А., Бахтияров К.Р., Вороной С.В.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....378
Давыдов А.И., Стрижакова М.А., Пашков В.М., Лебедев В.А., Буданов П.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ.....379
Давыдов А.И., Пашков В.М., Лебедев В.А., Буданов П.В., Коваленко М.В.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЦЕРВИКАЛЬНОЙ МИОМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....380
Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндухов И.А., Коваленко М.В.

РОЛЬ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАЗИИ И ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....381
Девятовская А.Г., Смирнова Т.Е., Гажонова В.Е.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....381
Демьянова Т.Н., Богданова Н.Л., Дикова С.Н., Чупурова И.Н., Елгина С.И.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....382
Демьянова Т.Н., Богданова Н.Л., Дикова С.Н., Переделкина О.Н., Елгина С.И.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ.....383
Демьянова Т.Н., Переделкина О.Н., Богданова Н.Л., Елгина С.И.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ИНГУШЕТИИ С ЙОДДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ.....384
Дзарахова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЙОДДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ.....385
Дзарахова М.А.

СТРУКТУРНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ МИО-, ЭНДОМЕТРИЯ.....385
Дикарева, Л.В., Шварев Е.Г., Шрамкова И.А., Ромахова Т.В., Аюпова А.К.

УРГЕНТНАЯ ФОРМА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.....386
Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Чернышенко Т.А., Ильина И.Ю., Кайфаджян М.М., Нуруллин Р.Ф.

ЛАПАРАСКОПИЯ, КАК РЕШЕНИЕ ВОПРОСА ТАЗОВЫХ АЛГИЙ В СВЕТЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ.....388
Доброхотова Ю.Э, Гришин И.И, Авалишвили О.О.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ГОНАДНЫХ ВЕНАХ.....388
Доброхотова Ю.Э., Гаврилов С.Г., Гришин И.И., Авалишвили О.О.

ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИО- И ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМА.....389
Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А., Гришин И.И., Литвинова Н.А., Ибрагимова Д.М., Задонская Ю.Н.

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ДАННЫХ И ОСОБЕННОСТЕЙ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОК С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИО- И ЭНДОМЕТРИЯ ДО И ПОСЛЕ ЭМА В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ390
Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Филатова Л.А., Алиева А.А., Гришин И.И., Литвинова Н.А., Ибрагимова Д.М.

РОЛЬ ИНФУЗИОННОЙ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО СИНДРОМА.....391
Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Гришин И.И., Озерова Р.И., Алиева А.А., Бобров Б.Ю., Ибрагимова Д.М., Литвинова Н.А.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ...392
Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Кайфаджян М.М., Нуруллин Р.Ф., Жданова М.С.

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ.....392
Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А., Горбунова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ.....393
Додхоева М.Ф., Джонова Б.Ю., Хабибова Ш.А.

РАДИОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....394
Дуванский Р.А., Торчинов А.М., Умаханова М.М., Аубекирова М.А.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....395
Дударь О.А., Ишпахтин Г.Ю., Ромашко Е.Ю., Нагорный Э.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА....395
Духин А.О., Серебренникова К.Г., Хмелевская В.Ф., Багдасарова З.З.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....396
Евсеев А.А., Кузнецов М.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВУШЕК С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ.....396
Евтушенко И.Д., Сидорова М.М.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ LNG – РЕЛИЗИНГ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МИОМОЙ МАТКИ.....397
Ермолова Е.В., Малка В.Ф.

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ И СЫВОРОТКИ КРОВИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.....398
Ермолова Н.В.

ОКСИД АЗОТА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.....399
Ермолова Н.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ЭЛЬТОН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....400
Жаркин Н.А., Симонян А.В., Бурова Н.А., Аболонина О.В., Плетнёва И.В.

ВЛИЯНИЕ НА ЭНДОМЕТРИЙ И МАТОЧНЫЙ КРОВОТОК НИЗКОДОЗИРОВАННОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....401
Зайдиева Я.З., Гус А.И., Гасанова С.Х., Курбанбекова Г.Э.

ИНВАЗИВНАЯ АКТИВНОСТЬ И НЕОАНГИОГЕНЕЗ В ГИСТОГЕНЕЗЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА...403
Зайратьянц О.В., Адамян Л.В., Опаленов К.В., Осипова А.А., Сонова М.М, Барсанова Т.Г., Борзенкова И.П, Мовтаева Х.Р.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ НА УРАЛЕ.....403
Звычайный М.А., Воронцова А.В.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа.....404
Золотарева Н.И., Белокриницкая Т.Е., Мочалова М.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «БИОТЕК» В ТЕРАПИИ ПСЕВДОЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА и КОЛЬПИТОВ.....405
Зубковская Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ.....405
Иванова М.Н., Ли Б., Минаева И.Г.

РОЛЬ ИММУННОМОДУЛИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО САЛЬПИНГИТА.....406
Иванова Т.В., Евтушенко И.Д., Тихонова Н.В., Волков Р.В.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....407
Иванян А.Н.,Мелехова Н.Ю., Калоева З.В., Шевцова Н.С.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ — БЕЗОПАСНЫЙ АБОРТ.....407
Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ..408
Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ВЕДЕНИИ ПОСЛЕАБОРТНОГО ПЕРИОДА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....409
Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б., Петрова С.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ АМБЕНА, ЭМОКСИПИНА И ДИМЕФОСФОНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КОРОВОТЕЧЕНИЕМ.....410
Исламова М.Н., Альмяшева Г.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВЯЗИ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ С МЕНОПАУЗОЙ.....411
Кадыров Д.К., Кулигина М.В., Козлова М.В.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....412
Казначеева Т.В., Осипова А.А.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....413
Кайрова Ю.В., Кулигина М.В., Алексеева Н.В.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....414
Карачева Ю.О, Гу.рьева В.А, Павловская Л.И, Сидорова Т.И,. Тарасенко Л.П.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ.....415
Карпущенко Н.А., Андреева В.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ЭНДОМЕТРИТОВ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭНДОМЕТРИИ...416
Катасонова Т.А., Селезнев Г.А., Тайрова З.А., Селезнева Н.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ...417
Каухова Е.Н., Лугуева А.Ю., Панкова О.Ю.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА.....418
Каширова Т.В., Корнеева И.Е., Перминова С.Г.,

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРПЕНЦИРОВАННЫХ ФОРМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ПРОКОАГУЛЯНТЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН.....418
Керимкулова Н.В., Герасимов А.М., Павлов А.Н.

