Министерство Здравоохранения и Социального Развития РФ
ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова»
Российское общество акушеров-гинекологов
Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии

Всероссийская научно-практическая конференция

Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья

Сборник тезисов

Москва
30 марта – 3 апреля 2009г.

Всероссийская научно-практическая конференция
Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья
Сборник тезисов
М., 2009 - 336 с.

Сборник включает в себя тезисы статей Всероссийской научно-практической конференции «Амбулаторно-поликлиническая практика – платформа женского здоровья»

под редакцией академика РАМН ***Г.Т.Сухих***
профессора ***В.Н.Прилепской***

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

Составитель сборника
к.м.н. Э.Р. Довлетханова

ISBN 978-5-94943-049-1

©«МЕДИ Экспо», 2009

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ, АССОЦИИРОВАННОМ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Абрамовских О.С., Бойко И.В., Ахматова А.Н., Беренда М.А.
(Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия)

Цель: изучить состояние местного иммунитета у женщин с хроническим цервицитом, ассоциированном с ВПЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования: было проведено клинико-иммунологическое обследование 65 женщин с хроническим цервицитом. Все пациентки тестированы на наличие ДНК ВПЧ в цервикальном канале (16, 18, 31, 33 типы). В зависимости от результатов тестирования больные были разделены на 2 группы: I группу составили 48 женщин у которых хронический цервицит был ассоциирован с ВПЧ- инфекцией, II группу – 17 женщин у которых ДНК ВПЧ в цервикальном канале шейки матки не была обнаружена. Контрольную группу составили 20 условно здоровых женщин. Для характеристики локальных механизмов противоинфекционной защиты половой системы исследовали цервикальную слизь, в которой определяли общее количество лейкоцитов и процент жизнеспособных клеток; лизосомальную, НСТ- и фагоцитарную активность нейтрофилов.

Результаты и их обсуждение: у женщин с хроническим цервицитом, ассоциированным с ВПЧ-инфекцией общее количество нейтрофилов, а также абсолютное количество живых клеток было достоверно выше, чем в группе контроля. Общее количество лейкоцитов у пациенток II группы несколько превышало контрольные показатели.

Относительное количество жизнеспособных клеток и абсолютное количество живых клеток в цервикальной слизи было достоверно выше у женщин I группы по сравнению со

II группой наблюдения.

При анализе фагоцитарной функции нейтрофилов у больных у женщин обеих групп выявлено достоверное снижение показателей активности и интенсивности по сравнению со здоровыми женщинами.

Функциональный резерв нейтрофилов при сравнении с группой контроля был достоверно ниже как у пациенток I, так и II группы.

Результаты исследования спонтанной НСТ- редуцирующей активности у пациенток обеих групп достоверно превышали значения в группе контроля. Изучение активности индуцированного НСТ-теста показало, что данный

показатель в I и во II группах женщин был достоверно выше, чем в группе контроля.

При оценке лизосомальной активности нами было зафиксировано ее достоверное повышение в обеих группах. При этом у женщин I группы это показатель был выше, чем у женщин II группы.

Выводы: Установлено, что независимо от наличия в цервикальном канале ДНК ВПЧ при хроническом цервиците, по сравнению со здоровыми женщинами характерны общие изменения иммунологических показателей в цервикальной слизи, а именно: повышение общего числа лейкоцитов, усиление лизосомальной активности и внутриклеточного кислородозависимого метаболизма нейтрофилов, угнетение резерва их бактерицидной функции, а так же снижение активности и интенсивности фагоцитоза.

Что касается клеточных факторов местной противоинфекционной защиты, более выраженные изменения наблюдались у женщин с хроническим цервицитом, ассоциированным с ВПЧ-инфекцией: существенное увеличение количества нейтрофилов, усиление притока жизнеспособных клеток, нарастание лизосомальной активности и снижение фагоцитарной функции нейтрофилов.

НЕАКУШЕРСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БЕРЕМЕННЫХ

Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Аскольская С.И., Романова Е.Л., Ляшко Е.С., Николаева А.В.

(ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: Оптимизация тактики ведения беременных с опухолями гениталий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 675 беременных, имеющих доброкачественные опухоли гениталий. Всем пациенткам помимо общего и гинекологического исследования проводились ультразвуковое исследование, допплерометрия, определение уровня онкомаркеров в крови в динамике, кардиотокография плода, патоморфологическое исследование операционного материала. В отдельных случаях выполнена МРТ малого таза.

Результаты и их обсуждение: средний возраст беременных составил 34,5±5,2 лет. Первородящие составили 54,6%, повторнородящие – 45,4%. У 512 пациенток миома матки была выявлена во время беременности. Все

женщины данной подгруппы находились под динамическим наблюдением в течение всей беременности. У 6 женщин была выявлена субсерозная миома матки на ножке с отмеченным ростом, признаками нарушения кровоснабжения узла и болевым синдромом во время беременности. Им была проведена лапароскопическая миомэктомия в сроки 14-16 недель. Во всех случаях беременность была пролонгирована. Остальным пациенткам миомэктомия им была выполнена лапаротомным доступом в различные сроки беременности или во время кесарева сечения. Неосложненным течение беременности было у 17,7% женщин, в 74,5% выявлялись признаки угрозы прерывания беременности в различные сроки. В 7.9% отмечалась водянка беременных, в 13.4% – нефропатия, в 5.9% – анемия. Показаниями к кесареву сечению явились большие размеры миомы у 20,4% женщин (при этом размеры узлов были более 10 см у 42,4% женщин), множественная миома – у 16,2%, низкое расположение – у 11,7%, рубец на матке – у 9,3%, гипоксия и гипотрофия плода – у 10,5%. Наиболее часто операция кесарева сечения произведена по сумме относительных показаний. 11 женщинам старшего возраста была выполнена гистерэктомия в связи с большими размерами и атипичным расположением узлов. 33 пациенткам оперативное вмешательство потребовалось во время беременности в сроки 10-25 недель, в связи с быстрым ростом узлов (30,3%), признаками нарушения кровоснабжения узла (69,7%). Во всех случаях выполнена лапаротомия, миомэктомия. У 23 женщин данной подгруппы беременность была прервана, у 10 – пролонгирована и закончилась преждевременными родами в 34-37 недель у трех женщин и своевременными родами у 7. Опухоли и опухолевидные образования яичников, потребовавшие оперативного лечения, были выявлены у 156 беременных. В 84,3% показанием к плановому оперативному лечению было наличие опухоли яичника и невозможность исключить бластоматозный процесс. В 2,9% потребовалась экстренная операция в связи с перекрутом ножки опухоли. В первом триместре было выполнено 24% операций в связи с подозрением на злокачественный процесс, во втором – 76%. 45 женщинам операция была выполнена лапароскопическим доступом, 40 – лапаротомным, 61 – во время кесарева сечения. В 70,6% произведена резекция одного яичника, в 7,8% – удаление параовариальной кисты, удаление одного яичника и резекция другого яичника – в 6,9%, резекция одного яичника и миомэктомия – в 4,9%, аднексэктомия и резекция контрлатерального яичника – в 1,96%, то же в комбинации с удалением сальника – в 0,98%. В структуре опухолей преобладали цистаденомы (30,4%) и зрелые кистозные тератомы (29,4%). Злокачественные опухоли были представлены дисгерминомами (1,96%). Пограничные опухоли составили 2,9%. Частота фетоплацентарной недостаточности после опера-

тивного лечения составила 5,9%, преждевременных родов – 5,9%. При анализе массы рождённых детей, оценки состояния по шкале Апгар, статистически значимых различий по сравнению с детьми, рожденными от женщин без опухолей яичников не выявлено. Использование эндоскопической методики позволило снизить объем кровопотери во время операции на 85,5%, выраженность болевого синдрома, количество применяемых анальгетиков на 42,4%, продолжительность операции на 22,7% по сравнению с подгуппой, где выполнялась лапаротомия.

Выводы: представленные данные позволяют улучшить результаты лечения беременных женщин с опухолями гениталий различного характера, в том числе с применением новых медицинских технологий, улучшить диагностику данной патологии, сократить число осложненного течения беременности и родов у данного контингента больных.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Адамян Л. В., Чернова И. С., Козаченко А. В.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий»,Москва, Россия)

Цель: изучение особенностей репродуктивной функции женщин после лечения эктопической беременности.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 130 случаев хирургического лечения женщин с внематочной беременностью, находившихся в отделении оперативной гинекологии Центра с 2003 по декабрь 2008 года. При анализе характера локализации плодного яйца беременность в маточной трубе была у 110 пациенток (84,6%), из них трубная беременность после ЭКО у 30 пациенток; шеечная беременность – у 16 (12,3%), брюшная – 1 (0,8%), яичниковая – 1 (0,8%), в 4 случаях (3,1%) было сочетание маточной и эктопической беременности.

Всем больным трубной беременностью диагноз был установлен до операции с использованием ультразвукового метода исследования.

Результаты и их обсуждение. У изученного нами контингента больных трубной беременностью (n=110) во всех случаях операции были выполнены лапароскопическим доступом. В 41 случае (37,2%) была проведена тубэктомия, в 69 случаях (62,7%) проведено органосохраняющее лечение – туботомия, удаление плодного яйца, санация брюшной полости. Удаление маточной трубы

выполнялось ввиду перенесенных ранее операций на трубах, разрыва трубы, желания женщины подвергнуться стерилизации. В ряде случаев хирургическое лечение трубной беременности сопровождалось сочетанными вмешательствами на органах малого таза: миомэктомия – в 16 случаях (14,5%), коагуляция и иссечение очагов эндометриоза – в 36 (32,7%), резекция яичников – в 20 (18,1%), разделение спаек в малом тазу в 45 (40,9%).

У 14 (12,7%) больных шеечной беременностью, с целью сохранения детородной функции, применялась комплексная терапия с применением метотрексата (в/в болюсно) и лейковарина (в/м). Суммарная доза вводимого метотрексата колебалась от 200 до 300 мг в зависимости от массы тела женщины и срока гестации. У 12 пациенток удалось добиться снижения кровотока (по данным УЗИ с доплеровским картированием), удалить плодное яйцо петлей гистерорезектоскопа и сохранить матку. Во время проведения гистерорезектоскопии в половине случаев отмечалась повышенная кровоточивость из ложа хориона, потребовавшее коагуляции шаровидным электродом.

В 2 случаях была произведена гистерэктомия без придатков: в одном – ввиду развития профузного кровотечения в связи с прорастанием ворсинами хориона шейки матки и стенки влагалища, в другом – из-за большого срока шеечной беременности (до 9 недель гестации) у больной с реализованной генеративной функцией.

При анализе репродуктивной функции у 74 женщин после лечения эктопической беременности получены следующие результаты: из 66 пациенток, прооперированных по поводу трубной беременности, у 18 с туботомией в анамнезе эктопическая беременность возникла повторно; у 33 пациенток наступила беременность, закончившаяся родами; у 3 женщин из 8 прооперированных по поводу шейной локализации плодного яйца, наступила беременность, закончившаяся родами.

Выводы. Использование современных технологий в лечении женщин с эктопической беременностью, в т.ч. шеечной, позволяет сохранить и восстановить репродуктивную функцию в большинстве случаев. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости продолжения исследования эффективности консервативной терапии эктопической беременности, в том числе с шеечной локализацией плодного яйца.

НЕАКУШЕРСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БЕРЕМЕННЫХ

Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Аскольская С.И., Романова Е.Л., Ляшко Е.С., Николаева А.В.

(ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий, Москва, Россия)

Цель: оптимизация тактики ведения беременных с опухолями гениталий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 675 беременных, имеющих доброкачественные опухоли гениталий. Всем пациенткам помимо общего и гинекологического исследования проводились ультразвуковое исследование, допплерометрия, определение уровня онкомаркеров в крови в динамике, кардиотокография плода, патоморфологическое исследование операционного материала. В отдельных случаях выполнена МРТ малого таза.

Результаты и их обсуждение: средний возраст беременных составил 34,5±5,2 лет. Первородящие составили 54,6%, повторнородящие – 45,4%. У 512 пациенток миома матки была выявлена во время беременности. Все женщины данной подгруппы находились под динамическим наблюдением в течение всей беременности. У 6 женщин была выявлена субсерозная миома матки на ножке с отмеченным ростом, признаками нарушения кровоснабжения узла и болевым синдромом во время беременности. Им была проведена лапароскопическая миомэктомия в сроки 14-16 недель. Во всех случаях беременность была пролонгирована. Остальным пациенткам миомэктомия им была выполнена лапаротомным доступом в различные сроки беременности или во время кесарева сечения. Неосложненным течение беременности было у 17,7% женщин, в 74,5% выявлялись признаки угрозы прерывания беременности в различные сроки. В 7.9% отмечалась водянка беременных, в 13.4% – нефропатия, в 5.9% – анемия. Показаниями к кесареву сечению явились большие размеры миомы у 20,4% женщин (при этом размеры узлов были более 10 см у 42,4% женщин), множественная миома – у 16,2%, низкое расположение – у 11,7%, рубец на матке – у 9,3%, гипоксия и гипотрофия плода – у 10,5%. Наиболее часто операция кесарева сечения произведена по сумме относительных показаний. 11 женщинам старшего возраста была выполнена гистерэктомия в связи с большими размерами и атипичным расположением узлов. 33 пациенткам оперативное вмешательство потребовалось во время беременности в сроки 10-25 недель, в связи с быстрым ростом узлов (30,3%), признаками нарушения кровоснабжения узла (69,7%). Во всех

случаях выполнена лапаротомия, миомэктомия. У 23 женщин данной подгруппы беременность была прервана, у 10 – пролонгирована и закончилась преждевременными родами в 34-37 недель у троих женщин и своевременными родами у 7. Опухоли и опухолевидные образования яичников, потребовавшие оперативного лечения, были выявлены у 156 беременных. В 84,3% показанием к плановому оперативному лечению было наличие опухоли яичника и невозможность исключить бластоматозный процесс. В 2,9% потребовалась экстренная операция в связи с перекрутом ножки опухоли. В первом триместре было выполнено 24% операций в связи с подозрением на злокачественный процесс, во втором – 76%. 45 женщинам операция была выполнена лапароскопическим доступом, 40 – лапаротомным, 61 – во время кесарева сечения. В 70,6% произведена резекция одного яичника, в 7,8% – удаление параовариальной кисты, удаление одного яичника и резекция другого яичника – в 6,9%, резекция одного яичника и миомэктомия – в 4,9%, аднексэктомия и резекция контрлатерального яичника – в 1,96%, то же в комбинации с удалением сальника – в 0,98%. В структуре опухолей преобладали цистаденомы (30,4%) и зрелые кистозные тератомы (29,4%). Злокачественные опухоли были представлены дисгерминомами (1,96%). Пограничные опухоли составили 2,9%. Частота фетоплацентарной недостаточности после оперативного лечения составила 5,9%, преждевременных родов – 5,9%. При анализе массы рожденных детей, оценки состояния по шкале Апгар, статистически значимых различий по сравнению с детьми, рожденными от женщин без опухолей яичников не выявлено. Использование эндоскопической методики позволило снизить объем кровопотери во время операции на 85,5%, выраженность болевого синдрома, количество применяемых анальгетиков на 42,4%, продолжительность операции на 22,7% по сравнению с подгуппой, где выполнялась лапаротомия.

Выводы: представленные данные позволяют улучшить результаты лечения беременных женщин с опухолями гениталий различного характера, в том числе с применением новых медицинских технологий, улучшить диагностику данной патологии, сократить число осложненного течения беременности и родов у данного контингента больных.

ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ И ЧИСТОПРОГЕСТИНОВЫХ ТАБЛЕТОК НА НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ГЕМОСТАЗ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Акопян А.Н., Чернышева Е.С., Тагиева А.В., Менжинская И.В.

(ФГУ «НЦ АГ и П им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: изучить эффективность и приемлемость эстроген-гестагенных и чистопрогестиновых таблеток, а также их влияние на уровень ТТГ, Тсв., АТ ТПО, АТ ТГ, антитела к фосфолипидам, параметры гемостаза у женщин с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) в сравнительном аспекте.

Материалы и методы исследования: были обследованы и отобраны 60 женщин с АИТ, которым с целью контрацепции были назначены комбинированный пероральный контрацептив – Регулон и чистопрогестиновые таблетки – Чарозетта. Слепым методом пациентки были распределены на 2 группы, по 30 женщин в каждой, которым проводились следующие лабораторные исследования: параметры гемостаза, АТ ТПО, АТ ТГ, антитела к фосфолипидам(к фосфатидилсерину, к кардиолипину, β-2 гликопротеину, к аннексину V, к протромбину). Наблюдение проводилось в течение 12 месяцев – до, через 3, 6, 9 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. На протяжении всего периода наблюдения, как на фоне Регулона, так и при приеме Чарозетты, беременность не наступила ни у одной женщины, таким образом, индекс Перля равен 0. На фоне приема Регулона зафиксирована тенденция к снижению уровней ТТГ и Т4св, однако, статистически незначимое($p>0,05$). Так, до приема контрацепции средние значения ТТГ составляли 2,53±±0,58, к 12 месяцу – 1,66±±0,37. Среднее Т4св. – 1,76±±0,52, к 12 месяцу – 1,26±±0,18. Весьма важным является тот факт, что при приеме Регулона отмечается достоверное снижение уровня АТ ТГ($p<0,05$) и тенденция к снижению АТ ТПО. Характеризуя динамику антител к фосфолипидам, необходимо отметить, что Регулон повышает уровень антител к кардиолипину, фосфатидилсерину, β-2 гликопротеину, протромбину, и снижает уровень антител к аннексину V в основной группе. Статистически значимые изменения отмечаются только в значениях IgM к фосфатидилсерину, IgM и IgG к кардиолипину, IgG к протромбину и антител к аннексину V(IgM, IgG). Но, в то же время, к 12 месяцу наблюдения все исследуемые показатели соответствовали нормативным значениям.

В системе гемостаза нами не были выявлены существенные изменения (p>0,05) в показателях свертывающейся системы крови.

На фоне Чарозетты, аналогично Регулону, была выявлена тенденция к снижению уровней ТТГ и Тсв. Динамика антител к ткани щитовидной железы характеризовалась статистически значимым снижением уровня АТ ТПО(p<0,05), и незначительным повышением АТ ТГ(p>0,05). На протяжении всего периода наблюдения отмечалось статистически значимое снижение уровня антител к фосфатидилсерину (M и G), к кардиолипину (G), повышение уровня антител к β-2 гликопротеину(M и G) и протромбину (M). Необходимо отметить, что, несмотря на увеличение значений этих антител, по сравнению с исходными показателями, уровень их соответствовал норме у всех пациенток основной группы. Параметры гемостаза соответствовали норме в течение всего периода контрацепции.

Выводы:

1. Комбинированный пероральный контрацептив – Регулон и чистопрогестиновые таблетки – Чарозетта являются высокоэффективными и безопасными методами контрацепции, не оказывающими негативного влияния на параметры гемостаза и уровень гормонов щитовидной железы(ТТГ и Т4св).
2. Чарозетта оказывает больший терапевтический эффект на течение АИТ, по сравнению с Регулоном, так как достоверно снижает уровень АТ ТПО, участвующей в патогенезе АИТ и оказывающей цитотоксичнское влияние на ткань щитовидной железы и практически не влияет на уровень антител к фосфолипидам.

РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ К АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЕ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Александрова Н.В., Ткаченко Л.В, Зборовская И.А.
(ГОУВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия)

Цель: изучение процессов антителогенеза к АДА у женщин с привычными репродуктивными потерями и выявление связей изучаемых антител с клинико-лабораторными особенностями аутоиммунной патологии.

Материалы и Методы исследования: при проведении скрининга на наличие анти-АДА было обследовано 86 женщин (средний возраст 30,8 ± 6,1 лет), проходивших обследование по поводу привычной потери беременности в клинико-диагностических центрах г. Волгограда. У 64 (74,4%) женщин (по данным анамнеза) отмечено привычное невынашивание беременности ранних, у 13 (15,1%) женщин – поздние гестационные потери, у 9 (10,5%) – антенатальная гибель плода.

В исследование также были включены 30 здоровых лиц и 71 пациентка с системной красной волчанкой (СКВ) в возрасте от 18 до 59 лет (средняя продолжительность заболевания 5,82 ± 1,66 лет) с различными клиническими проявлениями. 18 женщин имели в анамнезе привычное невынашивание беременности (ПНБ). Общее количество предыдущих плодных потерь равнялось 48, при этом у 3-х женщин выявлялось по 1 случаю, у 7 – по 2, у 5 – по 3, у 3 – по 4 и более плодных потерь.

Объектом исследований служила сыворотка крови. Антитела к АДА класса IgG (анти-АДА) определяли в разработанной нами методике непрямого ELISA-теста с использованием иммобилизированной формы АДА в качестве антигенной матрицы. β2-гликопротеин-I-зависимые аФЛ класса IgG и IgM определяли с использованием коммерческого тест-набора «Anti-Phospholipid Screen IgG/IgM» (Orgentec Diagnostica GmbH, Lot 52953136).

Результаты и их обсуждение: по результатам проведенного скрининга анти-АДА были выявлены у 30 (34,9%) женщин, повышенные уровни аФЛ класса IgG отмечены у 12 (14%) женщин, принявших участие в обследовании.

В группе больных СКВ анти-АДА выявлены у 26 (36,6%), аФЛ класса IgG – у 32 (45,1%) человек. Было отмечено, что IgG-аФЛ чаще и в более высоком титре обнаруживались у анти-АДА-позитивных пациентов, чем у анти-АДА-негативных больных СКВ ($\chi2 = 6,4$; $p<0,02$). Развитие цитопенического синдрома достоверно чаще отмечено у больных СКВ с сочетанным наличием IgG-аФЛ и анти-АДА по сравнению с пациентами, не имевшими сочетания данных антител в крови ($\chi2 =3,9$; $p<0,05$). Повышенные уровни анти-АДА выявлены у 11 из 18 женщин с ПНБ, причем чаще обнаруживалось сочетание анти-АДА и аФЛ, чем изолированное определение анти-АДА ($\chi2 =6,5$; $p<0,02$) или изолированное определение аФЛ ($\chi2 =4,5$; $p<0,05$). Принимая во внимание, что определенная часть АДА сосредоточена во фракции плазматических мембран эритроцитов и тромбоцитов в виде комплекса с гликопротеидами, представляется вероятным возможность конформационного воздействия анти-АДА на β2-гликопротеин-I, что способствует экспрессии “скрытых” эпитопов в молекуле β2-гликопротеин-I и индукции синтеза аФЛ.

Выводы: При аутоиммунных заболеваниях в сыворотке крови больных часто обнаруживаются аутоантитела к различным ферментам, но клинико-диагностическое значение таких антител зачастую неясно. Аденозиндезаминаза (АДА, ЕС 3.5.4.4) – ключевой фермент пуринового метаболизма, с активностью которого тесно связаны иммунологические процессы в организме.

Учитывая дисбаланс иммунорегуляторных процессов при ПНВ на фоне как спонтанного, так и индуцированного появления аутоантител, представляется перспективным дальнейшее изучение процессов аутоантителообразования к АДА. Наличие ПНБ в анамнезе свидетельствует о необходимости тщательного мониторинга не только аФЛ, но и анти-АДА у женщин для предупреждения плодных потерь и назначения адекватной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Алехин М.В., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Андреева Е.В., Хейдар Л.А., Бояр Е.А., Юшина М.В., Попова Е.С.

(Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия)

Цель: анализ эффективности применения препарата «Канефрон» у беременных с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования: основную исследуемую группу составили 28 беременных со сроками от 30 до 37 недель: с гестационным пиелонефритом – 20 (71,4%), с обострением хронического пиелонефрита – 8 (28,6%). Контрольная группа представлена 16 беременными с такими же сроками гестации с гестационным пиелонефритом.

Результаты и их обсуждение: параметры обследования в исследуемой группе включали: наличие белка в моче у (57,1%), патологию в пробе по Нечипоренко у (46,4%), положительный посев мочи у (39,3%), уретерогидронефроз и пиелоэктазию по УЗИ у (28,6%). В контрольной группе частота клинических и лабораторных данных статистически не отличалась.

Все беременные исследуемой и контрольной группы при лейкоцитурии получали фурагин или нитроксолин; из антибактериальной терапии: цефазолин или цефтриаксон. В основной группе дополнительно получали канефрон в течение 2 недель.

При анализе эффективности проводимой терапии получено более раннее и существенное изменение симптомов в основной группе беременных. Так, нормализация показателей мочи и концентрационной способности почек происходили в среднем на 3-4 дня раньше, чем в контроле.

Более стойкими оказались ультразвуковые проявления патологии почек в обеих группах. Положительная динамика отмечена в 75% наблюдениях исследуемой и в 40% контрольной группах.

Выводы: Таким образом, в комплексном лечении гестационных и хронических пиелонефритов у беременных с гестационным сахарным диабетом рациональным является применение канефрона, что позволяет увеличить эффективность проводимой терапии.

Канефрон воздействует на гипоталамо-гипофизарную и надпочечниковую систему, способствует адаптации организма к беременности и различным патологическим состояниям, активирует ретикуло-эндотелиальную систему с нормализацией клеточного и гуморального иммунитета, усиливает дезинтоксикационную функцию печени. Канефрон обладает антибактериальным, спазмолитическим, мягким мочегонным действием. Препарат характеризуется отсутствием тератогенного эффекта и аллергических реакций. Применение его во время беременности является актуальным.

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ РЕОВАЗОГРАФИИ СОСУДОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Алиева З. А., Стрельникова Е.В., Данилов А.Ю., Бакуридзе Э.М.
(ФГУ «НЦ АГ и П им.В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва,Россия)

Цель: оценка влияния плазмафереза на гемодинамические показатели в сосудах органов малого таза у женщин после миомэктомии.

Материалы и Методы исследования: проведено обследование 40 женщин в возрасте 25-35 лет, перенесших эндоскопическую миомэктомию. Пациентки были разделены на две группы. Первую (основную) группу составили 20 пациенток, которым к традиционной медикаментозной терапии, в раннем послеоперационном периоде проводили плазмаферез. Во вторую группу (контрольную) вошли 20 пациенток, которым проведена только традиционная медикаментозная терапия – инфузионную (раствор глюкозы, реамберин, реополиглюкин), анальгезирующую и антибактериальную.

Гемодинамику органов малого таза изучали с помощью реовазографии. Реографию проводили до операции, в послеоперационном периоде после проведения реабилитационных мероприятий. Запись реограмм проводили на 9-ти канальной системе реографических исследований – отечественном реоанализаторе РЕАН -131. Проводили качественную оценку реограмм: учитывали регулярность кривой, крутизну анакроты, наличие дикротического зубца и его местонахождение, количество и выраженность дополнительных волн.

Результаты и их обсуждение: При анализе реограмм у всех больных с миомой матки сразу после операции определялся нерегулярный и полиморфный характер, умеренный подъем и медленный спуск к изолинии, вершина реографической кривой практически не определялась или была снижена до ½ калибровочного сигнала. Инцизура была слабо выражена, что говорит о снижении тонуса сосудистой стенки. Катакрота – выпуклая, а у большей части больных (64,6 – 73%), ее горб (дополнительные пресистолические зубцы) – выше вершины основной волны, что указывает на затруднения венозного оттока. Время распространения пульсовой волны увеличилось до 0,181сек (норма–0,157), что свидетельствует о снижении сосудистого тонуса. Время восходящей части реоволны, характеризующей состояние сосудистой стенки, было повышенным до 0,154 сек (норма – 0,1 сек). Это указывает на снижение эластичности сосудистой стенки, что подтверждается и увеличением показателя эластичности сосудов (артериального русла) – отношением времени медленного кровенаполнения к быстрому. Вышеуказанные изменения в сосудистом бассейне малого таза, с одной стороны, объясняются механическим сдавлением сосудов и органов малого таза опухолью матки. С другой стороны, это может быть связано с нарушением реологических свойств крови, которые имеются у больных миомой матки. После проведения курса ПА у женщин первой группы реопельвиограммы характеризовались регулярными симметричными пульсовыми волнами одинаковыми по форме и амплитуде; наклон подъема восходящей анакротической части умеренно крутой, вершина волны заострена, инцизура выражена ясно, нисходящая или катакротическая часть волны – пологая. Дикротическая волна выражена ясно, дополнительные волны на катакроте и анакроте, а также пресистолические волны отсутствуют. У женщин контрольной группы на реограммах отмечалось несколько дикротических волн, что указывает на неустойчивость сосудистого тонуса и имелись пресистолические волны, являющиеся показателем венозного застоя в сосудистом бассейне малого таза, также имелось увеличение времени восходящей части реоволны до 0,153.

Выводы: Проведение плазмафереза в раннем послеоперационном периоде способствует восстановлению перфузии органов малого таза у женщин после миомэктомии, благодаря реокорригирующему, детоксикационному и коагулокорригирующему эффектам, о чем свидетельствуют ранее проведенные исследования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОНАТОРА ОКСИДА АЗОТА (СИЛДЕНАФИЛА ЦИТРАТА) И ИНТЕНСИВНОЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Алиева К.У., Кузьмичев Л.Н., Смольникова В.Ю., Ипатова М.В., Микаелян В.Г.

(ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий». г. Москва, Россия)

Цель: оценить влияние интенсивной низкочастотной магнитотерапии и донатора оксида азота на параметры маточного кровотока и состояние эндометрия для оптимизации подготовки пациенток с ранее безуспешными исходами программы ЭКО.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 91 пациентка с трубно-перитонеальным бесплодием, имеющие не менее двух безуспешных попыток ЭКО и ПЭ в анамнезе при переносе в полость матки эмбрионов «хорошего» качества и нарушениями маточной гемодинамики, диагностированными при помощи цветового допплеровского картирования и допплерометрии сосудов матки. Методом случайной выборки пациентки разделены на три исследуемые группы: I – составили 32 женщины, воздействие на показатели кровотока и состояние эндометрия которым проводили при помощи интенсивной низкочастотной магнитотерапии; II – 29 женщин, получавших с той же целью донатор оксида азота; в III (сравнения) – 30 женщин, которым не проводили какой-либо дополнительной подготовительной терапии. При анализе клинико-анамнестических и лабораторных данных нами не выявлено статистически значимых различий в возрасте, длительности бесплодия и гормональных параметрах пациенток исследуемых групп.

Результаты и их обсуждение: мы оценили возможность интенсивной низкочастотной магнитотерапии с последующей стимуляцией суперовуляции в периоде последействия физического фактора в улучшении маточной гемодинамики и состояния эндометрия у пациенток I группы. Из получен-

ных данных следует, что снижение уголнезависимых показателей в бассейне маточных: IR в правой МА до-0,93 после-0,84*; IR в левой маточной артерии до-0,87 после-0,79* и аркуатных: PI до-2,4 после-1,6* артерий сразу после ПеМП НЧ явились достоверными, и свидетельствуют о повышении конечной диастолической скорости кровотока, снижении сосудистого сопротивления и увеличения тока крови по маточным сосудам. При этом улучшается доставка эстрадиола и прогестерона к органу-мишени, чем можно объяснить достоверное увеличение толщины эндометрия после проведенной терапии (до-8,1мм после-9,2*мм). У получавших донатор оксида азота в лечебном цикле ЭКО (II группа), в день переноса эмбрионов в полость матки нами отмечено достоверное снижение PI в маточных артериях (до-2,4 после-2,1*). При исследовании динамики изменения толщины эндометрия во II группе выявлено увеличение показателя (до-7,3мм после-8,6*мм), что, возможно, связано с эффектом выраженного кровенаполнения в маточных артериях. У пациенток III группы отмечены положительные изменения только на уровне аркуатных артерий, расположенных в периферическом слое миометрия, кровоток которых имел более низкий уровень резистентности, чем в сосудах крупного калибра. Снижение уголнезависимых индексов PI и IR связаны, по-видимому, только с действием эстрадиола на сосудистую стенку.

Сравнительные результаты допплерометрии сосудов матки в день переноса эмбрионов у пациенток исследуемых групп, выявили низкие индексы сосудистого сопротивления в группах, в которых проводилась дополнительная подготовительная терапия, при этом наиболее низкие значения данных показателей, затрагивающие все уровни измерения, и статистически отличимые от других групп, отмечены только у пациенток I группы с интенсивной низкочастотной магнитотерапией.

Согласно полученным результатам, наибольшая частота наступления беременности была отмечена в I исследуемой группе, где данный показатель составил 37,5%. Во II группе беременность наступила у 24,1% женщин. В III группе программа ЭКО успешно завершилась беременностью только в 17,3% случаев. Репродуктивные потери в I группе пациенток были наименьшими и составили 8,3% случаев, во II группе –14,3%, а в группе сравнения этот показатель был самый высокий и составил 20%.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что эффективность воздействия интенсивной низкочастотной магнитотерапии и силденафила цитрата на маточный кровоток и состояние эндометрия находятся в прямой зависимости с числом полученных беременностей и репродуктивных потерь в первом триместре. На основании комплексного обследования

пациенток, мы пришли к выводу, что результативность программы ЭКО у женщин с ранее неэффективными попытками зависит от оптимизации подготовительного этапа программы. Включение в комплекс лечебных мероприятий интенсивной низкочастотной магнитотерапии и донатора оксида азота показало целесообразность и эффективность использованных методов. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ CIN ШЕЙКИ МАТКИ

Аминодова И.П., Павлычева А.А., Чикина Е.В., Смирнова И.Л.
(ГУЗ Ивановский областной онкологический диспансер, Иваново, Россия)

Цель: сопоставить эффективность различных методов лечения CIN II-III шейки матки.

Материалы и методы исследования: проведено комплексное обследование и лечение 50 женщин с CIN шейки матки II-III степени в возрасте от 20 до 46 лет (средний возраст 33,3±2,7года). Всем пациенткам исходно были проведены кольпоскопия (КСК), цитологическое и морфологическое обследование, ПЦР-исследование на ВПЧ. Через 1 месяц после лечения проводились кольпоскопия и цитологическое исследование, через 2 месяца – кольпоскопия, цитологическое и ПЦР исследования, биопсия – по показаниям.

Пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от метода лечения:

1 группа – 15 женщин, которым проведено криолечение; 2 группа – 23 пациентки, у которых выполнена конизация шейки матки методом радиоволновой хирургии (РВХ); 3 группа – 12 женщин, пролеченных методом фотодинамической терапии (ФДТ).

Результаты и их обсуждение: В первой группе через 1 месяц после лечения у всех обследованных диагностированы признаки воспаления при КСК, у 12 пациенток отмечены выраженные воспалительные изменения при цитологическом исследовании, спустя 2 месяца после лечения у 5 женщин при цитологическом исследовании обнаружены атипические клетки (ASC-US по системе Бетесда), у 3 женщин при КСК отмечена ЙНЗ. При повторном гистологическом исследовании рецидив CIN II-III степени выявлен у 3 пациенток.

Во второй группе через 1 месяц при КСК у половины женщин отмечались явления перифокального воспаления в зоне операции, у 8 пациенток выяв-

лен воспалительный тип мазка при цитологическом исследовании. Спустя 2 месяца у 20 обследованных при кольпоскопии не выявлено патологических изменений, у 2 пациенток отмечена деформация шейки матки, у 1 женщины диагностирована лейкоплакия шейки матки. Цитологическое исследование у всех обследованных – без патологии.

В третьей группе спустя 1 месяц после проведения ФДТ при КСК отмечены гиперемия и полнокровие сосудов в зоне воздействия, активная краевая эпителизация. Цитологическое исследование во всех случаях без атипии. Через 2 месяца после лечения при КСК и цитологическом исследовании патологических изменений на шейке матки не выявлено ни у одной из пациенток.

У 33 женщин (66% группы) при первичном обследовании диагностировано инфицирование ВПЧ 16, 18 типов. В первой группе у 8 женщин, во второй у 17 обследованных, в третьей – у всех пациенток. Женщинам первой и второй группы дополнительно проведены противовирусная и иммунокорригирующая терапия. В случае применения фотодинамического лечения противовирусные препараты не назначались. После лечения в первой группе при повторном ПЦР-исследовании ВПЧ 16,18 типа выявлен у 8 женщин; элиминации возбудителя не отмечено ни у одной пациентки. Во второй группе повторный тест подтвердил наличие ВПЧ у 10 обследованных (более половины женщин). В третьей группе у всех пациенток получены отрицательные результаты ПЦР-исследования.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности радиоволновой хирургии и фотодинамической терапии в лечении CIN II-III степени шейки матки. Результаты исследования подтверждают данные литературы о том, что ФДТ обладает противовирусным эффектом.

СОСТОЯНИЕ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Амирасланова М.М., Мамедова Н.Ф.
(Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия)

Цель: изучить состояние андрогенного профиля у здоровых беременных.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование на наличие гиперандрогении 52 беременных в динамике беременности (4 нед. – 38 нед.). Средний возраст женщин составил 25,3±4 года. У всех пациенток отсутствовали клинические проявления гипеандрогении (нарушения менструального

цикла и снижение фертильности в анамнезе, гирсутизм, изменения телосложения, акне), а также угроза самопроизвольного выкидыша и/или преждевременных родов. В качестве маркёра гиперандрогении радиоиммунологическим методом определяли концентрацию в сыворотке крови

DHEA-S. Исследование проводили в динамике беременности с интервалом в 2 недели. Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа было установлено, что у 84% беременных независимо от сроков беременности концентрация DHEA-S в сыворотке крови существенно превышала уровень значений, принятых за нормативные показатели для беременных (норма 2,1 – 8,8 мкмоль/мл; 80 – 340 мкг%). Выявленные нами закономерности позволяют предположить высокую частоту гипердиагностики гиперандрогений во время беременности.

Выводы. Гипердиагностика гиперандрогении во время беременности вызывает необходимость пересмотра нормативных показателей андрогенного статуса беременных. Внедрение новых нормативных показателей в практику позволит скорегировать тактику лечения беременных с истиной гиперандрогенией.

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Аполихина И.А., Железнякова А.И., Белоусов Д.М.
(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова», Москва; Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия)

Цель: изучение возможности применения ультразвуковой допплерографии для оценки состояния кровоснабжения парауретральной области у женщин со стрессовым недержанием мочи.

