

# **СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

---



**XXV**

Москва  
2–4 апреля  
2019 года

---

**XXV ЮБИЛЕЙНЫЙ  
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
ВЫСТАВОЧНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ**

---

**АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ  
ПОМОЩЬ В ЭПИЦЕНТРЕ  
ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ОТ МЕНАРХЕ  
ДО МЕНОПАУЗЫ**

---

Москва, ул. Академика Опарина, д.4  
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

XXV ЮБИЛЕЙНОГО ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА  
с международным участием и специализированной выставочной  
экспозицией «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре  
женского здоровья от менархе до менопаузы»

Сборник тезисов  
М., 2019– 129 с.

Министерство Здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский  
исследовательский центр акушерства, гинекологии, и перинатологии имени академика  
В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российское общество акушеров-гинекологов

Общероссийская общественная организация «Российское общество по контрацепции»

Международная общественная организация «Ассоциация по патологии шейки матки  
и кольпоскопии»

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

При участии:

Европейского общества гинекологов (ESG)

Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC)

Европейской федерации по кольпоскопии и патологии нижнего отдела  
генитального тракта (EFC)

Под редакцией

академика РАН Г.Т. Сухих

профессора В.Н. Прилепской

Составитель сборника к.м.н. Е.В. Цаллагова

Предназначен для акушеров-гинекологов, онкогинекологов, иммунологов, педиатров,  
инфекционистов, врачей общего профиля и др.

ISBN 978–5–906484–49–9

©«МЕДИ Экспо», 2019



## **ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ**

Азизова Д.Ш., Азизова Г.Д., Исмаилова З.И.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерство и гинекологии.*

*г. Ташкент*

Гистерэктомия может негативно сказываться на качестве жизни и здоровье женщины. Различные авторы приводят сведения о резком снижении функции оставшихся после гистерэктомии яичников, описывают гормональные изменения в организме. В связи с вышеизложенным, обосновано введение термина «постгистерэктомический синдром» (ПГС), который обозначает комплекс симптомов, развивающихся у 30–70 % молодых женщин в различные сроки после гистерэктомии с сохранением одного или двух яичников.

Изучить особенности минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин репродуктивного возраста с гипоестрогенией.

Исследования проводилось в РСНПМЦ АиГ с участием 26 женщин узбекской популяции с хронической гипоестрогенией. Средний возраст наступления менопаузы у женщин составил 33,6±7,2 лет. Из них 9 (34,61%) женщин были оперированы по поводу симптомной миомы матки, у 8 (30,7%) женщин гистерэктомия по поводу миомы матки сочетанное с аденомиозом, у 5 (19,2%) женщин были оперированы по поводу объемных образований яичников и у 4 (15,3%) женщин было произведено гистерэктомия по поводу акушерских кровотечений. Степень тяжести менопаузального синдрома оценивалась по ММИ – модифицированному менопаузальному индексу на исходе и через 12 недель МГТ. С терапевтической целью всем пациенткам, не имевшим противопоказаний, была рекомендована менопаузальная гормональная терапия (МГТ) Фемостоном 1/5. После трех месяцев МГТ все, без исключения, женщины отметили в различной степени улучшение самочувствия, отмечалось достоверное снижение показателей ММИ.

Исследования показали, что остеопоротические нарушения ПОП определены у 21 больной (80,8%), из них остеопороз диагностирован у 5 (19,2%), а остеопения у 16 (61,6%) пациенток. И всего лишь у 5 (19,2%) участниц исследования МПКТ была в пределах нормы. Рентгенденситометрия шейки бедра (ШБ) показала следующие остеопоротические изменения обнаружены у 16 женщин (61,5%), из них: остеопороз – у 5 (19,2%), остеопения – у 11 (42,3%), а нормальная МПКТ– у 10 (34,5%). Обследование НТП диагностировало у 10 пациенток (38,5%) остеопоротические нарушения: остеопороз – у 4 (15,4%), остеопения – у 6 (23,1%), нормальную МПКТ у 16 (61,5%).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Наши исследования показали весьма высокий процент остеопоротических изменений ПОП (80,8%), довольно высокий процент остеопоротических изменений ШБ (61,5%) и несколько высокий процент остеопоротических изменений НТП (38,5%) у женщин с гипострогией узбекской популяции. На наш взгляд, причиной столь высоких остеопоротических нарушений явилась не только хроническая гипострогения, но и другие факторы, среди которых немаловажную роль играют наследственные.

Таким образом, наши исследования подтверждают высокий риск переломов вышеназванных участков скелета у женщин репродуктивного возраста с хронической гипострогией узбекской популяции, вследствие чего наступает длительная нетрудоспособность, инвалидизация и даже смерть. После диагностики остеопороза и остеопении любого участка скелета необходимо длительное лечение, в случае отсутствия изменений – длительная профилактика этих нарушений.

*Нами было исследовано МПКТ у 26 женщин репродуктивного возраста узбекской популяции с хронической гипострогией. Наши исследования показали весьма высокий процент остеопоротических изменений поясничного отдела позвоночника (80,8%), довольно высокий процент остеопоротических изменений шейки бедра (61,5%) у этих женщин.*

*We investigated the mineral density of bone tissue in 26 women of reproductive age of the Uzbek population with chronic hypoestrogen. Our studies showed a very high percentage of osteoporotic changes in the lumbar spine (80.8%), a rather high percentage of osteoporotic changes in the neck of the thighbone (61.5%) these women*

## ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Аминодова И.П., Плеханова Е.В., Гусейнова С.Г., Сони́на Н.П.

АНО «Медицинский центр «Белая Роза»,  
г. Иваново

Отсутствие тенденции к снижению частоты опухолевых заболеваний органов репродуктивной системы, повышение уровня злокачественных новообразований у женщин репродуктивного возраста, низкие показатели выявления ранних стадий опухолей обуславливают необходимость новых путей решения проблемы. Своевременная диагностика преинвазивных заболеваний – основной путь вторичной профилактики злокачественных новообразований.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Оценить возможности комплексного обследования в качестве метода вторичной профилактики опухолевых заболеваний репродуктивных органов.

1) Комплексное обследование, включающее до 35 лет: осмотр гинеколога, онколога, цитологическое исследование, ПЦР-тестирование на ВПЧ ВКР, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза, молочных желез; старше 35 лет – дополнительно маммографию; 2) анкетирование пациенток; 3) анализ первичной документации ЛПУ женщин с верифицированным раком шейки матки

Комплексное обследование введено 11200 женщинам, в том числе маммография выполнена у 66,7%. Большинство пациенток, обратившихся на обследование, были старше 40 лет – 75%, от 30 до 40 лет – 19,1%, моложе 30 лет – 6,9%. Не имели жалоб на момент обращения 33,6% обследованных, жалобы со стороны молочных желез отметили 25,9%, со стороны половых органов – 40,5%. Злокачественные новообразования (ЗНО) органов репродуктивной системы диагностированы у 39 женщин (0,3% обследованных), что в пересчете на 100 тысяч соответствует уровню заболеваемости 348,2 на 100 тысяч. Наиболее часто диагностирован рак молочной железы – 20 случаев, реже – ЗНО эндометрия (9), шейки матки (8), значительно реже – рак яичников (1), что согласуется с российскими статистическими данными о структуре онкологической заболеваемости. Заболеваемость в пересчете на 100 тысяч превышала показатели заболеваемости по региону по визуальным формам: по раку шейки матки 53,6 против 38,4; по раку молочной железы – 160,7 против 112,4. Из 8 женщин с цервикальным раком у 5-ти диагностирована *carcinoma in situ* (62,5%), у 2 женщин – микроинвазивный рак (25,0%), одна пациентка обратилась на обследование с распространенной формой заболевания (12,5%). У 38 женщин диагностирована тяжелая цервикальная дисплазия (CIN II-III), что свидетельствует о высокой частоте CIN и соответствует данным литературы, согласно которым частота преинвазивной патологии в 3–4 раза превышает таковую ЗНО шейки матки. Данная категория пациенток является целевой группой наблюдения, так как доказано, что своевременная диагностика и адекватное лечение тяжелой дисплазии является вторичной профилактикой цервикального рака.

Рак молочной железы лишь у одной женщины верифицирован в стадии *in situ* (5,5%), на первой стадии – у 31,6%, вторая и более стадии у 62,9%.

В структуре заболеваний молочной железы преобладали диффузные доброкачественные дисплазии, частота которых составила 80,1%, узловые образования диагностированы у 17,2%, подозрение на ЗНО выявлены у 2,1%, рак верифицирован у 0,7% обследованных.

Сочетанное выполнение маммографии и УЗИ молочных желез позволило повысить точность дифференциальной диагностики заболеваний молочных желез: снизить частоту определения категории BIRADS0 с 3,4% до 0,2%, категории BIRADS3 с 17,0% до 4,7%.

Рак эндометрия у всех пациенток диагностирован на 1 стадии, атипическая гиперплазия эндометрия выявлена у 3 женщин. Гиперпластические процессы органов репродуктив-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ной системы отмечены у 43,5% обследованных. В их структуре миома матки составила 66,4%, эндометриоз 14,8%, гиперпластические процессы эндометрия – 11,9%. В гистологической структуре выявленной патологии 49,0% составила железистая гиперплазия без атипии, полипы эндометрия верифицированы у 43,0%, рак эндометрия диагностирован у 6,0% данной группы, атипичная гиперплазия (АГПЭ) – у 3%. Сочетанные заболевания половых органов и молочных желез диагностированы у 17,8% обследованных, среди пациенток с гиперпластическими процессами половых органов данный показатель составил 59,6%, среди пациенток с дисплазией и раком шейки матки сочетанная патология молочных желез выявлена у 77,3%.

Патологии органов репродуктивной системы не выявлено лишь у 20,1% обследованных. Данные анкетирования продемонстрировали, что только 12% опрошенных привержены здоровому образу жизни, низкую физическую активность отметили 69,7% респондентов, курящие составили 36% опрошенных, более 60% имели избыточный вес.

Открытие в регионах амбулаторных центров, функционирующих на основании комплексного диагностического подхода, может являться одним из вариантов решения проблемы вторичной профилактики злокачественных новообразований органов репродуктивной системы.

## ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О ПРОБЛЕМЕ АБОРТОВ

Андреева М.В., Квеселава С.Г., Митина А.Н.

*Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

Социально-демографические показатели современной России заставляют акцентировать внимание на репродуктивном здоровье современной молодёжи. По статистическим данным РФ занимает лидирующие позиции по проведению аборт, причём большой процент приходится на аборт у женщин раннего фертильного возраста. Поэтому, так важно знать уровень осведомлённости молодёжи о проблемах репродукции. Это и есть приоритетная задача, решение которой поможет снизить депопуляцию в России.

Изучить медико-социальные аспекты репродуктивного поведения студентов – медиков.

Проведено анонимное анкетирование студентов медицинского вуза г. Волгограда, которое длилось с 11.2018 по 01.2019, в исследовании приняли участие 208 человек. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием электронных таблиц Microsoft Excel, а так же аналитическим способом.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Результаты. Участие в анонимном анкетировании приняли девушки 125 (60,3%) и юноши 83 (39,7%), условием включения было добровольное согласие студентов-медиков. Возраст респондентов составил в среднем  $21 \pm 2,3$  лет. Анализируя проблему ведения здорового образа жизни в современном мире, рассматривался вопрос об отношении студентов к употреблению алкогольных напитков. В группе девушек положительный ответ дали 61,9%, в группе парней – 61,3%, то есть каждый второй студент. Интересным было так же отношение к курению: ответили «да» – 10,1%, «нет и никогда не курила» – 71%, «нет, но курила раньше» – 11,9 %; среди юношей ответили «да» – 66%, «курил раньше» – 13%, «никогда не курил» – 21%. Пик сексуального дебюта анкетированных приходился на 17–19 лет – 53,1%; 16 лет – 7,5%. Стоит отметить, что среди опрошенных были лица, начало половой жизни которых менее 15 лет (5,3%); 20–23 года (25 %). Не живут половой жизнью 8,7%. Анализируя вопрос наличия сексуального опыта, было отмечено, что 80,2 % опрошенных девушек и 97,3 % юношей живут половой жизнью. Что говорит об абсолютном большинстве положительных ответов. Обращает на себя внимание мнение студентов-медиков о наличии постоянного полового партнера. Практически все представительницы женского пола – 95,8% ответили, что сексуальный опыт должен быть с постоянным партнером. Однако, в то же время, только 65,5 % девушек имели постоянного полового партнера. Из них в зарегистрированном браке было 14%. Что может говорить о снижении значимости семейных ценностей. За постоянство в отношениях с одной партнершей выступило 88,2% юношей. Из всех опрошенных студентов-медиков мужского пола, имеют одну партнершу 63,5%. Рассматривался вопрос о социальных условиях, которыми на данный момент располагают анкетированные. Оптимальные социально-бытовые, а также материальные условия по своей собственной оценке имели лишь треть опрошенных. Это говорит об отсутствии стабильности и финансовой готовности к рождению ребёнка. Заслуживает внимания вопрос приоритета между карьерным ростом и созданием семьи. Почти половина опрошенных – 46,4% считают первостепенным карьерный рост, успех в профессии. На прямой вопрос о допустимости аборта, как метода регулирования рождаемости положительно в пользу абортов ответили 55,4% девушек. В свою очередь 69,9% юношей дали абсолютно противоположный ответ. Обсуждая проблему религиозной стороны вопроса, установлено, что больше половины студентов-медиков руководствуются религиозными нормами какой-либо распространенной религии. К вопросу о попытке запретить аборты: 63,7% девушек относятся отрицательно, среди юношей отрицательный ответ дали 60,2%. Следует сказать, что на вопрос в каких случаях допустим аборт, большее количество голосов среди обеих групп набрали следующие: патология развития плода – 50%; угроза здоровью/жизни матери – 42,9%.

Таким образом, средний возраст опрошенных составил  $21 \pm 2,3$  лет. Сексуальный дебют в большинстве случаев был до 19 лет. Считают возможным прервать наступившую беременность более половины респондентов. В то же время отмечают, что нужно и необходимо повышать рождаемость в РФ, но с целью дальнейшего экономического благополучия, целесообразно придать огромное значение своему карьерному росту.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Изучался вопрос отношения студентов к проблеме аборта. Оценивался уровень знаний о репродуктивном здоровье и об осложнениях аборта.*

*The question of students' attitude to the problem of abortion was studied. The level of knowledge about reproductive health and abortion complications was assessed.*

## ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Андреева М.В., Квеселава С.Г., Шаркова А.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

Улучшение результатов лечения воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ), в том числе тубовариальных образований (ТО), является одной из основных проблем современной гинекологии, т.к. на фоне появления антибиотикорезистентных штаммов микрофлоры течение ВЗПМ стало более тяжелым. Современная тактика лечения ВЗПМ заключается в сочетании медикаментозной терапии и физических методов лечения, к которым относится метод гипербарической оксигенации (ГБО). Это терапия кислородом под повышенным давлением в барокамерах. ГБО обладает следующими лечебными эффектами: противовоспалительным, метаболическим, спазмолитическим, вазоактивным и др.

Усовершенствование метода лечения ТО воспалительного генеза с включением ГБО в комплексную терапию.

Обследовано 50 пациенток с ТО, средний возраст которых составил  $34,7 \pm 0,5$  лет. В 1 группу (основную) вошли 25 женщин, которым, наряду с традиционным лечением, проводилась ГБО, 2 группа (группа сравнения) состояла из 25 женщин с ТО, получавших стандартную терапию. Обе клинические группы были сопоставимы по возрастным характеристикам. Сеансы ГБО, длительностью 40 минут, проводились ежедневно со 2-х суток поступления больных в стационар. Режимы ГБО подбирались индивидуально в зависимости от тяжести состояния больных. На курс лечения требовалось от 5 до 7 сеансов. Эффективность терапии у больных обеих групп оценивали до и после проведения курса лечения на основании анализа клинико-лабораторных показателей, оценки сроков госпитализации, использования визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) субъективной оценки боли. Анализ причин и факторов риска ТО выявил у большинства женщин (93%) рецидивы обострения хронического сальпингоофорита, а также наличие внутриматочного контрацептива в момент госпитализации. В процессе исследования выяснилось, что ГБО оказывает положительное воздействие на клиническое течение ТО. У больных 1 группы выражен-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ность болевого синдрома до лечения составила в среднем  $8,53 \pm 0,21$  балла (во 2 группе –  $8,15 \pm 0,24$  балла,  $p > 0,05$ ). Максимальное значение боли в группах сравнения составило 10 баллов, что расценивается как боль высокой интенсивности. У пациенток 1 группы после лечения болевой синдром сохранился всего в 12,5% случаев (во 2 группе – в 26,6%,  $p < 0,05$ ). Выраженность его в 1 группе значительно уменьшилась и в среднем составила  $1,98 \pm 0,09$  балла (во 2 группе –  $3,89 \pm 0,19$  балла,  $p < 0,05$ ). Максимальное значение уровня боли в 1 группе составило 2 балла – слабая боль по ВАШ (во 2 группе – 4 балла, умеренная боль). На фоне применения ГБО в 1 группе нормализация температуры тела происходила на 2 дня раньше, чем во 2 группе ( $p < 0,05$ ). Исследования показали, что длительность госпитализации пациенток 1 группы была достоверно меньше, чем во 2 группе и составила 12,0 и 16,0 дней соответственно ( $p < 0,05$ ). В процессе наблюдения за лабораторными показателями выявлено, что под действием ГБО происходило улучшение показателей периферической крови: повышение уровня гемоглобина на 8,6%, снижение уровня лейкоцитов на 42,7%, СОЭ – на 46%. У 84% больных 1 группы после лечения признаки ТО не выявлены, что подтверждено данными УЗИ, а у 32% женщин 2 группы ТО сохранялись и служили показанием к оперативному лечению.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высоком противовоспалительном и регенеративном эффектах ГБО в комплексной терапии ТО воспалительного генеза.

*Установлена эффективность лечения тубовариальных образований воспалительного генеза у 84% женщин в результате включения в комплексную терапию физиотерапевтического метода гипербарической оксигенации.*

*The authors established effectiveness of treating inflammatory disease of uterine appendages in 84% of women after adding a physiotherapy method of oxyhyperbaric oxygenation to complex therapy.*

## ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ

Андреева М.В., Фетисова Е.С.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

Рождаемость является одним из основных процессов в Ростовской области. На данный момент уровень рождаемости населения увеличивается, приводя население региона к незначительному естественному приросту. Главная проблема – низкая рождаемость в городах. Анализ официальных данных Росстата свидетельствует о том, что на терри-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

тории малых городов прослеживается более высокий уровень рождаемости, чем в крупных городах, так у жительниц малых городов репродуктивные установки ориентированы на большее количество детей. А у жительниц крупных городов ценностные установки ориентированы на развитие карьеры, в таких семьях один, максимум два ребенка.

Изучить репродуктивное поведение городских жительниц юга России.

Исследование проводилось на базе городских женских консультаций Ростовской области. Основными источниками информации явились годовые отчеты женских консультаций и официальные документы. Для этого была разработана специальная анкета, отражающая медицинские и социальные проблемы. Возраст обследованных составил от 18 до 46 лет. Полученные результаты обработаны с помощью специального пакета статистических программ «Statistica 8.0».

Проведенное исследование показало, что большинство опрошенных считают, что необходимо регистрировать брак, так ответили 65,3% опрошенных женщин. Больше половины опрошенных респондентов, что среднестатистическая «нормальная» российская семья должна иметь два ребенка (58,9%). 26,3% опрошенных женщин ответили, что нормальная российская семья должна иметь 3 и более детей и только 14,8% опрошенных считают, что российская семья должна иметь 1 ребенка.

Анализ результатов исследования показал, что большинство опрошенных считают основными причинами прерывания беременности – незапланированную беременность (53,2%), финансовые трудности (28,1%) и проблемы со здоровьем (18,7%). Большая часть опрошенных жительниц этих городов относится положительно к добрачным сексуальным связям (92,1%). Однако только 54,3% респондентов регулярно пользуются средствами контрацепции, преимущественно женщины молодого возраста, 14,3% из них – гормональными препаратами. Основными причинами низкой частоты применения контрацептивов является недостаточная информированность и необоснованные предубеждения, основанные на устаревшей информации о побочных эффектах. Это все свидетельствует о том, что планирование семьи и регулирование рождаемости путем использования современных контрацептивных средств является важным фактором, способствующим сохранению здоровья женского населения. Именно контрацептивы позволяют предотвратить нежелательную беременность, избежать абортов и связанных с ними осложнений.

Анализируя полученные данные, установлено, что основными факторами, влияющими на рождаемость в регионе, является материальное положение (73,2%), различные жилищные проблемы (54,3%), отсутствие грамотной семейной политики (28,7%). Необходимо также отметить, что 100% опрошенных женщин считают, что государство должно различными способами стимулировать семьи к рождению детей.

Таким образом, проведенное исследование показало, что большинство опрошенных респондентов, считают, что необходимо регистрировать брак. Выявлена высокая потребность в разработке социальных программ, способствующих улучшению материального



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

положения и улучшению жилищных условий населения, проживающего на данной территории. А также необходимо повышать уровень культуры населения в вопросе использования современных методов контрацепции, для сохранения репродуктивного здоровья женского населения.

### СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТКИ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ

Андреева М.В.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

Высокая частота сочетания (до 85%) аденомиоза с миомой матки, проблемы при выборе метода лечения требуют нового патогенетического подхода к их терапии.

Оценивалась эффективность лечения аденомиоза в сочетании с миомой матки препаратами индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат.

Обследованы 82 пациентки с указанной патологией репродуктивного возраста с отказом от гормональной терапии, без показаний к оперативному лечению. 58,5% пациенток имели миоматозные субсерозные узлы в сочетании с интрамуральной локализацией, 41,5% – интрамуральные. Средний диаметр узлов составил  $1,25 \pm 0,32$  см. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно приказу МЗ РФ № 572н. Оценка степени тяжести болевого синдрома определяли по шкале ВАШ.

Все пациентки ежедневно принимали препараты индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат, каждый по 2 капсулы 2 раза в день в течение 6 месяцев. Они имеют мульти-таргетную, антипролиферативную терапевтическую направленность. Средний возраст женщин составил  $31,75 \pm 0,6$  года.

На основании комплексного обследования в течение полугода проводился контроль эффективности лечения.

У всех пациенток до лечения выявлены различные нарушения менструального цикла с преобладанием дисменореи (89,4%) и обильные месячные (57,1%). 26,1% женщин страдали диспареунией. Выраженность болевого синдрома до лечения составила, в среднем,  $7,2 \pm 0,21$  балла. Увеличение толщины задней стенки матки обнаружено у 36,8% больных, увеличение объема матки – у 80,5%. По данным УЗИ, средний размер задней стенки матки на 5 день менструального цикла составил  $7,63 \pm 0,21$  мм, средний объем матки –  $6,14 \pm 0,14$  недели. После 6 месяцев терапии у 57,9% женщин произошло восстановление нормального ритма менструального цикла, уменьшение количества теряемой крови



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

и длительности менструаций. Частота дисменореи снизилась до 36,8%. Диспареуния исчезла полностью. Выраженность болевого синдрома, в среднем, составила  $1,92 \pm 0,29$  балла. Патологическая симптоматика отсутствовала у 57,3% пациенток.

Отмечено уменьшение объема матки и толщины ее задней стенки у 83,2 % и 91,7 % больных соответственно. Регресс эндометриоидных гетеротопий выявлен в 68,9 % случаев.

Применение индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата в терапии пациенток с аденомиозом в сочетании с миомой матки показало их высокую лечебную эффективность. Главным условием успешного применения таргентных средств является безопасность и отсутствие побочных эффектов при их длительном использовании, что мы и получили в ходе нашей работы.

## ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ПЕРСИСТИРУЮЩИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ

Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Володько Е.А., Окулов А.Б., Андреева Е.Н., Станоевич И.В., Кузнецов Н.С.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии»,  
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» МЗ РФ.*

*г. Москва*

Двухэтапная феминизирующая пластика (ФП) является неотъемлемой частью мультидисциплинарной реабилитации девочек с нарушением формирования пола и вирилизацией наружных половых органов. Первый этап проводится в раннем возрасте и предполагает пластику клитора и малых половых губ с сохранением уrogenитального синуса (УГС) у девочек с вирилизацией третьей и выше степени по Прадеру. Операция с разобщением мочевых и половых путей, направленная на устранение УГС выполняется вторым этапом в периоде пубертата. Персистирование УГС может служить причиной нарушения уродинамики и рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей. Целью исследования являлась оценка функционального состояния нижних мочевых путей у девочек с нарушением формирования пола и уrogenитальным синусом. В исследование включены 35 девочек и женщин в возрасте от 11 до 32 лет с вариантами нарушения формирования пола и уrogenитальным синусом, которые наблюдаются на базе института эндокринологии и детской больницы им. Башляевой начиная с 2003 года. Большую часть составили больные с врожденной дисфункцией коры надпочечников, меньшая часть девочки с парциальной дисгенезией гонад и идиопатической вирилизацией. В отдалённом периоде через 5–19 лет после первого этапа феминизирующей пластики у 23 (65 %) вы-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

явлена сопутствующая патология мочеполового тракта. Хроническая инфекция мочевых путей диагностирована у 17 (48%) на основании анамнеза с жалобами характерными для клиники цистита или пиелонефрита, воспалительными изменениями в анализах мочи. Цистоскопия выполнялась непосредственно перед вторым этапом феминизации и проведена не всем больным с гипоспадией, но во всех случаях выявила признаки хронической инфекции мочевых путей в виде фолликулярного, гранулярного цистита, метаплазии слизистой мочевого пузыря. Дисфункция мочевого пузыря диагностирована у 5 (14%) в виде стрессового недержания мочи, энуреза и гипорефлекторного мочевого пузыря на основании анамнеза, исследования ритма мочеиспускания, измерения остаточной мочи и анализа опросника по влиянию недержания мочи на качество жизни ICIQ-SF. Нарушения оттока менструальных выделений в виде гематометры, гематокольпос, а также скопление и застой мочи во влагалище в виде уринокольпос в анамнезе либо в результате предоперационного исследования диагностированы у 10 (28%). Части этих девочек ранее были выполнены дополнительные вмешательства, направленные на устранение нарушения оттока из половых путей. Одной из них подобная процедура проводилась дважды. Сочетание перечисленных осложнений в виде инфекции мочевых путей, нарушения оттока из половых путей по типу гидрокольпос/гидрометра и дисфункции мочевого пузыря наблюдались у пяти больных (14%). Таким образом, урогенитальный синус у девочек с нарушением формирования пола, который наблюдался у всех обследованных пациенток, служит фактором риска по развитию инфекции мочевых путей, нарушения оттока из половых путей по типу гидрокольпос/гидрометра и дисфункции мочевого пузыря. Данное обстоятельство требует изменения хирургической тактики при феминизирующей пластике у детей с нарушением формирования пола с обязательным учетом всех анатомических составляющих и взаимоотношений порока развития половых органов.

*Пациенты с нарушением формирования пола и урогенитальным синусом персистирующим после первого этапа феминизации в 65 % имеют сопутствующую патологию мочеполового тракта. Это хроническая инфекция мочевых путей, нарушения оттока из половых путей по типу гидрокольпос/гидрометра и дисфункции мочевого пузыря. Данное обстоятельство требует изменения хирургической тактики при феминизирующей пластике у детей с нарушением формирования пола.*

*Patients with disorders of sex development and persistent urogenital sinus after the first stage of feminization in 65% have a concomitant pathology of the urogenital tract. This is a chronic urinary tract infection, hydrocolpos/hydrometra disorders and bladder dysfunction. This circumstance requires change in surgical feminization tactics in girls with disorders of sex development.*



## **РОЛЬ АНТИТЕЛ К БЕНЗО[А]ПИРЕНУ И СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНАМ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В НЕДОНОШЕННОМ СРОКЕ**

Артымук Н.В.\*, Елизарова Н.Н.\*\*

*\*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, \*\* Кемеровская областная клиническая больница имени С.В.Беляева. г. Кемерово*

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) в 92% случаев приводит к преждевременным родам (ПР).

Благодаря эстрадиолу (ЭС) и прогестерону (ПГ) предупреждаются антифетальные иммунные реакции. Один из распространенных гормоноподобных ксенобиотиков (ГП-К), образование антител (АТ) к ЭС и ПГ. Однако в настоящее время не изучена роль о влиянии наличия АТ к стероидным гормонам и БП при ПРПО в недоношенном сроке.

Определить уровни антител к ПГ, ЭС и БП у женщин с ПРПО в недоношенном сроке.

Проведено проспективное сравнительное аналитическое исследование 149 женщин. Женщины были разделены на две группы: I группу составили 68 женщин с ПРПО в сроке 22+0–36+6недель; II группу – 56 женщин без ПРПО в сроках 22+0–36+6недель. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета прикладных программ Statistica v.6.

Критерии включения в I группу: ПРПО в сроке 22+0–36+6недель. Критерии исключения из I группы: срок беременности 37 недель и более. Критерии включения во II группу: отсутствие ПРПО в сроке 22+0–36+6недель. Критерии исключения из II группы: наличие ПРПО в сроке 22+0–36+6недель, срок беременности 37 недель и более.

В результате исследования выявлено, что уровень антител IgA к ЭС был статистически значимо выше у женщин I группы по сравнению с женщинами II группы ( $p=0,002$ ). Достоверных отличий между Ig A к ПГ в исследуемых группах ( $p=0,766$ ) не было. При анализе Ig A к БП, выявлено, что количество антител к нему в I группе выше, чем во II, но статистических различий между группами не выявлено ( $p=0,188$ ). Количество антител Ig G к ЭС у женщин I группы было ниже, чем у женщин II группы, однако статистически значимых различий не выявлено ( $p=0,511$ ). Уровень антител Ig класса G к ПГ в группах статистически значимо не различался ( $p=0,986$ ). Относительно уровня Ig G к БП у женщин обеих статистически значимых отличий между группами также не выявлено.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что фактором риска ПРПО в недоношенном сроке является наличие повышенного уровня АТ IgA к ЭС,



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

что, может указывать на существенную роль сенсibilизации к эстрогенам в развитии этого осложнения беременности. Определение антител к эстрогенам может расширить возможности прогнозирования преждевременного излития околоплодных вод.

*Вопрос об иммунологических факторах риска преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) представляет научно-практический интерес. В связи с чем, было проведено исследование роли образования антител к стероидным гормонам и химическому канцерогену – бензо[а]пирену у женщин с ПРПО в 22+0–36+6 недель беременности.*

*The question of immunological risk factors for premature rupture of membranes (PROM) is of scientific and practical interest. In this connection, a study was conducted on the role of antibodies to steroid hormones and chemical carcinogen – benzo[a]pyrene in women with PROM in 22+0–36+6 weeks of pregnancy.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ

Артымук Н.В., Зотова О.А., Шакирова Е.А., Данилова Л.Н., Рыбников С.В., Власова В.В.

*ГАУЗ КО «кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева», ФГБОУ ВПО «Кемеровский государственный медицинский университет». Кафедра акушерства и гинекологии  
г. Кемерово*

Несмотря на большое количество исследований, посвященных различным вопросам эндометриоза, до сих пор остаются невыясненными многие аспекты этиологии и патогенеза, особенностей клинического проявления в зависимости от локализации процесса и тяжести течения заболевания, отсутствуют данные о сравнительной характеристике отдельных методов диагностики и выявления рецидивов, эффективности методов лечения и реабилитации пациенток.

По данным Американского общества фертильности (AFS), частота рецидивов зависит от возрастного аспекта проведенной операции. В группе без противорецидивного лечения совокупная частота рецидивов в 40–45 лет составила 10,2% и была значительно ниже по сравнению с таковыми в группе пациенток 20–29 лет – 43,3%, и 30–39 лет – 22,5%. Однако в группе с назначением послеоперационного лечения совокупная частота рецидивов значительно отличалась в возрастной группе 20–29 лет (8,1 против 43,3%,  $p < 0,001$ ) и 30–39 лет (5,4 против 22,5%,  $p = 0,007$ ), но не отличалась в 40–45 лет (4,5 против 10,2%,  $p = 0,901$ ) [9]. Из этого следует, что риск рецидива эндометриозом снижается с возрастом.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Согласно рекомендациям Американской ассоциации репродуктивной медицины (ASRM), эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, требующее разработки долгосрочного плана ведения пациентки с максимальным использованием медикаментозной терапии во избежание повторных хирургических вмешательств.

Патогенетической основой гормональной терапии является временное угнетение функции яичников. Имеется гипотеза, согласно которой в отдельных случаях формирование эндометриoidных кист может происходить на месте овулирующего фолликула, поэтому подавление овуляции, сопровождающееся ингибированием характерного для нее «провоспалительного каскада», может послужить мерой профилактики рецидива заболевания.

Оценить эффективность комбинированного лечения и установить частоту рецидивов эндометриом яичников.

Проведено проспективное наблюдательное исследование. В исследование включено 185 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом эндометриом яичника. Пациенткам проведено оперативное лечение с последующим назначением противорецидивной гормональной терапии. Проведена оценка первичного исхода – частоты рецидивов эндометриом, а также вторичных исходов: частоты синдрома тазовых болей, диспареунии, дисменореи, бесплодия. Эффективность комбинированного лечения оценивалась спустя 3 года после лечения, частота рецидивов через 2 и 3 года.

Сведения о жалобах, результатах обследований, продолжительности и эффектах терапии были получены путем интервьюирования пациенток.

Хирургическое лечение эндометриом яичников с последующим назначением гормональной терапии является эффективным в отношении симптомов болезни (хронической тазовой боли, диспареунии, дисменореи) в 95% случаев.

Преобладающим вариантом противорецидивной послеоперационной терапии являлось назначение аГнРГ (47%) или аГнРГ с последующим назначением КОК (21%). Только 2% женщин получали диеногест или дидрогестерон, 5% использовали левоноргестрел-содержащий внутриматочный контрацептив (ЛНГ-ВМК). В среднем продолжительность лечения составила  $6,1 \pm 0,5$  месяцев.

Беременность наступила у 30,5% женщин с нарушением фертильности. Частота рецидивов эндометриом яичников при комбинированном подходе через 2 и 3 года составляет, соответственно, 1,4% и 3,7%.

Таким образом, хирургическое лечение эндометриом с последующим назначением гормональной терапии является эффективным в отношении симптомов болезни (хронической тазовой боли, диспареунии, дисменореи) в 95% случаев. Частота рецидивов эндометриом при комбинированном подходе через 2 и 3 года составляет, соответственно, 1,4% и 3,7%. Среди пациенток, которым проводится хирургическое лечение эндометри-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ом яичника, 7,6% оперируются повторно, рецидив заболевания возникает в среднем, через 5,3 лет. Следовательно, хирургический и гормональный методы лечения не должны рассматриваться изолированно в целях повышения эффективности лечения и улучшения исходов.

*Хирургическое лечение эндометриом яичников с последующим назначением гормональной терапии является эффективным в отношении симптомов болезни в 95% случаев. Беременность наступила у 30,5% женщин с нарушением фертильности. Частота рецидивов эндометриом яичников при комбинированном подходе через 2 и 3 года составляет, соответственно, 1,4% и 3,7%. Среди пациенток, которым проводится хирургическое лечение эндометриом яичника, 7,6% оперируются повторно, рецидив заболевания возникает в среднем, через 5,3 лет.*

*Ключевые слова: эндометриома яичника, гормональная терапия, рецидив, эффективность лечения*

*Combined treatment of the ovarian endometriomas: surgery with the subsequent hormone therapy is effective for the symptoms in 95% of cases. Pregnancy occurred in 30.5% of women with subfertility. The recurrence rate of the ovarian endometrioma after a combined approach in 2 and 3 years is 1.4% and 3.7%, respectively. 7.6% of patients who undergo surgical treatment had recurrent ovarian endometrioma in 5.3 years.*

*Keywords: ovarian endometriosis, hormonal therapy, treatment effectiveness*

## АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПАРИТЕТА

Ахильгова З.С., Абдуманонов Д., Абдулаева К.С.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»  
г. Тула

Неблагоприятная ситуация в сфере репродуктивного здоровья населения требует разработки и реализации комплексных мер по профилактике его нарушений, что невозможно без углубленного медико-социального исследования проблемы. В настоящее время невынашивание беременности – важнейшая медицинская и социально – экономическая проблема. До 80% случаев неблагоприятных исходов гестации приходится на I триместр. У значительной части женщин, несмотря на многочисленные исследования, причина невынашивания беременности остаётся необъяснимой.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Изучить и проанализировать медико-социальные факторы невынашивания беременности у женщин в зависимости от паритета.

Изучены индивидуальные карты беременной и родильницы 65 женщин с неблагоприятными исходами беременности (самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность в сроке до 14 недель). Проведен сравнительный анализ медико-социальных факторов невынашивания беременности. Пациентки были разделены на две группы: I – первородящие (n=36); II – повторнородящие (n=29).

Средний возраст составил  $29 \pm 4,23$  в I группе и  $34 \pm 3,61$  во II. Достаточно высокие цифры позволяют убедиться в более поздней реализации репродуктивных функций современной женщиной. Существенных различий в уровне образования и трудоустройстве между группами не наблюдалось: в I группе высшее образование имели 58%, 78% – место работы с полной занятостью, а во II группе 59% и 83% соответственно. В зарегистрированном браке состояли 77% исследуемых I группы и 90% II, а средний возраст партнеров составил  $30,63 \pm 4,71$  и  $34,48 \pm 5,79$  соответственно. Анализ вредных привычек показал, что до беременности табакокурение зарегистрировано у 14% женщин I группы и 10% II группы, а во время беременности у 3% и 7%. Среди партнеров курящими оказались 36% в I группе и 48% во II. При анализе структуры гинекологической заболеваемости выявлена высокая частота встречаемости воспалительных заболеваний репродуктивной системы в анамнезе – 30%, 34% соответственно группам. При обследовании методом ПЦР у 19% и 24% по группам соответственно была выявлена *Ureaplasma spp.*, у 3% и 7% *Mycoplasma hominis*. Возможно, это свидетельствует, о значимости инфекции в ранней потере беременности. Нарушения менструальной функции было выявлено в 11,1% наблюдений в I группе и 10% во II группе. Беременные отмечали наличие миомы матки в I группе в 5,5% случаев, во II – в 6,9%. Первичное или вторичное бесплодие наблюдалось у 3% в I группе, во II группе не выявлено. Учитывая, что большинство женщин относились к числу повторнобеременных, были проанализированы исходы предшествующих беременностей. Самопроизвольный выкидыш или неразвивающуюся беременность в анамнезе в I группе имели 11% и 9% женщин соответственно, во II – 28% и 14%, соответственно. Стоит отметить рост распространенности самопроизвольных выкидышей и замерших беременностей, а также рост частоты гинекологической патологии, что может свидетельствовать о снижении репродуктивного потенциала современных женщин. Несмотря на большой выбор контрацептивных средств, женщины по-прежнему считают аборт методом планирования семьи. В I группе аборт в анамнезе имели 14% женщин, во II – 28%. В общеклинических анализах значимых изменений выявлено не было. При анализе анамнестических данных экстрагенитальные заболевания были выявлены у 47% в I группе, у 58,6% – во II. Наиболее часто встречались заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, МКБ, хронический цистит) – у 11% женщин I группы, у 22% женщин из II группы; заболевания ССС (ВСД, АГ, ВРВ нижних конечностей): в 6% наблюдений у беременных из I группы, в 13,7% из II. Ожирение или избыточная масса тела выявлена у 31% женщин в I группе и у 34% во II.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Таким образом, определение и анализ факторов, в том числе медико-социальных, влияющих на невынашивание беременности, позволит выделить из них наиболее значимые, что может явиться основанием для разработки способов прогнозирования и методов профилактики, прежде всего, среди повторнобеременных.

*Распространение в последние годы гинекологической и соматической патологии среди женщин фертильного возраста приводит к повышению частоты осложнений беременности и родов. У значительной части женщин причина невынашивания беременности остаётся необъяснимой. В данном исследовании проведен сравнительный анализ медико-социальных факторов невынашивания беременности у 65 женщин, среди которых наиболее значимыми явились воспалительные заболевания мочеполовой системы, избыточный вес, курение. Дальнейшее изучение факторов невынашивания может служить основанием для разработки способов прогнозирования и методов профилактики, прежде всего, среди повторнобеременных.*

*The spread in recent years of gynecological and somatic pathology among women of fertile age leads to an increase in the frequency of complications of pregnancy and childbirth. In a significant proportion of women, the cause of miscarriage remains unexplained. In this study, a comparative analysis of the medical and social factors of miscarriage in 65 women, among which the most significant were inflammatory diseases of the genitourinary system, overweight, and smoking, was carried out. Further study of the factors of miscarriage may serve as the basis for the development of prediction methods and methods of prevention, especially among re-pregnant.*

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ахмедова А.И., Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г.

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздрава России  
г. Москва, Россия*

Злокачественные опухоли во время беременности наблюдаются с частотой от 0,05 до 0,1% от всех случаев рака, выявленных в общей популяции. Наиболее распространенными опухолями во время беременности являются: рак молочной железы, лимфомы, рак шейки матки, рак щитовидной железы, меланома и лейкозы. Поэтому разработка алгоритмов ведения беременности у таких пациенток является актуальной проблемой.

Рост онкологической заболеваемости среди беременных женщин диктует необходимость создания алгоритмов ведения беременности и лечения заболевания.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Ключевую роль в прогнозе заболевания играет своевременная диагностика опухоли, которая в период гестации имеет свои особенности и трудности. У беременных женщин клиническая картина многих онкологических заболеваний стерта и может иногда расцениваться как симптомы, характерные для беременности (тошнота, слабость, анемия, боли или дискомфорт в животе и др.). При выборе метода диагностики следует исходить из необходимости сохранения здоровья матери и ребенка. Неинвазивным и безопасным методом выявления злокачественной опухоли в большинстве случаев является ультразвуковое исследование. Кроме того, рентгеновское исследование грудной клетки и маммография с брюшным экранированием, а также МРТ (без гадолиния) относятся к безопасным методам. С целью верификации вида опухоли, как и вне беременности, применяются цитологическое, гистологическое, иммуногистохимическое и другие исследования.

В последние годы, хирургическое лечение активно применяется в I-II триместрах беременности, а химиотерапия (ХТ) – во II и III триместрах. Однако к подбору химиопрепаратов необходимо подходить особенно внимательно и избирательно.

Нами было проведено наблюдение за 362 беременными с различными онкологическими заболеваниями. Из них ХТ во время беременности получала 131 пациентка, хирургическое лечение – 30, таргетную терапию (ингибиторы тирозинкиназы, моноклональные антитела) – 17, иммунотерапию – 89, другое лечение – 47, лечение не проводилось в 69 случаях.

Наиболее частым осложнением беременности у женщин с онкологическими заболеваниями является анемия, особенно при проведении ХТ ( $p=0,01$ ). У пациенток с неходжкинскими лимфомами выявлена высокая частота катетер-ассоциированных венозных тромбозов (37,5%) на фоне проведения ХТ. У женщин с миелопролиферативными новообразованиями (МПН) наиболее часто встречаются репродуктивные потери, преэклампсия, задержка роста плода и тромбозы различной локализации. Разработанный алгоритм ведения беременности и лечения пациенток с МПН позволил снизить количество репродуктивных потерь с 70% до 6,9%.

Высокий риск развития осложнений у пациенток с онкопатологией требует регулярного мониторинга состояния здоровья плода. Динамический контроль включает проведение ультразвукового исследования, доплерометрии плода перед началом проведения лечения и после каждого курса ХТ и кардиотокографии.

Родоразрешение необходимо производить как можно ближе к доношенному сроку и/или через 3-х недельный интервал между последним циклом ХТ и родоразрешением.

Беременные с онкологическими заболеваниями относятся к группе высокого риска по развитию осложнений. Поэтому ведение беременности должно осуществляться только совместно с онкологом/гематологом. К основным принципам ведения беременности у онкологических пациенток относятся своевременное выявление заболевания, опреде-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ление тактики и начала лечения, диагностика и профилактика осложнений беременности.

*В последние годы отмечается рост онкологической заболеваемости у беременных женщин. Определяющее значение у данной группы пациенток имеет своевременное выявление заболевания, определение тактики и начала лечения, диагностика и профилактика осложнений беременности.*

*In recent years, there has been an increase in cancer incidence in pregnant women. Of determining importance in this group of patients are the early detection of the disease, treatment management and its early start, the diagnosis and prevention of pregnancy complications.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ – ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ В ВОЗРАСТЕ ДО 30 ЛЕТ И СТАРШЕ

Байрамова Г.Р., Чернова В.Ф., Амирханян А.С., Прилепская В.Н., Костава М.Н., Трофимов Д.Ю.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России  
г. Москва

В настоящее время этиологическим фактором плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (SIL) и рака шейки матки признан вирус папилломы человека. Существуют разноречивые данные относительно распространенности генотипов ВПЧ у женщин различного возраста и их связи с развитием цервикальных поражений шейки матки.

Изучить распространенность генотипов ВПЧ при SIL у женщин в возрасте до 30 лет и старше и оценить связь между выявленными генотипами ВПЧ и SIL.

Клинический, жидкостная цитология, расширенная кольпоскопия, ВПЧ – тест (21 генотип) методом ПЦР – РВ.

В исследование были включены 220 пациенток.

Основные группы составили:

1 группа – 75 женщин с цитологическим результатом LSIL/HSIL в возрасте 21 – 29 лет (средний возраст составил  $25,7 \pm 2,2$  лет) (из них 37 пациенток с LSIL и 38 пациенток с HSIL);

2 группа – 75 женщин с цитологическим заключением LSIL/HSIL в возрасте 30 – 49 лет (средний возраст составил  $39,2 \pm 7,8$  лет) (из них 37 пациенток с LSIL и 38 пациенток с HSIL).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

В группу сравнения были включены 70 женщин с цитологическим результатом – NILM из них: 35 женщин в возрасте 21 – 29 лет (средний возраст составил  $25,7 \pm 2,6$  лет) и 35 женщин в возрасте 30 – 49 лет (средний возраст составил  $35,9 \pm 5,0$  лет).

По результатам исследования распространенность ВПЧ в группе пациенток < 30 лет составила: у пациенток с LSIL – 59,5%, с HSIL – 86,8% ( $p < 0,05$ ); у пациенток > 30 лет с LSIL – 56,7%, с HSIL – у 81,6% ( $p < 0,05$ ). Достоверных различий по распространенности в зависимости от возраста установлено не было ( $p > 0,05$ ).

Наиболее часто среди ВПЧ у пациенток с SIL выявлялись 16 (38,0%), 33 (15,3%), 31 (11,3%), 18 (6,7%) и 52 (5,3%) генотипы. Остальные генотипы встречались в менее 5,0% случаев. Доминирующим в структуре высокоонкогенных ВПЧ являлся 16 генотип. Так, у пациенток с LSIL ВПЧ 16 генотипа выявлялся в 1,4 раза чаще (25,7%) по сравнению с пациентками с NILM (18,5%) ( $p > 0,05$ ) и в 2,7 раза чаще у пациенток с HSIL (50,0%) ( $p < 0,05$ ).

Следует отметить, что у пациенток с NILM чаще выявлялись низкоонкогенные генотипы ВПЧ (51, 39, 56, 68, 73), у пациенток с SIL высокоонкогенные генотипы ВПЧ (16, 18, 31, 33, 52) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о корреляции между распространенностью ВПЧ и их онкогенным потенциалом с тяжестью цервикальных поражений вне зависимости от возраста женщин ( $p < 0,05$ ).

*Полученные результаты исследования свидетельствуют о корреляции между распространенностью ВПЧ и их онкогенным потенциалом с тяжестью цервикальных поражений вне зависимости от возраста женщин.*

*The results of the study suggest a correlation between the prevalence of HPV and their oncogenic potential with the severity of cervical lesions, regardless of the age of women.*

## БЕСПЛОДИЕ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Бакшаева А.Н., Иванова М.К., Кузнецова Е.П., Шайфутдинова Г.М.

БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР»  
г. Ижевск

В Удмуртской Республике за последнее десятилетие отмечен рост первичной заболеваемости бесплодием на 75,0%, общей заболеваемости – на 88,6%. При этом, численность фертильного населения уменьшилась на 19,1%. По данным научных изданий, одной из причин развития бесплодия является неблагоприятная экологическая обстановка в условиях нефтяного техногенеза.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Провести сравнительный анализ факторов бесплодия, генитальной и экстрагенитальной патологии у женщин, проживающих в районах с нефтедобычей (первая группа) и с ее отсутствием (вторая группа).

Проведен анализ медицинских карт пациенток, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), обратившихся в центр ЭКО и репродукции по поводу бесплодия: 240 – в районах активной нефтедобычи, 113 – в районах с ее отсутствием. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.1. В работе использованы методы выкопировки данных, статистического и логического анализа.

Женщины в изучаемых группах по большинству показателей не имели статистически значимых различий. Средний возраст в первой группе составлял  $31,2 \pm 0,3$ , во второй  $31,0 \pm 0,5$  лет, в обеих группах преобладало вторичное бесплодие: 63,8% и 59,3% соответственно. Среди факторов бесплодия первое место в обеих группах занимал трубный фактор, второе – другие формы женского бесплодия (в сочетании с мужским фактором, который встречался чаще в первой группе,  $p=0,037$ ), третье место – отсутствие овуляции. Средняя длительность бесплодия в первой группе составляла  $6,2 \pm 0,3$ , во второй –  $5,5 \pm 0,4$  лет,  $p>0,05$ . Среднее число беременностей на одну женщину в первой группе составляло  $2,0 \pm 0,1$ , во второй –  $2,6 \pm 0,2$ , ( $p<0,05$ ), родов –  $0,5 \pm 0,05$  и  $0,6 \pm 0,09$ , аборт –  $0,6 \pm 0,07$  и  $0,8 \pm 0,12$ , соответственно. Доля внематочных беременностей в первой группе (30,0%) была статистически значимо выше ( $p=0,045$ ), чем во второй (21,0%). Число женщин, имеющих в анамнезе инфекции передающиеся половым путем, в первой группе составило 45,0%, во второй – 48,7% ( $p>0,05$ ), при этом, доля хронического эндометрита составляла 48,0% и 35,4% соответственно,  $p<0,05$ . При сравнительном анализе заболеваемости другими болезнями мочеполовой системы и экстрагенитальной патологии статистически значимой разницы не выявлено.

Таким образом, для населения, проживающего на территории с активной нефтедобычей, характерна относительно высокая частота мужского бесплодия, меньшее число беременностей на одну женщину, большее число внематочных беременностей и высокая распространенность хронического эндометрита, при отсутствии различий по распространенности инфекций передающихся половым путем.

*Рост заболеваемости бесплодием диктует системе здравоохранения необходимость комплексного решения проблемы. Репродуктивная система является наиболее чувствительной к загрязнению окружающей среды, в том числе продуктами нефтедобычи. Для женщин, страдающих бесплодием и проживающих в условиях экологического неблагополучия, характерно меньшее число беременностей, высокая частота внематочных беременностей, хронического эндометрита.*

*The increase in the incidence of infertility dictates the health care system the need for a comprehensive solution to the problem. The reproductive system is most sensitive*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*to environmental pollution, including oil production. For women suffering from infertility and living in conditions of ecological distress, there are fewer pregnancies, a high incidence of ectopic pregnancies, and chronic endometritis.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛИ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С СПКЯ

Беглова А.Ю., Елгина С.И.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России г. Кемерово*

Сравнить показатели овариального резерва у женщин с синдромом поликистозных яичников в зависимости от фенотипа.

В исследование были включены 200 женщин активного репродуктивного возраста, находившиеся под наблюдением в ГБУЗ КО КГКП № 5 «Женская консультация № 1» г. Кемерово, которые были разделены на две группы. Основную группу (I группа) составили 100 женщин с СПКЯ. В группу контроля (II группа) включены 100 женщин, сопоставимого возраста без признаков СПКЯ. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно клиническому протоколу.

Основной причиной обращения пациенток с СПКЯ, было бесплодие (первичное – у 48, вторичное – у 29 женщин); 54 женщины отмечали нарушение менструального цикла – олиго/аменорея. Средний возраст женщин с СПКЯ и здоровых не имел статистически значимых различий и составил  $26,06 \pm 4,39$  и  $27,06 \pm 3,59$  года соответственно ( $p < 0,05$ ). Диагноз СПКЯ устанавливался на основании критериев клинического протокола «СПКЯ в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению) (Москва, 2015 г.)

Овариальный резерв исследован путем определения уровня антимюллерова гормона (АМГ) в крови на 2–3 день менструального цикла, подсчёта количества антральных фолликулов, определения объёма яичников методом трансвагинального УЗИ в раннюю фолликулярную фазу, а при олиго/аменорее в любое время или на 3–5 день после менструации, индуцированной прогестеронами. Уровень АМГ различают как высокий, при концентрации более 6,8 нг/мл, нормальный от 4,0 до 6,8 нг/мл, нормальный низкий от 2,2 до 4,0 нг/мл, низкий от 0,3 до 2,2 нг/мл и очень низкий менее 0,3 нг/мл. Норма АМГ у женщин репродуктивного возраста находится в пределах 4,0–6,8 нг/мл [3].

Показатель АМГ у женщин с СПКЯ с основным (9,70 нг/мл [8,31–14,90]) и неандрогенным (9,10 нг/мл [7,90–9,20]) фенотипами соответствовал высокому уровню, с ановуляторным



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

(4,30 нг/мл [4,08–5,61]) и овуляторным (5,00 нг/мл [4,25–6,37]) – нормальному. В зависимости от фенотипов между показателем АМГ установлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ). Между основным (А) и неандрогенным (D), ановуляторным (В) и овуляторным (С) фенотипами различий не выявлено ( $p > 0,05$ ).

По ультразвуковым параметрам яичников основной (А), овуляторный (С) и неандрогенный (D) фенотипы не отличались ( $p > 0,05$ ). При ановуляторном (В) фенотипе ультразвуковые параметры были ниже, чем при основном (А), овуляторном (С) и неандрогенном (D) ( $p < 0,05$ ).

Изучение показателей овариального резерва у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ является перспективным направлением, что позволит более точно определить репродуктивный потенциал каждой конкретной женщины и определить лечебную тактику.

Полученные результаты демонстрируют необходимость включения определения овариального резерва, в первую очередь уровня АМГ у женщин раннего репродуктивного возраста с СПКЯ, в качестве дополнительного диагностического критерия для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

*СПКЯ – актуальная проблема гинекологии и эндокринологии. СПКЯ – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как наследственными факторами, так и факторами внешней среды. Распространенность синдрома в популяции женщин фертильного возраста составляет от 6–9% до 19,9%. Несмотря на медико-социальную значимость заболевания, состояние овариального резерва у женщин с СПКЯ изучено недостаточно.*

*PCOS is an actual problem of gynecology and endocrinology. PCOS is a polygenic endocrine disorder caused by both hereditary factors and environmental factors. The prevalence of the syndrome in the population of women of childbearing age ranges from 6–9% to 19.9%. Despite the medical and social significance of the disease, the condition of the ovarian reserve in women with PCOS has not been studied enough.*

## ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА: ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ, ОПЫТ РАБОТЫ

Бойко Е.Л., Панова И.А., Каталова И.А.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» МЗ РФ,  
г. Иваново, Россия

В последние годы в Российской Федерации все больше внимания уделяется вопросам качества и доступности медицинской помощи. В этой связи особого внимания заслужи-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

вает работа медицинских организаций, предоставляющих гражданам первичную медико-санитарную – женских консультаций (ЖК). Основной целью работы ЖК является оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению вне беременности, в период беременности и в послеродовом периоде.

В структуре ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ открыта ЖК №1, которая наряду с обслуживанием приписного женского населения, осуществляет диагностическую, консультативную и профилактическую работу в регионе и в близлежащих областях, в которых нет собственного областного перинатального центра (Костромская область).

Одной из основных задач ЖК перинатального центра является консультация и ведение беременных высокой степени риска перинатальной и материнской смертности. В Ивановской, Костромской, Владимирской областях внедрена автоматизированная программа «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных и женщин завершивших беременность» (разработанный сотрудниками НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова), которая позволяет своевременно выявлять беременных со средней и высокой степенью риска, проводить маршрутизацию пациентов, в т.ч. направлять их на специализированный консультативный прием к врачам акушерам-гинекологам. Ежегодно на консультативный прием ЖК обращаются около 6000 пациенток.

В рамках работы КАЦ института специалистами ЖК обеспечивается плановое межтерриториальное акушерское консультирование в Костромской области, прикрепленной к учреждению-куратору, где формируются территориальные амбулаторные консультативные приемы.

На базе ЖК функционирует областной перинатальный консилиум, основной задачей которого является индивидуальное решение вопроса о тактике ведения каждой пациентки при выявлении у ребенка врожденного синдрома или аномалия развития. Ежегодно через консилиум проходит более 100 пациенток.

С целью проведения физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка на базе ЖК организована «Школа будущих родителей», деятельность которой реализуется в нескольких направлениях. Организованы Школы: беременных, будущих отцов, по доабортному консультированию, по работе с подростками. Ежегодно консультацию получают более 4000 человек.

Профилактическая работа среди населения, особенно среди подростков является основной задачей всероссийского партийного проекта «Здоровое будущее», ожидаемым результатом которого является снижение смертности и увеличение продолжительности жизни населения, формирование идеологии здорового образа жизни.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Таким образом, женская консультация федерального учреждения является структурным подразделением, способствующая улучшению здоровья, снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в регионе и в ряде курируемых территориях.

*С организацией женской консультации при ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства имени В.М. Городкова» МЗ РФ, пациентки реализовали свое право на получение своевременной квалифицированной помощи специалистов-профессионалов. Это медицинское учреждение, которое ведёт наблюдение за состоянием здоровья беременных женщин, оказывает помощь в лечении и профилактике женских болезней.*

*With the organization of antenatal clinics at the Ivanovo Maternity and Childhood Research Institute named after V.M. Gorodkov, the Ministry of Health of the Russian Federation, the patients exercised their right to receive timely qualified assistance from professional specialists. This is a medical institution that monitors the state of health of pregnant women, assists in the treatment and prevention of female diseases*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ПРОФИЛЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И В Фолликулярной жидкости иммунохимическими методами и методом ВЭЖХ-МС/МС

Бурдули А.Г., Кициловская Н.А., Сухова Ю.В.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ  
г. Москва

Микроокружение ооцита является важной средой для развития яйцеклетки, следовательно, измерение уровня стероидных гормонов, секретируемых гранулезными клетками и клетками теки, в фолликулярной жидкости важно для оценки состояния ооцитов.

В настоящее время исследование гормонального профиля фолликулярной жидкости, а также сыворотки крови проводится чаще всего с использованием иммунохимических методов. Учитывая низкие концентрации андрогенов в женской популяции, возникает необходимость выбора адекватного метода для определения уровня стероидных гормонов с учетом современного развития лабораторных технологий. Высокоэффективная жидкостная хроматография с масс-спектрометрией (ВЭЖХ-МС/МС) представляется наиболее перспективным современным методом выбора для исследований в области репродуктивной медицины.

Проанализировать и сравнить гормональные характеристики фолликулогенеза на основании двух методов определения стероидных гормонов у пациенток, проходящих лече-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ние в рамках программы ЭКО.

Проведено проспективное исследование 70 женщин с бесплодием (средний возраст-34,2 г.), обратившихся для проведения программы ЭКО в отделение вспомогательных технологий в лечении бесплодия им Б.В. Леонова ФГБУ «НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова» МЗ России (рук. д.м.н., доцент Е.А. Калинина).

Все включенные в исследование пациенты были обследованы согласно приказу Минздрава России №107н от 30.08.2012 г. Стимуляцию яичников проводили по стандартному протоколу с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона (ант-ГнРГ).

Определение концентраций гормонов (андростендион, дигидроэпиандростерона сульфат, 17-альфагидроксипрогестерон, общий тестостерон, прогестерон, дигидротестостерон) проводилось на 2–4 день менструального цикла в сыворотке крови и в день проведения трансвагинальной пункции яичников в сыворотке крови и в фолликулярной жидкости иммунохимическими методами (электрохемилюминесцентный (ECLIA), анализатор Cobas e 411, Hitachi, Япония /иммунохемилюминесцентный (CLIA), анализатор Immulite 2000, Siemens, США/ иммуноферментный(ELISA)) и методом ВЭЖХ-МС/МС (LC: Agilent 1290 Infinity MS/MS: APCI; ABSciex QTRAP 5500). Статистическая обработка данных выполнена с помощью «Microsoft Excel» и статистического пакета «R version 3.5.2»

Сравнительное изучение результатов определения содержания андростендиона, дигидроэпиандростерона сульфата, 17-альфагидроксипрогестерона, общего тестостерона, прогестерона, дигидротестостерона в 23 образцах сыворотки крови на 2–4 д.м.ц., полученных при использовании иммунохимических методов и ВЭЖХ-МС/МС, продемонстрировало закономерные различия между собой. Это может быть объяснено как присутствием в сыворотке крови целого ряда соединений, вмешивающихся в реакцию антитела и определяемого лиганда, а также с различной специфичностью используемых тест-систем.