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА.....420
Кикнадзе Д.О., Абубакиров А.Н., Назаренко Т.А., Кирмасова А.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОСТРОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....420
Кира Е.Ф., Муслимова С.З., Гамирова Е.В., Белякина И.В., Мелько А.И.

АКТИВНОСТЬ КАТЕПСИНА D НА СИСТЕМНОМ И ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЯХ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ.....421
Кирсанов А.Н., Герасимов А.М., Шульпина Е.Ю.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ.....422
Клевно М.Е., Баисова Б.И., Штыров С.В.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЯИЧНИКАХ - ОБОСНОВАННАЯ ТАКТИКА ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКАЯ АГРЕССИЯ.....423
Клепикова А.А., Сагамонова К.Ю., Казанцева Т.А.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....424
Клочкова Е.А., Пешев Л.П., Фоминова Г.В., Левина М.А.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.....424
Козлова М.В., Кулигина М.В., Ярченкова Л.Л., Кадыров Д.К.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....425
Колесова Т.Е., Синдеева Э.Н., Хамидуллина Р.И.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....426
Колесова Т.Е., Хренов И.Ю., Жужгова М.П., Мельникова М.Л., Набиюллина Е.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ РАСТВОРОВ ГИДРОКСИЭТИЛИРОВАННОГО КРАХМАЛА В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКЦИИ.....426
Комиссарова Ю.В., Кузьмичев Л.Н., Алиева К.У.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ.....427
Корнеева И.Е., Токова З.З, Медведева Е.Н.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ПАНАВИР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ ЖЕНЩИН.....428
Кортунова В.В., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМИОЗОМ И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ И МИОМА).....429
Костина М.А., Раскуратов Ю.В., Зубарева Г.М..

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПОЛОВЫМ СОЗРЕВАНИЕМ.....429
Котова С.Ф., Пальчик Е.А., Дуянова О.П.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....430
Кох Л.И., Дорош Т.Н., Балакшина Н.Г.

МЕТОДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ «ОСТРОГО ЖИВОТА», ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА.....431
Кох Л.И., Содномова Н.В.

СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....432
Кравченко Е.В., Коваль И.П.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ БОЛЕЗНИ.....433
Кравчук Т.А., Наумова В.Я., Кравчук Е.А.

ГИДРОСОНОГРАФИЯ- МЕТОД ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ.....433
Краснова И.А., Калмыкова Н.В., Бреусенко В.Г., Затонских Л.В., Головкина Н.В., Кулешов А.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОДХОД.....434
Куевда Д.А.1, Шипулина О.Ю.1, Минкина Г.Н.2 Пиксасова О.1

ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ К МЕТОДАМ ВРТ.....436
Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г., Халилов Р.З.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИНЫ.....436
Кулавский В.А., Беглов В.И., Кулавский Е.В.

АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....437
Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУЗ-МРТ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОГТОВКЕ, ПРИ СУБМУКОЗНО РАСПОЛОЖЕННЫХ УЗЛАХ МИОМЫ МАТКИ.....438
Курашвили Ю.Б., Агабалаева А.О., Лазуткина В.Ю., Степанов А.В., Чмыр Е.Н.

ПАТОГЕНЕЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФУЗ-АБЛЯЦИИ НА МИОМУ МАТКИ.....439
Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Е.В. Шиповская, А.А. Степанов, В.Ю. Лазуткина.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУЗ-МРТ-АБЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА МИОМЫ МАТКИ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МР-ПАРАЛЛЕЛИ.....439
Курашвили Ю.Б., Мышенкова С.А., Шиповская Е.В., Степанов А.А., Лазуткина В.Ю.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФЕМОСТОНА В КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....440
Курникова И.А, Тактаева М.В.

ПЛАНИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С УЧЕТОМ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОРГАНИЗМА.....440
Курникова И.А., Тактаева М.В.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ДИАПАЗОНЕ «МАЛЫХ» ДОЗ У РАБОТНИЦ АТОМНОГО ПРОИЗВОДСТВА.....441
Куценко И.Г., Карпов А.Б. , Евтушенко И.Д. , Болотова В.П., Тахауов Р.М. , Махмутходжаев А.Ш., Кубат И.И

ВЫБОР ПАРАМЕТРОВ МИОМ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МР-ТИПА УЗЛОВ И ИХ ПАРАМЕТРОВ.....442
Лазуткина В.Ю., Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Денисов А.В.

ТРУДНОСТИ ФУЗ-МРТ: МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО АКУСТИЧЕСКОГО ОКНА.....443
Лазуткина В.Ю., Курашвили Ю.Б., Степанов А.В., Денисов А.В.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ.....444
Ласточкина Т.В., Кунилова О.В., Черепенина Т.И.

СОПРЯЖЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНО-АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИЦИТАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА.....445
Лебедева М.И., Роговская С.И., Тутельян А.В.