Материалы и методы исследования. 30 женщинам, предъявляющим жалобы на недержание мочи при смехе, кашле, физической нагрузке проведена ультразвуковая допплерография уретры и парауретральной области влагалищным датчиком. Средний возраст пациенток составил 45,3 + 1,5 года (19 – 67 лет). 72% обследованных женщин находились в репродуктивном возрасте и допплерографическое исследование в этой группе женщин проводилось вместе с ультразвуковым в I фазе менструального цикла. Анализ

допплеровских кривых проводили на основании следующих параметров: васкуляризационно-поточного индекса, индекса резистентности и систоло-диастолического отношения в исследуемых сосудах.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование указывает на существенное нарушение кровотока в парауретральной зоне у обследованного контингента женщин. Наиболее частым изменением (45%) явилось ослабление или отсутствие сосудистых сигналов в исследуемой области. У 32% женщин не удалось зафиксировать диастолическую составляющую кровотока и как следствие определить систоло-диастолическое отношение. Также у большинства пациенток отмечена асимметрия и латерализация кровоснабжения, а при спектральном анализе выявлено преобладание венозного кровотока.

Среди факторов патогенеза стрессового недержания мочи неоспоримыми являются изменение везико-уретрального угла, сфинктерная недостаточность, нарушение топографо-анатомических отношений в малом тазу и сопутствующее им нарушение кровоснабжения органов малого таза, и в частности уретры и парауретральной области.

На сегодняшний день наиболее информативным и объективным методом оценки состояния микроциркуляции является ультразвуковая допплерография, успешно применяемая, в том числе и для оценки кровотока в стенке мочевого пузыря.

Выводы: Выявленные изменения кровоснабжения парауретральной зоны и области уретры свидетельствуют о возможном участии данных нарушений в патогенезе стрессового недержания мочи у женщин, требуют дальнейшего изучения и открывают новые возможности для поиска эффективных методов лечения, направленных на улучшение микроциркуляции в данных областях.

ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА PISQ – 12

Аполихина И.А., Саидова А.С., Кубицкая Ю.В.
(Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО врачей ММА им И.М. Сеченова, ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: провести сравнительную оценку сексуальных расстройств у женщин с опущением тазовых органов и/или недержанием мочи и у пациенток без данных заболеваний с помощью опросника Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISC – 12).

Материалы и методы. В условиях ФГУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» с сентября 2008 года по январь 2009 года нами опрошено 144 пациентки в возрасте 18 – 68 лет (средний возраст 39±0,9). Критериями включения в исследываемую группу явились: женщины с недержанием мочи и/или с опущением тазовых органов (n=68), а в контрольную группу пациентки без данных заболеваний (n=76).

PISQ – 12 – специфический и достоверный опросник, состоящий из трех разделов: поведенческо – эмоциональные характеристики, физические аспекты и вопросы, касающиеся взаимоотношений пациентки с партнером. Данный опросник может быть использован для гетеросексуально активных женщин с опущением тазовых органов и/или с недержанием мочи.

Результаты и их обсуждение. Анализируя данные опросника PISC – 12, отмечено достоверное изменение параметрических показателей в следующих пунктах:

1. Как часто Вы чувствуете сексуальное желание? Это понятие может включать желание сексуальной близости, планирование сексуальных контактов и т.д.:

«Часто» – исследуемая группа n=11, контрольная группа n=22 (p = 0,06);

2. Испытываете ли Вы сексуальное возбуждение во время сексуальной близости?

«Редко» – исследуемая группа n=8, контрольная группа n=3 (p = 0,08);

3. Страх потери мочи ограничивает Вашу сексуальную активность?

«Иногда» – исследуемая группа n=5, контрольная группа n=1 (p = 0,04);

4. Имеет ли Ваш партнер проблемы с эрекцией, которые отражаются на Вашей сексуальной жизни?

«иногда» – исследуемая группа n=11, контрольная группа n=4 (p = 0,08);

«никогда» – исследуемая группа n=42, контрольная группа n=60 (p = 0,02);

Выводы. Согласно полученными нами данным, у женщин с опущением тазовых органов и/или с недержанием мочи нарушения сексуальной функции (сексуальное желание и возбуждение, потеря мочи во время коитуса, снижение эрекции у партнера) встречаются чаще, чем у здоровых пациенток. Следовательно, опрос пациенток на основе опросника PISQ – 12 может помочь при первичном осмотре врача – практика обратить внимание на такую деликатную проблему, как сексуальная дисфункция женщин. Ранняя диагностика сексуальных расстройств и, соответственно, своевременное лечение улучшают половое влечение партнеров, душевное равновесие и репродуктивную функцию женщин.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аполихина И.А., Саидова А.С., Кубицкая Ю.В.
(Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО врачей ММА им И.М. Сеченова, ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: провести сравнительную оценку сексуальных расстройств у женщин с опущением тазовых органов и/или недержанием мочи и у пациенток без данных заболеваний с помощью опросника Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISC – 12).

Материалы и методы. В условиях ФГУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» с сентября 2008 года по январь 2009 года нами опрошено 144 пациентки в возрасте 18-68 лет (средний возраст 39±0,9). Критериями включения в исследуемую группу явились: женщины с недержанием мочи и/или с опущением тазовых органов (n=68), а в контрольную группу пациентки без данных заболеваний (n=76).

PISQ - 12 – специфический и достоверный опросник, состоящий из трех разделов: поведенческо-эмоциональные характеристики, физические аспекты и вопросы, касающиеся взаимоотношений пациентки с партнером. Данный опросник может быть использован для гетеросексуально активных женщин с опущением тазовых органов и/или с недержанием мочи.

Результаты и их обсуждение. Анализируя данные опросника PISC – 12, отмечено достоверное изменение параметрических показателей в следующих пунктах:

1. Как часто Вы чувствуете сексуальное желание? Это понятие может включать желание сексуальной близости, планирование сексуальных контактов и т.д.:

«Часто» – исследуемая группа n=11, контрольная группа n=22 (p = 0,06);

2. Испытываете ли Вы сексуальное возбуждение во время сексуальной близости?

«Редко» – исследуемая группа n=8, контрольная группа n=3 (p = 0,08);

3. Страх потери мочи ограничивает Вашу сексуальную активность?

«Иногда» – исследуемая группа n=5, контрольная группа n=1 (p = 0,04);

4. Имеет ли Ваш партнер проблемы с эрекцией, которые отражаются на Вашей сексуальной жизни?

«иногда» – исследуемая группа n=11, контрольная группа n=4 (p = 0,08);

«никогда» – исследуемая группа n=42, контрольная группа n=60 (p = 0,02);

Выводы. Согласно полученным нами данным, у женщин с опущением тазовых органов и/или с недержанием мочи нарушения сексуальной функции (сексуальное желание и возбуждение, потеря мочи во время коитуса, снижение эрекции у партнера) встречаются чаще, чем у здоровых пациенток. Следовательно, опрос пациенток на основе опросника PISQ – 12 может помочь при первичном осмотре врача – практика обратить внимание на такую деликатную проблему, как сексуальная дисфункция женщин. Ранняя диагностика сексуальных расстройств и, соответственно, своевременное лечение улучшают половое влечение партнеров, душевное равновесие и репродуктивную функцию женщин.

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА И СТРУКТУРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Бантьева М.Н.

(ФГУ ЦНИИ Информатизации и организации здравоохранения МЗ РФ, Москва, Россия)

Цель: изучить структуру амбулаторного приёма врача акушера-гинеколога по видам обращаемости, содержанию, временным затратам на выполнение отдельных элементов работы с последующей разработкой предложений по оптимизации организации работы данного специалиста с обоснованием норм нагрузки на врачебную должность в новых условиях.

Материалы и методы исследования: Исходным материалом для разработки явились результаты хронометражных замеров затрат времени на отдельные элементы работы врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме районного уровня, которое проводилось в течение 4-х равных периодов времени в разные сезоны года (около 700 посещений). В качестве баз исследования выбраны типичные районы Московской области, частота посещаемости врача акушера-гинеколога в них составила около 600 случаев на 1000 жителей в год.

Результаты и их обсуждение. Структура обращений к врачу акушеру-гинекологу следующая: заболевание – 20%, диспансеризация больных – 21%, беременность – 34%, диспансеризация здоровых – 6%, мед. осмотр – 12%, за справкой – 6%, другое – 2%.

Одной из задач исследования явилось изучение структуры деятельности врача акушера-гинеколога на приёме по элементам работы. Так, затраты времени на выполнение основной деятельности составляют 46%, тогда как выполнение необходимых дополнительных видов деятельности занимает 54% общего рабочего времени. Структура затрат времени на выполнение элементов основной деятельности представлена в таблице 1, на выполнение дополнительных видов деятельности – в таблице 2.

Таблица 1. Структура затрат времени на выполнение основной деятельности врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме (%)

Вид деятельности	Сбор анамнеза	Наружное обследование (мол. желёз, акушерское)	Гинекологическое исследование	Врачебные процедуры	Врачебные операции	Разъяснения назначений
Структура (%)	29	10	12	15	3	32

Таблица 2. Структура затрат времени на выполнение необходимой дополнительной деятельности врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме (%)

Вид деятельности	Работа с документацией	Личное необходимое время	Вспомогательная деятельность	Служебные разговоры	Прочая деятельность	Незагруженное время
Структура (%)	66	18	7	4	4	1

В структуре затрат времени на осуществление дополнительной деятельности врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме подавляющая часть представлена работой с документацией (66%).

Выводы. Таким образом, большая часть деятельности врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме связана с ведением беременных, а также первичной и вторичной профилактической работой. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что большая часть времени на приёме данного специалиста затрачивается на выполнение не основных, а дополнительных видов деятельности, где в структуре последней превалирует работа с документацией. Это позволяет рекомендовать широкое внедрение современных технологий (компьютеризацию) и другие организационные мероприятия, которые способствовали бы перераспределению временных затрат в пользу элементов основной деятельности, что приведёт к повыше-

нию качества оказания медицинской помощи. Дальнейший анализ данных с использованием экспертной оценки, позволит разработать оптимальную медико-организационную модель оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи населению, а также уточнить рекомендуемую нагрузку врача акушера-гинеколога на амбулаторном приёме и определить потребность населения во врачах данной специальности.

КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Баранов И.И.
(ФГУ «НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва,Россия)

Увеличение использования эффективных методов контрацепции для тех ВИЧ-инфицированных, кто не планирует беременность, экономически обосновано и является не менее важным, чем профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку. Вместе с тем, применение большинства методов контрацепции не гарантирует от заражения ИППП, в связи с чем особую актуальность приобретает идеология двойной защиты.

Кроме медицинских критериев приемлемости при выборе метода контрацепции необходимо также учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности пациентов. Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой пары и учитывать стадию ВИЧ-инфекции, лечение и образ жизни. Только сама женщина наилучшим образом может оценить, какие достоинства и недостатки могут иметь для нее предлагаемые методы.

Консультирование должно помочь женщинам, живущим с ВИЧ, принять решение, касающееся деторождения. Им необходима следующая информация: эффективность методов контрацепции для предупреждения беременности и передачи возбудителей ИППП; влияние прогрессирования ВИЧ-инфекции на здоровье; эффективность и доступность АРВ-препаратов; взаимодействие АРВ-препаратов и контрацептивов; риск передачи ВИЧ неинфицированному партнеру при попытке забеременеть; возможное влияние ВИЧ-инфекции на течение беременности; возможный риск пороков развития в связи с использованием некоторых АРВ-препаратов во время беременности.

Большинство методов контрацепции эффективны и безопасны как для женщин с бессимптомной ВИЧ-инфекцией, так и для женщин, у которых наблюдаются клинические проявления СПИДа. Однако при консультировании по вопросам планирования семьи необходимо уделить особое внима-

ние передаче ВИЧ и возбудителей других ИППП, так как предупреждение передачи возбудителей так же важно, как предупреждение беременности. Поскольку доказано, что презерватив является единственным методом контрацепции, который препятствует заражению и передаче ВИЧ/ИППП, работники служб планирования семьи должны настоятельно рекомендовать их использование.

Двойная защита – это одновременное предупреждение нежелательной беременности и передачи возбудителей ИППП, включая ВИЧ. Двойная защита подразумевает постоянное использование латексных презервативов (либо как самостоятельный метод, либо в сочетании с другим методом). Двойная защита может быть показана в тех случаях, когда необходимо компенсировать снижение эффективности гормональной контрацепции вследствие взаимодействия между АРТ и гормональными контрацептивами;

У женщин, нуждающихся в антиретровирусной терапии, необходимо учитывать взаимодействие АРВ-препаратов и стероидов, входящих в состав гормональных контрацептивов. АРВ-препараты, особенно некоторые ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы, могут либо снижать, либо повышать биодоступность стероидных гормонов. Эти лекарственные взаимодействия могут изменять безопасность и эффективность, как АРВ-препаратов, так и контрацептивов. Возможные взаимодействия АРВ-препаратов с КОК, а также предполагаемые изменения их активности необходимо принимать во внимание и обсуждать с пациентками.

В настоящее время разрабатываются микробициды, которые в перспективе смогут применяться для метода двойной защиты. Эти средства предупреждают заражение ВИЧ/ИППП. Они вводятся во влагалище перед половым актом и, следовательно, их применение может контролировать женщина. Некоторые из разрабатываемых препаратов предназначены как для защиты от наступления нежелательной беременности, так и от заражения ВИЧ/ИППП, другие — только для предупреждения инфекций. Однако, пока безопасность и эффективность подобных средств не будут доказаны клиническими испытаниями, их нельзя рекомендовать к применению.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕЗЕРВЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Беда Ю.В.
(Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия)

Цель: оценить возможности сохранения репродуктивного здоровья женщин в условиях современной демографической ситуации.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ артифициальных и непрогнозируемых репродуктивных потерь по данным управления здравоохранения и МСЧ №9 г.Перми за 2005-2007 гг.

Результаты и их обсуждение. За последние 3 года в г.Перми отмечена благоприятная тенденция снижения общего числа абортов с 53,8 до 36,8 на 1000 женщин фертильного возраста. Но, несмотря на то, что показатели прерывания беременности в группе юных женщин уменьшились на 40%, доля женщин, прерывающих первую беременность, увеличилась с 11,5% до 13,4%.

О степени нарушений женского репродуктивного здоровья косвенно можно судить по частоте самопроизвольных абортов, неразвивающихся беременностей, наличию медицинских показаний к прерыванию беременности в I и II триместре, течению беременности с угрозой прерывания. Прямыми показателями репродуктивного неблагополучия являются бесплодие и привычное невынашивание.

В г. Перми частота самопроизвольного прерывания беременности по статистическим данным последних лет имеет небольшую тенденцию к увеличению. В 2005 г. доля самопроизвольного аборта составляла 5,9% к общему числу абортов, в 2007 г – 9,0%. Такая же тенденция отмечена и в отношении внебольничного аборта – в течение последних лет рост от 7,3% до 9,8 %. Число женщин с бесплодием за 5 лет возросло с 203,9 до 262,0 (на 100 тыс. женщин фертильного возраста).

Число случаев неразвивающейся беременности по МСЧ №9, обслуживающей экологически неблагоприятный район, составляет ежегодно более 260, сохраняя долю госпитализаций на уровне 4,4-5,0%. По данным многочисленных исследований, и причиной и следствием таких потерь часто является хронический эндометрит.

Доля больных с угрожающим выкидышем за эти годы стабильно превышает 20,0%. При оценке анамнеза 95,1% из них имели искусственные аборты, каждая вторая – повторные, в 12,9% – с осложнениями, у 70,1% зарегистрированы различные гинекологические воспалительные заболевания. Предгравидарное обследование прошло только 5,6% женщин, предгравидарную подготовку – 4,4% (все в случаях привычного невынашивания).

Оценка возрастной структуры указывает на значимое число женщин с отягощенным анамнезом в основной репродуктивной группе (20-29 лет) – 79,5%.

Выводы. В оценке динамики репродуктивного процесса проблемы прерывания беременности имеют ведущее значение. С одной стороны частота искусственных абортов четко отражает тенденции репродуктивного поведения современных женщин, с другой стороны – показатели самопроизвольных потерь позволяют судить о состоянии здоровья женской популяции.

Положительно оценить работу женской консультации в программе «Планирования семьи» можно за счет снижения числа артифициальных абортов. Однако алгоритм реабилитационных мероприятий для женщин с самопроизвольными потерями беременности на амбулаторном этапе не отработан. Это связано с одной стороны с гетерогенностью данной группы пациенток и в связи с этим – сложностью для врача, с другой стороны – неполным представлением молодых женщин о возможных осложнениях.

Необходима дальнейшая концентрация работы амбулаторной службы на сохранение и контроль соматического и репродуктивного здоровья супружеской пары до зачатия, использование рациональной контрацепции, плановое предгравидарное обследование и подготовку к беременности.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВУШЕК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Белокриницкая Н.И.[1], Белокриницкая Т.Е.[1], Сутурина Л.В.[2]

([1] Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия. [2] Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: оценить гендерное поведение и гинекологическую заболеваемость девушек бурятской и русской национальностей, проживающих на территории Забайкалья.

Материалы и методы исследования. На первом этапе исследования проведен анонимный опрос девушек-студенток медицинской академии бурятской и русской национальностей в возрасте от 17 до 26 лет по специально разработанным анкетам, состоящим из 65 вопросов о возрасте, семейном положении, регулярности сексуальных контактов, способах контрацепции, репродуктивных планах и анамнезе. Статистической обработке было под-

вергнуто по 100 анкет, взятых из каждой группы девушек слепым способом, но сопоставимых по возрасту. На втором этапе исследования проведено гинекологическое обследование этих девушек в рамках ежегодного профилактического осмотра с заполнением формы 086-у.

Результаты и их обсуждение. Согласно нашим исследованиям, в возрасте 17-25 лет имеют сексуальные отношения 89% русских девушек и 68% девушек-буряток. Возраст сексуального дебюта у большинства девушек русской национальности пришёлся на 18 лет (52+2,6%), у буряток – на 20 лет (48+3,4%). Мотивы начала половой жизни в сравниваемых группах также имели существенные отличия и были более разнообразны у русских девушек: 47% – любовь; по 12% – любопытство или насилие; по 6% – стремление понравиться молодому человеку или алкогольное опьянение; 17% на этот вопрос ответить затруднились. Девушки-бурятки в 95% в качестве основного мотива назвали любовь; 4% – любопытство; 1% – алкогольное опьянение. На момент опроса замужем были 46% девушек-буряток и 34% русских, что соответственно составило 67,6% и 38,2% от числа сексуально активных. До вступления в брак не имели половых партнеров 18% девушек русской национальности и 36% – бурятской, по 1 половому партнеру было у 39% и 31% студенток соответственно, по 2 – у 23% и 19%, по 3 и более – у 20% и 14% соответственно. В брак никогда не вступали 22% девушек-буряток и 40% – русских (32,2% и 44,9% от числа сексуально активных соответственно). Все разведенные девушки были русской национальности – 3% (3,37% от числа сексуально активных). Роды в анамнезе имели 8% девушек русской национальности и 3% девушек-буряток, аборты 3% и 1% соответственно.

Структура гинекологических и заболеваний в сравниваемых группах была неодинакова. По частоте встречаемости у русских девушек преобладали хронические цервициты – 21%, хронические воспалительные заболевания труб и яичников – 6%, у девушек бурятской национальности эти заболевания встречались значительно реже: в 7% и 2% соответственно. Другие гинекологические нарушения зарегистрированы с одинаковой частотой: олигоаменореи – 3%, дисменореи – 5%, предменструальный синдром – 5%, доброкачественные опухоли яичников – 1%.

Выводы. На формирование поведенческих реакций индивида большое влияние оказывают национальные традиции, культура и религия.

Существуют этнические особенности гендерного поведения и гинекологической заболеваемости девушек, проживающих в Забайкалье. Девушки бурятской национальности характеризуются более поздним возрастом сексуального дебюта, более стабильными брачными отношениями, меньшим числом добрачных половых связей, родов и абортов. Ранние сексуальная

инициация и активность у девушек русской национальности, большее число половых партнеров и добрачных связей предопределили высокую частоту абортов, хронических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы.

ФЕРТИЛЬНОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Белокриницкая Н.И.[1], Белокриницкая Т.Е.[1], Сутурина Л.В.[2]

([1] Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия.
[2] Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: изучение статуса фертильности и репродуктивных установок девушек-студенток Забайкальского края.

Материалы и методы исследования. Проведено интервьюирование студенток 1-6 курсов Читинской медицинской академии в возрасте от 17 до 26 лет. Исследуемая группа сформирована методом сплошного отбора. Опрос проводился анонимно, методом самозаполнения специально разработанных анкет, состоящих из 65 вопросов о возрасте, семейном положении, регулярности сексуальных контактов, способах контрацепции, репродуктивных планах и анамнезе. Статистически обработано 474 пригодных для анализа анкеты: у студенток 1 курса – 76; 2 курса – 77; 3 курса – 68; 4 курса – 98; 5 курса – 57; 6 курса – 98.

Результаты и их обсуждение. Сексуально активные девушки составили 67,8% (n=322): 32,9% (n=25) на 1 курсе, 50,6% (n=39) – 2 курсе, 62% (n=42) – 3 курсе, 78,6% (n=77) – 4 курсе, 85,9% (n=49) – 5 курсе, 91,8% (n=90) – 6 курсе. Из них начали жить половой жизнью до 15 лет – 0,8% (n=4), в 15-17 лет – 18,1% (n=86), в 18-20 лет – 40,7% (n=193), в 21-25 лет – 8,2% (n=39), т.е. пик сексуального дебюта у студенток-медиков пришёлся на 18-20 лет (в целом у подростков Забайкалья составляет 16,2±0,5 лет). При первом в жизни половом акте 36,6% человек применяли презерватив, 3,3% – посткоитальные пилюли (постинор, эскапел), 1,2% – спермициды (фарматекс), 33,4% – не использовали средства контрацепции, остальные применяли прерванный половой акт, ритмический метод, спринцевание самостоятельно приготовленными растворами. Из 322 (67,8%) сексуально активных девушек в браке состояли 127 человек (39,4%), 188 (58,4%) – были не замужем, 7 (2,2%) – разведены.

Оптимальным возрастом вступления в брак и деторождения все студентки считают 20-24 года. Имели беременности 8% (2) студенток 1 курса, 15,4% (6) – 2 курса, 16,7% (7) – 3 курса, 20,8% (16) – 4 курса, 22,5% (11) – 5 курса, 29,6% (29) – 6 курса. В среднем на одну сексуально активную девушку пришлось 0,31 беременностей: 0,11 – родов; 0,18 – медицинских абортов; 0,02 – самопроизвольных выкидыша. В будущем большинство девушек планируют иметь двух детей – 67,9% (n=322), одного ребёнка – 21,5% (n=102), троих – 8,2% (n=39), ни одного – 2,4% (n=11).

При оценке статуса фертильности по критериям ВОЗ (стандартизованный протокол ВОЗ №88093) 5,6% сексуально активных студенток отнесено к группе фертильных (женщины, имевшие беременность в течение текущего года или продолжающие сохранять беременность в данное время); 8,8% были предполагаемо фертильные (женщины, имевшие в анамнезе беременность более 1 года назад); 8,4% – первично бесплодные (женщины, в анамнезе которых не было беременности, несмотря на регулярные половые контакты в течение года при условии отсутствия использования методов контрацепции); 2,5% – вторично бесплодные (бесплодные женщины с наличием беременности в анамнезе); 74,7% – с неизвестной фертильностью (женщины с отсутствием беременности в анамнезе вследствие использования методов контрацепции, и/или при условии нерегулярных половых контактов). Число фертильных и предполагаемо фертильных студенток от 1-го к 6-му курсам возросло в 7 раз; количество первично бесплодных уменьшилось в 3 раза, а девушек с неизвестной фертильностью – в 1,5 раза; частота вторичного бесплодия была относительно стабильной – 2,2-3%.

Выводы. Гендерное поведение девушек-студенток социально детерминировано и характеризуется относительно поздним сексуальным дебютом (18-20 лет), низкой частотой регулярного использования современных надёжных методов контрацепции, планированием в будущем малодетной семьи. От 1-го к 6-му курсам показатель фертильности студенток возрастает в 7 раз, первичного бесплодия снижается в 3 раза, частота вторичного бесплодия относительно стабильна 2,6+0,4%.

ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ У БЕРЕМЕННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бериханова Р.Р., Хрипунова Г.И., Молчанова Л.Г., Шляхова И.Ю., Шипилова.Л.М.

(ГОУ ВПО « Саратовский государственный медицинский университет» Саратов,Россия)

Цель: изучить особенности состояния околоплодной среды беременных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования: проведены клинические наблюдения за течением беременности у 277 женщин. Выделены три группы наблюдения (основная, первая группа сравнения, вторая группа сравнения). Основная группа состояла из 102 беременных, страдающих метаболическим синдромом, которым проведено превентивное лечение. Первая группа сравнения включала 93 беременных, имеющих метаболический синдром, у которых лечение не проводилось. Вторая группа сравнения состояла из 82 беременных, не страдающих метаболическим синдромом. Оценка состояния околоплодной среды производилась методом объективного обследования беременной, подтверждалось данными ультразвукового исследовании (аппарат «Voluson 730 pro», Австрия) путем подсчета индекса амниотической жидкости, который вычисляется, как сумма вертикальных карманов амниотической жидкости в четырёх (двух верхних и двух нижних) квадрантах живота беременной. В сроки 20-24 недели – в двух нижних квадрантах. ИАЖ выражается в сантиметрах с нормальными значениями 5-25 см.

Результаты и их обсуждение. У беременных с метаболическим синдромом выявлена тенденция к развитию многоводия в большей степени, чем маловодия. ИППП были выявлены у 21 (20,6%) беременных основной группы, у 20 (21,5%)- первой группы сравнения и у 17 (20,7%)- второй группы сравнения. Причем у пациенток основной группы патология околоплодной среды встречалась значительно реже, чем у пациенток первой группы сравнения. Так, в основной группе многоводие встречалось у 11 (10,8%) беременных, маловодие- у 2 (2,0%) беременных, в первой группе сравнения многоводие отмечалось у 17 (18,3%) беременных, маловодие- у 4 (4,3%) беременных. Таким образом, патология околоплодной среды отмечена нами в первой группе сравнения в 22,6%, что примерно в 2 раза больше, чем в основной группе- 12,7%, причем многоводие на 10,5%, маловодие на 2,3% чаще отмечалось в первой группе сравнения, чем в основной группе.. Во второй группе

сравнения в 100% случаев количество околоплодных вод соответствовало норме.

Выводы: Беременность, роды и ранний послеродовый период у женщин с метаболическим синдромом протекают с большим числом осложнений. Превентивные мероприятия позволяют значительно снизить частоту возникновения патологии околоплодной среды у беременных с метаболическим синдромом, что благоприятно отражается на течении и исходе беременности и родов для матери и плода.

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ СОГЛАСНО РЕАЛИЗАЦИИ ЕЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Биличенко Е.Н., Крутова В.А.

(Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Россия)

Цель: изучение взаимосвязи гендерной самооценки и самоактуализации личности женщин, находящихся в различных жизненных ситуациях: в ситуации материнства и в ситуации бесплодия.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 30 бесплодных женщин и 20-имеющих детей. Использовались эмпирические методы: САТ (модифицированный вариант опросника личностных ориентаций Э. Шострома); методика Будасси; методика «Уровень соотношения ценности и доступности» (УСЦД); «Незаконченные предложения»; проективное сочинение «Я – женщина».

Результаты и их обсуждение. Обе группы сходны по данным опросника «САТ»: особенности самоактуализации: незрелость и несамостоятельность личности (ориентация на поддержку), определенный консерватизм или следование традиции, специфическое отношение к контактам и сотрудничеству, подавление эмоциональной сферы, то есть ориентация на «терпение», стремление «быть хорошей, доброй, мягкой». Анализ результатов по методике «УСЦД» показал, что бесплодные женщины в настоящий момент выделяют три актуальных для них ценности: счастливая семейная жизнь, здоровье, любовь; тогда как женщины, имеющие детей, определяют ведущими ценностями только счастливую семейную жизнь и любовь. В состоянии внутреннего конфликта для обеих групп респонденток находится ценность здоровья. Состояние внутреннего конфликта – это, прежде всего состоя-

ние «разрыва» в системе «сознание-бытие», а именно расхождение между потребностью в достижении внутренне значимых ценностных объектов и возможностью такого достижения в реальности. Таким образом, ценность категории «здоровье» очень высока (так у бесплодных это одна из наиболее актуальных ценностей), а способов и возможностей ее реализовать и поддержать мало. Особенности гендерной самооценки изучались с помощью методики Будасси. Фертильные женщины, имеют о себе более стереотипное представление, чем бесплодные, и меньше описывают себя через негативные характеристики. Различия в характеристиках выглядят следующим образом: бесплодные женщины основными своими качествами чаще всего называли: женственность, целеустремленность и ответственность, а женщины, имеющие детей, чаще приписывают себе такие качества, как красивая, любящая (мужа, ребенка, близких), хозяйственная. Сформулирован вывод: для бесплодных женщин характерна ситуация: «Чем лучше я думаю о себе, как о женщине, тем труднее мне принимать все свои недостатки», а для женщин, имеющих детей – «Чем выше я ценю себя как о женщину, тем легче мне принимать свои достоинства и недостатки, но я реже выбираю ценности, присущие самоактуализирующимся людям и хуже думаю об окружающих меня людях, а так же реже воспринимаю мир как целостный образ». Для выявления особенностей психологических переживаний у женщин нами был проведен анализ блока незаконченных предложений, связанных с самоотношением. Инфертильные женщины определяют одним из основных критериев счастья рождение ребенка. Их основные желания связаны с достижением личного благополучия. Основными скрытыми желаниями они называют стремление к материнству (при этом только 23% респонденток верят в то, что они способны стать матерями), благоустроенность жизни, проявление своих способностей в профессии и творчестве, т.е. ищут способы подтвердить свою значимость и состоятельность как личности в обход выполнения родительской функции. Основные страхи связаны с невозможностью добиться поставленной цели и с нарушениями здоровья. В их жизни присутствует стремление избавиться от негативных эмоций, переживаний, связанных с давлением со стороны. При этом в случае возникновения трудностей или опасностей только треть этих респонденток готова выступать в субъектной позиции, предпринимать что-либо для предложения трудностей. Чувство вины в большинстве случаев инфертильные женщины испытывают за равнодушное отношение к здоровью, а также за обман и обиды, причиненные ими окружающим. Своими слабостями чаще всего инфертильные женщины называют страхи, сомнения, неуверенность в себе, а так же высокий уровень доверия к окружающим. Женщины, имею-

щие детей, в свою очередь в качестве критерия счастья выделяют обретение душевного спокойствия, нарушение которого связано с личными переживаниями и конфликтами с близкими людьми. Эта группа респонденток в большей степени ориентирована на отношения с окружающими и на заботу об окружающих, что можно подтвердить распределением количества желаний о себе (50%) и о других (39%) в ответах, материальное благополучие, позволяющее путешествовать, заниматься бизнесом, т.е. реализовываться вне семьи, определяется ими как скрытое желание, что, возможно, говорит о стремлении реализоваться в сферах, не связанных с семьей. Основными своими страхами фертильные женщины называют боязнь высоты и возможность брать на себя ответственность, при этом избавиться они хотели от всех опасений связанных со своей семьей. Единственные поступки, которые готовы представить как вызывающие чувство вины для этих женщин – это совершенный ими обман, в остальных случаях респондентки либо не готовы говорить о том, за что они чувствуют себя виноватыми, либо вообще не признают за собой таких поступков. Женщины, имеющие детей верят в свои возможности реализоваться в профессиональной сфере, а наибольшими своими слабостями неумение регулировать свои эмоции.

Выводы. Можно говорить о существовании различий в гендерной самооценке и самоактуализации у женщин, находящихся в различных жизненных ситуациях: ситуации материнства и ситуации бесплодия.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Шевченко Н.А., Миллер А.П., КасьяноваГ.В., Караченцева И.В.

(Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва,Россия)

Цель: изучить исходы органсохраняющих методов лечения больных субмукозной миомой – электрохирургической миомрезекции и эмболизации маточных артерий (ЭМА) с целью сохранения репродуктивной функции, снижения частоты и тяжести осложнений.

Материал и методы исследования: в период 2001-2008гг обследовано 306 пациенток с субмукозной миомой матки в репродуктивном и пременопаузальном периодах, средний возраст больных составил 43+3,7года. Размеры матки варьировали от нормальных до 16 недель беременности, у каждой третьей больной миома матки была множественной. Размеры субмукозных

узлов варьировали от 1,5 до 16см, их количество от 1 до 3. Сочетанная патология эндо- и миометрия выявлялась у 106 пациенток: аденомиоз (69), железистая гиперплазия и полипы эндометрия(45). У всех больных было нарушение менструального цикла-меноторрагии, анемия в анамнезе или на момент обследования.

Электрохирургическая биполярная миомрезекция была произведена 162 пациенткам, ЭМА 144, при отсутствии условий для миомрезекции, сочетании интерстициальной и субмукозной локализации узлов. Больным, заинтересованным в сохранении репродуктивной функции(72) осуществляли ЭМА или изолированную миомрезекцию, остальным, заинтересованным в сохранении матки(234) при сочетанной патологии эндо- и мометрия миомрезекцию сочетали с тотальной абляцией(32), либо на втором этапе лечения после момрезекции назначали прогестины.

Результаты и их обсуждение: Консервативная миомэктомия одного узла была выполнена у 154 пациенток (у 5 из них в 2 этапа), у 8 больных в пременопаузе удаляли от 2 до 3 узлов одномоментно. Длительность операции варьировала от 15 до 80 минут. Ни в одном наблюдении не было интраоперационных и водно-электролитных осложнений, послеоперационный период у всех протекал гладко. У всех больных менструальная функция нормализовалась к 6-му месяцу после операции. Через 1-3 года у 6 больных с аденомиозом возник рецидив меноррагии, у 15 пациенток рецидив миомы матки – при эхографии визуализировались вновь возникшие интерстициальные и субмукозные узлы миомы. При гидросонографии, выполненной через 6-12 месяцев после миомрезекции при заинтересованности в наступлении беременности только у 1 из 18 больных были выявлены синехии, которые были рассечены при гистероскопии. Беременность самопроизвольно наступила у 3 женщин, у 2 она закончилась срочными родами, у 1- замершая беременность в сроке 5 недель.

Интра- и послеоперационных осложнений при ЭМА не отмечено ни у одной больной, в послеоперационном периоде постэмболизационный синдром был умеренно и незначительно выражен. Уменьшение матки, объема узла и его центрипетальная миграция происходили на протяжении года, но максимально были выражены в первые 3 месяца после ЭМА. В течение первого года самопроизвольная экспульсия узла произошла у 19 больных, миолизис и выделение детрита у 25, межмышечная миграция у 9, остальным произведена миомэктомия (механическая или электрохирургическая). Рецидива маточных кровотечений не было ни у одной больной. Беременность возникла у 8 пациенток, из них у 6 она закончилась родами, у 1 самопроизвольным выкидышем, у 1 абортом.

Выводы. Современные методы лечения больных субмукозной миомой матки позволяют купировать кровотечение и сохранить матку у всех заинтересованных пациенток. При наличии условий целесообразно выполнять трансцервикальную миомэктомию (механическую, электрохирургическую), при невозможности трансцервикальной миомэктомии и миомрезекции применяют другие методы лечения, методом выбора при этом является ЭМА, которая предотвращает возникновение новых узлов миомы.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Буртушкина Н.К., Куперт А.Ф., Кокунова Е.Г.
(Иркутский медицинский университет, Иркутск, Россия)

Цель: изучить частоту сочетания урогенитальных инфекций с изучаемой патологией шейки матки.

Материалы и методы исследования: для достижения поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 136 женщин репродуктивного возраста с доброкачественными заболеваниями шейки матки. Обследование и лечение проводилось на базе женской консультации ГКБ №8 г.Иркутска согласно общепринятой методике, которая включала в себя гинекологический осмотр, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и влагалища, кольпоскопию, онкоцитологию, обследование на ИППП, гистологическое исследование биоптатов шейки матки. Лечение проводилось на аппарате «Сургитрон» американской фирмы Ellman International с помощью высокочастотных волн (3,8МГЦ).

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток колебался от 18 до 44 лет, и в среднем составил 27±5,5 лет. На основании расширенной кольпоскопии, цитологического и гистологического исследований у наблюдавшихся больных выявлены следующие заболевания: хронический цервицит у 59% пациенток, лейкоплакия шейки матки у 54,4%, дисплазия шейки матки у 12,5%, эрозированный эктропион у 17% женщин.

Пациенткам проводилось определение ИППП при помощи иммуно – биологических и молекулярно-биологических методов диагностики. При исследовании хламидиоз был диагностирован у 9 пациенток (9,2%), из них

у 6 (78%)больных с лейкоплакией и эктопией, у 2(25%) с лейкоплакией и 5 (22%)с хроническим цервицитом и эктопией. Уреаплазмо-микоплазменная инфекция выявлена у 29 больных (30%), из них с хроническим цервицитом и эктопией – 16 (55%), лейкоплакией шейки матки и эктопией – 10(34,5%), лейкоплакией -1 (4%), 2 (7%) дисплазией в сочетании с эктопией. Из вирусной инфекции наиболее часто выявлялся ВПГ 2 типа 83 (84%) и ВПЧ у 17(55%). Из них у 16 (94%) больных ВПЧ выявлен при лейкоплакии, которая у 4 пациенток сочеталась с дисплазией и в одном случае выявлена дисплазия умеренной степени. Следует отметить, что у всех пациенток инфицированных ВПЧ патология шейки матки сочеталась с эктопией цилиндрического эпителия.

Урогенитальная инфекция выявлена у 79% пациенток с лейкоплакией, дисплазией шейки матки и хроническим цервицитом, развившихся на фоне эктопически расположенного цилиндрического эпителия. Следует отметить, что длительность эктопии шейки матки в среднем составляла 5 лет. Учитывая, что в анамнезе пациенток выявлено длительное наблюдение неосложненной эктопии шейки матки, можно предположить, что последняя является «входными воротами» для инфекции.

Выводы. Наличие патологически измененного эпителия шейки матки приводит к нарушению физиологического барьера, который обеспечивает инфекционную резистентность генитального тракта.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой частоте сочетания урогенитальной инфекции с патологией шейки матки. Наиболее часто инфекции передаваемые половым путем выявляются при заболеваниях шейки матки, развившихся на фоне эктопии.

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГОВОГО HLA-ТИПИРОВАНИЯ У БЕСПЛОДНЫХ ПАР

Велиева Э.Э., Смольникова В.Ю., Сухих Г.Т., Кузьмичев Л.Н.
(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: изучение целесообразности скринингового HLA-типирования у бесплодных пар перед проведением программы ЭКО и определение особенностей HLA-фенотипа у пар с неудачными попытками в анамнезе.