Установлена статистически значимая корреляционная связь ( $p < 0.0001$ ) между значениями андростендиона ( $r=0.7008742$ ), 17-альфагидроксипрогестерона ( $r=0.7893886$ ), дигидротестостерона ( $r=0.4945555$ ) в сыворотке крови ( $n=46$ ) и в образцах фолликулярной жидкости ( $n=23$ ), полученных иммунохимическими методами и методом ВЭЖХ-МС/МС.

С учетом полученной разницы в абсолютных значениях гормонов сравниваемыми методами, требуется увеличение числа исследуемых проб при продолжающемся наборе материала.

На данном этапе нами проводится оценка экономической эффективности использования метода ВЭЖХ-МС/МС для определения гормональных параметров фолликулогенеза по сравнению со стандартными иммунохимическими методами. Требуется дальнейший анализ целесообразности использования метода ВЭЖХ-МС/МС в лабораторной диагностике не в рамках исследовательских/научных работ.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Представлены пилотные данные, позволяющие сравнить результаты определения стероидных гормонов в сыворотке крови и в фолликулярной жидкости у пациенток, проходивших лечение бесплодия в рамках программы ЭКО на основе иммунохимического метода и метода высокоэффективной жидкостной хроматографии масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС/МС).*

*Our data demonstrate the comparative analysis of the results of detection of steroids in blood serum and follicular fluid using carefully validated immunoassays and liquid chromatography-tandem mass spectrometry in patients undergoing IVF treatment.*

## КАЧЕСТВО ЭЯКУЛЯТА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПГТ-А У ПАЦИЕНТОВ С ХРОСОМНЫМИ ПОЛИМОРФИЗМАМИ И СТРУКТУРНЫМИ ХРОСОМНЫМИ МУТАЦИЯМИ

Бурдули А.Г., Ступко О.К., Екимов А.Н., Назаренко Т.А., Кулакова Е.В., Макарова Н.П., Оганесянц Е.Л., Калинина Е.А.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ  
г. Москва

Методы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), используемые в клинической практике для лечения различных форм бесплодия, предоставили возможности для исследования влияния полиморфизма хромосом и хромосомных аномалий на репродуктивную функцию человека. Хромосомный полиморфизм или цитогенетические гетероморфизмы – это вариации специфических областей хромосом, не оказывающие влияние на фенотип. Но некоторые хромосомные полиморфные варианты могут быть ассоциированы с повышенным риском бесплодия, выкидышей и с отрицательными исходами ЭКО. Структурные хромосомные мутации являются важными факторами бесплодия.

Установить связь между наличием хромосомных полиморфизмов/ структурных хромосомных мутаций и качеством спермы у мужчин. Оценить качество эмбрионов посредством ПГТ-А у супружеских пар, где один из супругов является носителем хромосомных полиморфизмов/ структурных хромосомных мутаций.

Проведено ретроспективное исследование 31 супружеской пары (где один из супругов является носителем хромосомной мутации или полиморфизма), проходивших лечение в рамках программы ЭКО/ИКСИ с ПГТ-А в связи с бесплодием/привычным невынашиванием в отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия им. Б.В. Леонова ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ в 2016–2018 гг.

Определение кариотипа проводили на основании классического цитогенетического исследования (в соответствии Международной цитогенетической номенклатуры ISCN 2016).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Анализ спермы проводился в соответствии с критериями ВОЗ (2010). ПГТ-А проводилось посредством биопсии трофэктодермы на 5–6 сутки культивирования эмбрионов и анализа с помощью ПЦР в одной референсной лаборатории.

В исследование были включены 37 циклов ПГТ-А, в результате которых получено 107 бластоцист. Средний возраст женщины  $33.8 \pm 4,6$ , мужчины  $34.7 \pm 4,8$ . Мужской фактор бесплодия был определен у 20 пар (64,5%).

Анализ гендерной принадлежности особенностей кариотипа показал, что особенности кариотипа у мужчин встречались почти в два раза чаще, чем у женщин (20 мужчин-носителей и 11 женщин-носителей, соответственно). Пациенты были поделены на носителей: мозаичного кариотипа (2), инверсий (4), полиморфизмов (5), Робертсоновских (4) и неробертсоновских транслокации (16).

У 65% мужчин с хромосомными полиморфизмом/структурными аномалиями выявлена тератозооспермия ( $n=13$ ). Данные особенности кариотипа могут оказывать влияние на сперматогенез, таким образом, приводя к тератозооспермии и бесплодию. Тератозооспермия чаще была определена у мужчин-носителей неробертсоновской транслокации, инверсии и полиморфизма.

Результаты ПГТ-А (соотношение эуплоидных/анэуплоидных эмбрионов) не отличались в представленных группах.

Тератозооспермия у мужчин с бесплодием может быть ассоциирована с особенностями их кариотипа. Связь эуплоидности эмбрионов и хромосомных полиморфизмов/структурных хромосомных мутаций должна быть изучена в дальнейшем, учитывая ретроспективный дизайн данного исследования и маленький объем выборки.

Полученные данные указывают, что неробертсоновские транслокации, инверсии и хромосомный полиморфизм у мужчин с бесплодием /невынашиванием беременности у супруги могут негативно влиять на качество спермы. Результаты исследования могли бы быть использованы при консультировании пациентов перед проведением пр. ЭКО.

*Тератозооспермия у мужчин с бесплодием может быть ассоциирована с особенностями их кариотипа. Связь эуплоидности эмбрионов и хромосомных полиморфизмов/структурных хромосомных мутаций в кариотипе родителей должна быть изучена в дальнейшем. Результаты исследования могут быть использованы при консультировании пациентов перед проведением пр. ЭКО/ИКСИ.*

*The effects of chromosomal polymorphisms and chromosomal structural abnormalities on sperm quality and the results of PGT-A.*

*Teratozoospermia in men with infertility can be associated with their chromosome status. Associations between embryo ploidy and chromosomal polymorphism/chromosomal abnormality in patients undergoing ivf treatment need to be investigated with further investigations and larger sample size.*



## **ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЕ БЕСПЛОДИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.

*ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»  
г. Санкт-Петербург*

Частота заболеваний репродуктивной системы неуклонно растет. От 10% до 18% женщин репродуктивного возраста в мире страдают эндометриозом, до 45–50% пациенток имеют эндометриоз-ассоциированное бесплодие. Общность этиопатогенетических и гормональных механизмов развития эндометриоза и доброкачественных дисплазий молочной железы отмечена в доступной литературе.

Определить взаимосвязь эндометриоз-ассоциированного бесплодия как фактора риска развития доброкачественных заболеваний молочной железы.

Исследование проведено на основании клинико – анамнестических и гистологических данных, полученных в результате анализа обследования 145 пациенток с морфологически верифицированным эндометриозом-ассоциированным бесплодием в возрастных группах от 25 до 35 лет.

Одним из основных сопутствующих заболеваний у пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием выявлены различные виды доброкачественной дисплазии молочной железы. Только у (14,9%) пациенток патологии молочной железы по данным обследования выявлено не было. Остальные 85% пациенток с эндометриоз-ассоциированным бесплодием имели сопутствующие доброкачественные заболевания молочной железы. Классификация форм доброкачественных дисплазий молочной железы проводилась согласно МКБ-10. Было установлено, что в группе пациенток с первичным эндометриоз-ассоциированным бесплодием фибросклероз молочной железы встречался у 43% (95%-й ДИ от 32 до 55%) в сравнении с контрольной группой 16% (95%-й ДИ от 10 до 24%). Доля пациенток с фибросклерозом молочной железы в группе с первичным эндометриоз-ассоциированным бесплодием выше в 2,6 раза (RR = 2,6 с 95%-м ДИ от 1,6 до 4,4).

Таким образом, при первичном эндометриоз-ассоциированном бесплодии доброкачественная дисплазия молочной железы описана в 85% случаев. Первичное эндометриоз-ассоциированное бесплодие можно назвать фактором риска развития доброкачественной дисплазии молочной железы.

*Частота доброкачественных заболеваний молочной железы повышается ежегодно и составляет от 70 до 80% в популяции. Частота заболеваний органов малого*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*таза также не имеет тенденции к снижению. Эндометриоз-ассоциированное бесплодие в популяции описано до 50% случаев. Однако формы доброкачественной дисплазии молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии не описаны.*

*The frequency of benign breast diseases rises annually and ranges from 70 to 80%. The frequency of diseases of the pelvic organs also has no to decrease. Endometriosis-associated infertility in the population is described up to 50% of cases. However, the forms of benign breast dysplasia with endometriosis-associated infertility are not described.*

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА

Вахрушина А.С., Моисеенкова С.Д., Андросюк Е.И., Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н.

ФГБОУ ВО СГМУ  
г. Смоленск

Течение беременности, исход родов и состояние плода и новорожденного напрямую связаны с особенностями плаценты. В литературе есть указания на развитие неспецифических изменений в плаценте у женщин с избыточной массой тела.

С целью выявления особенностей плаценты при своевременных родах у беременных с чрезмерным ГУМТ была проведена ультразвуковая плацентография при доношенной беременности и морфологическое исследование 83 плацент: 42 – с чрезмерным ГУМТ (основная группа) и 41 – с рекомендуемым (контрольная группа). Оценивали: сонографическую степень зрелости плаценты, морфологическое соответствие плаценты гестационному сроку, инфицирование плаценты, морфологические особенности плодных оболочек и пуповины. Дополнительно в 12 плацентах родильниц с чрезмерным и 12 с рекомендуемым ГУМТ проведена оценка интенсивности жировой инфильтрации плодных оболочек и пуповины.

Проведенный анализ показал, что чрезмерное ГУМТ коррелирует с появлением эхографических признаков преждевременного созревания плаценты. В контрольной группе оно отмечено у 12,2% (5 из 41), тогда как в основной – у каждой третьей (13 из 42 – 30,9%) ( $p=0,034$ ). Также выявлено, что чрезмерное ГУМТ было сопряжено с формированием морфологических признаков плацентарной недостаточности. При этом у пациенток основной группы (у 29 из 42 – 69,1%) они регистрировалась несколько чаще, чем в контрольной (у 19 из 41 – 46,3%) ( $p=0,030$ ).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Инфицирование плодных оболочек встречалось в основной группе несколько чаще (7 из 12 – 58,3%), чем контрольной (4 из 12 – 33,3%), но не достигло уровня значимости ( $p=0,21$ ). Промежуточный слой плодных оболочек плацент в основной группе был расширен, разрыхлен, с кровоизлияниями (10 из 12 – 83,3%), чего не встречалось в контроле ( $p=0,0$ ). Также при чрезмерном ГУМТ было обнаружено расширение вены пуповины (7 из 12 – 58,3%), отек и кровоизлияния в вартонов студень (10 из 12 – 83,3%) ( $p=0,0$ ).

Частота обнаружения липидных накоплений в эпителиоцитах плодных оболочек была сопоставима в основной (8 – 66,7%) и контрольной (7 – 58,3%) группах ( $p>0,05$ ). Однако при чрезмерном ГУМТ интенсивность инфильтрации была выражена более значимо: жировая инфильтрация в стенке сосудов пуповины при чрезмерном ГУМТ встречалась более чем в 2 раза чаще (8 – 66,7%), чем при нормальном (4 – 33,3%) ( $p=0,0$ ); инфильтрация липидами трофобластического и децидуального слоя плодных оболочек в группах сравнения встречалась у 11 (91,7%) пациенток в основной и у 9 (75,0%) – в контроле.

При сопоставлении результатов морфологического исследования плацент, массы новорожденного и уровня гестационного увеличения массы тела оказалось, что масса плаценты была пропорциональна абсолютному значению гравидарной прибавки веса ( $p=0,027$ ). Тенденция к большим размерам плаценты при большем увеличении веса, хотя и не достигала уровня значимости, но прослеживается достаточно четко: у женщин с нормальной прибавкой она составила  $475\pm 121$  г, с чрезмерной –  $492\pm 118$  г ( $p>0,05$ ). При этом соотношение массы плаценты и массы плода в группах значимо не различается –  $7,3\pm 1,8$  и  $7,2\pm 1,8$  соответственно ( $p>0,05$ ), что обусловлено наличием аналогичной тенденции для размеров плода.

Таким образом, при чрезмерном увеличении массы тела при беременности имеется тенденция к увеличению размеров плаценты, коррелирующая с массой плода. Признаки инфицирования оболочек и хронической плацентарной недостаточности чаще сопровождают чрезмерную гестационную прибавку массы тела. Более выраженное накопление жировых элементов в плаценте при избыточном приросте веса требует дальнейшего изучения для уточнения их роли в генезе нарушений состояния плода.

*Для изучения особенностей плацент у пациенток с чрезмерным гестационным увеличением массы тела (ГУМТ) проведено исследование 42 плацент у женщин с чрезмерным ГУМТ и 41 с рекомендуемым. Анализировались зрелость и размер плаценты, морфологические особенности плаценты, пуповины и плодных оболочек. Чрезмерное ГУМТ повышает риск возникновения плацентарных нарушений, а также приводит к увеличению размеров плаценты.*

*The analysis was carried out to study the features of the placenta in women with excessive GWG. Case-control study of placenta: 42 with excessive GWG and 41 with adequate GWG. Maturity and size of the placenta, morphological features of the placenta, umbilical cord and membranes were evaluated. Excessive GWG increases the risk of placental disorders and also leads to an increase in the size of the placenta.*



## **МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, КАК ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА**

Геращенко Я.Л.

*Медицинское учреждение «Белая роза».  
г. Санкт-Петербург*

Представить алгоритм организации обследования женщин с целью раннего РМЖ и РО в негосударственном некоммерческом учреждении – медицинском учреждении «Белая роза» (Санкт-Петербург), доказать эффективность его работы.

Отсутствие государственной программы скрининга рака молочных желез (МЖ) и РО приводит к росту заболеваемости и смертности от злокачественных заболеваний, а хаотичное, нерегулярное и порой малоэффективное обследование, очереди и ожидание результатов поглощает время специалистов и пациентов, влияет на отношение к системе здравоохранения, снижает мотивацию. В связи с этим, наличие отработанной и эффективной методики проведения скринингового обследования может быть принято к использованию в практическом здравоохранении.

Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) более 164 000 женщин, обследованных в МУ «Белая роза», за период с 2012 по 2018 годы. Все пациентки распределены на три возрастные группы 18–40 лет, 41–60 лет и старше 60 лет. Регистрация данных в электронной МК и статистический анализ показателей проводились в «Системе Автоматизации Медико-Страхового Обслуживания Населения» КПС «Самсон», версия 2.5 (ООО «Самсон Групп»).

Интервал обследования 1 год. Статистические данные представлены в виде среднего арифметического  $\pm$  стандартная ошибка среднего.

Анамнестический, осмотр, пальпация, кольпоскопия, забор цитологического материала (ЦМ) из цервикального канала, забор ЦМ отделяемого из сосков (по показаниям), ультразвуковое исследование МЖ и органов малого таза (ОМТ), рентгеновская маммография (ММГ) с 2-х сторон в 2-х проекциях (у женщин старше 40 лет). С 2017 г. выполняется согласно приказу № 572 МЗ РФ от 1.11.2012 г (ММГ выполняется с 35 лет 1 раз в 2 года и с 50 лет ежегодно).

Критерии оценки наличия и отсутствия патологии МЖ и органов малого таза (ОМТ), основывался на стандартных рентгенологических, ультразвуковых (УЗ), пальпаторных сведениях о толщине, плотности, размерах и соотношении органов и тканей для разных возрастных групп, классификации BI-RADS, лабораторным показателям.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

За период с 2012 по 2017 г. включительно обследованы более 164 000 женщин (11 931 – в 2012 г., 16 866 – в 2013 г., 22 416 – в 2014 г., 26 101 – в 2015 г., 43 526 – в 2016 г., 43 487 в 2017 г.) ( $27388 \pm 4102$  в год). Диагностировано 962 случая РМЖ: 210 (1,76%) – в 2012 г., 118 (0,69%) – в 2013 г., 241 (1,07%) – в 2014 г., 130 (0,49%) – в 2015 г., 136 (0,31%) – в 2016 г., 127 (0,29%) в 2017 г. ( $160 \pm 21$  за год). 400 онкологических заболеваний РО 82 (0,69%) – в 2012 г., 65 (0,38%) – в 2013 г., 49 (0,22%) – в 2014 г., 83 (0,32%) – в 2015 г., 54 (0,12%) в 2016 г., 67 (0,15%) в 2017 г. ( $66 \pm 5$  за год).

Анализ выявленных случаев рака РО за 2017 г.: ЗНО большой срамной губы-1 ЗНО вульвы не уточненной части-2 ЗНО внутренней части шейки матки (ШМ)-8, ЗНО наружной части ШМ-9, ЗНО ШМ не уточненной части -16, ЗНО тела матки не уточненной локализации-10, ЗНО яичника-15, ЗНО других уточненных РО -1, ЗНО РО не уточненной локализации -5. Всего -67.

Анализ выявленных случаев рака РМЖ за 2017 г.: ЗНО соска и ареолы МЖ-2 ЗНО центральной части МЖ-9, ЗНО верхневнутреннего квадранта МЖ- 8, ЗНО ниже-внутреннего квадранта МЖ-11, ЗНО верхнее-наружного квадранта МЖ-63, ЗНО ниже-наружного квадранта МЖ-7, Поражение МЖ, выходящее за пределы вышеуказанных локализаций -9, ЗНО МЖ не уточненной части-18, Всего-127.

По результатам комплексного обследования, пациентки с образованиями, требующими верификации и подозрением на РМЖ и РО, направлены в специализированные центры.

Использование опыта МУ «Белая роза» (Санкт-Петербург) по стандартизации обследования МЖ и маршрутизации пациенток, может рассматриваться, как пока единственный, реально работающий вариант скрининга и улучшить показатели раннего выявления, заболеваемости РМЖ и РО, повлиять на качество и продолжительность жизни женщин.

*В статье отражены результаты 6-летнего периода работы учреждения негосударственной формы собственности: Медицинского учреждения «Белая роза» Санкт-Петербург, при проведении скрининга рака молочной железы (РМЖ) и женских репродуктивных органов (РО). Представлены доказательства эффективности.*

*The article reflects the results of a 6-year period of operation of a non-state form of ownership: the White Rose Medical Institute in St. Petersburg, while screening breast cancer and female reproductive organs. Evidence of effectiveness is presented.*



## **КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ЧТО ПОКАЗАЛ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ?**

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Будумян Э.А., Кормакова Т.Л., Яковлева М.В.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, ГБУЗ РК городская поликлиника № 1 г. Петрозаводск*

В современной литературе большое внимание уделяется проблемам планирования семьи и профилактики нежелательной беременности, однако не все исследования проводятся с учетом паритета.

Изучить особенности контрацептивного поведения и дальнейшие репродуктивные планы у перво- и повторнородящих женщин.

Для проведения исследования была разработана анкета, которую заполнили 120 перво- (1 группа) и 166 повторнородящих женщин (2 группа) во второй половине текущей беременности. Обработка данных осуществлялась в программе «STATISTICA» v. 10.

Средний возраст обследованных составил  $27 \pm 4,71$  и  $30,29 \pm 4,62$  года соответственно группам. В зарегистрированном браке состояло 60,83% и 83,74%; одиночками были 12 (10%) первородящих женщин. В остальных случаях брак считался гражданским. В разделе «вредных привычек» на курение указали 8,33% и 10,24%. Начало половой жизни варьировало в значительных пределах (13–29 лет), составив в среднем  $17,64 \pm 2,47$  и  $17,62 \pm 2,31$ . Число партнеров колебалось от 1 до 13, в среднем  $3,47 \pm 2,54$  и  $3,39 \pm 2,32$ . В анамнезе у первородящих женщин было  $1,51 \pm 0,91$ , у повторнородящих –  $3,39 \pm 1,90$  беременностей. Специальный раздел анкеты позволил установить, что данная беременность была нежелательной для 13 женщин 1 группы (10,83%) и 27 пациенток (16,26%) 2 группы.

При сексуальном дебюте никакие виды контрацепции не использовали 17,5% и 27,1% женщин соответственно. В дальнейшем барьерные методы применяли 45,45% и 36,36%; прерванный половой акт – 45,45% и 53,72%; комбинированные оральные контрацептивы – 34,34 и 42,15%; внутриматочный контрацептив – 9,92% повторнородящих (зачастую методы чередовались). Другие методы контрацепции (вагинальное кольцо, инъекционные препараты) были в единичных случаях. В 85,86% и 66,12% случаях женщины прекращали применение гормональных методов. Основные причины звучали как «плохое самочувствие» (11,76% и 15%); «прибавка в весе» (7,06% и 8,75%); «патологические выделения» (4,71% и 6,25%); «депрессия» (4,71% и 1,25%); «раздражительность» (5,88% и 5%); «гинекологические заболевания» (4,71% и 3,75%); «вредно» (2,35% и 5%); «риск рака» (12,94% и 1,25%); «муж против» (2,35% и 8,75%); «не знаю» (11,25% повторнородящих); «забыла» (3,75% по-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

вторнородящих). При выборе контрацепции на рекомендации врача полагались 43,43% и 56,20%; «сама выбрала» – 34,34% и 22,31% женщин соответственно. Знали о современных методах контрацепции 76,67% и 73,49%, «что-то слышали» – 20,83% и 24,10%. 38 женщин из 1 группы (31,67%) и 44 из 2 группы (26,51%) считали, что гормональная контрацепция «улучшает репродуктивное здоровье»; 57 (47,5%) и 74 (44,58%) – «ухудшает»; остальные не имели информации. На вопрос «Какую контрацепцию Вы планируете после родов» большинство ответило, что «не знает» (47,50% и 52,41%). Гормональную контрацепцию после родов планировали использовать 15,83% и 12,05%; внутриматочную – 0,83% и 9,64%; «никакую» – 6,67% и 4,82%. Хотели иметь детей в дальнейшем 80% и 27,11%; «не знаю» ответили 8,33% и 18,67% обследованных; «нет» прозвучало у 11,67% первородящих и 54,22% повторнородящих.

Проведенный анализ показал, что имеются различия в контрацептивном поведении, информированности и выборе современных методов контрацепции у перво- и повторнородящих женщин. Отношение женщин к рождению второго и третьего ребенка свидетельствует о наличии резервов с позиции улучшения демографической ситуации в регионе.

*Проанализированы особенности контрацептивного анамнеза и дальнейшие репродуктивные планы у перво- и повторнородящих женщин. Выявлены различия в контрацептивном поведении, информированности и выборе современных методов контрацепции.*

*Features of contraceptive anamnesis and further reproductive plans at nulliparous and parous pregnant women are analysed. Distinctions in contraceptive behavior, knowledge and the choice of modern methods of contraception are revealed*

## ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ: АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Карпеченко А.В., Уквальберг М.Е., Омарова Г.З., Бордовская А.А.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, ГБУЗ родильный дом им. К.А. Гуткина г. Петрозаводск*

Проблема бесплодного брака стала одной из серьезных медико-социальных и демографических проблем в мире. В настоящее время 1–5% детей в развитых странах родились благодаря экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО). Большинство женщин, перед ЭКО имеют серьезные нарушения в репродуктивной системе. Обсуждаются риски



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

возможного увеличения неблагоприятных состояний для матери и плода во время беременности и родов после ЭКО, а также перинатальных исходов

Изучить особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы после ЭКО у женщин с бесплодием.

Под наблюдением находилось 66 женщин после ЭКО с женскими факторами бесплодия (родильный дом им. К.А. Гуткина). Изучены обменные карты беременных, истории родов и развития новорожденных.

В структуре показаний к ЭКО эндокринное бесплодие было в 43,9% случаев, трубно-перитонеальное – в 36,4%, в остальных случаях имелись сочетанные факторы. Первичное бесплодие было отмечено у 30 (45,5%) пациенток. В возрасте 26–35 лет было 74,3%, 36 лет и старше – 22,7% наблюдавшихся. 49 женщинам (74,3%) предстояли первые роды, в том числе, у 14 (28,6%) в анамнезе были беременности без положительного репродуктивного исхода. Многоплодная беременность отмечена у 13 женщин (19,7 %).

В структуре заболеваний и осложнений первой половины беременности преобладали угрожающий выкидыш (46,9%), железодефицитная анемия (48,5%), рвота (9,1%), вагиниты различной этиологии (15,2%). Во второй половине гестации диагностировались анемия (57,6%), отеки беременных (36,4%), угрожающие преждевременные роды (24,4%), гестационный сахарный диабет (21,1%), преэклампсия различной тяжести (15,2%), истмико-цервикальная недостаточность (9,1%), многоводие (7,6%). Плацентарная недостаточность и задержка роста плода выявлены у 13,6%, хроническая гипоксия плода – у 9,1% женщин. Преждевременное излитие околоплодных вод осложнило течение беременности в 15,2% случаев. В большинстве случаев роды были срочными (92,4%), Частота преждевременных родов (спонтанных и ятрогенных) составила 7,6%, при этом масса новорожденных была  $\geq 2000$  г. Операция кесарева сечения женщинам после ЭКО выполнена в 56 случаях (84,8%), в том числе 30 (53,6%) в плановом порядке, в основном, по сочетанным показаниям. При ведении вагинальных родов ( $n=10$ ) отмечалось раннее излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности. В трех случаях выполнялась амниотомия, в двух – родостимуляция, в одном случае – вакуум-экстракция плода.

Средняя масса детей ( $n=66$ ) при рождении составила  $3240 \pm 150$  г. Пять новорожденных (7,6%) имели массу тела  $\geq 4000$  г. В структуре перинатальной патологии у новорожденных были выявлены неонатальная гипогликемия (11,4%), неонатальная желтуха (9%), анемия (5,6%) и врожденные пороки развития (5,6%). Случаев тяжелой асфиксии не было.

Наше небольшое исследование показало, что в группе женщин после ЭКО отмечается повышенная частота угрозы прерывания беременности, преэклампсии, плацентарной недостаточности, преждевременных родов, многоплодной беременности, оперативного родоразрешения, а также перинатальной патологии по сравнению с популяцией. Трудно однозначно сказать, что приводит к повышению рисков. Может быть, это первично проблемы женского здоровья, которые привели к необходимости ЭКО? Или методы под-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

готовки и процедуры в рамках вспомогательной репродуктивной технологии? Только персонафицированный подход на всех этапах ведения данных женщин может снизить акушерские и перинатальные риски.

*В группе женщин с бесплодием и ЭКО (n=66) отмечено высокая частота акушерских осложнений, операции кесарева сечения и перинатальной патологии. Обсуждается, какие факторы приводят к высоким рискам, а также необходимость персонафицированного подхода к ведению данных женщин.*

*In group of women with infertility and IVF (n=66) it is noted the high frequency of obstetric complications, operations of Cesarean section and perinatal pathology. It is discussed what factors lead to high risks, and also need of the personified approach to maintaining these women.*

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ГЛАЗАМИ ПОДРОСТКОВ

Гуменюк Е.Г., Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Жилина П.И.

*ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии, ГБУЗ РК городская поликлиника № 1 г. Петрозаводск*

Вопросам сексуального и репродуктивного здоровья подростков уделяется достаточно большое внимание в современной литературе. Известно, что подростковый возраст – это период физического и полового развития. На фоне социальной незрелости, рискованного поведения и непредсказуемости у подростка появляется желание быть самостоятельным, что способствует повышению сексуальных и репродуктивных рисков. К этим рискам относятся спонтанные/незащищенные половые контакты, инфекции, передаваемые половым путем, нежелательная беременность и небезопасный аборт. Для России подобная ситуация также является одной из важных медико-социальных проблем.

Оценить отношение подростков к репродуктивному здоровью и уточнить их знания о вопросах контрацепции и сексуальных отношений.

Проведено анонимное анкетирование 64 учащихся 10–11 классов Академического лицея г. Петрозаводска (39 девушек и 25 юношей).

Среди опрашиваемых подростков преобладали семнадцатилетние (62% и 86% соответственно), остальные в возрасте 18 лет (38% девушек и 9% юношей) и 5% 16-летних юношей. В ходе исследования установлено, что половую жизнь ведут 51% девушек и 56% юношей, при этом регулярная половая жизнь была у половины девушек и у 36% юношей. Возраст сексуального дебюта в возрасте 12–13 лет был только у 2 девушек (0,6%), в большинстве случаев девушки начинали половую жизнь в 17 лет (38%). Преобладающим возрастом



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

сексуального дебюта у юноши был в 16 лет (64%), только 3 юноши (12%) начали половую жизнь в 14 лет. Только 51% девушек и 79% юношей используют методы контрацепции при каждом половом акте. Большинство подростков (84% девушек и 93% юношей) предпочитают, чтобы оба партнера предохранялись от незапланированной беременности. Однако, только половина девушек указала на использование «двойного метода» контрацепции (гормональная и барьерная). Две трети юношей использовали только барьерный метод контрацепции, по 12% опрошенных – отдавали предпочтение coitus interruptus и двойному методу контрацепции. При выборе метода контрацепции ведущее значение девушки придают безопасности (45%), защите от половых инфекций (35%), юноши безопасность также ставят на первое место (53%), но для 14% имеет значение удобство в использовании. Равное количество подростков (72%) не осведомлены об экстренной контрацепции, однако 17% девушек и 20% юношей имели опыт использования данного метода. На вопрос об источниках информации о репродуктивном здоровье и методах контрацепции только 8% подростков обоего пола указали медицинских работников, 7% девушек и 20% юношей получили эту информацию от родителей, 2% девушек с 12% юношей – от педагогов, в остальных случаях – это сверстники, средства массовой информации.

Проведенное исследование показало, что преобладающий возраст сексуального дебюта у девушек 17 лет, у юношей – 16 лет. Только 51% девушек и 79% юношей используют методы контрацепции при каждом половом акте. Основным источником информации о методах контрацепции для подростков являются сверстники и средства массовой информации. Необходимо, чтобы главным источником информации о репродуктивном здоровье был медицинский работник, который сможет осведомить о широком спектре методов предохранения от нежелательной беременности и половых инфекций. Нужна разработка широкомасштабных образовательных и исследовательских программ для педагогов, медиков и подростков.

*Проведено анкетирование 64 подростков 16–18 лет обоего пола. Средний возраст сексуального дебюта составил у девушек 17 лет, у юношей – 16 лет. Только 51% девушек и 79% юношей используют методы контрацепции при каждом половом акте. Среди методов контрацепции у девушек преобладает «двойной» метод, у юношей – барьерный. Информацию о репродуктивном здоровье и методах контрацепции подростки получают от медицинских работников, только в 8% случаев.*

*64 teenagers 16–18 years old of both sexes were questioned. The prevailing age of sexual debut among girls is 17 years old, among boys – 16 years. Only 51% of girls and 79% of young men use contraceptive methods every time they have sex. Among the methods of contraception which use girls, the «double» method prevails, young men prefer the barrier method. Only 8% information about reproductive health and contraceptive methods teenagers get from the medical professionals*



## **ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ МРНК ГЕНОВ KI67, P16, PGR И BCL2 ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ**

Гусаков К.И., Бурменская О.В., Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Трофимов Д.Ю., Сухих Г.Т.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России г. Москва*

Выявить особенности изменения уровня экспрессии мРНК генов человека у пациенток с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки, для прогнозирования риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки.

В проспективное комплексное исследование были включены 225 женщин, в возрасте от 18 до 60 лет. Длительность наблюдения за пациентами составила  $12,4 \pm 5$  месяцев. Обследование включало: сбор жалоб, анамнеза, гинекологический статус, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование, гистологическое исследование биопсийного материала, мультиплексная ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени для количественного определения и типирования ВПЧ. Экспрессию мРНК генов MKI67 (KI67), CTSL2, CDKN2A (P16), ESR1, PGR, BCL2, BAX, BAG1, CD68, SCUBE2, PTEN определяли методом количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени относительно экспрессии референсных генов TBP, B2M и GUSB.

По полученным результатам были сформированы 5 групп: 45 ВПЧ-негативные (I группа – контрольная), II группа – 56 с субклиническими формами ПВИ, III группа – 50 с LSIL, IV группа – 55 с HSIL, V группа – 19 с РШМ.

По результатам исследования во II группе выявлено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,8 раза ( $p=8,3 \times 10^{-3}$ ), CDKN2A (P16) в 1,6 раза ( $p=4,6 \times 10^{-2}$ ), CTSL2 в 1,5 раза ( $p=3,2 \times 10^{-2}$ ) по сравнению с контрольной группой. В III группе отмечено достоверное повышение экспрессии мРНК MKI67 (KI67) в 1,5 раза ( $p=4,4 \times 10^{-2}$ ) и CDKN2A (P16) в 2,9 раза ( $p=2,2 \times 10^{-4}$ ) по сравнению с контрольной группой. В IV группе выявлено достоверное повышение MKI67 (KI67) в 2,5 раза ( $p=5,7 \times 10^{-6}$ ), CDKN2A (P16) в 5,9 раза ( $p=1,2 \times 10^{-7}$ ) по сравнению с контрольной группой. В IV группе повышение экспрессии мРНК еще более существенно: MKI67 (KI67) в 10,3 раза ( $p=1,6 \times 10^{-7}$ ), CDKN2A (P16) в 11 раз ( $p=1,7 \times 10^{-5}$ ). При этом отмечается снижение BCL2 в 3,6 раза ( $p=2,2 \times 10^{-4}$ ), SCUBE2 в 2,5 раза ( $p=2,5 \times 10^{-2}$ ), BAG1 и BAX в 1,9 раза ( $p=7,5 \times 10^{-3}$  и  $p=1,6 \times 10^{-2}$  соответственно), PTEN в 1,4 раза ( $p=1,4 \times 10^{-3}$ ). Значительно (в 25 раз) снижается рецепторный аппарат клеток – ESR1 и PGR ( $p=3,2 \times 10^{-4}$  и  $p=3,2 \times 10^{-5}$  соответственно), по сравнению с контрольной группой.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

С целью разработки способа определения образцов с высоким риском малигнизации тканей был выполнен регрессионный анализ. Уравнение регрессии имело вид:  $Z=0,8*\ln(KI6/PGR)+1,6*\ln(P16/BCL2)-4$ , где KI67, PGR, P16 и BCL2 – уровень экспрессии мРНК соответствующих генов.

Для определения критического значения вероятности (точка cut-off) был выполнен ROC-анализ. В группу высокого риска развития неопластической трансформации эпителия шейки матки попали 29 пациенток: 5 (8.9%) – из II группы, 9 (18%) – из III группы, 15 (27.3%) – из IV группы.

Динамическое наблюдение проводилось через 6–12 месяцев. Через 12 мес у всех пациенток II группы ВПЧ сохранялся, ASCUS у 1 (11%), LSIL – 4 (44,2%). В III группе – ВПЧ сохранялся у всех пациенток, при цитологическом исследовании LSIL – 6 (66,6%), изменился на HSIL – 3 (33,3%). Для сравнения, у пациенток II группы, которые не попали в группу высокого риска, элиминация ВПЧ наблюдалась у 24 (47%), 20(39,2%) – ВПЧ сохранялся, цитологические заключения – NILM. В III группе у 16 (39%) сохранился LSIL; у 25(60%) – NILM. У 21 (51,2%) наблюдалась персистенция ВПЧ. В III группе элиминация ВПЧ произошла в 20 (50%) случаев. Многофакторный анализ позволяет определить группу повышенного риска развития и прогрессии неопластического процесса шейки матки по изменению уровня экспрессии мРНК человека (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2).

*Повышение экспрессии мРНК генов MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), снижение экспрессии PGR, BCL2 в сочетании с высокоонкогенными типами ВПЧ (особенно 16, 58, 31, 33, 39), ненормальной кольпоскопической картиной могут рассматриваться как возможные биомаркеры прогнозирования развития и неблагоприятного течения неоплазии; многофакторный анализ позволяет определить группу повышенного риска развития и прогрессии неопластического процесса шейки матки по изменению уровня экспрессии мРНК человека (MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR и BCL2). Требуются дальнейшие исследования.*

*KI67, p16, PGR and BCL2 genes expression changes in HPV-associated cervical neoplastic transformation.*

*Increased expression of MKI67 (KI67), CDKN2A (p16) genes mRNA and decreased expression of PGR, BCL2 genes mRNA in combination with high-risk HPV types (especially 16, 58, 31, 39) and abnormal colposcopy results may be assessed as possible biomarkers of neoplastic transformation development or deterioration. Multivariant analysis allowed us to specify group of patients with increased risk of cervical neoplastic transformation development and progression based on expression level MKI67 (KI67), CDKN2A (P16), PGR and BCL2 mRNA. Further studies are needed.*



## **ОЦЕНКА ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ**

Гусаков К.И., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Асатунова А.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России  
г. Москва*

Вирус папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска является доказанным этиологическим фактором развития неоплазий и рака шейки матки (РШМ). Известно, что РШМ в России занимает 2 место по заболеваемости и 1 место по смертности среди женщин до 45 лет. По данным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена ежегодно в России регистрируется более 17 тыс. случаев РШМ, а прирост заболеваемости за 10 лет составил 25,8%. При персистенции ВПЧ в течение 3 лет у 27% женщин развиваются цервикальные интраэпителиальные неоплазии (ЦИН) тяжелой степени. Это обуславливает важность ранней диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки. В настоящее время особое значение приобретают исследования и анализ молекулярного состава биологических жидкостей, в том числе цервикальной жидкости (ЦВЖ), методом масс-спектрометрии для ранней диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки. ЦВЖ является важнейшим источником клинических данных о физиологическом состоянии нижнего отдела женского генитального тракта.

Провести анализ протеомного состава ЦВЖ для оценки степени тяжести поражений эпителия шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией у пациенток репродуктивного возраста.

Обследовано 30 женщин в возрасте от 21 до 45 лет с поражениями шейки матки, ассоциированными с ВПЧ-инфекцией (ASCUS, LSIL, HSIL). Проведено клиническое обследование, цитологическое исследование, ВПЧ-типирование, расширенная кольпоскопия, протеомное исследование ЦВЖ методом tandemной хромато-масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС/МС). Полуколичественный анализ полученных данных, включающий идентификацию и аннотацию белков, осуществлялся с использованием программных пакетов Perseus и MaxQuant.

Определены 2 группы белковых панелей, специфичные для поражений эпителия шейки матки различной степени тяжести: первая группа – P4NB, HSPA8, C4BPA – характер-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ны для ранних изменений (проникновение вируса в клетку, его транскрипция и нарушение функции системы комплемента); вторая группа – PRDX5, YWHAЕ, LRG1 – характерны для поздних изменений – принимают непосредственное участие в развитии неоплазий шейки матки и дальнейшем их прогрессировании (снижение апоптоза, нарушение дифференцировки и созревания эпителия, трансформация атипических клеток).

Анализ протеомного состава ЦВЖ методом ВЭЖХ-МС/МС позволяет дифференцировать изменения эпителия шейки матки на ранних этапах и степень тяжести поражения.

*Изучен протеомный состав ЦВЖ для оценки степени тяжести поражений эпителия шейки матки, ассоциированных с ВПЧ-инфекцией у пациенток репродуктивного возраста методом тандемной хромато-масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС/МС). Определены белковые панели, специфичные для различных форм ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки (первая группа – P4HB, HSPA8, C4BPA; вторая группа – PRDX5, YWHAЕ, LRG1).*

*Cervicovaginal fluid proteome analysis at early stages of cervical neoplastic transformation by mass spectrometry.*

*CVF proteomic analysis was conducted to assess the degrees of severity of cervical intraepithelial neoplasia among females of reproductive age by tandem chromatomass spectrometry (HPLC-MS / MS). The proteins panels, specific for each form of HPV-associated cervical epithelial lesions are determined (the first group – P4HB, HSPA8, C4BPA, the second group – PRDX5, YWHAЕ, LRG1).*

## ВЛИЯНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ НА СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ И КОСТНОГО ОБМЕНА

Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Ферамузова Э.Э.

Смоленский государственный медицинский университет  
г. Смоленск

Ввыяснить влияние резекции яичников у женщин репродуктивного возраста на состояние гормональной функции яичников и костного метаболизма.

Обследовано и прооперировано 27 женщин (1 группа) с эндометриоидными кистами яичников, 23 (2 группа) – со зрелыми тератомами. Оценка функционального состояния яичников произведена в динамике по уровню ФСГ и АМГ – до операции и через 1 год после. Определены биохимические маркеры метаболизма костной ткани Остеокальцин и  $\beta$ -CrossLaps: до оперативного лечения, через 6 месяцев и через 1 год после резекции яичников. В качестве противорецидивной терапии эндометриоза, пациентки получали диеногест 2 мг.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

В сравниваемых группах до оперативного лечения имеются достоверные различия по показателям уровней ФСГ, АМГ и маркеров костного обмена. В 1 группе женщин, выявлено достоверное улучшение показателей костного обмена, во второй – закономерное его снижение. При исследовании гормонального профиля выявлена тенденция к снижению функции яичников после оперативного лечения.

Оперативное лечение овариальных образований приводит к снижению гормональной функции яичников, а также ухудшению процессов костного обмена. Применение диеногеста 2 мг приводит к улучшению процессов остеосинтеза, способствуя профилактике ранних переломов и остеопороза в будущем.

*Цель исследования – оценить костный обмен и гормональную функцию яичников у женщин с доброкачественными образованиями яичников. Получены достоверные данные по снижению процессов остеорезорбции и гормональной функции яичников во 2 группе. У пациенток, получавших противорецидивную терапию, диагностировано улучшение остеосинтеза.*

*To assess the bone metabolism and hormonal function of ovarii in women with good-quality tumours of ovaris. It was established that osteoresorption processes and hormonal function have decreased in the 2nd group. The patients who had got protective therapy was found improvement of osteosynthesis.*

## К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Дабузов А.Ш., Абдурахманова Р.А.

*Дагестанский Государственный Медицинский Университет, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ИДПО г. Махачкала.*

Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и, особенно, после операции кесарева сечения. После кесарева сечения высок риск развития гнойно-септических осложнений с формированием несостоятельности рубца на матке, который в раннем послеоперационном периоде является причиной развития эндометрита и перитонита

Оценить влияние лазерного облучения на показатели крови у больных оперированных по поводу перитонита после кесарева сечения.

В исследование включено 60 пациенток в возрасте 20–30 лет с перитонитом после операции кесарева сечения. Больные были разделены на две группы по 30 пациентов. Пер-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

вая группа – основная (n=30), которые получали лазерное облучение лимфатических узлов в течение 7 дней и дополнительно антибактериальную терапию. Вторая группа – контрольная (n=30) была проведена только антибактериальная терапия. На 1–7-е сутки определены некоторые клинические показатели крови (гемоглобин, СОЭ, цветной показатель, лейкоцитоз, общий белок, билирубин, фибриноген и иммунный статус).

Средний возраст пациенток основной группы составил  $25 \pm 5,2$  года, группы сравнения –  $25 \pm 4,3$  года ( $p > 0,05$ ). По совокупности акушерско-гинекологического и соматического статуса обследованные пациенты относились к группе риска на развитие гнойно-септических осложнений. В результате лазерного облучения паховых лимфатических узлов в основной группе показатели крови как; гемоглобин, СОЭ, лейкоцитоз, общий белок, билирубин, фибриноген и иммунный статус, стабилизировались на 5-е сутки по сравнению с контрольной на 7-е сутки. Лазер с длиной волны 630–650 нм оказывает на ткани стимулирующее действие, характерное для гормональной стимуляции; увеличивается фагоцитоз, улучшается функция ретикулоэндотелиальной системы, изменяется поверхностный потенциал клеток, появляются отрицательно заряженные частицы.

Доказана эффективность и безопасность лазерного облучения паховых лимфатических узлов у пациентов с перитонитом после кесарева сечения. Лазер способствует более существенному улучшению показателей крови и быстрому регрессу воспалительных изменений в зоне операции на матке.

*Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и особенно после операции кесарева сечения. оценить влияние лазерного облучения на показатели крови у больных, оперированных по поводу перитонита после кесарева сечения. Лазер оказывает на ткани стимулирующее действие, характерное для гормональной стимуляции; увеличивается фагоцитоз, улучшается функция ретикулоэндотелиальной системы, изменяется поверхностный потенциал клеток, появляются отрицательно заряженные частицы. Доказана эффективность и безопасность лазерного облучения паховых лимфатических узлов у пациентов с перитонитом после кесарева сечения.*

*The study aims to assess the effect of laser irradiation on blood indices in patients operated on for peritonitis after cesarean section. A laser has a stimulating effect, typical for hormonal stimulation; phagocytosis increases, function of a reticuloendothelial system improves, the superficial potential of cells changes, negatively charged particles appear. The efficacy and safety of laser irradiation of the inguinal lymph nodes in patients with peritonitis after cesarean section has been proven.*



## **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России  
ФГБУ «Поликлиника №1» УДП РФ  
г. Москва*

Общеизвестно, что заболеваемость раком эндометрия постоянно растет. При этом в настоящее время принято считать, что она непрерывно растет у женщин всех возрастных групп и ни в одной из них не имеет тенденции к снижению.

Чтобы подтвердить или опровергнуть это положение, мы решили проанализировать имеющиеся у нас статистические данные США за период с 1971 по 2009 гг., т.е. за 39 лет.

Анализ полученных нами данных показал, что во всех возрастных группах, за исключением пациенток в возрасте 45–59 лет, происходило четкое возрастание частоты рака эндометрия. В то же время в данной группе за указанный период его частота снизилась в среднем на 15,7%. При этом в группе женщин 45–49 лет это снижение составило 12,2%, 50–54 лет – 26,5% и 50–59 лет – 10,5%.

Следует полагать, что снижение частоты рака эндометрия у этой группы женщин могло быть обусловлено более частым обращением их к врачу и проведением ультразвукового исследования и, следовательно, более ранним выявлением и удалением таких потенциально злокачественных новообразований, как атипическая гиперплазия, рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия и аденоматозные полипы. Тем более, что в этой группе женщин можно отметить следующие особенности, побуждающие их к более частому обращению к врачу: 1) значительное возрастание частоты различных гинекологических осложнений в перименопаузальном периоде; 2) возможным увеличением свободного времени в виду уменьшения затрат на решение различных бытовых проблем; 3) а также знанием о повышении с возрастом частоты онкологических заболеваний.

*Анализ статистических данных, проведенный за 39-летний период (с 1971 по 2009 гг.), показал, что в группе женщин в возрасте 45–59 лет отмечалось снижение частоты заболеваемости раком эндометрия в среднем на 15,7%, в то время как в других возрастных группах наблюдалось заметное ее увеличение.*

*Analysis of statistical data, which covers a period of 39 years between 1971 and 2009, showed a decrease of frequency of endometrial cancer on an average of 15.7 percent in the group of women between 45 and 59 years of age, whilst a substantial increase has been observed in other age groups.*



## **ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

Джеломанова О.А., Белоусов О.Г.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО  
г. Донецк.*

Эндометриоз – эстрогензависимая патология, являющаяся одной из причин влияющих на фертильность посредством различных механизмов, которые вызывают воспалительные изменения, как в брюшной полости, так и на уровне эндометрия. Лечение эндометриоз-ассоциированного бесплодия посвящено много исследований; в то же время имеется недостаточно данных об акушерских исходах у беременных с эндометриозом.

Целью исследования было, изучить осложнения во время беременности и родов у женщин с генитальным эндометриозом, диагностированным с помощью внутривидеостной эхографии, в сравнении с контрольной группой, без эндометриоза.

В исследование включены группа женщин с эндометриозом и контрольная группа, обследованные между январем 2012 года и декабрем 2017 года. Контрольная группа, включала 100 женщин, у которых не был до этого выставлен диагноз генитальный эндометриоз, которые забеременели самостоятельно и родили во время выбранного периода времени. Основную группу составили 150 женщин с генитальным эндометриозом. Внутривидеостное УЗИ было выполнено на этапе планирования беременности одним экспертным специалистом по эхографии. Исследования проводились на аппарате Toshiba Aplio MX с использованием трансдюсеров частотой 3–10 МГц. Были осмотрены все потенциальные локализации эндометриоза с особым акцентом на глубокий инфильтративный эндометриоз. Оценивались следующие осложнения во время беременности: угроза преждевременных родов и досрочное родоразрешение; преэклампсия; гестационный сахарный диабет; ЗВРП, отслойка плаценты, предлежание плаценты. Основные характеристики в 2-х группах сравнивали с использованием тестов Хи квадрат и Мана-Уитни. Для сравнений распространенности использовали точный критерий Фишера и считали  $P < 0,05$  – статистически значимыми.

Женщины с эндометриозом при сравнении с контрольной группой показали более высокий риск таких осложнений беременности: угроза преждевременных родов, предлежание плаценты и преэклампсия. Женщины с эндометриозом родоразрешались путем операции кесарево сечение значительно чаще, чем в контрольной группе и в основной группе чаще отмечалась травма мочевого пузыря; атония матки с последующей гистерэктомией.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Диагноз эндометриоз во время беременности очень труден и в настоящее время нет идеальных диагностических инструментов для выявления многих форм генитального эндометриоза во время беременности. Возможным средством в предотвращении осложнений, связанных с эндометриозом, являются адекватная диагностика на этапе планирования беременности у женщин, входящих в группу риска по эндометриозу, и осведомленность пациенток о потенциально возможных осложнениях беременности и родов.

*В исследовании изучались осложнения во время беременности и родов у женщин с эндометриозом. Диагноз эндометриоз во время беременности очень труден и в настоящее время нет идеальных диагностических инструментов для выявления многих форм генитального эндометриоза. Возможным средством в предотвращении осложнений, связанных с эндометриозом, являются адекватная диагностика на этапе планирования беременности у женщин, входящих в группу риска по эндометриозу.*

*The objective was to study outcomes and complications during pregnancy and at delivery in women with endometriosis different localization. The diagnosis of endometriosis during pregnancy is difficult and currently there are no ideal diagnostic tools for detecting many forms of genital endometriosis. Possible means in preventing complications associated with endometriosis are adequate diagnosis at the planning stage of pregnancy in women at risk group of endometriosis.*

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЛАКТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ИЗЛЕЧЕННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО  
г. Донецк.*

Лактация – это сложный гормонально обусловленный процесс, подготовка к которому начинается с ранних сроков беременности, поэтому характер лактационной функции неразрывно связан с особенностями течения беременности и родов. Беременность, наступившая после лечения бесплодия, часто протекает на дисгормональном фоне, в хроническом стрессе, что часто негативно отражается на лактационной функции. Полноценное грудное вскармливание обеспечивает нормальное физическое и эмоциональное развитие ребенка, его иммунологическую защиту, обеспечивает уникальную связь между кормящей матерью и её ребенком. Установлено положительное влияние лактации на организм женщины, которое заключается в снижении риска инфекционно-воспалительных



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

заболеваний в послеродовом периоде, заболеваний репродуктивной системы, а также является методом профилактики, развития онкологической патологии молочных желез.

Изучить особенности лактации у пациенток с излеченным бесплодием.

Под наблюдением находились 58 пациенток. Основную группу составили 30 женщин с бесплодием в анамнезе. Контрольная группа – 28 здоровых женщин с физиологическим течением беременности. Проводились клинические, биохимические, гормональные исследования, оценка количественных и качественных показателей грудного молока, характер и длительность лактации.

Средний возраст в исследуемых группах одинаков: в первой группе составил  $32,2 \pm 0,4$  лет, во второй группе  $31,0 \pm 0,7$  лет. Длительность бесплодия в среднем составила  $5,12 \pm 0,48$  лет. Все пациентки неоднократно получали гормональную терапию, в том числе, с целью стимуляции овуляции. На фонеотягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток первой группы вполне закономерным явилось осложненное течение беременности. Угроза прерывания беременности с ранних сроков наблюдалась у 23 (76,6%) пациенток, а 19 (63,3%) женщин неоднократно на протяжении всего периода гестации получали сохраняющую терапию. У 17 (56,6%) пациенток беременность осложнилась плацентарными нарушениями. В 7(23,3%) случаях диагностирована внутриутробная задержка развития плода. Во второй группе у 86,6% пациенток данная беременность протекала без осложнений. Анемия беременных отмечалась у 2 (6,6%) женщин, угроза прерывания беременности у 2 (6,6%) женщин. Изучая лактационную функцию пациенток, мы определили, что длительность лактации у женщин с излеченным бесплодием составила от 1 до 16 месяцев, средняя длительность лактации –  $5,6 \pm 0,5$  месяцев. В группе пациенток, у которых беременность наступила самостоятельно, лактация сохранялась от 5 до 22 месяцев, в среднем –  $15,2 \pm 1,1$  месяца. При анализе полученных данных, нами установлено, что нарушения лактационной функции (сокращение длительности лактации, лактостаз, мастит, гипогалактия) в основной группе отмечались в три раза чаще, чем в контрольной группе. Изменения функциональной активности фетоплацентарного комплекса у женщин с бесплодием в анамнезе характеризуются дисгормональными и дисметаболическими нарушениями, которые проявляются достоверным снижением содержания плацентарного лактогена, пролактина и эстриола, что негативно отображается на количественных и качественных показателях лактации.

Нарушение функционального состояния фетоплацентарного комплекса, высокий уровень психо-эмоционального напряжения во время беременности и в послеродовом периоде оказывают негативное влияние на состояние лактации у женщин с излеченным бесплодием.

*Работа посвящена изучению состояния лактационной функции у женщин с излеченным бесплодием.*

*The work is devoted to the study of the state of lactation function for women with the cured infertility.*



## **ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА**

Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького. Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО  
г. Донецк*

Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода является одной из наиболее частых причин перинатальной заболеваемости и смертности. По данным разных авторов, частота ЗВУР плода колеблется от 3 до 32% от общего количества родов. У недоношенных детей ЗВУР плода, как правило, выше и составляет 15,7–42%. Оптимальными условиями для раннего выявления ЗВУР плода является определение гормонов с ранних сроков беременности.

Изучить гормональную функцию фетоплацентарного комплекса (ФПК) у беременных с задержкой внутриутробного развития плода на основе ретроспективного анализа историй беременности и родов.

Нами было проанализировано 50 историй беременности и родов пациенток с ЗВУР плода. Для сравнения гормонального статуса обследовано 29 женщин с физиологическим течением беременности. Средний возраст пациенток составил  $28,64 \pm 1,12$  лет. В нашем исследовании учитывался вариант задержки развития плода – симметричная и асимметричная форма. Гормональную функцию ФПК оценивали радиоиммунологическим методом, исследуя в сыворотке крови уровень гормонов: хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), эстрадиола, эстриола, прогестерона.

Содержание (ХГЧ) в малые сроки гестации у пациенток с ЗВУР плода было статистически значимо снижено, по сравнению с женщинами с физиологическим течением беременности ( $48,54 \pm 1,65$  против  $117,26 \pm 20,96$  мМЕ/л,  $P < 0,05$ ), что свидетельствовало о нарушении функции трофобласта. С увеличением срока гестации данный показатель у всех беременных имел тенденцию к увеличению, но у женщин с ЗВУР плода во втором триместре оставался статистически значимо сниженным ( $43,46 \pm 4,83$  против  $73,43 \pm 6,69$  мМЕ/л,  $P < 0,05$ ).

Концентрация прогестерона у беременных с ЗВУР плода с малых сроков гестации была статистически значимо сниженной, по сравнению с беременными с физиологическим течением беременности ( $69,07 \pm 1,82$  и  $81,78 \pm 3,57$  нмоль/л,  $P < 0,05$ ). Такая же картина наблюдалась и во втором триместре беременности ( $129,91 \pm 2,56$  против  $141,55 \pm 2,23$  нмоль/л). Отмечено, что зарегистрированные низкие показатели у пациенток с ЗВУР плода совпадали с явлениями угрозы прерывания беременности.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Значения эстрадиола у беременных с ЗВУР плода также были статистически сниженными, по сравнению с беременными с физиологическим течением беременности ( $10,64 \pm 0,30$  против  $12,31 \pm 0,34$  нмоль/л,  $P < 0,05$ ), так же как и показатели эстриола, изучаемые во второй половине беременности ( $46,72 \pm 2,12$  против  $55,09 \pm 2,43$  нмоль/л,  $P < 0,05$ ).

Ретроспективный анализ историй показал, что симметричная форма ЗВУР плода была у 36 (72,2%), асимметричная форма ЗВУР плода составила 14 (27,8%) случаев.

Срочные роды при симметричной форме ЗВУР плода произошли у 21 беременной (58,6%), преждевременные роды у 15 (41,4%) с асимметричной формой ЗВУР плода в срок роды произошли в 5 случаях (35,7%), преждевременные роды – в 9 случаях (64,3%). Родоразрешение путем операции кесарево сечение в ургентном порядке у женщин с асимметричной формой ЗВУР плода было в три раза чаще, чем у пациенток с симметричной формой.

1. У пациенток с ЗВУР плода отмечается снижение гормональной функции ФПК.
2. ЗВУР плода является причиной многих акушерских осложнений, приводящих к перинатальным потерям.
3. При своевременной диагностике можно значительно улучшить течение, исход беременности и родов.

*Изучено изменение гормональной функции фетоплацентарного комплекса у беременных с задержкой внутриутробного развития плода.*

*The changes in the hormonal function of the placental complex of pregnant women with intrauterine growth retardation.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОМА ЖЕНЩИНЫ

Досова С.Ю., Стольникова И.И., Червинец В.М., Елисеева И.В.

*Тверской государственный медицинский университет  
г. Тверь*

Вагинальный микробиом женщины, который содержит примерно 10% женской микробиоты, играет исключительную роль в поддержании в физиологической норме мочеполового тракта, предупреждая развитие в нем патологических изменений. Доминирующее положение в составе вагинального микробиома здоровой женщины репродуктивного возраста занимают различные штаммы лактобацилл. Помимо лактобацилл, в составе вагинального микробиома всегда присутствуют факультативные микроорганизмы. Их популяционный уровень в норме не превышает 3–4%, однако видовой состав до-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

статочно разнообразен. Все эти микроорганизмы являются условно-патогенными, и при снижении активности и популяционного уровня физиологических бактерий, а также других факторов колонизационной резистентности женского организма могут вызывать различные заболевания.

Определение микробиома влагалища здоровых женщин Тверского региона и выявление продукции простых сигнальных молекул у лактобацилл.

Для исследования брали мазки из влагалища у 33 здоровых женщин в возрасте 20–22 лет. Забор материала делали утром до мочеиспускания стерильным тампоном на полистироловой палочке с площади 1 см<sup>2</sup> и в течение 2-х часов доставляли в бактериологическую лабораторию.

Для выделения факультативно анаэробных и аэробных бактерий использовали среды – Эндо для энтеробактерий, маннит-солевой агар (M118) для стафилококков, для выявления лецитиназной активности – агар Бэрда-Паркера, M 304 – стрептококковый агар, МРС – лактоагар, HiCrome, Сабуро декстроза агар, Колумбия кровяной агар, хромогенные среды для выявления дрожжевых грибов рода *Candida*, стрептококков и энтерококков (HiMedia). Для культивирования анаэробов использовали среды бифидоагар и кровяной Шедлер агар. Анаэробные условия создавались в анаэроштатах при помощи газогенераторных пакетов BBL. Культивирование проводили при температуре 37°C в течение 24–48 часов. Количество колоний выражали в lg КОЕ/см<sup>2</sup> или lg КОЕ/мл.

Газовые сигнальные молекулы изучали во флаконе над жидкой питательной средой лактобульон после суточного культивирования лактобацилл с помощью газового хроматографа Хроматек Кристал 5000. Количество выделенных газов измеряли в ppm (от англ. parts per million, – «частей на миллион»), млн<sup>-1</sup> или мд. 1 mg/mL = 1000 ppm, 1 ppm = 0.001 mg/mL.

Из исследуемого материала выделено 33 штамма лактобацилл. С помощью API систем идентифицированы различные виды рода *Lactobacillus* (*Lactobacillus* 56,57 rhamnosus, *L.fermentum*, *L.acidophilus*, *L.salivarius*, *L.plantarum*, L.344/1, L.321/6, L.344, L.457, L.14 buchnery, L.106, L.100). Наиболее значимыми были результаты по трем газовым молекулам: CO<sub>2</sub>, CO и NO. За последние годы проведены многочисленные исследования, показывающие их чрезвычайно важную роль в организме человека. Так, окись азота способствует поддержанию гомеостаза сосудов, также секретируется фагоцитами в процессе иммунного ответа в качестве одного из свободных радикалов и его повышение является маркером воспаления. Эндогенный угарный газ (CO) – также, одна из важных эндогенных сигнальных молекул, модулирует функции ЦНС и сердечно-сосудистой системы, ингибирует агрегацию тромбоцитов и их адгезию к стенкам сосудов. Углекислый газ является одним из важнейших медиаторов ауторегуляции кровотока, также он оказывает влияние на деятельность иммунной системы.