СОДЕРЖАНИЕ СЕРОТОНИНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОПСИХИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....445
Лекарева Т.М., Кореневский А.В., Арутюнян А.В.

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА.....446
Линде В.А., Маржевская А.М., Гришанина О.И., Дудниченко Т.А., Соломенцева Е.В.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДИМОГО ИНФРАКРАСНОГО ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА И ГИАЛУРОНАТА ЦИНКА В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОЭРОЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ. 447
Липатов И.С., Зубковская Е.В., Максимова О.В.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С УЧЕТОМ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ПОДРОСТКОВ С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ. 448
Лободина И.М., Уварова Е.В., Веселова Н.М., Василенко И.А.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В ГИНЕКОЛОГИИ. 448
Мазитова М.И., Гайнутдинова Э.Р.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. 449
Макаров О.В., Хашукоева А.З., Хашукоева З.З.

ГРАВИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ. 450
Макарова Н.В., Шатунова Е.П., Краснянская О.И., Пряничникова О.В.

РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЭТИОЛОГИИ АПЛАЗИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА. 451
Макиян З.Н., Боровая Т.Г., Степанян А.А., Бобкова М.В., Адамян Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ. 452
Мальцева Л.И., Гилязова Э.Э.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ «МЕЛАКСЕНА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ. 453
Мальцева Л.И., Гарипова Г.Х.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ. 454
Мамаева С. М., Омаров С.-М.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С АНЕМИЕЙ. . .454
Мамаева С. М., Омаров С.-М.А.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ НАРУЖНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ. 455
Манухин И.Б., Геворкян М.А., Студеная Л.Б., Горбунова Е.М., Григорова Л.В., Скобенникова М.Д.

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ УРОВНЯМИ ИЛ-6, VEGF, sFas, FasL И ЭНДОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ. 456
Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Кушлинский Н.Е., Кайтукова Е.Р., Харлова О.Г., Шарма Ш.

НАРУШЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И Х ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ. 456
Манухин И.Б., Бобринская И.Г., Т.Ю. Власенко.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ. 457
Манухин И.Б., Казенашев В.В., Геворкян М.А.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. .458
Манюхина И.А., Евсеев А.А., Богинская Л.Н.

АНДРОГЕННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ. 459
Марченко Л.А., Табеева Г.И., Бутарева Л.Б., Фанченко Н.Д.

ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ, ХРОМОСОМНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ФОРМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ. 461
Марченко Л.А., Габибуллаева З.Г., Михайленко Д.С., Кузнецова Е.Б., Немцова М.В.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП). 462
Матвеева О.Л., Кузнецова Т.А., Крестова С.Н.

ИММУННОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ВПГ 1, 2 ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ. 463
Медведев Б. И., Зайнетдинова Л. Ф.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ. 463
Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Калоева З.В., Буцык И.И.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ВПЧ (ГАРДАСИЛ) В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЭКТОПИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ. 464
Мелехова Ю., Иванян А.Н., Овсянкина Н.Л.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. . .464
Меньшикова Н.С., Серова О.Ф.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ЭКО И ПЭ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ. 466
Милютина М.А., Калинина Е.А.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В ПОСТЛЕЧЕБНОМ МОНИТОРИНГЕ ПАЦИЕНТОК С ПРЕДРАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ. 466
Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Шипулина О.Ю., Минкина О.В.

РОЛЬ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН.....467
Минченкова А.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....468
Михельсон А.Ф., Романовская А.Г., Бородин В.Г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ.....469
Мишиева О.И., Голухов Г.Н., Ушакова Т.А.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМЫ НА ЭКСПРЕССИЮ ЭСТРОГЕНОВЫХ И ПРОГЕСТЕРОНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ.....470
Могиревская О.А., Чернуха Г.Е, Шигорева Т.В., Силакова А.В.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.....471
Московкина А.В., Орлов В.И., Андреева В.О.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....472
Муслимова А.Р., Янгуразова Е.Р.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.....473
Муслимова А.Р., Хабирова З.Х., Хасанова А.Ф., Исламова А.А.

ЭТНИЧЕСКИЕ, КОНФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ДРУГИЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН.....473
Муслимова А.Р.

СОСТОЯНИЕ СПИНАЛЬНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ, ИМЕЮЩИХ ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ.....474
Нестеров Ф.В., Худяев А.Т., Кривоногова З.М.

ТЕМПЕРАТУРНО-БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОПРЯЖЕННОСТИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ.....475
Нестеров Ф.В., Худяев А.Т., Щурова Е.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....476
Нефф Е.И., Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ОПУЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И ГРЫЖИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....477
Нечайкин А.С., Пешев Л.П., Абрамова С.В., Лабзина М.В., Андреева Н.А.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ, ДРУЖЕСТВЕННОЙ К МОЛОДЕЖИ.....478
Николаева Л.В., Уквальберг М.Е., Самородинова Л.А., Аксентьева Е.И.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ОТ АБОРТОВ.....478
Николаева М.Г., Григорьева Е.Е., Шадымова Е.А.

ИНФИЦИРОВАННЫЙ АБОРТ В СТАЦИОНАРАХ СКОРОЙ ПОМОЩИ.....480
Новиков Е.И., Глуховец Б.И., Осипов А.В.

ЛЕЧЕБНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-ВЫДЕЛЯЮЩЕЙ РИЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ «МИРЕНА» У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....480
Новикова Т.А., Хамошина М.Б., Курлеева Т.Ю., Наркевич О.В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....481
Обоскалова Т.А., Глухов Е.Ю., Селиверстова Ю.С., Спирин А.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....482
Овчинникова В.В., Серова О.Ф., Кашина Е.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ РОНКОЛЕЙКИНА В ЛЕЧЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У КРЫС.....482
Павлов Р.В., Аксененко Д.В.

РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛЕТОЧНОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА У КРЫС.....483
Павлов Р.В., Аксененко Д.В.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....484
Пекарев О.Г., Любарский М.С.

ИНФРАКРАСНАЯ ФУРЬЕ СПЕКТРОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ.....485
Першин Д.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....486
Петрова Е.В., Ландеховский Ю.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ФОЛАЦИН» У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ ПРИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ. 486
Плужникова Т.А., Алябьева Е.А.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АРОМАТЕРАПИЯ КАК ИНГРЕДИЕНТ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. 487
Поддубная Р.Ю., Гордон К.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО – ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. 488
Подзолкова Н.М., Ландеховский Ю.Д., Кижаев Ю.Е.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ. 489
Подзолкова Н.М.1, Аншина М.Б.2, Шамугия Н.Л.2, Абляева Э.Ш.2, Колода Ю.А.1

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ САЛЬПИНГИТОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПФ И САНАЦИОННОЙ ЛПС. 490
Покиньчереда Т.В., Чертовских М.Н., Кулинич С.И.

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН. 492
Полянская И.Б., Летучих А.А., Педдер В.В.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ. 492
Пономарева Ю.Н., Белокриницкая Т.Е., Добросовестнова С.В., Бунина Е.Н., Ломнева Г.М.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМ ПОЛ и АОС В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ. 493
Попова А.Х., Лунева С.Н., Холодков В.А

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА. 494
Прилепская В.Н., Роговская С.И., Чернышева Е.С.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. 495
Прокопьева Т.А., Петрова Ю.А., Горбунова Е.Е.

СИНДРОМ ТАЗОВОЙ БОЛИ АССОЦИИРОВАННЫЙ С РЕПРОРДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. 495
Протопопова Н.В., Семендяев А.А., Исупова Т.А., Семендяева М.А., Бочков В.В.

ИММУННОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА. 496
Пятов А.Ю.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК. 497
Рачкова Е.В., Талызина Е.А., Ишпахтин Г.Ю.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КУЛЬТИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ И ОВАРЭКТОМИИ (ОДНО- ИЛИ ДВУСТОРОННЕЙ). . .498
Репина Н.Б.

КОРРЕКЦИЯ МУЖСКОГО ФАКТОРА У СЕМЕЙНЫХ ПАР С НЕВЫНАШИВАНИЕМ. 498
Рижинашвили И.Д., Синюхин В.Н., Бесова Н.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. 499
Рубченко Т.И.

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВОТОКА В СОСУДАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ВЛИЯНИЕ НА НИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. 500
Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ. 501
Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОСФЕР РАЗЛИЧНОГО ДИАМЕТРА ПРИ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРОМИОМАМИ МАТКИ 503
Салов И.А., Сладков А.В., Чунихина Н.А., Рогожина И.Е.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ. 503
Салов И.А., Рогожина И.Е., Шехтер М.С., Хворостухина Н.Ф.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ. 504
Салов И.А., Новичков Д.А., Захарова Н.Б., Захарова М.Б.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ДОСТУПА СУПРАЦЕРВИКАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ. 505
Салов И.А., Зиганшина В.А., Хворостухина Н.Ф., Чунихина Н.А., Тарасенко Ю.Н.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. 506
Салов И.А., Есаулова Н.Е.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОЙ РОЛИ ИЛ–1 В МЕХАНИЗМАХ НАРУШЕНИЯ МЕЖКЛЕТОЧНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ И ПОЛИПАХ ЭНДОМЕТРИЯ. 507
Салов И.А., Курникова В.В., Хворостухина Н.Ф., Захарова Н.Б., Романовская А.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИГЕСТАГЕНА МИФЕПРИСТОНА У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....507
Самойлова Т.Е., Бурлев В.А., Шорохова М.А.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АМЕНОРЕЕЙ.....509
Самохвалова К.В., Уварова Е.В., Агарков В. А., Бронфман С.А.

ВОЗМОЖНОСТЬ НЕГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....510
Сандакова Е.А., Зимовина У.В., Касатова Е.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ.....511
Санта-Мария Фернандес Д.О., Кузнецова И.В.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНТИОВАРИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, АНТИТЕЛ К ПРОГЕСТЕРОНУ И ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ ЧЕЛОВЕКА У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ.....512
Сароян Т.Т., Менжинская И.В., Веряева Н.А., Корнеева И.Е., Сухих Г.Т.

ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....512
Сашин Б.Е., Адамян Л.В., Козаченко И.Ф., Арсланян К.Н., Селиверстов А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭНДОЦЕРВИЦИТА НА ФОНЕ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ.....514
Сашкина А.Е.

ВЛИЯНИЕ ДЛИННОГО ПРОТОКОЛА СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ НА ЧАСТОТУ ОБРАЗОВАНИЯ БЛАСТОЦИСТ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ.....515
Серебренникова К.Г., Богаева И.И., Бурдина Н.В., Хмелевская В.Ф.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ИЗ СЕМЕЙ С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ.....515
Серебрянников А.С., Кулигина М.В., Ситникова О.Г.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ГОТОВЯЩИХСЯ К ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ОПЛОДОТВОРЕНИЮ.....516
Серебренникова К.Г., Мирзоян Ж.В., Хмелевская В.Ф., Бессмертная В.С.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМИ ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ.....517
Сибирская Е.В., Глазкова О.Л., Сумятина Л.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ.....517
Сидорова Т.И., Карачева Ю.О, Бойко Е.А., Юсупходжаев Р.В, Гурьева В.А

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ ОТ 13 ДО 18 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШИХ АБОРТ В РАННЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....518
Сиряцкая Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....519
Сокологорский С.В.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....521
Соловьева Е.П., Парамонова Т.К., Радынова С.Б., Гусева Г.С.