Материалы и методы исследования. Проводилось HLA-типирование 61 супружеской пары с бесплодием. Средний возраст женщин составил 33.69+0.7 года, длительность бесплодия от 3.1+ 2.2 года, количество предыдущих безуспешных попыток ЭКО в среднем 1.26+0.32.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте совместимости бесплодных супружеских по HLA-антигенам. Мы выявили совпадение по 2 – м локусам HLA – антигенов у 8-ми супружеских пар (13.1%), по 3- м локусам у 23 супружеских пар (37.7%), по 4 антигенам у 12 супружеских пар (19.8%), совпадение по 5 антигенам у 2-х супружеских пар (3.3%), по 6 антигенам у 1 супружеской пары – (1.6%). Из обследованных супружеских пар у 18.0 % не было выявлено совместимости по HLA-антигенам в 1 и 2 классе.

Кроме того, была выявлена высокая частота совместимости у бесплодных пар по локусам HLA-DQ,HLA-DR HLA-A,HLA-B.

Выводы. Неудачи при применении ВРТ бывают обусловлены многими причинами, одной из которых, возможно является гистосовместимость по HLA- антигенам супружеских пар, нуждающихся в проведении программы ЭКО и ПЭ. Определение HLA- совместимости не является обязательным при предварительном обследовании у бесплодных пар и обычно проводится после 2 и более неудачных попыток ЭКО.

На данном этапе проводимой работы нам представляется целесообразным скрининговое исследование на HLA-совместимость супружеских пар с бесплодием и при необходимости предварительная подготовка к программе ЭКО и ПЭ с использованием иммуноцитотерапии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

Верясов В., Роговская С., Сухих Г.
(ФГУ «НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оценка уровня локальной продукции цитокинов в слизистой оболочке шейки матки у женщин с ПВИ, а также его изменений в результате проведения локальной иммунотерапии b-интерфероном.

Материалы и методы исследования: 22 ВПЧ-положительные пациентки с выраженной клинической манифестацией ПВИ (LSIL по данным Пап-теста -1 группа). В контрольной группе были включены 14 женщин, не инфицированных ВПЧ, сопоставимым по основным параметрам.

Иммуноферментным методом оценивали количество провоспалительного цитокина ФНО-альфа и противовоспалительного цитокина ИЛ-10 в цервикальной слизи (в пг / мл). Всем пациенткам 1 группы был рекомендован b-интерферон по 1 млн в день внутривлагалищно в течение 10 дней.

Результаты и их обсуждение. Отмечено достоверное повышение уровня локальной продукции ФНО-альфа в группе ВПЧ- положительных женщин по сравнению с ВПЧ-негативными (соответственно, 108.5±9.4 и 57.5±6.2, $p<0.005$). В то же время, количество ИЛ-10 в цервикальной слизи больных было достоверно ниже, чем в control group (35.0±4.4 и 67.5±4.9, $p<0.002$).. Наблюдение за пациентками в течение 3-х месяцев после терапии показало, что локальное применение b-интерферон привело к улучшению клинической картины заболевания у 11 (50%) больных (уменьшение интенсивности и размеров зоны ацетобелого эпителия).

У 10 из 22 пациенток уровень цитокинов был исследован повторно, в среднем, через 3 месяца после проведения терапии. Анализ показал, что b-интерферона в большинстве случаев (8 из 10) оказывал модулирующее воздействие на иммунокомпетентные клетки. Количество ИЛ-10 возросло (до 61.3±13.3, $p=0.08$), количество ФНО-альфа достоверно снизилось (до 60.6±7.2, $p<0.01$), что практически соответствовало уровню цитокинов в контрольной группе. В результате соотношение уровня продукции ключевых провоспалительного и противовоспалительного цитокинов (ФНО-альфа / ИЛ-10) достоверно уменьшилось от 3.1±0.8 до 1.0±0.5 ($p<0.01$).

Уровень цитокинов через 3 месяца был исследован также у 9 пациенток контрольной группы. Достоверных изменений в их динамике обнаружено не было.

Выводы. Активное течение ПВИ характеризуется выраженным "провоспалительным" характером локальной продукции цитокинов, о чем свидетельствует повышенная продукция ФНО-альфа. Применение b-интерферона приводило в половине случаев к улучшению клинического состояния пациенток, что сопровождалось изменением характера экспрессии генов цитокинов на соответствующий норме "противовоспалительный", для которого является типичным высокий уровень продукции иммуносупрессора ИЛ-10 – ингибитора синтеза ФНО-альфа и других цитокинов провоспалительного ряда.

ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ A.VAGINAE У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Ворошилина Е.С., Кротова А.А, Плотко Е.Э., Хаютин Л.В.
(Медицинский центр «Гармония», ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург, Россия)

Цель: изучение биоценоза влагалища у беременных женщин с оценкой количества A.vaginae в исследуемых образцах.

Материалы и Методы исследования. Нами были обследованы 213 беременных женщин (возраст 18–46 лет), которые наблюдались в Медицинском центре «Гармония» (г.Екатеринбург). Срок беременности на момент обследования 4–34 недели. Контрольную группу составили 422 небеременные женщины.

Оценка биоценоза влагалища и выявление A.vaginae производили методом количественной ПЦР в реальном времени (тест-система Фемофлор-16, НПФ «ДНК-технология», Москва).

Результаты и их обсуждение. Анаэробный дисбаланс (резкое увеличение анаэробной микрофлоры при снижении или отсутствии нормофлоры) был достоверно чаще выявлен у небеременных женщин – 15,4%, у беременных – 9,8%. Выявление анаэробного дисбаланса в количественной ПЦР позволяет в сочетании с другими клинико-лабораторными данными установить диагноз бактериального вагиноза. A.vaginae при анаэробном дисбалансе в диагностическом титре был обнаружен у 66,6% беременных и 32,3% небеременных женщин. У 15,4% беременных и 11,6% небеременных был выявлен умеренный анаэробный дисбаланс (обнаружены анаэробные микроорганизмы в диагностически значимых количествах на фоне сохраненной нормофлоры). A.vaginae обнаруживали у этих групп значительно реже: у 12,1 % беременных и 10,2% небеременных.

A.vaginae в диагностическом титре был выявлен у 8,4% беременных и 6,1% небеременных женщин. Хотя бактриальный вагиноз достоверно чаще был выявлен у небеременнхых женщин, у беременных в 66,6% случаев заболевание было ассоциировано с A.vaginae, что превышало аналогичный показатель для группы небеременных в 2 раза.

В большинстве случаев развитие инфекционных осложнений во время беременности связано с активацией микроорганизмов, входящих в состав нормального биоценоза влагалища. В течение беременности происходят изменения в составе микробиоценоза влагалища, которые в норме направлены на усиление колонизации вагинального эпителия лактобактериями

и, как следствие, повышение неспецифической резистентности слизистой влагалища. Однако у части беременных наблюдается подавление нормальной лактофлоры с активацией условно-патогенных анаэробных бактерий, входящих в состав влагалищной микробиоты, что выражается в развитии бактериального вагиноза. Среди микробов, участвующих в формировании бактериального вагиноза, наибольшую проблему с точки зрения диагностики и лечения представляет A.vaginae. Этот возбудитель устойчив к метронидазолу, что создает сложности в подборе терапии. A.vaginae не может быть выявлен при микроскопии в силу выраженного полиморфизма и не поддается культивированию на искусственных питательных средах. Единственный доступный метод выявления этого микроорганизма – молекулярно-биологический, т.е. ПЦР. Однако использование ПЦР в качественном варианте может вызвать сложности в интерпретации результатов, так как A.vaginae, как и другие условно-патогенные микроорганизмы, может находиться во влагалище клинически здоровой женщины.

Выводы. Таким образом, комплексное исследование биоценоза влагалища у беременных женщин позволяет своевременно выявить A.vaginae, назначить адекватное лечение и предупреждать развитие хронических рецидивирующих случаев бактериального вагиноза.

ОПЫТ ДОЛЕЧИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «МОЖАЙСКИЙ» ПРИ СПЕЦСТРОЕ РОССИИ

Гимадиева С.Р., Котков А.Г.
(Самарский филиал ФГУП Санаторий «Можайский» при Спецстрое России, Самара, Россия)

Цель: разработка новых организационных принципов оздоровления беременных женщин в условиях местных санаторно–курортных учреждений.

Приоритетной задачей в области охраны репродуктивного здоровья населения является создание условий для рождения здоровых детей, сохранение и укрепление здоровья женщины.

Материалы и Методы исследования: несмотря на активно проводимые лечебно–профилактические мероприятия анемия, невынашивание беременности, гестозы, заболевания мочеполовой системы в структуре заболеваемости беременных женщин не имеют тенденции к снижению. В соответствии с Постановлением правительства РФ от 21.04.2001г. №309 и с целью создания

благоприятных условий для охраны и укрепления здоровья матери, рождения здоровых детей в санатории «Можайский» с 1 апреля 2006 года организовано отделение на 20 коек для долечивания беременных женщин. Принимаются женщины групп риска не ранее 12–14 дней с момента госпитализации в стационар со сроком беременности от 12 до 32 недель, включая период пребывания в санатории. Путевки выдаются сроком пребывания 21 день. В отделении долечивания беременных женщин созданы благоприятные условия проживания: двухместные палаты, 5 – разовое питание, диетотерапия по профилю заболевания. В лечебно-оздоровительный комплекс включены: климатотерапия; аэро-гелиотерапия; дозированная ходьба; прогулки до 4 часов в день в медленном режиме в лесо–парковой зоне; УФО по показаниям; аутогенная тренировка; лечебная физкультура; психотерапия; плавание в бассейне; щадящий ручной массаж воротниковой зоны; дарсонвализация волосистой части головы; ингаляции; фитотерапия; минеральная вода «Студеная»; витаминотерапия; лечение фето–плацентарной недостаточности, анемии.

С июня 2007 года организована школа молодой матери. Занятия проводятся один раз в неделю по программе: гигиена беременных (психология родов, методы обезболивания, влияние родов на ребенка, грудное вскармливание); гигиена послеродового периода; контрацепция. В отделении долечивания с беременными женщинами работают опытные врачи: акушер–гинеколог; кардиолог; невролог; физиотерапевт; стоматолог (по показаниям). Круглосуточно работает пост медицинской сестры, имеется биохимическая лаборатория.

Результаты и их обсуждение: с апреля 2006 года по 31 декабря 2008 года в отделении долечивания прошли оздоровление 345 беременных женщин. Из них 10,8% со сроком беременности до 15 недель, 89,2% – от 15 до 32 недель. Структура заболеваемости направленных на долечивание беременных женщин: угрожаемые по невынашиванию беременности–39,1%; анемия – 26,8%; фето–плацентарная недостаточность – 16,8%; гестозы–7,3%; заболевания мочеполовой системы – 4,4%; нейро–циркуляторная дистония – 4,4%; дефицит массы тела – 1,2%.

Полный курс лечения получили 98,3% беременных. Реэвакуированы в стационар 6 беременных женщин, из них 4 – угроза прерывания беременности, 1–гестационный пиелонефрит, 1 – артериальная гипертензия. 98,3% беременных выписаны с улучшением лабораторных, функциональных показателей и общего состояния.

Выводы: в долечивании беременных женщин санаторно–курортные факторы способствуют укреплению здоровья женщин, снижению психических и эмоциональных напряжений, стимуляции адаптационного потенциала организма и создают благоприятные условия для рождения здоровых детей.

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ПРОГЕСТЕРОНУ В КЛИНИКЕ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Гладкова К.А., Менжинская И.В.
(ФГУ " НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий", Москва, Россия)

Цель: оптимизация тактики предгестационной подготовки и ведения беременности у пациенток с привычной потерей беременности и сенсибилизацией к прогестерону.

Материалы и Методы исследования: у 260 женщин с привычной потерей беременности было проведено определение антител к прогестерону методом иммуноферментного анализа. Проведен сравнительный анализ результатов клинико-лабораторного обследования и течения беременности, а также оценка эффективности проводимой терапии у 57 женщин с привычной потерей беременности и сенсибилизацией к прогестерону. Группу сравнения составили 37 женщин с привычным невынашиванием беременности без антител к прогестерону.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного обследования сенсибилизация к прогестерону выявлена у 42% женщин. Анализ клинической характеристики пациенток с сенсибилизацией к прогестерону показал, что антитела к прогестерону чаще всего выявляются у женщин с другими аутоиммунными нарушениями. Аутоиммунные заболевания диагностированы у 25% женщин с антителами к прогестерону ($p<0,001$). При сравнительном анализе гинекологической заболеваемости у женщин с аутосенсибилизацией к прогестерону выявлены более высокий процент дисменореи и гипоплазии эндометрия, 61,5% и 55,8%, по сравнению с аналогичными показателями в группе сравнения 35,1% ($p<0,05$) и 8% ($p<0,001$). При сенсибилизации к прогестерону отмечалось повышение содержания в периферической крови лимфоцитов с фенотипом CD19+5+ в 42% случаев ($p<0,05$), что свидетельствует об активации антителообразования. Доказательством системной аутоиммунной активности является выявление у пациенток с антителами к прогестерону аутосенсибилизации к ХГЧ в 53,8% случаев, АФА в 55,8%, антител к аннексину у 9,5% и антител к β2-гликопротеину-I у 15,4% женщин. В группе сравнения аутосенсибилизация к ХГЧ диагностирована в 21,6% случаев, АФА в 18,9%, антитела к аннексину выявлены у 2,7% и антитела к β2-гликопротеину-I у 8,1% женщин ($p<0,05$).

Анализ течения беременности пациенток с сенсибилизацией к прогестерону показал, что наиболее характерным осложнением беременности явля-

ется гипоплазия хориона в I триместре беременности, которая составила 33% и в дальнейшем определяла формирование плацентарной недостаточности в 19,2% случаев ($p<0,001$ и $p<0,05$). В группе сравнения гипоплазия хориона диагностирована в 2,7% случаев, плацентарная недостаточность в 10,8% наблюдений.

Предгестационная подготовка и терапия во время беременности включала в себя: применение гестагенового ряда; нормализацию параметров иммунного и интерферонового статусов; использование глюкокортикоидных препаратов; терапию иммуноглобулином; профилактику и лечение плацентарной недостаточности. В нашем исследовании в 92% наблюдений беременность завершилась рождением жизнеспособных детей. Репродуктивные потери составили в основной группе 7,6%, в группе сравнения 8,1%.

Выводы: проведенное исследование позволяет раскрыть определенные составляющие патогенеза сенсибилизации к прогестерону, способствуя оптимизации принципов подготовки и ведения беременности. Диагностические и лечебно-профилактические мероприятия, проводимые у женщин с аутосенсибилизацией к прогестерону в конечном итоге привели к рождению детей у 92% супружеских пар.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭКО

Гнипова В.В.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: оптимизация тактики ведения I триместра многоплодной беременности наступившей после ЭКО.

Материалы и Методы исследования: проведено клинико-лабораторное обследование 74 женщин с одно- и многоплодной беременностью, наступившей после ЭКО. Изучение уровней гормонов (β-ХГ, прогестерон, эстрадиол) и параметров гемостазиограммы проводили в 5-6, 7-8, 9-10, 11-12 недель беременности. В качестве контроля использованы нормативы концентрации гормонов в плазме периферической крови матери и нормативы гемостаза при физиологически протекающей беременности, разработанные лабораторией клинической иммунологии и лабораторией клинической эндокринологии учреждения.

Результаты и их обсуждение: Пациенткам проводилась терапия, направленная на сохранение беременности, которая включала в себя седативную и спазмолитическую терапию, гемостатическая, противотромботическая терапия назначалась при нарушениях в системе гемостаза и после остановки кровотечения. Беременные после ЭКО продолжали получать гормональную поддержку по программе, назначенную в протоколе поддержки беременности после ЭКО — утрожестан по 500—600 мг в сутки либо дюфастон по 40—60 мг в сутки.

При исследовании системы гемостаза были выявлены нарушения, обусловленные гиперкоагуляцией в плазменном и гиперагрегацией в сосудисто-тромбоцитарном звеньях гемостаза, признаки патологической активации тромбинообразования, маркеры внутрисосудистого свертывания крови. Несмотря на проводимую антикоагулянтную терапию, у женщин с многоплодной беременностью данные параметры оставались выше физиологических значений. Причем наиболее выраженные изменения имели место в случае, когда причиной кровотечения была отслойка хориона. Уровень прогестерона у женщин после ЭКО с беременностью, осложненной и не осложненной кровотечением, на разных сроках в 5-6 раз превышал физиологические показатели. При многоплодной беременности после ЭКО на разных сроках уровень прогестерона в 1,5 раза превышал таковой при одноплодной беременности после программы ЭКО. У беременных с многоплодием концентрация прогестерона колебалась и имела ступенчатый характер, тогда как при нормально протекающей беременности уровни гормонов нарастают прогрессивно.

Уровень β-ХГ при многоплодной беременности после ЭКО уже на ранних сроках беременности был в 2 раза ниже физиологических норм.

Выводы: гормональная поддержка беременности наступившей после ЭКО не должна быть длительной и не проводиться в значительных дозах. Гормональная терапия должна быть индивидуальной. Не следует “удваивать” дозы вводимых препаратов при многоплодной беременности. Необходим дифференцированный подход к ведению беременностей после ЭКО, осложнившимися кровотечением с учетом причин (отслойка или предлежание хориона, редукция эмбрионов).

АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Голова Ю.А, Бреусенко В.Г, Кирикова Ю.М.,Степанов К.И., Касьянова Г.В.

(Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва,Россия)

Цель: определить возможность и целесообразность использования различных методов аблации у больных с железистой гиперплазией (ЖГЭ) и полипами эндометрия (ПЭ) в постменопаузе.

Материал и методы исследования: в период 2001-2008гг обследована 131 пациентка периода постменопаузы с гистологически подтвержденными ПЭ (103), ЖГЭ (16), сочетанием ПЭ и ЖГЭ (13). 123 пациентки имели рецидивирующий характер ГПЭ. Возраст больных составил в среднем 59±6,7 года, длительность периода постменопаузы колебалась от 1г до 28 лет. Все пациентки имели сочетанную и тяжелую соматическую патологию. Тотальная аблация эндометрия выполнялась через 14-30 дней после гистероскопии. Лазерную аблацию с использованием внутриматочного наконечника из светооптического волокна применили у 57 больных, балонную термоаблацию у 34, биполярную электрохирургическую аблацию у 40.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с ограничением негистероскопических методик аблации по размеру, деформации и длине полости матки лазерная аблация была технически применима лишь у 88,5% больных, балонная у 92,3%, электрохирургическая аблация у 100%. Больные одинаково легко переносили аблацию, выполненяемую по указанным 3 методикам. Переносимость аблации сопоставима с таковой при гистероскопии. Ни у одной больной во время и после аблации по негистероскопической методике не было осложнений, декомпенсации соматических заболеваний. При электрохирургической аблации у 1 больной произошла перфорация матки в области устья маточной трубы без повреждения соседних органов. Послеоперационное течение у всех больных было гладким.

В течение первого месяца у 40% больных отмечалось отторжение струпа, в последующем у них по данным эхографии к 6-му месяцу формировалось тонкое линейное м-эхо. У остальных пациенток коагуляционные массы полностью либо частично задерживались в полости матки и организовывались с формированием синехий. По данным эхографии м-эхо у этих больных через 6-12 месяцев после аблации было неоднородным, гиперэхогенным,

неравномерной толщины. Отрицательным моментом является то, что гистероскопия, выполняемая по показаниям через 6 и более месяцев после абляции эндометрия является операцией высокого риска по возникновению перфорации матки, у большинства больных из-за внутриматочных синехий полость недоступна или труднодоступна для визуального осмотра.

Эфективность абляции эндометрия при ПЭ в постменопаузе составила 98%, при ЖГЭ 89,7%.

Через 2-6 лет рецидив ПЭ возник у 2 больных, ЖГЭ у 2, рак эндометрия у 1 пациентки.

Выводы. Таким образом, современные методы абляции эндометрия являются малотравматичными, хорошо переносимыми методами лечения ГПЭ в постменопаузе. негистеросокпические методики абляции высокобезопасны. Абляция эндометрия является методом выбора при лечении больных с ПЭ в постменопаузе. При ЖГЭ и АГЭ целесообразна гистерэктомия, абляция эндометрия допустима у крайне отягощенных соматически больных, которые должны находиться под тщательным динамическим наблюдением ввиду высокого риска рецидива и малигнизации гиперплазии эндометрия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИФЕРОНА У ПАЦИЕНТОК С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

Горяева Я.С.

(МУЗ «Детская городская поликлиника», Геленджик, Россия)

Цель: изучение состояния микробиоценоза влагалища у пациенток с бактериальным вагинозом (БВ) до и после их лечения препаратом «Комбиферон», представляющим собой композицию а-2 интерферона (100 000 МЕ), Е-аминокапроновой кислоты (0,1 г) и рибофлавина (0,05 г.).

Материалы и методы исследования. Обследованы 37 пациенток, имеющих клинические и лабораторные признаки БВ. У всех больных до и после лечения верификацию диагноза осуществляли на основе клинических данных, диагностических признаков R. Amsel et al. (1983), метода ПЦР, определяли содержание лактобактерий. Курс лечения комбифероном составил 20 дней – по одной свече на ночь во влагалище. Критерии исключения: сочетанное выявление ИППП, использование вагинальных контрацептивов, индивидуальная непереносимость препарата.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациенток варьировал от 18 лет до 42 лет, составив в среднем 28,3±1,2 года. Объективные симптомы заболевания у пациенток были представлены в виде отека слизистой влагалища (24%) и вагинальными выделениями (97%); из субъективных признаков отмечены диспареуния (76%), дизурия (10%), зуд и жжение в области наружных половых органов (38%). На фоне проводимой терапии препаратом комбиферон интенсивность объективных и субъективных симптомов снижалась к 3 – 4 суткам. А к окончанию лечения дизурические явления регистрировались у одной пациентки (2,6%), диспареуния у двух пациенток (5,1%). Кислотность влагалищной секреции изменялась: показатель pH снижался с 5,49 перед лечением, достигая 4,63 к моменту окончания лечения и 4,36 через три месяца после окончания лечения. Препарат оказался высокоэффективным в отношении Atopobium vaginae, gardnerella vaginalis, e. coli, staphylococcus spp. В низком титре 102–103 КОЕ/мл выделены анаэробные кокки у 8 пациенток (20,4%), энтерококкии – у 4 пациенток (10,2%). Из 37 пациенток только у двоих (5,1%) степень колонизации превышала 103 КОЕ/мл. Концентрация лактобактерий достигла нормального уровня: с 3,6±10(3) КОЕ/мл до лечения до 8,3±10(6) КОЕ/мл через 3 месяца после окончания терапии.

Выводы: Одной из основных причин, способствующих возникновению и рецидивирующему течению бактериального вагиноза, является нарушение как системного, так и местного иммунитета, в частности, имеет значение расстройство местных механизмов защиты слизистых оболочек генитального тракта.

При использовании «Комбиферона» у пациенток с клиническими проявлениями БВ эффективность терапии составила 95%. Этот результат был подтвержден и через 3 месяца после окончания лечения. Препарат оказывает нормализующее влияние на количество условно-патогенной микрофлоры влагалища, восстанавливая местный иммунитет, что способствует сокращению числа рецидивов БВ.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ АБОРТЕ

Гусева Е.Н., Абрамченко В.В., Ланцев Е.
(Медицинский центр «Медина»,Раменское, Россия)

Цель: разработать эффективные и безопасные методы обезболивания при производстве амбулаторного аборта.

Материалы и методы исследования: проведено более 12000 медицинских абортов в амбулаторных условиях; ультразвуковой контроль при проведении искусственного прерывания беременности на ранних сроках; сравнительный анализ двух методик анестезии при искусственном прерывании беременности.

Результаты и их обсуждение: на основании проведения свыше 10000 анестезий разработаны два метода: внутривенная анестезия кетамином и внутривенная анестезия диприваном. В первом варианте применялась следующая схема: премидикация – атропин в дозе 0,5 мг внутривенно непосредственно перед введением основного наркотика; диазепам в дозе 5-10 мг внутривенно непосредственно перед введением кетамина. Основной наркоз достигается внутривенным введением кетамина в дозе 1,5-2,0 мг/кг массы тела пациентки. В основу выбора дозы кетамина должен быть положен принцип титрования. Вспомогательные средства-спазмолитики (спазмалгон, баралгин, но-шпа), утеротонические препараты-окситоцин.

Во втором варианте применяется следующая схема: премедикация- атропин 0,5 мг внутривенно. Поскольку для анестезии диприваном нехарактерно проявление психогенных реакций в период пробуждения, премедикация диазепамом может не проводиться. Введение диазепама показано пациенткам с выраженной возбудимостью.

Основной наркоз достигается внутривенным введением диприванa методом титрования. Начальная доза составляет 1,5 мг/кг массы тела, а по мере необходимости (двигательное беспокойство, голосовая реакция) дополнительно вводят повторную дозу из расчета 0,5 мг/кг массы тела. Для более выраженного анальгетического эффекта в схему анестезии целесообразно включать трамал, стадол, нубиин, а также спазмолитики.

Выводы: к проведению анестезиологического пособия при производстве аборта следует подходить со всей тщательностью и соблюдением основных положений современной анестезиологии.

ФАКТОРЫ ВЫБОРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Гусева Е.Н., Худик А.И., Бархудорян С.С., Абрамченко В.В.
(Городская клиническая больница №33, Москва, Медицинский центр «Медина», Раменское, Россия)

Цель: изучение медико-социальных, психологических факторов выбора и особенностей клинического течения медикаментозного аборта при прерывании беременности ранних сроков.

Материалы и методы исследования: обследовано 300 женщин после медикаментозного аборта с применением мифепристона и 314 женщин после хирургического аборта путем вакуум-аспирации.

Клинико-лабораторное обследование проведено в динамике до прерывания беременности, на 3-4 день и 7-10 день после прерывания беременности. Соответственно проведено 900 и 942 ультразвуковых исследований.

Результаты и их обсуждение: выбор женщиной медикаментозного или хирургического прерывания беременности зависит от социально-психологических характеристик, от особенностей мотиваций и эмоциональной сферы, от приоритета важности сохранения репродуктивного здоровья в системе жизненных ценностей.

При хирургическом методе наиболее важным является надежность метода и мотив, что женщина использовала этот способ прерывания и ранее. Клиническая эффективность медикаментозного аборта отмечена у 99,7% женщин против 93,5% при абортах, выполненных методом вакуум-аспирации ($p<0,005$). Частота осложнений медикаментозного аборта составила 0,66% против 8,6% при абортах, выполненных методом вакуум-аспирации, то есть в 14 раз меньше. Экспериментальные исследования на беременных крысах показали 100% абортивный эффект мифегина, мифепристона, пенкрофтона. Противопоказаниями для медикаментозного аборта являются наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, длительное применение глюкокортикоидов, гемофилические нарушения, острые гинекологические заболевания женских половых органов.

Выводы: медикаментозный аборт является достойной альтернативой хирургическому аборту и показан для прерывания маточной беременности в сроке до 49 дней аменореи и при диаметре плодного яйца от 10 до 11 мм.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТЕ И НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Джатдоева Ф.А., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Течане Х.Т., Бояр Е.А., Хейдар Л.А., Юшина М.В., Шихмирзаева Э.Ш.

(Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия)

Цель: изучить взаимосвязи между параметрами гемостаза и морфологическими изменениями в плацентах у беременных с эпилепсией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 17 пациенток с различными формами эпилепсии, получающих в качестве противоэпилептической терапии препараты вальпроевой кислоты. Контрольную группу составили 17 здоровых беременных.

Для оценки состояния плода и диагностики плацентарной недостаточности проводили ультразвуковое исследование, ультразвуковую допплерографию и кардиотокографию. Параметры гемостаза исследовали в периферической крови пациенток в начале 1 периода родов и пуповинной крови новорожденных. Проводилось макроскопическое и гистологическое исследование плацент.

Результаты и их обсуждение. У беременных с эпилепсией по сравнению с контрольной группой отмечается снижение времени рекальцификации плазмы на 17%, активированного частичного тромбопластинового времени на 10%, протромбинового времени на 8%, тромбинового времени на 18%, плазминогена на 38%, антитромбина III на 17%, увеличение концентрации фибриногена на 9% и возрастание содержания фибрин-мономерных комплексов в 1,5 раза. При исследовании параметров гемостаза в пуповинной крови новорожденных основной группы выявлена лишь тенденция к укорочению времени рекальцификации плазмы на 3%, активированного частичного тромбопластинового времени на 4%, протромбинового времени на 6%, тромбинового времени на 4%; несколько снижены уровни плазминогена на 8%, антитромбина III на 2%, фибриногена на 7%.

Нами выявлено, что при микроскопическом исследовании плацент у пациенток с эпилепсией, отмечена явная тенденция к снижению массы плаценты (до 14%) при увеличении макропатологии материнской поверхности последа до 8%. В представленном материале изменения в последах заключались преимущественно в очаговом характере с вариантами задержки развития котиледонов плаценты (вариант диссоциированного развития, вариант промежуточных дифференцированных ворсин). Кроме того, наблюдался очаговый уровень компенсации реакций в виде выраженного полнокровия ворсин. Процессы дезадаптации проявлялись в виде увеличения полей отложения фибриноида на поверхности ворсин и сужения просвета сосудов, что соответствует хронической компенсированной плацентарной недостаточности. Отсутствие признаков реальной гиперкоагуляции в пуповинной крови детей от матерей с эпилепсией подтверждает наличие компенсированной формы хронической плацентарной недостаточности.

Выводы. Очевидно, что даже при неосложненном течении процесса гестации у беременных с эпилепсией имеются морфологические признаки плацентарной недостаточности, что диктует необходимость профилактики состояния фето-плацентарного комплекса.

В последние годы отмечается повышение количества беременностей и родов у женщин, страдающих эпилепсией. Известно, что плацентарная недостаточность развивается у беременных с эпилепсией чаще, чем у здоровых женщин и является одной из ведущих причин высокой перинатальной заболеваемости их детей.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Довлетханова Э.Р., Торгомян А.А., Титов Д.С.

(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Городская клиническая больница №79 Департамента здравоохранения г.Москвы, Москва,Россия)

Цель: изучение возможности органосохраняющего подхода в лечении женщин с острыми гинекологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования был проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 117 женщин с ОГЗ. Все они были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу вошло 44 женщины, прооперированных лапаротомическим путем (37,6%), во вторую – 73 (62,4%) пациентки, прооперированных в ходе лапароскопии.

Результаты и их обсуждение. Предоперационное обследование свидетельствует о том, что у большинства женщин (62%) острые гинекологические заболевания протекают на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и нарушений репродуктивного здоровья: искусственный аборт, воспалительные заболевания гениталий, предшествующие полостные операции на матке и придатках, бесплодный брак, внематочная беременность в анамнезе.

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, средний возраст составил 27,7+5,2 лет. Изучение исхода оперативных вмешательств при ОГЗ, проведенное в сроки от 6 месяцев до 3-х лет после операции, показало, что спаечный процесс органов малого таза после выполненных операций диагностирован практически в каждом третьем случае. При этом, частота спайкообразования достоверно выше ($p<0,05$) после лапаротомии по сравнению с лапароскопией (56,2% против 15,9% соответственно).

Сравнительный анализ показателей репродуктивной функции до и после оперативного вмешательства показал, что частота наступления маточных беременностей после лапароскопии была достоверно выше ($p<0,05$) по сравнению с лапаротомией (83,8% против 56,8% соответственно). Частота самопроизвольного прерывания беременности после лапароскопии была достоверно ($p<0,05$) ниже по сравнению с данным показателем до и после лапаротомии. Обращает внимание, что по-прежнему остается высокой частота артифициальных абортов, как до операции, так и после (в среднем 55% и 43,6% соответственно). Однако прослеживалось статистически значимое снижение их частоты среди пациенток после лапаротомии по сравнению с таковыми до операции и после лапароскопии – в 1,9 раза. По всей видимости, данная ситуация обусловлена статистически значимым снижением общего числа маточных беременностей среди пациенток после лапаротомии.

При оценке качества жизни отмечено его улучшение у 63,7% женщин после лапароскопии и только у 13,8% после лапаротомических операций у пациенток с ОГЗ.

Своевременное проведение лапароскопии позволило: точно установить диагноз в 99,5%; провести органосохраняющую операцию в 83% (лапаротомия 16%); уменьшить операционную кровопотерю в 20-40 раз; уменьшить койко – день в 5,5 раз; (ранняя и быстрая реабилитация).

Выводы. Своевременная диагностика и эндоскопические органосохраняющие операции улучшают показатели качества жизни пациенток после оперативного вмешательства, способствуют сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья женщин.

Современная концепция оказания медицинской помощи больным с ОГЗ позволяет диагностировать их у 99,5% больных, провести органосохраняющие операции у 89,7% больных с внематочной беременностью, у 85,7% больных с острым воспалением придатков матки, у 84,3% больных с апоплексией яичника, у 90,5% больных при перекруте придатков матки, у 70,8% женщин с нарушением кровоснабжения узла миомы матки.

СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Довлетханова Э.Р., Гаспаров А.С., Барабанова О.Э., Хилькевич Е.Г., Колесников Д.И.

(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Городская клиническая больница №79 Департамента здравоохранения г.Москвы, Москва, Россия)

Цель: оптимизация ведения послеоперационного периода и применение реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного потенциала у женщин с острыми гинекологическими заболеваниями.

Материалы и Методы исследования: пациентки с острыми гинекологическими заболеваниями.

Методы исследования включали клинико-статистическую характеристику соматического и репродуктивного здоровья женщин до и после оперативного лечения женщин с ОГЗ.

Были обследованы 230 женщин с ОГЗ, подвергшихся оперативному лечению. Из них 65 (28,2%) женщины с апоплексией яичника, 98 (42,6%) женщин с внематочной беременностью, 67 (29,1%) женщин с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки. Все женщины были прооперированы лапароскопически.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования были выявлены факторы риска, приводящие к развитию острых состояний в гинекологии, требующих оперативного вмешательства. К ним можно отнести отягощенный гинекологический анамнез – хронический персистирующий воспалительный процесс гениталий, наличие двух и более возбудителей ЗППП; оперативные вмешательства в анамнезе, в том числе аппендэктомия, диагностическая лапароскопия; спаечный процесс в малом тазу; гормональный дисбаланс с формированием различных нарушений менструального цикла; дисбиоз флоры влагалища; отсутствие использования гормональных контрацептивов; артифициальные аборты в анамнезе. Хронический воспалительный процесс гениталий наблюдался у 27,6% пациенток. ЗППП в анамнезе были выявлены в 43,5%. Нарушения менструального цикла наблюдались у 32,4% пациенток. Более чем в половине наблюдений (56,8%) было выявлено сочетание двух или нескольких факторов риска.

Данные результаты позволили оптимизировать лечебные мероприятия как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде.

Лечебные мероприятия были направлены на иммунокоррекцию, восстановление эубиоза генитального тракта, лечение хронических персистирующих воспалительных заболеваний, лечение ЗППП.

Своевременные реабилитационные мероприятия у женщин, перенесших ОГЗ, были направлены на коррекцию гормонального статуса, рациональную контрацепцию, применение методов физиотерапии, а также экстракорпоральных методов лечения в послеоперационном периоде.

Выводы. Применение лапароскопии в качестве хирургического доступа позволяет быстро и правильно поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику, ускорить период реабилитации больных, сократить число послеоперационных осложнений

Наилучший результат лечения таких пациенток, может быть достигнут только при одновременном совершенствовании лечебных и реабилитационных мероприятий, в основе которых лежит лечение хронических персистирующих воспалительный заболеваний гениталий, иммунокоррекция, восстановление эубиоза генитального тракта.

У женщин репродуктивного возраста, заинтересованных в сохранении детородной функции, гормональная контрацепция является обязательным компонентом восстановительной терапии после хирургического лечения.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ГИСТЕРЭКТОМИЮ

Додонов А.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.
(Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия)

Цель: разработать комплексную систему профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин перенесших гистерэктомию, направленную на снижение развития нейро-вегетативных и психоэмоциональных нарушений в отдаленном послеоперационном периоде и повышение качества жизни пациенток.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 220 женщин в возрасте от 34 до 49 лет, средний возраст составил 43,7±3,6 лет. Применялись современные информативные клинико-лабораторные, инструментальные методы исследования, экспериментальное психологическое тестирование (модифицированный тест Люшера, шкала депрессии Цунга, шкала тревожности Спилбергера), анонимное многофакторное анкетирование.

Результаты и их обсуждение. Показаниями для гистерэктомии явились: миома матки (101 – 45,9%), эндометриоз (42 – 19,1%), гнойно-воспалительные заболевания матки и придатков (14 – 6,3%), опущение и выпадение влагалища и матки (63 – 28,7%). У 109 (49,5%) пациенток была произведена экстирпация матки лапаротомическим доступом, у 63 (28,7%) – трансвагинальным, надвлагалищная ампутация матки была выполнена у 48 (21,8%) больных. В 91 (41,4%) случае расширение объема операции (удаление одного или обоих яичников) по данным гистоморфологического исследования было обусловлено патологическими изменениями в яичниках: доброкачественные эпителиальные опухоли (36 – 16,4%), эндометриоидние кисты (24 – 10,1%), фолликулярные кисты (17 – 7,2%), гнойно-некротические сальпингоофориты (14 – 6,3%).

Проведенное через 1 месяц после операции комплексное обследование выявило развитие нейровегативных нарушений (приливы, потливость, головокружения, парастезии, кардиалгии) у 86 (39%) пациенток. При проведении анкетирования и экспериментально-психологического тестирования были получены следующие данные: у 131 (59,5%) женщины выявлены нарушения психастенического и ипохондрического характера, которые выражались физической слабостью, быстрой психической истощаемостью, недомоганием, эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, плаксивостью, беспокойством за состояние своего физического здоровья. По тесту Спилбергера у 164 (74,5%) был выявлен высокий и средней уровень ситуационной тревожности, что свидетельствует о наличии выраженной стрессовой реакции на болезнь и оперативное вмешательство.