В результате проведенных исследований у молодых здоровых женщин были выделены различные штаммы лактобацилл. Среди выделяемых лактобациллами газовых молекул



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

преобладали: CO<sub>2</sub>, CO и NO. Учитывая важную роль, которые играют данные газообразные вещества в организме, в том числе влияние на деятельность ЦНС, работу иммунной системы, данный вопрос требует дальнейшего изучения.

*Данная статья посвящена исследованию микробиома влагалища здоровых женщин Тверского региона, а также изучению спектра выделяемых ими газовых сигнальных молекул.*

*This article is devoted to the study of vaginal microbiome of healthy women in Tver region, as well as to the study of the spectrum of gas signal molecules released by them.*

## ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Дубовая Е.Г., Онищенко Е.Ф.

г. Санкт-Петербург

Нормативно-правовая база по вопросам качества медицинской помощи (МП) в России (РФ) включает: Конституцию РФ, ряд Федеральных Законов, Законы субъектов РФ, Приказы Минздрава и Минздравсоцразвития РФ разных лет о системе контроля качества МП – это несколько десятков правовых и ведомственных документов, да еще ряд методических рекомендаций. Таким образом, мы видим значительное количество правил, более или менее обязательных для исполнения, и можно полагать, что система контроля качества МП создана. Однако, сотрудники медицинских организаций, в чьи непосредственные обязанности входит экспертиза качества МП – а это сегодня отдельный лицензируемый вид медицинской деятельности – находятся в достаточно затруднительном положении. Сегодня идет речь о новой модели системы обеспечения качества, под которой понимают контроль с целью улучшения. Названная система включает в себя определение причин ошибок и роли системы, приоритет доказательной медицины, знание о нуждах потребителей, знание работы системы, внимание к результатам индивидуального лечения и мнению пациентов, переосмысление роли больного в исцелении, а также обеспечение качества через интенсивное развитие отрасли и мотивацию медицинских работников.

В РФ используются заимствованные из зарубежных источников характеристики качества МП: результативность, эффективность, оптимальность, приемлемость, законность, справедливость, беспристрастность. Кроме того, сегодня обсуждаются правовые для РФ характеристики качества МП: адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, действенность, безопасность, своевременность, способность удовлетворять ожидания и потребности, стабильность процесса и результата.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Из официальных источников давно звучит предложение определить удовлетворенность пациента основным критерием оценки качества МП. Мы считаем, что это неверно, так как удовлетворенность складывается под влиянием множества субъективных факторов: квалификации медицинского персонала, эффективности лечения, отношения персонала к пациентам, условий оказания помощи, личных предпочтений и ожиданий, наличия современного медицинского оборудования и лекарственного обеспечения т.д. Тем не менее, ориентация на потребителя является ключевым принципом пациент-центрированного здравоохранения и современной системы управления качеством.

С развитием законодательства о защите прав потребителя появились юридические конфликты (споры) о качестве, установлены требования качества и безопасности услуг в соответствии с критерием «пригодность для целей, для которых... услуга такого рода обычно используется».

Современная конфликтология показывает, что истинной причиной конфликтов пациентов с медицинскими организациями является впечатление пациентов, что в отношении к ним нарушены этические и деонтологические нормы. С точки зрения международной медицинской этики считается, что одной из 10 основных обязанностей врачей является повышение качества МП.

Таким образом, сегодня в РФ действует большое количество нормативно-правовых актов, регулирующих управление качеством МП. Многоуровневая система менеджмента качества и безопасности позволяет использовать сочетание внутренней и внешней экспертизы качества. Каждая организация выбирает оптимальное для себя соотношение внешнего и внутреннего аудита. Можно использовать актуальную систему международных стандартов ISO, российские ГОСТ и другие, в сочетании с внутренними системами контроля качества. Для пациентов существенным достоинством клиники является доступная и наглядная информация о применяемой системе мониторинга качества.

*В Российской Федерации действует большое количество нормативно-правовых актов, регулирующих управление качеством медицинской помощи. Многоуровневая система менеджмента качества и безопасности позволяет использовать сочетание внутренней и внешней экспертизы качества. Каждая организация выбирает оптимальное для себя соотношение внешнего и внутреннего аудита.*

*In the Russian Federation there are a large number of legal acts regulating the management of the quality of medical care. A multi-level quality and safety management system allows the use of a combination of internal and external quality expertise. Each organization chooses the optimal ratio of external and internal audit.*



## **ЛЕПТИН, КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ СПКЯ**

Елгина С.И., Беглова А.Ю.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Кемерово*

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является распространенным заболеванием в эндокринологии и гинекологии, и его частота составляет от 6,0 до 20,0 %.

В связи с изучением роли метаболического синдрома в патогенезе СПКЯ, становится актуальным изучение уровня лептина.

Целью исследования явилось изучить уровень лептина у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ в сравнении со здоровыми.

Ретроспективно проанализированы истории болезни 200 женщин, находившиеся на амбулаторном наблюдении в ГАУЗ КО «КП № 5» г. Кемерово. I группу составили – 100 женщин репродуктивного возраста с СПКЯ. II группу – 100 женщин репродуктивного возраста без СПКЯ.

В результате обследования метаболический синдром диагностирован у 38 (38,0 %) женщин раннего репродуктивного возраста с СПКЯ, в то время как у здоровых только у 25 (25,0 %), ( $p=0,102$ ). Содержание лептина в сыворотке крови женщин с СПКЯ составило 13,85 нг/мл [4,15–17,6], что достоверно не отличалось от здоровых женщин – 8,9 нг/мл [5,5 – 18,4], ( $p=0,732$ ). Однако у женщин с проявлениями метаболического синдрома с СПКЯ и здоровых, лептин был выше. Так у женщин с СПКЯ и здоровых с избытком массы тела уровень лептин соответствовал 16,7 нг/мл [15,6 – 18,8] и 19,3 нг/мл [17,4 – 22,8], ( $p=0,045$ ), ожирением – 31,7 нг/мл [21,6 – 38,6] и 27,3 нг/мл [20,1 – 32,1], ( $p=0,604$ ). Повышение его уровня коррелировало с увеличением ИМТ ( $p=0,001$ ).

При изучении наличия метаболического синдрома и его влияния на основные клинические проявления СПКЯ у женщин репродуктивного возраста установлена зависимость между повышением уровня лептина и нарушением менструального цикла, бесплодием, ультразвуковыми параметрами яичников (соответственно  $p=0,001$ , ( $p=0,001$ ), ( $p=0,001$ )).

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста с СПКЯ чаще диагностировался метаболический синдром в сравнении со здоровыми. Основное значение в формировании метаболических нарушений имеют избыточная масса тела и ожирение. Повышение уровня лептина усугубляет метаболические нарушения, приводит к нарушению овуля-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ции и фертильности. Полученные результаты демонстрируют необходимость включения определения уровня лептина в качестве дополнительного вспомогательного диагностического критерия метаболического синдрома у женщин с СПКЯ.

*Повышение уровня лептина усугубляет метаболические нарушения у женщин с СПКЯ, приводит к нарушению овуляции и фертильности. Полученные результаты демонстрируют необходимость включения определения уровня лептина в качестве дополнительного вспомогательного диагностического критерия метаболического синдрома у женщин с СПКЯ.*

*Increased leptin levels exacerbate metabolic disorders in women with PCOS, leading to ovulation and fertility disorders. The results demonstrate the need to include the determination of leptin level as an additional auxiliary diagnostic criterion of metabolic syndrome in women with PCOS.*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ

Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Путнина А.И., Трубаева Д.С.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

Внутриматочные синехии в 61,5% случаев являются причинами бесплодия и в 14% обнаруживаются при привычном невынашивании беременности. Лечение ВМС требует комплексного подхода, включающего рассечение спаек и профилактику их рецидива.

Профилактика рецидива спайкообразования после внутриматочного адгезиолизиса с использованием комбинации введения противовоспалительного барьера и преформированных факторов воздействия.

Обследовано 48 пациенток репродуктивного возраста ( $32,9 \pm 4,3$  года) с внутриматочными синехиями, разделенные на 2 группы: основную – 28 и сравнения – 20 больных. На 7–10 день менструального цикла им выполнялась гистероскопия. По классификации внутриматочных синехий Nasr AL (2000 г), легкая степень встречалась у 32 (66,1%), средняя у 14 (29,7%), тяжелая у 2 (4,2%) обследованных. Гистероскопия сопровождалась адгезиолизисом и введением в полость матки биодеградируемого геля Антиадгезин® 5 г. Введение барьера повторялось на 7-е сутки. В основной группе с 3-х суток после рассечения спаек с противовоспалительной, ранозаживляющей и биостимулирующей целью применялся



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

влагалищный фотофорез бальнеологического средства «Эльтон-гель» (ТУ 13–01-03–44-98) низкоинтенсивным лазерным излучением аппаратом КАП-ЭЛМ-01 «Андрогин» ежедневно по 15 мин в течение 5 дней. Оценка характера менструальной функции и наличие признаков спаечного процесса по данным гидросонографии проводилась через 3 и 6 месяцев после лечения. Статистическая обработка выполнялась программным пакетом «EXCEL 10.0.».

Через 3 месяца после адгезиолизиса у пациенток группы сравнения на 5-й день менструального цикла толщина М-эхо была  $3 \pm 0,6$  мм ( $p < 0,05$ ), а на 20-й день цикла  $-7 \pm 1,3$  мм ( $p < 0,05$ ). В основной группе М-эхо составило  $5 \pm 1,4$  мм ( $p < 0,05$ ), на 20-й день цикла – до  $10 \pm 1,8$  мм ( $p < 0,05$ ). УЗ-признаки спаечного процесса полости матки были выявлены у 5 (25%) пациенток группы сравнения, подтвердившиеся гидросонографией. В основной группе синехий не обнаружено. Через 6 месяцев после лечения у 26 (92,9%) пациенток основной группы отмечался регулярный менструальный цикл с правильной пофазной трансформацией эндометрия. У 2 (7,1%) отмечен рецидив синехий, которые легко разрушались при офисной гистероскопии. В группе сравнения рецидив сращений отмечен у 5 (25 %) больных ( $p < 0,05$ ), а у одной возникла аменорея и при офисной гистероскопии обнаружена «туннелированная» матка. Беременность в естественном цикле наступила у 19 (39,5%) обследованных основной группы и у 5 (25%) женщин группы сравнения.

**Заключение:** Введение противоспаечного барьера Антиадгезин® в полость матки после гистерорезектоскопии в сочетании с фотофорезом бальнеологического средства «Эльтон-гель» способствовало нормализации менструального цикла и правильной гравидарной трансформации эндометрия, что уменьшает риск формирования клеток соединительной ткани на раневой поверхности, активизирует регенерацию эндометрия и является оправданным способом профилактики образования внутриматочных синехий.

*Внутриматочные синехии, сопровождаются атрофией эндометрия и приводят к бесплодию. Применение комплексного воздействия барьерного геля и преформированных факторов способствует профилактике образования внутриматочных спаек*

*Abstract: Intrauterine synechia accompanied by endometrial atrophy and lead to infertility. The complex usage of barrier gel and preformed factors helps to prevent the formation of intrauterine synechiae.*

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ КАК ФАКТОР РЕАЛИЗАЦИИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., Федоренко С.В.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Преждевременные роды являются актуальной проблемой современного акушерства, частота которых составляет от 5 до 12%. Рост числа преждевременных родов за последние годы происходит за счет поздних преждевременных родов (ППР) в сроках 34 – 36 недель и 6 дней, на долю которых приходится более 50% всех преждевременных родов.

Выявление морфофункциональных особенностей в плаценте при поздних преждевременных родах.

Проведено обследование 60 беременных репродуктивного возраста с поздними преждевременными родами (группа номер 1 – основная). Группу сравнения номер 2 составили 30 пациенток со своевременными родами. В обеих группах изучали акушерско-гинекологический анамнез, наличие экстрагенитальных заболеваний, особенности течения беременности, родов, послеродового периода и раннего неонатального периода. Проводился сравнительный анализ морфофункционального состояния плацент с учетом этих сведений. Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием параметрических и не параметрических критериев (Т-критерий Стьюдента, U- критерий Манна-Уитни), для оценки взаимосвязей применялся коэффициент корреляции Спирмена (r). Различия считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

В основной группе только 36% пациенток родоразрешились через естественные родовые пути, 63% путем операции кесарева сечения. Основными показаниями к оперативному родоразрешению явились прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность – 32%, рубец на матке после операции кесарева сечения – 25%, неправильные положения плода – 13%, аномалии сократительной деятельности матки – 18%, экстрагенитальная патология матери – 12%. Морфометрические показатели плацент при ППР оказались достоверно ниже, чем при родах в срок: масса – в 1,2, диаметр – в 1,3 и толщина плацент – в 1,5 раза. Низкий показатель плодово-плацентарного коэффициента в основной группе равен 0,1 и свидетельствующий о гипоплазии плаценты, достоверно отличался от показателя в группе сравнения, равного 0,15 ( $p < 0,001$ ). Проведенное исследование последов при поздних преждевременных родах выявило патологические изменения, являющиеся морфологическими критериями хронической плацентарной недостаточности. Это проявлялось в виде компенсаторного роста промежуточных недифференцированных ворсин, диссоциированного созревания ворсин, инвалютивно-дистрофических изменений, наличия хаотичных склерозированных ворсин, кальцификатов, фибриноида и отсутствия компенсаторно-приспособительных реакций. Перенесенные ранее воспалительные заболевания нижних отделов половой системы (вагиниты) и мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит, бессимптомная бактериурия) приводят к развитию в ткани плаценты мембранита ( $r_1 = 0,42$  и  $r_2 = 0,31$  соответственно,  $p < 0,05$ ) и васкулита ( $r_1 = 0,45$  и  $r_2 = 0,35$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Таким образом, инфекция оказывает агрессивное влияние на структуру плаценты, которая попадает в полость матки восходящим путем.

У пациенток с поздними преждевременными родами выявлены морфоструктурные изменения в плацентарной ткани, являющиеся проявлением инвалютивно-дистрофиче-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ских и воспалительных процессов, которые могут обусловить досрочное прерывание беременности. Таким образом, профилактикой поздних преждевременных родов может явиться санация урогенитального тракта в прегравидарный период при наличии признаков инфекции.

*Результаты проведенного исследования свидетельствуют о важной роли патоморфологических изменений в плаценте, приводящие к поздним преждевременным родам*

*The study results revealed the important role of pathomorphological changes in the placenta causing the late preterm labor.*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКОУРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Жаркин Н.А.<sup>1</sup>, Стаценко М.Е.<sup>1</sup>, Стажарова М.М.<sup>2</sup>, Бурова Н.А.<sup>1</sup>, Прохватилов С.А.<sup>2</sup>, Шевцова Е.П.<sup>1</sup>.

*ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
Волгоградская областная клиническая больница №1<sup>2</sup>  
г. Волгоград*

Тромботическая микроангиопатия (ТМА) – группа заболеваний, сопровождающаяся гемолизом, геморрагическим синдромом и острым повреждением почек. Среди ТМА атипичный гемолитикоуремический синдром (аГУС) представляет собой наиболее сложное в диагностическом, лечебном и прогностическом плане заболевание.

Демонстрация ближайших и отдаленных результатов лечения аГУС у беременной после преждевременной отслойки плаценты с благоприятным исходом для матери и ребенка.

Пациентка 32-х лет, повторнобеременная, первородящая. До беременности заболеваний не было. В 2015 году первая беременность закончилась медицинским абортom по желанию. Вторая беременность наступила в 2016 году и до 33-х недель протекала благоприятно. Исходные лабораторные показатели крови и мочи были в норме: гемоглобин 132 г/л, тромбоциты 214x10<sup>9</sup>. В общем анализе мочи белок не обнаружен, мочевого осадок пустой.

В сроке 33 недели произошла частичная отслойка нормально расположенной плаценты с наружным кровотечением около 200 мл. В связи с этим в экстренном порядке выполнено кесарево сечение. Извлечена девочка массой 1440 г., ростом 40 см. с оценкой



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

по шкале Апгар 4 и 6 баллов. Общий объем кровопотери составил 1250 мл. В конце операции гемоглобин составил 78 г/л, тромбоциты  $170 \times 10^9$ .

С первых часов послеоперационный период осложнился развитием анурии, появлением и быстрым нарастанием азотемии, что позволило выставить диагноз острого повреждения почек. Пациентка получала инфузии кристаллоидов, свежезамороженной плазмы, стимуляцию диуреза фуросемидом.

На следующий день отмечена отрицательная динамика. Отмечалось ухудшение общего состояния, прогрессирование анемии ( $Hb = 68$  г/л), снижение тромбоцитов до  $150 \times 10^9$ , нарастание креатинина крови до 342 мкмоль/л, появление единичных шизоцитов. Анурия сохранялась. По данным УЗИ подчеркнута корково-медуллярная дифференцировка, при ЦДК васкуляризация просматривается до уровня дуговых сосудов. К лечению добавлена трансфузия отмытых эритроцитов, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Учитывая быстро нарастающую анемию в отсутствие кровотечения с признаками микроангиопатического гемолиза, тромбоцитопению, острое повреждение почек, была заподозрена ТМА, а именно атипичный гемолитико-уремический синдром. С целью верификации диагноза проведено исследование на ADAMTS-13, уровень которого составил 40% (референсные значения 93–113%), что позволило окончательно диагностировать аГУС. Начата заместительная почечная терапия в виде сеансов продленной вено-венозной гемодиализации и лечение свежезамороженной плазмой без особого эффекта. Появился кожный геморрагический синдром с массивной геморрагической сыпью на туловище и конечностях. Нарастали отеки лица и нижних конечностей. Имела место стойкая гипертония до 200/130 мм рт. ст.

На 5-е сутки принято решение отменить сеансы плазмообмена и начать таргетную терапию препаратом Экулизумаб (Солирис) в дозе 900 мг в\в капельно 1 раз в неделю, всего 4 введения.

Через 4 недели состояние пациентки улучшилось: регрессировали периферические и полостные отеки, купирован геморрагический синдром, разрешилось острое повреждение почек, диурез восстановился после 2-й инфузии Экулизумаба на 17-е сутки анурического периода. АД снизилось до 140/90 мм рт. ст. В лабораторных тестах отмечалось уменьшение анемии ( $Hb = 109$  г/л), купированы признаки микроангиопатического гемолиза – число тромбоцитов повысилось до  $180 \times 10^9$ , ЛДГ снизилось до 341 ЕД/л, значительно улучшились показатели азотистого обмена, креатинин сыворотки крови снизился до 219 мкмоль/л. Через год на УЗИ выявлены формирующегося нефросклероза.

Последующее наблюдение в течение 2-х лет показало, что, несмотря на полную гематологическую ремиссию аГУС, проводимую нефропротективную терапию, у пациентки сохраняются признаки почечной недостаточности. Сформировалась хроническая болезнь почек. Развивается сморщивание почек, что определяет неблагоприятный прогноз для пациентки.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Представлен клинический случай тяжелого атипичного гемолитикоуремического синдрома у беременной после преждевременной отслойки плаценты. Патогенетическая терапия экулизумабом, подавляющим терминальную активность компонента, обеспечила клиническое выздоровление. Однако острое повреждение почек, имевшее место в острой стадии болезни, с течением времени привело к нефро-склерозу.*

*Case report of severe atypical hemolytic uremic syndrome in pregnant patient after placenta abruption is presented. Pathogenetic therapy by eculisumab had effect. However the acute renal failure in that moment, over time led to nephrosclerosis.*

## РОЛЬ ВИТАМИНА К В РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Загайнова В.А.<sup>1</sup>, Беспалова О.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО СПбГУ,

<sup>2</sup> ФГБНУ «НИИ АГур им. Д.О. Отта»

г. Санкт-Петербург

По данным литературы, 70–80% беременностей протекают на фоне гиповитаминозов, способствующих развитию акушерских осложнений и формированию патологии плода. Установлена важная роль витамина К (VK) в регуляции функций репродуктивной системы, в связи с чем актуальными являются исследования показателей его уровней в органах и тканях.

Проанализированы данные литературы о влиянии уровней VK на фертильность женщины, на основании отечественных и зарубежных статей, представленных в базах данных PubMed, Medline, eLibrary за период 1972–2019 гг. Изучено 230 источников по данной теме, 52 из которых легли в основу обзора.

VK– группа производных нафтохинона, имеющих два природных метаболита- VK1 (филлохинон) и VK2 (менахинон), в основном поступающих из пищи, имеющих разную длину боковой цепи, и синтетический аналог-VK3 (менадинон), вводимый экзогенно. VK является коферментом для VK-зависимой  $\gamma$ -глутаматкарбоксилазы, осуществляющей посттрансляционное карбоксилирование остатков глутаминовой кислоты некоторых белков, что необходимо для их активации. В ходе реакции образуется эпоксид VK, восстанавливающийся в гидроксивитамин с помощью VK-эпоксидредуктазы и хинон-оксидоредуктаз (NQO1 и NQO2), что составляет цикл VK. При дефиците VK, происходит неполное карбоксилирование белков, нарушается их функция, способствуя развитию ряда патологических состояний. Экспрессия VK-зависимых белков, ферментов цикла выявлена в тканях



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

репродуктивных органов, исследования на животных доказали влияние VK на эмбриогенез. У мужчин выделен VK-зависимый сократительный белок хвостика сперматозоида.

В исследованиях на животных показано, что ингибирование фермента NQO2 у мышей защищает ооцит от окислительного стресса, потенцируя его созревание и развитие. Фермент UBIAD1 (пренилтрансферазный домен-содержащий белок-1) признан необходимым в эмбриогенезе путем синтеза VK2: мышинные эмбрионы, лишённые Ubiad1, имеют остановку гастрюляции, однако продолжительность их жизни увеличивается введением VK2. Добавление VK2 к среде культивируемых эмбрионов увеличивает процент эмбрионов, достигших стадии бластоцисты, повышает их качество за счёт увеличения содержания зрелых митохондрий и их активности, снижает производство реактивных форм кислорода, улучшает экспрессию эмбриональных генов. У человека в тканях плаценты обнаружена микросомальная карбоксилирующая и эпоксилирующая система VK. Установлено наличие плацентарного барьера, формирующего высокий градиент концентраций VK в крови беременной женщины и плода, в результате чего у новорождённых может развиться дефицит VK, приводящий к геморрагическим осложнениям. Также, при изучении VK-зависимых белков, выявлено, что Gas-6 (Growth arrest-specific protein-6) участвует в адаптации плода к плацентарной недостаточности, снижении некоторых провоспалительных маркеров.

Кроме того, обнаружено, что VK-зависимый белок периостин влияет на имплантацию, течение и исход беременности, рассматривается как маркер восприимчивости эндометрия, качества эмбрионов, исходов программ ВРТ.

Также представлены данные о подавлении сократимости миометрия матки мыши при добавлении в среду VK3 [X.Zhang,2016].

*Таким образом, изложены данные о различных эффектах VK на эмбриогенез, окислительный стресс, воспаление, сократимость миометрия. Показана связь между VK-зависимыми белками и исходами беременности.*

*Based on literature data, analysis of vitamin K effect on the female reproductive system confirms the following: content and function of VK in placenta, effect of VK on embryogenesis, quality of embryos, oxidative stress, inflammation; there is revealed a link between VK-dependent proteins and pregnancy outcomes.*



## **АНТИРЕЗОРБТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ**

Зайдиева Я.З., Карева Е.Н., Кручинина Е.В., Горенкова О.С., Полякова Е.Ю.

*ГБУЗ МО МОНИИАГ*

*г. Москва*

В климатогеографических условиях Российской Федерации невозможно компенсировать дефицит витамина D без соответствующей диеты и приема лекарственных средств. Использование препаратов витамина D способствуют повышению нервно-мышечной, нейропротекторной функций, влияют на метаболизм костной ткани, которые могут объяснить механизм роли витамина D в снижении падений и переломов.

Влияние МГТ в сочетании с препаратами кальция и витамином D на МПКТ у пациенток с хирургической менопаузой, проживающих в Московской области.

Оценка состояния МПКТ проведена в отделе скелета L1-L4 и в шейке бедра на аппарате ДРА (QDR APEX 20 модель Discoveri A, «Hologic»). Также определены уровни экспрессии рецепторов к витамину D в мононуклеарной фракции крови (МНФ) и уровни витамина D в крови.

Обследовано 100 пациенток 40–55 ( $48 \pm 1$ , 2) лет. Длительность хирургической менопаузы 1–6 лет. На основании данных ДРА пациентки разделены на две группы: 1 группа – 58 пациенток с остеопеническим синдромом (остеопения – 49% и остеопороз – 9%); 2 группа – 42 женщины с нормальными показателями МПКТ. В 1 группе выявлено снижение МПКТ в позвоночнике (L1-L4 Т-критерий  $-2,3 \pm 0,2$  SD), в шейке бедра (Т-критерий  $-1,2 \pm 0,3$  SD). В группе контроля – нормальные показатели МПКТ (L1-L4 Т-критерий  $1,6 \pm 0,3$  SD), в шейке бедра (Т-критерий  $1,3 \pm 0,2$  SD). В анамнезе у 14 пациенток 1 группы были переломы. У 92% женщин 1 гр. отмечено недостаточное потребление кальция по сравнению с 2 гр. (21%). Экспрессия рецепторов к витамину D в МНФ крови у пациенток с остеопеническим синдромом оказалась ниже по сравнению с 2 гр. (5,73 ОЕ и 9,6 ОЕ соответственно,  $p < 0,05$ ). Уровень Витамина D у женщин с остеопеническим синдромом был достоверно ниже в 1В подгруппе, по сравнению с 1А подгруппой и 2 группой. В 1 В подгруппе у 84% выявлен недостаток 25 (ОН) витамина D ( $20,31 \pm 2,28$  нг/мл при норме 30–80 нг/мл) и у 6% – дефицит ( $9,7 \pm 0,3$  нг/мл). В 1А подгруппе и 2 группе (контрольной) показатели были в норме ( $35,09 \pm 0,55$  и  $39 \pm 1,3$  нг/мл соответственно). Пациентки 1А подгруппы ( $n=26$ ) получали МГТ (17β-эстрадиол 1мг+дидрогестерон 5мг), 1В подгруппы ( $n=32$ ) МГТ в сочетании с препаратами кальция (1000мг/сут) и витамином D (1000–2000МЕ). Через 6 мес. терапии 60% пациенток 1В подгруппы достигли оптимального уровня витамина D в крови ( $37,9 \pm 2,28$  нг/мл), а к 12 мес. все имели нормальные показатели ( $40,1 \pm 0,3$  нг/мл). В 1А подгруппе у 65% паци-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

енток оставались нормальные значения витамина D через 6 мес., у остальных – нижние границы нормы, через 12 мес. – показатели соответствовали рефересным значениям. Через год на фоне комбинированной терапии по данным ДРА установлен прирост МПКТ в позвоночнике на 4,4%. В течение года терапии не отмечено падений, переломов, частота их снижена с 24,5 до 0%

Жительницы Московской области с хирургической менопаузой и остеопеническим синдромом имеют дефицит или недостаток витамина D в крови, в связи с чем этим женщинам рекомендуется назначение МГТ в сочетании с препаратами кальция и витамина D, оказывающей антирезорбтивный эффект.

*Низкий уровень витамина D ассоциирован с высоким риском общей смертности, сердечно –сосудистых, онкологических заболеваний, метаболического и остеопенического синдрома. Пациентки с хирургической менопаузой, относятся к группе риска по возникновению остеопенического синдрома. Применение МГТ в комбинации с препаратами кальция и витамином D способствует приросту МПКТ.*

*A low level of vitamin D is associated with a high risk of total mortality, cardiovascular, oncological diseases, metabolic and osteopenic syndrome. Patients with surgical menopause are at risk for osteopenic syndrome. The use of MHT in combination with calcium preparations and vitamin D contributes to the growth of BMD.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Зайдиева Я.З., Кручинина Е.В., Горенкова О.С., Полякова Е.Ю., Будыкина Т.С., Глазкова А.В.

ГБУЗ МО МОНИИАГ

г. Москва

В настоящее время остеопороз, занимает 4 место среди всех заболеваний, считается болезнью 21 века, «безмолвной эпидемией», характеризующейся прогрессирующим снижением минеральной плотности костной ткани, приводящего к увеличению риска переломов при минимально травме и даже без таковой. Эти группы населения требуют своевременного применения профилактических и лечебных мероприятий.

Оценка состояния МПКТ и маркеров костного метаболизма у пациенток с хирургической менопаузой, проживающих в Московской области.

Оценка состояния МПКТ в поясничном отделе L1-L4 и в шейке бедра (ДРА серия QDR APEx 20 модель Discoveri A, «Hologic»), а также определение уровней остеокальцина, КЩФ



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

в крови и ДПИД мочи проведена у 100 пациенток.

Обследовано 100 пациенток 40–55 ( $48 \pm 1, 2$ ) лет с длительностью хирургической менопаузы 1–6 лет. На основании данных ДРА все пациенты разделены на две группы: 1 группа – 58 (58%) пациенток с остеопеническим синдромом (остеопения -49% и остеопороз - 9 %); 2 группа – 42 женщины с нормальными показателями МПКТ. При сравнительной оценке МПКТ в 1 группе выявлены изменения соответствующие остеопеническому синдрому в позвоночнике (L1-L4 Т-критерий  $-2,3 \pm 0,2$  SD), в шейке бедра (Т-критерий  $-1,2 \pm 0,3$  SD) по сравнению с группой контроля (L1-L4 Т-критерий  $1,6 \pm 0,3$  SD), в шейке бедра (Т-критерий  $-1,3 \pm 0,2$  SD). У 14 пациенток 1 группы остеопенический синдром был ассоциирован с низкоэнергетическими переломами в анамнезе. Пациентки 1 группы разделены на подгруппы: 1А подгр. (n=26) получала МГТ (17 $\beta$ -эстрадиол 1мг+дидрогестерон 5мг), 1В подгр. (n=32) – МГТ в сочетании с препаратами кальция (1000мг/сут) и витамином Д (2000UI). При определении маркеров костного ремоделирования выявлено повышение уровня остеокальцина (11,52 и 9,72 Ед/л соответственно) и снижение КЩФ в основной группе статистически по сравнению с группой контроля (28,4 и 32,2 Ед/ соответственно). До начала лечения в основной группе определялся достоверно высокий уровень ДПИД в моче по сравнению с группой контроля (7,5 и 4,9 нмоль/л соответственно). На фоне 1 года терапии установлена положительная динамика маркеров ремоделирования костной ткани относительно исходного уровня, которая была более выражена в группе пациенток получавших МГТ в сочетании с препаратами кальция и витамина Д (остеокальцин – 6,9 Ед/л, КЩФ – 23,1 нмоль/л). Положительная динамика через 12 мес., проявившаяся в снижении уровня ДПИД в моче наблюдалась на фоне комбинированной терапии (5,1 нмоль/л). Через год от начала терапии по данным ДРА в обеих подгруппах установлен прирост МПКТ. Эффективность была выше на фоне комбинированной терапии: 4,4% в позвоночнике и 3,9% в шейке бедра.

Результаты исследования позволили пациенток с хирургической менопаузой, проживающих в Московской области, отнести к группе риска по возникновению остеопенического синдрома. Пациенткам с хирургической менопаузой для лечения остеопенического синдрома предпочтение следует отдавать комбинации МГТ с препаратами кальция и витамином Д.

*Пациентки с хирургической менопаузой относятся к группе риска по развитию остеопенического синдрома. Применение МГТ в комбинации с препаратами кальция и витамином Д способствует большему приросту МПКТ по сравнению с монотерапией МГТ.*

*Patients with surgical menopause are at risk for osteopenic syndrome. The use of MHT in combination with calcium supplements and vitamin D as compared to monotherapy with MHT contributes to an increase in BMD.*



## **ЛАЗЕРНАЯ КОНВЕРСИОННАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ В МОНИТОРИНГЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

Зуев В.М., Пиманчева Ю.И., Осипова А.Д., Ищенко А.И., Александров М.Т., Джибладзе Т.А.

*Первый Московский медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),  
Лечебно-реабилитационный центр МЗ РФ  
г. Москва*

Патология эндометрия в любом возрасте приводят к бесплодию и повышают риск развития рака эндометрия.

Объективные методы диагностики эндометрия – гистероскопия, биопсия и выскабливание инвазивны и травматичны. В последние годы разработаны методы лазерной флуоресцентной и конверсионной диагностики. Метод основан на спектральном анализе тканей.

Повысить эффективность диагностики патологических процессов эндометрия у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста на основе лазерной конверсионной экспресс-диагностики.

Проведено обследование и лечение 88 пациенток в возрасте 30–47 лет и 50 женщин в возрасте 48–55 лет. Женщины I группы были с первичным и вторичным бесплодием и различными формами гиперплазии эндометрия и в сочетании с хроническим эндометритом. Все женщины проходили плановое обследование перед программой ЭКО и ПЭ. Женщины II группы проходили диспансерное обследование.

Бактериологические и ПЦР, цитологическое, иммуногистохимическое исследование (ИГХ), УЗИ и доплерометрия, минигистероскопия, биопсия эндометрия, отдельный кюретаж эндоцервикса и эндометрия, гистологическое исследование. Центральным методом исследования была лазерная конверсионная диагностика.

Флуоресценция нормального эндометрия составила  $1.5 \pm 0,2$  относительных единиц (ОЕ), при морфологических нарушениях, характерных для хронического эндометрита. Индекс аэробности у женщин с хроническим эндометритом до лечения составил  $0,92 \pm 0,3$  ОЕ, после –  $1,58 \pm 0,1$  ОЕ. Индекс пролиферации был снижен и составлял  $1,96 \pm 0,3$ , что соответствовало 5–6 дню менструального цикла при исследовании на 22–24 день цикла. Микроциркуляция поверхностных слоев эндометрия была снижена на 30–80% во всех отделах.

Проявления гиперплазии эндометрия характеризовались увеличением интенсивности



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

сигнала флюоресценции до 10 раз в различных ее отделах, сдвигом сигнала пика флюоресценции на 5–10 нм вправо, нарушением спектральной структурированности.

Это свидетельствовало о высокой пролиферативной активности клеток эпителия. При этом показатели аэробности и микроциркуляции в эндометрии были снижены во всех отделах матки на 25–65%.

Выявлены следующие особенности спектров раковой и интактной ткани на препаратах: Форма люминесценции: норма – «двугорбость», рак – «одногорбость»/куполообразная форма. В здоровой ткани пики люминесценции постоянны – пик на 565 нм и пик на 595 нм, полуширина «горбов» имела определенную величину.

Форма люминесценции в зоне опухолевой ткани имела вид «двугорбой». Различные пики, ширина, форма одногорбой люминесценции указывают на факторы, влияющих на развитие опухоли – возраст опухоли, характер развития, скорость распространения и т.д.

У женщин I группы были диагностированы: хронический эндометрит у 68 (77,3%), фиброз эндометрия – у 11 (12,5%), гиперплазия эндометрия у 9 (10,2%), полипы эндометрия у 18 (20,5%), дисфункция эндометрия у 33 (44,3%). Во II группе: гиперплазия эндометрия – у 12 (24%), хронический эндометрит у 14 (16%). Инволюционные и дистрофические изменения у 41 (82%), полип эндометрия у 2 (4%).

Лазерная экспресс-диагностика является эффективным не инвазивным методом мгновенной диагностики патологии эндометрия в мониторинге здоровья у женщин в различные возрастные периоды.

*Проведены экспериментально-клинические исследования по реализации экспресс-диагностики морфо-функционального состояния эндометрия у женщин в репродуктивном периоде и перименопаузе. Выявлены возрастные особенности структурно-функционального состояния эндометрия у женщин в этих возрастных периодах. Разработанная медицинская диагностическая технология подтвердила свою клиническую эффективность в экспресс-диагностике в условиях диспансерного наблюдения женщин в репродуктивном периоде и перименопаузе.*

*The article presents the experimental and clinical justification of using laser fluorescent diagnostic technologies as a test system for evaluating the endometrium activity in reproductive and perimenopause age in women. The experimental and clinical data showed the specific spectral features of endometrium and cancer that could be used for express non invasive wide spread clinical evaluation of female population.*



## **ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ**

Идрисова М.А., Эседова А.Э.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
г. Махачкала*

У женщин в постменопаузе выявляются изменения метаболических параметров, такие как увеличение массы тела, нарушение липидного, углеводного обмена, а также эндотелиальная дисфункция, в развитии которых определенную роль может играть дефицит половых гормонов при наступлении климактерия.

Изучить менопаузальные расстройства у женщин, страдающих ожирением.

Обследовано 165 женщин в менопаузе: основная группа – 87 пациенток с ожирением, группа контроля – 78 женщин без ожирения. В работе использовали такие методы исследования, как антропометрический, гинекологический, биохимический, иммуноферментный, цитологический. С помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ) – индекса Куппермана в модификации Е.В. Уваровой оценивали тяжесть климактерических расстройств.

Из 165 пациенток 69 (42%) страдали ожирением ( $ИМТ \geq 30$  кг/м<sup>2</sup>), 18 (11%) женщин имели избыточную массу тела ( $ИМТ 25,0–29,9$  кг/м<sup>2</sup>) и у 78 (47%) женщин  $ИМТ$  был ниже 25,0 кг/м<sup>2</sup>.

Оценка степени тяжести менопаузального синдрома (МС) по данным ММИ выявила, что у женщин, страдающих ожирением, преобладали тяжелая у 24 (27,5%) и среднетяжелая у 39 (44,5%) лиц степени тяжести МС, тогда как у пациенток контрольной группы такие формы встречались в 1,5–2 раза реже (11 (14,2%) и 28 (36,2%), соответственно).

При более глубоком анализе всего симптомокомплекса МС, тяжелая и среднетяжелая формы нейровегетативных проявлений в отличие от здоровых женщин в 2 раза чаще встречались у пациенток с ожирением (в 7,8% и 4,5%, 21,5% и 12,3% соответственно). Тяжелые формы психо-эмоциональных проявлений наблюдались в 2,6 раз чаще также у лиц с ожирением (23,1%).

Таким образом, степень выраженности МС зависит от ожирения и протекает в более тяжелых формах. Полученные нами данные показали, что на фоне ожирения МС имеет склонность к затяжному течению с преобладанием тяжелых и среднетяжелых форм.

Таким образом, анализ показал, что в основной и контрольной группах такие симптомы как головная боль (56,51% и 47,3%, соответственно), снижение работоспособности (76,62% и 59,2%, соответственно) и памяти (56,5% и 42,7%, соответственно), дерматопатия (62,58%



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

и 56,4%, соответственно) с одинаковой частотой встречались в обеих группах. Пациенток с ожирением в два раза чаще беспокоили приливы жара (67,09% и 53,2%, соответственно), потливость (79,87% и 39,3%, соответственно), повышение артериального давления (80,72% и 45,7%, соответственно), кардиалгии (64,02% и 48,2%, соответственно), урогенитальные расстройства (89,7% и 53,8%, соответственно). Естественно, что все описанные факторы в совокупности с тяжелым эмоциональным стрессом влекут за собой снижение либидо (57,9% и 41,3%, соответственно).

Таким образом, клинический анализ состояния здоровья женщин, страдающих ожирением, в менопаузе показал широкую распространенность метаболических нарушений у них. Формированию менопаузальных расстройств у данной категории женщин в условиях гормонального дефицита, характерного для данного возраста, предшествует нарушение процессов метаболической адаптации, существование которой на фоне ранее приобретенных хронических заболеваний, наследственных и социальных факторов, усугубляет течение менопаузальных расстройств и требует дальнейшего изучения, а также изучения путей коррекции данной патологии

*В исследование включено 165 женщин в постменопаузе. У женщин с ожирением преобладали тяжелая у 24 (27,5%) и среднетяжелая у 39 (44,5%) лиц степени тяжести климактерического синдрома, у пациенток контрольной группы такие формы встречались в 1,5–2 раза реже (11 (14,2%) и 28 (36,2%) соответственно). При более глубоком анализе всего симптомокомплекса климактерического синдрома, тяжелая и среднетяжелая формы нейровегетативных проявлений в отличие от здоровых женщин в 2 раза чаще встречались у пациенток с ожирением (в 7,8% и 4,5%, 21,5% и 12,3% соответственно). Тяжелые формы психо-эмоциональных проявлений наблюдались в 2,6 раз чаще также у женщин с ожирением.*

*The study included 165 women in the state of physiological postmenopausal women. It was revealed that in women with obesity the severity of climacteric syndrome prevailed in 24 (27.5%) and moderate in 39 (44.5%), in patients of the control group such forms met 1.5–2 times less often (11 (14.2%) and 28 (36.2%), respectively). With a deeper analysis of the entire symptom complex of climacteric syndrome, severe and moderate forms of neurovegetative manifestations, in contrast to healthy women, were 2 times more common in patients with obesity (in 7.8% and 4.5%, 21.5% and 12.3% respectively). Severe forms of psycho-emotional manifestations were observed 2.6 times more often also in women with obesity.*



## **ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

Идрисова М.А., Эседова А.Э.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
г. Махачкала*

С возрастом женщины могут терять до 50% губчатой и 35% компактной кости. Вместе с тем, с наступлением менопаузы более чем у 50% женщин наблюдается увеличение массы тела.

Оценить состояние костного метаболизма у женщин, страдающих ожирением, в постменопаузе.

Обследовано 165 женщин в состоянии физиологической менопаузы. Основную группу сформировали 87 пациенток с ожирением различной степени тяжести, а контрольную группу – 78 женщин без ожирения в постменопаузе. В работе использовали такие методы исследования, как антропометрический, гинекологический, биохимический, иммуноферментный, цитологический, рентгенологический и денситометрию.

Из 87 пациенток основной группы 75, страдали ожирением различной степени тяжести и 12 лиц имели избыточную массу тела. У трех женщин группы контроля из 78 выявлен дефицит массы тела. Группы значительно различались по степени выраженности увеличения объема талии. Увеличение объема талии также было выявлено и в группе контроля, что указывает на изменение композиционного состава тела у женщин в постменопаузе. Среди лиц основной группы 97% имели абдоминальный тип ожирения и только 3% – гиноидный, а среди лиц контрольной группы 12% – абдоминальный тип распределения жировой ткани и 88% – гиноидный. В основной группе большинство пациенток – 44% страдали II степенью ожирения. При оценке индекса массы жировой ткани с помощью программы «Сканирование всего тела» методом денситометрии, выявлено избыточное содержание жировой ткани в организме в 63% случаев, как у женщин с ожирением (100%), так у женщин контрольной группы (21,7%).

При оценке состояния кальций-фосфорного обмена в основной группе показатели обмена кальция ниже по сравнению с группой контроля, а показатель экскреции оксипролина с мочой обнаружил тенденцию к повышению. Уровень паратгормона и активность костно-щелочной фосфатазы также статистически отличались в сравниваемых группах. Т-критерий у женщин с ожирением соответствовал остеопении.

Таким образом, по результатам денситометрии и показателям костного метаболизма в крови выявлено, что в основной группе женщин с ожирением, 24 (27,6%) пациентки имели нормальные показатели минеральной плотности кости (МПК), у 51 (58,6%) опреде-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

лялась остеопения и у 12 (13,8%) – остеопороз. В контрольной группе у 22 (28,2%) пациенток имелись нормальные показатели МПК, у 37 (47,4%) – остеопения и у 19 (24,4%) – остеопороз.

Уровень лептина в крови у женщин основной группы значительно отличался в большую сторону ( $60,1 \pm 8,1$  нг/мл) от значений контрольной группы ( $30,6 \pm 6,3$  нг/мл) ( $p < 0,05$ ), что подтверждает его значение в развитии ожирения. Выявлена отрицательная связь между уровнем лептина и МПК в шейке бедра, проксимальном отделе бедра и позвоночнике. Отрицательная корреляция в нашем исследовании лептина с МПК проксимального отдела бедра и позвоночника дает возможность предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает существенного влияния на костные структуры, ее действие осуществляется за счет выработки жировой тканью гормона – лептина.

Как известно, концентрация кальцидиола в крови является лучшим индикатором мониторинга уровня витамина D. Нами проведена оценка уровня данного показателя и выявлено значимое снижение его в основной группе ( $54,09 \pm 7,55$  нмоль/л), относительно группы контроля ( $78,31 \pm 5,28$  нмоль/л). У пациенток со сниженной МПК выявлена положительная корреляция между T-критерием и уровнем витамина D ( $r = 0,463$ ;  $p < 0,05$ ). А также обратная зависимость витамина D с индексом массы тела у лиц с ожирением ( $r = -0,573$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, лептин и витамин D могут рассматриваться, как самостоятельные маркеры в снижении МПК и могут быть использованы в качестве дополнительных факторов риска развития остеопороза.

*Обследовано 165 женщин в состоянии менопаузы. Из 87 пациенток основной группы 75, страдали ожирением различной степени тяжести и 12 лиц имели избыточную массу тела. Выявлена отрицательная связь между уровнем лептина и МПК в шейке бедра, проксимальном отделе бедра и позвоночнике. Отрицательная корреляция в нашем исследовании лептина с МПК проксимального отдела бедра и позвоночника дает возможность предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает существенного влияния на костные структуры, ее действие осуществляется за счет выработки жировой тканью гормона – лептина.*

*Surveyed 165 women in a state of menopause. Of the 87 patients in the main group 75, were obese with varying degrees of severity and 12 individuals were overweight. A negative relationship was found between the level of leptin and BMD in the femoral neck, the proximal femur and the spine. The negative correlation in our study of leptin with the IPC of the proximal femur and spine suggests that the fat mass itself does not have a significant effect on the bone structure, its action is due to the production of the hormone fatty tissue – leptin.*



## **ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ КИССПЕТИНА 1 У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

Каткова Н.Ю., Безрукова И.М., Покусаева К.Б.

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
г. Нижний Новгород*

Несмотря на многочисленные исследования, неразвивающаяся беременность остается одной из наиболее актуальных и нерешенных проблем современного акушерства. Важным фактором формирования данной патологии является нарушение процесса имплантации. Изучение кисспептина – белка регулятора трофобластической инвазии – необходимо для углубленного понимания патогенеза неразвивающейся беременности, возможности использования его в прогнозировании и диагностике, разработке новых подходов в клинической практике.

Определение уровня экспрессии пептидного гормона кисспептина 1 у пациенток с неразвивающейся беременностью при различных вариантах невынашивания.

В исследование включены 68 пациенток с диагностированной неразвивающейся беременностью, которые в свою очередь были разделены на две группы: 1 группа – 49 женщин со спорадическим невынашиванием, 2 группа – 19 пациенток с привычным невынашиванием беременности. Группу контроля составили 24 здоровые пациентки с нормально протекающей беременностью. С помощью метода твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов компании «Cloud-Clone Corporation» (США) в точном соответствии с рекомендациями фирмы-производителя нами был исследован уровень кисспептина 1 (KISS1) в сыворотке крови беременных на сроке гестации 5–9 недель. При статистической обработке результатов использованы средняя величина (M), стандартное отклонение (SD), сравнение показателей с применением критериев Манна-Уитни, критерия  $\chi^2$ , точного критерия Фишера. Уровень значимости при  $p < 0,05$ .

Средние показатели уровня кисспептина 1 имели существенные отличия между группами. Так, в контрольной группе сывороточная концентрация KISS1 составила  $301,8 \pm 80,4$  пг/мл, что достоверно выше в сравнении с пациентками с диагностированной неразвивающейся беременностью ( $p < 0,05$ ). Особенно низкий показатель уровня KISS1 нами был выявлен в группе пациенток с привычным невынашиванием беременности, где он составил  $216,9 \pm 28,0$  пг/мл. Такое значение значимо отличало его от группы пациенток со спорадическим невынашиванием, в которой концентрация KISS1 была равна  $268,8 \pm 81,4$  пг/мл ( $p < 0,05$ ).

У всех пациенток с диагностированной неразвивающейся беременностью обнаружено снижение сывороточного уровня кисспептина 1, причем минимальные значения наблю-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

дались в группе женщин с привычным невынашиванием. Это позволяет предположить наличие более выраженных нарушений процесса инвазии трофобласта при привычной потере беременности. Определение KISS1 в сыворотке крови может стать дополнительным диагностическим маркером возможной неразвивающейся беременности.

*Настоящее исследование посвящено определению уровня экспрессии кисспептина 1 в сыворотке крови здоровых беременных женщин и пациенток с неразвивающейся беременностью при различных вариантах невынашивания. Получены данные о снижении сывороточной концентрации кисспептина 1 у всех пациенток с неразвивающейся беременностью, минимальные значения наблюдались в группе женщин с привычным невынашиванием.*

*This research is dedicated to the determination of expression levels of Kisspeptin-1 in the blood serum of some healthy pregnant women and patients with a non-developing pregnancy through different types of miscarriage. The data on the decrease in serum Kisspeptin-1 concentrations for all patients with a non-developing pregnancy were collected, minimum parameters were observed in a group of women with a recurrent miscarriage.*

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Каюпова Л.С., Кравцова Т.Г., Манасова И.К., Якупова Г.М.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК  
г. Алматы*

В связи с тенденцией к увеличению частоты встречаемости предменструального синдрома (ПМС), выявляемого у каждой третьей женщины репродуктивного возраста, представляется актуальным проведение исследований, целью которых явилось изучение медико-социальных факторов риска развития и особенностей клинического течения ПМС.

Обследованы 125 женщин репродуктивного возраста от 20 до 38 лет. У 60 % женщин репродуктивного возраста выявлены симптомы ПМС различной степени тяжести – пациентки были включены в основную группу исследования. Контрольную группу составили 20 женщин, у которых предменструальная симптоматика отсутствовала.

На основании анкетирования по алгоритму «Репродуктивное здоровье» за период 2017–2018 годы оценивали влияние предрасполагающих факторов в возникновении ПМС.

Оценивали форму и тяжесть симптомов заболевания по шкале Королевой Г.П. «Оценка формы и тяжести ПМС», по менструальному календарю (MDQ- Menstrual Distress Questionnaire).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Выявлены клинические формы ПМС: нейропсихическая, вегетососудистая, обменно-эндокринная, преобладали легкая и средняя степень.

Установлено, что 86,7% (26 женщин) из основной группы проживали в крупных городах, а в контрольной группе – жительницы сельской местности 70 % (14).

Из анамнеза 54,6 % пациенток основной группы были предрасположены к ПМС (по материнской линии), у пациенток контрольной группы такая тенденция не прослеживалась.

Оценка профессионального анамнеза позволила утверждать, что повышенные интеллектуальные нагрузки, хронические стрессовые ситуации, многочасовая работа за компьютером являются фактором риска развития предменструального синдрома и выявлен высокий риск развития ПМС у пациенток с вредной привычкой курение, 10 и более лет.

Менструальная функция обследованных соответствовала популяционной норме, но пациентки с ПМС в 78% случаев отмечали болезненные менструации с менархе. Средний возраст начала половой жизни  $17,6 \pm 0,8$  года в обеих группах, не выявлено влияние ранней сексуальной активности на возникновение ПМС.

По акушерскому анамнезу каждая третья пациентка (86,7%) из основной группы имела беременность в  $18,0 \pm 0,8$  лет, в контрольной группе – каждая 6 (3%). Обращает внимание, что первая беременность у 70% пациенток основной группы закончилась медицинским абортom, самопроизвольным выкидышем. Патологическое течение беременности и родов имело место в 55% случаев у пациенток основной группы, в 11 % послеродовой период осложнился депрессивным состоянием. В структуре гинекологических заболеваний у обследованных основной и контрольной группы ведущее место занимали воспалительные заболевания органов малого таза, не увеличивающие риск развития ПМС. При анализе оперативных вмешательств у пациенток основной группы отмечено преобладание оперативных вмешательств на придатках матки, перенесенной аппендэктомии, проведенной в предменструальные дни, что позволяет определить оперативные вмешательства как фактор развития ПМС.

К предрасполагающим факторам развития ПМС при изучении соматического анамнеза отнесены перенесенные инфекционные заболевания в пубертатном периоде, черепно-мозговые травмы. Заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем, опорно-двигательного аппарата не отличались от аналогичных данных в популяции и не являлись факторами риска развития ПМС.

На основании проведенного обследования отмечено преобладание нейро-психической формы ПМС, обменно-эндокринной формы ПМС средней степени тяжести.

Предрасполагающими факторами развития ПМС наиболее часто являются: наследственная предрасположенность, проживание в крупных промышленных центрах, высокие интеллектуальные нагрузки, стрессовые ситуации, дисменорея, ранние беременности, аборты при первой беременности, осложненное течение беременности и родов, опера-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

тивные вмешательства на внутренних половых органах, высокий инфекционный индекс, сопутствующие нейроэндокринные заболевания, табакокурение, и является обоснованием раннего прогнозирования ПМС для оптимизации медицинской помощи в целях исключения прогрессирования данного заболевания, сохранения качества жизни и социального благополучия.

*Целью исследования явилось изучение медико-социальных факторов риска и клинического течения ПМС у женщин репродуктивного возраста. Проводилось анкетирование 150 женщин репродуктивного возраста, основная группа – пациентки с ПМС, контрольная группа – пациентки не имеющие ПМС. Наиболее часто ПМС у женщин репродуктивного возраста проявляется как нейропсихическая форма с преобладанием средней степени тяжести.*

*На основании проведенного анализа можно прогнозировать, своевременно диагностировать и решить вопрос о медицинской помощи при предменструальном синдроме.*

*The contributing factors of PMS development are: hereditary predisposition, residence in the large administrative cities, stressful situations, big and long professional load, violation of a menstrual cycle on dysmenorrheal type, the first pregnancy which ended with abortions, the complicated course of pregnancy, surgeries on bodies of a small pelvis, the postponed traumatic brain injuries, the high infectious index in the pubertal period, the accompanying neuroendocrine diseases, early and long smoking.*

*The obtained data is justification for optimization of forecasting and diagnostics of PMS for timely delivery of health care for prevention of affective disorders*

## КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КАК ПРЕДИКТОР ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Квеселава С.Г., Андреева М.В., Митина А.Н.

*Волгоградский государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

Среди причин прерывания беременности во II, III триместрах значимый процент отдаётся истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) – до 43 %. На сегодняшний день разработаны методы коррекции истмико-цервикальной недостаточности, которые применяются в зависимости от степени её выраженности.

Изучить факторы риска истмико-цервикальной недостаточности и оценить исходы после её коррекции.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Обследованы 41 женщина с угрозой прерывания беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности. Были сформированы 2 группы пациенток с учётом метода коррекции. В первую группу вошли 20 (49%) женщин с коррекцией ИЦН методом наложения циркулярного шва на шейку матки, во вторую группу – 21 (51%) женщин, которым был установлен акушерский пессарий. Результаты обработаны методом вариационной статистики с использованием электронных таблиц Microsoft Excel.

Возраст всех обследованных женщин составил от 24–42 лет, средний возраст – 31, 2±4,1 года. Начали половую жизнь до 18 лет – 63 %, после 18–37 % пациенток. При анализе экстрагенитальной патологии у пациенток на первый план выступали заболевания ЛОР – органов (37%), вен нижних конечностей (15, 65%) и мочевыделительной системы (9,5%). Гинекологические заболевания в первой группе встречались у 87,5 %, во второй группе у 50 % пациенток. Следует обратить внимание на паритет беременности. Так, настоящая беременность была вторая и третья у 25%, более трёх беременностей было у 75% в первой группе. Во второй группе вторая и третья беременность была у 25%, более трёх беременностей было у 50% женщин. Предыдущие беременности закончились родами у 50% женщин первой исследуемой группы, у 76% второй группы. Установлено, что более чем половине пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью неоднократно проводили внутриматочные вмешательства по поводу аборт. При оценке осложнений течения и исходов предыдущих беременностей, установлено, что в первой группе осложнения имели 70 % пациенток, во второй группе – 40 %. Что также отягощает их акушерско-гинекологический анамнез. В первой группе истмико-цервикальная недостаточность выявлена в сроке 16±2,3 недели, во второй – в 17± 2, 1 неделю. Что свидетельствует о том, что в большинстве случаев диагноз был установлен во II триместре беременности. Анализируя данные о состоянии шейки матки, выявлено следующее: в первой группе длина шейки матки составляла 21±3,2 мм, дилатация цервикального канала – 12±2,1 мм; во второй группе длина шейки матки -22±2,3 мм, дилатация – 14±2,2 мм. Исходы настоящей беременности в первой группе были положительные у 80% пациенток, во второй группе у 67 %. Что говорит о подавляющем большинстве положительных исходов.

Каждая вторая женщина имела факторы риска по возникновению истмико-цервикальной недостаточности. Результатом коррекции стало пролонгирование беременности у подавляющего большинства пациенток до 37–40 недель.

*Изучались факторы риска истмико-цервикальной недостаточности. Оценивался исход беременности после ее коррекции.*

*Risk factors for isthmio-cervical insufficiency were studied. The outcome of pregnancy after its correction was estimated.*



## **ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ**

Кирилина Н.В., Гарданова Ж.Р.

*ФБГУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России  
г. Москва*

Все больше отечественных и зарубежных авторов указывают на необходимость тщательного изучения психического здоровья медицинских работников, профилактики и их коррекцию. Неудовлетворительно выполняются мероприятия, направленные на охрану здоровья работающих граждан. В последние 30 лет прогрессируют профессионально обусловленные нарушения психического здоровья (дезадаптивные синдромы, психическое утомление и переутомление, стрессогенные заболевания).

Изучить психоэмоциональное состояние врачей акушеров-гинекологов в зависимости от вида производственного профиля (работа в стационарном, поликлиническом и родильном отделениях) и оценить эффективность сочетанного применения методов восстановительной медицины в психокоррекции выявленных психоэмоциональных нарушений у акушеров-гинекологов.

В исследовании приняли участие 180 врачей акушеров-гинекологов, которые были разделены на три группы по 60 человек в зависимости от производственного профиля.

Для исследования использовались методы: 1) шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина; 2) шкала субъективной оценки А.Т. Бека; 3) методика САН; 4) копинг-тест Р. Лазаруса; 5) методика Т. Лири.

Для психокоррекции использовались методы: 1) дыхательные упражнения по Цигун; 2) аутогенная тренировка по И. Шульцу; 3) музыкальная терапия по С.В. Шушарджану.

Группа врачей поликлинического профиля отличается выраженными депрессивными проявлениями, высокой ситуативной тревожностью, чаще используют копинг-стратегии по типу «Конфронтация» и «Планирование решения проблем», устанавливают «Недоверчиво-скептический» и «Независимо-доминирующий» стили взаимодействий.

Группа врачей стационарного профиля отличается высокими значениями личностной тревожности, более высоким показателем «настроения», чаще используют копинг-стратегии «Дистанцирование» и «Бегство-избегание», устанавливают «Покорно-застенчивый» и «Прямолинейно-агрессивный» стили межличностных взаимоотношений.

Группа врачей родильного отделения отличается более выраженными показателями «самочувствия», «активности», «настроения», проявляют копинг-стратегии по типу «Положительная переоценка» и «Планирование решения проблем», устанавливают взаимо-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

отношения по типам «Ответственно-великодушный» и «Сотрудничающее-конвенциональный».

В коррекции психоэмоционального состояния акушеров-гинекологов стационарного профиля свою эффективность показал «средний» комплекс (сочетание дыхательных упражнений с сеансами аутотренинга), для врачей поликлинического профиля – «сильный» комплекс (сочетание дыхательных упражнений с сеансами аутотренинга и музыкотерапии), для врачей родильного профиля использование двух комплексов «средний» и «сильный» имел одинаковую эффективность.

Полученные нами результаты выявили отличия в психоэмоциональном состоянии врачей акушеров-гинекологов в зависимости от вида производственного профиля. Используемые психокоррекционные комплексы показали свою эффективность в сохранении психического здоровья врачей акушерской практики и позволили рекомендовать исследуемые немедикаментозные методы восстановительной медицины в качестве регулярной активной психопрофилактики с учётом их производственного профиля.