РЕЦЕПТОРНЫЙ СТАТУС И ЭКСПРЕССИЯ АРОМАТАЗЫ ЦИТОХРОМА Р450 ЭУТОПИЧЕСКИМ И ЭКТОПИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИЕМ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....521
Сонова М.М., Адамян Л.В., Зайратьянц О.В., Опаленов К.В., Осипова А.А., Барсанова Т.Г., Мовтаева Х.Р., Борзенкова И.П.

РОЛЬ МАКРОФАГОВ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ..522
Сонова М.М., Осипова А.А.

ВАЗИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В МИОМАТОЗНОМ УЗЛЕ С СИСТЕМНОЙ И ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИЙ IL-8 И TGFβ.....523
Соснина А.Е., Сотникова Н.Ю., Посисеева Л.В., Бойко О.М., Малышкина А.И., Анциферова Ю.С., Перетятко Л.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛУДАНОМ И НИЗКОЧАСТОТНЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ.....524
Спирина Ю.В., Евтушенко И.Д.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....525
Степанова О.С.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН.....525
Стрижаков А.Н., Каграманова Ж.А., Малиновская В.В., Брагина Г.С.

ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ С ПОМОЩЬЮ ФОКУСИРОВАННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ МРТ.....526
Стрижаков А.Н., Лядов К.В. Коваленко М.В., Давыдов А.И., Курашвили Ю.Б., Степанов А.В.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ ЖИРОВОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ НИЗКО- И МИКРОДОЗИРОВАННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ.....527
Сумятина Л.В., Глазкова О.Л.

НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ В КЛИНИКЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ..... .527
Сутурина Л.В., Данусевич И.Н.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯЧНИКОВ.....528
Сухих Г.Т., Сметник В.П., Кузьмичев Л.Н., Марченко Л.А., Бутарева Л.Б., Гус А.И., Киндарова Л.Б.

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ АБЛАЦИИ МИОМЫ МАТКИ ФОКУСИРОВАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОМ ПОД КОНТРОЛЕМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....529
Сухих Г.Т., Волобуев А.И., Самойлова Т.Е., Максутова Д.Ж., Куринов С.Б., Кулабухова Е.А.

ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....530
Табакман Ю.Ю., Костин А.Ю., Бутенко Г.Р., Солопова А.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СА И АРД-КОМПЛЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ..... .531
Талызина Е.А., Абрамян Р.В., Нагорный Э.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ СУППОЗИТОРИЕВ «ГЕНФЕРОН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН.....531
Тарасов В.Н.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПРОИЗВОДНЫМ СПИРОНОЛАКТОНА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ..... .532
Тарасова М.А., Ярмолинская М.И., Соловьева О.А., Сахновская М.А.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ЖЕНЩИН УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА, СОСТОЯЩИХ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?..... .533
Тарасюк А.Б., Николаева Е.Б., Звычайный М.А., Беломестнов С.Р.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АГОНИСТОВ ГнРГ В ЦИКЛАХ ЭКО С ОТСРОЧЕННЫМ ПЕРЕНОСОМ..... .534
Таскина О.А., Назаренко Т.А., Кузьмичев Л.Н.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....535
Таюкина И.П., Тихоновская О.А., Мустафина Л.Р., Фохт О.В.

ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.....536
Тварадзе И.Э., Штыров С.В., Лугуева А.Ю.

БЕЛОК P16INK4A В МАЗКАХ С ШЕЙКИ МАТКИ БОЛЬНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ..... .536
Темишева Я.А., Адамян Л.В., Козаченко А.В.

НОВЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ.....537
Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ..... .538
Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ..... .539
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Исаева Л.В., Минец Ю.В.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ И ВОПРОСАМ КОНТРАЦЕПЦИИ.....539
Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....540
Торчинов А. М., Умаханова М. М., Габараева М.Р., Фидарова Т.В.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОД ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ..... .540
Торчинов А.М., Умаханова М.М.,Фидарова Т.В. , Габараева М.Р.

РАСШИРЕННАЯ КОЛЬПОСКОПИЯ В АЛГОРИТМЕ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК...541
Троицкая О.Г., Сингаевский С.Б., Борисов А.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ...542
Трубников В.С., Таджиева В.Д., Алекперова А.Ф., Гайнуллина Ю.В., Шакирова Т.А.

МАММАСЦИНТИГРАФИЯ КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....542
Трубникова Л.И., Трубников В.С., Баратюк Н.Ю.

МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ПОЗДНЕЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ.....543
Тутынина О.В., Егорова А.Т.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ) У ПОДРОСТКОВ..... .544
Уварова Е.В., Ашрафян Л.А., Огрызкова В.Л., Григоренко Ю.П.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОСТАНОВКИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....545
Уварова Е.В., Лободина И.М., Веселова Н.М.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЙОДОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ГОРНОЙ МЕСТНОСТИ.....546
Узденова З.Х., Захохов Р.М., Канцалиева Г.Т., Берхамова Э.А.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....547
Файзулин А.К., Глыбина Т.М., Колисниченко М.М.

ИНТРОИТОПЛАСТИКА С РАЗДЕЛЕНИЕМ ПОЛОВЫХ И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....547
Файзулин А.К., Глыбина Т.М., Колисниченко М.М.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ И ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....548
Федорова Т.А., Фотеева Т.С., Михайлова О.И., Алиева С.А., Тютюнник В.Л.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....548
Филиппова Т.Ю., Пирожкова Е.В.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.....550
Филькина О.М., Воробьева Е.А., Шанина Т.Г., Кочерова О.Ю.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССЗАВИСИМЫХ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.....550
Хаджиева Н.Х., Кузнецова И.В.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН.....551
Хамадьянов У.Р., Викторова Т.В., Исхакова Г.М.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....552
Хамадьянов У.Р., Викторова Т.В., Исхакова Г.М.