Нами разработана комплексная система профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий включающая углубленное обследование женщин в условиях поликлиники перед операцией с использованием метода прогнозирования развития психовегетативных расстройств, проведение консультации психотерапевта, назначение по показаниям психотропных средств. После выписки больной из стационара в женской консультации проводятся лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием немедикаментозных методов психотерапии, фитотерапии, иглорефлексотерапии, ТЭС-терапии. Гормонотерапия назначается по показаниям в зависимости от степени тяжести патологических расстройств с учетом индивидуальной переносимости лечебных мероприятий. Эффективность лечения оценивалась акушером-гинекологом совместно с психотерапевтом с применением экспериментально-психологических методов. Обследование, проведенное через 3 месяца после операции на фоне проводимых реабилитационных мероприятий, выявило нейровегетативные нарушения у

24 (10,1%) пациенток, у всех женщин расстройства были легкой степени. Психоэмоциональные расстройства диагностированы у 47 (21,4%) пациенток, во всех наблюдениях степень проявления нарушений была легкая.

Выводы. Таким образом, применение разработанной системы профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий позволило добиться через 3 месяца после операции снижения частоты нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств более чем в 3 раза, что свидетельствует о её эффективности и целесообразности внедрения в практическое здравоохранение.

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Додонов А.Н., Трубина Т.Б., Глебова Н.Н., Трубин А.Р.
(Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия)

Цель: оптимизировать метод предоперационной подготовки и послеоперационного ведения при выполнении новой технологии реконструктивно-пластической операции при рубцовой деформации и элонгации шейки матки.

Материалы и метод исследования. Изучены результаты хирургического лечения рубцово-деформированной и элонгированной шейки матки сочетающейся с опущением стенок влагалища несостоятельностью мышц тазового дна проведенной по разработанной новой технологии у 56 женщин. При обследовании применялись современные информативные методы: клинические, лабораторные, инструментальные. Новая технология реконструктивно-пластической операции представлена 2 этапами. Первый этап выполняется на шейке матки путем отсепаровывания лоскутов слизистой соответственно с локализацией разрывов с иссечением рубцовой ткани и наложения по специально разработанной методике швов. Второй этап –

задняя кольпоперинеолеваторопластика с использованием разработанного способа отсепаровки слизистой влагалища.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 56 женщин с рубцовой деформацией и элонгацией шейки матки. Средний возраст – 34,9±0,6 лет. Все женщины имели в анамнезе роды (от 1 до 3), аборты (от 1 до 3), сопровождавшиеся разрывами шейки матки и промежности I-III степени. Все женщины отметили в анамнезе экстрагенитальные заболевания Перенесенные гинекологические заболевания представлены вагинитами, цервицитами, хроническим сальпингоофоритом. Перед операцией были установлены диагнозы рубцовой деформации и элонгации шейки матки в сочетании с опущением стенок влагалища I-III степени и несостоятельностью мышц тазового дна. До операции установлено удлинение шейки матки до 49-64 мм, увеличение ее объема до 54-64 см3, диагностирован бактериальный вагиноз у 57,5% женщин. Кольпоскопически диагностирован эрозированный эктропион, законченная зона трансформации с множеством наботовых желез, железисто-мышечная гипертрофия шейки матки. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки диагностированы стационарный эндоцервикоз с кистозным расширением цервикальных желез, цервицит (45%), эпидермизирующийся эндоцервикоз с явлениями хронического эндоцервицита (30,2%), лейкоплакия (17,5%), cin легкой и среднетяжелой степени (7,3%). Разработан алгоритм диагностических мероприятий и предоперационной подготовки перед реконструктивно-пластической операцией: 1) УЗИ органов малого таза, 2) осмотр шейки матки в зеркалах с использованием метода «часового циферблата», 3) изучение биоценоза влагалища,4) изучение местного иммунитета, 5) соскоб из цервикального канала, биопсия с изучением серийных срезов, 6) определение уровня иссечения пораженных тканей, 7) санация половых путей соответственно выявленной патологии. При ведении послеоперационного периода: ранняя активизация, обработка швов диоксидином, облучение низко интенсивным гелий-неоновым лазером послеоперационной раны с 3-х суток. Осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное исследование, кольпоскопия производятся через 3 месяца после операции. При выявлении лейкоплакии, cin наблюдение осуществляется в течение 2 лет. Результаты лечения оценивались через 3, 6, 12 месяцев. Установили: шейка макроскопически здорова, цилиндрической формы, нормальной длины (2-3 см), наружный зев закрыт, цервикальный канал удерживает слизистую пробку. У 2 (3,6%) пациенток выявлен после операции рецидив заболевания, в связи с чем произведена лазероэксцизия с положительным результатом.

Выводы. Разработка и реализация комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий при рубцовой деформации и элонгации

шейки матки сочетающейся с несостоятельностью мышц тазового дна позволила достичь в 96,4% благоприятных результатов, что может служить обоснованием для ее применения в практическом здравоохранении.

ОБОСНОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АКУШЕРСКИЕ ТРАВМЫ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЕРВЫХ РОДАХ

Додонов А.Н., Красникова М.Б., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубин А.Р.
(Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия)

Цель: разработка и применение системы диагностических, лечебных и профилактических мероприятий при акушерских травмах шейки при первых родах для снижения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Материалы и методы исследования. Обследовано 165 женщин, перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах, представленных 2 группами: контрольной (105), и основной (60). В основной группе была применена разработанная комплексная система лечебно-реабилитационных мероприятий. Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные.

Результаты и их обсуждение. Большинство (81,2%) обследованных женщин находились в возрастной группе от 20 до 29 лет, в том числе каждая десятая была в возрасте до 19 лет. При обследовании во время беременности диагностированы экстрагенитальные заболевания у 67,2% пациенток. Основные заболевания: железодефицитная анемия (35,2%), болезни желудочно-кишечного тракта (16,8%). В анамнезе у 76,2% пациенток были гинекологические заболевания (вагиниты, острые сальпингоофориты). У всех обследованных роды осложнились разрывами шейки матки I-II степени, в 69,8% случае травмы шейки матки сочетались с травмами тазового дна. При обследовании женщин контрольной группы через 1-3 года после родов диагностирована следующая патология шейки матки: эрозированный эктропион (62,9%), лейкоплакия (18,1%), cin легкой степени (4,7%), цервицит (75,2%). Нами был разработан алгоритм прогнозирования возникновения травм шейки матки в родах и снижения их тяжести, который позволяет выделять группы риска по возможности разрывов шейки и своевре-

менно проводить профилактические мероприятия по их предупреждению. Изучены результаты лечения выявленных патологических состояний шейки матки с использованием лазерохирургического и диатермохирургического методов Рецидивы после проведенного лечения имели место в 15,6% наблюдений. Нами разработана система лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин перенесших акушерские травмы шейки матки при первых родах, представленная 3 этапами. На первом этапе предусматривается проведение профилактических мероприятий в группе риска. Восстановление свежих разрывов шейки матки и промежности в родах производится с использованием двурядных викриловых швов, применением препаратов для улучшения процессов регенерации. На втором и третьем этапе (по окончании послеродового периода) проводится комплексное обследование репродуктивной системы женщины, осуществляется дифференцированный подход к выявленной патологии шейки матки с преимущественным применением лазерохирургического метода и определением последующего динамического наблюдения данной группы пациенток.

Выводы. Разработанная система была применена у 60 женщин основной группы, что позволило уменьшить число фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у женщин основной группы, улучшить результаты проведенного лечения (число рецидивов после применения лазерохирургического лечения снизилось с 15,6% до 3,1%. Полученные результаты являются обоснованием для применения разработанной системы в практическом здравоохранении.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛИКОПИД» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Долгушина В.Ф., Абрамовских О.С., Бойко И.В., Ахматова А.Н., Беренда М.А.

(Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия)

Цель: изучить клинико-иммунологическую эффективность препарата «Ликопид» при лечении хронического цервицита, ассоциированного с ВПЧ-инфекцией на фоне эктопии.

Материалы и методы исследования: было проведено лечение 48 женщин с хроническим цервицитом, ассоциированным с ВПЧ-инфекцией на фоне эктопии. Методом слепой выборки все женщины были разделены на две группы, I группу составили 23 больные, которые получали только базисную терапию (антибактериальная терапия с учетом выделенных возбудителей заболеваний, восстановление биоценоза влагалища и криодеструкция шейки матки). Во II группу вошли 25 пациенток, у которых помимо базисной терапии была проведена иммунокоррекция с помощью препарата «Ликопид».

Для характеристики локальных механизмов противоинфекционной защиты половой системы проведено исследование цервикальной слизи, определяли: общее количество нейтрофилов, их жизнеспособность, функциональную активность (кислородозависимый метаболизм на модели спонтанного и индуцированного НСТ-восстановления, способность к поглощению частиц латекса и лизосомальная активность).

Результаты и их обсуждение: основным критерием эффективности проводимой терапии была элиминация ВПЧ. Контрольное тестирование на наличие ДНК ВПЧ в цервикальном канале, проведенное через 3 месяца после лечения, показало, что в I группе ДНК ВПЧ обнаружена у 5 пациенток (эффективность 78,3 %), во II группе положительными были только две пробы (эффективность 92 %). Процесс завершения эпителизации после криотерапии шейки матки у женщин с хроническим цервицитом, ассоциированным с ВПЧ-инфекцией на фоне эктопии, без применения иммунокоррегирующего лечения происходили медленнее, чем у пациенток с включением в комплексную терапию препарата «Ликопид».

Со стороны клеточных факторов местной противоинфекционной защиты, у женщин получавших иммунокорригирующую терапию темпы восстановления функциональной активности в нейтрофилах цервикального секрета были существенно выше, чем у пациенток, не использующих ликопид.

Выводы: 1.Включение ликопида в комплексную терапию хронического цервицита, ассоциированного с ВПЧ-инфекцией на фоне эктопии, позволяет повысить эффективность лечения данной патологии.

2. Кроме того, использование иммунокоррегирующего препарата, позволяет ускорить темпы восстановления функциональной активности в нейтрофилах цервикального секрета.

3. Наличие иммунодефицитных состояний при папилломавирусных поражениях шейки матки требуют обязательных мероприятий по коррекцию нарушений в иммунной системе.

ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В ТЕРАПИИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Дубровина Н.В., Сокур Т.Н., Федорова Т.А.
(ФГУ «НЦ АГиП им В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: изучение эффективности применения медицинского озона в комплексной терапии ЖДА у беременных и профилактике перинатальных осложнений.

Материалы и методы исследования: обследовано 116 беременных женщин с ЖДА, впервые выявленной во время беременности. Средний возраст обследованных беременных составил 29,5±4,4 лет. Все обследованные были разделены на 3 группы: I группу составили 40 женщин, которым проводилась озонотерапия наряду с приемом ферропрепарата, включающим железа сульфат 100 мг, фолиевую кислоту 5 мг и цианкобаламин 10 мкг, который назначался по 1 капсуле 2 раза в день. Озонотерапия проводилась путем внутривенного введения озонированного 0,9% раствора хлорида натрия по 200 мл с концентрацией озона 400 мкг/л №5 через день. Во II группу вошли 38 беременных, получавшие лечение анемии только озоном, и III – составили 38 беременных, которые принимали препарат железа.

Результаты и их обсуждение: у большинства обследованных до лечения отмечалась быстрая утомляемость (у 65–57,8%) и общая слабость (у 58-50%). Средний уровень Нв до лечения составил 104,2±4,2 г/л, среднее количество эритроцитов в периферической крови в 3,4±0,2 х10 12/л, средний уровень Ht – 0,33±0,03, МСН – 30,5±2,3 пг, МСНС – 31,5±2,9% и MCV – 94,3±3,9фл. Феррокинетические показатели имели следующие средние значения: трансферрин – 4±0,4г/л, ферритин – 17,7±1,8мкг/л, сывороточное железо – 10,5±2,1мкмоль/л, КНЖ – 10,7±2,1%. Изученные показатели до лечения во всех группах достоверно не отличались. При анализе результатов отмечается достоверное увеличение показателей Нв во всех группах обследованных уже через 15 дней на 20, 15 и 10г/л соответственно. Через 30 дней отмечено увеличение Нв до 122, 121 и 119 г/л в I, II и III группах соответственно, сохраняющееся до родов. Похожая картина была выявлена и при изучении феррокинетических показателей. Наибольший эффект от проводимой терапии был достигнут в группе, где наряду с препаратом железа в комплексную терапию был включен медицинский озон. Так, до лечения средний уровень ферритина составил 16,4±3,1мкг/л, а через 30 дней увеличился в I группе в 3,7 раза, во II – в 2,6 раза, в III – в 2,9 раза.

При обследовании женщин на 3 – 4 день послеродового периода и новорожденных нами не обнаружено анемии у родильниц и новорожденных.

Выводы: Таким образом, применение озона у беременных с ЖДА способствует улучшению общего самочувствия, достоверному увеличению Нв в крови уже через 2 недели от начала лечения, которое продолжается вплоть до родов. Такого эффекта при лечении только препаратами железа нами не отмечено – улучшение общего самочувствия и повышение Нв отмечается через 30 дней и более.

Проведенное исследование свидетельствует об эффективности включения в комплексную терапию ЖДА беременных наряду с ферропрепаратами медицинского озона с целью снижения медикаментозной нагрузки на организм и уменьшения сроков лечения, а также использование озонотерапии при непереносимости и резистентности к лечению препаратами железа в качестве терапии ЖДА беременных.

ВЛИЯНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА ЭНДОМЕТРИЯ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭКО У ПАЦИЕНТОК С НЕЭФФЕКТИВНЫМИ ПОПЫТКАМИ

Дюжева Е.В., Калинина Е.А., Кузьмичев Л.Н.
(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оценка влияния морфологической структуры и рецепторного статуса эндометрия в окно имплантации на результативность ЭКО у пациенток с трубным бесплодием.

Материалы и методы: в исследуемую группу включены 65 пациенток, средний возраст которых составил 32,8±0,75, с 2-5 неудачными попытками ЭКО и ПЭ в анамнезе. Биопсия эндометрия была выполнена на 6 день после овуляции в цикле, предшествующем ЭКО. Проведено морфологическое, иммуногистохимическое (определение экспрессии эстрогеновых (РЭ) и прогестероновых (РП) рецепторов) исследование эндометрия.

Результаты и их обсуждение. У 18 пациенток (28%) наблюдался эндометрий середины фазы секреции и соответствующая данной морфологической картине экспрессия РЭ (слабо- или умеренно выраженная экспрессия РЭ; резко выраженная экспрессия РП). Беременность наступила у 10 женщин (56%).

У 20 (31%) пациенток с серединной фазы секреции не наблюдалось характерного для данной морфологической картины снижения экспрессии РЭ (резко выраженная экспрессия РЭ; резко выраженная экспрессия РП). Из них беременность наступила только у 2 женщин (10%).

У 14 пациенок (21%) в эндометрии наблюдалась гистологическая картина, не соответствующая дню менструального цикла. Из них у 8 пациенток выявлено отставание созревания эндометрия (фаза пролиферации), резко выраженная экспрессия РЭ; резко выраженная экспрессия РП. 6 женщин имели позднюю фазу секреции, слабо выраженную экспрессию РЭ; слабо или умеренно выраженную экспрессию РП. В этой группе пациенток беременность наступила у 2 женщин (14%).

Фаза пролиферации со сниженным содержанием РЭ (отсутствие экспрессии) и РП (слабовыраженная экспрессия) была обнаружена у 13 пациенток (20%). Этой группе проводилась подготовка к ЭКО путем применения трансдермального 17β-эстрадиола и микронизированного прогестерона в течение 2 менструальных циклов. На фоне терапии произведена контрольная биопсия эндометрия. У всех пациенток выявлен эндометрий середины фазы секреции и повышение экспрессии стероидных рецепторов (слабо- или умеренно выраженная экспрессия РЭ; резко выраженная экспрессия РП). Беременность после лечения наступила у 8 женщин (62%).

Вывод: дисбаланс экспрессии стероидных рецепторов и созревания эндометрия на фоне нормального профиля сывороточных гормонов может свидетельствовать о повреждении рецепторного аппарата на тканевом уровне. Применение в качестве подготовки гормональных препаратов с учетом морфологического развития и рецепторного статуса эндометрия возможно позволит повысить результативность программы ЭКО и ПЭ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОФАЗНОГО НИЗКОДОЗИРОВАННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА «ЛОВЕСТОН»

Евсеев А.А., Демина Л.Н., Каухова А.А., Шевченко Н.А.
(ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», Кафедра акушерства и гинекологии педиатричсекого факультета, Москва, Россия)

Цель: определение эффективности, безопасности и переносимости отечественного монофазного комбинированного орального контрацептива «Ловестон».

Материалы и методы исследования. Ловестон – низкодозированный монофазный комбинированный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат, в который входит 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена.

В исследовании участвовало 30 женщин в возрасте от 18 до 37 лет, которые вели активную половую жизнь и нуждались в длительной контрацепции. Контроль эффективности препарата осуществлялся при помощи ХГЧ-тестов мочи на беременность. Оценка безопасности и переносимости (приемлемости) препарата включал в себя регистрацию нежелательных явлений (нагрубание молочных желез, головная боль, тошнота), измерение артериального давления, массы тела, рутинные лабораторные анализы. Учитывались ациклические кровяные выделения, возникновение аменореи. Измерялись показатели липидов крови, проводился коагуляционный тест (гемостазиограмма) и цитологическое исследование мазка с шейки матки.

Результаты и их обсуждение. Погрешностей в приеме препарата не отмечено. Прием Ловестона производился в вечернее время перед сном с небольшими колебаниями во времени (± 1-2 часа). На фоне приема Ловестона в течение 24 недель ни одного случая наступления беременности на зафиксировано, т.о. контрацептивная эффективность препарата составила 100%. Побочные реакции в виде мажущих кровяных выделений, головной боли, нагрубания молочных желез зарегистрированы у 5 (16%) пациенток. Они наблюдались в первые 2 месяца применения препарата и исчезли самостоятельно, без применения дополнительного лечения. Однако 2 пациентки досрочно прекратили прием Ловестона из-за мажущих кровяных выделений (на 2 и 3 цикл приема) и 1 – из-за периодических головных болей слабой интенсивности (на 4 цикле приема препарата). Изменение массы тела на фоне приема Логеста не претерпело существенных изменений.

Менструальноподобная реакция наступала у всех наблюдаемых в семидневный перерыв. Уменьшение интенсивности и длительности менструальной кровопотери выявлено у всех наблюдаемых пациенток. Значительное уменьшение или исчезновение явлений дисменореи отметили 87% участниц исследования. Ни в одном наблюдении не отмечено ухудшения общего состояния пациенток и обострения хронической сопутствующей патологии. Аллергических реакций во время проведенного исследования ни у одной пациентки отмечено не было. Неблагоприятных изменений в показателях клинического анализа крови, коагулограммы, общего анализа мочи, цитологического исследования шейки матки не получено. Тенденция к незначительному повышению в крови уровня ЛПНП и ЛПОНП не является статистически достоверной.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование показало, что Ловестон является эффективным, безопасным отечественным низкодозированным монофазным комбинированным эстроген-гестагенным контрацептивом, хорошо переносится пациентками.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛЯРИЗОВАННОЙ СВЕТОТЕРАПИИ И НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Ежов В.В., Торчинов А.М., Дымковец В.П., Салиев А.А., Тохтиева М.Э.
(Городская клиническая больница №52 г. Москвы, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия)

Цель: повысить эффективность лечения бактериального вагиноза с помощью физиологичных биофизических процессов.

Материалы и методы исследования: Для лечения больных с бактериальным вагинозом нами использовались воздействия: низкочастотный ультразвук через жидкую лекарственную среду и поляризованный некогерентный свет. Для оценки качества лечения нами проводились стандартные исследования влагалищных мазков и pH-метрия.

Результаты и их обсуждение. Нами было пролечено 328 пациенток с клиническими и лабораторными признаками бактериального вагиноза. Единственной жалобой больных было наличие специфических выделений из половых путей. Возраст женщин колебался от 16 до 45 лет и составил в среднем 28,4+0,02 лет.

Низкочастотная ультразвуковая обработка проводилась сразу после взятия мазков и проведения pH-метрии вагинального отделяемого. Процедура проводилась через жидкую лекарственную среду, которая являлась непосредственным проводником кавитационных волн. Время одной процедуры составляло 100-120 секунд, после чего отработанный раствор выливался, а стенки влагалища тщательно протирались стерильным марлевым тампоном. Сразу после ультразвуковой санации проводилось светолечение. Источник поляризованного света подводился к преддверию влагалища. Длительность одного сеанса составляла 6 минут. Подобная комбинация лечебных воздействий нами была выбрана для сочетания бактерицидных свойств низкочастотного ультразвука, а также противовоспалительное и иммуномодулирующее воздействие поляризованного света. После 2-3-х ежедневных сеансов отмечалось качественное изменение вагинальных выделений, и в проведении ультразвуковой санации делались перерывы, которые постепенно удлинялись. Светолечение проводилось ежедневно. Общий курс лечения составил приблизительно один межменструальный промежуток.

Полный эффект от проводимого лечения был отмечен у 210 пациенток, что составило 64,0+0,4% от общего числа.

Выводы. Предложенный метод лечения оказался абсолютно безвредным и не вызвал ни одного побочного действия, и показал довольно большой процент эффективности. Нами продолжаются исследования предложенного метода у больных с разной гинекологической патологией, сочетающейся с бактериальным вагинозом.

ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ РЕАКЦИИ МАТКИ НА МОДЕЛИРОВАННУЮ ВЛАГАЛИЩНУЮ ГИПЕРТЕРМИЮ

Емец Р.Н., Луговая А.В., Романовская О.А.
(ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: выявление закономерностей сосудистой терморегуляции матки при влагалищной гипертермии.

Материалы и Методы исследования: В исследуемую группу вошли 25 женщин проходивших 5-ти дневный курс «управляемой дозированной гипертермии», путем помещения непосредственно во влагалище термоэлемента с достижением температуры 420С в течение 20 минут. У пациенток исследуемой подгруппы проводилось контрольное исследование: исходно, до и после процедуры, с определением размеров и объема тела и шейки матки, скорости кровотока и индекса резистентности в маточных артериях, количества сосудов в контрольном объеме методами ЦДК и ЭДК. Особенностью измерений являлось неподвижное положение женщины на всех этапах исследования и отсутствие изменений в настройках аппаратуры, что гарантировало несомненную достоверность оценки данных.

Результаты и их обсуждение: После каждой процедуры гипертермии на экране монитора при ЦДК и ЭДК отмечалось увеличение пикселей мелких сосудов на 40-65%, отражающее закономерное увеличение плотности эритроцитов в заданном объеме. Мы отметили также повышение скоростных параметров артериального кровотока в маточной и дуговой артерии на 27-30% и снижение индекса резистентности ниже изначальных показателей на 6-9%. Интересно отметить, что температура влагалища, шейки матки и прилежащих органов – остается в пределах 37,50С за счет компенсаторных механизмов теплоотдачи. Они то и являются по данным различных авторов важнейшими ожидаемыми лечебными эффектами: приспособительные

сдвиги со стороны системы гемодинамики, возрастание объемного микроциркуляторного кровотока более чем в 10 раз, а также улучшение реологических свойств крови, связанных с повышенным распадом глобулинов крови.

Выводы: Исходя из полученных данных, можно сделать заключение, что способ Цветного и Энергетического допплеровского картирования является точным, высокоинформативным и позволяет судить об индивидуальной чувствительности сосудов матки к индуцированной влагалищной гипертермии.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Емец Р.Н., Луговая А.В., Уланкина О.Г.
(ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: восстановление и поддержание нормобиоза влагалища.

Материалы и Методы исследования: В исследуемую группу вошли пациенты с бактериальным вагинозом (БВ), которая составила 20 человек проходивших 3х дневный курс «управляемой дозированной гипертермии», путем помещения непосредственно во влагалище термоэлемента с достижением температуры 420С в течении 15 минут и получающие комплексного лечения препаратом «Лактогель» в комбинации с сорбентом «Энтеросгель» интравагинально в течение 3х дней. В группе сравнения были 10 женщин получавшие Метронидазол перорально. Контрольное бактериоскопическое исследование, pH-метрия, аминотест проводились за одни сутки до начала исследования, через 2 суток после окончания процедур.

Основной ожидаемый эффект от проводимой терапии – бактерицидное действие не только поверхностно расположенной флоры слизистой, но и флоры складок влагалища и шейки матки с последующим восстановлением нормальной лактофлоры за счет ускоренного экзогенного введения специального несущего лактокомплекса.

Результаты и их обсуждение: У пациенток исследуемой группы через 5 суток от начала лечения в мазках определялось увеличение количества лактобацилл на 70-85%, уменьшение количества лейкоцитов на 41-66%, а в группе сравнения после использования Метронидазола – отмечалось уменьшение клинических проявлений БВ на 30-60%, однако восстановле-

ние лактофлоры влагалища происходила к 14 дню. Сохранение клинических проявлений в виде выделений из влагалища и зуда отмечалось у 2х пациенток из исследуемой подгруппы и одной пациентки из группы сравнения. Пациенткам с сохранением симптомов БВ была предложена комплексная общая и местная химиотерапия.

Таким образом, проводимые нами исследования показывают, что наиболее эффективным и быстрым восстановлением микробиоценоза влагалища у женщин с бактериальным вагинозом является сочетанное применение гипертермии и лактонасыщенного сорбента.

Выводы: Исходя из полученных данных, можно сделать заключение, что после курса влагалищной гипертермии и использования препарата Лактогель, влагалище быстро насыщалось конкурентной лактофлорой. При этом сохранение бактериоскопических и клинических проявлений (БВ) наблюдалось реже, чем при энтеральной монотерапии Метронидазолом.

КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ КУБАНИ

Ермошенко Б.Г., Крутова В.А., Сахно В.С.

(Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Россия)

Цель: анализ гендерного поведения девушек в современном обществе и определение путей его коррекции.

Материалы и Методы исследования. Проведено многофакторное анкетирование студенток 1 и 5-6 курсов высших учебных заведений Кубани (КГМУ, КГУ, КГАУ, КГТУ, КГУФКС и Т). Исследуемая группа была сформирована методом сплошного отбора. Статистически обработано 150 анкет.

Результаты и их обсуждение. Гинекологическая заболеваемость составила 9,3% у девушек в возрасте 17-19 лет и 21,3% – у 23-25 летних. Структура гинекологических заболеваний представлена наличием урогенитальных инфекций (2,7% и 10,7% соответственно), воспалительными заболеваниями матки и придатков (5,3% и 21,3%), эрозией шейки матки (2,7% и 18,7).Значительная часть первокурсниц (90,7%) не имеют опыта общения с акушером-гинекологом, они же указали на отсутствие гинекологических заболеваний. Большинство анкетируемых первокурсниц (50%) указали, что возраст их полового дебюта – 16-17 лет, 22,7% получили первый половой

опыт в возрасте 14-15 лет и остальные 27,3% – в 18 лет и старше. В анкетах старших курсов прослеживается иная картина, 74,6% начали половую жизнь в 20-21 год и 25,4% в 18-19 лет. Основная масса респонденток, вступая в первый сексуальный контакт, оказались не готовыми к предупреждению нежелательной беременности. Так, только 36,4% первокурсниц использовали презерватив, 9,1% – спермициды, не применяли средств контрацепции треть опрошенных, остальные прибегают к таким методам как «прерванный половой акт» и спринцевания. У лиц старших курсов преобладающим является метод «прерванного полового акта» (35,8%), презерватив используют 32,8% опрошенных. Применение гормональной контрацепции отмечено в 13,4% случаев. Половую жизнь без контрацепции предпочли 11,9% из всех опрошенных, хотя 4,5% из них прибегали к экстренной «защите» Постинором. И, наконец, 5,9% выбрали календарный метод. Среди девушек младших курсов количество абортов составило 12%. Наступившая беременность у студенток 20-25 лет закончилась абортом в 9% случаев и лишь у 5% – родами. На предложение прослушать курс лекций и ознакомиться со специальной литературой, получить консультацию врача акушера-гинеколога по вопросам репродуктивного и контрацептивного поведения положительно отреагировали 86,7% девушек. Прежде всего, их интересует наиболее эффективный и надежный метод предохранения, влияние гормональных средств на молодой организм и возможные побочные действия экстренной контрацепции на репродуктивное здоровье.

Выводы. Таким образом, результаты проведенной работы показали, что гендерное поведение студенток высших учебных заведений Кубани социально-детерминировано. Внедрение в высших учебных заведениях постоянно действующей образовательной программы «Основы планирования семьи», реализуемой ее через ежегодный «Комплексный план обучения» для студентов 1-го и 5-6-го курсов позволит повысить общеобразовательный уровень студентов. Врачу акушеру-гинекологу межвузовской поликлиники следует оценивать как гинекологическую заболеваемость, половое и контрацептивное поведение, так и социальную, и профессиональную принадлежность студентки.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Жданова М.С., Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.
(Кафедра акушерства и гинекологии московского факультета ГОУ ВПО РОСЗДРАВА. Москва, Россия)

Цель: изучение статуса женщин с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) для выявления группы риска среди женщин по развитию генитального пролапса.

Материалы и методы исследования: было обследовано 68 пациенток с генитальным пролапсом, из которых у 26 (38,24%) были обнаружены признаки ДСТ – Iгруппа, у 42 (61,76%) они отсутствовали – IIгруппа. В I группе средний возраст пациенток составил 51,3±2,02г (30 – 67). Во II группе – 53,76±1,79г (32 – 73).

Результаты и их обсуждение: в I группе пролапс митрального клапана (ПМК) встречался в 15,38% (4), во II группе ПМК выявлен не был. Заболевания опорно-двигательного аппарата: в I группе – в 61,5% (16), во II группе – в 4,76% (2). Варикозное расширение вен малого таза, геморрой: в I группе – 61,5% (16), во II группе – в 19,05% (8). Отягощенная наследственность (пролапс гениталий у мамы, сестры): в I группе – у 6 пациенток (23%), во II группе – у 2 женщин (4,8%). Возникновение заболевания больные чаще всего связывали с большим количеством беременностей в анамнезе – 88 беременностей в I группе (в среднем 3,4 беременности на пациентку), из них роды в 38 случаях. Во II группе количество беременностей составило всего 170 (в среднем 4 беременности на женщину), из них роды протекали в 70 случаях. У 6 пациенток в первой группе роды протекали с осложнениями (стремительные, затяжные роды, крупный плод, разрывы тканей и т.д.), что составило 23,1%. Во второй группе – у 8 женщин (19%). Длительность заболевания составила более 10 лет среди женщин с ДСТ – в 84,6% (20), во II группе заболевание длилось менее 5 лет – 76,2% (32). В I группе опущение стенок влагалища (ОСВ) встречалось в 53,8% (14), неполное выпадение матки (НВМ) – в 46,2% (12). Во II группе ОСВ – у 26 пациенток (61,9%), НВМ – у 14 женщин (33,3%), полное выпадение матки у 2 пациенток (4,76%). В I группе женщин нарушения при мочеиспускании испытывали 22 пациенток (84,6%), из них стрессовое недержание мочи (СНМ) в 38,5% (10), императивное недержание мочи (ИНМ) – в 30,7% (8), смешанный тип недержания мочи (СмНМ) – в 15,4% (4). Во II группе: нарушения мочеиспускания были выяв-

лены у 26 пациенток (61,9%), СНМ – у 14 женщин (33,3%), ИНМ – у 6 (14,3%), СмНМ – у 4 больных (9,5%), затруднение при мочеиспускании – у 2 пациенток (4,8%). Встречаемость различных видов нарушения мочеиспускания в I и во II группах практически одинакова, исключение составляет ИНМ, которое встречается у женщин с ДСТ почти в два раза чаще. У всех пациенток проводился анализ крови на содержание С-концевых телопептидов (С-кТ), образующихся при деградации коллагена 1-го типа. В I группе уровень С-кТ составил 0,763±0.05нг/мл. Во II группе – 0,364±0.03нг/мл. Обнаружено, что уровень С-кТ достоверно ниже во II группе, что говорит о более низкой степени коллагеноразрушения. В I группе пациенток количество эстрадиола составило 152,±24,58пкмоль/л. Во II группе – 203,1±26,17пкмоль/л.

Выводы: у пациенток с пролапсом гениталий в сочетании с ДСТ наблюдается повышенное коллагеноразрушение. Поэтому, у данных женщин пролапс гениталий проявляется в молодом возрасте и имеет более продолжительное течение. Пониженный уровень эстрадиола может усугублять данное состояние. Следовательно, выявляя на ранних этапах повышенное разрушение коллагена, можно выделить группу риска по возможному развитию пролапса гениталий. Определение степени разрушения коллагена поможет выработать профилактические схемы метаболической терапии, направленной на предотвращение повышенного коллагеноразрушения.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Жилгельдина Н.З.
(Национальный научный центр материнства и детства, Астана, Казахстан)

Цель: оценка состояния функции памяти и внимания у женщин в период менопаузы

Материалы и методы исследования. Исследованы 100 женщин в период менопаузы с различными проявлениями климактерического синдрома. Средний возраст пациенток составил 53,2±1,2 года. Период менопазуы составил от 3 до 5 лет, в среднем 3,7±1,2 года. Пациенткам проводили комплексное неврологическое исследование, тесты на зрительную и слухоречевую память шкалы деменции Маттиса (ШДМ), теста рисования часов – ТРЧ (Clock Drawing Test), а также теста на внимание – проба Шульте. Нейропсихологическое тестирование выполняли всем пациентам при включении в исследование и далее через 6 мес в течение 18 мес. Коррекцию КС

проводили заместительной гормональной терапией препаратом содержащим 1 мг эстрадиола валерата и 2 мг дроспиренона.

Результаты и их обсуждение. Проблема когнитивных нарушений в настоящее время привлекает внимание врачей различных специальностей – неврологов, психиатров, геронтологов, нейропсихологов. Когнитивные нарушения проявляются, прежде всего, снижением работоспособности, продуктивности и способности к планированию деятельности.

Когнитивные нарушения в исследуемой когорте пациенток представлены снижением слухоречевой памяти и внимания. Анализ показателей показал, что на фоне лечения улучшилось выполнение реакции выбора, проб на динамический праксис ($p<0,05$). Также отмечено достоверное нарастание скорости динамических процессов (уменьшение времени выполнения пробы Шульте, $p<0,05$). Проведенный корреляционный анализ выявил незначительную связь($r=0,4$) внимательности с длительностью менопаузы. При оценке данных ШДМ на фоне терапии ЗГТ улучшилась слухоречевая память. Следует отметить, что у обследованных женщин глубокого снижения зрительной памяти не выявлено. Ухудшение состояния и нарастания выраженности когнитивных нарушений на фоне приема ЗГТ не отмечено.

Выводы. Возможности памяти в существенной степени определяют успешность индивидуума в обучении, профессиональной деятельности, других жизненных сферах. Поэтому, естественно, недостаточность мнестических функций всегда воспринимается болезненно и существенно снижает качество жизни пациента.

Выполненное исследование указывает на то, что у женщин менопаузального возраста есть преддементно-когнитивные нарушения проявляющееся снижением внимания и памяти. Заместительная гормональная терапия препаратом содержащим 1 мг эстрадиола валерата и 2 мг дроспиренона положительно влияет на интеллектуально-мнестическую способность женщин в этом возрасте, повышает когнитивную эффективность, что, безусловно, улучшает качество жизни данных пациенток.

СОДЕРЖАНИЕ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ИРКУТСКА

Загарских Е.Ю., Колесникова Л.И., Долгих В.В., Курашова Н.А.
(УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: исследовать уровень макроэлементов в сыворотке крови у мальчиков-подростков 15-17 лет города Иркутска.

Материалы и методы исследования: 78 мальчиков-подростков города Иркутска в возрасте 15-17лет.

Материалы и Методы исследования. Обследованные дети были распределены на 2 группы по содержанию кальция в сыворотке крови. 1 группа- 38 человек, мальчики подростки, концентрация кальция в сыворотке крови, которых находилась на нижней границе референтных значений. 2 группа- 40 человек, мальчики подростки, у которых концентрация кальция в сыворотке крови имела средние референтные значения. Нормальные значения кальция сыворотки крови у детей- 2,12-2,2 мМ/л, фосфора 1,3-2,26 мМ/л (Н.Тиц, 2003).

Результаты и их обсуждение: как показало исследование, у детей первой группы встречается гипокальциемия (кальций 2,1±0,013 мМ/л) в сочетании с гипофосфатемией (1,03±0,036 мМ/л). При дальнейшем обследовании этих детей были выявлены нарушения функции щитовидной железы, такие как диффузное увеличение щитовидной железы, узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит.

Во второй группе мальчиков содержание кальция в сыворотке крови имело средние референсные значения (2,28±0,014 мМ/л), а фосфор (1,32±0,053 мМ/л). При осмотре мальчиков второй группы патологии щитовидной железы было выявлено только 0,3%.

Организм здорового человека обладает саморегулирующейся системой гомеостаза, благодаря которой уровень химических элементов в крови и тканях поддерживается в соответствии с физиологическими закономерностями. Микро- и макроэлементы являются не только постоянными ингредиентами нервной системы, но и активными участниками сложных и многообразных биохимических процессов, лежащих в основе нервной деятельности. Физиологическое значение кальция заключается в уменьшении способности тканевых коллоидов связывать воду, снижении проницаемости тканевых мембран, участии в построении скелета и системе гемостаза,

а также в нервно-мышечной деятельности. Фосфор необходим для деятельности ЦНС, образования костей и клеточного энергетического обмена. Он участвует в образовании нуклеиновых кислот, нуклеотидов, фосфолипидов и других соединений. Оценка состояния химического гомеостаза организма является одной из актуальнейших задач современной медицины.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование доказало, что детям с патологией щитовидной железы и проживающих в зонах эндемичных по йоду, необходимо определять макроэлементы сыворотки крови (кальций, фосфор) для ранней диагностики и лечения эндокринных нарушений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАЛОЧЕК ЛАМИНАРИИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Занько С.Н.,* Журавлева Е.В., Журавлев А.Ю. ****

(УО «Витебский государственный медицинский университет»*, УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №1»**, Витебск, Республика Беларусь)

Цель: оценить эффективность использования палочек ламинарий для подготовки шейки матки к родам традиционным и модифицированным способом.