*Статья посвящена исследованию эффективности немедикаментозных методов восстановительной медицины в коррекции психоэмоционального состояния врачей акушерской практики в контексте сохранения психического здоровья медицинского работника. Было обследовано 180 врачей акушеров-гинекологов, разделенные на три группы в зависимости от производственного профиля (работа в стационаре, поликлинике и родильном отделении). Были применены корригирующие комплексы с использованием разных сочетаний методов: дыхательные упражнения Цигун, аутотренинг И. Шульца, музыкотерапия С.В. Шушарджана. Были выявлены наиболее эффективные комплексы в психокоррекции врачей акушерской практики.*

*The article is devoted to the study of the effectiveness of non-drug methods of restorative medicine in the correction of psycho-emotional state of obstetricians in the context of preserving mental health of a medical worker. 180 obstetricians-gynecologists were examined, divided into three groups depending on the production profile (work in the hospital, polyclinic and maternity Department). Was used corrective complexes using different combinations of techniques: breathing exercises, Qigong, auditory training I. Schulz, music therapy S.V. Sugarcane. Identified the most efficient complexes in psychotherapy doctors in obstetric practice.*



## **НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННОГО ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ. ПОКАЗАНИЯ К ИММУНОТЕРАПИИ**

Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Щеголева Л.В., Волкова Т.О.

*ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,  
г. Петрозаводск*

Цель исследования предложить новые технологии, решающие проблему раннего выявления и лечения преинвазивного РШМ на основании молекулярно-генетических, иммунологических исследований. Роль молекулярно-генетических факторов при предраке РШМ в значительной степени не исследована в современной онкологии. Нами изучены молекулярные факторы, контролирующие лимфоангиогенез (ЛА) и эпителиально-мезенхимальное превращение (ЭМП) при развитии ЦИН до инвазивного РШМ. Глубокое знание молекулярно-генетических и иммунологических процессов позволяет целенаправленно проводить различные варианты иммунотерапии в комплексном лечении цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН) и преинвазивного РШМ. Впервые исследованы экспрессионные профили генов-регуляторов ЛА (VEGF-C, VEGF-R3, PlGF, ETS1) и ЭМП (Snail, ZEB, EGFR) в образцах морфологически нормального эпителия с ВПЧ, ЦИН 1–3, преинвазивного и микроинвазивного РШМ. Уровень экспрессии генов исследован с помощью сравнительного RNAseq анализа на платформе Illumina (MiSeq). Иммунофенотипирование проводилось методом проточной цитофлуориметрии. Оценен уровень экспрессии CD95, активности каспаз (спектрофлуориметрическим методом), содержание T-reg клеток в образцах периферической крови у 285 пациенток с ДНК ВПЧ (100%). Контроль – 30 здоровых.

Показано увеличение экспрессии генов-регуляторов ЛА – VEGF-C, PlGF, ростовых факторов (VEGF-C, PlGF), уровни их рецепторов (VEGF-R3), эндотелий-специфичных внутриклеточных транскрипционных факторов (ETS1) в клетках преинвазивного РШМ. Выявлено значимое увеличение экспрессии всех подтипов VEGF наряду с рецептором VEGFR с нарастанием степени ЦИН и стадии заболевания. Для маркеров ЭМП – снижение экспрессии E-кадгерина и активация генов Snail, ZEB, EGFR в образцах эпителия шейки матки при нарастании злокачественного потенциала опухоли. То есть развитие преинвазивного РШМ сопровождается прогрессирующей потерей экспрессии эпителиальных фенотипических маркеров и повышением экспрессии мезенхимальных маркеров. Одновременно в популяции ЛПК наблюдается согласованное увеличение экспрессии маркеров регуляторных CD4/CD8, кросс-корреляции между Treg, уровнем экспрессии CD95 на CD4/CD8 Т-клетках и их апоптозом на системном и локальном уровнях ( $p < 0,05$ ). Отмечено



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

увеличение количества CD4+CD25+ Т-клеток, CD4+CD25+/high, CD4(+)/CD25(+)/CD127(dim/peg) и CD4(+)/CD25(+)/FoxP3(+)( $p < 0,05$ ), продукции TGF- $\beta$ 1 Treg-клетками ( $p < 0,05$ ). Показано повышение экспрессии CD3+ CD95+/high Т-клеток эффекторов и CD3+CD4+95+/high Т-хелперов ( $p < 0,05$ ), что доказывает прямую связь между процессами ЛА и ЭМП с одной стороны, и иммунными и воспалительными изменениями с другой в зависимости от количества и качества опухоль инфильтрирующих лимфоцитов в опухоли и ее окружении. Следовательно, иммунная система активно участвует в контроле ЛА/ЭМП и формирования инвазивного фенотипа преинвазивного РШМ. Полученные результаты позволяют обсуждать различные перспективные варианты иммунотерапии в комплексном лечении ЦИН и ранних форм РШМ. Так, только после хирургического лечения (диатермоконизация ш/матки) – отмечена только тенденция к восстановлению молекулярных и иммунологических показателей в течение 3 месяцев. При комплексном лечении (д/конизация + аллокин-альфа 1 мг №6 п/к через день) происходит эффективная нормализация Т-хелперов, Tregs, уровня экспрессии CD95-маркера, TGF- $\beta$ 1, FOXP3, уровня активности каспаз -8, -9, -3 и -6 в циркулирующих лимфоцитах ( $p < 0,01$ ).

Впервые проведен анализ транскриптома преинвазивного и микроинвазивного РШМ. Показано, что развитие РШМ на самых ранних этапах сопровождается скоординированными изменениями исследуемых показателей на локальном и системном уровнях. Применение противовирусных и иммунных препаратов в составе лечебных мероприятий позволяет добиться более высокой эффективности по сравнению только с хирургическими методами. Работа выполнена при поддержке РФФИ (проект №17–75-10027).

## ЖИРОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ГЕСТАЦИОННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Кривенко А.С., Покусаева В.Н., Огарева А.С., Ерченко Т.А., Никифоровский Н.К.

*Смоленский Государственный Медицинский Университет  
г. Смоленск*

В настоящее время чрезмерная прибавка веса в период беременности является доказанным фактором риска акушерского и перинатального неблагополучия. Кроме того, женщины репродуктивного возраста, демонстрирующие высокие показатели увеличения веса во время беременности, в последующей жизни страдают избыточным весом и ожирением. Однако, как женщины, так и нередко врачи, ассоциируют патологическую прибавку массы исключительно с задержкой жидкости в организме.

Выявить изменение процентного содержания жировой ткани в период гестации и уточнить роль жирового компонента в чрезмерном увеличении массы тела.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Проспективное когортное исследование. Критерии включения: возраст старше 18 лет, прегравидарный индекс массы тела 18,5–29,9 кг/м<sup>2</sup>, отсутствие сахарного диабета и другой тяжелой соматической патологии. Критерии исключения: многоплодие. Включено 140 пациенток: 8 имели недостаточное гестационное увеличение массы тела (ГУМТ), 69 – рекомендуемое и 63 – чрезмерное.

Для оценки процента жировой массы тела использована калиперометрия в 3 точках (середина трехглавой мышцы плеча, наиболее выступающая точка в области подвздошного гребня, середина передней поверхности бедра) в 1 и 3 триместре, а также через 6 месяцев после родов.

У женщин с недостаточным ГУМТ исходный процент ЖМТ был существенно ниже, чем в двух других группах и составил  $19,6 \pm 0,3\%$  ( $p < 0,05$ ). При этом, на протяжении всего периода гестации он оставался достаточно стабильным ( $20,8 \pm 0,9\%$ ), продемонстрировав рост около 1%. После родов количество жировой ткани возвращалось к исходным значениям ( $19,7 \pm 0,7\%$ ).

При рекомендуемой прибавке исходный процент жира был выше, чем при недостаточной, составив  $23,2 \pm 2,1\%$ . Однако динамика его прироста оказалась аналогична группе с недостаточным ГУМТ – к 3-му триместру беременности % ЖМТ составил  $24,3 \pm 2,8\%$ , через 6 месяцев после родов произошла редукция жировой составляющей до исходных значений –  $23,7 \pm 2,6\%$ .

Женщины с избыточным ГУМТ уже в 1 триместре беременности имели процент ЖМТ достоверно выше, чем женщины с недостаточным ГУМТ, но не отличались принципиально от группы с рекомендуемым –  $24,7 \pm 2,3\%$ . К концу беременности отмечено увеличение количества ЖМТ по сравнению с исходным значением более, чем на 5% ( $29,9 \pm 1,8\%$ ). Обращает внимание, что даже через 6 месяцев после родов содержание жировой ткани у всех женщин превысило исходные значения и в среднем составило  $28,7 \pm 2,41\%$ .

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значимой роли жировой составляющей в общей гестационной прибавке веса у пациенток с чрезмерным увеличением массы. Увеличение массы тела при беременности менее или в пределах рекомендуемых значений сопровождается ее адекватным восстановлением к концу первого полугодия после родов. При чрезмерном гравидарном приросте веса отмечается не только значительное увеличение процента ЖМТ к концу беременности, но и отсутствие ее редукции до исходных значений на протяжении 6 месяцев после родов.

*Врачам-акушерам следует внимательно контролировать гестационное увеличение веса с ранних сроков беременности, адекватно оценивая опасность избыточного увеличения веса как в отношении непосредственных исходов беременности, так и в отношении вероятного формирования будущего ожирения.*

*Obstetricians should control carefully gestational increase weight from early date*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*of pregnancy, they should estimate appropriately the risk of increase overweight, both in terms of immediate outcomes of pregnancy and in terms of the possible formation of obesity.*

### ОПЫТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Кузнецов М.И., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Кузнецова Л.П.

*ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета  
г. Москва*

Под наблюдением находилось 136 пациенток, в возрасте от 26 до 44 лет, с наличием в анамнезе от 2-х до 8-и случаев самопроизвольного прерывания беременности в сроках от 3 до 26 недель. Выявленными факторами невынашивания у наблюдаемых являлись: нарушения менструального цикла (МЦ), воспалительные заболевания половых органов, миома матки, гиперандрогения, сопутствующие соматические заболевания. Перед проведением прегравидарной подготовки (ПГП) всем пациенткам проводили полное клинико-лабораторное обследование, включающее ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза, тестирование бактериально-вирусной инфекции, оценка гормонального профиля. 49 пациенток из наблюдаемых готовились к ЭКО в связи с различными факторами бесплодия. При паритете выкидышей более 3-х проводилось HLA-типирование, иммунофлюоресцентный анализ (ИФА) крови на антифосфолипиды, гемостазиограмма. Эхографическая оценка состояния матки и придатков, а так же исследование кровотока эндометрия с применением цветного доплеровского картирования, проводилось 3-х-кратно на протяжении МЦ.

По данным УЗИ – у 96 пациенток выявлено наличие хронического воспалительного процесса, сопровождающегося варикозной болезнью органов малого таза, с определением вероятного носительства уреа- и микоплазменной инфекции, кишечной флоры и цитомегаловируса; у 16 – множественная миома матки, с максимальными размерами узлов до 5 см; у 27 – гипоплазия эндометрия, сопровождающейся сниженной интенсивностью кровотока во 2-й фазе цикла.

На период ПГП пациенткам назначалась гормональная контрацепция, с учётом гормонального профиля. ПГП состояла из 3-х этапов. На I-м этапе, с 1-го дня МЦ, пациенткам проводился курс антибактериальной терапии, с учётом чувствительности микрофлоры. После прекращения кровянистых выделений применялись препараты для восстановления нормальной микрофлоры влагалища. Следующим этапом, на протяжении пяти дней того же цикла, проводилась инфузионная иммунотерапия (по выбору) в сочетании



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

с препаратами, улучшающими клеточный метаболизм и микроциркуляцию (пентоксифиллин, депротенинизированный гемодериват из телячьей крови (актовегин)), а так же антиоксиданты (адеметионин). Следующим этапом после окончания менструации проводились комбинированные курсы физиотерапии, с учётом предварительно выявленной патологии:

- наличие признаков хронического воспалительного процесса в малом тазу, сопровождающегося варикозной болезнью органов малого таза – низкочастотная магнитотерапия; низкоинтенсивное лазерное излучение; гирудотерапия;
- гипоплазия эндометрия – интерференцтерапия; гирудотерапия;
- миома матки – КВЧ-терапия, гирудотерапия.

У 9-и пациенток повторные курсы физиотерапии проводились с периодичностью через 3 и 5 месяцев, до достижения оптимального эффекта, оценивающегося по данным УЗИ с доплерометрией эндометрия, бактериальным посевом, ПЦР мазка из влагалища ИФА крови на титр антител к возбудителям.

В комплексной оценке эффективности терапии учитывалась субъективная оценка самочувствия пациенток, характер влагалищных выделений, а так же изменение размеров матки и миоматозных узлов по данным УЗИ.

В результате проведённой комплексной терапии по всем оцениваемым показателям выявлена положительная динамика.

Прекращение контрацепции пациенткам разрешалось после очередной менструации. Наступление беременности после первого цикла ПГП наблюдалось у 98 пациенток, в т.ч. после первой попытки ЭКО – у 12 пациенток.

Вынашивание беременности до 37 недель, при соблюдении алгоритма наблюдения в течение беременности, составило 96% наблюдений.

Таким образом, поэтапное проведение комплексной медикаментозной терапии в сочетании с комбинированной физиотерапией позволяет добиться высокого эффекта при ПГП пациенток с хроническим невынашиванием беременности, а так же, перед планируемым ЭКО.

*Невынашивание беременности является одной из актуальных проблем акушерства. Целью исследования явилось снижение показателя невынашивания беременности путём обследования и комплексного лечения при прегравидарной подготовке (ПГП), включавшей антибактериальную, антиоксидантную, физиотерапию.*

*Efficacy of combined medical therapy and physiotherapy of the patients with spontaneous abortions: This article gives definition of a very topical problem as spontaneous abortion. It is shown high efficacy of the complex investigation and therapy that include antibacterial, metabolic, immune and physiotherapy as a preconceptional preparation.*



## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИОМОЙ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ**

Кузнецова Л.П., Кузнецов М.И., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Кузнецова Е.М.

*ФГБОУ ВП МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ГБУЗ «ГВВ № 2ДЗМ», Клиника «Мать и Дитя» Юго-Запад  
г. Москва*

Миома матки встречается среднестатистически у 30% женщин в возрасте от 30 до 45 лет. В настоящее время в лечении миомы матки используются несколько методов, имеющих эффект уменьшения размеров миомы матки: гормональная терапия, эмболизация маточных артерий, КВЧ (крайне-высокие частоты 30–300 ГГц и низкой интенсивности, менее 10 мВт/см<sup>2</sup>, электромагнитные волны миллиметрового диапазона – 1–10 мм). Особенности терапии с помощью КВЧ является: неинвазивность, высокая технологичность и эффективность лечебного действия.

Включение в комплексное лечение КВЧ-терапии имеет достоверное преимущество в улучшении качества жизни пациентов репродуктивного возраста в аспектах, связанных с бытовой активностью и эмоциональным восприятием своего заболевания.

КВЧ терапия представляет собой способ лечения миомы матки, заключающийся в воздействии электромагнитными волнами миллиметрового диапазона длиной волны 7,1 мм, плотностью потока мощности 0,5–2 мВт/см<sup>2</sup>, которое осуществляют на область проекции матки продолжительностью 20–25 минут в утренние часы с 9–12, на курс 10–12 процедур. Излучатель аппарата устанавливается либо контактно, либо на расстоянии до 10 мм от поверхности кожи.

Целью работы явилась оценка эффективности применения КВЧ-терапии у пациенток с наличием миомы матки размерами, соответствующими до 11–12 недель беременности, с субсерозным или межмышечным расположением узлов диаметром до 5 см у женщин репродуктивного возраста при отсутствии менометроррагии.

Противопоказаниями к назначению КВЧ-терапии являлись: подслизистая локализация узлов опухоли; большие размеры опухоли (соответствующие сроку беременности более 12 недель); быстрый рост опухоли (более 4-х недель в год); рост опухоли в постменопаузе; анемия средней и тяжелой степени; металлосодержащие внутриматочные контрацептивы, а также узловые формы фиброзно-кистозной болезни молочных желез и злокачественные новообразования половых органов и молочных желез.

Под наблюдением находилось 50 пациенток с наличием миомы матки, в возрасте 35–45 лет (средний возраст 40 лет), которым до и после лечения проводились все традицион-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ные методы обследования, включая маммографию, консультацию маммолога, эндокринолога, комплексное лабораторное обследование. В том числе, у 11 пациенток проведена диагностическая лапароскопия, хромосальпингоскопия с оценкой проходимости маточных труб по поводу сопутствующего бесплодия.

До лечения (по данным эхографии) у 38 обследованных женщин (76%) размеры матки соответствовали 7–8 неделям беременности, у 12 (24%) – 10 неделям. У 33 женщин продолжительность заболевания установлена до 5 лет, у 17 – от 5 до 16 лет.

КВЧ-терапия проводилась на аппарате «ЭЛИКС-1» волнами миллиметрового диапазона с длиной волны 7,1 мм (частота 42,2 ГГц) и интенсивностью 2 мВт на см<sup>2</sup> в течении 20 минут.

Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур в утренние часы.

Эффективность КВЧ-терапии оценивалась по шкале Бека, до и после курсового лечения.

После проведенного комплексного лечения у больных отмечено уменьшение размеров матки в среднем с 8 до 5–6 нед. По данным УЗИ, средний диаметр миоматозных узлов уменьшился с 33,8±1,37 мм до 18,7±1,15 мм соответственно ( $P < 0,05$ ).

Эффективность лечения, оцениваемая по непосредственным результатам, составила – значительное улучшение – 43%, выраженное улучшение 67 %, без эффекта – 0 %.

*Применение метода КВЧ-терапии в комплексном лечении пациентов репродуктивного возраста с миомой матки приводит к достоверному уменьшению размеров миоматозных узлов и, как следствие, способствует повышению частоты спонтанного возникновения беременности и успешности первой попытки ЭКО.*

*Physiotherapy with extremely high frequency used in complex treatment of reproductive patients with uterine myoma leads to significant decrease of myoma size and as consequence favors of high rate of spontaneous pregnancy and success of first attempt in vitro fertilization.*

## ОСОБЕННОСТИ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА И ЕГО ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ПЕРИОДОВ РЕПРОДУКТИВНОГО СТАРЕНИЯ

Лесная О.А.

Российский университет дружбы народов, кафедра общей врачебной практики  
г. Москва



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

С 2014 г в практику акушеров-гинекологов всего мира вошел термин «генитоуринарный менопаузальный синдром» (ГУМС), что позволило более точно и полноценно описать весь спектр вызванных дефицитом эстрогенов менопаузальных симптомов, связанных с изменениями вульвы, влагалища, нижних отделов мочеиспускательного тракта. «Золотым стандартом» лечения ГУМС является терапия эстрогенами.

Изучить распространенность ГУМС среди пациенток трех периодов репродуктивного старения, сравнить эффективность локальной терапии у данных групп пациенток.

В исследование были включены 42 пациентки от 40 до 65 лет, которым был установлен диагноз ГУМС. С целью формирования выборки женщин старше 40 лет расспрашивали о наличии специфичных для ГУМС жалоб. Для подтверждения диагноза использовали данные гинекологического осмотра и лабораторно-инструментальных методов исследования. Пациенток с диагнозом ГУМС разделили на 3 группы в зависимости от периода репродуктивного старения (согласно STRAW): менопауза (1); менопаузальный переход (2); поздний репродуктивный период (3) (21, 16 и 5 женщин соответственно). Всем пациенткам была рекомендована локальная терапия эстриолом (0,5–1,0 мг по схеме).

88% пациенток ранее никогда целенаправленно не опрашивались о наличие симптомов ГУМС. Только 40,5% пациенток ранее описывали подобные жалобы врачу. Средний возраст пациенток составил 50,7; 46,1 и 45,4 лет (группы 1, 2, 3 соответственно). Средняя продолжительность менопаузы была 4,7 года. Климактерический синдром (КС) был у 80,9%, 68,8% и 60% пациенток групп 1, 2, 3 соответственно. В группах 2 и 3 никто не получал менопаузальную гормональную терапию (МГТ). Две пациентки из группы 1 получали МГТ на протяжении 5 и 7 лет. В группу 2 были включены 4 пациентки, получавшие комбинированные оральные контрацептивы (КОК), на фоне чего у них отмечались КС легкой степени и нарушения цикла в виде отсутствия менструальноподобной реакции. Все пациентки группы 3 были старше 44 лет, у них был сохранен регулярный менструальный цикл.

В первой группе 5 пациенток настояли на использовании негормональной терапии. Через месяц лечения в среднем 60–70% пациенток отметили существенное уменьшение симптомов ГУМС. Через 3 месяца терапии в среднем 80–85% женщин (18, 13 и 4 женщины соответственно) отметили практически полное исчезновение симптоматики, повысился индекс вагинального здоровья, индекс созревания вагинального эпителия. Чаще всего, в первые три месяца терапии сохранялись жалобы на диспареунию и стрессовое недержание мочи. Локальные формы эстриол также были назначены пациенткам на МГТ. Полное исчезновение симптомов у них отмечалось через 2 недели терапии. Всем 4 пациенткам, получавшим КОК, контрацептивный препарат был отменен, запланировано дообследование с целью уточнения периода репродуктивного старения (согласно STRAW). Все 5 пациенток, получавшие негормональную терапию, отметили ее незначительный эффект, либо его полное отсутствие.

Отсутствие целенаправленного выявления симптомов ГУМС является одной из причин



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

его недостаточной диагностики. Обычный опрос позволит врачу любой специальности заподозрить ГУМС. Внимания заслуживают не только женщины в менопаузе, но и женщины старше 44 лет с сохраненным менструальным циклом. Отсутствие КС, прием КОК или МГТ не исключали развитие ГУМС. Терапия локальными формами эстриола позволяла уменьшить симптомы ГУМС уже в первый месяц лечения. Через 3 месяца терапии до 85% женщин, независимо от периода репродуктивного старения, отмечали почти полное исчезновение симптомов; наиболее стойкими к терапии симптомами оказались диспареуния и стрессовое недержание мочи. Местная негормональная терапия не оказывала сопоставимых с локальной терапией эстриолом эффектов.

*Не смотря на то, что генитоуринарный менопаузальный синдром является очень распространенной проблемой, диагностика его остается недостаточной. Врач любой специальности должен уметь заподозрить ГУМС. Отсутствие климактерического синдрома, прием КОК или МГТ, сохраненный менструальный цикл у женщин определенного возраста не исключают развитие ГУМС. Негормональная терапия не оказывает сопоставимых с локальной терапией эстриолом эффектов.*

*Genitourinary syndrome of menopause (GSM) is a widespread problem, but its diagnostics is still insufficient. Any medical practitioner should be aware of definitive symptoms of GSM. Absence of climacteric syndrome, use of combined oral contraceptive pills or menopausal hormone therapy, and regular menstrual cycle in women of specific age don't rule out the progression of GSM. Effect of non-hormone therapy isn't consistent with the effect of estriol.*

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО И МЕЖДИСЦИПЛИНАР-НОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Линева О.И., Вдовенко С.А., Корымасов Е.А., Спиридонова Н.В.,  
Тезиков Ю.В., Тугушев М.Т., Филиппова Т.Ю., Нестеренко С.А., Моисеева И.В.

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения Самарской области  
г. Самара

Проблема связана с реализацией Национального проекта «Здравоохранение» в соответствии с Указом Президента РФ от 7.05.2018 г. на период до 2024 г. и необходимостью разработки и координации территориальных проектов с целями и задачами проекта.

Оптимизация межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на основе



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

анализа работы созданной более 20 лет назад холистической модели охраны репродуктивного здоровья семьи в регионе.

Проведен анализ статистической отчетности демографических показателей и качества работы учреждений здравоохранения в целом за период 2012–2017 гг. с вычислением экстенсивных, интенсивных показателей с учетом данных внешнего и внутреннего аудита.

Констатирован достаточный уровень координации работы учреждений здравоохранения с Министерством социально-демографической и семейной политики Самарской области. На новый уровень поднята роль Самарского государственного медицинского университета в плане обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами с применением инновационных образовательных технологий, разработки концепции взаимодействия с Минздравом СО, создания подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», а также плана внедрения клинических рекомендаций в практику работы врачей, развития института наставничества, проведения аудита историй болезней, участия в приеме годовых отчетов с целью выявления несоответствия нормативных показателей и показателей «дорожной карты». Повышена методическая и консультативная роль областного Перинатального центра на базе Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина, Самарского областного клинического кардиологического диспансера, Самарского областного центра планирования семьи и репродукции, НИИ гематологии и трансплантологии на базе Клиник СамГМУ и т.д.

Углубленный анализ позволил наметить пути коррекции выявленных недостатков в отдельных ЛПУ. Результатом проводимой в регионе многолетней работы явилось повышение процента проведения прегравидарной подготовки супружеских пар в 2 раза, снижение перинатальной смертности до 8,3 на 1000, материнской смертности с 7,7 на 100000 живорожденных до 0, снижение числа абортс с 22,6 до 15,8 на 1000 ж.ф.в. В 2 раза выросло число проведенных циклов ЭКО в рамках ОМС с частотой наступления беременности – 47,1%.

*Исследование позволило выявить эффективность и модернизировать разработанную ранее холистическую модель межведомственного и междисциплинарного взаимодействия, направленную на охрану репродуктивного здоровья семьи, с учетом стратегических задач Национального проекта.*

*Ключевые слова: репродуктивное здоровье, межведомственное и междисциплинарное взаимодействие.*

*Conclusion: The investigation made it possible to elicit efficacy and to optimize worked early holistic model of interdepartmental and interdisciplinary cooperation family reproductive health care, take into account of strategy National project.*

*Keywords: reproductive health care, interdepartmental and interdisciplinary cooperation.*



## **ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ**

Линева О.И., Михальченко С.В., Пономарев В.А., Давыдкин И.Л., Целкович Л.С., Шатунова Е.П., Бабаева Е.Р., Куртов И.В., Шаховская И.Н.

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,*

<sup>2</sup> *Министерство здравоохранения Самарской области  
г. Самара*

Проблема обусловлена высокой частотой выявления экстрагенитальных заболеваний у беременных, что не позволяет организму полностью адаптироваться к беременности, приводит к развитию акушерских осложнений и патологии новорожденных.

Целью настоящего исследования является оптимизация модели междисциплинарного взаимодействия при проведении прегравидарной подготовки, ведении беременности и родов у женщин с экстрагенитальной патологией с учетом современных тенденций, маршрутизации и выполнения клинических протоколов.

Изучено соматическое здоровье беременных, осложнения беременности, родов и состояние новорожденных на основе анализа отчетной статистической документации за 2017 год. Проанализировано качество прегравидарной подготовки и соответствие оказания медицинской помощи требованиям Приказа МЗ РФ от 1.11.2012 г. № 572н, адаптированного к региональным условиям, клиническим протоколам и рекомендациям.

Констатировано, что в 2017 году на учет по беременности встало 29888 женщин, процент ранней явки – 92%, из них 90% осмотрены терапевтом или ВОП до 12 недель беременности. Было выявлено 41608 соматических заболеваний, в том числе железодефицитная анемия -16,8%, заболевания органов мочеполовой системы -10,8%, болезни системы кровообращения -3,7%, сахарный диабет – 2,5%. 742 женщины родили будучи ВИЧ – инфицированными, процент трёхэтапной химиопрофилактики -86,1%. Соматическая патология, диагностированная во время беременности, увеличивает частоту акушерских осложнений, оперативного родоразрешения и патологии новорожденного в 2–7 раз. В связи с вышеизложенным, основное внимание в регионе уделено прегравидарной подготовке на уровне амбулаторно-поликлинического звена (медико-генетическое консультирование, консультация в НИИ гематологии клиник СамГМУ, в кардио-акушерском дневном стационаре СОККД, в консультативном отделении областного ПЦ). В сложных клинических ситуациях или при развитии жизнеугрожающих состояний решение принималось консилиумом в составе главных специалистов. Внедрение данной системы привело к существенному улучшению основных качественных показателей службы родовспоможения.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Проведена оценка качества оказания медицинской помощи женщинам фертильного возраста с наиболее часто встречающимися экстрагенитальными заболеваниями в соответствии с современной стратегией междисциплинарного взаимодействия, разработанной в регионе маршрутизацией, выполнением клинических рекомендаций и протоколов с анализом развившихся гестационных осложнений.*

*Ключевые слова: беременность, экстрагенитальные заболевания, междисциплинарное взаимодействие.*

*Were conducted evaluation of quality medical help to reproductive age women with wide-spread extragenital diseases to according modern strategy of interdisciplinary cooperation, region working out route, use clinical recommendation and guideline with analysis pregnancy complications.*

*Keywords: pregnancy, extragenital diseases, interdisciplinary cooperation.*

## ВЛИЯНИЕ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ

Лобачевская О.С., Васильева Л.Н., Лобачевский Д.Н., Никитина Е.В.

*Кафедра акушерства и гинекологии, Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск*

В состав биотопа влагалища здоровой взрослой женщины входят различные микроорганизмы. Резкое снижение или отсутствие лактобактерий, сочетающееся с высокой концентрацией облигатных и факультативно анаэробных условно патогенных микроорганизмов, говорит о дисбиотических нарушениях.

Проведен ретроспективный анализ 60 индивидуальных карт беременных, историй родов и развития новорожденных УЗ «6-я ГКБ» г. Минска в 2017 году. В основную группу (ОГ, n=30) вошли пациентки с дисбиозом влагалища, в контрольную (КГ, n=30) – пациентки, имевшие нормоценоз. Статистический анализ проводился с помощью программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0.

В ОГ дисбиоз влагалища в 46,7% случаев впервые был выявлен в I триместре беременности, в 20% – во II, в 33,3% – в III. В 84,6% в мазках из цервикального канала, влагалища были обнаружены полимикробные ассоциации: E. faecialis – 38,5%, E. coli – 34,6%, St. aureus – 23,7%, G. vaginalis – 23,07%, Mobilincusspp. – 11,5%, Acinetobacter lwoffii – 15,4%, Pr. mirabilis – 14,4%, Str. saprophyticus – 11,5%, Cytobacter diversus – 7,9%, Str. agalactiae – 7,9%. Гинекологический анамнез в ОГ отягощен в 86,7% (кольпит в 96,7%, эрозия шейки матки – 23,1%,



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

дисбиоз – 21,4%, миома матки – 7,7%, ИППП – 22,3%). В КГ – в 26,6%(кольпит -75%, ИППП -12,5%, эрозия -7%). В ОГ аборт в анамнезе – 57,7%, самопроизвольные выкидыши – 19,23%, преждевременные роды -11,54%, в КГ – в 13,3% (аборт). В ОГ в 60% – угрожающий выкидыш, в 46,7% – угрожающие преждевременные роды. В ОГ 70% пациенток родоразрешены путем операции КС по различным показаниям, в КГ – в 26,6%. Оценка новорожденных по шкале Апгар в ОГ составила 8/8 баллов, при этом в диагнозе указывались нарушения функции ЦНС, РДС, риск по ВУИ. У всех новорожденных КГ оценка по шкале Апгар составила 8/9. Воспалительные изменения при гистологическом исследовании последа в ОГ выявлены в 93,33% случаев (хориодецидуит- 47,37%, фуникулит – 23,3% децидуит – 21,1%, интервиллусит – 21,1%, ламинарные некрозы – 13,0%), в КГ – 13,3 (75% – отек стромы ворсин).

Наличие дисбиоза влагалища во время беременности отрицательно сказывается на ее течении и исходах. У пациенток с дисбиозом значительно повышается риск самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов, а также развития осложнений у новорожденного.

*При беременности в женском организме происходит гормональная перестройка, следствием которой может быть нарушение микрофлоры влагалища. Данная работа посвящена установлению причин дисбиоза влагалища у беременных женщин и его влиянию на течение беременности, исходы родов и состояние новорожденных детей. В работе представлены основные микроорганизмы, выявляемые при обследовании беременных, выявлены факторы риска развития дисбиоза.*

*During pregnancy, a hormonal adjustment takes place in the female body, which may result in a violation of the vaginal microflora. This work is devoted to determining the causes of vaginal dysbiosis in pregnant women and its effect on the course of pregnancy, childbirth outcomes and the status of newborns. The paper presents the main microorganisms detected during the examination of pregnant women, identified risk factors for the development of dysbiosis.*

## ОРГАНИЗАЦИОННО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России  
г. Иваново

Несмотря на положительную тенденцию динамики материнской смертности в России, структура её причин свидетельствует об имеющихся резервах снижения. Поскольку ле-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

тальному исходу предшествует тяжелое нарушение здоровья матери, разработка мер по управлению профилактикой материнской смертности предполагает анализ информации обо всех случаях «near miss» с разными исходами для матери, их причинах, в том числе, обусловленных состоянием качества медицинской помощи, ресурсного обеспечения.

С целью усовершенствования информационного обеспечения аудита тяжелой материнской заболеваемости и смертности разработаны программы для ЭВМ «Мониторинг критических состояний в акушерских стационарах» (далее «МКАС»), «Мониторинг качества профилактики материнской смертности» (далее «ММС»), являющиеся частью автоматизированной информационной системы «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения супружеских пар, планирующих рождение ребенка, беременных и женщин, завершивших беременность» (далее – АИС «МБИР») и предназначенные для информационной поддержки специалистов акушерско-гинекологической службы на учрежденческом и территориальном уровне при проведении экспертизы случаев тяжелой материнской заболеваемости и материнской смертности. Принадлежность программ для ЭВМ «МКАС» и «ММС» к АИС «МБИР» обеспечивает наличие исчерпывающей информации о женщине, завершившей беременность (факторы риска, осложнения беременности, родов, степень риска материнской заболеваемости и смертности, план лечебно-диагностических мероприятий, в том числе сроки, способ родоразрешения и медицинскую организацию родовспоможения оптимального функционального уровня). Внедрение автоматизированных программ обеспечивает автоматизацию анализа частоты, структуры, критериев, причин случаев «near miss» и материнской смертности в отдельных медицинских организациях и в целом по службе родовспоможения на уровне субъекта, округа РФ, оценке качества оказания медицинской помощи и качества его экспертизы, принятия управленческих решений по профилактике материнской смертности. Проведение экспертизы случаев тяжелой материнской заболеваемости и смертности предполагает анализ качества и организации медицинской помощи на первом этапе – в медицинской организации, на втором – в профильной комиссии органа управления здравоохранения. Задачей экспертов является определение причин «near miss», в том числе обусловленных качеством и организацией медицинской помощи, оцениваемой по наличию и количеству лечебно-диагностических, организационно-тактических дефектов. Алгоритм автоматизированной программы позволяет сформировать экспертную карту случая «near miss», содержащую оценку степени его предотвратимости, меры управления профилактикой тяжелой материнской заболеваемости и смертности.

Программа для ЭВМ «ММС» обеспечивает не только анализ случаев материнской смерти, качества и организации оказанной медицинской помощи, но и проведение метаэкспертизы на территориальном уровне, позволяющей выявить дефекты качества работы экспертов. Алгоритм программы позволяет сформировать карту донесения о случае материнской смерти, экспертные карты, выходные формы, обеспечивающие проведение анализа медико-социальной характеристики женщин, причин, структуры материнской смертно-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

сти, выявленных дефекты качества оказания медицинской помощи и экспертизы.

*Разработка мер профилактики материнской смертности основана на анализе её причин. Использование современных информационных технологий обеспечивает единство подходов к проведению экспертизы случаев тяжелой материнской заболеваемости и смертности, разработке мер управляющего воздействия.*

*The development of measures to prevent maternal mortality is based on an analysis of its causes. The use of modern information technologies ensures the unity of approaches to the examination of cases of severe maternal morbidity and mortality, the development of control measures.*

## ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Масякина А.В., Азаров А.А.

ООО «МК Семейный Доктор»  
г. Москва

Определение соотношения характера эндокринно-обменных нарушений и морфологической картины при гиперпластических заболеваниях матки у женщин перименопаузального возраста.

Использовали общеклиническое (ИМТ, соотношение ОТ/ОБ), гинекологическое и ультразвуковое исследование; лабораторные методы диагностики (глюкоза крови, липидограмма, лептин, инсулин и пролактин в сыворотке крови, индекс НОМА), морфологическое исследование макропрепарата, полученного в результате гистерэктомии.

При обследовании больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия выяснено, что существуют 3 базовых патогенетических варианта метаболических нарушений: глютео-феморальный тип отложения жировой ткани и гиперлептинемию можно рассматривать, как первый патогенетический вариант; абдоминальный тип ожирения и умеренную гиперлептинемию – как второй патогенетический вариант; третий патогенетический вариант отличается массой тела, близкой к дефициту, и нормо-/гиполептинемией на фоне функциональной гиперпролактинемии.

Первый и третий патогенетические варианты эндокринно-обменных нарушений характеризуются выраженным сидеропеническим синдромом, морфологической причиной которого является сочетание пролиферативных типов лейомиомы с «активным» адено-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

миозом и простой гиперплазией эндометрия без атипии. Больные со вторым патогенетическим вариантом метаболических нарушений проявляют менее выраженную симптоматику основного заболевания и существенно менее выраженные сидеропенический, астеновегетативный, болевой синдромы, однако при морфологической верификации характеризуются комплексной гиперплазией эндометрия с атипией или без атипии, то есть прогностически неблагоприятной морфологической картиной, обуславливающей высокий риск злокачественных новообразований.

В начальных стадиях заболевания имеются минимальные изменения эндокринного статуса, также практически во всех случаях выявляются очаги хронического воспаления. В дальнейшем эндокринно-обменные нарушения прогрессируют, продолжая своё патогенетическое влияние на течение гиперпластических процессов матки, тогда как влияние хронического воспаления остаётся неизменным. В результате этого миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия прогрессируют, что приводит к декомпенсации: появлению клинической симптоматики, развитию сидеропении. Однако не исключен переход женщины во второй патогенетический вариант, по всей видимости, при накоплении порогового количества патологических изменений. При этом эндокринно-обменная патология продолжает прогрессировать, тогда, как уровень лептина выходит на постоянный уровень, выполнив свою патогенетическую роль в инициации и прогрессировании основного заболевания матки.

*Женщины со вторым патогенетическим вариантом эндокринно-обменных нарушений в первую очередь требуют активной тактики ведения ввиду высокой онкологической настороженности. Принимая во внимание выраженную роль инсулинорезистентности в прогрессировании гиперпластических заболеваний матки и патогенезе злокачественных новообразований различных локализаций, целесообразно рассматривать назначение метформина с целью метаболической реабилитации и профилактики злокачественных новообразований у данного контингента больных.*

*Women with the second pathogenetic type of metabolic disorders firstly require active management tactics due to the high oncological risks. It is recommended to consider the appointment of metformin to this type of patients because of the great role of insulin resistance in progression of hyperplastic uterus diseases and the pathogenesis of malignant tumors for their metabolic rehabilitation.*



## **ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Матейкович Е.А.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»  
г. Тюмень*

Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 предусмотрено существенное снижение показателей смертности от злокачественных новообразований, младенческой смертности, повышение качества оказания первичной медицинской помощи, формирование системы защиты прав пациентов. Реализация этих задач непосредственно связана с проблемой качества оказания акушерско-гинекологической, остро стоящей как в России, так и во всем мире. В зарубежной литературе обращается внимание на то, что оценка качества со стороны медицинского сообщества и самих пациенток не всегда совпадает. Так, в США подавляющее большинство беременных уделяют повышенное внимание амбулаторному этапу родовспоможения, 66,5% беременных желают, чтобы врач, осуществлявший дородовой уход, вел и сами роды. Антиподом качества акушерско-гинекологической помощи выступают дефекты ее оказания, с которыми связан рост жалоб, наблюдаемый в России и зарубежных странах в последние годы. Повсеместно существует проблема соблюдения существующих протоколов. В частности, в США только 12,5% беременных, получивших дородовую помощь, проходят ранний скрининг на гестационный сахарный диабет.

Целью исследования является рассмотрение структуры дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи и разработка подходов к их преодолению.

Автором рассмотрены 145 клинических случаев, по которым проводилась экспертиза качества оказания акушерско-гинекологической помощи и (или) вынесены судебные решения.

При неблагоприятных исходах родовспоможения (N=67) дефекты догоспитального этапа отражены только в 37 случаях (55%), 6 из которых (9 %) состоят в прямой связи с исходом (не выявлена патология, обусловившая рождение ребенка с тяжелыми пороками), 13 (19%) – в косвенной, в 18 случаях (27%) связь с неблагоприятным исходом отсутствует.

Структура дефектов ведения беременных, отраженных экспертами: неполное либо неадекватное обследование (УЗ-диагностика, КТГ, скрининг и т.д.) – 23 (62%), неполный анамнез – 15 (41%), несоблюдение графика посещения врачей – 13 (35%), неверная маршрутизация – 13 (35%), неверная оценка перинатального риска – 9 (24%), несвоевременная госпитализация – 7 (9%), гипердиагностика патологии – 1 (3%).

Судебные споры по поводу дефектов оказания акушерской помощи, не связанных с неблагоприятным исходом родовспоможения (N=12) обусловлены диагностическими ошиб-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ками (неверное определение наличия беременности либо ее отсутствия при УЗ-диагностике) – 9 случаев, а также дефектами коммуникации между беременной и лечащим врачом – 3 случая.

В структуре гинекологической практики (N=66) дефекты амбулаторного этапа преобладают, с ними связано 49 судебных разбирательств (74%), в том числе 14 случаев (23%) обусловлены дефектами, допущенными частными медицинскими организациями. В структуре этих дефектов основную долю составляют ошибки диагностики – 26 случаев (53%), включая онкогинекологические заболевания – 19 случаев (39%), дефекты проведения лечебных мероприятий и иных медицинских манипуляций (аборты, снятие/удаление ВМС и др.) – 16 (33).

По результатам исследования считаем необходимым сформулировать следующие 1. Выявлена высокая доля дефектов оказания амбулаторной помощи в структуре неблагоприятных акушерских исходов. 2. Внимание к дефектам амбулаторного этапа родовспоможения является недостаточным, степень их влияния на неблагоприятный исход малоизучена. 3. Предотвращению судебных споров и финансовых санкций к ЛПУ способствует преодоление дефектов коммуникации. 4. Заслуживает более тщательного изучения зарубежный опыт ведения беременности и родов одним врачом.

*Автором рассматривается структура дефектов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, ставших предметом судебного разбирательства. Показана роль этих дефектов в наступлении неблагоприятных исходов родовспоможения, а также в гинекологической практике.*

*The author considers the structure of defects in outpatient obstetric and gynecological care that have become the subject of litigation. The role of these defects in the onset of adverse outcomes of obstetric aid, as well as in gynecological practice.*

## ВНУТРИМАТОЧНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА «МИРЕНА» У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.

ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России,  
директор – академик РАМН, профессор Сухих Г.Т.  
г. Москва

По данным многочисленных отчетов Всемирной организации здравоохранения, в структуре хронических болезней сахарный диабет занимает стабильное третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Беременность для таких женщин необходимо тщательно планировать, а контрацепция у них должна быть высокоэффективной.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Определение эффективности и приемлемости ВМГС «Мирена» путем изучения ее возможного влияния на общее состояние женщины, систему гемостаза и липидный спектр крови у женщин с СД 1.

В поликлиническом отделении центра под наблюдением находилось 62 женщины репродуктивного возраста, которым была введена ВМГС «Мирена» на 3 – 6 день менструального цикла. Средний возраст пациенток составил – 25,9\*0,7 лет. Средняя длительность течения СД 1 типа – 6,3+3,9лет; средняя суточная доза препаратов инсулина – 33,4 ± 5,4 ЕД/кг. Всем женщинам с целью оценки уровня метаболического контроля исследовали параметры липидного спектра крови и системы гемостаза, углеводного обмена. Обследование женщин с СД 1 типа проводилось на протяжении 1–6 циклов, предшествующих назначению контрацепции, в последующем – через 1, 3, 6, 9, 12 мес. ее использования.

Анализ результатов наблюдения позволил выявить высокую контрацептивную эффективность ВМГС «Мирена», которая составила в данной группе 100%. В процессе динамического наблюдения общее состояние женщин на протяжении всего периода наблюдения оставалось удовлетворительным. В начале использования «Мирены» у большинства женщин менструальноподобные реакции отмечались 3–5 раз в течение 3х месяцев. Каждая 3-я (30,6% -19) пациентка отмечала более 6 эпизодов. Аменорея развивалась у 27,4% женщин через 6 месяцев использования «Мирены» и у 56,5% – (35) спустя 1 год. У 5 (8,1%) женщин отмечалась экспульсия ВМГС при сроках использования 1,2,3,8 и 9 месяцев. Клинические признаки воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) в виде острого эндометрита, после смены полового партнера были диагностированы у одной пациентки через 7 месяцев ношения ВМГС, который характеризовался повышенной температурой, болями внизу живота, гнойными выделениями из половых путей. При исследовании отделяемого цервикального канала на наличие инфекции была выявлена микоплазменная, уреоплазменная и хламидийная инфекции. ВЗОМТ сопровождалось ухудшением метаболического контроля, увеличением потребности в инсулине. Пациентке была назначена антибактериальная, десенсебилизирующая, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия, подобрана доза инсулина и через 24 – 48 часов, на фоне проводимого лечения, контрацептив был удален.

ВМГС «Мирена» оказывает лечебный эффект при дисменорее и ПМС. Так 37,1% женщин перед использованием контрацептива отмечали дисменорею, симптомы которой к 6 месяцу использования данного средства отмечались лишь у 6,5% женщин. ПМС до контрацепции отмечали 21 (33,8%) женщин данной группы; через 6 месяцев использования Мирены – 17 (27,4%); через 12 месяцев – 5 (8,1%) пациенток.

За период наблюдения появления и прогрессирования диабетической ретинопатии, нефропатии и невропатии выявлено не было. Кроме того, 31 (50%) пациентка – указывала на снижение частоты и тяжести гипогликемических состояний. В процессе контрацепции ВМГС «Мирена» у женщин с адекватной компенсацией СД 1 типа не было выявлено отрицательного влияния на показатели системы гемостаза. Показатели липидного спек-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

тра крови соответствовали нормативным значениям, характерным для женщин репродуктивного возраста и об отсутствии, каких либо существенных изменений параметров липидного спектра крови на фоне применения ВМГС «Мирены». Также не было достоверных изменений в уровне гликированного гемоглобина. Средняя суточная доза инсулина на 1 кг массы тела, рассчитанная с использованием данных за каждые 3 месяца наблюдения, достоверно не отличалась от исходного уровня на протяжении всего периода наблюдения ( $p > 0.05$ ).

- 1) ВМГС «Мирена», содержащая 52 мг левоноргестрела, является долгосрочным высокоэффективным и приемлемым методом контрацепции у женщин с СД 1 типа.
- 2) Частота возникновения побочных реакций не превышает таковую в популяции здоровых женщин, использующих данное средство. Аменорея наблюдается у 50% женщин через 12 месяцев использования контрацепции.
- 3) ВМГС «Мирена» обладает лечебным эффектом при наличии у женщин дисменореи и ПМС до ее введения. Частота дисменореи уменьшается на фоне использования «Мирены» в 5,7 раз, ПМС – в 4,2 раза.
- 4) «Мирена» не вызывает появления и/или прогрессирования микроангиопатий, не оказывает влияния на углеводный обмен, липидный спектр крови и параметры системы гемостаза.

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Мирзахметова Д.Д., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Клебанова М.А., Якупова Г.М., Уркумбаева Н.С.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК  
г. Алматы*

Метаболический синдром одна из наиболее острых проблем при преждевременной недостаточности яичников. Повышенная концентрация гонадотропинов и низкий уровень эстрадиола в конечном итоге приводит к снижению уровня серотонина, допамина, развитию необратимых метаболических расстройств во всех органах и системах организма молодой женщины.

Под наблюдением находились 50 пациенток с верифицированным диагнозом преждевременная недостаточность яичников. Основными причинами обращения к врачу были аменорея и бесплодие. Всем пациенткам проведено детальное обследование: изучался личный и семейный анамнез, проводилось гинекологическое исследование, осмотр мам-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

молога, маммография, УЗИ органов малого таза и доплерометрия сосудов яичников, исследование биохимических показателей крови (холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности, инсулина), показателей гемостаза (уровень фибриногена, активированное тромбопластическое время, протромбиновый индекс), массо-ростовой коэффициент (МРК), высчитывался индекс атерогенности. Тяжесть клинического течения климактерического периода оценивали по менопаузальному индексу.

При изучении индекса массы тела выявлено ожирение у  $64,58 \pm 1,08$  пациенток с преждевременной недостаточностью яичников, по индексу ОТ/ОБ установлены высокие показатели висцерального ожирения  $0,87 \pm 0,01$ . При биохимическом исследовании крови у пациенток не было отмечено значительного изменения содержания холестерина в крови, но были выявлены достоверные повышения трициглицеролов на 17% и липопротеидов низкой плотности на 43 %, тогда как уровень липопротеидов снизился на 20%, индекс атерогенности увеличился до 178 % от показателей группы контроля. При исследовании инсулина в крови выявлены средние показатели  $24,95 \pm 1,95$

Отрицательную направленность имеет изменение лабораторных показателей, что представляет особую опасность для состояния нейрогенной, сосудистой системы у пациенток с преждевременной недостаточностью и может иметь влияние на метаболические изменения в жизненно важных органах.

В результате активации липолиза образуется большое количество липопротеидов низкой плотности в крови, которые в избытке поступают из жировых клеток в порталную циркуляцию и печень, начинается синтез большого количества липопротеидов. Развивающаяся дислипидемия имеет атерогенный характер, снижается способность организма к удалению избытка холестерина из клеток сосудистого русла, посредством обратного транспорта холестерина в печень. При дислипидемических расстройствах, таких как гипертриглицеридемия и снижение уровня липопротеидов высокой плотности, нарушение углеводного обмена развиваются: артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, нарушение чувствительности периферических тканей к инсулину, остеопороз, неврологические расстройства. Своевременная диагностика метаболических нарушений при преждевременной недостаточности яичников имеет важное значение, в связи с риском развития ишемических поражений практически во всех тканях организма молодой женщины. Дефицит половых гормонов в возрасте до 40 лет является причиной менопаузы, бесплодия, способствует формированию вазомоторных и эмоционально вегетативных проявлений, но и является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии и снижения минеральной плотности костной ткани. В связи с тем, что все представленные выше метаболические нарушения сохраняются, по крайней мере, на протяжении 7–10 лет, предшествующих возрасту физиологической менопаузы, пациенток с ПНЯ следует выделять в особую группу риска, требующую постоянного диспансерного наблюдения и обязательного назначения заместительной гормональной терапии (ЗГТ).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*В проведенном исследовании выявлены нарушения в липидном и углеводном обменах у пациенток с при преждевременной недостаточностью яичников. Активация липолиза способствует выбросу большого количества липопротеидов низкой плотности в кровь, которые в избытке поступают из жировых клеток в портальную циркуляцию и печень. Дислипидемические нарушения, сопровождающие эстроген-дефицитное состояние, обуславливают метаболические нарушения, являющиеся причиной эндокринных нарушений, сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, неврологических расстройств при преждевременной недостаточности яичников.*

*In this study, violations in lipid and carbohydrate metabolism in patients with premature ovarian failure were identified. Activation of lipolysis promotes the release of a large number of low-density lipoproteins into the blood, which in excess come from fat cells to the portal circulation and the liver. Dyslipidemic disorders accompanying estrogen-deficiency state, cause metabolic disorders. Causing endocrine disorders, cardiovascular diseases, osteoporosis, neurological disorders in case of premature ovarian failure.*

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мирзахметова Д.Д., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Кравцова Т.Г., Манасова И.К., Якупова Г.М.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК  
г. Алматы*

Спонтанный разрыв печени (СРП) тяжелое осложнение при беременности, смертность достигает до 75% случаев для матери и до 37% для новорожденных. Преимущественно спонтанный разрыв печени происходит на фоне тяжелой преэклампсии, HELLP-синдрома в сроках более 35 недель беременности. Гематомы печени локализуются на верхней или нижней поверхности печени справа, реже на поверхности левой доли. При преэклампсии ткань печени диффузно поражается геморрагическим процессом.

Причины летального исхода при СРП: кровотечение (48%), инфекции и осложнения (36%) и перитонит (16%). Послеоперационные осложнения наблюдаются до 40% случаев, чаще воспалительного характера. Внутреннее кровотечение после операции связывают с неадекватным оперативным вмешательством по поводу разрыва печени. Возможно формирование желчного свища и поддиафрагмального абсцесса, развитие печеночно-почечной недостаточности вследствие секвестрации органа, если в ходе операции не была удалена вся нежизнеспособная ткань, начинается некроз. Необходима повторная операция и риск летального исхода повышается до 30%. Выделяют также двухфазные, или замедленные разрывы печени, когда сначала образуется подкапсульная или внутripеченочная гематома с последующим прорывом в брюшную полость.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Эти литературные сведения находят подтверждение в двух клинических случаях, завершившихся летально.

1. М., 27 лет, повторнородящая. Клинический посмертный диагноз: 11 сутки после преждевременных оперативных родов в сроке 27 недель + 4 дня. Тяжелая преэклампсия. HELLP-синдром. Подкапсульная гематома печени. Разрыв капсулы печени. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Задержка роста плода 1 степени. Маловодие. Хроническая артериальная гипертензия 3 степени, Риск 3. ХСН 0. Отягощенный акушерский анамнез. Ожирение 2–3 степени. Тромбоэмболия легочной артерии? Операции: Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Реллапаротомия (верхняя срединная лапаротомия). Опорожнение подкапсульной гематомы, гемостаз тахокомбом. Дренирование поддиафрагмального пространства справа, малого таза. Тампонада печени. Дренирование брюшной полости и малого таза. Гемотрансфузия. Плазмотрансфузия. CellSaver. Реллапаротомия. Удаление тампонов поддиафрагмальной поверхности печени. Дренирование поддиафрагмального пространства справа.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: Акушерская тромбоэмболия легочной артерии: обтурирующий тромбоз основного ствола и главных ветвей легочной артерии, распространенный тромбоз сегментарных артерий и артериол.

Фоновое состояние: Тяжелая преэклампсия с развитием подкапсульной гематомы печени, с разрывом капсулы правой доли печени. Неполная гестационная перестройка маточно-плацентарных артерий.

Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия. Хронический панкреатит. Тиреотоксический зоб. Ожирение 1 степени.

2. М., 38 лет. Клинический посмертный диагноз: 33 сутки послеродового периода. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. ДВС-синдром. Острая почечная недостаточность. Сепсис. Диффузный вялотекущий желчно-фибринозный перитонит. Кома 2 ст. Анемия среднетяжелая смешанной этиологии. Вторичная тромбоцитопения. Токсическая, постгипоксическая, дисметаболическая энцефалопатия. Полиорганная недостаточность. Некроз правой доли печени. Операции: Лапаротомия. Кесарево сечение. Реллапаротомия. Подкапсульная гематома правой доли печени и множественные спонтанные разрывы правой доли печени. Внутрибрюшное массивное кровотечение (40 л). Реллапаротомия (4), правосторонняя гемиколэктомия, илеостома по поводу некроза печеночного угла толстой кишки. Экстирпация матки с придатками. Дренирование брюшной полости. Неоднократная санационная реллапаротомия (всего реллапаротомий 7). Летальный исход наступил на 33 сутки на фоне полиорганной недостаточности, интоксикации. Имеет место совпадение клинического и патологоанатомического диагноза.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Реальная возможность избежать этого осложнения – своевременная диагностика тяжелой преэклампсии и своевременное родоразрешение с последующей качественной диспансеризацией родильниц, женщин фертильного возраста, что позволит избежать грозного осложнения с высоким риском летального исхода.*

*The spontaneous rupture of a liver can develop at the pregnancy complicated by a heavy pre-eclampsia, HELLP syndrome owing to diffusion hemorrhagic damage of a liver. Bleedings at untimely diagnostics or incorrectly chosen treatment tactics are the main reason for lethal outcomes. The cases of a spontaneous rupture of a liver at pregnancy, which were complicated by pre-eclampsia heavy degree, HELLP syndrome which ended with a lethal outcome are presented in the article. Timely diagnostics of a heavy pre-eclampsia and a timely delivery will allow to avoid a terrible complication with high risk of a lethal outcome.*

## СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПЕРВЫЕ ПЯТЬ ЛЕТ РАБОТЫ. ЧТО ДАЛЬШЕ?

Михайлин Е.С.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»,  
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом №10»  
г. Санкт-Петербург, Россия.*

В 2016 г. в Российской Федерации родилось на 51 тыс. детей меньше, чем в 2015 г., что может быть началом второго «русского креста». Особую тревогу вызывает другой весьма важный факт: в 2016 г. зарегистрировано на 175 тысяч браков меньше, чем в 2015 г. Поэтому каждая беременность является ценностью для семьи и общества. Пусть небольшой, но важный сегмент в когорте рожениц занимают несовершеннолетние.

Улучшить исходы беременности и родов у несовершеннолетних. В исследование включены 593 пациентки, которые были разделены на группы: 1 группа – несовершеннолетние 13–15 лет, родившие в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» в 2004–2014 гг. (n=49), 2 группа – несовершеннолетние 16–17 лет, родившие в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» в 2004–2014 гг. (n=434), 3 группа (группа сравнения) – женщины среднего репродуктивного возраста, родившие в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» в 2012–2014 гг. (n=110). В работе



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

использовались клиничко-анамнестические методы, социальное анкетирование, психологическое тестирование, гистологические и иммуногистохимические методы исследования.

У несовершеннолетних беременных, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста, достоверно чаще встречаются: анемия беременных (в 2,0 раза в 13–15 лет и в 1,8 в 16–17 лет); осложнения беременности: угрожающий аборт (в 2,1 раза в 13–15 лет и в 1,9 в 16–17 лет); преэклампсия (в 4,1 раза в 13–15 лет и в 3,9 в 16–17 лет); ХПН с гемодинамическими нарушениями (в 2,2 раза в 13–15 лет и в 1,7 в 16–17 лет); гипотрофия новорожденного (в 4,5 раза в 13–15 лет и в 3,3 в 16–17 лет) и родов: преждевременное (в 1,9 раза в 16–17 лет) и раннее излитие околоплодных вод (в 2,0 раза в 13–15 лет и в 1,5 в 16–17 лет); быстрые и стремительные роды (в 3,8 раза в 13–15 лет и в 4,2 в 16–17 лет). У несовершеннолетних 13–15 лет частота преждевременных родов в 2,0 раза выше, а частота дистресса плода и асфиксии новорожденного в 3,0 раза выше, по сравнению с несовершеннолетними 16–17 лет ( $p < 0,05$ ).

Наступление беременности у несовершеннолетних, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста, происходит на фоне комплекса медико-социальных факторов: отсутствие постоянного места учебы или работы (в 2,1 раза чаще в 16–17 лет); воспитание в неполных родительских семьях (в 1,5 раза в 13–15 лет и в 1,9 в 16–17 лет); курение до и во время беременности (в 4,8 раза в 13–15 лет и в 4,0 в 16–17 лет); редкое использование контрацепции (в 5,0 раз реже в 13–15 лет и в 1,5 в 16–17 лет); промискуитет (настоящий половой партнер являлся отцом ребенка в 1,8 раза реже в 13–15 лет и в 1,4 в 16–17 лет). У несовершеннолетних беременных, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста, чаще встречается очень высокий уровень тревожности (в 1,7 раза в 13–15 лет и в 1,6 в 16–17 лет) и достоверно чаще – высокий уровень невротизма (в 2,0 раза в 13–15 лет и в 2,4 в 16–17 лет).

Гистологическое строение плацент несовершеннолетних, по сравнению с плацентами женщин среднего репродуктивного возраста, достоверно характеризуется: гипертрофией; отставанием от срока гестации (в 1,5 раза чаще в 13–15 лет и в 1,4 в 16–17 лет); большей частотой ХПН (в 3,1 раза в 13–15 лет и в 9,1 раза в 16–17 лет) и большей частотой воспалительных изменений. В плацентах несовершеннолетних при наличии ХПН достоверно повышена экспрессия HIF-1 (в 1,4 раза) и VEGF-A (в 1,2 раза), по сравнению с плацентами без ХПН.

Достоверными факторами, снижающими качество медицинской помощи несовершеннолетним, решившим сохранить беременность, являются: поздняя явка в ЖК ( $22,4 \pm 7,5$  недели в 13–15 лет и  $15,8 \pm 6,9$  в 16–17 лет); нерегулярное посещение ЖК (в среднем –  $6,4 \pm 0,9$  явки); отсутствие консультаций психолога до и после родов.

Система медико-социальной помощи несовершеннолетним беременным в мегаполисе должна включать создание регионального центра по ведению беременности и ро-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

дов у несовершеннолетних на базе акушерского стационара и внедрение определенных принципов: профилактика анемии беременных; раннее выявление ХПН; ведение совместно с психологом; занятия в центре подготовки к родам; обезболивание родов; профилактика быстрых и стремительных родов; работа консультанта по лактации; ранняя выписка.