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ И КОНТРОЛЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.....552
Хамадьянова А.У.

ВОЗМОЖНОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АБОРТА КАК ИСХОДА ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ С УЧЕТОМ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ.....553
Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Парух Л.Н., Ширковец А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧИЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ.....554
Хардиков А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНСЕМИНАЦИИ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕСПЛОДИЕМ.....555
Хархаров А.Г., Гаджиева А.Б.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....555
Хашукоева А.З.., Леонова Е.И.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЭНДОМЕТРИЯ - АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....556
Хашукоева А.З., Отдельнова О.Б.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА.....557
Хитров М.В., Кротов Ю.А., Хисамова И.В., Козлова И.В., Елфимова Е.К.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....557
Хитрых О.В., Саркисов С.Э., Куковенко Е.М.

ВЛИЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С ТРУБНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....558
Хоржевский В.А., Игошина С.А., Кириченко А.К., Базина М.И.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.....559
Хорольская А.Е, Куценко И.И., Ханферян Р.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАДИКАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ.....560
Хорольский В.А., Куценко И.И, Зубко А.А., Хорольская А.Е., Томина О.В.

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....560
Храмцова С.М., Абузяров Р.Р., Иванян А.Н.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КОРИЛИП» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....561
Хрипунова Г.И., Грибова С.Н., Буделенко Г. Б, Орлова В.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ.562
Хурасева А.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ.....563
Цаллагова Л.В., Кабулова И.В., Губаева З.Э., Кастуева Н.З.

ОРТОСТАЗОЗАВИСИМЫЕ ФЛЕБОПАТИИ И ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПРОМЕЖНОСТИ И ВУЛЬВЫ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....564
Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Баженов В.Н., Василевич В.В.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПЕНСИРОВАННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....564
Цурцумия М.З., Солопова А.Е., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ...565
Цыганкова О.Ю., Рудакова Е.Б., Цыганкова Л.И.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН.....566
Чацкис Е.М., Иозефсон С. А.

«СИНДРОМ ОЖИРЕНИЯ» У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА.....566
Чернуха Г.Е., Блинова И.В., М.И., Шевцова В.Л, Кузнецов С.Ю.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....568
Чернуха Г.Е., Блинова И.В.

КАК СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ МНОГОПЛОДИЯ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....568
Чистякова А.Е., В.Н. Локшин, В.В. Чистяков

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ НА СИСТЕМНОМ И ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЕ У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.....569
Чобанян А.Г., Куценко И.И., Колесникова Н.В.

СПЕКТР ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ (ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ЖЕНСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ).....570
Чугунова А.А., Одинцова Г.В., Королева Н.Ю.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПОСЛЕ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА.....571
Шанькова И.Л., Гуменюк Е.Г.

ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ БОЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ.....572
Шварев Е.Г., Дикарева Л. В., Оводенко Д.Л., Шрамкова И. А.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ.....572
Шевченко Н.Н., Хамошина М.Б., Ульянова И.Л.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ С ПОМОЩЬЮ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСБАКТЕРИОЗА ВЛАГАЛИЩА.....573
Шипулина О.Ю., Насонова В.С., Пиксасова О.В., Шипулин Г.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКИЙ САЛЬПИНГООФОРИТ.....574
Ширинг А.В., Кожин А.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ КРИТЕРИЕВ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ.....575
Шрамко С.В., Баженова Л.Г., Зорина Р.М.

К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ МИОМЫ МАТКИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....576
Шрамкова И.А., Шварев Е.Г., Дикарева Л.В.

ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА.....577
Шуляк И. Ю.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.....577
Щукина Н.А., Будыкина Т.С., Пескова Е.О., Горшилин А.В.

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ.....578
Эфендиев М.М.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭС-ТЕРАПИИ.....579
Юдин С.А., Андреева М.В., Андреев В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ И ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ....580
Юрматова Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЭНДОМЕТРИТОВ.....581
Юровская В.П., Алубаева Н.Г., Богданова Т. В., Калинина И.Ю., Евдокимова Е.П., Евдокимова Е.Г., Подгорный И.В.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....582
Юровская В.П., Казакова Ю.А., Калинина И.Ю., Евдокимова Е.П., Чеботарева Ю.Ю., Кочеткова И.П.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭКО В ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.....582
Яковлева Н.В.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА.....583
Яковлева О.В., Чупрова А.В., Маринкин И.О., Лоскутова С.А.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПАРАМЕТРЫ МЕТАБОЛИЗМА И СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ....584
Якокутова М.В., Кузнецова И.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ.....585
Ярмолинская М.И., Тарасова М.А., Высочина Д.А., Толпыгина М.Г.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ В ГИНЕКОЛОГИИ.....586
Яроцкая Е.Л., Степанян А.А.

ТРАНСВАГИНАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ЭКСТРЕНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.....587
Ящук А.Г.

ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ.....588
Ящук А.Г., Кульмухаметова Н.Г., Озерчук А.Ф., Валиуллина Н.З., Попова Е.М., Бадретдинова Ф.Ф., Зайнулина Р.М.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ...589
Подзолкова Н.М., Львова А.Г., Зубарев А.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ.....589
Шперлинг Н.В., Дикке Г.Б., Энгель Е.Э., Чукаева Л.М.

ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ...590
Подзолкова Н.М., Львова А.Г., Зубарев А.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ.....591
Шперлинг Н.В., Дикке Г.Б., Энгель Е.Э., Чукаева Л.М.

НЕОНАТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....592
Агаджанян К.В., Устьянцева И.М., Яковлева Н.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ИМЕЮЩИХ АНТИТЕЛА К ПЕРОКСИДАЗЕ ТИРОЦИТОВ.....593
Андреева Е.В., Латкина Н.В., Доброхотова Ю.Э., Лукина Н.Н., Митрофанова Н.А., Хейдар Л.Х., Бояр Е.А., Яковец М.И., Шихмирзаева Э.Ш.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У МНОГОРОЖАВШИХ МАТЕРЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ КОМПЛЕКСНУЮ ПРЕДРОДОВУЮ ПОДГОТОВКУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК.....593
Бегова С.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА С ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКОЙ.....594
Бойчук Н. В., Егорова А.Т., Базина М.И.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТЕРФЕРОН-КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА.....595
Бочарова И.И., Аксенов А.Н., Башакин Н.Ф., Троицкая М.В., Лебедева Е.А., Котов Ю.Б.

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭКЗОГЕННОГО СУРФАКТАНТА.....596
Бубнова Н.И.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....597
Буштырев В.А., Дворянинова Л.В., Лаура Н.Б., Лебеденко Е.Ю.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....597
Буштырев В.А., Лебеденко Е.Ю., Лаура Н.Б., Курочка М.П., Баранов П.А., Ковалева А.В.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ И ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....598
Вахонина Н.В., Осипова О.К.

РОЛЬ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ АНТИГЕНОВ КЛЕТОК КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ.....599
Дударева М.В., Левкович М.А.

ГОНАДОТРОПНО-ГОНАДНАЯ СИСТЕМА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....599
Елгина С.И., Ушакова Г.А.

ОПЫТ РАБОТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).....601
Кирова Н.Н., Павлова Т.Ю., Кулинич С.И.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ОПЕРИРОВАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....601
Климова Л.Е., Севостьянова О.Ю., Осипова Л.Е.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....602
Козинова О.В., Паршикова О.В., Гайдамако Т.Н., Зарецкая Н.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ И ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА.....603
Колосова Т.А. Гуменюк Е.Г.

ИММУНО-АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....604
Кудашов Н.И., Александровский А.В., Анкирская А.С., Файзуллин Л.З.

АНТЕНАТАЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....605
Кузьменко Г.Н., Чемоданов В.В., Назаров С.Б.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ..606
Куликова Н.Ю., Чаша Т.В., Сахарова Н.В., Кузьменко Г.Н., Беликова М.Э.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ II – III СТЕПЕНИ. . .606
Лазарева Н.В., Слободина В.А., Артемова Т.Е.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ИМЕВШИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ЭКТРОПИОН.....607
Ли Б., Иванова М.Н., Минаев Н.Н.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФОРМ ВОДЫ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.....608
Логинов И.А.

К ВОПРОСУ О ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДАХ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ПЕРИОДА БЕСПЛОДИЯ.....608
Меджидова Д.Б.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФОРМ ВОДЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПЛОДА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.....609
Микашинович З.И., Логинов И.А.

ОЦЕНКА ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭКСТЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА. . .610
Николаева Е.И., Пугачева Т.Н, Гудимова В.В., Шарипова Л.В.

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НА КИСЛОРОДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ НОВОРОЖДЕННЫХ.....611
Пальчик Е.А., Сидоренко И.А., Дуянова О.П., Котова С.Ф., Аббас Ж.Н.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ОБОСТРЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....612
Пекарева Н.А, Трунов А.Н., Чупрова А.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА.....613
Плюснина Н.Н., Газиева И.А., Чистякова Г.Н., Захарова С.Ю.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ВИДОМ РЕАКЦИИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПЛОДА В ПОТУЖНОМ ПЕРИОДЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....614
Подгорная О.А., Гиляновский М.Ю., Орлов А.В.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА РАЗВИТИЕ ГЛУХОТЫ И ТУГОУХОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....614
Тихонова Н.В., Евтушенко И.Д., Давыдов А.В., Иванова Т.В., Волков Р.В.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО, РОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....615
Троегубова Н.В., Шиляева Е.Г.

ПРИЧИНЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОГИБШИХ И ПОДВЕРГШИХСЯ РЕАНИМАЦИИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....616
Трофимова О.А

ХАРАКТЕР ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ.....616
Удодова Л.В., Глоба О.В., Егорова Н.В., Бобкова О.Ю.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО....617
Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Залиханова З.М.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЦЕЛЕ.....618
Харченко И.В., Чекмарев В.М., Машков А.Е.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....618
Шогенова Ф.М.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС.....619
Эстрин В.В., Логинова И.Г.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НЕЙПОГЕНА.....620
Эстрин В.В., Пухтинская М.Г., Логинова И.Г.

ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПРИЗНАКАМИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗРЕЛОСТИ.....620
Юштина Г.Е.

ЗАДАЧИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ.....620
Сорокина З.Х.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРЕВЕНТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. 622
Бисюк Ю.В., Образцова Е.Е., Голева И.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА ПРОЦЕСС ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. 622
Бисюк Ю.В., Образцова Е.Е., Голева И.В.

АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ОБУЧАЮЩАЯ СИСТЕМА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ПО ВОПРОСАМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОГИИ. . .622
Болотова В.П., Жабина Е.С., Майборода И.Б., Евтушенко И.Д., Прищепа Л.С.

ВЫЕЗДНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ЦЕНТР И ЕГО РОЛЬ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ. 623
Братищев И.В., Каверина К.П.

ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ. 624
Голубев В.А.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА. 624
Жалолов Р.К., Юлдашева Д.С.

ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РФ В 2006 ГОДУ. 625
Королева Л.П., Токова З.З.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ В РЕГИОНЕ. 626
Линева О.И., Филиппова Т.Ю., Лашкина А.А.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ОТ АБОРТОВ. 626
Мананникова О.В.

СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ И ОРДИНАТОРОВ С ПОМОЩЬЮ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК. 627
Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Харлова О.Г., Кайтукова Е.Р., Шарма Ш.

ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В УЛУЧШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. 627
Муслимова А.Р.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ПРОБЛЕМЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ. . .628
Нестеренко С.А., Линева О.И., Лашкина А.А, Лазарева Н.В.

РЕЗЕРВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПО СНИЖЕНИЮ ЧАСТОТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ). 629
Павлова Т.Ю., Крамарский В.А., Филиппова Р.Д., Кирова Н.Н., Сидорова Л.А.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ. 630
Паренкова И.А., Коколина В.Ф., Синицына О.В., Пряхина С.Н., Черткова А.В., Синода В.А.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. 631
Паренкова И.А., Коколина В.Ф., Синицына О.В., Пряхина С.Н., Черткова А.В., Синода В.А.

АБОРТ И ЕГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ. . . .632
Погорелова А.Б., Волгина В.Ф.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЦЕНТРА ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ, СОЗДАННОГО НА БАЗЕ ТВЕРСКОГО ОБЛАСТНОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА. 633
Розова М. Н., Болезнова Е. В.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕЖДУНАРОДНОГО ПРОЕКТА «МАТЬ И ДИТЯ» В РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОГО РИСКА. 634
Рудакова Е.Б., Ралко В.В., Гребенюк О.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТОЛОГИИ С ПОМОЩЬЮ ПРАКТИК РОДОВСПОМОЖЕНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА УЧАСТИЕ СЕМЬИ (РОУС) НА ПРИМЕРЕ ГОРОДСКОГО АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА II УРОВНЯ. 635
Савельева М.В., Меньшакова Н.И.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. 636
Садырина Л.Б., Осокина А.А., Макарова И.А.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДЕМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В РОССИИ. 636
Суханова Л.П.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ПРИЧИНА ПОЗДНЕЙ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ. 638
Тутынина О.В., Егорова А.Т.

ЗДОРОВЬЕ НОВОРОЖДЕННЫХ - ПРИОРИТЕТ МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В УЛУЧШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ Г.СТАВРОПОЛЯ. .639
Францева В.О., Первова Е.А.

К ВОПРОСУ О РЕГИСТРАЦИИ РОЖДЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПРИ МНОГОПЛОДНЫХ РОДАХ. .640
Фролова О.Г., Николаева Е.И., Пугачева Т.Н, Бубнова Н.И.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И ПЛОДА. 641
Чеченин Г.И., Чеченина А.А., Полукаров А.Н., Кондратьева И.И.

РОЛЬ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ВЫСОКОЙ ГРУППЫ РИСКА ПО НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. 641
Шадымова Е.А., Николаева М.Г., Григорьева Е.Е.

АНАЛИЗ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....642
Шарапова О.В., Филиппов О.С., Гусева Е.В., Фролова О.Г., Королева Л.П.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ.....643
Шевченко В.В., Бархатова Е.Н., Упатов В.В., Смирнов В.А., Кузнецова И.В.

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАСШИРЕНИЮ ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ.....644
Шевченко В.В., Бархатова Е.Н., Упатов В.В., Будникова Е.В.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ, МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ.....645
Шевченко В.В., Бархатова Е.Н., Упатов В.В.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ.....646
Шевченко В.В., Шагеева Г.А, Упатов В.В., Бугаева Е.В.

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ КРАСНОЯРСКЕ.....647
Шевченко В.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И ИХ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....647
Заварзина О.О., Ан А.В., Дикке Г.Б., Файзуллин Р.И.

СТРАТЕГИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.....648
Заварзина О.О., Дикке Г.Б., Файзуллин Р.И.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ОТ АБОРТОВ.....648
Николаева М.Г., Григорьева Е.Е., Шадымова Е.А.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....650
Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ И ВОПРОСАМ КОНТРАЦЕПЦИИ.....650
Ткаченко Л.В., Исаева Ю.Б.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ САНАТОРИЯ «ЭЛЬТОН» ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОК В КЛИМАКТЕРИИ.....651
Гнутова С.В., Жебрун Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ.....652
Гончарова С.В., Башмакова Н.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ДУКТОФОРИТОМ.....653
Гурьева В.А., Костыркина О.С., Варнакова Е.С., Сопотова И.В.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....653
Гурьева В.А., Варнакова Е.С., Костыркина О.С., Сопотова И.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ.....654
Магомедова З.А., Магомедова П.М., Уртаев Б.М.

ВЛИЯНИЕ КОРРИГИРУЮЩЕЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ ПРИ ОСТРОМ ЭНДОМЕТРИТЕ.....655
Магомедова П.М., Магомедова З.А., Магомедов М.М., Ярема А.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ.....656
Магомедова З.А., Магомедова П.М., Уртаев Б.М.

РОДЫ ПРИ МНОГОВОДИИ.....657
Новопашина Г.Н., Саватеева Е.А., Дудкина, Л.Д

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....658
Таюкина И.П., Тихоновская О.А., Мустафина Л.Р., Фохт О.В.

БЕЗОПАСНОСТЬ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....659
Шифман Е.М., Филиппович Г..

ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ С ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИМ ОКИСЛЕНИЕМ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЭНДОМЕТРИТА.....659
Ярема А.И., Магомедова З.А., Магомедова П.М., Магомедов М.М.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ АНТИПРОГЕСТАГЕНАМИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....659
Корхов В.В., Петросян М.А., Иванов А.П.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ.....660
Гончарова С.В., Башмакова Н.В.