Материалы и Методы исследования: Проведена подготовка шейки матки к родам у 48 женщин с гестозом легкой степени, не имеющих противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути: 23 беременным (1 группа) интрацервикально вводили палочки ламинарий общепринятым способом; 25 беременным (2 группа) в цервикальный канал вводили палочки ламинарии с предварительным замачиванием 1/3 их дистального отдела в антисептическом растворе в течение 2 часов. После инкубации производили введение ламинарий в цервикальный канал. Возраст беременных первой группы составил в среднем 23±2,3 с колебаниями от 18 до 38 лет. По паритету родов женщины из сравниваемых групп существенно не различались, однако отмечалось превалирование первородящих в обеих группах. Беременность у всех пациенток была доношенной (37-40 недель). Степень зрелости шейки матки определялась по шкале Бишопа (ИБ). Исходный ИБ в первой группе составлял 3,4±0,4 балла, во второй – 3,5±0,2 балла. Контрольная оценка зрелости шейки матки производилась через 8 часов после введения ламинарий. Оценивалась эффективность палочек ламинарий, возникновение побочных эффектов, осложнений. Определялись условия для родоразрешения.

Результаты и их обсуждение. Степень зрелости шейки матки после подготовки к родам достоверно возросла как в первой, так и во второй группах.

Через 8 часов ИБ в первой группе составлял 6,5±0,3 (динамика ИБ – 3,1±0,2) балла, во второй 7,3±0,4 балла (динамика ИБ – 3,8±0,1). Интервал между амниотомией и полным раскрытием шейки матки (часов) в первой группе составил – 5,6±0,4 часов, во второй – 5,2±0,3 часов. Интервал между амниотомией и родоразрешением составил 6,3±0,3 часа, 5,5±0,3 часа в первой и второй группах соответственно. Продолжительность первого периода родов в первой группе составила -, 6,9±0,2 часа, во второй – 6,0±0,3 часа. Общая продолжительность родов – 7,1±0,5 часа и 6,5±0,8 в первой и второй группах соответственно. Преждевременное излитие околоплодных вод в 1 и 2 группах имело место в 4 и 3 случаях соответственно. В первой группе кесарево сечение произведено у 3 женщин. Основными показаниями для оперативного родоразрешения явились: слабость родовых сил, начавшаяся внутриутробная гипоксия плода. Во второй группе кесарево сечение произведено у 2 женщин в связи со слабостью родовых сил. Родилось 48 живых доношенных детей. Оценка по шкале Апгар 8 баллов и выше была у всех новорожденных первой и второй групп. Во время родов и в неонатальном периоде в обеих группах не наблюдалось инфекционных осложнений.

При оценке течения родов между группами выявлены достоверные отличия в динамике ИБ, интервале между амниотомией и родоразрешением, продолжительностью первого периода родов.

Выводы. Обнаруженная нами возможность использования гигроскопичных свойств палочек ламинарий на этапе их предварительной инкубации вне организма позволяет уменьшить время их нахождения в цервикальном канале с сохранением механизма действия, что открывает новые возможности более широкого использования эффективных и экологически чистых натуральных осмотических дилататоров.

ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ У ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ МАГНИТОГОРСКОГО МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА

Зверева Ю.М.
(Автономная некоммерческая организация «Медико-санитарная часть администрации г. Магнитогорска и ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат», Магнитогорск, Россия)

Цель: разработка научно-обоснованных рекомендаций по профилактике неблагоприятного влияния вредных производственных факторов на течение беременности ранних сроков у женщин-работниц «ММК».

Материалы и методы исследования: на базе гинекологического отделения АНО «МСЧ» нами обследованы 62 женщин – работниц листопрокатных цехов ОАО «ММК» (машинисты крана) в возрасте от 20 до 35 лет (средний возраст – 24,5±6,7), со стажем работы от 2 до 16 лет (средний стаж работы – 7,8±5,8). Среди всех обследованных 73,3% составили женщины со сроком беременности от 5 до 12 недель и 26,7% – от 12 до 27 недель.

Методы исследования включали: анкетирование, сбор анамнеза, гинекологический осмотр, диагностическое обследование (клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, иммунологические исследования, определение гормонов щитовидной железы и ВУИ, анализы влагалищных мазков, ЭКГ, УЗИ органов малого таза с допплерометрией), консультации узких специалистов. Медикаментозная терапия включала седативные средства, поливитамины, спазмолитики, гормональные средства, средства дезинтоксикационной терапии, диуретические средства и т.д. Помимо медикаментозной терапии каждой беременной проводилась психологическая коррекция, аутогенная тренировка, иглорефлексотерапия.

Из общего числа работающих на ОАО «ММК» женщины детородного возраста составляют почти 20%, и более половины из них (53%) работают во вредных и опасных условиях. К вредным факторам на рабочих местах женщин относят нагревающий микроклимат, пыль, химический фактор, шум, недостаточное освещение, что соответствует классу условий труда 3.2.-3.3.

Результаты и их обсуждение: анализ акушерской заболеваемости показал, что в I триместре в 86,6% случаев ведущим диагнозом является угроза

прерывания беременности, далее следуют гестозы первой половины беременности (53,3%), и в 16,6% случаев – погибшее плодное яйцо. Во втором триместре диагноз угрозы прерывания беременности встречается в 73,5% случаев, гестозы II половины составляют-23,7%. В настоящий момент 27 женщин родили доношенных младенцев на сроке гестации 38-40 недель (23 женщины через естественные родовые пути и 4 путем кесарева сечения, причиной которого, в 3-х случаях стала аномалия родовой деятельности и в одном – тазовое предлежание плода). Средний вес новорожденных составил- 2920,0±198,0 гр., длина- 49,6±1,4 см.

Выводы. С 2004 года, на базе МСЧ совместно с ОАО «ММК» действует программа охраны материнства и детства, представленная центром «Материнство». С 12 недель гестации и вплоть до предродового декретного отпуска женщины освобождаются от работы с сохранением заработной платы и в дальнейшем посещают данный центр. Будущие мамы получают знания о течении беременности и родов, по уходу за новорожденными детьми, занимаются гимнастикой для беременных и посещают аквапарк, получают бесплатно поливитамины для беременных. За последние 2 года на 15% повысилась рождаемость среди работниц ОАО «ММК», уменьшилось число преждевременных родов, отсутствуют случаи перинатальной смертности. Работа по улучшению репродуктивного здоровья женщин продолжается.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ ВНУТРИУТРОБНО

Зубков В.В., Михайлова О.И., Макиева М.И., Тютюнник В.Л.
(ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова», Москва, Россия)

Цель: Катамнестическое наблюдение детей, перенесших гипоксию внутриутробно.

Материалы и методы исследования: Интерес представляют отдаленные последствия внутриутробной гипоксии на состоянии здоровья детей. Для этого у 95 детей (35 при наличии плацентарной недостаточности и инфекции, 30 – при наличии плацентарной недостаточности без инфекции, 30 – у матерей с инфекцией без плацентарной недостаточности) были изучены особенности физического и нервно-психического развития, а также заболеваемость в возрасте до 1 года. Оценка состояния здоровья детей включала

данные динамического наблюдения по возрастным периодам жизни до 1 года, антропометрию, характеристику неврологического статуса, возрастные показатели развития статики, речи, навыков, особенности поведения. Кроме того, учитывали кратность заболеваний детей, а также нозологические формы заболеваний.

Результаты и их обсуждение: У новорожденных от матерей с плацентарной недостаточностью инфекционного генеза достоверно чаще отмечаются: низкие массо-ростовые показатели; недоношенность; асфиксия различной степени тяжести; дизадаптационные явления в раннем неонатальном периоде с длительном их течением; внутриутробная гипотрофия (в основном симметричная форма), а также наличие выраженных ее форм (масса тела ≤ 3 перцентили); реализация инфекции в неонатальном периоде в виде патологии бронхолегочной системы и генерализованных форм преимущественно смешанного вирусно-вирусного или вирусно-бактериального характера; длительное, вялотекущее течение инфекционного процесса на фоне снижения общей иммунореактивности организма. Физическое, статико-моторное и нервно-психическое развитие доношенных детей группы с инфекцией без плацентарной недостаточности достоверно не отличались от популяционных данных. Отклонения выявлены у детей при недостаточности плаценты. У детей, родившихся преждевременно, достоверно чаще происходила задержка физического и нервно-психического развития. В группе с плацентарной недостаточностью и инфекцией задержка в физическом развитии отмечена у 37,1% детей. Наиболее часто отклонения в нервно-психическом статусе проявлялись в виде перинатальной энцефалопатии и гипертензионного синдрома и были выражены у детей, матери которых перенесли плацентарную недостаточность (с инфекцией – 42,9%, без инфекции – 20%). Своевременно начатая корригирующая терапия у большинства детей приводила к исчезновению признаков перинатальной энцефалопатии. Признаки гипертензионного синдрома и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости к концу 1 года жизни оставались лишь в 7,5% случаев. При анализе заболеваемости детей выявлена значительная частота инфекционных заболеваний (частые ОРВИ, обострение герпес-вирусной инфекции), отмечаемых практически у каждого второго ребенка (51,4%) в группе с плацентарной недостаточностью инфекционного генеза и каждого третьего (33,3%) – в группе с инфекцией без плацентарной недостаточности и достоверно превышающих популяционные данные. Различные инфекции с более тяжелым и длительным течением достоверно чаще отмечались у детей, имевших изначально иммунодефицитное состояние (плацентарная недостаточность+инфекция), а также среди недоношенных новорожденных.

Кроме инфекционных заболеваний, у детей данной группы была выявлена высокая частота экссудативного диатеза (48,6%), дисбактериоза кишечника (68,6%) и др.

Выводы: У детей, перенесших гипоксию внутриутробно, т.е. плацентарную недостаточность, на первом году жизни отмечаются задержка физического, нервно-психического развития и повышенная частота заболеваемости. Это требует в последующем регулярного диспансерного наблюдения за этими детьми педиатром, невропатологом и, при необходимости, врачами других специальностей.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Зур Н.В., Миронов А.Ю., Нестерова М.В., Русанова Е.В.
(Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия)

Цель: анализ экологической общности микрофлоры слизистых урогенитальной системы и крови у женщин репродуктивного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовых органов сочетанной хламидийной этиологии.

Материалы и Методы исследования: изучали экологическое сходство микроорганизмов, формирующих микробиоценоз слизистых урогенитального тракта, периферической крови с определением коэффициента Жаккарда, интегральных показателей фагоцитоза (индекс переваривания и индекс завершенности фагоцитоза) у 21 женщины репродуктивного возраста с затяжным, рецидивирующим характером течения хронических воспалительных заболеваний урогенитальной системы (эндо- и экзоцервицит, сальпингоофорит, эндометрит) сочетанной хламидийной этиологии в стадии обострения. В целом проанализировано 189 проб и 673 исследования.

Результаты и их обсуждение: при анализе экологической общности микрофлоры отдельных биотопов урогенитального тракта наивысшая экологическая общность зарегистрирована в слизистой цервикального канала у хламидий/микоплазм (80%), синергические взаимоотношения (50-55%)

отмечены в слизистой цервикального канала у хламидий/уреаплазм, трихомонад/микоплазм, хламидий/трихомонад, в слизистой уретры – у микоплазм/уреаплазм (44,4%), а также в крови – у хламидий/микоплазм (44,4%). Установлено, что в группе (№1) больных с недостаточностью фагоцитарной функции нейтрофилов (65 % обследованных) значения показателей экологической общности ведущих изолятов условно-патогенных микроорганизмов (Lactobacillus spp., Staphylococcus haemolitycus, Streptococcus группы viridans, Enterococcus faecium, дрожжеподобные грибы) были существенно большими (7,1-33,3%) и достоверно отличались ($p<0,05$) от данных пациенток с нормальной фагоцитарной активностью нейтрофилов (20% – группа №2), у которых они были нулевыми. Исключением являлось наличие абсолютного мутуализма (100%) для Lactobacillus spp. и Enterococcus faecium у пациенток 2 группы. В целом значения коэффициента Жаккарда для возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), у больных 1 группы составили 5-52% и частично достоверно отличались от данных пациенток 2 группы (14,3-44,4%). При этом у больных с недостаточностью фагоцитарной функции нейтрофилов выявлены преимущественно (66,7%) антагонистические взаимоотношения как между возбудителями ИППП, так и между условно-патогенными микроорганизмами и возбудителями ИППП (100%).

Выводы: сосуществование хламидий и микоплазм в цервикальном биотопе при хроническом хламидиозе является закономерным, что диктует тактику комплексной антимикробной терапии. Нормальное состояние системы нейтрофильного фагоцитоза у больных с хронической сочетанной хламидийной инфекцией характеризуется более выраженной антагонистической активностью условно-патогенной микрофлоры слизистых урогенитального тракта.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Зур Н.В., Миронов А.Ю., Нестерова М.В., Русанова Е.В.
(Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия)

Цель: анализ экологической общности микрофлоры слизистых урогенитальной системы и крови у клинически здоровых женщин репродуктивного возраста.

Материалы и Методы исследования: изучали экологическое сходство микроорганизмов, формирующих микробиоценоз слизистых урогенитального тракта, содержимого толстой кишки, периферической крови с определением коэффициента Жаккарда, интегральных показателей фагоцитоза (индекс переваривания – ИП, индекс завершенности фагоцитоза – ИЗФ) у 23 клинически здоровых фертильных женщин (133 пробы и 683 исследования).

Результаты и их обсуждение: выявлено, что в группе (№ 1) пациенток с нормальной фагоцитарной функцией нейтрофилов (36,8%) показатели экологической общности ведущих условно-патогенных микроорганизмов были достоверно ниже (0-12,5%, $p<0,05$), чем при дефиците (36,1% – группа № 2) системы нейтрофильного фагоцитоза (9,1-50,0%). У женщин со сниженной функциональной активностью нейтрофилов значения коэффициента Жаккарда были существенно большими и составили для Enterococcus faecium и дрожжеподобных грибов 50% против 0%; Enterococcus faecalis и Klebsiella pneumoniae – 33,3% против 0%; Streptococcus группы viridans и Klebsiella pneumoniae – 12,5: и 0%; Streptococcus группы viridans и Enterococcus faecalis – 10%: и 0% ($p<0,05$).В обеих группах обследованных во всех изучаемых биотопах верифицировано отсутствие возбудителей инфекций, передаваемых половым путем. В слизистых урогенитального тракта у женщин 1 группы при значениях ИП (15,89±8,96), ИЗФ (25,59±17,21) установлено преобладание (43%) монокультур Lactobacillus spp. (103-4 КОЕ/мл), коагулазоотрицательных стафилококков – CNS (103 КОЕ/мл), реже (28,6%) высевались Streptococcus группы D (103 КОЕ/мл); в просветной микрофлоре толстой кишки обнаружены (100%) лакто- и бифидобактерии (103-9 КОЕ/мл и 106-8 КОЕ/мл соответственно), Echerichia coli (106-9 КОЕ/мл), Enterococcus faecalis (105-8 КОЕ/мл) и Enterobacteriacea spp. (71% – 102-5 КОЕ/мл). У обследованных 2 группы при значениях ИП (-48,01±54,38), ИЗФ (-38,07±31,84) установлено наличие в слизистых урогенитального тракта преимущественно (по 33,3%) монокультур Lactobacillus spp. и CNS (103 КОЕ/мл), Enterococcus faecium (103-5 КОЕ/мл), Streptococcus группы viridans (103 КОЕ/мл), эпизодически – дрожжеподобных грибов (103 КОЕ/мл); Klebsiella pneumoniae (104 КОЕ/мл), в просветной микрофлоре толстой кишки уменьшение содержания лакто- и бифидобактерии (83% – 105-8 КОЕ/мл), регистрация Echerichia coli Hly+, Lac- (33,4%), Enterococcus faecalis (67%) и Enterococcus faecium (50%) – 105-8 КОЕ/мл, Staphylococcuc aureus 104 КОЕ/мл

Выводы: таким образом, у клинически здоровых фертильных женщин установлена прямая корреляционная зависимость между фагоцитарной функцией нейтрофилов (первой линии защиты от бактериальной инвазии) и микробным пейзажем урогенитальной системы и содержимого толстой

кишки. Следовательно, нейтрофильный иммунодефицит у клинически здоровых женщин репродуктивного возраста характеризуется синергическими взаимоотношениями между микроорганизмами в биотопах урогенитальной системы, что, вероятно, является одним из факторов развития дисбиоза и микробиологической предпосылкой для развития воспалительного процесса в органах мочеполового тракта.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иванова Л.А., Ильин А.Б., Глуховец Б.И.
(Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Ленинградское областное детское патолого-анатомическое бюро, Санкт-Петербург, Россия)

Цель: изучение влияния различных форм и стадий хронической плацентарной недостаточности на течение беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ 332 историй родов, обменных карт и заключений патологоанатомического исследования последов, проведенных в Ленинградском областном детском патологоанатомическом бюро за период с января по июль 2007 года. Все пациентки были разделены на 2 основные группы: с нормальным строением последа и имеющие последы с наличием хронической плацентарной недостаточности (ХПН). В случае ХПН определялась стадия процесса: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

Во время беременности все пациентки были обследованы по стандартной схеме, утвержденной Приказами МЗ №224 от 30.03.2006 г. и №50 от 10.02.2003 г. Ультразвуковые исследования проводились в сроки, указанные в Приказе МЗ №457 от 28.12.2000 г. При необходимости выполнялись контрольные допплерометрические и фетометрические исследования по индивидуальной схеме. Для проведения ультразвуковых исследований использовали ультразвуковые аппараты “Voluson 730” (Kretz-Tekhnik) и Hitachi-5500.

Выводы: 1. Исход беременности при ХПН зависит не только и не столько от самого факта наличия недостаточности, сколько от стадии процесса. При компенсированной плацентарной недостаточности вес и рост новорожденных, оценка по шкале Апгар достоверно не отличаются от аналогичных показателей при нормальном строении плаценты. Синдром задержки внутриутробного развития плода достоверно чаще встречается при наличии

субкомпенбированной плацентарной недостаточности и всегда встречается при декоменсированной плацентарной недостаточности.

2. При ХПН достоверно чаще беременность прерывается досрочно самопроизвольно или искусственно по показаниям со стороны матери или плода. Досрочное прерывание беременности путем операции кесарева сечения встречалось и при нормальном строении плаценты, но достоверно реже. При досрочном прерывании беременности при наличии компенсированной плацентарной недостаточности гипотрофия плода встречается в 1,98% случаев, что не отличается от группы с нормальным развитием плаценты (2,16%). То есть, даже при наличии у матери острой или хронической патологии, делающей невозможным дальнейшее пролонгирование беременности, состояние плода на момент рождения не отличается от такового у плода от нормально протекавшей беременности. При наличии субкомпенсированной плацентарной недостаточности операция кесарева сечения в экстренном порядке при беременности вне зависимости от срока выполняется достоверно чаще, чем в норме, а при декомпенсированной плацентарной недостаточности требуется экстренное родоразрешение во всех случаях.Требуется разработать комплекс диагностических мероприятий, позволяющих во время беременности ставить диагноз ХПН субкомпенсированной и декомпенсированной стадии. При этом целью постановки диагноза являются назначение лечения (коррекции состояния плаценты и плода) при субкомпенсированной хронической плацентарной недостаточности и экстренное родоразрешение при диагностике декомпенсированной плацентарной недостаточности.

ФДТ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ

Иванова Л.В., Савинов И.П., Федина Е.В.

(Кафедра хирургических болезней МПФ СПбГМА им. И.И.Мечинкова, кафедра акушерства и гинекологии ВМА им.С.М.Кирова, Северо-Западный центр лазерной медицины. Россия. Санкт-Петербург)

Цель: повышение эффективности терапии патологических состояний шейки матки и влагалища, ассоциированных с ПВИ, путем разработки новых малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы исследования: фотодинамическая терапия (ФДТ) выполнена 36 пациенткам в возрасте от 18 до 41 года с распространенными формами ПВИ шейки матки и влагалища. Всем женщинам до и после лечения было проведено комплексное обследование, включающее в себя расширенную кольпоскопию, мазки на флору и онкоцитологию, биопсия, определение ПВИ методом ПЦР. При расширенной кольпоскопии у всех пациентов (100%) была выявлена эктопия с незаконченной зоной трансформации, участками мозаики, пунктации, немыми йод-негативными зонами. Кондиломатозный вагинит установлен в 100% случаев. Гистологическое исследование у всех пациенток выявил дисплазию I-II степени. Инфицированность онкогенными типами ПВИ была подтверждена в 100% случаев.

Использовался фотосенсибилизатор радохлорин 0.35% в виде внутривенной капельной инфузии и 1% интровагинального геля. Через 2 часа после введения препарата проводилось облучение слизистой на аппарате «АТКУС-2». Длительность облучения – 2 Вт, плотность мощности – 300-600 мВт/см2, плотность энергии 300-600 Дж/см^2. Количество полей облучения варьировало в зависимости от распространенности ПВИ. Процедура проводилась однократно.

Первой группе (10 человек) пациенток вводилось 20 мл интервагинального 1% геля

радохлорина. Второй группе (15 человек) пациенток радохлорин вводился внутривенно капельно 1.2 мг на кг веса. Третьей группе (11 человек) пациенток одновременно вводили радохлорин внутревенно капельно из расчета 2.4 мг на кг веса и 20 мл 1% интервагинального геля.

Результаты и их обсуждение: контроль эффективности ФДТ проводился на 5, 10 и 30 дни с момента выполнения процедуры. Так у первой группы пациенток отсутствовал эффект после проведенного сеанса ФДТ. Сохранялись признаки ПВИ и проявления кондиломатозного вагинита. Во второй группе, у 10% пациенток наблюдалась полная эпителизация эктопии и исчезновение признаков ПВИ, у 30% – полная эпителизация эктопии и сохранялись явления кондиломатозного вульвовагинита. У 60% эффект от сеанса ФДТ отсутствовал. В третьей группе, у 80% пациенток наблюдалась полная эпителизация эктопии и исчезновение признаков ПВИ. У 20% – полная эпителизация с исчезновением признаков ПВИ с шейки матки и сохранение кондиломатозного вагинита.

Выводы. ФДТ является новым перспективным малоинвазивным методом лечения патологических состояний шейки матки и влагалища, ассоциированных с ПВИ. Выбор пути введения и дозы фотосенсебилизатора индивидуален и зависит от распространенности и характера поражения слизистой ПВИ, что требует дальнейших углубленных исследований. Местное введение малоэффективно.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.
(Кафедра акушерства и гинекологии московского факультета ГОУ ВПО РОСЗДРАВА. Москва, Россия)

Цель: выявление нарушений в иммунной системе, наблюдаемые при патологии соединительной ткани.

Материалы и методы исследования: было обследовано 68 женщин, из которых у 26 (38,24%) больных были обнаружены признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ), у 42 (61,76%) они отсутствовали. Возраст обследуемых пациенток составил от 46 до 63 лет (средний возраст 52,82±1,34года).

Результаты и их обсуждение: больные были разделены на две группы. Первую группу (I) составили 26 (38,2%) больных с генитальным пролапсом в сочетании с ДСТ. Вторую группу II составили 42 женщины (61,8%) без ДСТ. При исследовании иммунного статуса у женщин с ДСТ и без неё определяли следующие показатели: оценка гуморального иммунитета – иммуноглобулины (Ig) A, G, M, E, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), C3- и C4-компоненты комплемента (C3C, C4C). Полученные результаты сравнивали со следующими показателями: IgA – 0,7-5г/л, IgG – 7-16г/л, IgM – 0,4-2,3г/л, ЦИК – 50- 200 опт.плотн., C3C – 90 – 180мг/дл, C4C – 10 – 40мг/дл. В I группе у женщин с ДСТ были получены следующие результаты: IgG– 17,05±0,95 г/л; IgA – 3,57±0,13 г/л; IgE – 162,7±2,79 МЕ/мл; IgM – 2,2±0,15 г/л; ЦИК – 215,7±2,52; C3C – 84,5±2,41 мг/дл; C4C – 18,9±1,87 мг/дл. Во II группе у пациенток без ДСТ были получены следующие результаты: IgG– 16,17±0,88 г/л; IgA- 3,49±0,17 г/л; IgE –75,37±7,1 МЕ/мл; IgM – 1,48±0,07 г/л; ЦИК – 116,9±9,18; C3C – 151,6±3,54 мг/дл; C4C – 27,9±1,04 мг/дл.

Были получены результаты, свидетельствующие об изменении показателей гуморального иммунитета у женщин с ДСТ. Уровни IgG, IgA в обеих группах практически не отличаются. Количество IgM оказалось выше у женщин с ДСТ, также у них отмечается значительная гипериммуноглобулинемия E. Возможно это связано с процессом нарушения распознавания антигена, в частности, соединительнотканных структур, что в свою очередь приводит к хронической стимуляции системы, ответственной за выработку IgE. Отмечается значительное повышение уровня ЦИК у больных с ДСТ, что может быть связано с нарушением процессов элиминации, также снижены уровни C3- и C4 – компоненты комплемента, что может приводить к

нарушению процессов опсонизации, в результате чего возникают дефекты системы фагоцитоза.

Выводы: Структурно-функциональные изменения в различных органах и тканях, вызванные прогредиентным диспластическим процессом, сопровождаются формированием выраженной недостаточности клеточного, фагоцитарного и гуморального звеньев иммунной системы. У больных со всеми формами дисплазии соединительной ткани отмечается клеточный иммунодефицит, проявляющийся достоверным снижением численности CD3+-лимфоцитов. Кроме того, у пациентов отмечается отчетливая гиперпродукция IgE, которая достигает своего максимума при аутоиммунных заболеваниях, ассоциированных с дисплазией соединительной ткани. У всех пациентов отмечается снижение уровня IgA.

Таким образом, зная, какие изменения в иммунном статусе наблюдаются у женщин с ДСТ, мы можем проводить мониторинг данных показателей и при их ухудшении назначать иммуномодулирующую терапию, тем самым уменьшая вероятность развития иммунодефицитных, аутоиммунных, аллергических заболеваний.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕННОГО МЕТАБОЛИЗМА КОЛЛАГЕНА У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.

(Кафедра акушерства и гинекологии московского факультета ГОУ ВПО РОСЗДРАВА. Москва, Россия)

Цель: оптимизация методов лечения, направленных на улучшение процессов коллагенообразования.

Материалы и Методы исследования: всего было обследовано 68 больных. Было выделено 2 группы. Первую группу (I) составили 26 (38,25%) больных с генитальным пролапсом в сочетании с дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Средний возраст пациенток составил 51,3±2,02г. Вторую группу II составили 42 женщины (61,75%) без ДСТ. Средний возраст составил – 53,76±1,79г.

Результаты и их обсуждение: при исследовании гормонального статуса наиболее значимыми показателями обладал эстрадиол, так как уровни остальных гормонов существенно не отличались по группам. В I группе средний уровень эстрадиола составил 152,8±24,58 пкмоль/л, во второй

203,1±26,17 пкмоль/л. Каждая группа была разделена на подгруппы, в которых проводилось различное лечение. В первой подгруппе обеих групп проводилось гормональное лечение, направленное на коррекцию нарушений, метаболическая терапия, улучшающая процессы синтеза коллагена. В другой подгруппе проводилось только гормональное лечение. В IA группе – уровень эстрадиола до лечения составил 178±39,44 пкмоль/л. Через 6 месяцев – 290,2±52,0 пкмоль/л. Через год – 309,2±49,2 пкмоль/л. Во IB группе до лечения – 131,1±30,8 пкмоль/л. Через 6 месяцев – 177,1±35,1 пкмоль/л. Через год – 219,7±29,9 пкмоль/л. Во IIA уровень эстрадиола составил 229,8±34,9 пкмоль/л, через 6 месяцев–360,8±51,9пкмоль/л, через год–04,8±58,9пкмоль/л. Во IIB группе до лечения: 159,6±37,4 пкмоль/л, через 6 месяцев – 280,2±59,7 пкмоль/л, через год – 313,4±65,5 пкмоль/л. Обращает на себя внимание равномерное повышение уровня эстрадиола на фоне гормонального лечения, не зависимо от наличия у женщины патологии соединительной ткани.

Количество С-концевых телопептидов (С-кТ), образующихся в результате деградации коллагена 1 типа, в I группе было равно 0,76±0,05 нг/мл, во II группе – 0,36±0,03 нг/мл. В IA группе изначальный уровень составил 0,75±0,1 нг/мл, через 6 месяцев – 0,51±0,05 нг/мл, через 1 год – 0,49±0,05 нг/мл. Во IB группе -0,72±0,04 нг/мл, через 6 месяцев – 0,62±0,04 нг/мл, через год – 0,6±0,04 нг/мл. Во IIA группе уровень С-кТ до лечения составил 0,36±0,04 нг/мл, через 6месяцев – 0,29±0,02 нг/мл, через 1 год – 0,27±0,02 нг/мл. Во IIB группе до лечения – 0,36±0,04 нг/мл, через 6 месяцев – 0,31±0,03 нг/мл, через 1 год – 0,29±0,03 нг/мл.

Наилучшие результаты достигнуты в IA группе, в которую входили женщины с ДСТ и которым проводилась сочетанная терапия, включающая и метаболическую, которая улучшает процессы коллагенообразования. Достоверные значения достигаются уже через 6 месяцев лечения. В IB группе уровень коллагеноразрушения постепенно снижается, однако не столь существенно и достоверные результаты наблюдаются не раньше, чем через год гормонального лечения. У женщин без ДСТ на фоне метаболической терапии уровень деградации коллагена 1-го типа снижается очень незначительно. И практически никаких изменений не наблюдается в метаболизме коллагена у пациенток без патологии соединительной ткани и без терапии, направленной на улучшение процессов коллагенообразования.

Выводы. Эстрогены оказывают влияние на метаболизм коллагена в тазовой соединительной фасции, которое связано с повышением, как его синтеза, так и деградации. Доказана наибольшая эффективность при назначении гормональной терапии в сочетании с метаболической, направленной на улучшение процессов коллагенообразования у пациенток с дисплазией соединительной ткани.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНФЕКЦИОННЫМ КОМПОНЕНТОМ В ГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Казиева С.Ф., Магомедова Д.М., Аскерханова Э.Р., Нурмагомедова С.С.
(Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС ДГМА, ДНЦ РАМН, Махачкала,Россия)

Цель: улучшение исходов гестации, показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное проспективное обследование и лечение 110 женщин с ППБ инфекционного генеза, находившихся в специализированном отделении невынашивания беременности родильного дома № 3 РКБ города Махачкалы. В зависимости от программы обследования и лечения были выделены две группы беременных: 1-я группа (60 женщин) с применением перинатальных технологий, 2-я группа (50 женщин) со стандартными методами обследования и лечения.

В алгоритм обследования и лечения больных первой группы были включены медицинские стандарты минимального и максимального уровней. Помимо общеклинических, использовались специальные вирусологические, иммунологические, биохимические и генетические методы. Состояние фетоплацентарного комплекса (ФПК) оценивалось в динамике регулярным клиническим наблюдением, исследованием перинатальных инфекций (методами иммунофлюоресценции, иммуноферментного анализа, ДНК – полимеразной цепной реакции, ультразвуковым исследованием (биометрия плода, плацентография, допплерометрия кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод, определение биофизического профиля плода, кардиотокография), уровнем гормонов в крови и специфических белков беременности, состоянием метаболизма и системы гемостаза в организме беременной и др.

Результаты и их обсуждение. Все беременные, включенные в исследование, были сопоставимы по сходной клинической характеристике. Возраст пациенток колебался от 20 до 42 лет. В акушерском анамнезе у больных отмечались по два самопроизвольных аборта в 38%, от 3-5 – в 48%, более 5 – в 12%. Среди осложнений настоящей беременности преобладала угроза прерывания, по поводу чего женщины в 46% нуждались в повторной госпитализации.

Результаты исследований выявили в 68% – хламидиоз, в 28,4% – СМВ, в 52,6% – генитальный герпес, в 16,3% – токсоплазмоз, в 12,5% – листериоз, в 24,5% – краснуху, в 4,2% – бруцеллез, в 22,4% – сочетание различных инфекций. В 48,2% случаях была установлена ФПН II и III степени, что позволило включить в «базис-терапию» ППБ инфекционного генеза (сохраняющая + рациональная противовирусная и антибактериальная) терапевтический комплекс по коррекции нарушений функций ФПК.

Терапия угрозы прерывания беременности осуществлялась комплексно, с учетом клинических проявлений течения беременности и причин невынашивания. Она заключалась в назначении седативных, спазмолитических, токолитических, метаболических препаратов, по показаниям – сочетанной гормональной, противовирусной и антибактериальной, иммуномодулирующей терапии, а также профилактики или коррекции фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

В комплексную терапию ППБ и ФПН включались такие немедикаментозные методы лечения, как: эндоназальная гальванизация, иммуноцитотерапия, гипербарическая оксигенация, лазеротерапия, электроанальгезия, эфферентные методы гравитационной хирургии (плазмаферез, гемосорбция и др.), озонотерапия.

При проведении сравнительного анализа клинических данных выявлено достоверное улучшение показателей ФПК, что способствовало снижению частоты преждевременных родов, перинатальной заболеваемости и смертности.

Выводы. Таким образом, использование современных перинатальных технологий в диагностике и терапии ФПН у женщин с ППБ инфекционного генеза способствовало улучшению исходов гестации в 76%, снижению показателей перинатальной заболеваемости в 1,8 раз и смертности в 2,3 раза.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДА ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кан Н. Е., Кондриков Н.И., Орджоникидзе Н.В.
(ФГУ «Научный центр акушерства,гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: изучение особенностей морфологических изменений в плаценте при ВУИ.

Материал исследования: Всего обследовано 180 беременных с высоким инфекционным риском, из них соответственно I – основную и II -группу сравнения составили 90 и 90 пациенток с и без реализации ВУИ. У всех беременных анализировали особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояния плода и новорожденного, проводили морфологическое исследование последа.

Результаты исследования: Из осложнений настоящей беременности у пациенток I группы преобладали ранний токсикоз – 45 % (29,5% – во II группе), угроза прерывания беременности в I триместре – 35% и многоводие в III триместре – 32,5 % (20,9% и 2,9% соответственно в группе сравнения). Развитие хронической плацентарной недостаточности было отмечено в 14,5 % и 2,5 % случаев в I и II группах, однако явления плацентита диагностированы только в группе с ВУИ (2,5%). Синдром задержки внутриутробного развития плода был выявлен в 5 % и 1,5 % соответственно по группам.

Беременность закончилась своевременными родами у 94,9% в I и 98,5% пациенток во II группах, преждевременные роды составили соответственно 5,1 % и 1,4%. Родоразрешение через естественные родовые пути произошло соответственно в 48,7% и 49,2 % случаев, путем операции кесарево сечение – в 51,3% и 50,8%. При этом экстренное оперативное родоразрешение упациенток с ВУИ производили в 1,6 раза чаще (P<0,05). В данной группе среди показаний к оперативному родоразрешению преобладали острая внутриутробная гипоксия плода (7,6%) и привычное невынашивание беременности в анамнезе (3,5%).

При исследовании плацент от детей с ВУИ была выявлена корреляция между морфологическими изменениями в последе и инфекционной патологией у новорожденного. Во всех наблюдениях плодная поверхность была гладкой, материнская – отчетливо выраженными дольками. Ткань плацент имела губчатый вид, в 2 наблюдениях имелись очаги кровоизлияний. На поверхности 7 плацент имелись множественные петрификаты. Масса плацент составляла 452,3±34,7 г, их объем – 476,7±423,4 см3, плацентарно-плодный индекс – 0,16±0,02, содержание межворсинчатого фибриноида – 6,7±0,9%, плодового фибриноида – 4,9±0,6%, межворсинчатого пространства – 18,9±2,4%. Число капилляров в ворсинке составляло 2,1±0,5, диаметр капилляров – 5,7±1,1 мкм, толщина плацентарного барьера – 4,9±1,2 мкм. При микроскопическом исследовании в базальной пластинке и септах выявлены инфильтрация лимфоцитами с примесью лейкоцитов, дистрофические изменения децидуальных клеток. Последние были с вакуолями, некоторые – с пикнотическими ядрами. Стенки сосудов были утолщены, в 4 наблюдениях в них имелись тромбы. Во всех плацентах при ВУИ отмечались очаго-

вые или более выраженные поражения ворсинчатого хориона в виде утолщения синцитиотрофобласта, увеличения размеров ворсин и сужения межворсинчатого пространства, отложение в нем фибриноида. В строме ворсин были обнаружены инфильтрация лимфоцитами и фиброз. В 12 наблюдениях имело место сочетание фиброза и пролиферации, приведшие к деформации ворсин. В хориальной пластинке на значительном протяжении отмечались, различной степени выраженности компенсаторно-приспособительные изменения ворсин. Вышеописанные изменения коррелировали со степенью тяжести инфекционной патологии у новорожденного.

Выводы. Таким образом, развитие ВУИ сопровождалось изменениями воспалительного характера различной степени тяжести и в разных структурах последа Различная степень тяжести обусловлена, по–видимому, как свойствами патогенного фактора, так и интенсивностью компенсаторно-приспособительных реакций в системе мать-плацента-плод. Высокий уровень последних может обеспечивать инактивацию инфекта и предопределять возможность рождения здорового ребенка.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Кан Н.И., Шабаева Л.В., Ванина Л.Н., Николаева-Балл Д.Р., Кирикова Е.В.

(Ульяновский государственный университет, ИМЭиФК, Ульяновск, Россия)

Цель: улучшить перинатальные исходы у женщин с ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследованы 17 женщин с индексом массы тела 30,0-39,9 кг/м2, беременность которых осложнилась гестозом. Проанализированы экстрагенитальные заболевания, течение беременности, родов и раннего неонатального периода. Исследованы последы на основании методов, описанных ранее А.П. Миловановым и А.И. Брусиловским (1987, 1990), в модификации Е.П. Калашниковой (1988, 1991).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 26,8±4,3 лет. Артериальная гипертензия выявлена у 47,1% женщин, заболевания щитовидной железы у 47,1%, хронический пиелонефрит у 11,8%, варикозная болезнь у 11,8%, хронический холецистит у 5,9%, мочекаменная болезнь у 5,9%, миома матки у 5,9%.

Угроза прерывания беременности диагностирована у 35,3% беременных, анемия у 64,7%, кольпит у 35,3%, многоводие у 11,8%, маловодие у 5,9%,

токсикоз I половины беременности у 5,9%, гестационный пиелонефрит у 5,9%. Гестоз развился в сроке до 30 нед у 29,4% беременных, в сроке 30-35 нед у 23,5%, 36-40 нед у 47,1%, прогрессирование гестоза отмечалось у 41,2%, сохранялся в родах у 100% пациенток. Отмечалось раннее начало гестоза, упорное, длительное течение.