Ведение беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних по разработанным принципам приводит к снижению частоты некоторых заболеваний и осложнений беременности, родов и послеродового периода (анемии беременных – в 1,5 раза; ХПН – в 1,9; быстрых и стремительных родов – в 2,8; разрывов шейки матки – в 2,1 и влагалища – в 2,0 раза; субинволюции матки – в 2,0 раза); а также улучшению социальных исходов (отсутствие отказов от детей в родильном доме против 0,6% отказов).

На основании результатов исследования разработаны основные принципы и система медико-социальной помощи несовершеннолетним беременным в мегаполисе (создание центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних на базе акушерского стационара), что позволило улучшить качество медицинской помощи, медицинские и социальные исходы беременности у несовершеннолетних.

## ХРОНИЧЕСКИЙ ТРИХОМОНИАЗ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ – НАЧАЛО ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ШЕЙКЕ МАТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Морева Ж.Г.<sup>1</sup>, Васильев М.М.<sup>2</sup>, Миронов А.Ю.<sup>1</sup>, Сащенко В.П.<sup>3</sup>

*<sup>1</sup> ФБУН МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского г. Москва*

Установлено, что женщины, инфицированные *Trichomonas vaginalis*, имеют более высокий риск развития рака шейки матки, особенно при наличии ко-инфекции с вирусом папилломы человека (ВПЧ) (S. Yang, 2018). Женщины с наличием ВПЧ в 50% случаев инфицированы *T.vaginalis* (E. Kone, 2017). Нами при обследовании 61 женщины в возрасте 18–52 лет (средний возраст – 35,6 л.) с воспалительными заболеваниями половых органов *T.vaginalis* была выявлена в 78,69% культуральным методом, микроскопическим методом *T.vaginalis* выявлялась из влагалища в 49,18%, с шейки матки – в 47,54%. При исследовании отделяемого с шейки матки в 47,54% выделена ДНК ВПЧ, сочетание *T. vaginalis* с ВПЧ наблюдалось у 60,42% женщин. Все выделенные типы ВПЧ являлись онкогенными. У 31,03% женщин встречались наиболее высокоонкогенные типы вируса: 16 и 18 тип. У пациенток с ВПЧ в 65,52% случаев выявлялись одновременно несколько типов вируса.

Описывается клинический случай начала патологических изменений в шейке матки у па-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

циентки с сочетанной папилломавирусной инфекцией вместе с трихомониазом. Больная Л.М.В., возраст 25 лет, обратилась на осмотр к гинекологу в декабре 2018 г., вредных привычек не имеет. Клинический диагноз: хронический правосторонний сальпингоофорит вне обострения, хронический цервицит, спаечная болезнь малого таза. Больная предъявляла жалобы, свидетельствующие о наличии гинекологических заболеваний. Во время гинекологического осмотра отмечено: слизистая оболочка влагалища не гиперемированная, выделения умеренные, творожистой консистенции, белого цвета. При лабораторном исследовании выделений отмечена нейтральная РН реакция, отрицательный тест с 10% КОН. Слизистая оболочка шейки матки гиперемированная, выделения обильные, слизисто – гнойные, желтого цвета. На шейке матки выявляется эктопия. Матка в положении retroflexio-versio, резко смещена вправо, не чувствительная при пальпации. По данным УЗИ эндометрий с неравномерно утолщенным базальным слоем. Маточные трубы тяжистые, вместе с яичниками слегка чувствительные при пальпации справа. У больной наблюдается нарушение менструального цикла. При лабораторном исследовании отделяемого из влагалища и шейки матки выявлен лейкоцитоз (количество лейкоцитов в мазках из влагалища составило 15 клеток в п/з, в мазках с шейки матки – 35–40 клеток в п/з), обильная грамвариабельная микрофлора. Методом ПЦР в отделяемом влагалища и шейки матки бактериальные ИППП не обнаружены, выявлен ВПЧ высокого онкогенного риска, типы 51,56,68. Из сыворотки крови путем ИФА выявлены антитела к герпесвирусам в анамнестических титрах. Микроскопическим и культуральными методами, ПЦР из влагалища и цервикального канала выявлена *T.vaginalis* и *Candida albicans*. У пациентки половая жизнь началась с 22 лет, один половой партнер, он, после начала половых отношений с пациенткой, посторонних половых связей не имел. У полового партнера выявлены те же ИППП. С начала половой связи пациентка отмечала усиление выделений из влагалища с запахом, зуд в области половых органов, обследование не проходила. Через год у больной наблюдалось усиление клинических признаков и был диагностирован урогенитальный трихомониаз. В поликлинике по месту жительства проведено местное противотрихомонадное лечение. В течение 2018 года у пациентки снова наблюдалось усиление клинических признаков наличия мочеполовых инфекций, обратилась на обследование в гинекологическое отделение НУЗ ОБ на станции Иваново. При исследовании шейки матки методом кольпоскопии у пациентки обнаружена атипическая зона трансформации, в которой встречаются ороговевшие открытые железы. При цитологическом исследовании соскоба из экзоцервикса и эндоцервикса выявлена цитограмма, соответствующая 2 классу по классификации Г.Н. Папаниколау, указывающая на наличие воспалительного процесса и реактивных изменений клеток МПЭ. Таким образом, у пациентки через 3 года после инфицирования *T.vaginalis* и ВПЧ появились отчетливые признаки, свидетельствующие о патологических изменениях в шейке матки, которые могут быть подозрительными в отношении развития CIN. Наблюдение за пациенткой продолжается.

*При обследовании 61 женщины с гинекологическими заболеваниями *T. vaginalis* была выделена из половых органов в 78,69% случаев с использованием культурального метода. В мазках из влагалища *T. vaginalis* выделена в 49,18%, в мазках с шей-*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*ки матки – в 47,54%. ДНК HPV выделена в 47,54% с шейки матки женщин. Описывается клинический случай начала патологических изменений в шейке матки у пациентки с сочетанной папилломавирусной инфекцией вместе с трихомониазом.*

*During the examination of 61 women with gynecological diseases, T. vaginalis was isolated from the genital organs in 78.69% of cases by the culture method. T. vaginalis was isolated in the smears from the vagina in 49.18% and in smears from the cervix in 47.54%. HPV DNA was isolated from the cervix in 47.54%. A clinical case of the onset of pathological changes in the cervix in a patient with a mixed HPV infection together with trichomoniasis is described.*

## ОСОБЕННОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА

Мурадова Д.К., Эседова А.Э.

*Поликлиника «Целитель плюс»  
г. Каспийск*

В нынешнее время акушер-гинеколог располагает большим арсеналом лекарственных препаратов для поддержания женского здоровья и предупреждения оперативного вмешательства на репродуктивных органах. Несмотря на это, количество операций на матке и придатках, приводящих к хирургической менопаузе (ХМ), в мире неуклонно растет.

При наступлении ХМ взаимные связи между всеми органами и системами женского организма подвергаются перестройке, испытывают повышенное напряжение, адаптируясь к новым условиям взаимодействия. Огромную роль в этом адаптивном периоде принадлежит щитовидной железе (ЩЖ).

В регионе с дефицитом йода функциональные и/или морфологические изменения ЩЖ встречаются почти у каждой второй женщины в возрасте 45–55 лет. Заболевания ЩЖ усугубляют проявления ХМ, учитывая взаимоотношение этих двух состояний дефицита гормонов.

Цель исследования состояла в изучении особенностей менопаузальных расстройств и гормонального статуса у женщин с ХМ на фоне заболеваний ЩЖ.

В исследовании участвовало 150 женщин, оперированных в перименопаузальном периоде в возрасте старше 45 (средний возраст  $48 \pm 1,4$  года), с длительностью ХМ 1–1,5 года.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

В основную группу вошло 80 женщин с ХМ, страдающих заболеваниями ЩЖ, а именно гипотиреозом. Группу контроля составили 70 женщин с ХМ без патологии ЩЖ. Учитывались жалобы, анамнез, результаты гинекологического осмотра, антропометрические данные.

ИМТ (индекс Кетле) рассчитывали, как отношение массы тела (кг) к квадрату роста (м<sup>2</sup>).

Тяжесть менопаузальных симптомов оценивалась с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ)-индекса Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

Исследованы уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Е2), пролактина, тестостерона (Т), тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т4 св.), общего трийодтиронина (Т3 общ.).

Все оперированные женщины имели клинические проявления ХМ.

У пациенток первой (основной) группы в основном преобладали нейровегетативные и психоэмоциональные симптомы менопаузального синдрома (МС) в среднетяжелых и тяжелых формах, тогда как у женщин второй группы (контрольной) эти формы встречались в 1,5–2 раза реже. Выраженность менопаузальных расстройств зависело от наличия патологии ЩЖ, в данном случае синдрома гипотиреоза. Жалобы на вазомоторные симптомы (приливы жара и/или ознобы, потливость) и психосоматические расстройства (головная боль, раздражительность, депрессия, расстройства сна, слабость, артериальная гипертензия) чаще встречались среди пациенток основной группы, нежели у пациенток контрольной группы, у которых ХМ протекала без фоновых заболеваний ЩЖ.

При оценке степени тяжести менопаузального синдрома (МС) по данным ММИ было выявлено, что у женщин с ХМ на фоне синдрома гипотиреоза, преобладали тяжелая (22 пациентки, 27,5%) и среднетяжелая (40 пациенток, 53,7%) степени тяжести, тогда как у пациенток контрольной группы такие формы МС встречались в 1,5–2 раза реже – 9 (12,8%) и 21 (30%) женщин соответственно. При этом у женщин контрольной группы в основном преобладал ММИ легкой степени тяжести.

У всех обследованных женщин были выявлены следующие изменения гормонального статуса: низкий уровень эстрадиола, высокие цифры значения ФСГ, индекс ЛГ/ФСГ менее единицы в обеих группах. У пациенток основной группы были выявлены повышенные значения ТТГ в отличие от женщин контрольной группы.

Результаты исследования показали, что тяжесть течения МС у женщин с ХМ усугубляется в условиях дефицита гормонов ЩЖ. Исходя из того, что мировая медицина движется в направлении, так называемой, «anti-age» терапии, улучшение качества жизни современной женщины является первостепенной задачей. В результате этого существует необходимость дальнейшего изучения данной патологии для формирования алгоритма обследования и лечения.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Цель состояла в изучении особенностей менопаузальных расстройств и гормонального статуса у женщин с хирургической менопаузой (ХМ) на фоне гипотиреоза.*

*Обнаружено, что у женщин с гипотиреозом, отмечался повышенный уровень тиреотропного гормона (ТТГ), и преобладали тяжелые и среднетяжелые формы менопаузального синдрома (МС) по данным ММИ, тогда как у женщин без сопутствующей патологии щитовидной железы (ЩЖ) чаще встречались легкие формы МС и нормальные значения уровня ТТГ.*

*Выявлено, что выраженность менопаузальных расстройств зависит от наличия заболевания щитовидной железы.*

*The goal was to study the characteristics of menopausal disorders and hormonal status in women with surgical menopause (CM) on the background of hypothyroidism.*

*It was found that women with hypothyroidism had elevated thyroid-stimulating hormone (TSH) levels, and severe and moderate forms of menopausal syndrome (MS) prevailed, according to MMI, while women without concomitant thyroid pathology (thyroid gland) more often encountered mild MS and normal ttg level values.*

*It was revealed that the severity of menopausal disorders depends on the presence of thyroid disease.*

## БИГУАНИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ

Мусина Е.В., Коган И.Ю.

*Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта.*

*г. Санкт-Петербург*

Мало изученным вопросом является механизм развития, своевременная диагностика, лечение и профилактика фиброзно-кистозной мастопатии (ФКМ) у больных с нарушениями углеводного обмена. Одним из возможных перспективных направлений патогенетического воздействия на ткани молочной железы при мастопатии, ассоциированной с гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, является применение метформина. В настоящее время продолжаются клинические исследования по применению метформина при раке молочных желез. Данные об использовании препаратов данной группы у пациенток с ФКМ в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют.

Оценка влияния метформина на клинические проявления мастопатии и ультразвуковые характеристики паренхимы молочных желез у пациенток с инсулинорезистентностью.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Было обследовано 50 женщин, средний возраст которых составил  $27,5 \pm 0,7$  года, с клиническими и/или ультразвуковые признаки фиброзно-кистозной мастопатии, индекс НОМА (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance)  $>3,4$ .

Оценка масталгии проводилась при помощи визуально-аналоговой шкалы. При  $\geq 7$  масталгию считали тяжёлой, при 4–6 – средней и при 1–3 – легкой степени выраженности.

Ультразвуковое исследование молочных желез выполняли на 5–7 день менструального цикла. С целью количественного анализа изображения паренхимы органа осуществлялась оценка следующих показателей: а) толщины паренхимы (фиброгландулярной зоны, ФГЗ); б) диаметра млечных протоков; в) эхогенности.

Толщина ФГЗ определялась в верхнем наружном квадранте молочной железы вдоль радиальной линии, разделяющий квадрант пополам и сходящейся к соску. Измерение осуществляли от наружного контура переднего до наружного контура заднего листка расщеплённой фасции молочной железы. После определения толщины ФГЗ в правой и левой молочной железе, вычисляли её среднюю величину.

Все пациентки получали метформин в дозе 1500 мг в сутки. Динамический контроль клинической картины заболевания и ультразвуковых показателей паренхимы молочной железы осуществляли через 3 и 6 месяцев от начала терапии.

До начала терапии большинство пациенток испытывали масталгию умеренной и тяжёлой степени выраженности (44% и 22% соответственно), то через 6 месяцев масталгии не было ни у одной из пациенток, включённых в исследование.

До начала терапии у большинства пациенток с инсулинорезистентностью и мастопатией паренхима молочных желёз характеризовалась повышенной эхогенностью (77,6%). Через 6 месяцев от начала приёма метформина сочетано с изменениями эхогенности паренхимы молочных желез – эхогенность стала средней в 95,9% случаев, произошло достоверное уменьшение толщины паренхимы молочных желез (с 15,5 мм до 10,5 мм) и диаметра млечных протоков (с 1,7 мм до 0,9 мм).

Полученные данные о позитивном влиянии метформина на клиническое течение мастопатии и структурные изменения паренхимы молочных желёз у пациенток с мастопатией и инсулинорезистентностью позволяют рассматривать подобный подход в качестве перспективного направления патогенетического воздействия при такой патологической ассоциации.

*Одним из возможных перспективных направлений патогенетического воздействия на ткани молочной железы при мастопатии, ассоциированной с гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, является применение метформина.*

*One of the possible perspective directions of pathogenetic impact on tissues*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*of a mammary gland at the mastopathy associated with a giperinsulinemiya and insulin resistance is use of metformin.*

### ВЗАИМОСВЯЗЬ СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ С ХАРАКТЕРОМ СУПРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Неретина Е.А., Захарова Е.И.

*Российский Православный Университет имени Иоанна Богослова  
г. Москва*

На фоне отсутствия убедительных данных о показаниях или противопоказаниях участия мужа в родах, с каждым годом всё большее число женщин, как и я, выбирает для себя роды с сопровождением. Противоречивость суждений об эффективности участия мужа позволяет предположить, что залогом успешности является не столько сам способ, сколько отношения между супругами, принявшими решение к нему обратиться.

Гипотеза исследования: выбор способа родоразрешения связан с психологическими особенностями супружеских отношений. Я предположила, что в первую очередь, он обусловлен уровнем сплочённости, доверительности и гибкости отношений в паре, и что партнёрские роды выбирают супруги с высокими показателями по этим параметрам.

1. Появление ребёнка в семье является первым нормативным кризисом семейных отношений и открывает новый этап в её развитии.
2. Он подготовлен такими характеристиками супружеских отношений, как сплочённость, адаптивность, доверительность, удовлетворённость семейными отношениями, распределением и гибкостью в ролевой структуре, а так же уровнем согласованности внутри пары.
3. Семьи, которые планируют партнёрские роды, отличаются наличием таких особенностей как: высокий уровень социального и профессионального статуса, уровнем межличностных отношений в паре, и что особенно важно – желанием и мотивацией супруга участвовать в родах.

Последствиях участия мужа в родах. К положительным относятся:

- участие партнёра снижает частоту послеродовых осложнений у женщин в 4 раза;
- участие в родах партнёра стимулирует раннее пробуждение отцовской любви к ребёнку и к жене, а совместная подготовка к родам является необходимым этапом становления родительства;
- показатели личностной тревожности у мужчин и женщин значительно ниже, что по-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ложительно отражается на родах.

К негативным факторам относятся:

- присутствие неподготовленного партнёра может стать помехой медицинскому персоналу;
- иногда случается так, что горячо любимый супруг, мотивированный и подготовленный, из-за собственных эмоций забывает обо всём и перетягивает внимание на себя, раздражая жену, мешая ей расслабиться;
- бывает, что и сама женщина, вопреки собственным ожиданиям, не может расслабиться в присутствии мужа, и рождает быстрее, как только он выйдет за дверь.

Методики, выбранные для исследования супружеских отношений

Кроме социо-биографической анкеты, нами были выбраны три методики, определяющие характер семейных отношений:

«Шкала семейной адаптации и сплоченности» Д.Х. Олсон, Дж. Портнер и И. Лави. В основе создания методики лежит «циркулярная модель» («круговая модель») Д.Х. Олсона.

«Особенности общения между супругами» авторы Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская опирались на исследования видных американских ученых Р. Левиса и Дж. Спаниера

«Ролевые ожидания и притязания в браке» (РОП) (А.Н. Волкова)

Проведённое исследование подтвердило, что качество отношений внутри пар, выбирающих партнёрский способ родоразрешения, имеет свои особенности:

- уровень доверия партнёру у женщин экспериментальной выборки так же, как и доверительность мужчины самому себе значимо выше показателей контрольной группы;
- параметр сплочённости супружеской системы, при более высоких результатах экспериментальной группы, к сожалению, не был подтверждён статистически;
- параметр «гибкости и адаптивности семейной системы» получил статистическое подтверждение в более высоком показателе у контрольной группы.

Партнёрские роды в последние годы набирают всё большую популярность в нашей стране, поэтому для наиболее эффективного их осуществления, без вреда семейным отношениям, необходимо учитывать не только медицинские показания и физическое состояние будущих мам, психологическое состояние и мотивы присутствия партнёра на родах, но и характер супружеских отношений.

Полученные результаты являются логичным продолжением и укреплением существующего в других исследованиях мнения, о положительном влиянии партнёрского способа родоразрешения при должной подготовке, желании и осознанности обоих супругов. Не-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

сомненно, увеличение численности выборки испытуемых поможет получить более достоверные. Однако и представленные сегодня результаты открывают дополнительную область работы для специалистов в подготовке супругов к предстоящему родительству. Считаем целесообразным внести, используемую нашим исследованием, батарею тестов в перечень подготовки будущих родителей к родам.

### ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Росюк Е.А.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
ФГБОУ НИИ ОММ Минздрава России  
г. Екатеринбург*

В отечественной государственной статистике при наличии многочисленной информации о раке шейки матки отсутствуют данные о заболеваемости и распространенности CIN, как патологии, предшествующей раку шейки матки. Изучение региональных эпидемиологических особенностей данной патологии на примере Екатеринбурга может представлять научный и практический интерес.

Анализ распространенности, стадийности цервикальных интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки проведен по данным Управления здравоохранения Администрации Екатеринбурга на основании оригинальной, специально разработанной отчетности женских консультаций по диспансерным группам за последние 15 лет. Выделено 3 временных периода: I-й – 2000–2004 гг., когда в городе только начиналось становление системы охраны репродуктивного здоровья; II-й – 2005–2009 гг. – период улучшения финансирования службы, совершенствования её материальной базы; III -й -2010 г. -2014 г., когда в городе началось внедрение организационно-методической и образовательной системы по профилактике онкологических заболеваний.

В период 2000–2005 гг. Администрацией Екатеринбурга была принята городская программа «Три шага к долголетию», один из разделов которой относился к профилактике онкологических заболеваний. Главными специалистами Управления здравоохранения было в 2008 гг. издано пособие для врачей «Протоколы диагностики и ведения предраков и злокачественных новообразований», в котором прописывались организационные и лечебно-диагностические мероприятия для лечебно-профилактических учреждений Екатеринбурга. В этот же период были организованы специализированные приёмы для оказания медицинской помощи женщинам с предраковыми процессами шейки матки в 2-х



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

консультативно-диагностических центрах. С 2008 г. в Уральском государственном медицинском университете начали работать краткосрочные курсы повышения квалификации врачей (72 часа) «Патология шейки матки, влагалища и вульвы с основами кольпоскопии и широкополосной радиохирургии».

В отчётность женских консультаций введён раздел регистрации цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN), благодаря чему стал возможным учёт этих нозологических форм.

Установлено, что распространённость CIN возросла с 45,9 в 2000 г. до 105,4 в 2014 г., а рака шейки матки (РШМ) с 8,8 до 14,2 на 100 тыс. женского населения старше 14 лет. Наиболее интенсивный рост CIN произошёл с 2010 г., при этом распространённость РШМ стабилизировалась.

При анализе за три пятилетних периода распространённость CIN I достоверно возросла с 29,3 до 37,8 и 40,9 на 100 тыс. женского населения. CIN II также прогрессировала: в 2000–2004 гг. 16,1, в 2005–2009 гг. 25,6, в 2010 г.–2014 г. – 31,1 на 100 тыс. женского населения. Распространённость CIN III стала снижаться: 13,3, 12,2, 10,5 на 100 тыс. женского населения соответственно оцениваемым периодам времени. Полученные данные указывают на улучшение выявляемости первичных случаев CIN, а, значит, и своевременной санации, что приводит к снижению распространённости более тяжёлых стадий CIN.

Возраст пациенток с CIN всех стадий за последние 5 лет снизился на 3–4 года по сравнению с началом 2000-х годов. С одной стороны это указывает на раннее инфицирование женщин вирусом папилломы человека, приведшее к дисплазии эпителия шейки матки, но с другой стороны этот факт демонстрирует своевременную обращаемость пациенток и эффективную диагностику. CIN III диагностируется у женщин старше 30–35 лет, что указывает на отсутствие диагностики в более молодом возрасте на ранних стадиях.

При CIN I только у 52,7% женщин выявлены ВПЧ высокого онкогенного риска, в то время как при CIN II, III 80,0 и 83,3% соответственно.

Таким образом, для оценки эффективности профилактической работы первичного звена акушерско-гинекологической службы целесообразно ввести регистрацию и учёт предраковых процессов шейки матки, поскольку выявление CIN и проведение оздоровительных мероприятий в долгосрочной перспективе приведёт к снижению заболеваемости раком шейки матки.



## **РЕЦЕПТОРЫ ЭНДОМЕТРИЯ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Обоскалова Т.А., Тен А.Р.

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Екатеринбург*

Аномальные маточные кровотечения (АМК) являются весьма распространенным заболеванием в гинекологии. Морфологическим субстратом маточных кровотечений, обусловленных нарушениями в системе регуляции репродуктивной функции (АМК-О по классификации FIGO, 2017 г.), являются гиперпластические процессы эндометрия или неполноценность секреторной трансформации эндометрия. Несмотря на большое число исследований и широкий арсенал лечебных средств, терапия АМК не всегда бывает эффективной. Пациентки с этой патологией, как правило, подлежат госпитализации, им проводится большое количество инвазивных внутриматочных процедур, а иногда и радикальных хирургических вмешательств, приводящих к удалению репродуктивных органов.

Целью исследования явилась оценка рецепторного аппарата эндометрия на фоне терапии эстроген-гестагенным препаратом, содержащим биоидентичный эстрадиол (эстрадиол-валерат) в гибкой дозировке от 1 до 3-х мг и диеногест от 1 до 3 мг в течение 28 дней 6 циклов (1 группа 35 пациенток) и препаратом микронизированного прогестерона интравагинально 200 мг в сутки с 15 по 25 день цикла 6 циклов (2 группа 35 пациенток). Рецепторы эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП) исследовались методом иммерсионной микроскопии, оценивались в условных единицах в 10 полях зрения.

Пациентки отобраны с помощью генератора случайных чисел. Всем пациенткам по поводу АМК на 1-м этапе терапии была произведена гистероскопия и аспирация эндометрия. Женщины были в возрасте 34,2±4,8 года. Имели в среднем 3,3 беременности, в том числе 2,1 родов, 1,2 аборт. Экстрагенитальная патология у них была представлена желчно-каменной болезнью, аутоиммунным тиреоидитом, анемией. Из гинекологической патологии в анамнезе уже были аномальные маточные кровотечения и гиперплазия эндометрия, миома матки интерстициальная и субсерозная. По данным ультразвуковой диагностики у 95,7% женщин выявлена гиперплазия эндометрия в сочетании с полипами. При морфологическом исследовании эндометрия полипы эндометрия верифицированы у 71,4% пациенток, в 61,4% случаев были железистые полипы, доброкачественная гиперплазия эндометрия установлена у 17,1% пациенток.

На 2-м этапе лечения пациентки получали комбинированный эстроген-гестагенный препарат и микронизированный прогестерон. Через 6 месяцев терапии комбинированным



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

эстроген-гестагенным препаратом показатель РЭ в железах и строме снизился в 1,5 раза. На фоне терапии микронизированным прогестероном в строме показатель лишь имел тенденцию к снижению, в железах снизился в 1,7 раза. Рецепторы прогестерона в обеих группах снизились в 1,6 и 1,7 раза соответственно, в железах произошло возрастание показателей в 2 раза в 1-й группе и 2,4 раза во 2-й группе. Соотношение РП/РЭ до начала лечения в обеих группах составило в строме 1,44 и 1,45, в железах 0,52 и 0,54. После лечения в строме 1,4 и 0,9, в железах 1,95 и 1,93, однако нормативное значение показателя (2–4) достигнуто не было.

Таким образом, влияние терапии комбинированным эстроген-гестагенным препаратом с гибкой дозировкой компонентов и микронизированным прогестероном на рецепторный аппарат эндометрия идентично, приводя к возрастанию рецепторов прогестерона, однако соотношение РП/РЭ остаётся ниже целевого показателя, что указывает на необходимость 3-го этапа лечения, который может быть индивидуальным в зависимости от репродуктивных планов женщины – от длительной контрацепции до планирования беременности в ближайшие циклы.

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ

Огарёва А.С., Амалицкий В.Ю., Габор Н.В., Арсюкова М.А., Покусаева В.Н.

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России  
г. Смоленск*

В настоящее время большое внимание уделяется состоянию углеводного обмена у беременных женщин. Известно, что высокий уровень гликемии напрямую связан с большим риском неблагоприятных исходов для матери и новорожденного. При этом остается нерешенным вопрос о том сроке, в котором предпочтительно исследовать уровень глюкозы крови у беременных для прогнозирования неблагоприятных исходов – рождения крупного плода и увеличения частоты оперативного родоразрешения. Плацентарные гормоны и белки являются важными регуляторами в формировании инсулинорезистентности и участвуют во многих физиологических и патологических процессах. В литературе имеются данные о том, что дисрегуляция продукции адипокинов, а именно лептина и адипонектина, приводит к развитию гестационного сахарного диабета. Необходимо понять их роль в развитии метаболических нарушений, для возможности использования уровня адипокинов как маркера гестационных осложнений, и, возможно, выявления групп высокого риска, для своевременной профилактики.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Определение связи уровня тощаковой глюкозы в первом триместре беременности с исходами беременности и массой новорожденного, а также исследование уровня адипокинов – лептина и адипонектина у беременных женщин с различным уровнем тощаковой гликемии.

Проведено проспективное исследование 61 беременной, которые были разделены на две группы: 1-ая группа включала 11 (18%) беременных с уровнем гликемии  $\geq 5,1$  ммоль/л, 2-ая группа (контрольная) – 50 (82%) беременных с нормальным уровнем гликемии. Критерии исключения: манифестный сахарный диабет, многоплодная беременность. Группы были сопоставимы по возрасту, паритету родов и сроку гестации. Исследовался уровень тощаковой гликемии в плазме крови в 11–12 недель беременности. Уровни лептина, адипонектина определялись в плазме крови, взятой в сроке 24–26 недель.

В основной группе средний уровень гликемии составил  $5,42 \pm 0,34$  ммоль/л, в группе с нормальным уровнем гликемии –  $4,42 \pm 0,39$  ммоль/л. Среднее значение массы новорожденных ( $3378 \pm 507$  г) у беременных в первой группе оказалось сопоставимо с таким значением у беременных в контрольной группе ( $3260,91 \pm 554$  г) ( $p=0,45$ )

Количество детей, родившихся с массой тела более 4000 г, в основной группе составило 9% (1) и достоверно не отличалось от 10% (5) в контрольной группе ( $p=0,71$ ).

В отношении частоты оперативного родоразрешения были получены аналогичные. В контрольной группе этот показатель составил 32% (16), в основной группе – 36% (4) и статистически значимых различий выявлено не было ( $p=0,52$ ).

Среднее значение уровня адипонектина в плазме крови ( $0,64 \pm 0,25$  нг/мл) оказалось достоверно ниже у пациенток с диагностированной гипергликемией ( $0,69 \pm 0,31$  нг/мл) ( $p=0,01$ ). При сравнении среднего уровня лептина в основной ( $1,21 \pm 0,85$  нг/мл) и контрольной группах ( $1,52 \pm 1,24$  нг/мл) статистически достоверных различий выявлено не было ( $p>0,05$ ).

Прослеживается отчетливая тенденция, однако не достигающая уровня заданной достоверности, в различиях средних показателей адипонектина у пациенток с абдоминальными ( $0,79 \pm 0,4$  нг/мл) и естественными ( $0,52 \pm 0,22$  нг/мл) родами ( $p=0,06$ ). При сравнении уровней лептина были получены аналогичные результаты –  $1,29 \pm 0,78$  нг/мл и  $1,25 \pm 0,93$  нг/мл. соответственно ( $p>0,05$ )

Уровни адипонектина у женщин с массой новорожденных  $\geq 4000$  г ( $0,70 \pm 0,2$  нг/мл) и без макросомии ( $0,68 \pm 0,32$  нг/мл) значимо не различались ( $p>0,05$ ). Аналогичная тенденция имела и для лептина –  $1,59 \pm 0,75$  нг/мл и  $1,24 \pm 0,96$  нг/мл, соответственно ( $p>0,05$ ).

Проведенное исследование не показало значимой связи между уровнем тощаковой гликемии в первом триместре беременности и массой новорожденного, а также способом родоразрешения. При анализе уровней лептина и адипонектина в плазме крови, установлено, что при гипергликемии концентрация адипонектина достоверно ниже, чем в контрольной группе. Данных о различии уровня лептина у беременных с нормальным



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

уровнем тощаковой глюкозы и гипергликемией получено не было. Также анализ уровня адипокинов у беременных показал отсутствие связи с массой новорожденного и способами родоразрешения.

*Исследовался уровень тощаковой глюкозы в первом триместре ( в плазме крови в 11–12 недель ) с исходами беременности и массой новорожденного, а также уровень лептина и адипонектина ( в плазме крови в 24–26 недель) у беременных женщин с различным уровнем тощаковой гликемии. Проведено проспективное исследование 61 беременной. Критерии исключения: манифестный сахарный диабет, многоплодная беременность. Исследование не показало значимой связи между уровнем тощаковой гликемии в первом триместре беременности и массой новорожденного. При анализе уровней лептина и адипонектина, установлено, что при гипергликемии концентрация адипонектина достоверно ниже, чем в контрольной группе.*

*The aim of the study was definition of the relationship between the level of fasting glucose in the first trimester of pregnancy and the outcomes of pregnancy and the weight of the newborn as well as the study of the level of adipokines, leptin and adiponectin, by pregnant women with different levels of fasting glycemia. A prospective study of 61 pregnant women was conducted. The study does not show a significant relationship between the level of lean glycemia in the first trimester of pregnancy and the mass of the newborn as well as the mode of delivery. By analysis of the levels of leptin and adiponectin in the blood plasma the concentration of adiponectin is significantly lower than in the control group.*

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Озолия Л.А., Лапина И.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России  
г. Москва

Улучшить качество ведения пациентов, относящихся в группу риска по возникновению ВТЭО путем проведения им адекватных мер профилактики, согласно клиническим рекомендациям 2014–2015 гг.

Под наблюдением находились две группы пациенток. В первую группу вошли 90 беременных, имевших общую оценку риска ВТЭО  $\geq 3$  балла. Наиболее частыми факторами риска явились: варикозное расширение крупных вен, ожирение, возраст старше 35 лет, наличие



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

сопутствующих заболеваний и отягощенного анамнеза. Среди обследованных беременных 50 пациенток наблюдались проспективно в 2014–2018 гг. и получали профилактику, согласно клиническим рекомендациям 2014–2015 гг., а 40 – оценены ретроспективно (период наблюдения – 2010–2013 гг.) Состав проводимой профилактики включал неспецифические меры (избегать гиподинамии, дегидротации, использовать эластичные компрессионные чулки), а также назначение низких доз низкомолекулярных гепаринов (НМГ). Во вторую группу вошли 90 гинекологических больных с общей оценкой риска ВТЭО  $\geq 3$  балла, которые проходили обследование и подготовку к операции, а затем наблюдались после ее выполнения. Факторами риска у пациенток этой группы явились: наличие доброкачественной опухоли гениталий, проведение большой открытой или лапароскопической операции, возраст старше 40 лет, ИМТ  $> 25$  кг/м<sup>2</sup>, варикозное расширение вен, сопутствующие хронические заболевания. Среди обследованных гинекологических больных, 50 пациенток находились под проспективным наблюдением в 2014–2018 гг. и получали профилактику, согласно клиническим рекомендациям 2014–2015 гг., а 40 – оценены ретроспективно (период наблюдения – 2010–2013 гг.). Эффективность профилактики ВТЭО оценивали общеклиническими и лабораторно-инструментальными методами исследования.

Среди 50 беременных, получавших профилактически низкие дозы НМГ и неспецифические меры профилактики, случаев кровотечений или ВТЭО не констатировано, тогда как среди 40 беременных, наблюдавшихся в 2010–2013 гг., отмечено 4 (10,0%) случая ВТЭО: 1 случай тромбоза подколенной вены, 2 – тромбофлебита поверхностных вен голени и 1 – тромбоза геморроидальных вен. Заслуживает внимание также тот факт, что среди 50 беременных, получавших низкие дозы НМГ и неспецифические меры профилактики ВТЭО, достоверно реже отмечены преэклампсия и синдром задержки роста плода: у 2 (4,0%) и 3 (6,0%) беременных; тогда как среди 40 беременных, подгруппы ретроспективного наблюдения данные осложнения беременности выявлены у 4 (10,0%) и 6 (15,0%) пациенток соответственно ( $p < 0,05$ ). Во второй группе, включающей гинекологических больных, удалось избежать возникновения ВТЭО и кровотечений у 50 пациенток, имеющих умеренный или высокий риск данных осложнений и получавших адекватную профилактику ВТЭО (низкие дозы НМГ и неспецифические меры профилактики). Среди 40 гинекологических больных, наблюдавшихся в 2010–2013 гг., отмечено 3 (7,5%) случая ВТЭО: у 2 пациенток – тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей и у 1 – тромбоз локтевой вены. Диагноз венозного тромбоза во всех случаях установлен клинически и подтвержден данными ультразвукового ангиосканирования и доплерографии. Лечение пациенток с развившимися осложнениями осуществляли совместно с хирургом, случаев тромбэмболии не констатировано.

Применение современных и адекватных мер профилактики при умеренном и высоком риске ВТЭО, с использованием низких доз НМГ, позволяет избежать как тромботических, так и геморрагических осложнений у беременных и гинекологических больных, входящих в группу риска по развитию данных осложнений. Кроме того, использование низких доз НМГ у беременных группы риска по ВТЭО улучшает реологические свойства крови и сни-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

жает риск возникновения плацента-ассоциированных осложнений беременности.

*180 беременным и гинекологическим больным с оценкой риска ВТЭО  $\geq 3$  балла, применяли низкие дозы НМГ (у 100) или неспецифическую профилактику (у 80). Среди пациенток, получавших низкие дозы НМГ, случаев кровотечений или ВТЭО не констатировано, среди получавших неспецифическую профилактику – 8(10,0%) случаев ВТЭО.*

*Применение низких профилактических доз НМГ позволяет избежать как тромботических, так и геморрагических осложнений.*

*180 pregnant and gynecologic patients with moderate risk of venous thromboembolism (VTE) were observed. 100 women received low doses of low-molecular-weight heparins (LMWH) and 80 – mechanical methods of prophylaxis of VTE. Patients which received LMWH showed absence of VTE or high haemorrhages, while patients which received only mechanical methods of prophylaxis had VTE in 8 (10%) cases. Thus, low doses of LMWH allow to avoid VTE and high haemorrhages in obstetric and gynecology.*

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Омарпашаева М.И., Дикке Г.Б.

ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева»,

г. Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России»

г. Махачкала

В исследованиях показано, что у женщин с невынашиванием беременности и бесплодием неясного генеза значительно снижен уровень  $\alpha 2$ -микроглобулина фертильности (АМГФ) в крови в период «окна имплантации». Уровень АМГФ используют как показатель морфофункционального состояния эндометрия и его рецептивности.

Улучшить результаты восстановления рецептивности эндометрия у пациенток после НВ и оценить уровень АМГФ в динамике лечения.

В исследование включено 90 пациенток после НВ, которые были разделены на 3 группы (по  $n=30$ ). Все пациентки получали антибиотики. Кроме того, в I группе проводилось орошение полости матки кавитированными растворами (1-й курс – 0,05% раствор водного хлоргексидина, 2 и 3 – 0,05% раствор иммунофана со стерильным физиологическим раствором в соотношении 1/50) по 5 процедур на курс и ректальное введение грязевых тампонов озера Тамбукан. Во II – ректальное введение грязевых тампонов и аппликации



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

на низ живота (в обеих группах курсом по 10 процедур). В III – применяли только антибактериальную терапию. Для контроля уровня АМГФ сформирована IV группа из здоровых женщин (n=28).

Изучали микробиоценоз влагалища методами микроскопии мазков и ПЦР, данные УЗИ органов малого таза, морфологического исследования биоптатов эндометрия и уровень АМГФ в менструальной крови (на 2–3 день цикла) [M(±SD)]. Оценка статистической значимости различий средних величин проведена с использованием t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

Через 6 мес после лечения в I и II группах гистологическая картина, которая соответствовала ранней стадии фазы пролиферации без признаков воспалительной реакции стромы, встречалась у 75 и 54% пациенток соответственно ( $p = 0,003$ ). Гипертрофический эндометрит был выявлен в 10% случаев – только во II группе. В сравнении с этими данными, в III группе пациенток гистологическая картина ранней стадии фазы пролиферации без признаков стромальной лимфоидной инфильтрации отмечалась только в 35% наблюдениях ( $p_{I-III} = 0,001$ ,  $p_{II-III} = 0,003$ ). Наиболее часто определялась картина гипертрофического эндометрита – в 42% случаев ( $p = 0,001$  по сравнению с I и II группами), морфологическая картина ХЭ наблюдалась у 65% пациенток.

До лечения у женщин после НВ выявлено низкое содержание АМГФ ( $12,6 \pm 2,9$ ;  $9,3 \pm 2,5$  и  $9,3 \pm 2,4$  мкг/мл в соответствующих группах против  $40,3 \pm 2,4$  мкг/мл – в контроле,  $p \leq 0,001$ ). После восстановительного лечения в I группе уровень АМГФ достиг нормальных значений ( $44,1 \pm 8,2$  мкг/мл,  $p = 0,001$ ), без статистической разницы с группой контроля, во II – был в 2 раза ниже ( $24,2 \pm 3,3$  мкг/мл,  $p = 0,05$ ), в III – не изменился ( $9,5 \pm 2,6$  мкг/мл,  $p = 0,30$ ).

Таким образом, комплексное лечение приводит к значимому увеличению уровня АМГФ, что свидетельствует о восстановлении рецептивности эндометрия.

*Комплексное применение кавитационного орошения полости матки и грязелечения у женщин после неразвивающейся беременности приводит к улучшению состояния эндометрия по данным морфологического исследования и его рецептивности, оцениваемой по достоверно значимому увеличению уровня АМГФ в менструальной крови.*

*Comprehensive application of cavitation irrigation of the uterus and mud therapy in women after non-developing pregnancy leads to an improvement in the state of the endometrium according to morphological research and its receptivity, assessed by a significantly increase of the AMHF level in menstrual blood.*



## **ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Пихут П.П., Цахилова С.Г., Баблоян А.Г.

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова.  
г. Москва*

Послеродовые железодефицитные состояния являются актуальной проблемой в практическом акушерстве. Диагноз анемия ставится в среднем у 51% беременных и 20–40% родильниц. Самый распространенный вид анемии – это железодефицитная. Анемия может возникнуть во время беременности или существовать до ее наступления. По степени тяжести выделяют три: легкую (90–109 г/л), среднюю (70–89 г/л) и тяжелую (менее 70 г/л).

Ключевые слова: железодефицитная анемия, железа [III] карбоксимальтозат, внутривенные препараты железа, послеродовые кровотечения.

Оценить исходы послеродового периода у родильниц с железодефицитной анемией при лечении железа [III] карбоксимальтозат.

В период с сентября 2017 по январь 2019 года железа [III] карбоксимальтозат был назначен 51 родильнице с верифицированным диагнозом железодефицитная анемия средней степени тяжести (Hb 70–89 г/л) и кровопотерей 700–1000 мл после физиологических родов и более 1000 мл после операции «кесарево сечение». Был проведен анализ данных анамнеза и течения беременности, а также собраны и оценены результаты общего анализа крови и биохимического анализа крови (гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов, сывороточное железо, уровень ферритина). Общий и биохимические анализы крови были исследованы до родов, в послеродовом периоде на 1, 3, 7 и 14 сутки. Железа [III] карбоксимальтозат был назначен большинству родильниц (81%) двукратно: внутривенно на 1–2 сутки после родов и второй раз с недельным интервалом в случае необходимости, исходя из формулы: Суммарная доза железа (мг) = масса тела (кг) × (нормальная концентрация Hb – текущая концентрация Hb) (г/л) × 2.4. (750–1000 мг, но не более 20 мг на кг массы тела). Пациентки с верифицированной анемией до или во время беременности не участвовали в исследовании.

Положительная динамика наблюдалась у 3 (6%) родильниц уже после однократного введения, 41(81%) родильнице потребовалось второе введение препарата, 7(13%) родильницам потребовалось третье введение препарата. Родильницы хорошо перенесли внутривенное введение препарата 41 (81%), у 7 (13%) пациенток отмечалось жжение в области введения препарата. Через 3 суток после введения отмечено повышение показателей: уровня гемоглобина – от  $73.2 \pm 2.1$  до  $80.3 \pm 1.8$  г/л ( $p < 0,05$ ); уровня гематокрита –



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

от  $28,8 \pm 1,4$  до  $30,2 \pm 1,3\%$ ; уровня сывороточного железа – от  $5,1 \pm 0,6$  до  $7,4 \pm 1,2$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ); и уровня ферритина – от  $8,7 \pm 1,3$  до  $10,2 \pm 0,8$  мкг/л ( $p < 0,05$ ), числа эритроцитов – от  $3,0 \pm 0,4$  до  $3,2 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$ ; на 7 сутки после введения отмечено повышение показателей: уровня гемоглобина – от  $80,3 \pm 1,8$  до  $96,6 \pm 1,6$  г/л ( $p < 0,05$ ); уровня гематокрита – от  $30,2 \pm 1,3\%$  до  $33,9 \pm 0,8\%$ ; уровня сывороточного железа – от  $7,4 \pm 1,2$  до  $13,6 \pm 0,6$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ); и уровня ферритина – от  $10,2 \pm 0,8$  до  $13,3 \pm 0,6$  мкг/л ( $p < 0,05$ ), числа эритроцитов – от  $3,2 \pm 0,5$  до  $3,4 \pm 0,6 \times 10^{12}/л$ , на 14 сутки после введения отмечено повышение показателей: уровня гемоглобина – от  $96,6 \pm 1,6$  до  $100,8 \pm 1,6$  г/л ( $p < 0,05$ ); уровня гематокрита – от  $33,9 \pm 0,8\%$  до  $35,7 \pm 0,9\%$ ; уровня сывороточного железа – от  $13,6 \pm 0,6$  до  $15,4 \pm 0,6$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ); и уровня ферритина – от  $13,3 \pm 0,6$  до  $14,8 \pm 0,9$  мкг/л ( $p < 0,05$ ), числа эритроцитов – от  $3,4 \pm 0,6 \times 10^{12}$  до  $3,7 \pm 0,7 \times 10^{12}/л$ .

Железа [III] карбоксимальтозат – эффективный и безопасный препарат для лечения железодефицитной анемии средней степени тяжести, не способный вызвать серьезных аллергических реакций (не содержит декстран). Стоит так же отметить возможность однократного введения большой дозы препарата 1000 мг (20 мг на кг массы тела), а также низкая частота побочных эффектов при капельно-струйном введении в условиях стационара (13% – жжение в области введения препарата).

*Послеродовые железодефицитные состояния являются актуальной проблемой в практическом акушерстве. Основной метод лечения железодефицитной анемии – пероральное и внутривенное введение препаратов железа. Железа [III] карбоксимальтозат эффективный и безопасный препарат для лечения железодефицитной анемии средней степени тяжести, не способный вызвать серьезных аллергических реакций (не содержит декстран). Стоит так же отметить возможность однократного введения большой дозы препарата 1000 мг (20 мг на кг массы тела), а также низкая частота побочных эффектов при капельно-струйном введении в условиях стационара (13% – жжение в области введения препарата).*

*Postpartum iron deficiency is an urgent problem in practical obstetrics. The main method of treating iron deficiency anemia is oral and intravenous iron containing drugs. Iron [III] carboxymaltosate is an effective and safe drug for the treatment of moderate iron deficiency anemia, incapable of causing serious allergic reactions (does not contain dextran), the possibility of a single large dose of 1000 mg (20 mg per kg of body weight), as well as a low frequency side effects when drip-jet injection in the hospital (13% – a burning sensation in the area of injection).*



## **ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Покусаева В.Н., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С., Никифоровский Н.К.

*Смоленский государственный медицинский университет  
г. Смоленск*

Высокая перинатальная и материнская заболеваемость, неблагоприятные отдаленные последствия этого заболеваний побуждают исследователей к поиску критериев наиболее раннего выявления нарушений углеводного обмена. В частности, современным клиническим протоколом в качестве пороговой величины диабетической гипергликемии в первом триместре предлагается использовать уровень тощаковой гликемии 5,1 ммоль/л. Практическая значимость этого показателя, доказанная для 24–28 недель, остается дискутабельной для более ранних сроков беременности, что диктует необходимость дальнейших исследований в этой области.

Выяснить влияние уровня гликемии в первом триместре на исходы родов. В проспективное исследование включены 525 беременных, которым при первом визите и в 10–12 произведено исследование гипергликемии натощак, а в 24–28 недель проведен стандартный глюкозо-толерантный тест.

Критерии включения: одноплодная беременность, возраст матери старше 18 лет, отсутствие тяжелой соматической патологии и указания на сахарный диабет в анамнезе. Критерии исключения многоплодная беременность, преждевременные роды.

В отношении риска макросомии были получены следующие 15,1% новорожденных имели крупные размеры., при этом у пациенток с гестационным диабетом, диагностированным во 2 триместре, макросомия плода зарегистрирована у 60% ( $p=0,022$ ).

Проанализировав значения особенностей углеводного обмена у матери и их изменение на протяжении беременности с помощью критерия Манна-Уитни и  $\chi^2$ , мы выявили следующие особенности показателей обмена у пациенток, родивших детей с различной массой тела. В 1 триместре уровни тощаковой гликемии были примерно одинаковыми у всех пациенток, однако во 2 триместре концентрация глюкозы у матерей с крупными плодами достоверно превышала аналогичные показатели при нормальных размерах плода ( $p=0,021$ ). Гликемия выше 4,7 ммоль/л во втором триместре ассоциировалась с пятикратным увеличением риска рождения крупных детей ( $OR=5,3$ ,  $p=0,038$ ).

Прогностически значимым для макросомии плода оказался постпрандиальный уровень глюкозы. Пороговые значения, при которых возрастает риск рождения крупного плода, соответствуют 6,2 ммоль/л и выше ( $OR=3,5$ ,  $p=0,019$ ) и 6,5 ммоль/л и выше ( $OR=3,5$ ,  $p=0,038$ ), соответственно, в первом и во втором триместрах.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Абдоминальное родоразрешение (из анализа исключены случаи плановых показаний, обусловленных наличием рубца на матке, экстрагенитальной патологии) имело место в одинаковом проценте случаев при нормогликемии в 1 триместре и при уровне глюкозы 5,1 ммоль/л и выше (17,8% и 19,2%).

Таким образом, в исследовании нами не выявлено убедительных данных о диагностическом и прогностическом значении уровня гликемии (5,1 ммоль/л) в первом триместре беременности в отношении формирования крупного плода. и частоты абдоминального родоразрешения..

*Цель исследования – выяснить влияние уровня гликемии в первом триместре на риск формирования макросомии плода и кесарева сечения. В проспективное исследование включены 525 беременных, которым при первом визите и в 10–12 произведено исследование гипергликемии натощак, а в 24–28 недель проведен стандартный глюкозо-толерантный тест. Не выявлено диагностического и прогностического значения гликемии в 1 триместре на формирование макросомии плода и частоту кесарева сечения.*

*The aim of this study was to identify the relationship between increased level of glucose in 1st trimester and risk of fetal macrosomia and caesarean section. The prospective cohort study included 525 pregnant women. We evaluated fasting glucose level of 10–12 weeks and result of a 75 g glucose challenge test and 24–28 weeks of gestation. Glycemia in the first trimester of pregnancy was not predictor of fetal macrosomia and risk of caesarean section.*

## ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ РАСТВОРИМОЙ СУБСТАНЦИИ ЭНДОГЛИНА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Покусаева К.Б., Каткова Н.Ю., Рыжова Н.К., Безрукова И.М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Нижний Новгород*

Гипертензивные расстройства при беременности, включая различные варианты преэклампсии, являются наиболее частыми осложнениями гестации. Дифференциальная диагностика хронической гипертензии и преэклампсии, а соответственно, выбор оптимальной тактики ведения, в ряде случаев представляют определенные трудности. Учи-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

тывая ключевую роль дисбаланса модуляторов ангиогенеза в патогенезе преэклампсии, изучение антиангиогенной активности на основании определения сывороточных концентраций растворимой субстанции эндоглина (s-Eng), может предоставить новые возможности дифференцированного подхода к диагностике и назначению адекватной терапии этих осложнений.

Определение значимости уровня растворимой субстанции эндоглина в дифференциальной диагностике гипертензивных расстройств в период беременности.

Проведено проспективное исследование, включавшее 159 пациенток с гипертензивными расстройствами при беременности: 41 – с гестационной артериальной гипертензией (ГАГ), 45 – с хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и 73 – с преэклампсией (ПЭ). Группу контроля составили 28 пациенток без гипертензивного синдрома. С помощью метода твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов компании «R&D Systems» (Великобритания) в точном соответствии с рекомендациями фирмы-производителя нами был исследован уровень растворимой субстанции эндоглина (s-Eng) в сыворотке крови беременных после 20 недель гестации (22–30 недель). При статистической обработке результатов использованы: средняя величина (M), стандартное отклонение (SD), сравнение показателей с применением критериев Манна-Уитни, критерия  $\chi^2$ , точного критерия Фишера. Уровень значимости определен  $p < 0,05$ .

Средние показатели уровня растворимой субстанции эндоглина имели существенные отличия между группами. Так, в контрольной группе сывороточная концентрация s-Eng составила  $4,1 \pm 1,1$  нг/мл, что оказалось в 3–7 раз ниже в сравнении с пациентками с диагностированными гипертензивными расстройствами ( $p < 0,05$ ). Особенно высокий показатель уровня s-Eng нами был выявлен в группе ПЭ, где он составил  $22,6 \pm 5,8$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Такое значение значимо отличало его от групп пациенток как с хронической, так и с гестационной артериальной гипертензией, в которых концентрация s-Eng была равна  $11,1 \pm 5,1$  и  $14,4 \pm 4,8$  нг/мл соответственно ( $p < 0,05$ ). Статистических различий в содержании растворимой субстанции эндоглина между группами ХАГ и ГАГ нами установлено не было ( $p > 0,05$ ).

У пациенток с гипертензивными расстройствами во время беременности отмечается повышенный уровень антиангиогенной активности, особенно высокий у женщин с преэклампсией, что выражается в увеличении сывороточного уровня растворимой субстанции эндоглина (s-Eng). В сложных диагностических ситуациях сывороточная концентрация s-Eng может быть использована в качестве дополнительного дифференциально-диагностического маркера преэклампсии.

*Тезисы посвящены определению значимости уровня сывороточных концентраций растворимой субстанции эндоглина (s-Eng) в дифференциальной диагностике гипертензивных расстройств в период беременности. В исследование были включены: 41 пациентка с гестационной артериальной гипертензией, 45 – с хронической*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*артериальной гипертензией и 73 беременные с преэклампсией. Группу контроля составили 28 пациенток без гипертензивного синдрома. У пациенток с гипертензивными расстройствами отмечается повышенный уровень антиангиогенной активности, особенно высокий у женщин с преэклампсией.*

*Theses are devoted to the study of serum concentrations of the soluble endoglin substance (s-Eng) in pregnant women with hypertensive disorders. The study included: 41 patients with gestational arterial hypertension, 45 -with chronic arterial hypertension, and 73 pregnant women with preeclampsia. The control group consisted of 28 patients without hypertensive syndrome. Increased level of antiangiogenic activity is noted in patients with hypertensive disorders, especially high in women with pre-eclampsia.*

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

Посисеева Л.В<sup>1</sup>, Воронцов Д.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

<sup>2</sup> ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В.Н. Городкова» МЗ РФ, г. Иваново

Внематочная беременность (ВБ) является одной из наиболее опасных для здоровья, жизни и репродуктивной функции патологий в гинекологической практике.

Комплексная оценка состояния репродуктивного здоровья супружеских пар с внематочной беременностью в анамнезе с использованием белков репродуктивной системы человека.

Обследованы 103 женщины и 75 мужчин из супружеских пар с внематочной беременностью (ВБ) в анамнезе, а также 100 женщин и 52 мужчин из супружеских пар с нормальной репродуктивной функцией. У женщин в комплексе клинико-лабораторного обследования определялись содержание ПАМГ и гликоделина в периферической крови и перитонеальной жидкости (ПЖ) методом иммуноферментного анализа, уровень гликоделина и РАЛ-2 в менструальной крови путем иммунодиффузионного анализа. У мужчин дополнительно исследовался уровень гликоделина и РАЛ-2 в спермальной жидкости.

Нарушения в репродуктивной системе супружеских парах с ВБ в анамнезе выявляются с высокой частотой как у женщин (90,2%), так и мужчин (92,3%). У женщин – преимущественно в виде хронического эндометрита и НЛФ с высокими показателями РАЛ-2 (52,2%) и низкими – гликоделина (83,4%) в менструальной крови, у мужчин – сниженной концентрации активно подвижных сперматозоидов (38,5%) и гликоделина (62,6%), высокого уровня инфицированности (75%) и РАЛ-2 в сперме (92,3%). У женщин с ВБ в анамнезе



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

уровни ПАМГ и гликоделина в периферической венозной крови в 1 фазе менструального цикла, а также показатели ПАМГ в ПЖ не отличаются от таковых у женщин с нормальной репродуктивной функцией. В то же время концентрация гликоделина в ПЖ выше, чем в периферической крови и зависит от состояния маточных труб. У женщин с ВБ в анамнезе уровень гликоделина в ПЖ снижен, особенно в случаях непроходимости оставшейся маточной трубы.

Наличие в анамнезе у женщины ВБ предполагает комплексное обследование и лечение, как женщины, так и мужчины при планировании последующей беременности. Для оценки состояния оставшейся маточной трубы определяют концентрацию гликоделина в ПЖ, при его снижении следует считать маточную трубу неполноценной и рекомендовать ЭКО.

*При внематочной беременности в анамнезе нарушения репродуктивного здоровья выявляются с высокой частотой, как у женщин, так и мужчин, что определяет необходимость их совместной реабилитации и прегравидарной подготовки.*

*In case of ectopic pregnancy in the history of reproductive health disorders are detected with a high frequency in both women and men, which determines the need for their joint rehabilitation and pregravid preparation.*

## ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА

Прилепская В.Н.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ  
г. Москва*

В странах, где отсутствуют программы скрининга, вакцинопрофилактика – наиболее эффективный способ снижения заболеваемости РШМ и другими ВПЧ-ассоциированными заболеваниями.

Скрининг в Австралии организован с 1991 года и охватывает 60–86% женского населения в возрасте от 18 до 69 лет с регулярностью 1 раз в 2 года с использованием Pap-test. За период с 1991 по 2007 гг. заболеваемость раком шейки матки снизилась на 50%. Основной вакцинируемой когортой с 2007 по 2009 гг. являются девочки 12–13 лет. Охват вакцинацией составляет 70%. С 2012 года в некоторых странах вакцинация проводится мальчикам в возрасте 12–13 лет. Итоги 3 первых лет (2007–2009 гг.) национальной программы вакцинации против ВПЧ в Австралии показали снижение частоты дисплазии шейки матки на 38%. Учитывая неблагоприятное соотношение с заболеваемостью РШМ в РФ, высокую смертность от него, необходимо проведение эффективных профилактических мероприятий по предупреждению этого грозного онкогинекологического заболевания.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Вакцинация в России против РШМ, в настоящее время, не предусмотрена национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Вместе с тем она может быть внедрена и уже внедряется на региональных уровнях: в 2008 г. в рамках программы вакцинопрофилактики в Московской области было привито 6850 девочек в возрасте 12–13 лет; в 2012–2013 гг. вакцинация 4000 девочек в возрасте 12–13 лет. В целом в России вакцинация против ВПЧ – инфекции осуществляется на базе 285 медицинских учреждений, введено более 200 000 доз вакцин против ВПЧ.

Способность ВПЧ к быстрому эпидемиологическому распространению и развитию онкопатологии обосновывают необходимость и целесообразность проведения массовой иммунизации, в первую очередь среди целевых групп населения, к которым относятся девочки в возрасте с 9 до 13 лет.

В настоящее время внедрена 9-тивалентная вакцина против ВПЧ (ВПЧ 6,11,16,31,33,45,52,58 типов). Разработана фармакоэкономическая модель вакцинации против ВПЧ для России, ожидаемые предотвращенные потери, при использовании которой составят приблизительно порядка 19 млрд. руб. в год.

*Вакцинация против ВПЧ и скрининг оцениваются как более экономически выгодные в сравнении с одним только скринингом. В настоящее время внедрена 9-ти валентная вакцина против ВПЧ 6,11,16,31,33,45,52,58 типов.*

*Vaccination against HPV and screening are estimated as more economic in comparison with only one screening. Now 9 valent vaccine against HPV of 6,11,16,31,33,45,52,58 types are introduced.*

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПМС: КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Ледина А.В., Цаллагова Е.В.,  
Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.  
г. Москва*

ПМС представляет собой многогранный симптомокомплекс различной степени выраженности, проявляющийся нервно-психическими, вегето-сосудистыми и обменно-эн-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

докринными нарушениями. В настоящее время ПМС является одной из наиболее актуальных проблем, т.к. он относится к числу наиболее распространенных и наименее изученных состояний.

Целью исследования явилась оценка контрацептивной и лечебной эффективности низкодозированного комбинированного оральное контрацептива (КОК), содержащего в качестве гестагенного компонента производное спиронолактона дроспиренон у пациенток в возрасте 18–40 лет; с наличием симптомов ПМС разной степени тяжести.

Было обследовано 88 пациенток репродуктивного возраста с наличием симптомов ПМС разной степени тяжести, с отсутствием органической патологии ЦНС и эндогенных психических заболеваний; желающих использовать надежный метод гормональной контрацепции и не имеющих к его использованию противопоказаний. Всем женщинам был назначен препарат, содержащий 3 мг дроспиренона и 20 мкг этинилэстрадиола в течение 3 месяцев с контрацептивной и лечебной целью ежедневно по 1 таблетке по схеме 24+4. Оценка циклических симптомов проводилась с помощью анкетирования, позволяющего поставить диагноз ПМС и предварительно определить степень его тяжести. Применялись общеклинический, клиничко-лабораторный и инструментальный методы обследования, проводились консультации психолога и психиатра. Кроме того, пациентки вели дневники наличия симптомов ПМС в течение 1–2 месяцев до начала применения КОК, а также на фоне терапии. Эффективность терапевтического воздействия контрацептива на течение ПМС оценивалось с помощью этих дневников, психологических шкал на тревогу, депрессию и виды психологической защиты.