Срочные роды произошли у 94,1%, преждевременные роды у 5,9% женщин. Индуцированные роды были у 5,9%, слабость родовых сил развилась у 11,8%, дискоординация родовых сил – у 5,9%, преждевременное излитие околоплодных вод у 23,5% пациенток. Родоразрешение путем кесарева сечения было у 29,4% женщин. Показаниями к операции явились острая гипоксия плода у 20%; аномалия родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии и острая гипоксия плода у 20%; несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения у 20%; угрожающий разрыв матки у 20%, совокупность относительных показаний у 20% пациенток.

Всего родилось 17 живых детей, доношенными 94,1%, недоношенными 5,9%. Средняя масса доношенных детей составила 3555±348 г. Масса недоношенного ребенка составила 2440 г. Крупных детей (4000 г и более) родилось 17,7%. С оценкой по шкале Апгар менее 8 баллов родилось у 76,5% новорожденных. Осложненный ранний неонатальный период был у 64,7% новорожденных. Дисфункция со стороны центральной нервной системы (ЦНС) диагностирована у 54,6% детей. Синдром угнетения наблюдался у 33,3%, синдром возбуждения у 33,3%, внутрижелудочковое кровоизлияние у 16,7%, церебральная ишемия выявлена у 50% детей. Сочетанное поражение ЦНС было у 16,7% новорожденных. В состоянии асфиксии родилось 36,4% новорожденных. С морфофункциональной незрелостью родилось 9,1%, внутриутробная инфекция реализовалась у 9,1%, пороки развития диагностированы у 9,1% детей. На 2-й этап выхаживания переведены 18,2% детей.

Морфологическое исследование последов выявило хроническую компенсированную фетоплацентарную недостаточность у 64,7%, субкомпенсированную у 5,9% женщин.

Выводы: женщин с ожирением необходимо выделять в группу высокого риска неблагоприятных перинатальных исходов и проводить им предгравидарную подготовку: коррекцию массы тела, метаболических осложнений ожирения; для улучшения перинатальных исходов необходимы профилактика фетоплацентарной недостаточности, ранняя диагностика и лечение осложнений беременности; дети матерей с ожирением нуждаются в реабилитации в условиях специализированных перинатальных центров.

РОЛЬ САНАЦИИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕД РОДАМИ В СНИЖЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Карапетян Т.Э., Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л.
(Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова, Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия)

Клинические исследования последних лет показали необходимость терапии кандидозного вульвовагинита во время беременности и санацию родовых путей перед родами, так как это заболевание может быть причиной таких осложнений, как преждевременное прерывание беременности, хориоамнионит, интранатальное инфицирование ребенка и др.

Цель: Оценка эффективности и безопасности применения вагинальных таблеток «Кандид-500», однократно, для санации родовых путей перед родами.

Материалы и методы исследования: Обследовано 30 беременных в возрасте от 18 до 35 лет. Диагноз вагинального кандидоза был установлен на основании клинических проявлений и микроскопическом исследовании влагалищной флоры, бактериологического исследования. Состояние микроценоза влагалища определяли с помощью микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму, и культурального исследования содержимого влагалища на факультативно-анаэробные бактерии, грибы и лактобациллы. Всем женщинам после клинико-лабораторной диагностики был назначен препарат «Кандид-500 интравагинально по 1 таблетке. Кандид-500 – противогрибковый препарат широкого спектра действия, производное имидазола, нарушает синтез эргостерина, входящего в состав клеточной мембраны грибов, что вызывает изменение ее свойств и приводит к лизису клетки. Препарат активен в отношении дерматофитов, Trichomonas vaginalis, дрожжевых и дрожжеподобных грибов, а также некоторых штаммов грамположительных бактерий (Streptococcus spp., Staphylococcus spp., Corynebacterium minutissimum) и грамотрицательных бактерий (Bacteroides spp., Gardnerella vaginalis).

Результаты исследования и их обсуждение: Большинство больных – 24 (80%) пациентки – предъявляли жалобы на умеренные бели, которые оценивались двумя баллами, 18 (60%) пациенток отмечали выраженные выделения, соответствующие 3 баллам. Умеренный зуд во влагалище (2 балла) отмечали 10 (33,3%) женщин, сильный (3 балла) – 2 (6,6%) пациентки. Субъективные симптомы кандидоза не всегда коррелировали с его клиническими проявлениями. При гинекологическом осмотре такие воспалительные изменения, как гиперемия, отечность слизистой оболочки влагалища

и влагалищной части шейки матки умеренной степени (2 балла) отмечались у 20 (66,7%) пациенток, легкой степени (1 балл) – у 10 (33,3%) женщин. Бактериологическое исследование у пациенток с ВВК показало, что у всех беременных до лечения были обнаружены грибы рода Candida в титре выше 5-6 lg КОЕ/мл. Наличие только Candida albicans установлено у 11 (36,6%) больных, наличие сочетания Candida albicans с Candida glabrata – у 5 (16,6%) и Candida albicans с Candida spp. – у 14 беременных (46,6%).

У 90% женщин было отмечено клиническое выздоровление и у 93,3% женщин – микологическое излечение, повторные курсы терапии потребовались 2 (6,7%) женщинам с оставшимися слабовыраженными клиническими симптомами вульвовагинального кандидоза. Рецидивов заболевания и побочных эффектов терапии не было отмечено ни в одном случае. Необходимо также отметить удобство применения вагинального препарата «Кандид-500», а также отсутствие его влияния на состояние плода. Все беременные, участвовавшие в исследовании высоко оценили удобство и комфорт терапии вагинальным препаратом «Кандид 500»;

Выводы: Высокая эффективность, переносимость и безопасность терапии вагинальным препаратом «Кандид-500», а также, экономические аспекты терапии, то есть доступная цена препарата и возможность однократного приема, позволяет рекомендовать терапию вагинальными таблетками «Кандид-500» в качестве эффективного метода лечения кандидозного вульвовагинита в 3 триместре беременности, особенно для санации родовых путей перед родами при рецидивирующем течении заболевания.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Карась И.Ю., Равинг Л.С.
(МУЗ «Городская больница №1 им. М.Н. Горбуновой» Кемерово, Россия)

Цель: анализ диспансеризации женщин старшей возрастной группы по материалам женской консультации за 2006-2008 год.

Материалы и методы исследования: В МУЗ «Городская больница №1 им. М.Н. Горбуновой» осуществляется динамическое наблюдение за женщинами старшей возрастной группы – контингентом особого внимания (КОВ). К данному контингенту относятся: участники и инвалиды ВОВ, участники и инвалиды боевых действий и миротворческих миссий на территории других

государств; лица, подвергшиеся радиации; родители, дети и вдовы военнослужащих, погибших при исполнении служебного долга; вдовы участников и инвалидов ВОВ, Герои Советского Союза и Социалистического труда, полные кавалеры орденов Славы, блокадники Ленинграда, труженики тыла, узники концентрационных лагерей и др. Наблюдение осуществляется бригадой врачей территориальной поликлиники, куда входят участковые терапевты, врачи узких специальностей и акушеры гинекологи. Врачи акушеры-гинекологи осматривают женщин в смотровом кабинете поликлиники и в составе выездной бригады на дому. Количество женщин КОВ, проживающих на курируемой территории, в 2006 году составило – 1073, в 2007 году – 987, в 2008 г. – 877 человек. Все пациенты находятся в возрастной группе старше 70 лет. Количество женщин, обслуживаемых на дому, выросло с 35% в 2006г. до 50% в 2008г.

Результаты и их обсуждение: при гинекологическом осмотре в 100% случаев выявлены признаки эстрогенного дефицита – атрофические изменения в урогенитальном тракте, проявляющиеся атрофическими вагинитами, цистоуретритами, нарушениями мочеиспускания, пролапсами гениталий различной степени выраженности. Но только в 37,5% случаев имелись жалобы на различные дискомфортные ощущения в области половых органов, ухудшающих качество жизни.

Около 30 лет жизни женщины приходится на возраст постменопаузы, который характеризуется снижением, а затем и полным угасанием эстрогенной функции яичников. С целью коррекции эстрогенного дефицита и нивелировании патологических симптомов в урогенитальном тракте успешно применяется «Овестин», внесенный в Федеральный список препаратов, отпускаемых бесплатно. Опыт ведения женщин преклонного возраста, страдающих пролапсами гениталий, был обобщен в буклете-памятке, который на областном конкурсе 2006 года занял первое место.

Выводы: таким образом, проведение ежегодной диспансеризации женщин старшей возрастной группы и осмотр их на дому обосновано. Конечно, нивелировать возрастные изменения в мочеполовых органах женщин полностью невозможно. Но необходимо дать правильные рекомендации по образу жизни, гигиене, питанию и двигательному режиму, назначить корригирующую гормональную терапию, что позволит улучшить качество жизни наших пациенток.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ И ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кесова М.И., Болотова О.В., Мартынов А.И., Санникова М.В., Климанцев И.В., Амирасланов Э.Ю., Кан Н.Е., Касабулатов Н.М.
(ФГУ Научный центр акушерства,гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова «Росмедтехгологий» Москва, Россия)

Цель: изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у пациенток с рубцом на матке и ДСТ.

Материалы и Методы исследования. Все исследуемые были разделены на 2 группы: I – с фенотипическими проявлениями ДСТ (51) и II – без проявлений ДСТ (50). Диагноз устанавливали на основании комплексной оценки данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение: Высокая частота перенесенных детских инфекционных заболеваний была отмечена в обеих группах – 81,4% и 81,7 % соответственно. Анализ структуры экстрагенитальной патологии показал, что в I группе достоверно чаще встречались заболевания органов пищеварения и сердечно- сосудистой системы, а во II – заболевания Лор- органов (P<0,05).

При изучении гинекологической заболеваемости выявлено, что в I группе достоверно чаще встречались эктопия шейки матки (35,7% и 25,0% соответственно) и аденомиоз (9,5% и 5,0%). При этом у женщин I группы среди возбудителей инфекции превалировали условно патогенные бактерии и уреаплазмоз (11,9% и 5,0%). При изучении течения гестационного периода отмечено, что в данной группе практически в 6 раз чаще, отмечалась угроза прерывания беременности в разные сроки. Также в I группе достоверно чаще развивались ранний токсикоз, преэклампсия. У данного контингента беременных в 2- 3 раза чаще диагностировали при УЗ-допплерометрии хроническую плацентарную недостаточность, и при кардиомониторном наблюдении – хроническую гипоксию плода.

У всех пациенток имелся рубец на матке после операции кесарево сечения, что и явилось критерием включения их в исследование.

В послеродовом периоде у родильниц I группы чаще развивались такие осложнения, как лохиометра, эндометрит, парез кишечника, однако достоверных различий выявлено не было.

Изучение течения раннего неонатального периода показало, что в обеих группах наблюдались различные проявления дисфункции ЦНС в виде гипервозбудимости или угнетения ЦНС, дискинезии желчевыводящих путей и др. Однако достоверно более частое развитие симптомов дезадаптации было характерно для новорожденных группы ДСТ.

Выводы. Дисплазия соединительной ткани, несомненно, отрицательно сказывается на течении беременности, родов и послеродового периода. В свою очередь, изменения, происходящие в организме беременной, могут приводить к декомпенсации клинически явных или скрытых проявлений врожденной “слабости” соединительной ткани.

Таким образом, у пациенток с рубцом на матке и фенотипическими проявлениями ДСТ отмечается более высокая частота осложненного течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов, что обусловливает актуальность дальнейших исследований по данной проблеме.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

Кира Е.Ф., Белякина И.В.

(Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья НМХЦ им. Н.И. Пирогова Росздрава, Медицинский центр «Карс» Москва, Россия)

Цель: изучить влияние различных методов контрацепции на состояние микробиоценоза влагалища и развитие инфекционных заболеваний внутренних половых органов у женщин.

Материалы и методы исследования: в период с 1999 по 2005 гг. проведено открытое проспективное сравнительное многоцентровое исследование влияния современных методов контрацепции на состояние микробиоценоза влагалища. В исследовании приняли участие 438 женщин в возрасте от 18 до 46 лет, которые были распределены на 7 групп. 1-я группа (n=50) – пациентки, использующие презервативы; 2-я (n=60) – ВМС; 3-я (n=40) – спермициды (фарматекс, контрацептин-Т); 4-я – (n=190) – КОК; 5-я (n=30) – НоваРинг; 6-я – (n=50) – физиологическую контрацепцию и 7-я (n=18) – хирургическую стерилизацию. Все пациентки в группах достоверно не различались по основным статистическим характеристикам (репродуктивный возраст, вес, рост, гинекологический и акушерский анамнез, соматический статус и др.),

т.е. были сопоставимы. Женщины, принимавшие в последние две недели, предшествующие осмотру, антибиотики или использовавшие спринцевания, влагалищные души и местно действующие препараты (овули, суппозитории, вагинальные таблетки, лечебные тампоны и др.) были исключены из исследований. Обязательным критерием включения в исследование являлось отсутствие полового контакта в последние 72 часа до обследования. Также учитывались характер профессии, некоторые социально-демографические сведения, особенности сексуального поведения и др.

У всех женщин выполнен комплекс клинико-лабораторных исследований, включающий сбор жалоб, объективное гинекологическое обследование, определение критериев состояния биоценоза влагалища, ПЦР-диагностику ИППП. Проведено более 3000 бактериоскопических исследований вагинальных мазков, 230 бактериологических исследований влагалищной жидкости. Период наблюдения составлял от 6 до 24 мес. Статистический анализ выполнен с применением прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что физиологическая контрацепция и хирургическая стерилизация не влияют на состояние микрофлоры влагалища. В 1-й группе у 3 (6%) пациенток отмечена аллергическая реакция, проявляющаяся в виде гиперемии, жжения, зуда слизистой вульвы и влагалища. Во 2-й группе у 15 женщин (25%) обнаружен бактериальный вагиноз (БВ), а у 3 из них развилось острое воспаление придатков матки. В 3-й группе у 6 женщин (15%) выявлены признаки БВ. В группе КОК у 48 пациенток (25,3%) увеличивался рост грибов рода Candida, а у 36 (18,9%) из них диагностирован острый кандидоз. Среди пациенток, использующих НоваРинг, различные нарушения в микробиоценозе влагалища (преимущественно БВ) обнаружены через 3 мес. использования у 8 (26,6%), а через 6 мес. – у 14 (46,7%) женщин.

Выводы: Применение контрацептивных средств небезразлично для состояния микробиоценоза влагалища. Высокая частота развития БВ при продолжительном использовании НоваРинг может быть связана с инородным телом (кольцо), которое постоянно находится во влагалище. Факт увеличения грибов при приеме КОК общеизвестен, мы лишь подтвердили его. Действие спермицидов на микрофлору влагалища очевидно за счет «цидного» эффекта на мембрану клеток некоторых видов микроорганизмов. Презервативы мало влияют на состав микрофлоры, однако в ряде случаев возможны аллергические реакции на их смазку или сам латекс. Меньше всего изменений в микрофлоре влагалища обнаружено среди пациенток, пользующихся физиологическим методом или подвергшихся хирургической стерилизации.

СЕРТАКОНАЗОЛ – УНИКАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДВОЙНОГО ПРОТИВОГРИБКОВОГО ДЕЙСТВИЯ

Кира Е.Ф., Муслимова С.З.
(Институт усовершенствования врачей ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова Росздрава», Москва, Россия)

Цель: оценка эффективности и безопасности препарата сертаконазол в форме вагинальных суппозиториев в лечении острого вульвовагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и Методы исследования: В исследование были включены 183 женщины репродуктивного возраста. Для постановки диагноза острого вульвовагинального кандидоза применялось клиническое и лабораторное обследование. Клиническое обследование включало выяснение анамнестических данных, жалоб пациенток, физикальное обследование. Использованы следующие лабораторные методы: ПЦР и серологическое исследование для исключения ИППП, микроскопия мазков по Граму, бактериологическое исследование вагинального отделяемого, аминотест.

Результаты и их обсуждение. После установления диагноза острого вульвовагинального кандидоза все пациентки получали лечение препаратом сертаконазол в форме вагинальных суппозиториев. Сертаконазол – это первое противогрибковое средство, содержащее бензотиофен. В связи с чем, препарат обладает двумя механизмами противогрибкового действия – фунгицидным и фунгистатическим. Фунгицидная активность является следствием прямого взаимодействия сертаконазола с плазматической мембраной гриба, приводящего к образованию в ней воронок и пор и вызывающего массивный выход цитоплазмы и АТФ. Это приводит к лизису клетки гриба. Фунгистатический эффект заключается в угнетении биосинтеза эргостерола – наиболее важного стерола в мембранах грибов. Сертаконазол назначался по 1 суппозиторию (300 мг) интравагинально однократно на ночь. Если через 7 дней от начала лечения симптомы заболевания сохранялись, препарат назначался повторно в аналогичной дозировке. Согласно инструкции, лечение сертаконазолом проводилось независимо от менструального цикла. Режим приёма препарата соблюдался всеми больными.

Проводилась первичная и вторичная оценка эффективности препарата. Первичная оценка – на 7-е и 14-е сутки после начала лечения с целью выявления эффективности лечения, вторичная оценка – через месяц после окончания лечения с целью выявления рецидивов заболевания. Статистический анализ результатов выполнен с применением программы «Statistica 6,0».

Результаты и их обсуждение:

Исследование всех пациенток завершено согласно протоколу. У 178 (97,3%) пациенток была доказана клинико-лабораторная эффективность препарата. Однако у 5 (2,7%) пациенток наблюдалась его неэффективность (во время второго контрольного визита при отсутствии клинической симптоматики при бактериологическом посеве были выявлены грибы Candida в количестве, превышающем 104 КОЕ/мл), что потребовало включения в терапию системных антимикотиков. Через месяц после окончания лечения рецидивов заболевания выявлено не было.

Переносимость препарата оценена как 98,4%, так как только у 3 (1,6%) пациенток возникли нежелательные явления лёгкой степени. У 2 (1,1%) из них связь с препаратом была возможной (жжение), у 1 (0,5%) – сомнительной (диарея).

Полученные нами результаты согласуются с данными зарубежных исследователей (Grau M.T., Romero A., Sacristan A., Ortiz J.A., 1992; Carrillo-Munoz A.J., Torres-Rodriguez J.M., 1995), доказывающих, что сертаконазол при интравагинальном введении является эффективным и безопасным средством для лечения острого вульвовагинального кандидоза.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности (97,3%) и переносимости (98,4%) препарата сертаконазол, суппозитории вагинальные, в терапии острого вульвовагинального кандидоза. Это позволяет рекомендовать сертаконазол для лечения острого вульвовагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста.

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Кира Е.Ф., Кохно Н.И.

(Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия)

Цель: поиск достоверных клинико-анамнестических факторов риска и ультразвуковых диагностических критериев развития внутриутробной инфекции у плода.

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование были включены 697 беременных женщин. Для определения факторов риска развития и эхографических признаков внутриутробной пневмонии в

1 группу были выделены 56 беременных, родивших детей с внутриутробной пневмонией. Необходимость дифференцированного подхода к ультразвуковым критериям внутриутробного воспалительного поражения легких потребовала проведения анализа данных беременных, родивших детей с признаками внутриутробного инфицирования плодов без признаков заболеваний легких (173 беременные – 2 группа). Выделение в отдельную группу исследования беременных с патологическим течением беременности, родивших детей без признаков внутриутробной инфекции и с неосложненным течением неонатального периода (365 женщин – 3 группа), вызвано поиском факторов риска развития внутриматочного инфицирования плода.

При ретроспективном анализе полученных сведений были использованы данные анамнеза и следующих методов исследования: клинико-лабораторных, функциональных (УЗИ, КТГ, допплерометрия), патоморфологических. Верификация внутриутробного инфекционного поражения плодов и новорожденных проводилась по данным клинико-лабораторного обследования новорожденных и патоморфологического исследования абортусов и погибших новорожденных.

Группу проспективного наблюдения составили 103 беременные, которым на основании клинико-лабораторного и ультразвукового обследования было назначено лечение инфекции родовых путей и/или воспалительного процесса в экстрагенитальных органах.

Результаты и их обсуждение. Рождение детей с внутриутробной пневмонией возможно у беременных любой возрастной группы. Анамнестическими факторами риска возможного заболевания плода внутриутробной пневмонией являются следующие: хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов и мочевыделительной системы, частые респираторные заболевания и ангины в анамнезе, хронические воспалительные заболевания гениталий и ИППП, более 3-х родов в анамнезе, самопроизвольные выкидыши, пороки развития в предыдущих беременностях, дети, погибшие в неонатальном периоде. Факторами риска развития внутриутробной пневмонии являются следующие осложнения течения исследуемой беременности: острая или рецидивирующая вирусная инфекция с I триместра, обострение хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов и мочевыделительной системы, инфекции родовых путей.

Многофакторный статистический анализ данных показал, что риск внутриутробной пневмонии более 90% существует при наличии 3 и более следующих ультразвуковых признаков внутриутробной инфекции: плацентомегалия, недифференцированность и неоднородность структуры плаценты, утолщение пуповины, гепатомегалия в сочетании с усилением сосудистого

рисунка, кардиомегалия в сочетании с эхогенными включениями, пневмомегалия в сочетании с повышением эхогенности и усилением сосудистого рисунка, выпоты в полостях (гидроперикард, гидроторакс, асцит), повышение эхогенности кишечника, вентрикуломегалия в сочетании с эхогенными включениями в мозге плода, нарушение количества околоплодных вод.

Выводы. Пути профилактики врожденной инфекционной патологии плода:

- настороженность врача, патронирующего беременность, при наличии высокого риска внутриутробного инфицирования, на выявление активации инфекционного процесса в организме беременной,
- нацеленность врача УЗИ на прицельное изучение структуры плаценты, пуповины, легких, печени, сердечно-сосудистой системы и головного мозга плода на ранних этапах развития,
- сопоставление данных клинико-лабораторного и ультразвукового обследования беременной,
- назначение этиологически и патогенетически обоснованной терапии беременным снижает внутриутробную и перинатальную заболеваемость и смертность.

СОВРЕМЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРЕСС-ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН В СТАЦИОНАРЕ ОДНОГО ДНЯ

Кира Е.Ф., Пермяков А.С., Гамирова Е.В.
(Кафедра женских болезней и репродуктивного здоровья, ФГУ «РНМХЦ им. Н.И. Пирогова Росздрава», Москва, Россия)

Цель: улучшение результатов лечения стресс-инконтиненции у женщин и внедрение в амбулаторную практику оперативного лечения с использованием синтетической петли TVT-Secur.

Материалы и методы исследования. В период с января 2008 по февраль 2009 года в амбулаторно-поликлинических условиях было проведено лечение 34 пациенток, страдающих стресс-инконтиненцией. Из них 13 пациенткам проведена уретровезикопексия влагалищным лоскутом по методу Е.Ф. Кира и 21 пациентке была выполнена уретропексия синтетической петлей TVT-Secur. Средний возраст пациенток составил 58,2 ± 10,2 года. Длительность заболевания в среднем составляла 14 ± 6,2 лет. У всех пациенток диагноз недержание мочи при напряжении был подтержден при ком-

плексном обследовании, включающем анкетирование пациенток, КУДИ, УЗИ уретры промежностным датчиком, функциональные пробы на удержание мочи. Пациентки с ургентной формой недержания мочи и со смешанной формой инконтиненции в исследование не включались.

Результаты и их обсуждение. Операции выполнялись двумя методиками с использованием собственного влагалищного лоскута и синтетической петли TVT-Secur в модификации «Hammock». Метод обезболивания зависел от соматического статуса пациенток. Предпочтение отдавалось внутривенной анестезии. Эффективность операций оценивались субъективными жалобами пациентки и проведением функциональных проб (интраоперационно в случае оперативного вмешательства под местной анестезией и через два часа после удаления постоянного катетра в случае общей внутривенной анестезии). При динамическом наблюдении ранних послеоперационных осложнений отмечено не было. При обследовании на 1, 5 и 30 сутки после операции у всех пациенток отмечалась «сухая кашлевая проба», субъективные жалобы отсутствовали. В отдаленном послеоперационном периоде 1 пациентка предъявила жалобы на подтекание мочи при кашле, чихании, физической нагрузке. При проведении детального обследования выявлена неэффективность лечения. В плановом порядке проведено оперативное вмешательство в объеме уретропексия синтетической петлей TVT-O. Оценка ближайшего послеоперационного периода показала положительный клинический эффект.

Выводы. Таким образом, данные методики коррекции недержания мочи при напряжении могут успешно применятья в амбулаторно-полклинической практике. Анализируя полученные результаты, можно отметить безопасность, малоинвазивность и высокую эффективность уретропексии синтетической петлей TVT-Secur и уретровезикопексии влагалищным лоскутом по методу Е.Ф. Кира. Отсутствие интраоперационных, ранних и отдаленных послеоперационных осложнений определяют основные преимущества данных операций в стационаре одного дня.

Внедрение «офисных» операций в гинекологическую практику позволило снизить субъективные страхи и повысить процент обращаемости пациентов к врачу. Тем самым своевременно улучшить качество жизни пациентов. Проведение малоинвазивных операций, не требующих дальнейшего круглосуточного наблюдения, стало возможным в условиях однодневного стационара.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ ИНИЦИАЦИИ КАНЦЕРОГЕНЕЗА В ОРГАНАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Киселев В.И.
(НИИ молекулярной медицины Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, Москва, Россия)

Цель: возможность химиопрофилактики и ранней диагностики предопухолевых и опухолевых заболеваний репродуктивной системы.

Материалы и Методы исследования. Особенно актуален данный подход в отношении предопухолевых и опухолевых заболеваний репродуктивной системы, отличающихся протяженностью во времени, четко прослеживающейся стадийностью (предшествованием гиперпластических состояний), гормон-зависимым характером регуляции, а также хорошо изученными молекулярно-генетическими механизмами опухолевого роста и опосредующими эти механизмы белками-мишенями.

Результаты и их обсуждение. Анализ современного состояния проблемы позволяет выделить четыре основных фактора инициации канцерогенеза в органах репродуктивной системы:

- пониженное (меньше 2:1) соотношение физиологического и канцерогенного метаболитов эстрогенов: 2-гидроксиэстрона (2-OHE1) и 16α-гидроксиэстрона (16α-OHE1), характеризующее состояние гормонального (эстрогенного) баланса в женском организме и определяющее риск развития опухолей в эстроген-зависимых органах и тканях;
- наличие герминальных мутаций генов BRCA (Breast Cancer Associated), в частности гена BRCA1, обуславливающих наследственную предрасположенность к развитию ряда опухолевых заболеваний репродуктивных органов (рака молочной железы, рака яичников);
- наличие эпигенетических нарушений (метилирования) в опухоль-супрессорных генах, возникающих на ранних стадиях процесса опухолеобразования и способствующих повышению малигнизирующей активности клеток;
- хронические воспалительные заболевания в органе-мишени как одно из наиболее ранних событий в канцерогенезе.

На сегодняшний день известны следующие механизмы, посредством которых реализуется связь между канцерогенезом и предшествующим ему хроническим воспалением: а) повышенный общий уровень мутагенности

(мутагенный потенциал воспаления) и обратимые модификации генома в очаге хронического воспаления; б) усиленное (вследствие воспаления) образование ключевых сигнальных молекул – участников провоспалительных сигнальных каскадов; в) участие в канцерогенезе провоспалительного клеточного микроокружения; г) формирование пула опухолевых стволовых клеток в результате нарушения нормальных процессов тканевой репарации в очагах хронического воспаления.

Мощным триггером воспалительных и регенерационных процессов в тканях эндометрия является абортивное вмешательство.

Выводы. Предлагается новый эффективный подход к профилактике и терапии предопухолевых и опухолевых патологий репродуктивной системы с помощью безопасных веществ с таргетным противоопухолевым механизмом действия на примере двух веществ природного происхождения – индол-3-карбинола (I3C) и эпигаллокатехин-3-галлата (EGCG) – компонентов препаратов Индинол®, Эпигаллат® и Промисан®. I3C и EGCG являются фармакологическими корректорами патологических механизмов регуляции клеточной активности, направленно воздействующими на все вышеперечисленные факторы инициации канцерогенеза. Теоретически и экспериментально обосновывается возможность успешного применения данных препаратов индивидуально или в сочетании со средствами гормональной и другой стандартной терапии.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА

Ковалева Л.А., Балан В.Е., Гончаревская З.Л.
(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оценить распространенность нарушения мочеиспускания во время беременности, выявить значимые факторы риска.

Материалы и методы исследования: Опрос 518 беременных женщин при помощи анкеты «Оценка мочеиспускания во время беременности» был проведен в отделении патологии беременности ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» и на базе женской консультации №1. Критерии исключения составили: болезнь Паркинсона (тяжелая и средней тяжести формы); сахарный диабет; артериальная гипертензия; заболевания почек, бактериурия; выраженное ожирение (ИМТ>40 кг/м2); последствия тяжелых

черепно-мозговых травм, нарушения мозгового кровообращения и травмы позвоночного столба в анамнезе; опухоли половых органов.

Результаты исследования и обсуждение: Было показано, что нарушение мочеиспускания имеется у 401 (80,7%) женщины в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 30,6 ± 5,7 лет). При вычислении относительного риска (RR) заболевания было установлено достоверное повышение вероятности возникновения недержания мочи в группе беременных женщин от 40 до 44 лет, RR = 1,36 (95% д. и. 1,41-4,54; p< 0,05).

Средний вес беременных женщин с нарушениями мочеиспускания составил 71,9 ± 11,8 кг; средний рост – 166,1 ± 6,0 см. Средние значения ИМТ составили 26,0 ± 3,9 кг/м2. В группе женщин с нарушениями мочеиспускания средние значения ИМТ были выше, чем в контрольной группе (p < 0,02). Риск возникновения недержания мочи в группе женщин с ИМТ > 25 кг/м2 достоверно повышался, RR = 1,05 (95% д. и. 0,81-1,30; p < 0,05).

При оценке акушерского анамнеза выявлялось количество предыдущих беременностей и их исход. Было установлено, что у 251 (62,6%) беременных женщин в исследуемой группе в анамнезе имелось от одной до семи беременностей (в среднем 1,9 ± 1,3). При оценке относительного риска было установлен статистически значимый риск возникновения заболевания в группе женщин, имеющие беременности в анамнезе, RR = 1,25 (95% д. и. 1,26 – 1,06, p < 0,05). Статистически значимого различия по количеству операций кесарево сечение, абортов и самопроизвольных выкидышей в группе беременных женщин с нарушением мочеиспускания и контрольной группе выявлено не было (p > 0,05). Было установлено статистически значимое увеличение числа влагалищных родов в исследуемой группе (p < 0,01). Оценка относительного риска показала достоверное повышение риска возникновения стрессового и смешанного недержания мочи при наличии в анамнезе родов через естественные родовые пути: для стрессового недержания мочи RR = 2, 05 (95% д. и. 1,15 – 3,65; p < 0,05); для смешанного недержания мочи RR = 1,52 (95% д. и. 1,03 – 2,23; p < 0,02).

Вес новорожденного в предыдущих родах составлял от 1680 г. до 5300 г. (средний вес 3346,3 ± 530,2 г). В группе пациенток со стрессовым недержанием мочи средний вес новорожденного и число травматичных родов в анамнезе были достоверно выше (p < 0,01).

Среди беременных женщин с нарушением мочеиспускания у 36 (9%) отмечались симптомы недержания мочи до настоящей беременности, при сравнении с контрольной группой этот показатель был достоверно выше (p < 0,001). С помощью корреляционного анализа выявлена прямая умеренная зависимость между наличием недержания мочи до настоящей беременности и всеми видами недержания мочи во время беременности (r = 0,32; p < 0,05).

Выводы: Нарушения мочеиспускания у беременных женщин выявляются в 80,7% случаев. Статистически значимыми факторами риска являются возраст женщины (от 40 до 44 лет), ИМТ > 25 кг/м2, количество влагалищных родов, вес новорожденного и число травматичных родов в анамнезе.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ковальчук Т.Г., Сагайдачная С.В., Дударь О.А., Новицкая Е.В.
(МУЗ «Клинический родильный дом № 3 г. Владивостока» Владивосток, Россия)

Цель: изучить эффективность применения препарата «ВЕССЕЛ ДУЭ Ф» для лечения преэклампсии.

Материалы и Методы исследования: нами проведен анализ 75 амбулаторных карт беременных женщин с преэклапсией легкой степени, которым проводилось лечение в дневном стационаре женской консультации. В основную группу вошли 45 беременных женщин, которым проведена терапия в комбинации с лекарственным препаратом «ВЕССЕЛ ДУЭ Ф», контрольную группу составили 30 беременных женщин с терапией по стандартной схеме. В исследовании использованы методы сравнительного анализа, изучение анамнеза, клинический осмотр, лабораторные методы диагностики (клинический, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи), ультразвуковое исследование матки, плаценты и плода, допплерометрия, оценка биофизического профиля плода, кардиотокография плода, статистическая обработка полученных результатов проводилась на основе пакета прикладных программ «STATISTICA-6.0” (USA), достоверность различий подтверждена с помощью критерия Стьюдента, различия принимались за достоверные при $p<0,01$.

Результаты и их обсуждение: Согласно статистическим данным в структуре материнской смертности преэклампсия занимает 4 место в мире, а в нашей стране третье место после экстрагенитальных заболеваний и кровотечений. Однако исследования [В.Н. Серов] показали, что преэклампсия в 35–40% является основной причиной смерти при кровотечениях и сепсисе. Развитие преэклампсии, сопровождается прогрессированием сосудистых осложнений, признаки патологии появляются в более ранние сроки гестации, что приводит к значительному возрастанию материнской и перинатальной смертности. В связи с этим возникает необходимость поиска новых подходов в лечении данной патологии.

С целью лечения отеков беременных и преэклампсии I степени в условиях дневного стационара мы применяли препарат «ВЕССЕЛ ДУЭ Ф», который представляет собой гликозаминогликан, состоящий на 80% из высокоподвижной гепариноподобной фракции и на 20% из дерматан – сульфата, который снижает вязкость крови и улучшает её микроциркуляцию за счет снижения тромбогенного потенциала. У 70,0% беременных имелись изменения в гемостазиограмме в виде повышения Ht до 38-40%, у 11,0% – имелись нарушения маточно-плацентарного кровотока I степени, у 7,0% имелось повышение артериального давления до 130\90 мм. рт. ст. Всем беременным основной группы ВЕССЕЛ ДУЭ Ф был назначен вместе со стандартной терапией, и применялся перорально по 250 липасемических единиц два раза в сутки в течении 15 дней. Беременные контрольной группы получали только стандартную терапию. В основной группе достоверно чаще отмечалось снижение гематокрита (92,0% против 34,7% в контрольной группе, $p<0,01$), снижение артериального давления (88,0% против 45,0%, $p<0,01$), исчезновение отеков (92,0% против 38,0%, $p<0,01$), улучшение показателей маточно-плацентарно-плодового кровотока по данным допплерометрии (100,0% против 23,0%, $p<0,01$).

Выводы: Улучшение основных клинических показателей и кровообращения в системе мать – плацента –плод у беременных с отеками и преэклампсией I ст. на фоне лечения ВЕССЕЛ ДУЭ Ф позволяет считать этот препарат патогенетически обоснованным средством лечения. Дополнение стандартной терапии преэклампсии комплексным гликозаминогликаном «ВЕССЕЛ ДУЭ Ф» приводит к значительному улучшению течения беременности и исхода родов для матери и плода.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Сазонова Л.Н.. Корнилова Т.С., Белоярова В.С.

(Петрозаводский государственный университет, Родильный дом им. К.А.Гуткина, Петрозаводск, Россия)

Цель: оценить эффективность диагностики рака шейки матки (РШМ) в женской консультации (ЖК) и в Карелии за 1998-2007 гг.

Материалы и методы исследования. Зарегистрировано 624 случаев РШМ у женщин в Карелии, из них 126 случаев РШМ, выявленных у пациентов ЖК. Средний показатель РШМ в Карелии – 16,4 на 100 000 женского населе-

ния. Смертность от РШМ в Карелии составляет 7,1 на 100 тысяч, при этом каждая пятая женщина с РШМ погибает в течение первого года после выявления заболевания. С 1998 по 2000г отмечено увеличение частоты РШМ I-II стадии у женщин с 55,8% до 88%, а с 2001г по 2007г – с 42,5% до 81,6%. Средняя частота РШМ I-II стадии у женщин составила 64,7%. Показатель запущенности (III-IY стадия) за 1998-2000гг уменьшился с 44,2% до 12%, а затем – с 57,5% (2001) до 18,4% (2007). Рак in situ у женщин в Карелии диагностирован в 24,8% случаев, в I и II стадии – 51,3%, в III-IY стадии – 23,9%. Отмечен стабильный рост диагностики рака in situ у женщин в Карелии с 18,4% (2001) до 28,3% (2007) по данным популяционного ракового регистра. При этом охват цитологическим скринингом женского населения в Карелии (1998-2007) составил всего 23,6%–24,6%.

Результаты и их обсуждение: Структура выявленных заболеваний шейки матки у женщин (n-126) ЖК за этот период представлена. Рак in situ – 65,9% (83), рак Iа степени – 11,1% (14), Iб степени – 15,1% (19), II стадии – 3,9% (5), III стадии – 3,2% (4), IY стадия – 0,8% (1). При цитологическом скрининге мазок класса 1 выявлен у 5,6% женщин, класса 2 (ASC) – 32,2%, класса 3 (LSIL) – у 28,9%, класса-4,5 (HSIL) – у 33,3% женщин. 66,6% были в возрасте до 40 лет, 11,1% – до 50 лет, 22,3% – от 50 до 77 лет, соответственно из обратившихся женщин в онкологический диспансер – 19% до 40 лет, 24% – до 50 лет, 56% – старше 50 лет. 73,3% женщин, обратившихся в ЖК, не имели жалоб, 10% – отмечали контактные кровотечения, 10% – болевой синдром, 5,5% – бели, 1,1% – сочетание симптомов. Соответственно среди женщин с впервые установленным диагнозом РШМ по данным популяционного ракового регистра, жалоб не было в 10% случаев, контактные кровотечения – в 18%, бели – в 30%, болевой синдром – в 10%, комплекс симптомов – в 32% ($p<0,05$) и 70% – женщины не посещали гинеколога более 3 лет. Кольпоскопический скрининг у женщин с РШМ (n-126) выявил 85,5% аномальных кольпоскопических картин, являющейся мишенью для воздействия ВПЧ-инфекции. С 2005 года в ЖК внедрено ДНК-типирование на ВПЧ-инфекцию, с 2008 года – тест на вирусную нагрузку и определение белков Е6, Е7. Обследовано 1742 женщин с различными заболеваниями шейки матки, выявлено 37,5% пациентов с ВПЧ-инфекцией. Зарегистрировано 35 случаев дисплазий шейки матки и 32 – рака in situ. Реализация в дисплазию 3 степени и рак in situ произошла в 43 случаях (6,6%). Было отмечено, что при «организованном скрининге» в условиях ЖК пик заболеваемости РШМ приходится на возраст 21-40 лет, когда зарегистрирована наибольшая частота фоновых и предраковых заболеваний (65,6%). При этом процент ранней диагностики (0-1 стадии) составляет 92,1%. При «спорадическом» скрининге частота РШМ у

женщин в Карелии наиболее высока среди женщин, находящихся в перименопаузе и постменопаузе (пик приходится на возраст 51-60 лет). При этом превалирует III стадия РШМ (2/3) и не встречается рак in situ.

Выводы:

1. Внедрение скрининговой программы выявления ВПЧ-инфекции и комплексного подхода диагностики заболеваний шейки матки будет способствовать реальному снижению уровней заболеваемости и смертности от РШМ.
2. Решающим фактором, непосредственно влияющим на эффективность скрининга, является широта охвата скринингом женского населения Карелии и необходимость формирования государственной системы профилактики РШМ.

МНЕНИЕ ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН О КАЧЕСТВЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Комарова И.А., Кулигина М.В.

(ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия)

Цель: изучить мнение повторнородящих женщин о качестве амбулаторно-поликлинической помощи в период беременности.

Материалы и методы: очное анкетирование-интервьюирование 408 повторнородящих пациенток городского родильного дома г.Костромы.

Полученные результаты: Средний возраст женщин-родильниц составил 30,0±0,23 года, каждая пятая (18,2%) родила второго ребенка, находясь в отпуске по уходу за первенцем. Большинство женщин (55,2%) планируют использовать «материнский капитал» на улучшение жилищных условий, 44,5% – на образование детей и 0,3% – на пенсионное обеспечение.

Большинство (85,8%) женщин считают достаточным объем диагностических мероприятий, проведенных им в женской консультации, 14,2% считают его недостаточным. В 92,7% случаев лечащий врач информировал женщин о необходимом обследовании и лечении, в 7,3% – не информировал.

Половина женщин (49%) отметили, что им не приходилось тратить собственные денежные средства при наблюдении в женской консультации, 31,2% отметили необходимость затрат на обязательные и 19,8% – на дополнительные диагностические мероприятия. Полностью удовлетворены работой женской консультации 48,7% женщин, высказали неудовлетворенность работой женской консультации – 51,3%, в том числе указали в качестве причин удовлетворенности необходимость длительного ожидания в очереди на прием – 42,9%, невозможность полного обследования – 8,4% и необходимость частых посещений – 7,1%. Каждая вторая (50,6%) женщина оценила работу женской консультации на «отлично», 38,8% считают ее заслуживающей оценки «хорошо» и 10,6% дали оценку по пятибалльной шкале 1-3 балла.

За период, прошедший между первыми и вторыми родами, составивший в среднем 3,1±0,43 года, большинство женщин (57,8%) отметили улучшение отношения к ним персонала женской консультации, 41,4% не отметили изменений и 0,7% отметили его ухудшение. Отметили увеличение возможностей для проведения полного обследования в женской консультации 65,7% женщин, не отметили изменений – 33,5% и отметили ухудшение – 0,8%.

Выводы. Таким образом, результаты анализа удовлетворенности повторнородящих женщин работой женской консультации, свидетельствуют не только о положительной динамике в работе женской консультации в течение последних лет, но и о необходимости принятия мер по организации амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи на региональном уровне с целью более полного обеспечения возможности проведения необходимых диагностических услуг.

ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Кондратьева Т.А., Артымук Н.В.*, Власова В.В.

(Кемеровская областная клиническая больница, Кемеровская государственная медицинская академия*, Кемерово, Россия)

Цель: оценить возможности полостной пелоидотерапии с применением грязи Мертвого моря в реабилитации женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия.

Материалы и методы исследования: проведено проспективное рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Основную группу (I) составили 30 пациенток с трубно-перитональным фактором бесплодия, которым были назначены одноразовые полимерные инъекторы с гелем на

основе грязи Мертвого моря («БиЛайфМед», Россия) интравагинально по 30 минут 12 процедур ежедневно. Группа сравнения (II) – 10 женщин с бесплодием трубно-перитонеального характера, получавших по аналогичной схеме плацебо. Всем пациенткам до назначения пелоидов проведено эндоскопическое вмешательство.

До лечения, после пелоидотерапии и через 3 месяца после грязелечения всем пациенткам проводилось исследование содержания уровня эстрадиола, ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ на 5-7 день менструального цикла, прогестерона на 21-22 день цикла методом ИФА с использованием стандартных наборов (DSL, USA), трансвагинальное УЗИ органов малого таза, бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища. В течение трех менструальных циклов до и после пелоидотерапии проводилась оценка графиков базальной температуры. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП «Statistica for Windows 5.5».

Результаты и их обсуждение: В течение 6 месяцев после пелоидотерапии у 8 (27%) женщин основной группы наступила беременность. В контрольной группе беременность наступила только у 1 (10%) пациентки.

Результаты исследования показали, что до пелоидотерапии ановуляторные циклы, по данным ультрасонографии и измерения базальной температуры, зарегистрированы у 33,3% (10) пациенток основной группы и 33,3% (3) женщин в группе контроля. После грязелечения частота ановуляции уменьшалась и составила 13,3% (4) у женщин I группы и у 20% (2) пациенток II группы. После пелоидотерапии в основной группе отмечено достоверное увеличение уровня эстрадиола с 31,1±7,3 до 58,2±7,1 пг/мл и прогестерона с 12,3±5,1 до 25,7±5,5 нмоль/л ($p<0,05$). В группе женщин, получавшей плацебо, уровень изучаемых гормонов до и после пелоидотерапии достоверно не отличались ($p>0,05$). После пелоидотерапии в основной группе уровень высеваемости лактобацилл, по результатам исследования биоценоза влагалища, умеренно снижался (с 73% до 50%) при незначительном повышении высеваемости условно-патогенной флоры. Через 3 месяца после пелоидотерапии высеваемость лактобацилл увеличивалась до уровня, превосходящего исходный (с 73% до 83%). В группе, получавшей плацебо, не отмечено значимых изменений микробной флоры в результате пелоидотерапии.

Выводы: Применение интравагинального геля на основе грязи Мертвого моря у пациенток с трубным фактором бесплодия в течение 12 дней способствует улучшению функции яичников и нормализации биоценоза влагалища, повышает частоту наступления беременности.

Лечебная грязь Мертвого моря качественно отличается более высокой минерализацией и, соответственно, более активным терапевтическим действием.

ПРОБИОТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Кононова И.Н., Суворова З.А., Сергачева Е.Н., Сосновская Т.А
(ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, МУ ЦГКБ№1, Екатеринбург, Россия)

Цель: оценить влияние перорального пробиотика вагилак (лактогин), на восстановление микрофлоры репродуктивного тракта беременных с бактериальным вагинозом.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное обследование 60 беременных во втором триместре беременности с диагнозом: бактериальный вагиноз. Проведена следующая клинико-лабораторная диагностика: оценка анамнеза жизни и течения беременности; общеклиническое обследование (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи); бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого влагалища. Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа (40 пациенток) получали терапию, предусмотренную региональным протоколом программы «Мать и дитя», в частности, применялся препарат повидон йода в виде вагинальных суппозиториев 2 раза в день в течение 7 дней. Одновременно с повидон йодом назначался внутрь 2 раза в день в течение 2-х недель пробиотик вагилак (лактогин). 2-ю группу (группу контроля) составили 20 пациенток с бактериальным вагинозом, получавшие монотерапию препаратом повидон йода 2 раза в день в течение 7 дней.

Результаты и их обсуждение. Перед началом лечения 63,3% из всех обследованных пациенток имели клинические проявления и жалобы на обильные выделения с неприятным запахом; остальные 36,7% имели клинические проявления в виде выделений, но не отмечали запаха. Беременность у всех обследованных протекала без существенных отклонений. Микроскопические исследования перед началом лечения показали, что в вагинальном секрете преобладала смешанная флора, лейкоциты 3-5 в поле зрения, обнаружены «ключевые клетки» в большом количестве у 57 пациенток (96,0%). Бактериологические исследования перед началом терапии указывали на дисбиотический процесс во влагалище: лактобациллярная микрофлора высевалась в количестве 10^2 КОЕ/мл у 43 пациенток, отсутствие лактобациллярной флоры было отмечено у 17 беременных.

В процессе проведения терапии с 7-х суток выделения и неприятный запах уменьшились у 32 пациенток 1-й группы (80%) и у 7 пациенток (35 %)

группы контроля. После курса комплексной терапии (повидон йод и пробиотик) в 1-й группе пациентки активно жалоб не предъявляли. При вагинальном осмотре отмечены скудные выделения молочного вида, определена кислая реакция влагалищной среды, отрицательный аминный тест у 100% пациенток 1-й группы и 16 пациенток (80%) группы контроля.

После проведенной терапии в 1-й группе в 100% случаев бактериоскопия влагалищного мазка стала в пределах нормы, в группе контроля восстановление микрофлоры по результатам микроскопического исследования вагинального секрета произошло в 9 случаях (45%).

После проведенной терапии у 31 пациентки (77,5%) 1-й группы лактобациллярная микрофлора высевалась в количестве 107 КОЕ/мл. Отсутствие лактобациллярной флоры в группе контроля было отмечено у 11 пациенток беременных, что составило 55%.

Выводы: Таким образом, пробиотическая терапия способствует увеличению числа лактобактерий во влагалище, нормализует вагинальную микрофлору. Бактерии Lactobacillus rhamnosus GR-1™ и Lactobacillus reuteri RC-14™, входящие в состав вагилака (лактогина) восстанавливают естественную кислую среду во влагалище (pH 3,8-4,5) и повышают устойчивость слизистой к воздействию патогенных микроорганизмов.

Исчезновение вагинальных лактобацилл при бактериальном вагинозе является основным фактором в каскаде изменений, приводящих к инфекционным осложнениям. Неудовлетворенность высоким уровнем материнской и перинатальной инфекционной патологии обусловила необходимость комплексного подхода к разработке новых методов коррекции микробиоценоза репродуктивного тракта при бактериальном вагинозе у беременных.

ПОДГОТОВКА К ДЕСТРУКТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Кононова И.Н.,Кондратьева В.А., Смолева М.Б.
(ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, МУ ЦГБ№6, Екатеринбург, Россия)

Цель: оптимизация коррекции микробиоценоза влагалища и шейки матки перед проведением деструкции патологически измененной шейки матки.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 59 женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Всем пациенткам выполнен необходимый диагностический стандарт: осмотр в зеркалах и бимануально, цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, расширенная коль-

поскопия, гистологическое исследование биоптатов шейки матки, обследование содержимого влагалища и цервикального канала на вирусные, бактериальные, протозойные агенты методом ПЦР в лаборатории «Медлайн». По результатам гистологического исследования пациентки разделены на 2 группы: 1-ая – 43 женщины с установленным гистологическим диагнозом «простая лейкоплакия», 2-ая – 16 женщин с диагнозом «цервикальная интраэпителиальная неоплазия» 1; 2; 3 ст. (5, 7, 3 женщины соответственно).

Результаты и их обсуждение. При клинической оценке групп пациенток выявлено, что в 1-й группе женщины старше 40 лет составили 26,6%, во 2-й группе 43,7%. Становление менструальной функции в исследуемых группах и реализация репродуктивной функции проходили идентично. Ранний сексуальный дебют был выявлен у 23,3% и 31,2% пациенток в 1 и 2 группе соответственно. Хламидийная инфекция в половых путях выявлена у 3,3% пациенток 1-й группы и 6,2% женщин 2-й группы. Уреаплазменная и микоплазменная инфекция встретились у 30% у 31,3% женщин 1-й и 2-й групп. ЦМВ и герпетическая инфекция встречалась примерно поровну в обеих группах. Грибы рода кандида выделены у 26,7% женщин 1-й группы и у 25% второй. Бактериальный вагиноз выявлен у 50% и 56,3% женщин 1-й и 2-й групп соответственно. Обращает на себя внимание, что ВПЧ 16 и 18 типов обнаружены у 70,0+0,4% женщин 1-й группы и у 100% во 2-й.

Коррекция бактериального вагиноза проводилась препаратом дазолик 1,5 мг однократно per os или 500 мг 2 раза в день 5 дней.

Всем пациенткам с выявленной папилломавирусной инфекцией было проведено лечение: 20 пациенток 1-й группы получали панавир в свечах по схеме 3 свечи через 48 часов, 2 свечи через 72 часа, 10 пациенток получали панавир внутривенно по 5,0, 3 инъекции через 48 часов, 2 инъекции через 72 часа. 9 пациенток 2-й группы получали изопренозин по 1000 мг 3 раза в день 10 дней, после 10 дневного перерыва курс лечения повторялся, 7 пациенткам 2-й группы проведено лечение панавиром внутривенно по схеме, описанной выше. Выбор метода лечения определялся возрастом, выбором пациенток (пациентки учитывали сроки лечения, удобство применения). Повторное обследование на ВПЧ выявило сохранение инфекции в 6,6% случаев в 1-й и 6,2% во 2-й группе, значимых различий по методам терапии не выявлено. Пациентки, получавшие панавир, выбор метода терапии объясняли удобством, простотой, доступностью применения препарата.

После проведения деструктивного лечения пациентке проводилась обработка спреем «панавир», давались рекомендации по гигиене послеоперационного периода. При контрольном обследовании через 3 месяца установлено полное выздоровление в 93,5% случаев.

Выводы: пациентки с патологией шейки матки перед проведением деструктивных методов нуждаются в обследовании на папилломавирусную инфекцию, из методов терапии наиболее удобным и эффективным в применении является панавир.

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ

Корнеева Е.В., Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В.
(Сургутский государственный университет, медицинский институт, Кафедра акушерства и гинекологии, Сургут, Россия)

Цель: оценить состояние углеводного обмена у женщин с преждевременной недостаточностью яичников.

Материалы и Методы исследования: обследовано 45 женщин с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ). Средний возраст пациенток составил 32,7 ± 2,3 года. Средняя продолжительность заболевания 6,8 ± 1,6 года. В обеих группах проводили следующие исследования: глюкозотолерантный тест, определение базального и стимулированного глюкозой уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ), фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона, ингибина В. Для определения инсулиновой резистентности мы рассчитывали индекс Caro, критерий HOMA. Всем женщинам проводилось трансвагинальное исследование органов малого таза с ЦДК яичникового кровотока.

Результаты и их обсуждение. Поводом для обращения послужили: отсутствие менструаций, быстрая прибавка массы тела (в среднем на 10 ± 2,1 год) у 77,8 % пациенток с ПНЯ от начала заболевания. При анализе индекса массы тела у женщин клинической группы выявлено, что лишь 22,2% пациенток имели нормальную массу тела, у 44,4% – индекс массы тела укладывался в рамки избыточной массы тела, у 17,8% – ожирение легкой степени, 11,1 % – ожирение средней степени выраженности, и у 4,4 % крайне выраженное ожирение. У 33,3% женщин наблюдалась повышенная толерантность к глюкозе (средний уровень глюкозы натощак составил 6,0±0,24 ммоль/л, с нагрузкой 9,14 ± 0,15 ммоль/л), инсулинорезистентность (гиперинсулинемия – среднее значение – в плазме крови натощак 26,14 ± 2,25 мкЕд/мл, с нагрузкой через 2 часа 49,3 ± 2,21 мкЕд/мл; индекс Caro составил 0,26; индекс HOMA-IR – 4,9 балла). При повышении уровня ФСГ (среднее значение 32,4 ± 8,5 Ед/мл)

и ЛГ (15,8 ± 3,1 Ед/мл) наблюдалось снижение уровня ингибина В (среднее значение 20,5 ± 3,5 Ед/мл) в плазме крови у пациенток с ПНЯ. При этом у женщин с высоким уровнем инсулина в плазме крови нами был отмечен более низкий уровень ингибина В (менее 10 Ед/мл) и высокие уровни ФСГ и ЛГ, соответственно, в 2 и 1,8 раз. В наших исследованиях уровень инсулина в плазме был коррелирован с объемом яичников (среднее значение 1,25 ± 0,23 см^3), количеством фолликул (среднее количество – 3,4 ± 1,4), с повышением индекса резистентности сосудистого русла (ИР= 0,78). Чем выше был отмечен уровень ФСГ и ниже уровень ингибина В в плазме крови, тем более выражены были эхографические признаки гипофункции яичников.

Выводы. Дефицит половых гормонов в возрасте до 40 лет способствует формированию не только целой гаммы вазомоторных и эмоционально вегетативных проявлений, но также является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии, метаболического синдрома.

Среди обследованных женщин с ПНЯ нами была выявлена высокая частота инсулинорезистентности, как одного из проявлений метаболического синдрома. Высокие уровни инсулина усиливали чувствительность гипофиза к гонадотропным гормонам, тем самым, усугубляя недостаточность функции яичников, проявляющаяся резким дефицитом эстрадиола, ингибина В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ В СОЧЕТАНИИ С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Кортунова В.В., Трубин В.Б., Красникова М.Б.
(Башкирский государственный Университет, Уфа, Россия)

Цель: улучшить оказание медицинской помощи девочкам – подросткам с папилломавирусной инфекцией гениталий и фоновыми заболеваниями шейки матки.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 98 девочек-подростков в возрасте от 16 до 18 лет, у которых диагностирована папилломавирусная инфекция. При комплексном обследовании использовались следующие методы: клинический, бактериоскопический, бактериологический, цитологический, эндоскопический (кольпоскопия, вульвоскопия), детекция ДНК – папилломавируса ПЦР, гистоморфологический.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст девочек – подростков с ПВИ составил 17,6лет. Продолжительность заболевания варьирует от 7 дней до 1 года. Все обследуемые живут половой жизнью, у 63 (64,3%) из них отмечено ранее начало половой жизни (14-15 лет), наличие 2 и более половых партнеров. Все пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, зуд, жжение и высыпания в области гениталий. Остроконечные кондиломы имели следующую локализацию: шейка матки (4,3%), стенки влагалища (3,4%), вульва (86,3%), сочетанная локализация отмечена у 26% девушек-подростков. Наряду с остроконечными кондиломами у всех диагностирована гинекологическая патология: вульвовагиниты (100%), фоновые заболевания шейки матки (81,1%), цервициты (9,1%), сальпингоофорит (18,2%), кроме того, при бактериологическом исследовании выявлена сопутствующая микрофлора: хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, кандиды. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки выявлены у 71,7% обследуемых. При кольпоскопическом исследовании шейки матки диагностированы: эктопия (52%), папилломы (24,8%), простая лейкоплакия (13,1%), метаплазия с образованием кистозно – расширенных желез (4,8%), экропион (1,9%), CIN I (2,9%). Диагноз папилломавирусной инфекции подтвержден методом ПЦР, нахождением койлоцитов при цитологическом исследовании мазков.

Для оптимизации предоперационной подготовки и послеоперационного ведения девочек – подростков с папилломавирусной инфекцией гениталий разработана система диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий, представленная тремя этапами. I этап – комплексное обследование и лечение сопутствующей патологии гениталий с применением средств, действующих на выявленного возбудителя. Одновременно применялись иммуномодулирующие препараты. II этап – лечение остроконечных кондилом с использованием аппарата «Сургитрон». Воздействие производилось однократно, под контролем видеокольпоскопии. Одновременно с удалением остроконечных кондилом проводилась радиодеструкция шейки матки при наличии фоновых и предраковых заболеваний последней. III этап – рациональное ведение послеоперационного периода с использованием

противовирусных препаратов и озонированного оливкового масла «ОТРИ – Озонид». Данный препарат применялся в виде аппликаций в течение 10 -12 дней. Эпителизация раневой поверхности завершалась после радиоволнового иссечения через 14 -21 день. После завершения лечения назначался повторный осмотр через 3,6 месяцев и один год. Рецидив папилломавирусной инфекции имел место в 3 случаях через 3месяца, рецидив лейкоплакии шейки матки наблюдался в одном случае.

Выводы: применение разработанной комплексной системы диагностических, лечебных и профилактических мероприятий с использованием радиоволнового аппарата «Сургитрон» позволило получить положительный эффект при ПВИ в 97%, оздоровление шейки матки при фоновых и предраковых заболеваниях в 98,5% наблюдений.

ПРЕИМУЩЕСТВА DIGEN-ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПВИ

Кравинская Т.А., Радзинский В.Е., Петрова В.Д.
(Российский университет дружбы народов, Москва, Россия)

Цель: выработать диагностический и лечебный алгоритм у женщин с различной вирусной нагрузкой ПВИ.

Материалы и методы исследования: нами было обследовано 146 женщин с помощью Digen-теста и ПЦР. Из них 126 (86,3%) – пациентки с положительной ПЦР ВПЧ высокого онкогенного риска, 20 (13,7%) – с отрицательной реакцией.

Результаты и их обсуждение. Всего было получено 45 (30,8%) положительных результатов (высокий онкогенный риск). Из 126 положительных ПЦР – 41 (32,5%) положительный Digen-тест, из 20 отрицательных ПЦР – 4 (20%) положительных результата Digen-теста.

67,5% женщин с положительной ПЦР имеют клинически незначимую концентрацию ВПЧ, что могло привести к необоснованной терапии, 30,8% всех обследованных имеет риск возникновения и наличия CIN (в том числе, 8,8% – с отрицательной ПЦР).

Проблема диагностики и лечения заболеваний, обусловленных и ассоциированных ВПЧ, привлекает внимание специалистов в связи с высокой контагиозностью вируса, возможностью инициировать развитие злокачественной патологии. По данным литературы, от 20 до 70% имеют ВПЧ на эпителии генитального тракта. В связи с этим необходимо использовать способы диагностики, не

только указывающие на наличие вируса, но и позволяющие оценить вирусную нагрузку, что дает возможность прогнозировать течение ПВИ. Таким методом является Digen-тест, достоинством которого является определение клинически значимых концентраций, характерных для наличия или развития CIN.

Выводы. Таким образом, применение Digen-теста в диагностике ПВИ позволит своевременно провести лечебные мероприятия и предотвратить развитие процессов малигнизации.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПВИ У ПАЦИЕНТОК С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ DIGEN-ТЕСТОМ

Кравинская Т.А., Радзинский В.Е., Петрова В.Д.
(Российский университет дружбы народов, Москва, Россия)

Цель: выявление факторов риска развития ВПЧ-ассоциированной патологии шейки матки у пациенток с положительным Digen-тестом.

Материалы и методы исследования: нами были изучены анамнестические данные 33 ВПЧ-позитивных женщин, имеющих заболевания шейки матки и 30 пациенток с отрицательным Digen-тестом.

Результаты и их обсуждение: ВПЧ-позитивные женщины достоверно чаще ($p<0.05$) страдали частыми простудными заболеваниями (ОРВИ 2 и более раз в год), хроническим тонзиллитом, хроническим бронхитом, хроническим циститом. При исследовании сексуального поведения пациенток достоверно большее количество женщин с положительным Digen-тестом отмечали раннее начало половой жизни, отсутствие постоянного полового партнера, наличие двух и более родов, двух и более искусственных прерываний беременности ($p<0,05$). ВПЧ-позитивные пациентки чаще страдали хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки, ИППП ($p<0,05$).

Вывод: При инфицировании вирусом у здоровых женщин в результате нормальной работы механизмов контроля над пролиферацией происходят дегенерация и отторжение поврежденных клеток. Под воздействием социальных, инфекционных, иммунных факторов эти механизмы нарушаются, происходит прогрессия заболевания

Выявление факторов, способствующих развитию инфицирования и прогрессии ПВИ позволит своевременно провести профилактические мероприятия у пациенток, угрожаемых по развитию неопластических процессов шейки матки.

СОСТОЯНИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОК С КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ ВУИ

Кравцова Е.С., Бельницкая О.А., Мегрелидзе Е.В., Тарасова Т.В., Фильчакова О.Н.

(Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия)

Цель: оценка состояния фето-плацентарного комплекса у матерей, дети которых в раннем неонатальном периоде имели клинические проявления внутриутробного инфицирования.

Материалы и методы исследования: нами проведен ретроспективный анализ историй беременности, родов, заключений гистологического исследования плацент 68 пациенток и историй развития их новорожденных, родивших в 2005-2006гг. в ГУЗ КПЦ г. Барнаула. За контрольную группу мы взяли данные годового отчета родильного отделения данного лечебного учреждения за 2005 год (всего 1982 родов).

Результаты и их обсуждение. Наличие очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей выявлено у 14 пациенток (20,5%) основной группы, заболевания почек и мочевыводящих путей – в 29,4% случаев.

При обследовании методом ИФА наличие специфических иммуноглобулинов G диагностировано у всех обследованных женщин. При этом антитела к ЦМВ – в 47,1% случаев, к ВПГ – в 41,2% случаев, к токсоплазме – в 23,5% случаев, к ВИЧ, хламидиям, микоплазме, вирусу гепатита В – в 2,9% соответственно. Микст-инфекция зарегистрирована в 38,2% случаев. Наличие урогенитальной инфекции по данным ПЦР-диагностики, бактериоскопии и бактериологических посевов материала из цервикального канала было выявлено у 35,3% пациенток: уреаплазмы – в 66,7%, кандиды – в 25% случаев, хламидии, микоплазмы – в 8,3% случаев соответственно. Каждая пятая из 68 пациенток получала антибактериальную терапию во втором и третьем триместрах беременности.

Фетоплацентарная недостаточность на основе эхоскопического выявления ее косвенных признаков у всех беременных: в стадии субкомпенсации – в 48,5% случаев, в стадии декомпенсации – в 9,1% случаев. При анализе заключений ультразвуковых исследований пациенток отечность и утолщение плаценты выявлены в 48,5% случаев, раннее старение плаценты – в 21,2% случаев, кальциноз плаценты – в 60,6% случаев, многоводие – в 33,3% случаев, маловодие – в 21,2% случаев. По данным допплерометрического исследования в 48,5% случаев выявлены нарушения кровообращения: в

32,5% случаев – в маточных артериях, в 18,8% случаев – в пуповине плода, в 37,5% случаев выявлено сочетанное нарушение кровообращения в маточных артериях и пуповине плода, в 12,5% нарушение плодового кровотока.

Клинически фето-плацентарная недостаточность манифестировала угрозой прерывания у 38 (55,9%) беременных: из них в четверти случаев – в ранние сроки, а в трети случаев – на вторую половину беременности. Перманентная угроза прерывания была отмечена в 40% случаев. Гестоз второй половины беременности манифестировал у трети пациенток: в легкой степени – в 80% случаев, в средней степени – в 20% случаев. Анемии беременных легкой степени тяжести были выявлены в 22,6% случаев.

Доносили до срока 85,3% пациенток. В основной группе частота преждевременных родов была достоверно выше, чем в группе контроля: соответственно 14,7% и 7,4% случаев.

Выводы. Таким образом, у половины пациенток с клинической манифестацией ВУИ новорожденных беременность протекала на фоне угрозы невынашивания, а преждевременные роды встречались в 2 раза чаще, чем в контроле. У половины пациенток антенатально выявленная ФПН была с стадии суб- и декомпенсации. Параклинические маркеры ВУИ при эхоскопическом исследовании были выявлены лишь у трети пациенток.

Проблема внутриутробного инфицирования остается актуальной в современном акушерстве в связи с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ

Кравцова О.В., Долгих В.В., Сутурина Л.В., Лещенко О.Я.
(УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: оценить влияния условий проживания на физическое развитие, соматическое и репродуктивное здоровье у девушек в пубертатном периоде.

Материалы и методы исследования: Нами было проведено обследование 158 девушек 15-17 лет. Из них 90 человек жительниц города Иркутска и 68

жительниц поселка Белореченский. Исследования проводились по единому протоколу, включая оценку физического и полового развития, соматического статуса, морфофункционального состояния щитовидной железы и репродуктивной системы, так же анкетирование, направленное на выяснение современных условий жизнедеятельности и репродуктивных установок подростков.

Результаты и их обсуждение: При оценке физического развития, нами установлено, что дисгармоничное развитие имели 63,5% городских девушек и 59,7% девушек в поселке. Эти отклонения формировались в основном за счет дефицита массы тела у городских девушек (43%), избыточного веса у сельских девушек (29%). Установлено, что у 78% городских жительниц и 96% сельских имелись хронические соматические заболевания. Ведущее место в структуре соматической патологии занимали заболевания сердечно-сосудистой системы (56% в городе и 37% в селе), заболевания желудочно-кишечного тракта (20% и 25% соответственно), а также нарушения осанки (34% и 29%). Степень полового созревания оценивалась по выраженности вторичных половых признаков и возраста менархе. Средний возраст менархе составил12,4+1,2 и в группах обследованных девушек практически не различался, и соответствовал популяционной норме. У 10% девушек проживающих в поселке выявлена задержка полового развития, у горожанок таких изменений не выявлено. Дисфункция яичников и дисменорея регистрировалась у 20% и 31% школьниц в городе и у 16,6% и 23% девушек села. Кроме того, при проведении ультразвукового исследования щитовидной железы нами установлено, что у 70% девушек-горожанок и у 68% сельских пациенток имелись изменения объема и структуры щитовидной железы. При оценке состояния гипофизарно-тиреоидной и гипофизарно-надпочечниковой систем статистически значимых изменений в концентрациях гормонов выявлено не было. Проведенное анкетирование выявило недостаточную информированность и адекватность оценки школьниками своего здоровья, знания причин, вызывающих заболевания, и как следствие слабую мотивацию к ведению здорового образа жизни.

Выводы. По нашему мнению физическое и половое развитие, соматическое и репродуктивное здоровье девушек города и села не имеет значимых различий. Характеризуется дисгармоничностью в физическом развитии, высоким уровнем соматической патологии и репродуктивных нарушений, что, несомненно, опровергает существующее мнение об отсутствии патологии у сельских девушек.

Ухудшение здоровья детей обусловлено не только экономической нестабильностью и нарастающими масштабами загрязнения окружающей среды,

но и широким распространением вредных социальных привычек и болезней, недостаточно эффективной пропагандой и внедрением здорового образа жизни.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ ВО II ТРИМЕСТРЕ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ

Красникова М.Б., Трубин В.Б., Зарипов Т.Ш., Додонов А.Н.
(Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия)

Цель: снижение осложнений операции первого медицинского аборта во II триместре у подростков.

Материалы и методы исследования. Произведено изучение результатов искусственного прерывания первой беременности медицинским абортом во II триместре у 332 девушек-подростков в возрасте от 13 до 18 лет, представленных контрольной (179) и основной (153) группами, при этом в основной группе применялись лечебно-профилактические мероприятия разработанные авторами. Комплексное обследование проводилось с использованием клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Нами разработан алгоритм профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий при искусственном прерывании беременности во II триместре у подростков.

Результаты и их обсуждение. Изучение результатов медицинского аборта во II триместре у подростков контрольной группы показало, что по социальному положению 51,9% девушек представлены учащимися общеобразовательных школ, колледжей и вузов. Каждая четвертая девушка воспитывалась в неполной семье. Не состояли в браке все обследованные. Контрацепцией пользовались только 27,9% подростков. Более половины 75,6% курили в течение 1-3 лет. В момент обследования перед абортом 53,6% подростков имели хронические экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии, ведущим из них явилась железо дефицитная анемия (30,6%). Перед операцией диагностированы гинекологические заболевания у 39,1% (фоновые заболевания шейки, вагиниты, хронические сальпингоофориты). Способ прерывания беремен-

ности во II триместре – тансцервикальный и трансвагинальный амниоцентез с последующим введением гипертонического раствора хлорида натрия и применение медикаментозных процедур для стимуляции сократительной деятельности матки. Осложнения медицинского аборта во II триместре ближайшие – разрывы шейки матки I степени и гипотонические кровотечения – 10,05%; ранние послеабортные осложнения – эндометрит, обострение хронического сальпингоофорита – 10,05%. В отдаленном периоде (через 6 месяцев – 2 года) диагностированы гинекологические заболевания, связанные с перенесенным абортом в 53,4% наблюдений (фоновые заболевания шейки матки, сальпингофорит, нарушения менструальной функции, бесплодие). Разработанный алгоритм лечебно-реабилитационных мероприятий применен у 153 подростков основной группы. 1) в стандарты обследования дополнительно включены изучение биоценоза влагалища, кольпоскопия, консультация психолога с использованием психодиагностических тестов; 2) применена разработанная авторами технология трансцервикальнго амниоцентеза с использованием специального инструмента с последующим применением простагландинов и утеротонических средств. В послеоперационном периоде использовалась ИРТ для стимуляции сокращения матки; 3) в отдаленном периоде оценка репродуктивного здоровья с проведением лечения выявленной патологии, оценка и коррекция психоэмоционального статуса, индивидуально решается вопрос о контрацепции. В результате применения разработанного алгоритма число ранних осложнений снизилось до 6,3%.

Выводы. Применение разработанного алгоритма лечебных, профилактических мероприятий позволяет достоверно снизить число осложнений операции первого медицинского аборта во II триместре у подростков.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Тамазян Г.В., Гридчик А.Л., Зароченцева Н.В.

(Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия)

Цель: разработать систему массовой вакцинопрофилактики подростков в Московской области для снижения уровня заболеваний, ассоциированных с ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов.

Материал и методы исследования: с учетом среднего возраста начала половой жизни в Московской области (14,6лет) и максимальной длитель-

ности полного курса вакцинации (в течении 1 года), оптимальный возраст для начала вакцинации определен 13 лет. Вакцинация проводилась внутримышечным введением трех доз вакцины Гардасил с интервалом 2 и 4 месяца.

Результаты и их обсуждение: программа вакцинации включала следующие мероприятия:

1. Определение эпидемиологически неблагополучных районов в МО с высокой онкологической заболеваемостью раком шейки матки для разработки регионального календаря прививок против папиломавирусной инфекции в области.
2. Организация и проведение широких просветительных мероприятий среди населения о значении иммунизации в предупреждении ВПЧ-ассоциированных заболеваний.
3. 3.Подготовка медицинских кадров по вопросам организации и проведения иммунопрофилактики против ВПЧ.
4. Проведение научно-практических семинаров, конференций для организаторов здравоохранения и образования, врачей МО по данной проблеме.
5. Приобретение и обеспечение ЛПУ вакциной против вируса папилломы человека.
6. Профилактическая вакцинация девочек 13 лет Московской области против ВПЧ-ассоциированных заболеваний.
7. Внедрение скрининговой программы по выявлению генитального кондиломатоза для оценки пораженности папилломавирусной инфекцией девушек в возрасте 14-17 лет.
8. Оценка эффективности реализации программы вакцинопрофилактики за 2008-2009гг, для коррекции плана на последующие годы (2010-2012).

Основными условиями для реализации программы является финансирование, повышение информированности медицинских работников и населения в области профилактики заболеваний, связанных с вирусом папилломы человека и подготовка врачей, владеющих цитологическим и кольпоскопическим методами исследования.

Выводы: Проведение массовой вакцинопрофилактики позволит предотвратить инфицирование ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов, уменьшить затраты на лечение ВПЧ-ассоциированных заболеваний, включая рак шейки матки.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Кропмаер К.П., Безнощенко Г.Б., Медянникова И.В., Фокина Е.А.
(Омская медицинская академия, Омск, Россия)

Цель: на основе изучения клинико-диагностических аспектов усовершенствовать тактику ведения беременных с варикозной болезнью (ВБ), сочетающейся с плацентарной недостаточностью (ПН), и снизить перинатальную патологию в данной группе.

Материалы и методы исследования: Проспективное исследование включало 68 пациенток с варикозной болезнью и ПН в III триместре беременности (основная группа) и 18 здоровых женщин с физиологическим течением беременности и родов. Использовались следующие методы исследования: общеклинические, лабораторные (с коагуллограммой), биохимические, функциональные (УЗИ, допплерометрия, КТГ, дуплексное сканирование), морфологические, гормональные, статистические. Изучался биофизический профиль плода (БФПП), оценивалась степень зрелости плаценты под влиянием применения с лечебной целью, помимо общепринятой методики, ангиопротектора Флебодиа 600 в течение месяца.

Результаты и их обсуждение: В динамике лечения плацентарной недостаточности (ПН) у женщин основной группы третьего триместра с применением препарата Флебодиа 600 (48 женщин) и при использовании традиционного метода (метаболическая терапия – 20 женшин) на фоне коррекции варикозной болезни (местные средства, в основном) происходило в течении 2-3 недель улучшение состояния плода: по данным допплерометрии, биофизических характеристик (БФПП), повышения содержания эстриола, изменения размеров и степени зрелости плаценты, данные КТГ. Получены также позитивные изменения показателей сосудистого и плацентарного звеньев гемостаза, проявившиеся раньше иных критериев степени тяжести, ПН и варикозной болезни. По данным определения кровотока в межворсинчатом пространстве плаценты, сосудах матки, малого таза и нижних конечностях получены данные, свидетельствующие об улучшении дренажной функции сосудов за счет, очевидно, вазотонического действия препарата.

Состояние новорожденных по шкале Апгар определено как удовлетворительное у 40 из 48 рожениц, использовавших Флебодиа (79,2%); неврологический статус соответствовал норме на 5-е сутки неонатального периода у 62,5% младенцев.

Выводы: У женщин с ПН и ВБ улучшение микроциркуляторного кровотока в маточно-плодово-плацентарном комплексе и нижних конечностях является прогностически благоприятным для профилактики гипоксии плода в интранатальном периоде и снижения неврологических изменений в раннем неонатальном периоде, одновременно уменьшая риск тромботических и тромбофлебитических осложнений в послеродовом периоде у матери.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В УСЛОВИЯХ БАЗОВОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Крутова В.А., Ермошенко Б.Г., Галустян С.А., Трантин А.Н.
(Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Россия)

В г. Краснодаре впервые в 1995 году была организована Базовая акушерского – гинекологическая клиника КубГМУ, в которой ведется работа по проблеме бесплодного брака, результаты лечения женского бесплодия отражены в настоящем исследовании.