У 88 пациенток выявлен ПМС различной степени тяжести. Причем, у 8 пациенток – тяжелая степень ПМС, у 25 – средняя степень ПМС, а у 55 – легкая степень ПМС.

В исследование было включено 32 пациентки, соответствующих критериям включения и исключения. Из соматических симптомов наиболее часто встречались: мастодиния и масталгия (70,8%), вздутие живота (57,4%), отеки (44,3%), головные боли (27,5%); из психоэмоциональных симптомов: эмоциональная лабильность (65,6%), раздражительность (63,5%), плаксивость (55,3%), депрессия (40,4%), повышение аппетита (32,8%), утомляемость (32,5%), чувство тревоги (26%). На фоне проводимой терапии частота основных проявлений ПМС существенно снизилась. Мастодиния и масталгия наблюдались к концу 3 цикла у 32% женщин, вздутие живота у 22%, отеки оставались у 12,7%, головные боли у 13,6%, эмоциональная лабильность у 31,7%, раздражительность у 33,4%, плаксивость у 19%, депрессия у 20,7%, повышение аппетита у 18%, утомляемость у 14,6%, чувство тревоги у 13,7%. Благодаря применению дроспиренона наблюдается тенденция к улучшению аффективного самочувствия пациенток. Контрацептивная эффективность составила 100%, ни у одной пациентки не наступила беременность.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

1. Низкодозированный комбинированный оральные контрацептив (КОК), содержащий в качестве гестагенного компонента производное спиронолактона дроспиренон 3 мг и 20 мкг этинилэстрадиола обладает высокой контрацептивной эффективностью;
2. Препарат благоприятно воздействует на клинико – психологические симптомы ПМС, снижая их выраженность на 40%;
3. КОК, содержащий в качестве гестагенного компонента дроспиренон, является препаратом выбора для лечения ПМС, в том числе и ПМДР.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Прилепская В.Н., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Цаллагова Е.В.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Москва*

Ключевые слова: экстренная контрацепция, гормональная контрацепция, Эскапел

Экстренная контрацепция (ЭК) относится к современным методом гормональной контрацепции, которая применяется в течение 72 ч после незащищенного полового контакта. В некоторых случаях экстренная контрацепция является единственным методом, позволяющим предотвратить наступление нежелательной беременности и применяется в чрезвычайных ситуациях, когда не были использованы другие методы контрацепции.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата, содержащего 1,5 г левоноргестрела у женщин репродуктивного возраста (от 18–45 лет).

На базе научно-поликлинического отделения ФГБУ НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова были обследованы 30 женщин, которым была назначена экстренная контрацепция, содержащая 1,5 мг левоноргестрела (Эскапел) в течение 72 часов после незащищенного полового контакта.

Все пациентки были разделены на две группы. В 1 группу были включены женщины от 25–32 лет, во вторую группу от 33–45 лет.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Перед назначением ЭК все пациентки были консультированы:

1. Клинико-лабораторное обследование
2. Уточнялась дата последней менструации
3. Интервал времени, прошедшего после полового контакта
4. Отсутствие беременности путем тест-полосок и УЗИ органов малого таза

У всех пациенток оценивались эффективность, безопасность и побочные явления после применения экстренной контрацепции.

В 1 группу вошли 18 пациенток. Средний возраст женщин в 1 группе составил  $27 \pm 1,9$  лет, во 2 группу – 12 женщин. Средний возраст –  $38 \pm 2,3$  года. У всех пациенток менструальный цикл был регулярным. Средняя продолжительность менструального цикла в 1 группе составил  $26 \pm 2,8$  дней, во 2 группе –  $25 \pm 3,9$  дней.

Всем женщинам был назначен препарат, содержащий 1,5 мг Левоноргестрела (Эскапел) в течение 72 часов после незащищенного полового контакта.

Беременность не наступила ни у одной пациентки. Таким образом, эффективность препарата, содержащего 1,5 мг Левоноргестрела составил 100 %. Побочные явления были установлены у 8 пациенток из 1 группы. У 2 тошнота, у 3 пациенток отмечались мажущие кровянистые выделения после применения препарата и на протяжении 4–5 дней. У 3 – задержка менструального цикла на 10–12 дней.

Во 2 группе побочные явления были установлены у 5 (42%) женщин. У 1 задержка менструации на 15 дней, у 4 – мажущие кровянистые выделения на протяжении 2–3 дней.

Таким образом, препарат, содержащий 1,5 мг Левоноргестрела (Эскапел) применяющийся для экстренной контрацепции, является высокоэффективным и приемлемым методом контрацепции для женщин репродуктивного возраста. Побочные явления, в виде нарушения менструального цикла были зарегистрированы у 13 пациенток – 8 пациенток 1 группы и 5 женщин 2 группы.

При контрольном консультировании, через 6 месяцев менструальный цикл восстановился у 10 женщин, у остальных 3-х женщин – через 8 месяцев после применения ЭК. Всем пациенткам в последующем была рекомендована плановая контрацепция.



## **КУЛЬТУРАЛЬНАЯ СРЕДА, ОБОГАЩЁННАЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, ПРИ ПЕРЕНОСЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Романов А.Ю., Петросян Я.А., Макарова Н.П., Калинина Е.А.

*ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России  
г. Москва*

Существуют различные причины неудачи имплантации криоконсервированных эмбрионов высокого качества в программах вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Одна из них – отсутствие формирования адгезивного матрикса между эмбрионом и эндометрием. В данной связи актуальным представляется поиск молекул, применение которых при переносе эмбрионов повышает адгезивность эмбриона к эндометрию. Одной из таких молекул является гиалуроновая кислота.

Оценить частоту наступления беременности при переносе криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, и при переносе в обычной культуральной среде.

В ретроспективное исследование были включены 775 супружеских пар с бесплодием и наличием криоконсервированных эмбрионов. Криоконсервацию эмбрионов в полость матки проводили на 5-е или 6-е сутки культивирования. Всем пациенткам, включенным в исследование, проводили перенос одного или двух размороженных эмбрионов в полость матки. Подготовка эндометрия для переноса криоконсервированных эмбрионов проводилась с использованием циклической гормональной терапии. УЗИ эндометрия осуществлялось на 9–10 день менструального цикла для коррекции дозы эстрогенов и на 15–16 день цикла для назначения гестагенов. Перенос эмбрионов осуществлялся на 20–21 день цикла, размораживание эмбрионов осуществлялось согласно принятым в клинической практике протоколам.

Из 775 супружеских пар, включенных в исследование, эмбрионы 122 пар переносили в культуральной среде, обогащенной гиалуроновой кислотой (группа 1), эмбрионы 653 пар – в обычной культуральной среде (группа 2). Возраст пациенток не различался в группах сравнения и составил  $34,7 \pm 4,7$  и  $34,4 \pm 5,6$  лет, соответственно ( $p = 0,537$ ). Частота переноса двух эмбрионов в полость матки составила 19,5% в группе 1 и 25,8% в группе 2 ( $p = 0,176$ ). Показаниями для переноса двух эмбрионов в большинстве случаев послужили поздний репродуктивный возраст и множественные неэффективные попытки ЭКО в анамнезе. Частота биохимической беременности не различалась в группах сравнения и составила 32,8% ( $n = 82$ ) и 39,2% ( $n = 256$ ) в группах 1 и 2, соответственно ( $p = 0,107$ ). Ча-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

стота клинической беременности также не различалась в группах сравнения и составила 32,8% (n = 29) и 39,2% (n = 201), соответственно (p = 0,072).

Рутинный перенос криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, не приводит к повышению частоты наступления беременности в программах ВРТ. Дальнейшие исследования должны быть направлены на оценку эффективности переноса криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, у различных категорий пациенток.

*Изучена частота наступления беременности при переносе криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой. Эмбрионы 122 супружеских пар переносили в культуральной среде, обогащенной гиалуроновой кислотой (группа 1), эмбрионы 653 пар – в обычной культуральной среде (группа 2). Частота биохимической беременности составила 32,8% и 39,2%, соответственно (p = 0,107). Частота клинической беременности составила 23,8% и 30,8%, соответственно (p = 0,072). Рутинный перенос криоконсервированных эмбрионов в среде, обогащенной гиалуроновой кислотой, не приводит к повышению частоты наступления беременности в программах ВРТ.*

*The aim of the study was to assess the pregnancy rate in frozen embryo transfers in hyaluronan enriched culture medium. Embryos of 122 patients were transferred in hyaluronan enriched culture medium (group 1), embryos of 653 pairs were transferred in traditional culture medium (group 2). The implantation rate was 32.8% and 39.2%, respectively (p = 0.107). The ultrasound-confirmed pregnancy rate was 23.8% and 30.8%, respectively (p = 0.072). Routine transfer of frozen embryos in hyaluronan enriched culture medium does not lead to an increase of the pregnancy rate in assisted reproduction programs.*

## ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ СРЕДИ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ (ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ, ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ)

Саакян П.И.\*, Щетинина Ю.С.\*, Кремлева Е.А.\*, Красикова А.А.\*, Конкин В.Н.\*\*

\* ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, \*\* ГАУЗ «ООКБ№2»  
г. Оренбург

Основная задача акушерско-гинекологической службы – охрана репродуктивного и соматического здоровья женщины. Одним из наиболее распространенных патологических процессов женской половой сферы являются гиперпластические процессы, в основе ко-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

торых лежит рост количества железистых клеток, сопровождающийся диффузным или очаговым увеличением объема эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия – одна из наиболее часто встречающихся гинекологических патологий. Согласно данным O. Ozdegirmenci и соав., в развитых странах ежегодно регистрируется около 200 000 новых случаев гиперплазии эндометрия. В настоящее время гиперпластические процессы (ГЭП) являются актуальной проблемой гинекологии, поскольку, с одной стороны, с данными патологическими состояниями врач акушер-гинеколог ежедневно встречается в своей практике, а с другой – ГПЭ могут служить фоном для развития рака эндометрия при длительном течении и отсутствия лечения. Несмотря на то, что этой проблематике уделяется большое значение, о чем свидетельствует многочисленные публикации, осталось много нерешенных вопросов относительно патогенеза, диагностики лечения и профилактики, а также факторов риска развития ГПЭ. Немногочисленные публикации посвящены изучению факторов риска развития ГПЭ, особенно с позиции доказательной медицины. Согласно, общепринятой точки зрения, в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия лежит воздействию повышенных концентраций эстрогенов, в связи с этим следует рассмотреть возраст женщин с гиперпластическими процессами и полипом эндометрия, как фактор риска, так как в различных возрастных группах концентрация эстрогенов разная, следовательно, механизмы, влияющие на эту концентрацию, тоже разные.

Выявить частоту встречаемости патологии эндометрия (гиперплазию эндометрия и полип эндометрия), среди женщин в трех возрастных групп.

В ходе проведенного исследования, были выбраны результаты гистологического исследования эндометрия у 1090 женщин (319 с гиперплазией эндометрия и 771 с полипом эндометрия) за 2018 год. Проведена статистическая обработка данных по трем возрастным группам 35–44 года, 45–54 года, 55 и старше. В последующем было рассчитано процентное соотношение в соответствии трех возрастных групп.

Анализируя полученные данные, следует отметить, что в возрастной группе 35–44 года в равной степени встречается гиперплазия эндометрия (25%) и полип эндометрия (24,4%). Если рассматривать возрастную категорию 45–54 года, то частота встречаемости гиперплазии эндометрия (36%) значительно превышает полип эндометрия (19,5%), обратная же ситуация наблюдается в категории пациенток 55 и старше, где полип эндометрия преобладает над гиперплазией эндометрия, (38%) и (18%) соответственно.

Гиперплазия и полип эндометрия – это многофакторная патология полости матки, в которой возраст следует рассматривать не как определяющий, или фактор риска, а как предрасполагающий, ведь в патогенезе развития, как мы видим по результатам исследования, он не играет первостепенной роли. Целесообразно рассматривать патологию эндометрия, как результат сочетания нескольких факторов, где имеет место быть: особенности гормонального фона, возраст, наличие хронического воспалительного процесса различной этиологии.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Одним из наиболее распространенных патологических процессов женской половой сферы являются гиперпластические процессы. Цель: выявить частоту встречаемости гиперплазии эндометрия (ГЭ) и полипа эндометрия (ПЭ) у женщин разных возрастных групп. Исследовались результаты гистологического исследования 1090 женщин за 2018 год. Далее было рассчитано процентное соотношение в соответствии трех возрастных групп. В группе 35–44 года в равной степени ГЭ и ПЭ. В группе 45–54 года частота встречаемости ГЭ значительно превышает ПЭ, обратная ситуация наблюдается в группе пациенток 55 и старше, где ПЭ преобладает над ГЭ.*

*Hyperplastic processes are the most common ones in the female genital sphere. Objective: to identify the incidence of endometrial hyperplasia (GE) and endometrial polyp (PE) among the women of different age groups. The results of histological examination of 1090 women in 2018 were studied. The percentage was then calculated according to the three age groups. In the age group of 35–44 the ratio of GE and PE is equal. In the group of 45–54 year-olds, the incidence of GE is significantly higher than PE, the reverse situation is observed in the group of patients of 55 years old and older, where PE prevails over GE.*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ И НИЗКОДОЗНЫМ МОНОФАЗНЫМ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ПРИ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕВУШЕК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Сальникова И.А., Уварова Е.В.

ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова МЗ РФ  
г. Москва

Группа исследования составила 110 пациенток с диагнозом «аномальное маточное кровотечение». Возраст девушек – от 13 до 17 лет (включительно). 70 человек с гемостатической целью получили препарат транексамовой кислоты в дозе 15 мг/кг внутрь каждые 6–8 часов до полного прекращения кровяных выделений из половых путей (группа 1). Еще 40 девушек с целью остановки маточного кровотечения получили низкодозный комбинированный эстроген-гестагенный препарат, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела, по схеме: ½ таблетки каждые 6 часов до момента прекра-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

щения кровяных выделений из влагалища (патент № 2327462, 2008 год), (группа 2).

Выраженное уменьшение обильности кровяных выделений на фоне лечения произошло в течение первых суток у 59 пациенток (84,29%) 1 группы и у всех 40 девушек из 2 группы.

Полноценный гемостатический эффект был достигнут у 100% пациенток обеих групп.

Применение транексамовой кислоты позволило добиться остановки маточного кровотечения к 4–5 суткам лечения ( $M \pm \delta = 4,52 \pm 1,86$ ; 1–9 дней), прием низкодозного комбинированного эстроген-гестагенного препарата привел к полному прекращению кровяных выделений из влагалища у 87,50% (35 человек) в первые два дня лечения ( $Me(25;75) = 1,00(1,00;2,00)$ ; 1,00–5,00).

Нежелательные побочные реакции, выраженные тошнотой, которая была купирована приемом 10 мг метоклопрамида, были зафиксированы у 1 пациентки (1,43%) из 1 группы после приема 500 мг транексамовой кислоты. Во 2 группе жалобы на тошноту предъявляли 4 пациентки (10,00%), эпизод рвоты возник у одной девушки.

Таким образом, по данным нашего исследования гемостатическая эффективность транексамовой кислоты и низкодозного монофазного эстроген-гестагенного препарата была сопоставима и составила 100%. Лечение комбинированным эстроген-гестагенным препаратом позволило добиться остановки маточного кровотечения в наиболее короткий срок (в течение первых 1–2 дней), в то время как прием транексамовой кислоты приводил к прекращению кровяных выделений из влагалища к 4–5 дню лечения. Однако прием низкодозного комбинированного эстроген-гестагенного препарата приводил к большему числу возникновения нежелательных побочных реакций.

*Представлены результаты исследования по оценке эффективности применения с гемостатической целью транексамовой кислоты и комбинированного монофазного эстроген-гестагенного препарата у девушек с маточным кровотечением в раннем репродуктивном возрасте. Получены данные о 100% эффективности лечения вышеуказанными лекарственными средствами. Согласно результатам исследования, при лечении низкодозным комбинированным эстроген-гестагенным препаратом полноценный гемостатический эффект наступает в более короткий срок, но при большем числе нежелательных побочных реакций.*

*The results of the study to assess the effectiveness of the use of hemostatic tranexamic acid and combined monophasic estrogen-gestagenic drug in girls with uterine bleeding in early reproductive age are presented. Data of 100% effectiveness of treatment with the above-mentioned drugs were obtained. According to the results of the study, in the treatment of low-dose combined estrogen-gestagenic drug, a full hemostatic effect occurs in a shorter period, but with a greater number of undesirable side reactions.*



## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С СИНЕХИЯМИ В ПОЛОСТИ МАТКИ**

Свиридова Н.И., Ткаченко Л.В.

*Волгоградский Государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

Хронический эндометрит (ХЭ) – это клинико-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия воспалительного генеза, приводящих к нарушению циклической биотрансформации и рецептивности слизистой оболочки матки. По данным разных авторов распространенность ХЭ варьирует от 10% до 85% и не имеет тенденции к снижению.

В 80% – 90% случаев ХЭ выявляется у женщин детородного возраста и обуславливает у них нарушение менструальной и репродуктивной функций, приводя к развитию бесплодия, неудачам в программах экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, невынашиванию беременности и осложненному течению беременности и родов.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комбинированного метода лечения хронического эндометрита у женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ) в анамнезе.

Объектом клинического исследования явились 78 пациенток с ПНБ, в возрасте от 18 до 35 лет, поступивших в гинекологические отделения ГБУЗ ВОКПЦ №2 и Клиники № 1 ВолгГМУ для проведения гистероскопии с прицельной биопсией эндометрия для оценки его морфофункционального состояния на этапе прегравидарной подготовки. Критериями включения в исследование явились: репродуктивный возраст от 18 до 35 лет; наличие морфологически подтвержденного ХЭ; наличие синехий в полости матки; информированное добровольное согласие пациенток на проведение необходимых лечебно-диагностических манипуляций.

На основании данных ультразвукового, бактериологического, морфологического и иммуногистохимического исследования, а также особенностей параметров аутоиммунитета, нами разработан комбинированный метод лечения ХЭ у пациенток с синехиями в полости матки, согласно которому всем пациенткам на первом этапе после разъединения спаек в полость матки вводили противоспаечный рассасывающийся гель Антиадгезин (5 мг): на втором этапе – проведение локальной терапии с внутриматочным введением Катеджеля с лидокаином 3–4 инстилляции по 12,5 мг через день на курс лечения на фоне системной антибактериальной терапии (по показаниям); и на третьем этапе – введение полифункционального ферментного препарата пролонгированного действия



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Лонгидаза, обладающего выраженным антифиброзирующим, антиоксидантным и иммуномодулирующим действием (препарат вводили вагинально по 1 суппозиторию 1 раз в 3 дня; 10 суппозиториев на курс лечения).

Проведение комбинированной терапии хронического эндометрита позволило восстановить морфофункциональный потенциал эндометрия, о чем свидетельствует наступление беременности у 67 (84,6%) женщин, имеющих сочетание хронического эндометрита с синехиями в полости матки.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительном терапевтическом эффекте предложенного нами комбинированного метода лечения хронического эндометрита у пациенток с синехиями в полости матки в условиях привычного невынашивания беременности.

*Проведение разработанного нами трехэтапного метода лечения хронического эндометрита у пациенток с синехиями в полости матки в условиях привычного невынашивания беременности, позволило восстановить морфофункциональный потенциал эндометрия, о чем свидетельствует наступление беременности у 67 (84,6%) из 78 женщин, включенных в исследование.*

*Conducting a three-stage treatment of chronic endometritis developed by us in patients with synechiae in the uterus under conditions of recurrent miscarriage, restored the morphological and functional potential of the endometrium, as evidenced by the onset of pregnancy in 67 (84.6%) of 78 women included in the study.*

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ВЛАГАЛИЩА И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Севрук Э.С., Густоварова Т.А.

ОГБУЗ «Клиническая больница №1» Перинатальный центр  
г. Смоленск

Возможность прогнозирования исходов беременности и родов у женщин с инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) имеет большое практическое значение. Это позволит снизить частоту осложнений беременности, родов и перинатальных потерь. Гестационный пиелонефрит является вторым по частоте экстрагенитальным заболеванием (после анемии). ИМП провоцируют преэклампсию, преждевременные роды, перинатальные потери и рождение маловесных детей



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Установить взаимосвязь секреторного иммуноглобулина А (sIgA) влагалища и нестимулированной слюны у беременных с гестационным пиелонефритом как предиктора ИМП.

Секреторный иммуноглобулин А относится к маркерам местного, локального иммунитета. Во всех секретах sIgA, связываясь с бактериями и вирусами, предотвращает их адгезию к поверхности слизистой и стимулирует фагоцитоз, обеспечивая тем самым местную резистентность к инфекции. Концентрация sIgA является показателем физиологического состояния организма и определяет степень отклонения естественной резистентности организма от индивидуальной физиологической нормы.

Обследовано 80 беременных на базе родильного отделения Клинической больницы №1 города Смоленска. Основную группу (n=37) составили беременные с острым гестационным пиелонефритом, контрольную (n=43) – здоровые беременные. Обследуемые были в возрасте 18–42 лет, у всех женщин беременность была одноплодной и завершилась своевременным рождением живых детей без пороков развития. В исследование не включали беременных с хроническими экстрагенитальными очагами воспалительной патологии в стадии обострения. Всем пациенткам было проведено общеклиническое обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования, выявлялись клиничко-анамнестические характеристики течения беременности.

У беременных с острым гестационным пиелонефритом отмечался лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лейкоцитурия на фоне стертой клинической картины. Для оценки состояния местного иммунитета выбран sIgA, который, по сравнению с сывороточным иммуноглобулином А, обладает более высокой специфической активностью. Сбор нестимулированной слюны осуществлялся в промежуток времени 7.30–10.30 с помощью устройства для отбора проб слюны SaliCaps. Забор вагинального секрета производился во время осмотра на зеркалах с верхнебокового свода влагалища с помощью цитощетки, забираемые образцы помещались в транспортный раствор (300 мкл). Собранные образцы замораживались при температуре минус 20°C. Концентрация иммуноглобулина определялась методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Уровень sIgA слюны у беременных группы контроля в 2,5 раза превышает уровень sIgA слюны беременных основной группы (291027 г/л и 117320 г/л соответственно). Уровень sIgA во влагалищных смывах у беременных группы контроля в 1,5 раза превышает уровень sIgA влагалища беременных основной группы (10710 г/л и 7619 г/л соответственно).

Сочетанное снижение sIgA в нестимулированной слюне и влагалищном смыве у беременных из группы риска по развитию ИМП свидетельствует о развитии острого гестационного пиелонефрита, даже на фоне стертой клинической картины.

*Цель исследования: установить взаимосвязь секреторного иммуноглобулина А (sIgA) влагалища и нестимулированной слюны у беременных с гестационным пиелонефритом как предиктора инфекций мочевыводящих путей (ИМП). Получены достоверные данные о сочетанном снижении sIgA в нестимулированной слюне*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*и влагалищном смыве у беременных из группы риска по развитию ИМП.*

*To determine correlation between secretory immunoglobulin A (sIgA) of vagina and unstimulated saliva in pregnant women with gestational pyelonephritis as predictor of urinary tract infections (UTI). There is significant data on reduction of sIgA of unstimulated saliva and vagina in pregnant women of group risks of developing UTI.*

## ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ БЕСПЛОДИИ

Серебренникова К.Г., Арутюнян Н.А., Котенко Р.М., Хмелевская В.Ф., Кацалап С.Н.

*Центральная Клиническая Больница Российской Академии Наук  
г. Москва*

В последние годы, у молодых женщин отмечается значительный рост заболеваний шейки матки, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), что приобретает особую актуальность при бесплодии. Тактика диагностики и терапии приобретает особую важность при использовании методов ВРТ.

Изучить эффективность метода ФДТ и Суперлимфа у пациенток репродуктивного возраста при бесплодии.

Проведено обследование и лечение 122 пациенток ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки репродуктивного возраста при бесплодии. Пациентки разделены на две группы: I группа – 58 пациенток получивших лечение методом ФДТ, II группа – 64 пациентки-комбинированный метод лечения ФДТ и Суперлимф (иммуномодулятор обладает противовирусным и противомикробным действием, а также антиоксидантной активностью, снижает развитие воспалительных реакций, стимулирует регенерацию и эпителизацию раневых дефектов) в дозировке 10 ЕД по 1 суппозиторию 1 раз в сутки ректально №10. Для проведения сеанса ФДТ использовали фотосенсибилизатор Фотодитазин с последующим облучением на аппарате ЛАМИ с длиной волны 660 нм и выходной мощностью лазерного излучения 0,5–0,7 Вт. Всем пациенткам было проведено тщательное клиничко-лабораторное обследование, расширенная кольпоскопия, проведена вирусная нагрузка по группам, цитологическое и гистологическое исследование, биопсия шейки матки.

Анализ клиничко-анамнестических данных пациенток всех групп не выявил достоверных различий по возрасту, антропометрическим данным, менструальной функции, акушерскому анамнезу и соматической заболеваемости. Сравнительный анализ встречаемости различных типов ВПЧ показал, что достоверно чаще встречались типы ВПЧ 16, 31, 33, 35,



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

52 и 58 в 61,6% ( $p < 0,001$ ), доминирующий тип в группах LSIL, HSIL – ВПЧ 16 типа (31,5%), в группе ASCUS – 31 тип (35%). Всем пациенткам была проведена биопсия шейки матки подтверждающая CIN I и CIN II, после чего назначена терапия ФДТ – I группа, ФДТ и Суперлимф – II группа. Статистический анализ показал достоверно значимые показатели у II группы пациенток. Отсутствие ВПЧ у 85% в I группе и у 90 % во II группе пациенток.

Таким образом, ФДТ является альтернативным методом лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с сохранением анатомической и функциональной целостности органа, что немаловажно у женщин в реализации репродуктивной функции. Комбинированное лечение ФДТ и Суперлимф способствует нормализации цитологической картины, элиминации ВПЧ и снижению местного воспаления. Период эпителизации у всех пациенток наступает через 3–4 недели после ФДТ, полная регрессия через 6–7 недель в I группе (CIN I – 94%, CIN II – 88%) и через 5–6 недель во II группе (CIN I – 96%, CIN II – 92%). Использование методов ВРТ возможно через 2–3 месяца после лечения.

*Предложен новый комбинированный метод лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста при бесплодии с использованием фотодинамической терапии (ФДТ) и Суперлимфа – естественного комплекса природных противомикробных пептидов и цитокинов – универсальных стимуляторов иммунной системы.*

*The proposed new combined method of treatment of HPV-associated diseases of the cervix in women of reproductive age with infertility with the use of photodynamic therapy (PDT) and Superlimf – natural complex of natural antimicrobial peptides and cytokines – the universal stimulant of the immune system.*

## НОВОЕ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ БЕСПЛОДИИ

Серебренникова К.Г., Кацалап С.Н., Алехин А.И., Арутюнян Н.А., Твердикова М.А.

*Центральная Клиническая Больница Российской Академии Наук  
г. Москва*

Хронический эндометрит (ХЭ) является одной из причин бесплодия, невынашивания беременности, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона. В настоящее время нет единого алгоритма ведения таких пациенток, хотя частота встречаемости по разным исследованиям достигает 80%. Одним из современных, перспективных и высокотехнологичных методов лечения хронического эндометрита в последние годы является фотодинамическая терапия (ФДТ).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Изучить эффективность метода фотодинамической терапии и низких доз 17-*b*-эстрадиола у пациенток репродуктивного возраста с хроническим эндометритом при бесплодии.

Проведено обследование и лечение 85 пациенток с хроническим эндометритом репродуктивного возраста, пациентки разделены на 2 группы: 1-я группа – 43 пациентки, получавших лечение методом внутриматочной ФДТ («Способ фотодинамической репаративной регенерации эндометрия при хроническом эндометрите у пациенток с бесплодием» №2018146628 от 26.12.2018 г) с гормональной терапией низкие дозы 17-*b*-эстрадиола трансдермально; 2-я группа – 42 пациентки, которые получали только 17-*b*-эстрадиол трансдермально. Всем пациенткам было проведено тщательное клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, аспирационная биопсия эндометрия с последующим патоморфологическим и иммуногистохимическим исследованием.

Результаты исследования показали, что при ультразвуковом исследовании толщина эндометрия увеличивается на 12 день после сеанса ФДТ в I группе и во II группе после применения 17-*b*-эстрадиола трансдермально, тем самым улучшилось состояние эндометрия почти в 2 раза по сравнению с исходными показателями до лечения. Однако нами было отмечено, что на 21 день менструального цикла после сеанса ФДТ толщина эндометрия по данным УЗИ у пациенток I группы значительно увеличилась до  $11,23 \pm 2,2$  мм, по сравнению с показателями у женщин II группы  $8,1 \pm 2,4$  мм. Проведенное иммуногистохимическое исследование эндометрия выявило определенные взаимосвязи между стадиями фаз менструального цикла и наличием рецепторов к стероидным гормонам, как в ядрах эпителия желез, так и стромальных клеток. CD138+ были обнаружены у 97,6% пациенток с ХЭ и имели высокую численную плотность в строме эндометрия, распределялись диффузно. Статистический анализ показал, что у пациенток I группы, значительно снизились отклонения от нормальных значений в экспрессии рецепторов к стероидным гормонам, как в железах, так и в строме, а также пролиферативной активности белка Ki 67.

Использование внутриматочной ФДТ является малоинвазивным и щадящим методом лечения, способствует физиологическому апоптозу в железах эндометрия, что приводит к улучшению морфофункционального состояния эндометрия и восстановлению его рецептивности. Показано, что трансдермальный эстрадиол может вызывать адекватный рост эндометрия. Включение в комплексное лечение ФДТ и низких доз эстрогенов (трансдермально 17-*b* эстрадиол) у пациенток с хроническим эндометритом позволяет увеличить процент наступления беременности, улучшить результаты экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, снизить риск осложнений беременности.

*Предложен новый метод лечения хронического эндометрита у пациенток с бесплодием с использованием метода внутриматочной фотодинамической терапии, который позволяет улучшить морфофункциональное состояние и рецептивность эндометрия, а также увеличить процент наступления беременности и улучшить результаты экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*A new method of treatment of chronic endometritis in patients with infertility using photodynamic therapy, which allows to improve the morphofunctional state and receptivity of the endometrium, as well as to increase the percentage of pregnancy and improve the results of in vitro fertilization and embryo transfer.*

### CPAP-ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Сковородина Т.В.<sup>1</sup>, Вишнякова П.А.<sup>1</sup>, Цвиркун Д.В.<sup>1,2</sup>, Шмаков Р.Г.<sup>1</sup>, Высоких М.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> *Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации*

<sup>2</sup> *НИИ Физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского МГУ г. Москва*

Преэклампсия (ПЭ) является серьезным гестационным осложнением, характеризующимся гипертензией в сочетании с протеинурией и/или различными проявлениями полиорганной недостаточности. ПЭ является основной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. На сегодняшний день разработка фармакологических препаратов и методик купирования симптомов ПЭ является наиболее актуальным направлением современной биомедицины. Одним из перспективных подходов является CPAP-терапия (Continuous Positive Airway Pressure): техника создания постоянного положительного давления в дыхательных путях при сонном апноэ, которая положительно влияет на здоровье пациентки. Литературные данные выявляют положительный эффект применения CPAP-терапии у беременных женщин с ПЭ. В проведенном нами исследовании были изучены клинико-лабораторные и биохимические показатели у следующих пациенток: 25 пациенток с тяжелой ПЭ, из них группу с CPAP-терапией составили 12 женщин с ранней манифестацией тяжелой ПЭ (до 34 недель), 13 женщин с тяжелой ПЭ – без CPAP-терапии.

В исследовании в группе CPAP-терапии было отмечено достоверное снижение уровней ПЭ-ассоциированных маркеров – sFlt-1, PlGF, отношения sFlt-1/PlGF, а также аланинаминотрансферазы в крови беременных уже после проведения одного курса CPAP-терапии. Отмечалось достоверное снижение уровня протеинурии. Также была обнаружена тенденция к снижению уровня активности аспаратаминотрансферазы и щелочной фосфатазы после CPAP-терапии ( $p=0,06$ ). Одним из индукторов системного воспаления в материнском организме при ПЭ могут служить фрагменты клеток, источником которых является ишемизированная при ПЭ плацента. Клеточные компоненты циркулируют в крови пациентки в виде микровезикул – пузырьков размером до 1500 нм. В ходе данной работы был проведен анализ содержания митохондриального белка OPA1 в микровезикулярной фракции, полученной из плазмы крови женщин до и после курсов CPAP-терапии. Было



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

обнаружено, что относительное содержание белка OPA1 в микровезикулах крови значительно снижалось уже после 1 курса CPAP-терапии. Вероятно, действие прооксидантной терапии методом CPAP опосредовано снижением частиц синцитиотрофобласта на территории легких в условиях избыточного содержания кислорода и последующим снижением уровня микровезикул и системного провоспалительного действия. Таким образом, предварительные результаты о воздействии CPAP у беременных женщин с ПЭ являются обнадеживающими и обуславливают необходимость проведения дальнейших научных исследований в этой области. Работа была поддержана грантом РФФИ 16–29-07436, РФФИ 17–54-570004, а также стипендией Президента РФ (СП-4132.2018.4).

*CPAP-терапия – это один из перспективных подходов купирования преэклампсии (ПЭ), серьезного гестационного осложнения. В проведенной работе изучена эффективность CPAP-терапии у пациенток с ПЭ. Отмечено достоверное снижение уровней sFlt-1, PlGF и АЛТ уже после одного курса CPAP-терапии. Результаты о воздействии CPAP у беременных женщин с ПЭ являются обнадеживающими и обуславливают необходимость проведения дальнейших научных исследований в этой области.*

*CPAP-therapy is one of the promising approaches for the cure of preeclampsia (PE), a serious gestational complication. In this work, the effectiveness of CPAP-therapy on patients with PE was studied. A significant decrease in the levels of sFlt-1, PlGF and ALT was noted after one course of CPAP. The results of CPAP-therapy in pregnant women with PE are encouraging and further research in this area is necessary.*

## ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ СО<sub>2</sub>-ЛАЗЕРОМ ПРИ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Согибян А.С., Шелудько А.П., Пащенко Е.Г., Романова И.А., Пермяков А.С.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,  
г. Ростов-на-Дону,  
Кафедра акушерства и гинекологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова  
г. Москва

По некоторым оценкам около 16% женщин всех возрастных групп в какие-то моменты своей жизни испытывают ощутимые субъективные расстройства в области вульвы и влагалища. Склероатрофический лишай вульвы (САЛВ) приводит к хронической боли в области гениталий и мочеполовому синдрому в период менопаузы и остается одной из главных проблем, с которым сталкиваются практикующие гинекологи. Боли и жжение в области вульвы и влагалища понижают либидо, приводят к нарушению мочеполовой системы и значительно снижают качество жизни. Тем не менее, склероатрофиче-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ский лишай вульвы, симптом широкого влагалища и стрессовая инконтиненция часто остаются без диагноза и, как следствие, без лечения. А это, в свою очередь, может вызвать значительный физический, эмоциональный и сексуальный дискомфорт и привести к необратимому поражению гениталий.

Оценить эффективность применения фракционного CO<sub>2</sub>-лазера при лечении вульвы и влагалища у пациенток с симптомом широкого влагалища, склероатрофическим лихеном вульвы и стрессовой инконтиненцией.

За 2018 г проведено лечение симптома широкого влагалища, склероатрофического лишая вульвы и стрессовой инконтиненции у 325 женщин с применением фракционного фототермолиза CO<sub>2</sub>-лазером. В ходе исследования все пациентки прошли курс лечения с использованием фракционного CO<sub>2</sub>-лазера. У всех пациенток было выполнено 3 или 4 курса процедур на фракционном CO<sub>2</sub>-лазере. Средняя длительность каждого сеанса лечения составила 8±2 мин. Серьезных побочных явлений выявлено не было; некоторые пациентки (5%) сообщали о временном жжении после лечения, которое самостоятельно прошло через 2 дня. В течение последующего 4-месячного периода наблюдения было зафиксировано постепенное улучшение, выразившееся в уменьшении степени диспареунии и болевых ощущений в области влагалища, повышении увлажненности влагалища и чувствительности при coitus. Средняя оценка общего состояния преддверия влагалища значительно улучшилась после трех процедур у всех пациенток.

Что касается общей удовлетворенностью своим состоянием в период последующего наблюдения, то половина пациенток сообщили о «значительном улучшении», 45% – об «улучшении» и лишь 5% – об отсутствии изменений.

Данное исследование показало значительное уменьшение боли, жжения и диспареунии, уменьшение или исчезновение симптомов стрессовой инконтиненции и существенное улучшение состояния преддверия влагалища в целом у женщин, прошедших три сеанса лечения преддверия влагалища фракционным CO<sub>2</sub>-лазером. Большинство пациенток (95%) сообщили о значительном улучшении или о том, что благодаря лазерной процедуре их состояние было в некоторой степени улучшено.

Таким образом, проведенное клиническое исследование подтверждает эффективность микроаблятивного фракционного CO<sub>2</sub>-лазера при лечении мочеполювого синдрома в период менопаузы со значительным уменьшением таких симптомов, как сухость, жжение, зуд в области влагалища, диспареуния и дизурия. Данное клиническое исследование показало положительные результаты лечения преддверия влагалища у женщин с симптомом широкого влагалища, склероатрофическим лихеном вульвы и стрессовой инконтиненцией фракционным CO<sub>2</sub>-лазером.

*Применение фракционного фототермолиза CO<sub>2</sub>-лазером в гинекологической практике позволило оценить эффективность данного метода в лечении проявлений генитоуринарного синдрома.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*The use of fractional photothermolysis with CO<sub>2</sub> laser in gynecological practice allowed to evaluate the effectiveness of this method in the treatment of manifestations of genitourinary syndrome.*

### МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ- И МЕНОПАУЗЕ

Согибян А.С., Шелудько А.П., Пугиева Л.А., Овсянников В.И., Чмыр Е.Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,  
г. Ростов-на-Дону,  
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова  
г. Москва

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) предшествуют раку эндометрия в 80–85% случаев. Для лечения ГПЭ и профилактики рака эндометрия применяют гормональную терапию и различные виды аблации эндометрия. Данная методика особенно показана женщинам с ожирением, экстрагенитальной патологией, пациенткам, ранее оперированным по поводу онкозаболеваний других органов, которым запрещено применение гормонотерапии. Аблация эндометрия, независимо от методики ее выполнения, обладает рядом неоспоримых преимуществ: малоинвазивность, низкая частота интра- и послеоперационных осложнений, хорошая переносимость больными, короткая реабилитация. Микроволновая аблация эндометрия имеет ряд преимуществ перед баллонной термоаблацией, например: контроль покрытия микроволновым воздействием всей поверхности полости матки (в том числе в маточных углах); контролируемый температурный и временной режим, быстрая подготовка микроволнового аппликатора к процедуре.

С 2017 г в нашем отделении внедрена методика микроволновой аблации эндометрия, отвечающая всем современным требованиям малоинвазивной хирургии.

Оценить эффективность микроволновой аблации эндометрия (МАЭ) в лечении маточных кровотечений, ГПЭ у больных в пери- и менопаузе.

За 2017 и 2018 годы нами проведено лечение 113 пациенток с патологией эндометрия в возрасте 40–65 лет. Данный метод лечения использовался и у пациенток с наличием миомы матки, аденомиозом (6–9 недель) в сочетании с ГПЭ. После исключения онкологической патологии микроволновая аблация применялась для лечения следующих групп пациенток: женщины в перименопаузе или женщины репродуктивного возраста, имеющие детей и не планирующие беременность в будущем. У всех больных перед МАЭ



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

проводились гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба (результат не позднее 1 мес до МАЭ). Пациенткам была произведена МАЭ при помощи аппарата Microsulis (Великобритания) по методике, рекомендованной компанией с обязательной контрольной гистероскопией.

В интраоперационном и раннем послеоперационном периоде никаких осложнений не отмечено. Все пациентки были выписаны из стационара на 2-е сутки, на контрольном УЗ-исследовании выявлены такие изменения со стороны полости матки, как сужение полости матки, формирование синдрома Ашермана, а к 4–6 мес после операции – полная облитерация полости матки с формированием обширного фиброзно-мышечного рубца. Эффективность МАЭ у наших пациенток с аномальными маточными кровотечениями и ГПЭ составила 100%, полный клинический эффект после МАЭ отмечен у всех пациенток.

Микроволновая абляция эндометрия – эффективный, безопасный и легко выполнимый метод лечения пациенток с аномальными процессами эндометрия. Критерии эффективности МАЭ – отсутствие кровотока в базальных артериях полости матки, тонкое М-эхо или формирование синдрома Ашермана.

Таким образом, внедрение МАЭ позволило изменить сложившуюся практику, когда пациенткам с ГПЭ производится многократные повторные выскабливания полости матки или хирургическое удаление органа; позволило улучшить результаты лечения менометроррагий, уменьшило число интраоперационных осложнений, снизило число рецидивов, сократило сроки пребывания больных в стационаре и сроки реабилитации, а также снизило затраты на лечение.

*Микроволновая абляция эндометрия (МАЭ) произведена 113 пациенткам с патологией эндометрия в возрасте 40–65 лет. Контроль эффективности оценивали по клиническим данным и данным УЗИ. Эффективность МАЭ у наших больных составила 100%, полный клинический эффект после МАЭ отмечен у всех пациенток.*

*Microwave ablation of the endometrium was performed in 113 patients with endometrial pathology at the age of 40–65 years. Efficiency monitoring was assessed by clinical data and ultrasound data. The efficacy of MAE in our patients was 100%, the full clinical effect after MAE was noted in all patients*



## **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ЭКСПРЕССИЯ PTEN, P53, ER, PR И KI-67 В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АКРОМЕГАЛИЕЙ**

Станоевич И.В., Селиванова Л.С., Воротникова С.Ю., Ткачук А.В., Луценко А.С.

*ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ  
г. Москва*

Молекулярные механизмы потенцирования онкогенеза в эндометрии при акромегалии изучены недостаточно. Целью исследования служила оценка онкопотенциала эндометрия при акромегалии в сравнении с пациентками без нейроэндокринной патологии.

В исследование включено 25 образцов эндометрия пациенток, страдающих впервые выявленной активной стадией акромегалии – I (основную) группа, из них 13 образцов эндометрия фазы пролиферации (IA группа) и 12 образцов атрофичного эндометрия пациенток постменопаузального возраста (IB группа). Группа сравнения представлена 26 образцами эндометрия с отсутствием морфологических признаков патологии, полученных от женщин без соматотропиномы, из них – 14 образцов фазы пролиферации (IIA группа) и 12 – с признаками постменопаузальной атрофии (IIB группа). Рутинное морфологическое исследование проведено согласно унифицированному протоколу. Присутствие морфологических признаков секреторных изменений эндометрия являлось критерием исключения образца из группы.

Иммуногистохимическое исследование выполнено согласно протоколам, рекомендованным фирмой-производителем с антителами к белкам PTEN (моноклональные мышинные, 1:100, DAKO), P53 (моноклональные, ready-to-use, Leica), ER (моноклональные мышинные, ready-to-use, Leica), PR (моноклональные кроличьи, ready-to-use, Leica), Ki-67 (моноклональные, ready-to-use, Leica) на срезах толщиной 3 мкм с помощью автоматизированного иммуногистостейнера Leica Bond max. Оценка экспрессии ER и PR проведена по системе HISTOScore; P53 и Ki-67 – полуколичественным методом с оценкой процента окрашенных ядер; PTEN – путем подсчета процента неокрашенных желез с окружающей стромой. Ставили положительные и отрицательные контроли, которые выбирали в соответствии со спецификациями от фирмы производителя. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. Для оценки различий между группами применялись непараметрические варианты дисперсионного анализа – тест Краскела-Уоллиса и критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в виде медианы и 25–75 перцентилей.

Соответственно по группам IA, IB, IIA и IIB PTEN-отрицательные железы составили: 45,0%[20,0;70,0]; 40,0%[20,0;70,0]; 6,5%[5,0;10,0] и 20,0%[0; 30,0]. Пациентки с акромегалией характеризовались достоверно большей потерей экспрессией PTEN ( $p < 0,001$ ). При акроме-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

галии отмечена крайне высокая экспрессия P53 в эпителиальных и стромальных клетках эндометрия фазы пролиферации: 70,0 [60,0;80,0] и 30,0 [20,0;50,0] ( $p < 0,0001$ ), а также очаговая положительная реакция в эпителиальных клетках атрофичного эндометрия 4,5 [2,0; 5,0]. Другие подгруппы демонстрировали отрицательную реакцию на P53. Все образцы характеризовались умеренной или высокой чувствительностью к эстрогенам. Достоверных отличий в экспрессии ER не получено. PR показал повышенную экспрессию в эпителиальных клетках атрофичного эндометрия при акромегалии по сравнению с группой ПБ: 250,0 [245,0;255,0] и 200,0 [170,0; 220,0] соответственно ( $p < 0,0001$ ). Сходная картина обнаружена по Ki-67: 5,0 [3,0; 8,0] и 0,5 [0;1,0] соответственно в группе ПА и ПБ ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, нами выявлены очевидные черты онкогенеза как по I патогенетическому варианту рака эндометрия при отсутствии морфологических признаков гиперплазии: очаговая потеря экспрессии PTEN при сохранной чувствительности к эстрогенам и прогестерону. Однако обнаруженная очаговая экспрессия P53 в эпителиальных клетках атрофичного эндометрия является ранним молекулярным событием II патогенетического варианта аденокарциномы. Обнаруженные молекулярные особенности могут объяснить агрессивное течение дифференцированного рака эндометрия при акромегалии.

Крайне высокая экспрессия P53 в эпителии и стромах эндометрия фазы пролиферации при акромегалии требует дальнейшего уточнения с использованием генетических методов исследования. Возможным объяснением является стабилизация белка другими протеинами, чья экспрессия может быть стимулирована при усиленном ИФР-1 – сигналинге, вследствие соматотропиномы.

*На основании иммуногистохимической оценки экспрессии PTEN, P53, ER, PR и Ki-67 в эндометрии фазы пролиферации и атрофичном эндометрии пациенток с активной стадией акромегалии в сравнении со здоровыми женщинами репродуктивного и постменопаузального возраста соответственно обнаружена очаговая потеря экспрессии PTEN при сохранной чувствительности к эстрогенам в обеих возрастных подгруппах, а также очаговая экспрессия P53 и повышенная экспрессия Ki-67 у больных основной группы на фоне высокой чувствительности эпителия к прогестерону у постменопаузальных пациенток. Крайне высокая экспрессия P53 в эндометрии фазы пролиферации при акромегалии требует дальнейшего уточнения.*

*PTEN, P53, ER, PR and Ki-67 immunohistochemical evaluation in proliferative and atrophic endometrium of acromegalic and nonacromegalic patients revealed foci of PTEN-loss, preserved sensitivity to estrogens in menstruating and postmenopausal women with somatotropinomas. Postmenopausal acromegalic patients have shown foci of P53 expression, elevated level of Ki-67 and high epithelial sensitivity to progesterone. Diffuse high P53 expression in proliferative endometrium of acromegalic women requires further investigations. Thus, there is molecular predisposition to an aggressive endometrial cancer behaviour from early stages in patients with acromegaly.*



## **ЭНДОКРИННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ: ВСЕ ЛИ ТАК ОЧЕВИДНО?**

Станоевич И.В.<sup>1</sup>, Кудрина Е.А.<sup>2</sup>, Мамхегова Б.С.<sup>2</sup>, Масыкина А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ, <sup>2</sup> Сеченовский Университет  
г. Москва

Эндокринные и метаболические нарушения при доброкачественных гиперпластических заболеваниях женских гениталий продолжают рассматриваться в контексте однонаправленного нарастания их глубины, способствующей промоции, прогрессированию и рецидивированию миомы матки (ММ), гиперплазии эндометрия (ГЭ) и аденомиоза (АМ). Однако коррекция отклонений углеводного и липидного обмена не считается эссенциальным элементом лечения пациенток с данной патологией. Учитывая опережение возраста дебюта гиперпластических заболеваний матки в сравнении с накоплением субклинических метаболических нарушений, очевидна патогенетическая роль эндокринной патологии в прогрессировании ММ, АМ и ГЭ и необходимость ее точной диагностики для осуществления персонифицированной терапии.

Целью исследования являлась уточнение характера возможных эндокринопатий при изолированных и комбинированных ММ, ГЭ и АМ.

В исследование включено 475 женщин с ММ, ГЭ, АМ либо их сочетанием (основная группа); 50 сопоставимых по возрасту женщин с верифицированным инструментально отсутствием изучаемых заболеваний составили контрольную группу. Критериями включения в исследование являлось наличие у женщины изолированных либо сочетанных ГЭ, ММ и АМ и информированное добровольное согласие на участие. Критерий исключения – острый воспалительный процесс любой локализации на момент обращения за медицинской помощью. Всем пациентам проводилось полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее в себя определение индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии и бедер (ОТ/ОБ), клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, эхографическое исследование органов малого таза, цитологическое исследование соскобов экто- и эндоцервикса, расширенную кольпоскопию. Дополнительно определяли уровень лептина, фактора некроза опухолей (ФНО) и пролактина в сыворотке крови. Морфологическому исследованию согласно протоколу гистологических исследований подвергались все удаленные в процессе оперативных вмешательств ткани (соскобы слизистой оболочки матки, удаленные маток, узлы ММ, АМ). Статистическая обработка данных осуществлена с помощью программы STATISTICA 10.0.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

На основании выявленных клинико-морфологических параллелей, включающих результаты анализа ИМТ, особенностей распределения жировой ткани, содержания лептина, ФНО и пролактина, отклонений в липидном спектре крови, содержании глюкозы, тяжести сидеропении, ассоциированной с аномальными маточными кровотечениями, морфологических особенностей патологии матки, охарактеризованы три патогенетических варианта эндокринных и метаболических нарушений, ассоциированных с различными доброкачественными гиперпластическими заболеваниями матки: А-вариант 178 (58,6%) – с преимущественно глютео-феморальным типом отложения жировой ткани и выраженной гиперлептинемией; Б-вариант 83 (27,3%) – с преимущественно абдоминальным типом отложения жировой ткани и умеренной гиперлептинемией; и В-вариант 43 (14,1%) – с массой тела, близкой к дефициту, нормо- или гиполептинемией и гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Дополнительно определено, что эндокринные и метаболические расстройства ассоциированы с сочетанным поражением матки и преобладанием клинически манифестного течения патологии органа. Гистологическим субстратом манифестного клинического течения гиперпластических заболеваний матки служит преимущественно сочетанное поражение эндо- и миометрия в форме простой ГЭ без атипии, множественной простой и «пролиферативных» вариантов лейомиомы и «активного» АМ. Морфологической основой латентного клинического течения ГЭ, ММ и АМ является монопатология эндо- или миометрия в форме простой ГЭ без атипии, простой лейомиомы матки, «неактивного» АМ.

Выделено три патогенетических варианта эндокринных и метаболических фенотипа при доброкачественных гиперпластических заболеваниях матки, различающихся по антропометрическим, гормональным и биохимическим характеристикам, и ассоциированных с различной степенью тяжести сидеропенического синдрома и морфологическими типами ГЭ, ММ и АМ.

*Эндокринные и метаболические нарушения при гиперпластических заболеваниях матки гетерогенны и могут носить разнонаправленный характер. На основании антропометрических, гормональных характеристик больных и сопоставления с морфологической картиной выделено три фенотипа эндокринопатий: А- с преимущественно глютео-феморальным типом отложения жировой ткани и выраженной гиперлептинемией; Б – с преимущественно абдоминальным типом отложения жировой ткани и умеренной гиперлептинемией; В - с массой тела, близкой к дефициту, нормо- или гиполептинемией и гиперпролактинемией неопухолевого генеза. Патогенетическая коррекция эндокринопатий – элемент профилактики патологии матки.*

*Endocrine and metabolic disorders in patients with hyperplastic uterine diseases are heterogeneous and may develop in opposite directions. The analysis of patients' anthropometric, hormonal features and the resulting matching with the morphological picture of the uterine pathology let us characterize three phenotypes of endocrine*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*disorders: A – glutei-femoral obesity and high hyperleptinemia; B – abdominal obesity and mild hyperleptinemia; C – body mass deficiency, normo or hypoleptinemia and nontumoral hyperprolactinemia. Thus, pathogenetic engocrinopathy correction is an essential element of hyperplastic uterine deseases prophylaxis.*

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ МОЛОДЕЖИ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ

Стольникова И.И., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.

*Тверской Государственный Медицинский Университет  
г. Тверь*

Сегодня перспективным направлением проблемы управления здоровьем в фокусе качества жизни является навигационное понимание здоровья, позволяющее увидеть психологические и личностные усилия или слабость самого человека на пути к «здоровью» и повышению качества жизни. Качество жизни, связанное со здоровьем – это междисциплинарное понятие, объективное и субъективное выражение общего состояния человека, его социального, психологического, психического, психосоматического, репродуктивного здоровья. Качество жизни, связанное с репродуктивным здоровьем – проецируемая переменная, на которую влияют настроение, ожидания, ценностные предпочтения, личностные и психологические особенности человека.

У современной молодежи трансформируется понимание репродукции как ценностно-смыслового образования, естественного биологического процесса и кровнородственной природы, как личностно-психологической ответственности за сохранение рода. На молодежные представления о качестве жизни, связанного со здоровьем, на демографические экспектации, уровень притязаний и степень удовлетворенности жизненной ситуацией, поведенческие паттерны влияют такие личностно-психологические переменные как ответственность, рефлексивность, ценностно-смысловая матрица, личностные риск-факторы принятия решений. Выявление специфики взаимосвязи качества жизни, связанного с репродуктивным здоровьем и личностно-психологических особенностей молодежи будет направлено на разработку психологической модели управления качества жизни, связанным с репродуктивным здоровьем.

Разрабатываемая психологическая модель управления качеством жизни, связанным с репродуктивным здоровьем вместе с медицинской оценкой КЖ позволит учитывать соразмерность объективной и субъективной оценки качества жизни и репродуктивного здоровья, их темпоральную изменяемость, а также соответствие или несоответствие медицинских (объективных) и субъективных, преломляющих влияние объективных фак-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

торов, параметров качества жизни. Комплементарная медицинская психологическая модель управления качеством жизни, связанным с репродуктивным здоровьем, раскрывает возможности использования новых психодиагностических методик по оценке качества жизни, связанного со здоровьем в области репродуктивного здоровья, применения их в профессиональной деятельности психологов и медицинских работников, что позволяет также конструировать и апробировать алгоритм тренингов и медико-психологического консультирования в области репродуктивного здоровья современной российской молодежи.

*Аннотация. Представлена психологическая модель управления качеством жизни, связанным с репродуктивным здоровьем молодежи, которая позволяет учитывать соразмерность объективной и субъективной оценки качества жизни и репродуктивного здоровья, их темпоральную изменчивость, а также соответствие или несоответствие медицинских (объективных) и субъективных, параметров качества жизни в призме рисков ответственности современной российской молодежи.*

*Ключевые слова: качество жизни, репродуктивный потенциал, молодежь, ответственность, рефлексивность.*

*Annotation. The report presents a psychological model of quality of life management related to the reproductive health of young people, which allows to take into account the proportionality of an objective and subjective assessment of the quality of life and reproductive health, their temporal variability, as well as compliance or inconsistency of medical (objective) and subjective parameters of quality of life parameters in a prism risks of responsibility of modern Russian youth.*

*Key words: quality of life, reproductive potential, youth, responsibility, reflexivity.*

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВРТ

Стрелкова И.И., Ветхова В.В., Долгова А.А., Новикова И.П.

ООО «Мать и дитя Рязань»  
г. Рязань

По данным Национального регистра вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), регистрируется неуклонный рост пациенток старшей возрастной группы, прибегающих к методикам ВРТ. В то же время, физиологические процессы угасания функциональной активности женской репродуктивной системы заведомо снижают эффективность программ ВРТ у данной категории женщин.

В исследование включены результаты программ ЭКО по ОМС у 188 пациенток в период с января по декабрь 2018 года. Возраст женщин – от 23 до 42 лет. Всем пациенткам



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

проводили стандартное обследование согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 г. № 107н «О порядке использования ВРТ, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Партнеры пациенток проходили обследование у уролога-андролога. Параметры эякулята оценивались в соответствии с требованиями и нормативами ВОЗ (2010). Всем пациенткам проводили индукцию суперовуляции в программе ЭКО с использованием короткого протокола с антагонистами ГнРГ.

С учетом поставленной задачи пациентки были разделены на 3 группы, принятые в ESHRE: 1 группа – до 34 лет – 125 наблюдений (средний возраст 30,2 года), 2 группа – от 35 до 39 лет – 50 наблюдений (средний возраст 36,8 лет) и 3 группа – старше 40 лет – 13 наблюдений (средний возраст 40,8 лет).

Стаж бесплодия на момент обращения в среднем составил 4,9; 7,5 и 9,4 года в 1, 2 и 3 группах соответственно.

Пациенток с первичным бесплодием было 71,2%, 58% и 61,5% в 1; 2 и 3 группах соответственно.

Средний возраст партнеров пациенток 1, 2 и 3 группы составил 30,2; 36,8 и 41,9 лет соответственно. При этом нормальные показатели спермограммы фиксировались у 59,2%; 70% и 53,8% мужчин в этих группах.

Среди причин бесплодия в 1 группе основными в равной степени являлись: трубный фактор, ановуляторное и обусловленное эндометриозом бесплодие. Во 2 группе наиболее часто встречались трубный фактор и эндометриоз-ассоциированное бесплодие. В 3 группе имело место сочетание нескольких этиологических факторов бесплодия.

Отмечено достоверное снижение уровня АМГ с увеличением возраста: в 1 группе 4,83 нг/мл, во 2 группе 2,78 нг/мл, и в 3 группе 2,35 нг/мл.

Количество полученных при трансвагинальной пункции яичников ооцитов составило 10; 7 и 6 ооцитов в 1, 2 и 3 группах соответственно. При этом средняя дозировка вводимого препарата в 1 группе составила 155 МЕ, во 2 группе 178 МЕ, в третьей группе потребовалось в среднем 196 МЕ.

Наконец, частота наступления беременности составила 35,2%; 36% и 23,1% в 1, 2 и 3 группах соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о снижении эффективности программ ЭКО у пациенток старшей возрастной группы. Среди причин, наиболее значимо влияющих на результат и связанных с угасанием репродуктивной системы в целом, стоит отметить: снижение овариального резерва в сочетании с «возрастным» ухудшением качества ооцитов; гормональный дисбаланс, трудно поддающийся коррекции; а также снижение репродуктивного потенциала партнеров женщин старшей возрастной группы.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Анализ 188 циклов ЭКО, проведенных по поводу бесплодия в возрасте от 23 до 42 лет показал снижение эффективности процедуры с увеличением возраста. Среди причин отмечены снижение овариального резерва в сочетании с «возрастным» ухудшением качества ооцитов; гормональный дисбаланс, снижение репродуктивного потенциала партнеров женщин старшей возрастной группы.*

*Analysis of 188 IVF cycles conducted for infertility at the age of 23 to 42 years showed a decrease in the effectiveness of the procedure with increasing age. Among the reasons, there was a decrease in ovarian reserve in combination with the «age» deterioration in the quality of oocytes; hormonal imbalance; a decrease in the reproductive potential of partners of women of the older age group.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ  
г. Москва*

Изучить частоту встречаемости типов ВПЧ у пациенток с «малыми» формами поражения эпителия шейки матки.

В исследование было включено 129 ВПЧ-положительных женщин репродуктивного возраста. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее: ВПЧ-типирование с оценкой вирусной нагрузки методом ПЦР в режиме реального времени, жидкостную цитологию.

По результатам обследования сформированы 3 группы, в зависимости от результатов цитологического заключения: 1 группа (n=66) – с NILM, 2 группа (n=28) – с ASCUS, 3 группа (n=35) – с LSIL.

Наиболее часто встречающимися типами ВПЧ были: в 1 группе ВПЧ 16 – у 18 (27,3%), 31 – 12 (18,2%), 52 – 8 (12,1%), 51 – 8 (12,1%), 18 – 7 (10,6%), 58 – 7 (10,6%), во 2 группе ВПЧ 16 – 11 (39,3%), 56 – 4 (14,3%), ВПЧ 52, 58, 31, 59, 66 – по 3 (10,7%), в 3 группе – ВПЧ 16 – 14 (40,0%), 39 – 6 (17,1%), ВПЧ 52, 59, 58, 51 – по 5 (14,4%). Согласно классификации IARC, канцерогенные типы ВПЧ в 1 группе встречались в 98,8%, во 2 группе – 92,9%, 3 группе – 85,7% случаях. Вероятно канцерогенные типы ВПЧ (2A) выявлены в 1 группе – 16,1%, во 2 группе – 3,6%, в 3 группе – 14,3%. Возможно канцерогенные типы ВПЧ в 1 группе – 21,2%, во 2 группе – 3,6%, в 3 группе – 17,1%. Достоверных отличий в 1,2,3 группах согласно их канцерогенному потенциалу выявлено не было (p>0,05). По нашим данным, наблюдает-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ся достоверное преобладание ВПЧ канцерогенного типа во всех исследуемых группах.

Результаты исследования демонстрируют преобладающую роль канцерогенных типов ВПЧ у пациенток с «малыми» формами поражения эпителия шейки матки, персистенция которых может способствовать развитию плоскоклеточных интраэпителиальных поражений и РШМ.

*В настоящее время этиологическим фактором плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (SIL) шейки матки признан вирус папилломы человека высокого онкогенного риска.*

*Now the etiological factor of the patients of intraepithelial lesions (SIL) is considered as cervical high-risk human papillomavirus.*

## РОЛЬ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВПЧ С ОЦЕНКОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В РАЗВИТИИ CIN

Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава РФ г. Москва*

Проанализировать течение ПВИ с оценкой уровня вирусной нагрузки у ВПЧ-положительных пациенток с цитологическим заключением NILM (24 мес.).

В исследование было включено 66 ВПЧ-положительных женщин с цитологическим заключением NILM. В ходе динамического исследования с промежутком каждые 12 мес. в течение 2-х лет проведено клиничко-лабораторное обследование, включающее: ВПЧ-типирование с оценкой вирусной нагрузки методом ПЦР в режиме реального времени, жидкостная цитология.

Обнаружение двух и более типов ВПЧ было у 34 (51,5%) женщин, моноинфекция – у 32 (48,5%) женщин. Элиминация ВПЧ через 12 мес. произошла в 74 (58,7%) случаях, таких типов ВПЧ, как: 16 типа – 12 (18,1%), 31 – 5 (7,6%), 33 – 5 (7,6%), 66 – 4 (6%), 56 – 3 (4,5%). Через 24 мес. – элиминация ВПЧ была зафиксирована в 16 (12,7%) случаях, таких типов ВПЧ, как: 31 – 3 (4,6%), 52 – 2 (3%), 16 – 2 (3%). В группе с латентным течением инфекции выявлено достоверно значимое снижение вирусных нагрузок во всех визитах. Наибольшая частота элиминации наблюдалась впервые 12 мес. исследования.

Персистенция ВПЧ наблюдалась у 26 женщин, доминирующими типами ВПЧ были: 16 – 5 (4,8%), ВПЧ 51 – 4 (6,3%), 52 – 2 (3,2%), ВПЧ 31 – 2 (3,2%).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

В ходе динамического исследования у пациенток с персистенцией ВПЧ ВР достоверно значимых отличий уровня вирусной нагрузки не было выявлено ( $p < 0,05$ ). Через 12 мес. исследования аномальное цитологическое заключение определялось у 6 (9%) женщин: ASCUS – 4 (6%), LSIL – 2 (3%). Через 24 мес. ухудшение цитологии наблюдалось у 10 (15%) женщин: ASCUS 6 (9%), LSIL 4 (6%).

Элиминация и снижение вирусной нагрузки ВПЧ ВР достоверно чаще наблюдалась в первые 12 мес. наблюдения. Вирусную нагрузку не следует рассматривать как единственный маркер прогрессии.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, ПЦР в режиме реального времени.

*Внедрение в клиническую практику генотипирования ВПЧ двадцати одного типа методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени позволяет оценить типовую принадлежность вируса и значения вирусной нагрузки в развитии предраковых поражений эпителия шейки матки.*

*Introduction into clinical practice HPV genotyping twenty one type with PCR detection results in real-time allows you to evaluate a model belonging to the virus and viral load values in the development of precancerous epithelial lesions of the cervix.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Хохлова Р.Р.

*Волгоградский Государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

Несмотря на длительную историю изучения, проблема лечения женщин репродуктивного возраста с миомой матки (ММ), продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей в связи с высокой частотой встречаемости и тенденцией к росту данного заболевания. Известно, что миома матки диагностируется у каждой четвертой пациентки (23,5%) с бесплодием, при этом первичное бесплодие выявляется в 18–24% случаев, вторичное – в 25–56%. Это влечет за собой ежегодный рост числа органосохраняющих пластических операций на матке. Миомэктомия нередко сопряжена с техническими сложностями, обусловленными размерами матки и миоматозных узлов, повышенной кровоточивостью тканей, а также степенью развившейся постгеморрагической анемии.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 64 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет с ММ на базе гинекологического отделения ГУЗ ВОКПЦ №2 г. Волгограда. Все пациентки были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 34 женщины, которым перед хирургическим вмешательством проводилась медикаментозная терапия Улипристал ацетатом (УА) 5 мг в течение 3 месяцев с последующей операцией в объеме: Лапаротомии, миомэктомии. Группу сравнения составили 30 женщин, которым оперативное вмешательство проводили без предварительной предоперационной подготовки.

Все женщины предъявляли жалобы на обильные менструации. Кроме того, болезненные менструации выявлены у 23,5% женщин основной группы и у каждой пятой пациентки группы сравнения. В ходе лабораторного исследования анемия I степени диагностирована у 21 (61,8%) пациенток основной группы и у 19 (63,3%) женщин группы сравнения. Анемия II степени – в 35,3% и 33,3% случаев соответственно.

По данным УЗИ, у пациенток обеих групп преобладало наличие множественной ММ, среди которых выявлены узлы с интрамуральной, интрамурально-субсерозной локализацией, при этом у каждой пятой пациентки в обеих группах диагностированы интрамуральные узлы с центрипетальным ростом (20,6% и 20,0% соответственно). Размер доминирующего узла варьировал от 5 до 12 см.

На фоне первого месяца приема УА у пациенток основной группы остановка менструальных кровотечений наступила через  $5,1 \pm 1,08$  дня с момента начала лечения. У 28 (82,4%) женщин наступила аменорея. У 17,6% больных сохранялись умеренные менструации после окончания первой упаковки, после второй упаковки – у 3 (8,8%) женщин, и лишь у 1 (2,9%) пациентки на протяжении всего курса лечения (3 месяца) сохранялись скудные менструальные менструации.

Изучение уровня гемоглобина в динамике через 3 месяца выявило анемию легкой степени у 29,4% женщин. В остальных случаях показатели гемоглобина соответствовали нормативным значениям. После окончания трехмесячного курса лечения УА уменьшение размеров миоматозных узлов диагностировано у 32 (94,1%) пациенток, в то время как прежними оставались размеры узлов в 5,9% случаев. Размер доминантных узлов уменьшился в среднем на 32,5%.

Таким образом, проведение предоперационной терапии с использованием СМПР больных с миомой матки привело к значительному регрессу миоматозных узлов, что позволило минимизировать объем хирургического вмешательства и как, следствие улучшить репродуктивный прогноз у данной когорты пациенток.

*Выполнено клинико-лабораторное обследование 64 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет с миомой матки, сопровождающейся обильными менструальными кровотечениями. Проведение предоперационной терапии с использованием СМПР у больных с миомой матки, приводит к значительному регрессу миоматозных уз-*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

лов, что позволяет минимизировать объем хирургического вмешательства и как следствие, улучшить репродуктивный прогноз у данной когорты пациенток.

*Clinical and laboratory examination of 64 patients aged from 25 to 45 years old with uterine myoma, accompanied by heavy bleeding. Conducting preoperative therapy using SMPR in patients with uterine myoma leads to a significant regression of myomatous nodes, which minimizes the amount of surgical intervention and, as a consequence, improves reproductive prognosis in this cohort of patients.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.В.

*Волгоградский Государственный медицинский университет  
г. Волгоград*

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ). К группе риска инфицирования ВПЧ можно отнести практически всех людей, живущих половой жизнью. В течение жизни для сексуально активной женщины риск инфицирования составляет 50–80%. Через два года после сексуального дебюта до 82% женщин считаются носительницами ВПЧ. При этом, опасность персистенции вируса увеличивается в 10 раз в возрасте старше 30–35 лет.

Проблема ведения пациенток с ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) обусловлена не только ростом частоты встречаемости данной патологии (инфицированность ВПЧ в мире за последнее десятилетие увеличилась более, чем в 10 раз), но и способностью папилломавирусной инфекции (ПВИ) инициировать злокачественные процессы.

Проведен ретроспективный анализ 852 медицинских карт пациенток репродуктивного возраста, в результате которого были отобраны 224 карты женщин, находящихся на диспансерном наблюдении в женской консультации центрального района города Волгограда с CIN слабой степени выраженности. Критериями включения в исследование явились: возраст пациенток от 18 до 35 лет; гистологически верифицированная CIN I; наличие ВПЧ высокого риска; наличие показаний к активному наблюдению пациенток.

В ходе проведенного исследования установлено, что основными типами ВПЧ при CIN I явились: 16 (46,4%), 18 (21,4%), 31 (9,8%) и 51 (16,1%). Обращает на себя внимание тот факт,



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

что высокая вирусная нагрузка для ВПЧ 16 типа установлена у 84,6%; для ВПЧ 18 типа – в 87,5% случаев. Оценка вирусной нагрузки ВПЧ 31 и 51 типов методом ПЦР в режиме реального времени показала другая высокая нагрузка ВПЧ была диагностирована у 31,8% пациенток с 31 типом, в то время как для 51 типа ВПЧ – в 22,2% случаев.

Результаты диспансерного наблюдения за пациентками в течение 18 месяцев свидетельствовали о том, что регрессия CIN I вследствие самоэлиминация вируса произошла лишь у 139 (62,1%) пациенток; прогрессия процесса в CIN II диагностирована в 6,7% случаев, в то время как у каждой третьей пациентки (31,3%) выявлена персистенция ВПЧ.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что реализация патологических изменений на шейке матки в виде CIN I у пациенток репродуктивного возраста города Волгограда обусловлена высокой вирусной нагрузкой 16 и 18 типов ВПЧ, в то время как, 31 и 51 типы чаще вызывают транзитное носительство. Низкая эффективность тактики активного наблюдения больных с данной патологией диктует необходимость поиска информативных предикторов прогрессирования CIN I и разработки дифференцированного подхода к ведению данной когорты пациенток.

*Проведен ретроспективный анализ 224 медицинских карт пациенток репродуктивного возраста с ВПЧ высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении с гистологически подтвержденной CIN I. Регрессия CIN I вследствие самоэлиминация вируса произошла лишь у 139 (62,1%) пациенток; прогрессия процесса в CIN II диагностирована в 6,7% случаев, в то время как у каждой третьей больной (31,3%) выявлена персистенция ВПЧ.*

*Retrospective analysis of 224 medical cards of patients of reproductive age with high-risk HPV undergoing follow-up with histologically confirmed CIN I was performed. CIN I regression due to virus self-elimination occurred only in 139 (62.1%) patients; the progression of the process in CIN II was diagnosed in 6.7% of cases, while in every third patient (31.3%) the persistence of HPV was detected.*

## СОПОСТАВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КЛЕТОК СТРОМЫ ГРАВИДАРНОГО ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Фатеева Н.В.

ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ  
г. Иваново



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Высокоспециализированная морфологическая субстанция матки – эндометрий, эволюционно и генетически предназначена для успешного выполнения репродуктивной функции, а именно, вынашивания беременности, с рождением доношенного, зрелого и жизнеспособного новорожденного. Качественная доимплантационная подготовка эндометрия с формированием «окна имплантации», зависит от рецептивности клеток слизистой оболочки матки. Несмотря на успешное завершение nidации оплодотворенной яйцеклетки, развитие беременности не всегда благоприятное. Важной этиологической причиной прерывания беременности, в том числе и привычного, в первом триместре является хронический эндометрит, сопровождающийся нарушением гисто-, цито- и ангиоархитектоники эндометрия. Несмотря на существующее мнение о ключевой роли эндометрия в пролонгировании беременности, при изучении патогенеза постимплантационных потерь отдается предпочтение рецепторным и ангиогенным факторам. Вне поля зрения остается стромальный компонент эндометрия, его дифференцировка и влияние, с учетом выполняемых функций, на продолжение беременности и предотвращение репродуктивных потерь в 5–12 недель. Целью исследования явилось изучение и сопоставление особенностей дифференцировки фибробластоподобных клеток стромы гравидарного эндометрия в предецидуальные при неосложненном течении беременности и привычном невынашивании, сопровождающимся хроническим эндометритом. Морфологический субстрат эндометрия, полученный путем кюретажа, от 30 пациенток при искусственных абортах и 30 женщин с двумя и более выкидышами в анамнезе, изучен с использованием обзорных и морфометрических методик. На готовых срезах толщиной 3–4 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином, визуализировали и оценивали трансформацию фибробластоподобных клеток. Осуществляли цитокардиографию с определением площади клеток и их ядер, с последующим расчетом ядерно-цитоплазматического коэффициента в сроки 5–12 недель. Статистическая обработка материала осуществлена с использованием U критерия Манна-Уитни. Различия между сравниваемыми группами считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ . При неосложненном течении беременности в 5 недель визуализируются, разобщенные между собой вытянутые клетки с узким ободком цитоплазмы и увеличенным ядром. В сроке 6–8 недель беременности, трансформирующиеся фибробластоподобные клетки имеют достоверно увеличенную площадь цитоплазмы и ядра. Децидуализация на этапе 9–10 недель беременности завершается формированием округлых клеток, подобных «эпителиоидным», с еще большим достоверным увеличением цитоплазмы и ядра. Трансформация клеток в 11–12 недель завершается формированием предецидуальных клеток, характеризующихся образованием пластов за счет сформированных межклеточных контактов. С учетом этапов трансформации фибробластоподобных клеток, в зависимости от цитологических особенностей и срока беременности клетки классифицированы на фибробластоподобные клетки I и II типов, предшественники предецидуальных клеток и предецидуальные клетки. При привычном невынашивании беременности на фоне хронического эндометрита, сроки трансформации фибробластоподобных клеток в гравидарном эндометрии нарушены с отставанием в дифференцировке на 2–4 недели. Площадь цитоплазмы и ядра



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

трансформирующихся клеток достоверно снижены на всем протяжении первого триместра (5–12 недель) по сравнению с группой контроля. Авторы исследования предполагают, что выявленные структурные нарушения приводят к дисбалансу структурного и функционального гомеостаза, взаимодействия между эндометрием и формирующимся эмбрионом, что в конечном итоге проявляется постимплантационными потерями беременности.

*Проведено комплексное морфологическое исследование гравидарного эндометрия от 60 женщин с физиологическим течением беременности и привычным невынашиванием, сопровождающимся хроническим эндометритом в сроки 5–12 недель. Установлены, нарушения этапов трансформации фибробластоподных клеток стромы эндометрия в предецидуальные с задержкой на 2–4 недели в группе с привычным невынашиванием на фоне хронического эндометрита с достоверным снижением показателей площади клеток и их ядер по сравнению с физиологическим течением беременности.*

*A complex morphological study of the gravidar endometrium from 60 women with physiological pregnancy and recurrent pregnancy loss, accompanied by chronic endometritis in the period of 5–12 weeks. Installed, violations of stages of transformation of fibroblast-like cells of the endometrium in predecidual with a delay of 2–4 weeks in the group with recurrent pregnancy loss on the background of chronic endometritis with a significant decline in square cells and their nuclei in comparison with physiological pregnancy.*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЖБЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Филиппова Г.Г., Никифорова А.А.

*ЧУ дополнительного образования «Институт перинатальной и репродуктивной психологии», АНО ВО «Московский гуманитарный университет»; ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения г.Москвы» г. Москва*

На сегодняшний день результаты зарубежных и российских исследований подтверждают, что многие патологии репродуктивной системы, осложнения во время беременности, родов и послеродового периода имеют психогенную природу и развиваются под влиянием психологических факторов. Психологическая работа с пациентами перинатальных центров, родильных домов, гинекологических стационаров и женских консультаций Москвы помогает стабилизировать их эмоциональное состояние, повысить комплаенс, снизить



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

уровень тревоги и напряжения, подготовить к родам, помочь «пережить» беременность.

Для качественного оказания психологической помощи в системе родовспоможения существует потребность в создании службы психологической помощи. В нормативно-правовых документах сделана попытка создания подобной системы через кабинеты и отделения медико-социальной помощи, иногда их именуют «кабинеты кризисной беременности». Они существуют, но расположены по городу Москве не пропорционально и их работа мало регламентирована.

Подобные структуры существуют в некоторых регионах России, но вопросы отсутствия единства подходов к работе, ведению документооборота и отчетности, квалификационных требований к специалистам остаются открытыми. К тому же кабинеты и отделения медико-социальной помощи призваны помогать, прежде всего, пациентам в «трудной жизненной ситуации», т.е. в ситуации отсутствия материальных ресурсов и поддержки близких людей для вынашивания беременности, в целях профилактики аборт и социального сиротства.

Но вопросы психологической помощи в службе родовспоможения выходят за пределы доабортного консультирования, поддержки социально-уязвимых пациентов в ситуации кризисной беременности, отказа новорожденных в родильных домах. Пациентки, столкнувшиеся с антенатальной гибелью плода, идиопатическим бесплодием, рождением ребенка с нарушениями в состоянии здоровья и находящемся в детской реанимации, стоящие перед репродуктивным выбором в случае постановки врожденных пороков развития и хромосомных нарушений, идущие на ЭКО нуждаются в поддержке не меньше первых.

Необходимо далее совершенствовать службу психологической помощи, т.к. это способствует увеличению дополнительных ресурсов пациентов в целях улучшения эффекта от медицинского лечения и преодоления непростых жизненных ситуаций. Кроме снятия эмоционального груза от взаимодействия со сложными пациентами через непосредственную психологическую помощь пациентам, также возможно консультирование и обучение медицинского персонала навыкам эффективных коммуникаций, поведения в конфликтных ситуациях и управления стрессом.

Существуют проблемы на пути создания службы психологической помощи в Москве – нехватка кадров на местах, неравномерное распределение специалистов на количество пациентов и медицинский персонал, размытые требования к их квалификации, низкий уровень заработной платы, ненормированные требования к результатам работы и профессиональной документации и отчетности, непонимание медицинским сообществом способов и результатов психологической работы, отсутствие понимания у врачей знаний о психическом функционировании пациентов, влиянии психологических факторов на соматическое здоровье и многие другие организационные и методические ограничения. Необходимо двигаться вперед на пути совершенствования службы. Возможные векторы развития: разработка нормативно-правовых основ, создание протоколов рабо-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ты с разными группами пациентов, утверждение документооборота и форм отчетности, должностных инструкций для психологов в зависимости от места работы (женская консультация, родильный дом, перинатальный центр), унификация подходов к психодиагностике и психокоррекции, увеличение штата психологов в медицинских организациях исходя из установленных норм, проведение научных конференций, съездов психологов, занятых в службе акушерства и гинекологии в целях расширения площадок для обмена опытом, организация междисциплинарных встреч, где, и медики и психологи смогут найти общие точки соприкосновения в общем непростом труде.

*Присутствие психологической помощи в медицине становится все более распространенной практикой. Пациенты профиля акушерство и гинекология зачастую нуждаются в психологической поддержке и помощи, т.к. сталкиваются с психотравмирующими ситуациями довольно часто. Иногда это касается потери собственного здоровья, потери беременности и жизни новорожденных детей. Но система психологической помощи в Москве развита не повсеместно, требуется унифицировать подходы к работе, документообороту, отчетности, стандартизировать требования к квалификации, организовывать больше площадок для обмена опытом*

*The presence of psychological support in medicine is becoming an increasingly common practice. Obstetrics and gynecology patients often need psychological help, because face traumatic situations quite often. Sometimes it concerns the loss of their own health, the loss of pregnancy and the life of newborns. The system of psychological assistance in Moscow is developed and not mandatory, it requires the unification of approaches to work, document flow, reporting, standardization of qualification requirements, organization of a large number of platforms for the exchange of experience.*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Халилова М.А., Вершута В.А., Авраменко М.В., Ибрагимова Ш.И., Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета*

*г. Москва, Россия*

Генитальный эндометриоз – хронический гормонально-зависимый патологический процесс, занимающей третье место в мире в структуре гинекологической заболеваемости



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

после воспалительных заболеваний органов малого таза и миомы матки, частота которого варьирует от 12 до 50% у женщин репродуктивного возраста. Основными клиническими проявлениями эндометриоза являются нарушение менструальной функции, хронический болевой синдром и бесплодие. По данным литературы, у 25%-50% женщин с бесплодием выявлен эндометриоз, а 30–50% женщин, страдающих эндометриозом, бесплодны.

В основе патогенетических механизмов развития эндометриозных очагов лежат процессы ангиогенеза, лимфангиогенеза и нейрогенеза. Молекулярные и структурные дефекты, возникающие в эндометриозной ткани, изменяют ее рецептивность, что ведет, в свою очередь, к нарушению имплантации плодного яйца. Результаты многочисленных исследований показывают, что пациентки с эндометриозом находятся в группе высокого риска по развитию осложнений беременности в различные сроки. Существует мнение, что гестационные осложнения у пациенток с генитальным эндометриозом возникают вследствие эндотелиально-гемостазиологических изменений, обуславливающих развитие реакции воспалительного ответа и приводящих к функциональной недостаточности эндометрия, наблюдаемой на ранних сроках беременности. Выявленные патологические изменения эндометрия объясняют высокую частоту невынашивания беременности (10,6%), развития раннего токсикоза среднетяжелого и тяжелого течения (15,9%), обуславливают высокий риск появления ретрохориальных гематом (13,6%) и резкое увеличение репродуктивных потерь (24,2%) при генитальном эндометриозе, которые выше среднепопуляционных в 1,3 раза. Отмечено, что даже у пациенток с эндометриозными кистами яичников наблюдается высокая частота невынашивания беременности, в то время как сама беременность оказывает благоприятное воздействие на регресс эндометриозных кист.

Относительно осложнений второй половины беременности у пациенток с генитальным эндометриозом следует отметить сравнительно высокую частоту развития плацентарной недостаточности (65%), хронической гипоксии плода (51%), тяжелой преэклампсии (13%), кровотечений во время беременности, связанных с патологией прикрепления плаценты – предлежанием плаценты (22%), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (8%). Также повышен риск преждевременного разрыва плодных оболочек и, как следствие, преждевременных родов. В последовом периоде нередко отмечается нарушение отделения последа. При анализе перинатальных осложнений у пациенток с генитальным эндометриозом необходимо указать на высокую частоту развития гипотрофии плода, более высокий процент младенческой смертности.

Таким образом, оценка эндотелиально-гемостазиологической дисфункции и функциональной полноценности эндометрия, произведенная при участии лабораторного контроля реакции системного воспалительного ответа, позволят разработать комплексную программу мероприятий на этапе прегравидарной подготовки и ведения беременности с ранних сроков с целью профилактики гестационных и перинатальных осложнений.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Генитальный эндометриоз является весьма актуальной проблемой в практике акушера-гинеколога, поскольку, с одной стороны, влияет на качество жизни женщины, провоцируя нарушение менструальной функции, синдром хронической тазовой боли и бесплодие, а с другой, потенцирует ряд серьезных акушерских осложнений, среди которых отмечается высокий риск развития плацентарной недостаточности, кровотечений, невынашивания беременности, раннего токсикоза, преэклампсии.*

*Genital endometriosis is a very urgent problem in the practice of an obstetrician-gynecologist, because, on the one hand, it affects the quality of life of a woman, provoking menstrual dysfunction, chronic pelvic pain syndrome and infertility, and on the other, it potentiates a number of serious obstetric complications, among which there is a high risk of miscarriage, early toxicosis, preeclampsia, placental insufficiency, bleeding.*

## ПРОФИЛАКТИКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хачатрян З.В., Ломова Н.А., Кан Н.Е.

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им академика В.И. Кулакова Минздрава России  
г. Москва*

Проблема профилактики задержки роста плода не теряет своей актуальности в связи с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности. В основе формирования плацентарной недостаточности лежит неполноценная инвазия вневорсинчатого хориона с неполным преобразованием спиральных артерий, что приводит к снижению маточно-плацентарной перфузии, развитию оксидативного стресса, дисбалансу ангиогенных факторов. Последние исследования показывают эффективность применения ацетилсалициловой кислоты с целью профилактики плацента-ассоциированных осложнений. Помимо таких общеизвестных механизмов действия ацетилсалициловой кислоты, как снижение продукции простагландинов и тромбоксана путем ингибирования циклооксигеназы, также описаны ее цитопротективные и антиоксидантные механизмы действия.

Провести систематический анализ данных, имеющих в современной литературе, о роли ацетилсалициловой кислоты в профилактике задержки роста плода, ассоциированной с плацентарной недостаточностью. В обзор включены статьи зарубежных и отечественных авторов по данной теме, опубликованные в журналах системы Pubmed за последние 10 лет.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Результаты рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) и мета-анализов показали эффективность применения ацетилсалициловой кислоты с целью профилактики задержки роста плода и преэклампсии. Отмечается наилучшая эффективность при начале применения ацетилсалициловой кислоты до 16 недель гестации.

Применение низких доз ацетилсалициловой кислоты снижает риск развития задержки роста плода, а также преэклампсии у женщин из групп риска данных осложнений беременности. Для повышения эффективности рекомендуется начало профилактики в или до 16 недель гестации.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки ведущих научных школ Российской Федерации № НШ-4566.2018.7.

*Проблема профилактики задержки роста остается актуальной. Согласно последним исследованиям, применение ацетилсалициловой кислоты снижает риск развития задержки роста плода. Применение низких доз ацетилсалициловой кислоты снижает риск развития задержки роста плода у женщин из групп риска. Для повышения эффективности рекомендуется начало профилактики в или до 16 недель гестации.*

*Many studies have centered on the prevention of intrauterine growth restriction. Recent studies confirm that acetylsalicylic acid modestly reduces intrauterine growth restriction. Low doses of acetylsalicylic acid should be recommended and to start at or before 16 weeks of gestation in women at high risk.*

## РОЛЬ ФОЛАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Хачатрян З.В., Ломова Н.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Донников А.Е.

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им академика В.И. Кулакова Минздрава России г. Москва*

Задержка роста плода занимает одну из ведущих ролей в перинатальной заболеваемости и смертности. В связи с отсутствием эффективных методов лечения, в центре внимания специалистов находятся вопросы профилактики данного акушерского синдрома. С целью профилактики используют различные методы, в том числе комплексную микронутриентную поддержку.

Обоснование применения фолатов в профилактике задержки роста плода на основании определения полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

В исследование случай-контроль были включены 200 беременных. Пациентки были разделены на две группы: группу 1 составили 100 беременных с задержкой роста плода, группу 2 – 100 женщин с физиологическим течением беременности. На 1 этапе был проведен анализ клиничко-анамнестических данных с целью выделения факторов риска развития задержки роста плода. На 2 этапе был изучен полиморфизм генов MMP2, MMP3, MMP9, MTHFR и их зависимость с развитием задержки роста плода. Статистическая обработка полученных результатов была проведена при помощи программного пакета «SPSS Statistics 17.0 for Windows».

При сравнительном анализе частоты соматической патологии отмечено преобладание хронического пиелонефрита, варикозной болезни и миопии средней степени у беременных с задержкой роста плода. Анализ течения беременности показал преобладание таких осложнений, как угроза прерывания беременности с формированием ретрохориальной гематомы и анемия. На втором этапе было выявлено носительство полиморфизма гена MTHFR (677 C>T) как фактора риска задержки роста плода.

Полученные данные обосновывают целесообразность молекулярно-генетического исследования для определения наличия полиморфизма гена MTHFR. Применение высоких доз фолиевой кислоты в целях профилактики задержки роста плода у женщин из группы риска способствует снижению риска формирования пороков развития плода и эндотелиальной дисфункции.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки ведущих научных школ Российской Федерации № НИШ-4566.2018.7.

*Целью исследования являлось обоснование применения фолатов для профилактики задержки роста плода на основании определения полиморфизма гена MTHFR. Анализ данных показал носительство полиморфизма гена MTHFR (677 C>T) как фактора риска задержки роста плода. Полученные результаты обосновывают целесообразность молекулярно-генетического исследования, а так же применения высоких доз фолиевой кислоты с целью профилактики данного осложнения.*

*The aim of this study is to justify the use of folic acid for intrauterine growth restriction prevention based on MTHFR polymorphism. Data analysis showed the MTHFR polymorphism (677 C>T) is associated with intrauterine growth restriction. The results case for testing of MTHFR polymorphism and using high doses of folic acid for intrauterine growth restriction prevention.*



## **РОЛЬ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ФЕТАЛЬНОЙ ДНК В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА**

Хачатрян З.В., Садекова А.А., Красный А.М., Кан Н.Е., Хачатурян А.А., Тютюнник В.Л.

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им академика. В.И. Кулакова Минздрава России г. Москва*

Согласно данным литературы, в 75% задержка роста плода диагностируется постнатально, что говорит о недостаточной эффективности современных диагностических алгоритмов и методов исследования. Таким образом, остается актуальным вопрос поиск новых диагностических методов данного осложнения беременности.

Оценка диагностической значимости определения внеклеточной фетальной ДНК в плазме крови беременных с преэклампсией и задержкой роста плода.

Включенные в исследование 55 беременных женщин были разделены на группы: группу 1 составили 17 беременных с преэклампсией и задержкой роста плода, группу 2 – 19 пациенток с подтвержденным диагнозом преэклампсии без задержки роста плода, группу 3 – 19 женщин с физиологическим течением беременности. У всех пациенток с использованием метода количественного ПЦР анализа измеряли уровень внеклеточной фетальной ДНК в плазме крови, путем определения концентрации гиперметилированной части гена RASSF1A.

Согласно полученным данным, уровень внеклеточной фетальной ДНК у беременных с преэклампсией и задержкой роста плода оказался достоверно выше по сравнению с группой беременных с преэклампсией и группой условно здоровых беременных с физиологическим течением беременности. Показано, что уровень внеклеточной фетальной ДНК у беременных с преэклампсией и задержкой роста плода без нарушений фето-плацентарного кровотока является показателем задержки роста плода.

Полученные результаты указывают на возможность использования количественного определения уровня внеклеточной фетальной ДНК в плазме крови для выделения группы беременных с задержкой роста плода. Количественное определение уровня внеклеточной фетальной ДНК в совокупности с другими методами оценки состояния плода может помочь в выборе оптимальных сроков и методов родоразрешения для улучшения перинатальных исходов.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки ведущих научных школ Российской Федерации № НИШ-4566.2018.7.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Целью исследования была оценка диагностической значимости определения внеклеточной фетальной ДНК в плазме крови беременных с преэклампсией и задержкой роста плода. Согласно полученным данным, количественное определение уровня внеклеточной фетальной ДНК в совокупности с другими методами оценки состояния плода может помочь в выборе оптимальных сроков и методов родоразрешения для улучшения перинатальных исходов.*

*The aim of study to evaluate prognostic significance of cell-free fetal DNA in preeclampsia and intrauterine growth restriction. The results indicate the possibility of using a quantitative determination of cell-free fetal DNA with other methods of fetal assessment can help to improve perinatal outcomes.*

## ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРОГЕСТЕРОНА У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ  
г. Москва*

Как известно, прогестерон и его метаболиты (3- и 5-альфа-аллопрегненолон) оказывают противосудорожное действие за счет влияния на возбудимость нейронов путем прямой активации рецепторов гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Эстрогены, напротив, оказывают проэпилептогенное действие путем ингибирования тормозящих ГАМК рецепторов и усиления возбудимости глутаматных рецепторов. Учащение приступов в первые дни цикла обусловлено тем фактом, что в перименструальный период отмечается максимальное снижение концентрации аллопрегненолона. В среднюю лютеиновую фазу приступы наиболее редки, что обусловлено максимально низким соотношением эстрадиол/прогестерон. Эти факты позволяют предположить возможность применения препаратов прогестерона в качестве противосудорожного средства, в том числе, во время беременности.

Изучить эффекты терапии препаратами прогестерона на течение эпилепсии во время беременности.

30 женщин страдающих эпилепсией в состоянии беременности, из них 17 пациенток с идиопатическими генерализованными формами эпилепсии, 13 пациенток с симптоматическими и криптогенными фокальными формами эпилепсии. Средний возраст  $25,2 \pm 3,6$  лет. В исследование брались пациентки, находящиеся в клинической ремиссии,



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

с сохраняющейся эпилептической активностью на ЭЭГ. Всем пациенткам в качестве дополнительной терапии были назначены препараты прогестерона в дозе 600 мг/сут. С учетом недопустимости возникновения эпилептических приступов во время беременности в качестве контроля эффекта применялся динамический анализ пролонгированных видео-электроэнцефалографических данных (ночной десятичасовой ВЭЭГ-мониторинг) на этапе до назначения препарата прогестерона и в течение 1 месяца после этого. Данные пациенток, которым в течение данного месяца была произведена коррекция противосудорожной терапии, в анализ исследования включены не были.

Пациентки с идиопатическими генерализованными формами эпилепсии. Из 17 пациенток у 12(70,6%) отмечено снижение индекса пароксизмальности эпилептической активности. У 13(76,5%) пациенток отмечено снижение амплитуды паттернов эпилептической активности. У 8(47,1%) пациенток отмечено уменьшение длительности серий паттернов эпилептической активности. У 6(50,0%) пациенток из 12 с исходным увеличением индекса пароксизмальности эпилептической активности при пробуждении отмечено уменьшение выраженности данного влияния. Из 3 пациенток с сохраняющимся на момент исследования фотопароксизмальным ответом у 2 пациенток отмечено уменьшение его выраженности. Изменения чувствительности к провоцирующему влиянию гипервентиляции отмечено не было.

Пациентки с фокальными формами эпилепсии. Из 13 пациенток у 7(53,8%) отмечено снижение индекса пароксизмальности эпилептической активности. У 4(30,8%) пациенток отмечено снижение амплитуды паттернов эпилептической активности. У 4(30,8%) снижены длительности серий паттернов эпилептической активности.

Эпилептические приступы в период наблюдения у пациенток зарегистрированы не были.

Таким образом, терапию препаратами прогестерона можно рассматривать как метод лечения эпилепсии во время беременности, позволяющий снизить риск возникновения приступов без повышения доз противосудорожных препаратов.

*Проведен анализ влияния препаратов прогестерона на ЭЭГ-показатели у беременных пациенток с эпилепсией. Из 17 пациенток с идиопатическими генерализованными формами эпилепсии у 70,6% отмечено снижение индекса пароксизмальности, у 76,5% отмечено снижение амплитуды паттернов, у 47,1% отмечено уменьшение длительности серий паттернов эпилептической активности. Из 13 пациенток с фокальными формами эпилепсии у 53,8% отмечено снижение индекса пароксизмальности, у 30,8% отмечено снижение амплитуды, у 30,8% отмечено уменьшение длительности серий паттернов эпилептической активности. То есть терапия препаратами прогестерона снижает риск эпилептических приступов во время беременности.*

*The analysis of the effect of progesterone on epileptic activity on EEG in pregnant patients with epilepsy was made. Among 17 patients with idiopathic generalized forms*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*of epilepsy, 70.6% had a decrease in the paroxysmal index, 76.5% had a decrease in the amplitude of patterns, 47.1% had a decrease in the duration of a series of patterns of epileptic activity. Among the 13 patients with focal forms of epilepsy, 53.8% had a decrease in paroxysmal index, 30.8% had a decrease in amplitude, 30.8% had a decrease in the duration of a series of patterns of epileptic activity. So therapy with progesterone reduces the risk of epileptic seizures during pregnancy.*

## ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ

Черниченко И.И., Геращенко Я.Л.

СПб ГБУЗ Женская консультация №22  
г. Санкт-Петербург

Представить оптимальный алгоритм действий врача для решения проблемы эвакуации молока, обследования, лечения, оценить эффективность лечебной тактики.

Для нормального развития младенца чрезвычайно важно грудное вскармливание (ГВ), которое препятствует когнитивным и алиментарным нарушениям развития. ГВ важно также и для профилактики мастита и рака кормящей матери. Однако нарушения лактации встречаются достаточно часто, они создают серьёзные проблемы для здоровья ребёнка и матери, а потому выработка эффективных подходов для лечения лактостаза актуальна.

Ретроспективно проанализированы медицинские карты (МК) 42 кормящих женщин, по факту обращения в период с декабря 2016 по декабрь 2018 г. с жалобами на нарушение эвакуации молока, боль и дискомфорт, уплотнение ткани молочной железы.

Методы обследования: анамнестический, осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез (МЖ). Критерии включения в исследования, оценки наличия патологии МЖ основывался на анализе жалоб, стандартных ультразвуковых (УЗ), пальпаторных данных о толщине, плотности, размерах и соотношении тканей.

У всех обратившихся за медицинской помощью женщин было диагностировано нарушение лактации. Лактостаз у 34 (80%) женщин, лактационный мастит серозная форма у 6 (14%) женщины. Лактационный мастит гнойно-абсцедирующая форма у 2 (5%) женщины.

Четырнадцать женщин были повторно родившими (33%). У двоих родилась двойня (5%). У двух пациенток (5%) беременность наступила в протоколе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

У 11 (26%) женщин нарушение лактации развилось до 15 суток от родов. У 8 (19%)



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

от 25 до 30 суток. У 6 (14%) женщин в период с 1 до 3х месяцев. У 4 (9%) женщин в период с 3 до 6 месяцев. У 7 (16%) женщин в период с 6 до 12 месяцев. У 6 (14%) женщин в период с 12 до 24 месяцев. Лактостазы в анамнезе имели 5 (12%) женщины. 32 (76%) женщины обратились за медицинской помощью до 3 суток, 7 (17%) женщин до 7 суток, 3(7%) женщины от 14 до 30 суток от начала заболевания.

Клинические проявления в виде локального уплотнения в одной МЖ, болей, нарушение оттока молока имели все пациентки. Повышение температуры тела выше 36,6оС отмечено у 21 женщин (50%), из них у 8 (19%) выше 38оС, у 3( 7%) из них выше 40 оС.

Ультразвуковая картина локального отека ткани МЖ выявлена у всех пациенток. УЗ картина абсцесса МЖ у 2 (5%) женщин.

Тактика лечения, в зависимости от клинической картины, включала в себя:

1. Ручное сцеживание МЖ по Риордану – 41 женщин (99 %).
2. Локальная гипотермия у 31 женщины 73,8 %, после каждого кормления 15 минут.
3. «Траумель С» – мазь для наружного применения гомеопатическая: тубы 50 г, «BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GmbH» (Германия) у 25 женщин 59%.
4. Противовоспалительная терапия (Ибупрофен в таблетках 200 мг 2 раза в день) применялась у 20 женщин (48%).
5. Спазмолитики (Дротаверин в таблетках 20 мг. За 15 минут до кормления) применялись у 23 женщин (55%).
6. Раствор Окситоцина 5 МЕ\мл 2 капли интраназально за 15 минут до кормления у 14 женщин (33%).
7. Антибактериальная терапия (АБТ) (амоксциллин+клавулановая кислота в таблетках 625 мг. 2 раза в день) у 8 женщин (19%).
8. Оперативное лечение в объеме вскрытие и дренирование абсцесса МЖ выполнено 2 женщинам (5%). В 1 случае проведена лечебная пункция.

Лактацию и грудное вскармливание продолжила 41 женщина. Одна пациентка уже прекращала лактацию к моменту развития лактостаза.

Излечение наступило в сроки:

до 3х суток у 30 женщин (71%),

от 4 до 8 дней у 9 женщин (21%).

с 9 до 21 дня у 3х женщин (7%).

Наш двухлетний опыт работы показывает, что обследование и лечение должно начи-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

наться на первом же приеме. Диагностический минимум: осмотр, УЗИ МЖ. Основным методом восстановления лактации является ручное сцеживание. АБТ целесообразно применять при признаках выраженного воспаления в виде гипертермии выше 40°C, или клинических и УЗ признаках абсцедирования. При своевременном обращении и начале лечения возможно сохранение полноценной лактации.

Наличие функционирующей службы помощи женщинам с нарушением лактации позволяет сохранить лактацию и её продолжительность и способствует сохранению здоровья матери и ребенка.

*В статье отражены особенности подхода к ведению пациенток с лактостазом, предложены оптимальные пути их решения, лечебная тактика.*

*the article reflects the features of the approach to the management of patients with lactostasis, the optimal ways of their solutions, therapeutic tactics.*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Чечнева М.А., Капитанова О.В., Краснопольская И.В.

*ГБУЗ Московской области «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии» г. Москва*

Важное клиническое значение гиперпластических процессов эндометрия заключается в том, что они являются одной из наиболее частых причин маточных кровотечений у женщин, в возрасте 45–55 лет и госпитализации женщин в стационар. Вероятность озлокачествления гиперпластических процессов эндометрия продолжает оставаться предметом дискуссий и исследований на протяжении ни одного десятилетия. Согласно данным литературы, только 2% гиперплазии эндометрия без атипии трансформируется в аденокарциному, а из атипических гиперплазий озлокачивается 25%. За последние несколько лет оценка состояния эндометрия претерпела изменения с признанием того, что патология эндометрия не всегда носит глобальный характер.

Современный арсенал лечебных средств при гиперплазии эндометрия в постменопаузальном периоде состоит из механического удаления патологического эндометрия из матки, абляции эндометрия, гистерэктомии. Выбор метода лечения и его применение порой ограничены из-за сопутствующей соматической патологии больных.

Оптимизация ведения пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия в пери- и постменопаузе путем разработки дифференциально-диагностических ультразвуковых



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

критериев различных патологических состояний полости матки.

Нами проведен анализ 407 историй болезни пациенток с подозрением на гиперпластические процессы эндометрия в возрасте от 45 до 70 лет. При ультразвуковом исследовании заключение «Гиперплазия эндометрия» было дано в 67% наблюдений, «полип эндометрия» – в 33%.

После гистологического исследования эндометрия диагноз подтвержден в 306 случаях, диагноз не подтвержден в 101 случае ( 24.8%). В 59% выявлена атрофия эндометрия, в 12% – очаговая гиперплазия, в 10% – эндометрий соответствует фазе секреции, в 7% – пролиферативные изменения, в 2%- гипоплазия, в 6% – коагуляционные изменения, кистозная атрофия – 5%.

У пациенток до 50 лет при гистологическом исследовании в 25 % наблюдений обнаружен эндометрий, соответствующий пролиферативной фазе, в 17.8%- секреторной фазе, в 25%- атрофии эндометрия, а в возрасте от 50 до 60 лет – в 7.5% случаев выявлен эндометрий, соответствующий фазе пролиферации.

Толщина М-эхо не может служить единственным признаком гиперплазии эндометрия. Исследование эндометрия должно осуществляться с учетом особенностей эхоструктуры полости матки и структуры и признаков функции яичников. Врачу ультразвуковой диагностики необходимы хотя бы начальные знания гинекологической эндокринологии.

*Гиперплазия эндометрия, особенно с атипией, является значительной клинической проблемой, поскольку она может быть предшественником рака эндометрия. За последние несколько лет оценка состояния эндометрия изменилась с признанием того, что патология эндометрия не всегда носит глобальный характер. Толщина М-эхо не может быть единственным признаком гиперплазии эндометрия. Эндометрий не равен М-эхо. Оценка толщины и структуры эндометрия не должна осуществляться без оценки структуры и характеристик функции яичников. Врачу УЗИ необходимы хотя бы базовые знания гинекологической эндокринологии.*

*Endometrial hyperplasia, particularly with atypia, is a significant clinical concern because it can be a precursor of endometrial cancer. Over the past few years, the assessment of the state of the endometrium has changed with the recognition that endometrial pathology is not always global. The thickness of the m-echo cannot be the only sign of endometrial hyperplasia. The endometrium is not equal to M-Echo. Evaluation of the thickness and structure of the endometrium should not be implemented without assessing the structure and characteristics of ovarian function. An ultrasound doctor needs at least basic knowledge of gynecological endocrinology.*



## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АНОВУЛЯЦИЕЙ**

Шалина М.А., Абашова Е.И., Мишарина Е.В.

*ФГБНУ «НИИАГ и Р им. Д.О. Отта», Отдел эндокринологии репродукции  
г. Санкт-Петербург, Россия*

Известно, что СПЯ, аутоиммунный оофорит, хронический сальпингоофорит, ожирение ассоциированы с нормогонадотропной ановуляцией. Хроническая ановуляция и патологические процессы в эндометрии являются частой причиной бесплодия, невынашивания беременности и нарушений менструального цикла. Для визуальной оценки и выявления внутриматочной патологии широко используется метод офисной гистероскопии.

Оценить нарушение рецептивности эндометрия при комплексном обследовании женщин с нормогонадотропной ановуляцией.

Обследованы 50 женщин с нормогонадотропной ановуляцией в возрасте от 23 до 39 лет ( $30,1 \pm 4,8$  года). Все пациентки были с бесплодием: первичное – у 23 (46%) женщин; вторичное – у 27 (54%) женщин. Проведено общеклиническое обследование, использовался иммуноферментный метод определения уровня прогестерона в крови на 20–23 день менструального цикла, который составил  $4,4 \pm 1,7$  пмоль/л. Офисная гистероскопия выполнялась на 18–22 день менструального цикла с гистологическим и иммуногистохимическим (ИГХ) исследованием эндометрия. Гистологическое исследование проведено по стандартной методике с окраской гематоксилином и эозином. Иммуногистохимическое исследование проведено с использованием антител к рецепторам эстрогена альфа и прогестерона, противовоспалительных маркеров CD 8, CD 20, CD 4, CD 138. Экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона в эпителии желез и в стромальном компоненте оценивали путем подсчета процента окрашенных ядер методом Histochemical Score (в модификации McCartey, 1986).

При гистероскопии синехии в полости матки были выявлены у 4 (8%) женщин, полипы эндометрия – у 12 (24%). По совокупности гистологического и ИГХ исследования хронический эндометрит был выявлен у 41 (82%) больных: из них у 32 (78%) женщин имелся умеренно выраженный хронический эндометрит; слабо выраженный – у 11 (26,8%) женщин. По данным гистологического исследования простая железистая гиперплазия эндометрия диагностировалась у 20 (40%) женщин, при ИГХ исследовании которых отмечалось неравномерное распределение и снижение экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона, как в железах, так и в стромальном компоненте (260–40 – 90–10 H-Score соответственно). У 18 (90%) пациенток из 20 случаев с простой железистой гиперплазией выявлялось неравномерное распределение и снижение экспрессии рецепторов прогестерона в железах и стромальном компоненте, при относительно высокой экспрес-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

сии рецепторов эстрогена. Гистологическая картина биоптатов эндометрия от женщин с ановуляцией и хроническим эндометритом (без гиперплазии эндометрия) в 26 (52%) случаях соответствовала слабо выраженной секреторной трансформации желез эндометрия и отставанием в развитии стромального компонента. Экспрессия рецепторов прогестерона характеризовалась неравномерным распределением и снижением экспрессии в железах и стромальном компоненте.

У 82 % женщин с нормогонадотропной ановуляцией и бесплодием выявлены гистологические и иммуногистохимические признаки хронического эндометрита. Рецепция эстрогена и прогестерона в эндометрии женщин с хроническим эндометритом и нормогонадотропной ановуляцией характеризуется неравномерным распределением и снижением экспрессии рецепторов прогестерона в 88% случаев. Применение комплексного обследования пациенток с нормогонадотропной ановуляцией позволяет выявлять нарушение рецептивности эндометрия.

*В исследовании оценена переносимость и информативность офисной гистероскопии у женщин репродуктивного возраста. Офисная гистероскопия хорошо переносится пациентками. Сочетание гистероскопии с гистологическим, иммуногистохимическим и микробиологическим исследованиями существенно повышает диагностику патологии матки и цервикального канала у женщин с невынашиванием и неудачными попытками ЭКО в анамнезе.*

*The study assesses tolerance and informativeness of office hysteroscopy in women of reproductive age. Office hysteroscopy is well tolerated by patients. The combination of hysteroscopy with histological, immunohistochemical and microbiological studies significantly enhances the diagnosis of uterus and cervical canal pathology in women with miscarriage and unsuccessful IFV attempts in history.*

## ПРИМЕНЕНИЕ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Шалина М.А., Ярмолинская М.И., Абашова Е.И.

ФГБНУ «НИИАГ и Р им. Д.О. Отта», Отдел эндокринологии репродукции  
г. Санкт-Петербург, Россия

Метод офисной гистероскопии широко используется в гинекологической практике для визуальной оценки состояния цервикального канала и полости матки, выявления внутриматочной патологии. Благодаря специальным миниатюрным гистероскопам манипуляция не требует использования влагалищных зеркал, пулевых щипцов, расширения цервикального канала и применяется без анестезии.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

оценить переносимость, информативность и объём возможного вмешательства при офисной гистероскопии у женщин репродуктивного возраста.

Офисная гистероскопия проведена 92 от 21 года до 44 лет ( $32,9 \pm 1,1$ ). Показаниями для выполнения гистероскопии явились: бесплодие, невынашивание беременности, неудачные попытки ЭКО (55,4 %), подозрение на гиперпластические процессы эндометрия и полипы цервикального канала и эндометрия (17,9 %), нарушение менструального цикла (7,2 %). У 4 (4,3 %) женщин манипуляция выполнена с целью оценки состоятельности рубца на матке после операции кесарева сечения, у 14 (15,2 %) – для удаления ВМК без нитей. Перед проведением офисной гистероскопии с женщинами проводилось консультирование с объяснением особенностей метода. Гистероскопию проводили с помощью жесткого гистероскопа диаметром 4,3 мм (Karl Storz). Оценка состояния и степень выраженности болевых ощущений во время проведения манипуляции проводилась на основании заполнения анкеты с использованием визуально-аналоговых шкал (ВАШ). Оценивалась интенсивность болевых ощущений во время выполнения и как быстро прошли ощущения после процедуры. У женщин с невынашиванием в анамнезе, неудачами ЭКО и бесплодием помимо гистологического исследования проводилось иммуногистохимическое (ИГХ) исследование с оценкой экспрессии маркеров хронического воспаления, метод ПЦР в реальном времени с использованием реагентов Фемофлор-16 (ООО «НПО ДНК-Технология», Москва).

Всем женщинам гистероскопия выполнена без применения методов обезболивания. Во время проведения гистероскопий все женщины имели удовлетворительное самочувствие, отсутствие выраженных болевых ощущений. При оценке результатов ВАШ степень болевых ощущений незначительная: от 0 до 3. По данным гистероскопии у 5 (5,4%) женщин патологии полости матки и цервикального канала выявлено не было, у 13 (14,2 %) выявлены и разъединены ножницами синехии полости матки. Полипы эндометрия и цервикального канала удалены у 27 (29,3 %) больных. Хронический эндометрит визуализировался у 83% женщин, обследованных по поводу неудачных попыток ЭКО и привычного невынашивания, из них в 88,6 % случаях получено гистологическое и ИГХ подтверждение. По результатам теста «Фемофлор» возбудители в полости матки выявлены у большинства женщин (57 %) с имеющимися гистероскопическими и морфологическими признаками воспаления. Наиболее часто в эндометрии выявлялись: *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Ureaplasma urealyt. + parvum*.

Офисная гистероскопия – высокоинформативный метод диагностики внутриматочной патологии. Процедура офисной гистероскопии хорошо переносится пациентками. Прицельное взятие биопсии при гистероскопии с последующим гистологическим, иммуногистохимическим и микробиологическим методами исследования существенно повышает диагностику патологии матки и цервикального канала у женщин с невынашиванием и неудачными попытками ЭКО в анамнезе.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Проведена офисная гистероскопия женщинам репродуктивного возраста с нормогонадотропной ановуляцией. Проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование эндометрия. У 82% выявлены признаки хронического эндометрита. Выполнение комплексного обследования при нормогонадотропной ановуляции выявляет нарушение рецептивности эндометрия.*

*An office hysteroscopy was performed for women of reproductive age with normogonadotropic anovulation. A histological and immunohistochemical study of the endometrium was performed. 82% showed signs of chronic endometritis. Performing a comprehensive survey with normogonadotropic anovulation reveals a violation of endometrial receptivity.*

## ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БОС-ТЕРАПИИ ТАЗОВОГО ДНА У РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Шатилова М.С.

ООО «Акушерство»  
г. Москва

В настоящее время огромное значение приобретает качество жизни людей, в том числе качество сексуальной жизни. После родов большинство женщин отмечают проблемы в сексуальной сфере, связанные с болью во время полового акта, затруднениями с достижением оргазма, снижением удовлетворенности партнера. Данная проблема резко снижает качество жизни семьи, приводит к психологическим проблемам, является одной из причин разводов.

Оценка эффективности тренировки мышц тазового дна с помощью аппарата с биологической обратной связью для повышения либидо и качества сексуальной жизни у рожавших женщин.

В А Medclinic обследовано 24 женщины в возрасте от 25 до 39 лет. Критерии включения: минимум 1 роды в анамнезе; наличие жалоб на снижение качества сексуальной жизни; слабость мышц тазового дна, подтвержденная с помощью БОС-аппарата (50–200мВ). Критерии исключения: проведенные операции по коррекции слабости мышц тазового дна; проведенные малоинвазивные процедуры, направленные на улучшение состояния слизистой влагалища, более трех родов в анамнезе.

Женщины были подразделены на две подгруппы: женщины, рожавшие через естественные родовые пути (20) и женщины, родившие путем кесарева сечения (4). Всем пациенткам была проведена БОС-терапия мышц тазового дна в количестве 10 процедур (1 процедура



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

в неделю, длительность процедуры 30 минут). В дополнении к занятиям под контролем аппарата женщины каждый день выполняли тренировки длительностью 15 минут в домашних условиях. В ходе исследования фиксировались: удовлетворенность сексуальной жизнью по 10-ти бальной шкале на момент начала исследования, сила мышц тазового дна, выносливость мышц тазового дна. После завершения курса из 10 процедур фиксировались те же показатели.

В результате исследования было выявлено, что изначально у женщин, родивших путем КС (2 группа) уровень удовлетворенности сексуальной жизни был выше, чем у женщин, родивших через естественные родовые пути (1 группа) – 25% против 5%. По истечении десяти недель тренировок под контролем аппарата с биологической обратной связью наблюдалась следующая картина: у пациенток из первой группы уровень удовлетворенности сексуальной жизни повысился до 65% ( $p < 0,05$ , ДИ  $\pm 0,46$ ), во второй группе – до 75% ( $p < 0,05$ , ДИ  $\pm 1,1\%$ )

При исследовании изменения качества сексуальной жизни у рожавших женщин на фоне применения БОС-терапии было выявлено, что в оно повышается в обеих исследуемых группах. В группе женщин, рожавших через естественные родовые пути, наблюдается более резкое повышение удовлетворенностью качеством сексуальной жизни, что мы связываем с большей исходной слабостью мышц тазового дна и улучшением их состояния на фоне регулярных тренировок.

*В настоящее время все большее значение уделяется качеству жизни пациентов. В данном исследовании показана связь между состоянием мышц тазового дна и степенью удовлетворенности качеством сексуальной жизни. По результатам исследования можно сделать вывод, что при тренировках с помощью тренажеров с биологической обратной связью происходит усиление мышц тазового дна и повышается степень удовлетворенности качеством сексуальной жизни у рожавших женщин.*

*Currently, increasing importance is given to the quality of life of patients. In this study, there are links between the state of the pelvic floor muscles and the degree of satisfaction with the quality of sex life. According to the results of research, it can be concluded that the degree of satisfaction with the quality of the sexual life and pelvic floor muscles strength of parous women is increasing through biofeedback training.*



## **ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

Шнейдерман М.Г.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Москва  
г. Москва*

Частой причиной преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность-состояние при котором происходит преждевременное раскрытие шейки матки и, как следствие, преждевременные роды. Эта патология встречается у 9% общего числа беременных женщин и у 42% женщин с привычным невынашиванием беременности. Для профилактики преждевременных родов и лечения ИЦН применяются пессарии. В последние годы все больше женщин обращаются к врачам по поводу опущения и выпадения органов малого таза.

Целью нашей работы в ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. В.И. Кулакова явилась разработка новой модели акушерского пессария для коррекции и лечения ИЦН и апробация новых моделей урогинекологических пессариев. Новые модели акушерских и урогинекологических пессариев выполнены из высококачественного силикона фирмы ВАМПЕК (Германия) определенной упругости и плотности по Шору для оптимального использования. Отличительной особенностью новых моделей пессариев является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца в которые присасываются стенки влагалища и наличие четырех симметричных выпуклостей с внутренней стороны кольца, препятствующих раскрытию шейки матки при ИЦН. Новая модифицированная модель также предупреждает стрессовое недержание мочи. Принципиально новым в последней модификации пессария является наличие четырех вертикальных силиконовых «лепестков», исходящих от нижней поверхности кольца и не дающих пессарию сместиться или развернуться в неправильную позицию.

Испытания модифицированной модели акушерского пессария проведенные в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» на 280 беременных женщинах (при сроках от 17 до 34 недель беременности) с диагностированной ИЦН показали их высокую надежность и эффективность. Оптимальное время использования акушерского пессария – от 17 недель до 37 недель беременности. Применение нового вида пессария позволило сохранить беременность у всех включенных в исследование женщин. Нами проанализирован опыт по использованию новых моделей урогинекологических пессариев на 240 женщинах, страдающих различными формами нарушения положения тазовых органов. Возраст женщин составлял от 42 до 78 лет. Из них 154 женщины имели сочетание уретроце-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ле и цистоцеле, у 48 женщин было опущение матки и влагалища, 38 женщин страдали опущением влагалища и ректоцеле. У 132 женщин наблюдалось стрессовое недержание мочи. Во всех случаях применения пессариев происходило прочное удержание тела матки, мочевого пузыря и влагалища в правильном анатомо-физиологическом положении и полностью купировались симптомы стрессового недержания мочи. Оптимальное время использования урогинекологического пессария – от 20 до 25 дней. Совершенно новым является наличие антимикробного покрытия (хлоргексидин, мирамистин), которое предотвращает развитие бактериального вагиноза.

Преимущество новой модели акушерско-гинекологического пессария:

За счет наружных вырезов и вертикальных лепестков происходит надежная фиксация кольца во влагалище. Четыре выпуклости по внутренней поверхности кольца, предотвращают раскрытие цервикального канала. Понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища и увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого. Антимикробное покрытие предупреждает развитие бактериальных осложнений.

Использование нового вида акушерско-гинекологического пессария позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с ИЦН и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

*Разработанные в ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» новые модели урогинекологических пессариев сделаны из силикона, специально рассчитанной упругости и плотности. Отличительной особенностью новых пессариев является наличие четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца в которые присасываются стенки влагалища препятствуя смещению изделия. и четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца, препятствующих раскрытию шейки матки при ИЦН. Эти пессарии позволяют значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с ИЦН и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.*

*The advantage of the new models of the obstetrical pessaries over the available versions consists in the following points: The adjunctive fixation of the pessary in the vagina is provided owing to the external slots, so the pessary would not move or drop out. The outflow of the vaginal fluid increases.*

*The existence of 2 or 4 bulges on the internal surface of the ring effectively prevents cervical dilatation in case of cervical insufficiency during pregnancy. The optimal timing for use obstetrical pessary is from the 14 to 37th week of pregnancy. The new models of urogynecological pessaries are made of high quality silicone. The optimal time-of-use of the pessary is 20–25 days.*



## **«ТОНКИЙ» ЭНДОМЕТРИЙ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО**

Шнейдерман М.Г., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А., Калинина Е.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Москва  
г. Москва*

Для достижения беременности необходимо сочетание нормального эмбриона с высоким потенциалом имплантации и рецептивного эндометрия, в котором происходит имплантация эмбриона. Эндометрий недостаточной толщины является одной из причин снижения возможности наступления беременности. Медикаментозное, хирургическое и физиотерапевтическое лечение тонкого эндометрия не всегда приводят к желаемому результату. В ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» разработан новый способ лечения женщин с тонким эндометрием путем орошения эндометрия смесью газов (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) под воздействием которой улучшается кровообращение в слизистой и происходит увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия. Считается, что толщина эндометрия по данным УЗИ менее 7 мм в период окна имплантации дает минимальные шансы на зачатие. Целью исследования являлась оценка эффективности и безопасности применения газовой смеси (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО. Разработка нового метода лечения тонкого эндометрия является весьма актуальной. Каковы же механизмы воздействия применяемой газовой смеси CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub> на тканевые структуры? Локальное воздействие CO<sub>2</sub> на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода тканями, усилением их метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности. Азот в организме является одним из основных биогенных элементов, входящих в состав важнейших веществ живых клеток, белков и нуклеиновых кислот, аминокислот, нуклеиновых кислот, нуклеопротеидов. Орошение эндометрия газовой смесью (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) проводилось на 7,9,13 дни менструального цикла с последующим УЗИ мониторингом. В полость матки под давлением 1,3 атм. вводилась смесь CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub> в количестве 40–50 куб. см, которая, заполняя полость матки, воздействовала на эндометрий. В исследование были включены 343 пациентки репродуктивного возраста с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами, в контрольной группе было обследовано 60 женщин с клинически подтвержденным диагнозом «бесплодие 1 или бесплодие 2, тонкий эндометрий».

До проведения первого орошения эндометрия его толщина (УЗИ) варьировалась от 3,1мм до 5,9 мм. Через 2 дня после первого орошения толщина эндометрия увеличилась на 2,7–3,3 мм, через два дня после второго орошения – еще на 1,8–3,4мм, а после третьего



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

орошения толщина эндометрия соответствовала 8,3–12,8мм. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими процедурами, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>). В результате применения процедуры обработки эндометрия смесью газов (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) и реального увеличения толщины эндометрия все пациентки получили возможность перейти к процедуре переноса эмбриона в полость матки. Метод орошения является видом амбулаторного лечения, при котором пациентка не нуждается в нахождении в стационаре. Метод можно рекомендовать в качестве способа негормональной подготовки эндометрия к переносу эмбрионов у пациенток с неуспешными попытками ЭКО.

*В ФГБУ «НМИЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» разработан новый способ лечения женщин с тонким эндометрием путем орошения эндометрия смесью газов (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) под воздействием которой улучшается кровообращение в слизистой и происходит увеличение толщины базального и функционального слоев эндометрия. В исследование были включены 343 пациентки репродуктивного возраста с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия. В результате применения процедуры обработки эндометрия смесью газов (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) и реального увеличения толщины эндометрия все пациентки получили возможность перейти к процедуре переноса эмбриона в полость матки*

*In FGBU «NMIC AG and P name. Kulakova» developed a new method of treating women with thin endometrium by irrigating the endometrium with a mixture of gases (CO<sub>2</sub> and N<sub>2</sub>) under the influence of which blood circulation in the mucous membrane is improved and the thickness of the basal and functional layers of the endometrium increases. The study included 343 patients of reproductive age with diagnosed primary or secondary infertility and the presence of thin endometrium. As a result of a real increase in the thickness of the endometrium, all patients had the opportunity to proceed to the procedure of embryo transfer to the uterus*

## ТАЗОВАЯ БОЛЬ НА ФОНЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Эседова А.Э., Идрисова М.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
г. Махачкала

Наружного генитального эндометриоза (НГЭ) на сегодняшний день остается предметом дальнейших исследований, в особенности касается это тазовых болей. Изучение данного



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

вопроса крайне важно и актуально. С целью разработки патогенетических методов лечения НГЭ, в частности болевого синдрома, связанного с ним, так как по данным литературы, болевой синдром (БС) при НГЭ ежегодно становится причиной потери несколько миллионов рабочих дней, и его лечение в год обходится системе здравоохранения в 18–22 миллиардов долларов.

Анализ характера болевых ощущений у женщин с НГЭ и ассоциация боли с распространенностью эндометриоидных очагов.

Обследовано 90 женщин репродуктивного возраста, находившихся в отделении оперативной гинекологии ГБУ РД «Махачкалинский родильный дом №2» им. Р.А. Каримова. У всех пациенток диагноз НГЭ II-IV степени распространенности установлен на основании клинико-инструментальных методов, включая лапароскопию. Основную группу составили 70 женщин с наличием болевого синдрома различной степени тяжести при НГЭ, контрольную группу – 20 женщин с отсутствием болевого синдрома при НГЭ. Средний возраст в основной группе составил  $30,75 \pm 5,47$  лет, в группе контроля –  $32,36 \pm 7,05$  лет.

На каждую пациентку заполнялась «индивидуальная карта больного» и была разработана анкета болевых ощущений в зависимости от характера боли и выраженности сопутствующих симптомов, где учитывалась локализация, длительность, интенсивность, периодичность, субъективность характера боли, связь с менструальным циклом, с половыми контактами, так как 25–30% женщин, страдающих НГЭ, предъявляют жалобы на боли во время полового акта (диспареуния). По методике субъективной оценки боли – Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) (Huskisson E.C., 1974) оценивалась интенсивность боли у пациенток в баллах (от 0 до 10). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica 9.

Все пациентки основной группы ( $n=70$ , 100%) предъявляли жалобы на боль. В группе контроля у всех женщин БС отсутствовал ( $n=20$ ). Анализируя интенсивность боли по ВАШ нами выявлено, что из 70 женщин основной группы – 29 (41,4%) отмечали боль умеренной степени тяжести и 41 (58,6%) – тяжелой степени. Умеренные показатели интенсивности боли при НГЭ составили  $7,58 \pm 1,65$  баллов. Хронические боли имели место у 59 (84,2%) женщин с НГЭ, при этом длительность их составила до 6 месяцев у 11 (15,7%) женщин, у значительной части 44 (62,8%) – от 7 месяцев до 3 лет, более трех лет отмечено у 15 (21,4%) лиц.

Анализ показал, что локализация боли была различной. Наиболее часто – 69 (98,6%) пациенток указывали на боли в области малого таза, четко описать локализацию боли не смогли всего 2 (2,9%) пациентки, а 30 (42,9%) пациенток отмечали появление/усиление боли во время бимануального исследования.

В нашем исследовании интенсивность БС не имела корреляционную связь с локализацией эндометриоидного процесса, наличия или отсутствия роста очагов, от количества гетеротопий. В свою очередь длительность БС связана со степенью распространенности НГЭ корреляционной достоверной связью ( $r=0,33$ ;  $p<0,001$ ).



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Таким образом, хронический болевой синдром на фоне НГЭ связан как с самим патологическим процессом, так и с морфологическими изменениями структур, степени распространенности очагового процесса, формируя непосредственно уже субстрат боли.

*Обследовано 90 женщин репродуктивного возраста, из которых 70 женщин с болевым синдромом различной степени тяжести на фоне наружного генитального эндометриоза. Выявлено, что интенсивность болевого синдрома не имела корреляционную связь с локализацией процесса, наличия или отсутствия инфильтративного роста эндометриоза, от количества эндометриoidных очагов поражения, а также интенсивность болевого синдрома не связана с длительностью боли. Но длительность болевого синдрома связана со степенью распространенности наружного генитального эндометриоза средней силы корреляционной достоверной связью ( $r=0,33$ ;  $p<0,001$ ).*

*Surveyed 90 women of reproductive age, of which 70 women with pain of varying severity against the background of external genital endometriosis. It was revealed that the intensity of the pain syndrome did not correlate with the localization of the process, the presence or absence of the infiltrative growth of endometriosis, the number of endometriotic lesions, and the intensity of the pain syndrome is not related to the duration of pain. But the duration of the pain syndrome is related to the degree of prevalence of external genital endometriosis with moderate strength by a correlation reliable connection ( $r = 0.33$ ;  $p < 0.001$ ).*

## НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ

Эфендиева З.Н.,<sup>1</sup> Аполихина И.А.,<sup>1,2</sup> Фатхудинов Т.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России,

<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России  
г. Москва

Проблема бесплодия в настоящее время является одной из самых актуальных в гинекологии. Маточный фактор бесплодия является одним из основных и требует поиска новых методов в его преодолении. На сегодняшний день не существует единого подхода и разные авторы под оптимальной для имплантации понимают неодинаковую толщину эндометрия. Однако большинство клиницистов «тонким» считают эндометрий толщиной менее 7мм во вторую фазу менструального цикла.

Согласно данным мировой литературы недостаточный рост эндометрия ассоциирован



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

с более низкой вероятностью наступления беременности, чем при достижении оптимальных значений толщины эндометрия в период «окна имплантации».

Среди основных этиологических факторов недостаточного роста эндометрия можно выделить: хронический воспалительный процесс слизистой матки, внутриматочные вмешательства, влекущие травму базального слоя эндометрия, нарушения гормонального фона, приводящие к снижению уровня эстрадиола и нарушения гемодинамики в сосудах матки. Известно, что адекватная степень васкуляризации – одна из главных предпосылок нормальной функции эндометрия.

Наиболее доступным и распространенным методом оценки рецептивности эндометрия на сегодняшний день является трансвагинальная сонография. Во время этого исследования специалисты могут измерить динамику роста толщины эндометрия, отследить появление трехслойности и оценить объем эндометриальной ткани.

До сих пор нет единого мнения о методах лечения женщин с «тонким» эндометрием. К сожалению, стандартная терапия эстрогенами, также как и применение низких доз аспирина, внутривлагалищное применение силденафила цитрата, лечение пентоксифиллином и витаминотерапия не всегда приносят ожидаемые. Другим направлением являются физиотерапевтические методы лечения, однако часть женщин не отвечает на подобную терапию. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего поиска эффективных подходов к решению проблемы «тонкого» эндометрия.

Среди новых методов, направленных на увеличение толщины эндометрия можно выделить орошение полости матки газовой смесью CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>, внутриматочное введение гранулоцитарного колониестимулирующего фактора роста, аутологичных мононуклеарных клеток периферической крови.

Наибольший интерес для нас представляет внутриматочное введение аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами (Platelet Rich Plasma (PRP)) и стволовых клеток. По данным литературы введение аутологичной PRP в полость матки способствует активации процессов регенерации в эндометрии и приводит к увеличению толщины последнего, что связано с повышением частоты наступления беременности, как в естественных циклах, так и в циклах экстракорпорального оплодотворения. В литературе описаны работы по внутриматочному введению стволовых клеток, полученных из менструальной крови женщины и клеток костного мозга. По данным авторов введение стволовых клеток способствует увеличению толщины эндометрия, что позволяет добиться беременности даже при исходных критических значениях толщины эндометрия.

С целью повышения эффективности прегравидарной подготовки пациенток с «тонким» эндометрием на базе ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» мы проводим исследование, в которое включены пациентки с толщиной эндометрия менее 7мм во вторую фазу менструального цикла.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*Дальнейший поиск и оценка эффективности новых методов лечения женщин с бесплодием на фоне «тонкого» эндометрия необходимы для восстановления их репродуктивной функции.*

*Further search and evaluation of the efficacy of new treatment methods of infertile women with thin endometrium are necessary to recovery their reproductive function.*

## СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИИ

Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Бабаханова А.М., Тоирова М.А.

*Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерство и гинекологии  
г. Ташкент*

Преэклампсия – осложнение беременности, который является на сегодняшний день одной из актуальнейших проблем современного акушерства. Как известно, гиперкоагуляция является физиологическим состоянием беременности, характеризующимся постепенным увеличением прокоагулянтной активности пропорционально сроку беременности. При преэклампсии же помимо увеличения прокоагулянтного потенциала крови, происходит прогрессивное истощение факторов противосвертывающей системы гемостаза и нарушением функционирования системы фибринолиза. Данные изменения оказывают отрицательное влияние на функционирование всех систем организма матери и плода.

Изучение гемостаза у беременных женщин с преэклампсии пьезоэлектрический тромбоэластографе АРП-01М «Меднорд» (ПТЭГ).

Для оценки состояния системы гемостаза у беременных с преэклампсии РСНПМЦ АиГ использовали пьезоэлектрический тромбоэластограф АРП-01М «Меднорд» (ПТЭГ). АРП-01М «Меднорд» (Россия)-пьезоэлектрический тромбоэластограф, позволяющий работать с цельной кровью, предназначен для оперативного исследования свертывания крови и контроля за лечением его нарушений. Данный инструментальный метод коагулометрических исследований имеет возможность изучать сосудисто-тромбоцитарные и коагуляционные компоненты гемокоагуляции в их взаимосвязи с фибринолизом с получением интегративных данных о функциональном состоянии системы гемостаза в режиме реально времени. Применение комплекса не требует использования реактивов и материалов, что важно в плане экономического преимущества. Основную группу составило 76 женщин с преэклампсии, контрольную группу 50 беременные с физиологическим течением гестации. Средний возраст беременных составила  $28 \pm 3,9$  лет. Для оценки состоя-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

ния свертывающей системы женщин обследовали методом ПТЭГ на третьем триместре беременности (37–39 недель).

В группе контроля активация процесса свертывания крови сопровождается 95% усилением суммарной протеолитической активности (КСПА),  $p < 0,001$  и в третьем – гиперкоагуляционный сдвиг на протеолитическом этапе с хронометрической гипокоагуляцией на этапах полимеризации и стабилизации сгустка. В основной группе характерно сдвиг кривой ППТЭГ «влево и вверх». При этом активация процесса коагуляции существенно активирован и ИКК увеличена на 80% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Этап пропагации (КТА, t3 и ИКД) значительно усилен только в фазе «точка желирования». КТА увеличен на 20% ( $p < 0,005$ ), ИКД на 38% ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контролем, что резко отличается от результатов здоровых беременных, где КТА увеличена на 80% ( $p < 0,001$ ), ИКД 67%. Отсутствие реакции противосвертывающей системы в контрольной группе, свидетельствует о нарушении баланса про и противосвертывающих звеньев системы РАСК, в отличие от здоровых беременных.

Таким образом, предлагаемый метод НПТЭГ исследования цельной крови позволяет зарегистрировать нарушения на всех этапах процесса гемокоагуляции вызванные преэклампсии. Выявленные расстройства свидетельствуют о нарушении гемостаза – между свертывающей и противосвертывающими системами, обеспечивающих адекватную реакцию гемостатического потенциала, который в дальнейшем могут быть причиной акушерских и пренатальных осложнений.

*Для оценки состояния системы гемостаза у беременных с преэклампсией РСНПМ-ЦАиГ использовали пьезоэлектрический тромбоэластограф АРП-01М «Меднорд» (ПТЭГ).*

*The ARP-01M Mednord piezoelectric thromboelastograph (PTEG) was used to assess the state of the hemostasis system in pregnant women with preeclampsia.*

## ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Юсупбаев Р.Б., Тоирова М.А., Яркулова М.У., Бабаханова А.М.

*Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра акушерство и гинекологии  
г. Ташкент*

На протяжении нескольких десятилетий отмечается неуклонный рост распространенности гипертензивных расстройств у беременных женщин, которые являются одной из наиболее распространенных причин осложнений беременности и материнской смертности.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

Нами были обследованы 218 беременных с гипертензии в возрасте от 18 до 36 лет, обратившихся на консультационную помощь в клинику республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии.

На момент обращения более половина из беременных (53%) находились во II триместре гестации, каждая 4-ая беременная (25%) в I, а 22% из них – в третьем триместре. По паритету первобеременные и первородящие составили 34 и 38,2% соответственно, а среди повторнородящих 12,5% были многоплождившими. Основными жалобами беременных при обращении, к консультации гинеколога были боли внизу живота и пояснице. Жалобы имели 72% беременные женщины. Наиболее частыми жалобами беременных при обращении консультацию кардиолога (отмеченными кардиологами) явились одышка (у 61%) и сердцебиение (у 55%), в редких случаях имели усталость, общую слабость и головокружения. Единичную жалобу имели 27% беременных, а у остальных имелись сочетание несколько жалоб.

Изучение данных показало, осложнения наблюдались особенно во втором и третьем триместре. И частыми осложнениями явились угроза позднего выкидыша, угроза раннего прерывания беременности, которые выявили почти у каждого второго беременной, находящейся во втором и третьем триместре. Допплерометрические исследования провели у 75% (у 163) находившихся во II и III триместре беременности.

При доплерометрическом исследовании фетоплацентарного комплекса нарушение кровообращения маточно-плацентарного комплекса IA степени обнаруживали у 54% (n=88), IB степени у 18% (n=29) случаев. Среди беременных с нарушением кровообращения маточно-плацентарного комплекса I A степени 78% имели угрозу преждевременных родов, а 11% из них имели угрозу позднего выкидыша на момент обращения. Беременным женщинам, которые находились на I триместре провели ультразвуковое исследования и большинства из этих женщин на момент обследования имели угрозу прерывания беременности. После проведения ЭКГ исследования синусовой тахикардию (ЧСС более 90 ударов) отметили в 65% случаев, нарушения ритма по типу желудочковой экстрасистолии зарегистрировали у 19% а по типу наджелудочковую экстрасистолию у 5% женщин. Данные ЭхоКГ показал повышения фракционного выброса с одновременным повышением миокардиального индекса у 68% беременных.

Таким образом, гипертензивное состояние, развивающейся во время беременности является угрожающим жизни, как и матери так и плода, который требует дальнейшего его изучения для разработки тактики ведения беременности и родов. Наиболее частыми осложнения гестации являются угроза СПВ, ПР. Изучение патогенеза развития данных осложнений позволяют своевременному прогнозированию и проведения патогенетически обоснованную профилактику при наличии данной патологии.

*В данной работе приведены результаты анализа осложнения гестации у беременных с артериальной гипертензией. Обследовано 218 беременных с артериальной*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

*гипертензией в возрасте от 18 до 36 лет.*

*This paper shows the results of the analyses gestation duration at pregnant women with hypertension. We examined 218 pregnant women with hypertension aged 18 to 36 years.*

## НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Якупова Г.М., Манасова И.К., Каюпова Л.С., Садуакасова Ш.М., Рахимбаева Д.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК  
г. Алматы*

В структуре невынашивания беременности особое место занимает неразвивающаяся беременность, то есть гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки. Задержка погибшего плода или (эмбриона) в полости матки возникает на фоне угнетения ее сократительной деятельности, и может сопровождаться гемостазиологическими нарушениями может привести к инфекционным осложнениям, или даже к материнской смертности. Удельный вес данной патологии в структуре репродуктивных потерь 10–20% по данным литературы.

Провести анализ причин, приводящих к замершей беременности, в результате изучения репродуктивного анамнеза и особенностей плодного яйца при морфологическом исследовании

Проведен ретроспективный анализ 62 историй с диагнозом: «Неразвивающаяся беременность» Диагноз установлен на основании результатов ультразвукового исследования (отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца более 23мм при трансабдоминальном сканировании и более 18мм при трансвагинальном сканировании, отсутствие сердцебиения эмбриона с копчико-теменным размером более 5 мм). Гистологическое исследование проводили по стандартной методике формалиновой фиксации, спиртовой проводке и парафиновой заливке с изготовлением срезов и их окраской гематоксилином и эозином.

Возраст пациенток 18–38 лет. Все пациентки были в активном репродуктивном возрасте. Городских жительниц было 35(56,2%), из сельской местности 20(34,4%), приезжих 7(10,3%). В официальном браке находились 48(77%), в гражданском браке 9(14,5%). и 3(8%) пациенток – одинокие. Профессиональный анамнез: 31(48,5%) – домохозяйки, 8(10,6%) – студентки, 8(10,6%) – разнорабочие, 15(30,3%) – высокопрофессиональные сотрудники. Инфекционные заболевания в анамнезе отмечала каждая вторая женщина (заболевания мочевыделительной, бронхолегочной систем, ангины, гаймориты), 12,6% либо перенесли гепатит А, либо являются носителями вируса гепатита В и С. Особенности менстру-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

альной функции: возраст менархе 9–16 лет, продолжительность менструального цикла от 21 до 35 дней, Нарушение цикла имели 9(14,5%). Сексуальный дебют от 14 лет до 24 лет. Гинекологический анамнез отягощен у 57%. Воспалительные заболевания гениталий у 28%, заболевания шейки матки – 24%, опухолевые заболевания матки и придатков – 14%. Бесплодие в анамнезе имели 6,5%, причем причиной в большинстве случаев были либо оба партнера, либо мужчина. До наступления настоящей беременности 15,7% женщин пользовались контрацепцией, Акушерский анамнез: у 26,8% эта беременность была первой, 48,5% пациенток имели роды, 1–4 аборт имели 30,8% женщин, 35,2% имели в анамнезе самопроизвольное прерывание беременности, 3,6% повторные выкидыши, 7,1% женщин имели неразвивающуюся беременность в анамнезе. Настоящая беременность была желанной для 91% женщин, но запланирована только у 18,1%. Прегравидарную подготовку прошли 2,4% женщин. Ранние Репродуктивные потери имели 24,3% нерожавших пациенток. Признаки воспаления в клинических анализах ( крови, влагалищных мазках, бак. посевах из цервикального канала, мочи) были выявлены у 56,7% обследуемых. После инструментального кюретажа проводилось гистологическое исследование. В послеоперационном периоде всем проводилась антибактериальная терапия. Патоморфологические исследования плодного яйца выявили наличие инфекционно- воспалительных изменений в 70,1% случаев. Признаки хронического эндометрита выявлены в 26,4% случаев. Морфологические изменения эндометрия, характеризующие гормональные нарушения выявились в 68,5% исследований, а в сочетании с инфекционно- воспалительными изменениями в эндометрии в 39,3% случаев.

Неразвивающаяся беременность у пациенток активного репродуктивного возраста с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом и наличием условно-патогенной флоры в цервикальном канале при морфологическом исследовании в 70,1% выявилось инфекционное поражение плодного яйца, 68,5% – признаки гормональной недостаточности, а в 39,3% случаев их сочетание.

*Проблема невынашивания беременности остается одной из важнейших и социально значимых в современном акушерстве. В структуре невынашивания беременности особое место занимает неразвивающаяся беременность. Причины неразвивающейся беременности многообразны. Проведен анализ 62 случаев. При морфологическом исследовании в 70,1% выявилось инфекционное поражение плодного яйца, 68,5% – признаки гормональной недостаточности, а в 39,3% случаев их сочетание.*

*The problem of miscarriage remains one of the most important and socially significant in modern obstetrics. In the structure of miscarriage, non-developing pregnancy occupies a special place. The reasons are varied. An analysis of 62 cases. morphological examination in 70.1% revealed an infectious lesion of the ovum, 68.5% showed signs of hormonal insufficiency, and in 39.3% of cases, their combination.*



## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

Якупова Г.М., Манасова И.К., Кравцова Т.Г., Айтбеков Б., Султанмуратова Д., Рахимбаева Д.

*Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии МЗ РК  
г. Алматы, Казахстан*

В настоящее время недержание мочи является одной из самых актуальных и сложных проблем в современной урогинекологии. По данным литературы около 24% женщин от 35 до 60 лет имеет устойчивую проблему с непроизвольным выделением мочи, и более 50% после 60 лет.

Наиболее типичные формы заболевания стрессовая, императивная и смешанная форма НМ. Причины, весьма разнообразны: травматичные роды, врожденная несостоятельность соединительной ткани, эстрогенная недостаточность. Для лечения НМ используется консервативные и хирургические методы лечения.

Периуретральное введение объемобразующего средства, а также лазерные технологии, используются как малоинвазивные методы.

В группу исследования вошли 32 женщины. Из них 21(65.6% ) женщин со стрессовым НМ и 11(34.3%) со смешанным НМ с преобладанием стрессового компонента. 14(43%) пациенток использовали пероральную менопаузальную терапию, 18 (57%) назначался локально овестин.

Участвовали женщины, в возрасте 38 – 52 лет с подтвержденным диагнозом после комбинированного уродинамического исследования. Пациенткам проводили комплексное обследование: оценка анамнеза, качества жизни по шкалам NHP и SF и специфический опросник для женщин с НМ; пробы ( «кашлевая», Вальсальва;), 3-мерное УЗИ мочевого пузыря и уретры.

Использовали введение Stylage M французской Laboratoire Vivacy и лазерные технологии. Введения филера выполнялось в асептических условиях под аппликационной анестезией лидокаина. Опорожнялся мочевой пузырь и измерялась длина уретры катетером Фолея. Он же и определял направление и место для прицельного введения препарата иглой 27G в подслизистый слой средней трети уретры в 4 позициях, на 12, 3, 6 и 9 часах. Количество вводимого препарата 1 мл. До введения филера за 5 дней проводилась процедура лазерного облучения SmartXide DOT2 V2LR с импульсом DEKA-Pulse 16 (76%) пациенткам из первой группы и 8(72,7%) из второй группы. Процедура проводилась в асептических условиях, после эпиляции промежности и перианальной области. Воздействовали лазером



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

на слизистую влагалища и область промежности, в установленном, для данного возраста и состояния слизистой, режиме. После процедуры – обработка бипантеном. Энергия лазера с длиной волны 10600нм преобразуется в тепло, и воздействует на слизистую влагалища ремоделируя ее, стимулирует выработку коллагена. Процедура не требует обезболивание. Осложнений до и после процедур не было. Эффективность оценивали сравнением до и через 2, 4 и 6 месяцев после лечения. Оценивали клинику, жалобы, количество эпизодов НМ, качество жизни по шкалам NHP и SF и специфический опросник для женщин с НМ, а также УЗИ исследования.

Улучшение состояния через 2–4 месяца после проводимых малоинвазивных процедур отмечали все 32 пациентки. Но полную излеченность признали 28 (87,5%) женщин из обеих групп, 19(90,4%) и 9(81,8%) соответственно. У них отсутствовали жалобы на НМ при напряжении, отрицательная кашлевая проба, проба Вальсава. В группе со стрессовым недержанием из 21 пациентки, обследованной через год после лечения отмечался полный эффект у 20(95%) пациенток. Во второй группе полный эффект у 9(81%) испытуемых, у 3 женщин отмечается частичное улучшение. У пациенток, прошедших 2 этапа малоинвазивной терапии отмечалось стойкое и длительное улучшение, а у женщин с одной малоинвазивной процедурой наступало частичное улучшение.

Объемообразующие средства, с гиалауроновой кислотой обладают хорошей переносимостью, гипоаллергенны, не вызывают побочных эффектов и осложнений в месте инъекции. Имеют хороший клинический эффект, обратимы. А в сочетании с лазерными технологиями процесс излеченности возможен до полного эффекта, не требуется реабилитации.

*НМ является одной из самых актуальных и сложных проблем в современной урогинекологии. Причины, весьма разнообразны: травматичные роды, врожденная несостоятельность соединительной ткани, эстрогенная недостаточность. Для лечения данной патологии НМ используются консервативные и хирургические методы лечения. Малоинвазивные методы лечения: введение Stylage M французской Laboratoire Vivacy и лазерные технологии использовались в лечении 32 женщин в возрасте 38–52 лет со стрессовым НМ и смешанным НМ. Улучшение состояния через 2–4 месяца после малоинвазивных процедур отмечали все пациентки, а полный эффект признали 28 (87,5%) женщин из обеих групп 19(90,4%) и 9(81,8%) соответственно.*

*Today is incontinence one of the most pressing and complex problems in modern urogynecology. The causes leading to this pathology are: traumatic labor, estrogen deficiency. Minimally invasive treatment methods: the introduction of Stylage M by the French and laser technologies were used in the treatment of 32 women aged 38–52 years old with stress incontinence and mixed urinary incontinence. Improvement of the state after 2–4 months after the conducted minimally invasive procedures was noted by all patients, and the full effect was recognized by 87.5% women from both groups 90.4% and 81.8%, respectively.*



## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ДЕВУШЕК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Якупова Г.М., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Кравцова Т.Г., Рахимбаева Д.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РК  
г. Алматы*

В последние годы отмечается рост инфекционных заболеваний влагалища, в том числе и бактериального вагиноза (БВ), частота, которого колеблется от 12 до 54% в структуре воспалительных заболеваний гениталий. Особенностью течения БВ является наличие как бессимптомных, так и форм с клиническими проявлениями. Основная роль в возникновении БВ – нарушение биоценоза влагалища.

Изучение диагностики и эффективности двухэтапного перорального лечения БВ у молодых девушек раннего репродуктивного возраста.

Обследовано 74 девушки в возрасте от 13 до 18 лет, не живущих половой жизнью. Диагностика состояла из совокупности клинических и лабораторных методов исследования. Всем проводили микроскопию мазков, окрашенных по Граму, рН-метрию вагинального отделяемого, аминный тест с 10% КОН, культуральное исследование вагинального отделяемого. Жалобы пациенток в основном на выделения из половых путей обильные, гомогенные с неприятным запахом, зуд, жжение и дискомфорт в области наружных половых органов. В зависимости от наличия инфекта, девушек распределили на 2 группы. Первую составили 34 пациентки, имевшие моноинфекцию, вторую – 39 девушек, имевших смешанную инфекцию. Микробные ассоциации при смешанной инфекции были представлены сочетанием от 2-х до 5 инфекций. Чаще всего БВ сочетался с хламидиозом 25(64%), с уреаплазмозом 7(17.9%), с микоплазмозом 5(12,8%) и с кандидозом 2(5,1%).

Основная этиологическая структура БВ у исследуемых девушек в первой группе с моноинфектом явилась влагалищная гарднерелла у 20(63.5%), Мобилункус -8(23.8%), сочетание Мобилункус и гарднереллы 3(9,2%), сочетание гарднереллы, Лептотрикс и Мобилункус -1(3.4%).

В анамнезе у 24(75%) пациенток с анаэробной моноинфекцией отмечается частота и длительность различных воспалительных заболеваний, сопровождающихся длительным применением антибактериальной терапии. В группе девушек со смешанной инфекцией тоже имело место частое применение антибиотиков для лечения, особенно с хламидийной инфекцией и ее рецидивов. Течение заболевания у большинства девушек 58(78,3%) имело хронический характер. Процесс длился от нескольких недель до нескольких месяцев, причем эта ситуация отмечалась в обеих группах. Рецидивирующая форма заболевания с чередованием обострений и клинических ремиссий отмечалась больше при смешанных ин-



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

фекциях у 10(24.4%) чем при моноинфекции 3(9.3%). Тогда как при моноинфекции процесс носил чаще вялотекущий (62.6%) или торпедный (70,1%) характер. Свежий процесс, начало от 4–5 недель был выявлен у 13(26,1%) девушек: у 4(5.4%)- острый, у 9(12%) вялотекущий.

Клиника острого процесса характеризовалась ярко выраженной гиперемией и отечностью всей вульвы, в некоторых случаях переходившей на область промежности и обильные сметанообразные выделения из половой щели с неприятным запахом в сочетании с симптомами уретрита. При микроскопии мазка количество лейкоцитов составляло 15–25. При вялотекущей хронической форме анаэробной моноинфекции основной жалобой был зуд вульвы. Клиника сопровождалась гиперемией геминального кольца, задней спайки, ладьевидной ямки, реже больших половых губ и клитора. При смешанной инфекции клиника в основном определялась слизистыми выделениями из половых путей.

При сочетании БВ с анаэробной флорой лечение на 1 этапе включало устранение урогенитальной инфекции в первую очередь. Для улучшения эффекта назначали ферменты. Ведущими препаратами для 1 этапа лечения БВ использовали метронидазол и тиберал, схему определяли индивидуально. На 2 этапе использовали препараты для улучшения биоценоза влагалища (пробиотики). Контрольное обследование перед 2 этапом.

Комплексное этиотропное лечение у 31(96,8) девушки с моноинфекцией и 34(87,1%) со смешанным инфектом создало длительную ремиссию. Рецидивы возникали на фоне антибактериальной терапии при очередном обострении сопутствующей патологии.

Подводя итоги исследованию, следует отметить, что эффективность лечения БВ антимикробными препаратами как при моноинфекции, так и при смешанной имеет стойкий эффект только при обязательной двухэтапной схеме лечения.

*Обследовано 74 девушки в возрасте от 13 до 18 лет, не живущих половой жизнью. Диагностика состояла из совокупности клинических и лабораторных методов исследования. Девушек распределили в 2 группы: с моноинфекцией и смешанной. В лечении БВ использовали метронидазол и тиберал, схему определяли индивидуально. На 2 этапе назначались препараты для улучшения биоценоза влагалища (пробиотики). Контрольное обследование после каждого этапа. Эффективность лечения БВ антимикробными препаратами, как при моноинфекции, так и при смешанной, имеет стойкий эффект только при обязательной двухэтапной схеме лечения.*

*74 girls are inspected in age from 13–18 to not living by sexual life. Diagnostics consisted of totality of clinical and laboratory methods of research. Girls of pacnpеду-лили in 2 groups: with a monoinfection and mixed. In treatment БВ used метронида-зол and тиберал, a chart was determined individually. For 2 stages preparations were assigned for the improvement of biocenosis of vagina ( probiotics). Control inspection after every stage. Efficiency of treatment of БВ by antimicrobial preparations both at a monoinfection and at mixed has a proof effect only at an obligatory twostage chart of treatment.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

### СОДЕРЖАНИЕ

- 3** ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ  
*Азизова Д.Ш., Азизова Г.Д., Исмаилова З.И.*
- 4** ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ  
*Аминодова И.П., Плеханова Е.В., Гусейнова С.Г., Сони́на Н.П.*
- 6** ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О ПРОБЛЕМЕ АБОРТОВ  
*Андреева М.В., Квеселава С.Г., Митина А.Н.*
- 8** ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ  
*Андреева М.В., Квеселава С.Г., Шаркова А.А.*
- 9** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ ЮГА РОССИИ  
*Андреева М.В., Фетисова Е.С.*
- 11** СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТКИ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ  
*Андреева М.В.*
- 12** ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ПЕРСИСТИРУЮЩИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНУСОМ.  
*Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Володько Е.А., Окулов А.Б., Андреева Е.Н., Станоевич И.В., Кузнецов Н.С.*
- 14** РОЛЬ АНТИТЕЛ К БЕНЗО[А]ПИРЕНУ И СТЕРОИДНЫМ ГОРМОНАМ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В НЕДОНОШЕННОМ СРОКЕ.  
*Артымук Н.В\*, Елизарова Н.Н.\*\**



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 15** ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОМ ЯИЧНИКОВ  
[Артымук Н.В., Зотова О.А., Шакирова Е.А., Данилова Л.Н., Рыбников С.В., Власова В.В.](#)
- 17** АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПАРИТЕТА  
[Ахильгова З.С., Абдуманонов Д., Абдулаева К.С.](#)
- 19** ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
[Ахмедова А.И., Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г.](#)
- 21** РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ – ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ В ВОЗРАСТЕ ДО 30 ЛЕТ И СТАРШЕ.  
[Байрамова Г.Р., Чернова В.Ф., Амирханян А.С., Прилепская В.Н., Костава М.Н., Трофимов Д.Ю.](#)
- 22** БЕСПЛОДИЕ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ  
[Бакшаева А.Н., Иванова М.К., Кузнецова Е.П., Шайфутдинова Г.М.](#)
- 24** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛИ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С СПКЯ  
[Беглова А.Ю., Елгина С.И.](#)
- 25** ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА: ФУНКЦИИ, ЗАДАЧИ, ОПЫТ РАБОТЫ  
[Бойко Е.Л., Панова И.А., Каталова И.А.](#)
- 27** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ПРОФИЛЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И В ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ ИММУНОХИМИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ И МЕТОДОМ ВЭЖХ-МС/МС.  
[Бурдули А.Г., Кициловская Н.А., Сухова Ю.В.](#)
- 29** КАЧЕСТВО ЭЯКУЛЯТА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПГТ-А У ПАЦИЕНТОВ С ХРОМОСОМНЫМИ ПОЛИМОРФИЗМАМИ И СТРУКТУРНЫМИ ХРОМОСОМНЫМИ МУТАЦИЯМИ.  
[Бурдули А.Г., Ступко О.К., Екимов А.Н., Назаренко Т.А., Кулакова Е.В., Макарова Н.П., Оганесянц Е.Л., Калинина Е.А.](#)



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 31** ЭНДОМЕТРИОЗ-АССОЦИИРОВАННОЕ БЕСПЛОДИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.  
[Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.](#)
- 32** МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ЧРЕЗМЕРНЫМ ГЕСТАЦИОННЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА  
[Вахрушина А.С., Моисеевская С.Д., Андрюк Е.И., Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н.](#)
- 34** МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, КАК ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА.  
[Герщенко Я.Л.](#)
- 36** КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР ПЕРВО- И ПОВТОРОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ЧТО ПОКАЗАЛ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ?  
[Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Будумян Э.А., Кормакова Т.Л., Яковлева М.В.](#)
- 37** ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ: АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ  
[Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Карпеченко А.В., Уквальберг М.Е., Омарова Г.З., Бордовская А.А.](#)
- 39** РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ГЛАЗАМИ ПОДРОСТКОВ  
[Гуменюк Е.Г., Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Жилина П.И.](#)
- 41** ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ МРНК ГЕНОВ KI67, P16, PGR И BCL2 ПРИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ.  
[Гусаков К.И., Бурменская О.В., Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Трофимов Д.Ю., Сухих Г.Т.](#)
- 43** ОЦЕНКА ПРОТЕОМНОГО СОСТАВА ЦЕРВИКОВАГИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ ПРИ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВПЧ.  
[Гусаков К.И., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Асатулова А.В.](#)
- 44** ВЛИЯНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ НА СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ И КОСТНОГО ОБМЕНА  
[Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Ферамузова Э.Э.](#)



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 45** К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ  
*Дабузов А.Ш., Абдурахманова Р.А.*
- 47** ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП  
*Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.*
- 48** ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ.  
*Джеломанова О.А., Белоусов О.Г.*
- 49** ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЛАКТАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ИЗЛЕЧЕННЫМ БЕСПЛОДИЕМ  
*Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.*
- 51** ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА  
*Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.*
- 52** ИССЛЕДОВАНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО МИКРОБИОМА ЖЕНЩИНЫ  
*Досова С.Ю., Стольников И.И., Червинец В.М., Елисеева И.В.*
- 54** ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ.  
*Дубовая Е.Г., Онищенко Е.Ф.*
- 56** ЛЕПТИН, КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ СПКЯ  
*Елгина С.И., Беглова А.Ю.*
- 57** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ВНУТРИМАТОЧНЫМИ СИНЕХИЯМИ ПОСЛЕ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ  
*Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Путнина А.И., Трубаева Д.С.*
- 58** МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ КАК ФАКТОР РЕАЛИЗАЦИИ ПОЗДНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ  
*Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., Федоренко С.В.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 60** КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКОУРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.  
[Жаркин Н.А.<sup>1</sup>, Стаценко М.Е.<sup>1</sup>, Стажарова М.М.<sup>2</sup>, Бурова Н.А.<sup>1</sup>, Прохвятилов С.А.<sup>2</sup>, Шевцова Е.П.<sup>1</sup>.](#)
- 62** РОЛЬ ВИТАМИНА К В РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ  
[Загайнова В.А.<sup>1</sup>, Беспалова О.Н.<sup>2</sup>](#)
- 64** АНТИРЕЗОРБТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ.  
[Зайдиева Я.З., Карева Е.Н., Кручинина Е.В., Горенкова О.С., Полякова Е.Ю.](#)
- 65** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ.  
[Зайдиева Я.З., Кручинина Е.В., Горенкова О.С., Полякова Е.Ю., Будыкина Т.С., Глазкова А.В.](#)
- 67** ЛАЗЕРНАЯ КОНВЕРСИОННАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ В МОНИТОРИНГЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И В ПЕРИМENOПАУЗЕ.  
[Зуев В.М., Пиманчева Ю.И., Осипова А.Д., Ищенко А.И., Александров М.Т., Джигладзе Т.А.](#)
- 69** ПОСТМENOПАУЗАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ  
[Идрисова М.А., Эседова А.Э.](#)
- 71** ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ В ПОСТМENOПАУЗЕ  
[Идрисова М.А., Эседова А.Э.](#)
- 73** ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ КИССПЕПТИНА 1 У ПАЦИЕНТОК С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.  
[Каткова Н.Ю., Безрукова И.М., Покусаева К.Б.](#)
- 74** ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДМENOСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
[Каюпова Л.С., Кравцова Т.Г., Манасова И.К., Якупова Г.М.](#)



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 76** КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КАК ПРЕДИКТОР ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
[Квеселава С.Г., Андреева М.В., Митина А.Н.](#)
- 78** ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКИ.  
[Кирилина Н.В., Гарданова Ж.Р.](#)
- 80** НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И ИМУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННОГО ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ. ПОКАЗАНИЯ К ИММУНОТЕРАПИИ.  
[Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Щеголева Л.В., Волкова Т.О.](#)
- 81** ЖИРОВАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ГЕСТАЦИОННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА  
[Кривенко А.С., Покусаева В.Н., Огарева А.С., Ерченко Т.А., Никифоровский Н.К.](#)
- 83** ОПЫТ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ У ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ  
[Кузнецов М.И., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Кузнецова Л.П.](#)
- 85** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВЧ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МИОМОЙ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ  
[Кузнецова Л.П., Кузнецов М.И., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Кузнецова Е.М.](#)
- 86** ОСОБЕННОСТИ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА И ЕГО ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ПЕРИОДОВ РЕПРОДУКТИВНОГО СТАРЕНИЯ  
[Лесная О.А.](#)
- 88** РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО И МЕЖДИСЦИПЛИНАР-НОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ  
[Линева О.И., Вдовенко С.А., Корымасов Е.А., Спиридонова Н.В., Тезиков Ю.В., Тугушев М.Т., Филиппова Т.Ю., Нестеренко С.А., Моисеева И.В.](#)
- 90** ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ  
[Линева О.И., Михальченко С.В., Пономарев В.А., Давыдкин И.Л., Целкович Л.С., Шатунова Е.П., Бабаева Е.Р., Куртов И.В., Шаховская И.Н.](#)



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 91** ВЛИЯНИЕ ДИСБИОЗА ВЛАГАЛИЩА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ  
*Лобачевская О.С., Васильева Л.Н., Лобачевский Д.Н., Никитина Е.В.*
- 92** ОРГАНИЗАЦИОННО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ  
*Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.*
- 94** ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.  
*Масякина А.В., Азаров А.А.*
- 96** ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
*Матейкович Е.А.*
- 97** ВНУТРИМАТОЧНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА «МИРЕНА» У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.  
*Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.*
- 99** МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ  
*Мирзахметова Д.Д., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Клебанова М.А., Якупова Г.М., Уркумбаева Н.С.*
- 101** СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПЕЧЕНИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Мирзахметова Д.Д., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Кравцова Т.Г., Манасова И.К., Якупова Г.М.*
- 103** СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПЕРВЫЕ ПЯТЬ ЛЕТ РАБОТЫ. ЧТО ДАЛЬШЕ?  
*Михайлин Е.С.*
- 105** ХРОНИЧЕСКИЙ ТРИХОМОНИАЗ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ – НАЧАЛО ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ШЕЙКЕ МАТКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)  
*Морева Ж.Г.<sup>1</sup>, Васильев М.М.<sup>2</sup>, Миронов А.Ю.<sup>1</sup>, Сащенко В.П.<sup>3</sup>*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 107** ОСОБЕННОСТИ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА  
*Мурадова Д.К., Эседова А.Э.*
- 109** БИГУАНИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ.  
*Мусина Е.В., Коган И.Ю.*
- 111** ВЗАИМОСВЯЗЬ СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ С ХАРАКТЕРОМ СУПРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ.  
*Неретина Е.А., Захарова Е.И.*
- 113** ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ  
*Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Росюк Е.А.*
- 115** РЕЦЕПТОРЫ ЭНДОМЕТРИЯ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
*Обоскалова Т.А., Тен А.Р.*
- 116** ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ  
*Огарёва А.С., Амалицкий В.Ю., Габор Н.В., Арсюкова М.А., Покусаева В.Н.*
- 118** СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА  
*Озолия Л.А., Лапина И.А.*
- 120** ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Омарпашаева М.И., Дикке Г.Б.*
- 122** ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.  
*Пихут П.П., Цахилова С.Г., Баблюян А.Г.*
- 124** ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Покусаева В.Н., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С., Никифоровский Н.К.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 125** ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ РАСТВОРИМОЙ СУБСТАНЦИИ ЭНДОГЛИНА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.  
*Покусаева К.Б., Каткова Н.Ю., Рыжова Н.К., Безрукова И.М.*
- 127** РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ.  
*Посисеева Л.В.<sup>1</sup>, Воронцов Д.М.<sup>2</sup>*
- 128** ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА.  
*Прилепская В.Н.*
- 129** КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПМС: КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ.  
*Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Ледина А.В., Цаллагова Е.В., Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н.*
- 131** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
*Прилепская В.Н., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Цаллагова Е.В.*
- 133** КУЛЬТУРАЛЬНАЯ СРЕДА, ОБОГАЩЁННАЯ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, ПРИ ПЕРЕНОСЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
*Романов А.Ю., Петросян Я.А., Макарова Н.П., Калинина Е.А.*
- 134** ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ СРЕДИ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ (ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ, ПОЛИП ЭНДОМЕТРИЯ).  
*Саакян П.И.\*, Щетинина Ю.С.\*, Кремлева Е.А.\*, Красикова А.А.\*, Конкин В.Н.\*\**
- 136** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ И НИЗКОДОЗНЫМ МОНОФАЗНЫМ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ПРИ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕВУШЕК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.  
*Сальникова И.А., Уварова Е.В.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 138** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С СИНЕХИЯМИ В ПОЛОСТИ МАТКИ  
Свиридова Н.И., Ткаченко Л.В.
- 139** ВЗАИМОСВЯЗЬ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ВЛАГАЛИЩА И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ  
Севрук Э.С., Густоварова Т.А.
- 141** ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ БЕСПЛОДИИ.  
Серебrenникова К.Г., Арутюнян Н.А., Котенко Р.М., Хмелевская В.Ф., Кацалап С.Н.
- 142** НОВОЕ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ БЕСПЛОДИИ.  
Серебrenникова К.Г., Кацалап С.Н., Алехин А.И., Арутюнян Н.А., Твердикова М.А.
- 144** СРАР-ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ  
Сковородина Т.В.<sup>1</sup>, Вишнякова П.А.<sup>1</sup>, Цвиркун Д.В.<sup>1,2</sup>, Шмаков Р.Г.<sup>1</sup>, Высокихт М.Ю.<sup>1,2</sup>
- 145** ФРАКЦИОННЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ СО<sub>2</sub>-ЛАЗЕРОМ ПРИ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА  
Согибян А.С., Шелудько А.П., Пашенко Е.Г., Романова И.А., Пермяков А.С.
- 147** МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ- И МЕНОПАУЗЕ  
Согибян А.С., Шелудько А.П., Пугиева Л.А., Овсянников В.И., Чмыр Е.Н.
- 149** ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ЭКСПРЕССИЯ PTEN, P53, ER, PR И KI-67 В ЭНДОМЕТРИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АКРОМЕГАЛИЕЙ  
Станоевич И.В., Селиванова Л.С., Воротникова С.Ю., Ткачук А.В., Луценко А.С.
- 151** ЭНДОКРИННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ: ВСЕ ЛИ ТАК ОЧЕВИДНО?  
Станоевич И.В.<sup>1</sup>, Кудрина Е.А.<sup>2</sup>, Мамхегова Б.С.<sup>2</sup>, Масякина А.В.<sup>2</sup>
- 153** МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ МОЛОДЕЖИ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ  
Стольников И.И., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 154** ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ВРТ  
Стрелкова И.И., Ветхова В.В., Долгова А.А., Новикова И.П.
- 156** РЕЗУЛЬТАТЫ ВПЧ-ГЕНОТИПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ  
Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.
- 157** РОЛЬ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВПЧ С ОЦЕНКОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ В РАЗВИТИИ CIN.  
Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.
- 158** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ  
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Хохлова Р.Р.
- 160** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ СЛАБОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА.  
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.В.
- 161** СОПОСТАВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КЛЕТОК СТРОМЫ ГРАВИДАРНОГО ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ, РАЗВИВШЕМСЯ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА  
Фатеева Н.В.
- 163** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЖБЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ  
Филиппова Г.Г., Никифорова А.А.
- 165** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.  
Халилова М.А., Вершута В.А., Авраменко М.В., Ибрагимова Ш.И., Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С.
- 167** ПРОФИЛАКТИКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.  
Хачатрян З.В., Ломова Н.А., Кан Н.Е.



**Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы**

- 168** РОЛЬ ФОЛАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.  
*Хачатрян З.В., Ломова Н.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Донников А.Е.*
- 170** РОЛЬ ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ФЕТАЛЬНОЙ ДНК В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.  
*Хачатрян З.В., Садекова А.А., Красный А.М., Кан Н.Е., Хачатурян А.А., Тютюнник В.Л.*
- 171** ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРОГЕСТЕРОНА У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК С ЭПИЛЕПСИЕЙ.  
*Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.*
- 173** ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ЛАКТОСТАЗЕ.  
*Черниченко И.И., Геращенко Я.Л.*
- 175** ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ.  
*Чечнева М.А., Капитанова О.В., Краснопольская И.В.*
- 177** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С НОРМОГОНАДОТРОПНОЙ АНОВУЛЯЦИЕЙ  
*Шалина М.А., Абашова Е.И., Мишарина Е.В.*
- 178** ПРИМЕНЕНИЕ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
*Шалина М.А., Ярмолинская М.И., Абашова Е.И.*
- 180** ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БОС-ТЕРАПИИ ТАЗОВОГО ДНА У РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН  
*Шатилова М.С.*
- 182** ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ПЕССАРИЕВ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ  
*Шнейдерман М.Г.*
- 184** “ТОНКИЙ” ЭНДОМЕТРИЙ – НЕГОРМОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЭКО  
*Шнейдерман М.Г., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А., Калинина Е.А.*



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 185** ТАЗОВАЯ БОЛЬ НА ФОНЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА  
Эседова А.Э., Идрисова М.А.
- 187** НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ  
Эфендиева З.Н.,<sup>1</sup> Аполихина И.А.,<sup>1,2</sup> Фатхудинов Т.Х.<sup>2</sup>
- 189** СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИИ  
Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Бабаханова А.М., Тоирова М.А.
- 190** ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
Юсупбаев Р.Б., Тоирова М.А., Яркулова М.У., Бабаханова А.М.
- 192** НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, АНАЛИЗ ПРИЧИН РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ.  
Якупова Г.М., Манасова И.К., Каюпова Л.С., Садуакасова Ш.М., Рахимбаева Д.
- 194** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН.  
Якупова Г.М., Манасова И.К., Кравцова Т.Г., Айтбеков Б., Султанмуратова Д., Рахимбаева Д.
- 196** ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ДЕВУШЕК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.  
Якупова Г.М., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Кравцова Т.Г., Рахимбаева Д.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

### СПИСОК АВТОРОВ

- 3 Азизова Д.Ш., Азизова Г.Д., Исмаилова З.И.
- 4 Аминодова И.П., Плеханова Е.В., Гусейнова С.Г., Сони́на Н.П.
- 6 Андреева М.В., Квеселава С.Г., Митина А.Н.
- 8 Андреева М.В., Квеселава С.Г., Шаркова А.А.
- 9 Андреева М.В., Фетисова Е.С.
- 11 Андреева М.В.
- 12 Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Володько Е.А., Окулов А.Б., Андреева Е.Н., Станоевич И.В., Кузнецов Н.С.
- 14 Артымук Н.В\*, Елизарова Н.Н.\*\*
- 15 Артымук Н.В., Зотова О.А., Шакирова Е.А., Данилова Л.Н., Рыбников С.В., Власова В.В.
- 17 Ахильгова З.С., Абдуманонов Д., Абдулаева К.С.
- 19 Ахмедова А.И., Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г.
- 21 Байрамова Г.Р., Чернова В.Ф., Амирханян А.С., Прилепская В.Н., Костава М.Н., Трофимов Д.Ю.
- 22 Бакшаева А.Н., Иванова М.К., Кузнецова Е.П., Шайфутдинова Г.М.
- 24 Беглова А.Ю., Елгина С.И.
- 25 Бойко Е.Л., Панова И.А., Каталова И.А.
- 27 Бурдули А.Г., Кициловская Н.А., Сухова Ю.В.
- 29 Бурдули А.Г., Ступко О.К., Екимов А.Н., Назаренко Т.А., Кулакова Е.В., Макарова Н.П., Оганесянц Е.Л., Калинина Е.А.
- 31 Вандеева Е.Н., Протасова А.Э.
- 32 Вахрушина А.С., Моисеенкова С.Д., Андросюк Е.И., Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н.
- 34 Геращенко Я.Л.
- 36 Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Будумян Э.А., Кормакова Т.Л., Яковлева М.В.
- 37 Гуменюк Е.Г., Кормакова Т.Л., Карпеченко А.В., Уквальберг М.Е., Омарова Г.З., Бордовская А.А.
- 39 Гуменюк Е.Г., Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Жилина П.И.
- 41 Гусаков К.И., Бурменская О.В., Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Трофимов Д.Ю., Сухих Г.Т.
- 43 Гусаков К.И., Стародубцева Н.Л., Франкевич В.Е., Назарова Н.М., Бугрова А.Е., Кононихин А.С., Бржозовский А.Г., Асатурова А.В.
- 44 Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Ферамузова Э.Э.
- 45 Дабузов А.Ш., Абдурахманова Р.А.
- 47 Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.
- 48 Джеломанова О.А., Белоусов О.Г.
- 49 Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 51 Джеломанова О.А., Слюсарь Т.И., Оглух А.А.
- 52 Досова С.Ю., Стольникова И.И., Червинец В.М., Елисеева И.В.
- 54 Дубовая Е.Г., Онищенко Е.Ф.
- 56 Елгина С.И., Беглова А.Ю.
- 57 Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Путнина А.И., Трубаева Д.С.
- 58 Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., Федоренко С.В.
- 60 Жаркин Н.А.<sup>1</sup>, Стаценко М.Е.<sup>1</sup>, Стажарова М.М.<sup>2</sup>, Бурова Н.А.<sup>1</sup>, Прохвятилов С.А.<sup>2</sup>, Шевцова Е.П.<sup>1</sup>.
- 62 Загайнова В.А.<sup>1</sup>, Беспалова О.Н.<sup>2</sup>
- 64 Зайдиева Я.З., Карева Е.Н., Кручинина Е.В., Горенкова О.С., Полякова Е.Ю.
- 65 Зайдиева Я.З., Кручинина Е.В., Горенкова О.С., Полякова Е.Ю., Будыкина Т.С., Глазкова А.В.
- 67 Зуев В.М., Пиманчева Ю.И., Осипова А.Д., Ищенко А.И., Александров М.Т., Джибладзе Т.А.
- 69 Идрисова М.А., Эседова А.Э.
- 71 Идрисова М.А., Эседова А.Э.
- 73 Каткова Н.Ю., Безрукова И.М., Покусаева К.Б.
- 74 Каюпова Л.С., Кравцова Т.Г., Манасова И.К., Якупова Г.М.
- 76 Квеселава С.Г., Андреева М.В., Митина А.Н.
- 78 Кирилина Н.В., Гарданова Ж.Р.
- 80 Ковчур П.И., Курмышкина О.В., Щеголева Л.В., Волкова Т.О.
- 81 Кривенко А.С., Покусаева В.Н., Огарева А.С., Ерченко Т.А., Никифоровский Н.К.
- 83 Кузнецов М.И., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Кузнецова Л.П.
- 85 Кузнецова Л.П., Кузнецов М.И., Маркова Е.В., Тоноян Л.А., Кузнецова Е.М.
- 86 Лесная О.А.
- 88 Линева О.И., Вдовенко С.А., Корымасов Е.А., Спиридонова Н.В., Тезиков Ю.В., Тугушев М.Т., Филиппова Т.Ю., Нестеренко С.А., Моисеева И.В.
- 90 Линева О.И., Михальченко С.В., Пономарев В.А., Давыдкин И.Л., Целкович Л.С., Шатунова Е.П., Бабаева Е.Р., Куртов И.В., Шаховская И.Н.
- 91 Лобачевская О.С., Васильева Л.Н., Лобачевский Д.Н., Никитина Е.В.
- 92 Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.
- 94 Масякина А.В., Азаров А.А.
- 96 Матейкович Е.А.
- 97 Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р.
- 99 Мирзахметова Д.Д., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Клебанова М.А., Якупова Г.М., Уркумбаева Н.С.
- 101 Мирзахметова Д.Д., Терликбаева А.Т., Каюпова Л.С., Кравцова Т.Г., Манасова И.К., Якупова Г.М.
- 103 Михайлин Е.С.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 105 Морева Ж.Г.<sup>1</sup>, Васильев М.М.<sup>2</sup>, Миронов А.Ю.<sup>1</sup>, Сащенко В.П.<sup>3</sup>
- 107 Мурадова Д.К., Эседова А.Э.
- 109 Мусина Е.В., Коган И.Ю.
- 111 Неретина Е.А., Захарова Е.И.
- 113 Обоскалова Т.А., Кононова И.Н., Росюк Е.А.
- 115 Обоскалова Т.А., Тен А.Р.
- 116 Огарёва А.С., Амалицкий В.Ю., Габор Н.В., Арсюкова М.А., Покусаева В.Н.
- 118 Озолия Л.А., Лапина И.А.
- 120 Омарпашаева М.И., Дикке Г.Б.
- 122 Пихут П.П., Цахилова С.Г., Баблюян А.Г.
- 124 Покусаева В.Н., Амалицкий В.Ю., Огарева А.С., Никифоровский Н.К.
- 125 Покусаева К.Б., Каткова Н.Ю., Рыжова Н.К., Безрукова И.М.
- 127 Посисеева Л.В.<sup>1</sup>, Воронцов Д.М.<sup>2</sup>
- 128 Прилепская В.Н.
- 129 Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Ледина А.В., Цаллагова Е.В., Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н.
- 131 Прилепская В.Н., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Цаллагова Е.В.
- 133 Романов А.Ю., Петросян Я.А., Макарова Н.П., Калинина Е.А.
- 134 Саакян П.И.\*, Щетинина Ю.С.\*, Кремлева Е.А.\*, Красикова А.А.\*, Конкин В.Н.\*\*
- 136 Сальникова И.А., Уварова Е.В.
- 138 Свиридова Н.И., Ткаченко Л.В.
- 139 Севрук Э.С., Густоварова Т.А.
- 141 Серебренникова К.Г., Арутюнян Н.А., Котенко Р.М., Хмелевская В.Ф., Кацалап С.Н.
- 142 Серебренникова К.Г., Кацалап С.Н., Алехин А.И., Арутюнян Н.А., Твердикова М.А.
- 144 Сковородина Т.В.<sup>1</sup>, Вишнякова П.А.<sup>1</sup>, Цвиркун Д.В.<sup>1,2</sup>, Шмаков Р.Г.<sup>1</sup>, Высокихт М.Ю.<sup>1,2</sup>
- 145 Согилян А.С., Шелудько А.П., Пащенко Е.Г., Романова И.А., Пермяков А.С.
- 147 Согилян А.С., Шелудько А.П., Пугиева Л.А., Овсянников В.И., Чмыр Е.Н.
- 149 Станоевич И.В., Селиванова Л.С., Воротникова С.Ю., Ткачук А.В., Луценко А.С.
- 151 Станоевич И.В.<sup>1</sup>, Кудрина Е.А.<sup>2</sup>, Мамхегова Б.С.<sup>2</sup>, Масякина А.В.<sup>2</sup>
- 153 Стольникова И.И., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.
- 154 Стрелкова И.И., Ветхова В.В., Долгова А.А., Новикова И.П.
- 156 Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.
- 157 Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Бурменская О.В., Прилепская В.Н.
- 158 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Хохлова Р.Р.
- 160 Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Шишиморова С.В.
- 161 Фатеева Н.В.



## Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы

- 163 Филиппова Г.Г., Никифорова А.А.
- 165 Халилова М.А., Вершута В.А., Авраменко М.В., Ибрагимова Ш.И., Богомазова И.М., Игнатко И.В., Белоусова В.С.
- 167 Хачатрян З.В., Ломова Н.А., Кан Н.Е.
- 168 Хачатрян З.В., Ломова Н.А., Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Донников А.Е.
- 170 Хачатрян З.В., Садекова А.А., Красный А.М., Кан Н.Е., Хачатурян А.А., Тютюнник В.Л.
- 171 Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Садыков Т.Р.
- 173 Черниченко И.И., Геращенко Я.Л.
- 175 Чечнева М.А., Капитанова О.В., Краснопольская И.В.
- 177 Шалина М.А., Абашова Е.И., Мишарина Е.В.
- 178 Шалина М.А., Ярмолинская М.И., Абашова Е.И.
- 180 Шатилова М.С.
- 182 Шнейдерман М.Г.
- 184 Шнейдерман М.Г., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Куземин А.А., Калинина Е.А.
- 185 Эседова А.Э., Идрисова М.А.
- 187 Эфендиева З.Н.,<sup>1</sup> Аполихина И.А.,<sup>1,2</sup> Фатхудинов Т.Х.<sup>2</sup>
- 189 Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Бабаханова А.М., Тоирова М.А.
- 190 Юсупбаев Р.Б., Тоирова М.А., Яркулова М.У., Бабаханова А.М.
- 192 Якупова Г.М., Манасова И.К., Каюпова Л.С., Садуакасова Ш.М., Рахимбаева Д.
- 194 Якупова Г.М., Манасова И.К., Кравцова Т.Г., Айтбеков Б., Султанмуратова Д., Рахимбаева Д.
- 196 Якупова Г.М., Каюпова Л.С., Манасова И.К., Кравцова Т.Г., Рахимбаева Д.