Материалы и Методы исследования. В группу наблюдения отобрано 75 бесплодных пациенток, мужья – фертильны. На амбулаторном этапе было выполнено полное клинико-лабораторное исследование. Женщинам с хроническим метроэндометритом и аднекситом в анамнезе (78,7%), проведено противовоспалительное лечение, с использованием ФТ процедур.

Результаты и их обсуждение. В результате гормонального скрининга диагноз функциональной гиперпролактинемии был выставлен 8 (27,6%) больным, эти пациентки в качестве гормональной коррекции принимали агонисты дофамина. СПКЯ обнаружен у 21 (72,4%) пациентки. На начальных этапах они также как и женщины основной группы получали терапию по типу ребаунд-эффекта эстроген-гестагенными препаратами в течение 2–3 циклов. Стимуляция овуляции выполнена у 18 (85,7%) больных кломифен-цитратом от 1 до 6 курсов в возрастающих дозировках (50, 100, 150 мг/сут). 17 (80,9%) пациенткам с СПКЯ было выполнено хирургическое лечение. Из 75 женщин с бесплодием у 25 (33,3%) – диагностирован и верифицирован морфологически эндометриоз. Применялось комплексное, дифференцированное лечение по индивидуальной программе. Гормональная терапия эндометриоза – агонистами гонадотропин-рилизинг-гормонов в течение 6–9

месяцев. Основные этапы лечения завершались санаторно-курортной реабилитацией. В ходе проведенного обследования диагноз миомы матки был выставлен 5 (6,7%) больным на основании бимануального осмотра и ультразвукового сканирования. У 2 (2,6%) женщин выявлена и подтверждена во время гистероскопии аномалия развития матки и придатков – неполная перегородка в полости матки. На стационарном этапе применялись эндоскопические методы лапаро- и гистероскопия (ЛС и ГС). При диагностической ЛС патология выявлена у 72 (96,0%) женщин, страдающих бесплодием. Наиболее частой нозологией был спаечный процесс в малом тазу – 31 случай (41,3%), эндометриоидне гетеротопии – 25 (33,3%), патологически измененные яичники – 23 (30,7%), миома матки – 5 (6,7%). У 72 (96,0%) женщин с патологией, выявленной при диагностической ЛС, произведена 71 хирургическая ЛС, при этом – 118 оперативных манипуляций. В ходе ГС у половины пациенток (52,2%) была выявлена внутриматочная патология, трем (4,3%) из них потребовалась хирургическая ГС, всем женщинам с внутриматочной патологией вслед за оперативным вмешательством выполняли контрольную ГС. Раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскобов из полости матки и цервикального канала произведено 35 (46,7%) больным. Наиболее часто выявлялись гиперпластические процессы (22,9%) и полипы эндометрия (12,9%). Структура причинных факторов бесплодия была следующей: только трубно-перитонеальный фактор бесплодия имел место у 18 (24,0%), эндокринный у 17 (22,6%), эндометриоз у 12 (16,0%) женщин, сочетание факторов у 28 (37,3%) больных. Беременность в сроки наблюдения от 1 до 3 лет наступила у 8 (44,4%) женщин из 18 с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, у 13 (76,5%) из 17 с эндокринным бесплодием, у 5 (41,7%) женщин из 12 с генитальным эндометриозом и у 8 (28,6%) из 28 с сочетанием факторов. Срок наблюдения за инфертильными женщинами составил в среднем 2,2 ± 1,4 года.

Выводы. Полноценное обследование и лечение женщин, страдающих бесплодием, необходимо выполнять в условиях специализированных медицинских центров, что способствует повышению эффективности восстановления репродуктивной функции.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Крутова В.А., Ермошенко Б.Г.
(Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар, Россия)

Цель: возможность методологического подхода к индивидуальному прогнозированию нарушений репродуктивной функции с развитием женского бесплодия.

Материалы и Методы исследования. Проанализированы 225 анкет (125 анкет бесплодных пациенток и 100 анкет фертильных женщин), исходным материалом которых служили сведения об образе жизни и репродуктивном поведении женщин. Математическая обработка позволила выявить факторы, оказывающие статистически достоверное влияние на развитие первичного и вторичного бесплодия. Факторы риска были ранжированы в зависимости от уровня их информативности, против каждой градации факторов указаны значения их прогностических коэффициентов с учетом направленности влияния на репродуктивную функцию («+» – благоприятное влияние, «-» – негативное).

Результаты и их обсуждение. Риск возникновения первичного женского бесплодия. Блок медико-биологических факторов: 1.Аднексит был-12,9 не был+2,7. 2.Нарушения менструального цикла было -11,9 не было +1,6. 3.Киста яичника да-15,2 нет +1,8. 4.Возраст вступления в брак до 25 лет+0,8 старше 25 лет-2,9. 5.Доброкачественные опухоли матки да-8,1 нет +0,2. Блок социально-гигиенических факторов: 1.Употребление алкоголя да-6,1 нет +1,8. 2.Сочетание обучения и работы в браке да-3,2 нет+1,1. 3.Контакт с профвредностями был-2,0 не было+0,7. 4.Курение да-6,2 нет+0,4. 5.Образование высшее-2,1 прочее+0,1. 6.Социально-профессиональная принадлежность с/х рабочие -0,9 прочие+0,1. Процедура индивидуального прогнозирования степени риска бесплодия заключается в простом арифметическом сложении значений коэффициентов с учетом математического знака. В случае самого неблагоприятного сочетания факторов риска первичного бесплодия сумма коэффициентов равна -71,5, при самом благоприятном – +10,3. Разность этих величин составляет диапазон возможного риска развития первичного женского бесплодия.

Риск возникновения вторичного женского бесплодия. Блок медико-биологических факторов: 1.Аднексит был-7,1 не был+4,1. 2. Киста яичника да-15,2 нет+1,4. 3.Нарушения менструального цикла был-8,2 не было+0,9. 4.Прерывание первой беременности путем аборта да-5,1 нет+1,0.

5.Возраст до 25 лет+0,9 старше 25 лет-3,1. 6.Внематочная беременность была-7,1 не было+0,2. 7.Доброкачественные опухоли матки да-5,9 нет+0,1. 8.Эндометрит был-5,0 не было+0,3. Блок социально-гигиенических факторов 1.Употребление алкоголя да-6,2 нет+1,7. 2.Курение да-5,8 нет +1,1. 3.Добрачная половая жизнь да-3,1 нет +1,1. 4.Паритет брака первый+0,7 повторный-4,1. 5.Контакт с профвредностями был-1,9 не было+0,8. 6.Образование высшее-1,7 прочее+0,3. 7.Профессиональная принадлежность с/х рабочие-0,8 прочие+0,1. При наиболее неблагоприятном сочетании градаций факторов риска вторичного бесплодия сумма коэффициентов равна -80,3, а при наиболее благоприятном +13,7.

Выводы. В диапазоне возможного риска нами было выделено три интервала, соответственно – три группы прогноза риска. При первичном бесплодии: I – благоприятного прогноза (сумма прогностических коэффициентов от +8,1 до +0,1); II – группа внимания, или «риска» (сумма от -0,1 до -11,2); III – неблагоприятного прогноза (сумма от -11,3 до -71,5). При вторичном бесплодии: I – благоприятного прогноза (сумма коэффициентов от +12,7 до +0,1); II – группа внимания, или «риска» (сумма от -0,1 до -14,2); III – неблагоприятного прогноза (сумма от -14,3 до -80,3). Применявшаяся нами методика прогнозирования развития женского бесплодия проста, доступна для широкого круга врачей и не требует сложных вычислительных манипуляций. Использование данной методики при проведении профилактических осмотров позволяет выделить контингент пациенток, угрожаемый по возникновению бесплодия в будущем.

ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ «МИФЕПРИСТОН» И «МИРОЛЮТ»

Куземин А.А.
(ФГУ Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии им.В.И.Кулакова, Москва, Россия)

Цель: применение препаратов Мифепристон и Миролют с целью прерывания беременности на раннем сроке.

Материалы и Методы исследования. Мифепристон применялся в виде таблетированной однократной дозы в 600 мг (3 таб. по 200 мг) в сочетании с синтетическим аналогом простагландина Е – Миролют (мизопростолом) в дозе 800 мг (4 таб. по 200 мг). Критериями для включения в исследование

являлись: ранняя маточная беременность, подтвержденная данными УЗИ, уровнем β-ХГ в крови, размеры матки соответствующие предполагаемому сроку беременности. Эффективность метода оценивалась по данным клинического обследования, гинекологического осмотра, УЗИ, определение содержания β-ХГ в динамике через одну и две недели после приема препарата. Препарат миролют в сочетании с мифепристоном применен с целью прерывания беременности раннего срока у 30 пациенток в возрасте от 20 до 35 лет (средний возраст 31,3 года). У всех пациенток был регулярный менструальный цикл, продолжительность которого варьировала от 25 до 30 дня (в среднем 28,2), длительность менструации колебалась от 4 до 6 дней (в среднем 5,2 дня). У 26 из 30 женщин (86,6%) менструальные выделения носили умеренный характер, у 4 (13,3%) – были обильными. Ранее беременность была у 18 (60,0%) пациенток (от 1 до 5 беременностей); у 12 (40%) – данная беременность была первой. У 12 пациенток (40,0%) в анамнезе было от 1 до 3 родов. 15 женщинам (50,0%) ранее выполнялись артифициальные аборты (от 1 до 5 абортов), у 2 (6,6%) – в анамнезе были самопроизвольные выкидыши.

Результаты и их обсуждение. У всех 30 женщин (100 %), принявших участие в исследовании, произошел полный выкидыш, не потребовавший применения какой бы-то ни было дополнительной хирургической процедуры. У 1 пациентки послеабортный период осложнился гематометрой, что было подтверждено данными УЗ-исследования, по поводу чего было произведено опорожнение матки методом вакуум-аспирации. У всех пациенток с положительным эффектом метода, выкидыш протекал по типу менструальноподобной реакции, кровянистые выделения появились через 24-58 часов (в среднем 38,7±2,3 часов) от момента приема препарата, продолжались от 7 до 14 дней, (в среднем 12,5±1,3 дней), в первые 3-4 дня более обильные, чем обычная менструация. У 4 женщин в связи с обильными кровянистыми выделениями была назначена дополнительная гемостатическая терапия (дицинон, викасол, отвар крапивы, настойка водного перца). Статистически достоверного снижения уровня гемоглобина в периферической крови отмечено не было ни у одной пациентки. По данным общего клинического анализа крови установлены следущие показатели: уровень гемоглобина от 118 до 145 г/л (в среднем 124 г/л); количество лейкоцитов от 3,6 до 8,2 (в среднем $5{,}6 \times 10^2$/л); СОЭ 4-10мм/час (в среднем 7 мм/час).

Большинство пациенток (83%) в динамике медикаментозного аборта не предъявляли каких-либо жалоб. У части пациенток 16 (53,3%) отмечались умеренные тянущие боли внизу живота, не требующие дополнительной терапии. Побочные реакции в виде незначительной тошноты, легкого головокружения и слабости были отмечены у 14 женщин (46,6%).

По данным динамического наблюдения в течение 1-2-х менструальных циклов, после медикаментозного аборта с помощью препаратов мифепристон и миролют, отрицательного влияния препаратов на последующую репродуктивную функцию не было отмечено ни у одной из наблюдаемых пациенток. У большинства женщин 27 из 30 (90%) уже в первом цикле отмечено восстановление овуляторного менструального цикла.

Выводы: сочетание препаратов мифепристон и миролют является эффективным, безопасным методом применяемым с целью прерывания беременности раннего срока (до 42 дней аменореи) в амбулаторных условиях, под строгим контролем врача, с четким соблюдением показаний и противопоказаний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г.
(ГОУ ВПО «ИГМА», Ижевск; ММА им Сеченова, Москва, Россия)

Цель: оптимизация оказания стационарзамещающей хирургической помощи при опухолеподобных образованиях и доброкачественных опухолях яичников.

Материалы и Методы исследования: нами проанализировано хирургическое лечение 336 пациенток в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст 32,3±1,4) с объемными образованиями яичников. Всем больным до оперативного лечения проводили комплексное обследование с детальным анализом анамнестических и клинических данных, ультразвуковое исследование органов малого таза, по показаниям компьютерную томографию, определение значений онкомаркеров в сыворотке крови, гормонального профиля, иммунограммы. Пациенткам с бесплодием вычислялся показатель овариального резерва. Вмешательства проводили в операционной, оснащенной стандартным эндоскопическим оборудованием фирмы «Karl Storz» и «Olympus» и общим хирургическим инструментарием, а так же анестезиологической аппаратурой. Лапароскопические операции проводились преимущественно под эндотрахеальным наркозом с мышечными релаксан-

тами, что создает условия, необходимые для выполнения основных этапов гинекологических операций.

Результаты и их обсуждение: Показания к выполнению эндоскопических операций в амбулаторных условиях были строго определены. Это были больные с неосложненными видами новообразований малого таза и трубно-перитонеальным бесплодием, без тяжелых сопутствующих заболеваний. Прооперированы 92 больные с фолликулярными кистами яичников, 84 с эндометриоидными кистами, 30 больных с простыми серозными, 25 с параовариальными, 35 с дермоидными кистами, 70 больных с эпителиальными опухолями. Преобладали органосохраняющие операции: цистэктомии (43,75%) и резекция яичников (56,25%) в пределах здоровой ткани. Для подтверждения диагноза весь операционный материал отправлялся на гистологическое исследование. Оперативные вмешательства во всех случаях протекали без осложнений. Время, затраченное на удаление эндометриоидной кисты яичника и лечение спаечного процесса, в среднем составило 100,0±5,9 мин (45-260 мин). В остальных случаях – 66,9±3,9 (30-170) мин ($p<0,05$). Длительность пребывания больного на койке составила 0,7±0,01 дня. Количество дней нетрудоспособности составило 7,6±0,6 дня. У больных с эндометриоидными кистами яичников 9,6±1,4 дней.

Выводы: широкое внедрение лечебно-диагностической помощи больным с доброкачественными новообразованиями яичников в амбулаторно-поликлинических условиях имеет хороший терапевтический, медико-социальный и экономический эффект, является актуальным и целесообразным направлением в реформировании практического здравоохранения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузнецова И.А.*, Шахова Н.М.*, Качалина О.В**, Курбатова М.В.***, Юнусова Е.Э.*****

(№ГУЗ НОКБ им.Н.А.Семашко*, НижГМА**, ИПФ РАН***, Н.Новгород, Россия)

Цель: оптимизация ведения пациенток с патологией шейки матки в Нижегородской области с использованием оптической когерентной томографии – кольпоскопии.

Материалы и методы исследования: в исследовании принимали участие 92 пациентки с показаниями к кольпоскопии (КС) в возрасте от 18 до 71

года, направленные из районов области и областного центра на специализированный прием в Областную клиническую больницу им.Н.А.Семашко. Сценарий исследования: кольпоскопия с проведением традиционных тестов, ОКТ участков аномальных кольпоскопических признаков (АКП), по показаниям биопсия с гистологическим исследованием, сравнительный анализ кольпоскопических, оптических и гистологических данных.

Результаты и их обсуждение: Метод оптической когерентной томографии (ОКТ) имеет высокую эффективность в распознавании состояния малигнизации (диагностическая точность 81%; чувствительность – 82%; специфичность – 78%) и способен в режиме реального времени и неинвазивно дифференцировать аномальные кольпоскопические признаки (АКП). Были сформулированы критерии оценки и выделены три типа ОКТ-изображений: доброкачественный, сомнительный и злокачественный.

У всех пациенток при КС были выявлены АКП различной степени выраженности, которые, согласно стандартному протоколу, в 79% случаев потребовали проведения биопсии. С участков АКП были получены различные варианты оптических образов, 64% из которых соответствовали доброкачественному типу и лишь 36% – сомнительному и злокачественному. Гистологические исследования биопсийного материала подтвердили наличие доброкачественных состояний при доброкачественных вариантах ОКТ изображений. Полученные результаты позволили нам сформулировать новый подход к ведению пациенток с патологией шейки матки: при сочетании АКП и сомнительных и злокачественных оптических образов показана биопсия, при доброкачественном типе изображения от биопсии можно воздержаться и проводить динамическое наблюдение.

Выводы: по нашему мнению, включение ОКТ в протокол обследования шейки матки позволяет более точно оценить состояние объекта, значительно снизить количество инвазивных процедур (биопсий), что должно иметь не только медико-социальные, но и экономические эффекты. При использовании предложенного нами подхода и отказе от биопсии в случае получения доброкачественных оптических изображений ОКТ может служить объективным методом при динамическом наблюдении, что позволит при необходимости своевременно изменить тактику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «ПРЕГНАДЕНТ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Кузьмина Э.М., Мазуркевич М.В., Ямщикова Е.Е.
(ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет. Кафедра профилактики стоматологических заболеваний, Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета. Москва, Россия)

Цель: оценка эффективности применения лечебно – профилактической зубной пасты «Прегнадент» у женщин с физиологической беременностью и гестозом.

Материалы и Методы исследования: Проведено стоматологическое обследование 48 беременных женщин со сроком гестации 26-38 недель, средний возраст которых составил 26,8±0,8 лет. В зависимости от течения беременности женщины были распределены на 3 группы: I группу составили 18 женщин с физиологическим течением беременности, II группу – 18 беременных женщин с гестозом легкой степени тяжести, в III группу – 12 женщин с гестозом средней степени тяжести. Интенсивность кариеса определяли по индексам КПУ(з) и КПУ(п), гигиеническое состояние полости рта – по индексу OHI-S (J.C.Green, J.R.Vermillion), состояние тканей пародонта – по индексам GI (Loe H., Silness J., 1963) и CPI. Комплекс профилактических мероприятий включал обучение индивидуальной гигиене полости рта, профессиональную гигиену полости рта, контролируемую чистку зубов и регулярное применение в течение 6 недель лечебно – профилактической зубной пасты «Прегнадент», разработанной специально для женщин в период беременности и лактации.

Результаты и их обсуждение: По результатам первичного осмотра распространенность кариеса зубов в I группе составила 98%, во II и III группах – 100%. Интенсивность кариеса зубов и поверхностей по индексам КПУ(з) и КПУ(п) в I группе равнялась 11,5 и 20,8; во II группе- 12,3 и 23,4, в III группе- 15,4 и 24,8, соответственно. Гигиеническое состояние полости рта по индексу OHI-S соответствовал удовлетворительному уровню в I (1,2) и II (0,9) группах и неудовлетворительному – в III группе (2,1).

Значения индекса гингивита GI у женщин I группы составляло 0,53, у II группы – 0,47 и у женщин III группы – 0,76, что соответствует гингивиту легкой степени тяжести. Распространенность заболеваний пародонта в I, II и III группах составила соответственно 64%, 60% и 89,5%.

Через 6 недель регулярного использования зубной пасты «Прегнадент» в комплексе профилактических мероприятий у беременных женщин во всех трех группах наблюдалось снижение значений гигиенического индекса в среднем на 64,7%. При этом уровень гигиены полости рта у 70% беременных женщин оценивался как хороший. Оценка динамики состояния тканей пародонта выявила снижение показателей индекса гингивита GI в I и II группах – в 1,3 раза и в III группе – в 1,9 раза, что свидетельствует о выраженном уменьшении воспалительных явлений в десне. Распространенность заболеваний пародонта в среднем снизилась на 14 %.

Во время беременности наблюдается прогрессирование кариеса зубов и ухудшение состояния тканей пародонта, особенно на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта. Осложненное течение беременности повышает риск возникновения стоматологических заболеваний и ухудшение стоматологического статуса.

Выводы. Таким образом, применение лечебно-профилактической зубной пасты «Прегнадент» в комплексе профилактических мероприятий у женщин с физиологической и осложненной гестозом беременностью способствовало улучшению гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Кулавский В.А., Насырова С.Ф., Абдрахманова А.М.
(Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ИПО БГМУ, РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа, РБ, Россия)

Цель: оценка эффективности лечения миомы матки методом эмболизации маточных артерий (ЭМА) в условиях гинекологического отделения РКБ им. Г.Г. Куватова г. Уфы.

Материалы и Методы исследования: Под наблюдением находилось 124 женщины с миомой матки в возрасте от 35 до 55 лет с единичными или множественными миоматозными узлами межмышечной, субмукозно- межмышечной и субсезно-межмышечной локализации. Перед проведением ЭМА больным назначалось полное общеклиническое, трансвагинальное ультразвуковое исследование с допплерометрией маточных и опухолевых артерий.

При обследовании установлена высокая степень отягощенности соматического анамнеза, нарушения менструального цикла выявлены у 40 (32,3%) больных, нарушение функции соседних органов отмечено у 6 (4,8%) больных,

не предъявляли жалоб 8 (6,4%) пациенток. Продолжительность заболевания варьировала от 1 месяца до 10 лет. Размеры матки до начала лечения у 86 больных (61,2%) не превышали 8-недельный срок беременности, у 30 (24,1%) – матка была увеличена до 12 недель, у 8 (6,4%) – миома матки достигала 14 недель беременности и более. Максимальные размеры доминантных узлов миомы матки до начала лечения у 22 (17,7%) больных не превышали 4 см в диаметре, у 82 (66,1%) – не больше 6 см, у 20 (16,2%) – достигали 6 см и более.

Результаты и их обсуждение: Через 6 месяцев после ЭМА у наблюдаемых больных объем кровянистых выделений сократился на 62,4%, длительность – на 32,6%, через 1 год после проведения ЭМА менструальная функция нормализовалась у большинства больных. Боли, связанные с миомой, исчезли после лечения к 3 месяцу у 97,3% больных, компрессионные симптомы – у всех пациенток. Размеры матки в течение первых 3 месяцев в среднем уменьшились на 32,2%, а к году регрессия достигла в среднем 57,4%. При анализе произведенных ЭМА установлено, что регрессия миоматозных узлов происходила постепенно в течение 1 года. Через 3 мес. узлы уменьшились в среднем на 19,7%, через 6 месяцев – на 38,4%, через 12 мес. в среднем – на 50,8 %. Самая выраженная регрессия миоматозных узлов наблюдалась при межмышечной их локализации. При проведении доплеровского контроля наибольшая регрессия наблюдалась в группах миоматозных узлов с выраженным кровотоком, меньшая – в узлах с умеренным кровотоком, минимальная – в узлах со слабым кровотоком. В раннем послеоперационном периоде практически у большинства больных развивался постэмболический синдром. Средняя длительность его составила 7-10 дней. Болевой синдром различной интенсивности развивался у большинства пациенток в первые сутки после ЭМА. Для обезболивания использовались нестероидные противовоспатительные средства (кетонал, ибупрофен и др.). Температура тела у части больных начинала подниматься через 2 часа после процедуры и продолжалась в течение суток. Для снижения ее использовался аспирин. У части больных субфебрильная температура держалась в течение 1 месяца, что не требовало какой-либо медикаментозной терапии. Часть больных в послеоперационном периоде беспокоили выделения из половых, которые не требовали какой-либо терапии и проходили самостоятельно. За период, в течение которого мы наблюдали больных после ЭМА в нашей клинике, рецидивы наблюдались только у двух (1,6%).

Выводы: Таким образом, эмболизация маточных артерии является высоэффективным, миниинвазивным, органосохраняющим, малорецидивным методом лечения миомы матки. Клиническая эффективность и хорошая переносимость процедуры позволяют успешно использовать его при лечении миомы матки как альтернативу гистерэктомии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У СЕКСУАЛЬНО НЕАКТИВНЫХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ

Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Ежова Л.С.
(ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: провести сравнительную оценку состояния шейки матки у девочек-подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом.

Материалы и Методы исследования: было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 88 девочек-подростков в возрасте 15-19 лет, не имевших опыта сексуальных контактов и воспалительных изменений влагалища. В исследование не были включены девочки с маточным кровотечением в момент обследования, а также получавшие препараты, содержащие половые стероидные гормоны. Состояние шейки матки оценивалось по совокупности данных расширенной кольпоскопии, бактериоскопического и бактериологического исследований вагинального отделяемого, ПЦР-диагностики и цитологического исследования мазков-отпечатков шейки матки.

Результаты и их обсуждение. У сексуально неактивных девочек-подростков в возрасте 15-19 лет с нарушенным менструальным циклом (n=59) в 28,8% случаев выявлена эктопия шейки матки, эктопия в сочетании с нормальной зоной трансформации (НЗТ) – в 35,6%, эктопия с атипической зоной трансформации (АЗТ) – в 13,5%, у 6,8% девочек имелась НЗТ, у 3,4% – АЗТ, у 11,9% обследованных девочек экзоцервикс был покрыт оригинальным многослойным плоским эпителием (МПЭ). У девочек-подростков с нормальным менструальным циклом (n=29) кольпоскопическая картина была представлена следующим образом: в 27,5% выявлялась эктопия, одинаково часто (в 24,1%) обнаруживались эктопия с НЗТ и АЗТ, а также НЗТ и АЗТ (в 7% случаев каждая), в 10,3% имелся МПЭ. При цитологическом исследовании мазков-отпечатков шейки матки у всех обследованных девочек наиболее часто выявлялась плоскоклеточная метаплазия и дистрофические изменения клеток при отсутствии лейкоцитарной реакции и признаков воспаления; атипии не выявлено ни в одном случае.

Выводы. При сравнительной кольпоскопической оценке состояния шейки матки у сексуально неактивных девочек-подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом отмечается тенденция к более частому

выявлению аномальных кольпоскопических картин у девочек с регулярными менструациями, не имеющая тем не менее статистической достоверности (P=0,216). Для получения достоверных результатов требуется дальнейший набор материала и увеличение численности выборки.

ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ НОСИТЕЛЬСТВА СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ В У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Курлеева Т.Ю., Сизоненко А.Л., Невмержицкая О.В.
(Городской клинический родильный дом, Владивосток, Россия)

Цель: изучение частоты высеваемости стрептококка В у новорождённых детей и факторов риска, которые обуславливают у них возникновение стрептококковой инфекции.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 96 новорождённых детей. Забор материала проводился с наружного слухового прохода и носовых ходов сразу после рождения. У 45 детей (46,8%) был обнаружен стрептококк группы В, подтверждённый бактериологическим методом.

Результаты и их обсуждение. Стрептококки группы В являются частью нормальной флоры влагалища и могут быть обнаружены у 5-35% всех беременных. Риск передачи новорожденному стрептококков группы Б при инфицировании матери составляет 42-72%, а при отсутствии инфицирования – только 8%. Несмотря на высокий уровень вертикальной передачи, реальная частота клинической стрептококковой инфекции у новорожденных первых 7 дней жизни составляет 1,3-3: 1000 родившихся живыми. Но главная причина, по которой врачи смежных специальностей уделяют внимание стрептококку В, является его способность вызывать у новорожденных детей генерализованные формы инфекции с тяжелым клиническим течением (менингит, сепсис), летальность при которых может достигать от 25 до 75 %. Серьезность проблемы усугубляется тем, что в настоящее время не существует методических документов, регламентирующих мероприятия по снижению заболеваемости новорожденных стрептококковой-В инфекцией.

По нашим данным, среди детей, у которых был обнаружен стрептококк В, 19 новорождённых (40,4%) родились с задержкой внутриутробного развития, что сопровождалось хронической фето-плацентарной недостаточностью во время беременности, 9 детей (19,1%) появились на свет в состоянии умеренной асфиксии. Преждевременно родилось (на 35-37 недели гестации) 17 детей (36,1%).

Беременность в данном случае протекала на фоне отягощённого акушерского и гинекологического анамнеза.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование по изучению распространённости носительства стрептококков группы В и по выявлению факторов риска, вызывающих стрептококковые инфекции у новорожденных и матерей, способствует обоснованию и разработке новых и совершенствованию имеющихся профилактических и противоэпидемических мер борьбы с этой инфекцией. Следует обратить особое внимание на необходимость кратной и своевременной бактериологической диагностике стрептококков группы В, санации хронических очагов инфекции, как в период предгравидарной подготовки, так и во время беременности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АДАПТАЦИИ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Кшнясева С.К., Константинова О.Д., Тиньков А.Н.
(Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия)

Цель: выявить эффективность метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии в лечении женщин с менопаузальным метаболическим синдромом.

Материалы и Методы исследования: Обследованы 96 женщин с менопаузальным метаболическим синдромом 45-54 лет (средний возраст 51±1,23 года), которые были разделены на 2 равные группы. Пациентки основной группы прошли лечение в барокамере «Урал-1»: 22 ежедневных трехчасовых сеанса методом прерывистой гипобарической гипоксии. Пациентки контрольной группы получали препарат заместительной гормональной терапии «фемостон 1\5». Обследование, проводимое до начала лечения и через месяц, включало в себя: определение менопаузального модифицированного индекса, измерение массы тела, индекса массы тела, исследование гормонального фона (эстрадиол, ФСГ, ЛГ, дегидроэпиандростерона-сульфат, лептина, инсулина, С-пептида), липидного спектра крови, уровня глюкозы, суточное АД-мониторирование.

Результаты и их обсуждение: В результате лечения у пациенток обеих групп отмечено снижение модифицированного менопаузального индекса (в основной группе на 64%, в контрольной на 38%), повышение уровня эстра-

диола, снижение уровней ФСГ (в основной группе на 50%, в контрольной на 33%) и ЛГ (в основной группе на 46%, в контрольной на 28%). У пациенток, прошедших курс лечения в барокамере, выявлено уменьшение массы тела от 2 до 7 кг, снижение исходно повышенных уровней глюкозы на 17%, С-пептида на 17,7%, инсулина на 17,4%, повышение уровня ДГЭА-сульфата на 7%, снижение общего холестерина на 16%, повышение уровня ХС-ЛПВП на 12%, повышение уровня лептина на 9,7%, снижение систолического АД на 13%. В контрольной группе статистически значимых изменений данных показателей не зафиксировано.

Выводы: Лечение в барокамере «Урал-1» привело к быстрому и выраженному клиническому эффекту, снижению массы тела и артериального давления. В результате гипоксической стимуляции отмечено повышение чувствительности периферических тканей к инсулину, что проявилось значимым снижением уровня глюкозы, уменьшении гиперинсулинемии.

Гипокситерапия привела к повышению уровня лептина, который за счет воздействия на рецепторы гипоталамуса приводит к снижению аппетита и снижению массы тела. Таким образом, предлагаемый немедикаментозный метод адаптации к периодической барокамерной гипоксии можно рекомендовать для коррекции метаболических нарушений у женщин с менопаузальным синдромом.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ДЕТОКСИКАЦИИ GSTT1 И GSTM1 У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Лабыгина А.В., Шенин В.А., Урыбин И.Ю., Сутурина Л.В., Нестерова Д.И., Колесникова Л.И., Беляева Е.В.

(Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, г. Иркутск, Россия)

Цель: Изучить гены системы детоксикации (GSTT1 и GSTM1) у женщин с бесплодием, проживающих в Иркутской области.

Материалы и Методы исследования: У 75 женщин с репродуктивными нарушениями (основная группа) и 35 фертильных женщин (контрольная группа) исследованы частоты аллелей генов GSTT1 и GSTM1. Методом ПЦР получали амплифицированные фрагменты: GSTM1-213 п.н., GSTT1-459 п.н. Для мультиплексной амплификации GSTM1/GSTT1 в качестве внутреннего

контроля амплифицировался фрагмент гена бета-глобина 375 п.н. наличие которого показывает успешность амплификации. Отсутствие ампликона 213 п.н. указывает на нулевой генотип по GSTM1 и отсутствие ампликона 459 п.н. означает нулевой генотип по GSTT1 гену. Гетерозиготы данным методом типирования не выявляются. Нулевые аллели являются следствием обширных делеций, приводящих к полной потере ферментов.

Результаты и их обсуждение: У женщин с различными формами бесплодия в 2 раза чаще (GSTM1 0/0 GSTT1 0/0 -12,0 %), чем у женщин контрольной группы (GSTM1 0/0 GSTT1 0/0 – 5,71 %) выявлено наличие мутантных аллелей. Поскольку группа женщин с бесплодием отличалась наличием одновременно нескольких патологических процессов, например наличием эндометриоза, гиперпролактинемии, СПКЯ, надпочечниковой гиперандрогении, нами был проведен анализ вклада каждого из этих факторов на наличие мутантных аллелей генов. Так при наличии эндометриоза у женщин с бесплодием частота наличия мутантных аллелей генов GSTM1 0/0 GSTT1 0/0 составляет 9,76 %, с гиперпролактинемией 7,84%, что достоверно не отличается от здоровых женщин. У пациенток с гиперпрлактинемией в сочетании с гиперандрогенией частота наличия мутантных аллелей генов GSTM1 0/0 и GSTT1 0/0 составила 22,22 %, что значительно превышает показатели контрольной группы.

Выводы: Изучение особенностей аллельных вариантов генов, продукты которых ответственны за детоксикацию, свидетельствует о накоплении мутантных аллелей у женщин с бесплодием по сравнению с контрольной группой, что может служить одной из причин репродуктивных нарушений.

РОЛЬ РЕТИНОЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Лабыгина А.В., Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Аталян А.В, Гребенкина Л.А., Осипова Е.В., Олифиренко Т.Л., Лазарева Л.М.

(Учреждение РАМН «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН», Иркутск, Россия)

Цель: изучение содержания ретинола в сыворотке крови у фертильных и бесплодных женщин с функциональной гиперпролактинемией.

Материалы и Методы исследования: контрольная группа состояла из 27 практически здоровых фертильных женщин без гинекологической пато-

логии, средний возраст – 23,6 ± 0,3 года; в первую группу вошли 33 бесплодные пациентки с гиперпролактинемией (средний уровень пролактина 729,09 ± 111,17 мЕД/мл), средний возраст составил 24,4 ± 0,3 года; вторая клиническая группа была представлена 22 женщинами с сохраненной репродуктивной функцией на фоне гиперпролактинемии, средний возраст – 23,5 ± 0,4 года (средний уровень пролактина 935,46 ± 292,64 мЕД/мл).

В работе с больными соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.)).

В качестве материала для биохимических исследований использовалась сыворотка крови. Забор крови проводили из локтевой вены в соответствии с общепринятыми требованиями.

Содержание ретинола определяли флуориметрическим методом и выражали в мкмоль/л (Р.Ч. Черняускене и др., 1984).

Результаты и их обсуждение: в группе бесплодных женщин с гиперпролактинемией установлено значимое снижение уровня ретинола по сравнению как с группой контроля (в 3,22 раза, $p < 0,001$), так и с группой фертильных женщин с гиперпролактинемией (в 3,24 раза, $p = 0,006$).

Таким образом, по нашим данным, концентрация ретинола в сыворотке крови бесплодных женщин с гиперпролактинемией снижается более чем в 2 раза по сравнению с аналогичными величинами у фертильных пациенток с гиперпролактинемией и у группы здоровых женщин репродуктивного возраста.

Благодаря наличию сопряженных двойных связей в молекуле ретинол способен взаимодействовать со свободными радикалами различных типов, в том числе и со свободными радикалами кислорода, чем обусловливается его особенность служить важнейшим компонентом антиоксидантной защиты организма (Т.С. Морозкина, А.Г., Мойсеёнок, 2002). Расход ретинола в процессе антиоксидантной защиты со снижением его концентрации сопровождается уменьшением содержания его окисленной формы (ретиноевой кислоты). Ретиноевая кислота в настоящее время рассматривается как липофильный гормон, который подобно стероидным гормонам, взаимодействует с рецептором в ядре клеток-мишеней. Образовавшийся комплекс связывается с определенными участками ДНК и стимулирует транскрипцию генов. Белки, образующиеся в результате стимуляции генов под влиянием ретиноевой кислоты, влияют на рост, дифференцировку и регенерацию тканей, и что особенно важно – для реализации репродуктивной функции.

Выводы. Поскольку ретинол можно рассматривать не только как антиоксидант прямого действия (ответственный, совместно с токоферолом за

«гашение» перекисных радикалов), но и как фактор, оказывающий опосредованный эффект через гормональную регуляцию системного метаболизма на функционирование репродуктивной системы организма, снижение концентрации ретинола у женщин с гиперпролактинемией, на наш взгляд, может играть существенную роль в развитии репродуктивных нарушений.

ПОСЛЕАБОРТНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Ланцев,Гусева Е.Н. Худик А.И.
(Городская клиническая больница №33, Москва, Россия)

Цель: изучить послеабортные инфекционные осложнения медикаментозного и хирургического прерывания беременности ранних сроков.

Материалы и методы исследования: обследовано 300 беременных женщин с применением мифепристона в основной группе. Группу сравнения составили 314 беременных с абортом путем вакуум-аспирации. Проводилось клинико-лабораторное обследование с учетом особенностей акушерско-гинекологического анамнеза и проведено 900 ультразвуковых исследований при медикаментозном аборте 942 –при хирургическом прерывании беременности ранних сроков.

Проводилось экспериментальное изучение абортивного действия мифепристона у 42 беременых крыс линии Вистар.

Результаты и их обсуждение: в опытах на беременных крысах установлено, что все испытуемые антипрогестины (мифегин, мифепристон, пенкрофтон) в дозе 100мг/животное обладали 100 % абортивным эффектом.

Частота осложнений медикаментозного аборта составила 0,66% против 8,6% при абортах, выполненных методом вакуум-аспирации.

В структуре осложнений медикаментозного аборта отмечены: эндометрит и прогрессирующая беременность с последующей вакуум-аспирацией содержимого матки. При хирургическом прерывании беременности преобладали следующие осложнения: остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, эндометрит.

При медикаментозном аборте у 2-х из 300 беременных отмечены осложнения в виде эндометрита (0,33%) и прогрессирующей беременности у 2-х (0,33%). При хирургическом прерывании беременности у 27 пациенток

отмечены: эндометрит у 7 пациенток, прогрессирующая беременность у 5, остатки плодного яйца у 15 пациенток. Таким образом выявлено достоверное преобладание в 14 раз осложнений при хирургическом прерывании беременности (p< 0,001).

Выводы: частота инфекционных осложнений медикаментозного аборта является минимальной (0,66%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

Ларионова О.Н., Коротовских Л.И., Кононова И.Н.
(Уральская государственная медицинская академия, МУ ЦГКБ №1,Екатеринбург, Россия)

Цель: оценить эффективность использования оперативных методов (гистероскопических и лапароскопических) в диагностике и лечении первичного и вторичного бесплодия.

Материалы и Методы исследования. Было проведено ретроспективное исследование 33 историй болезни пациенток, прооперированных гистероскопически и лапароскопически по поводу бесплодия в гинекологическом отделении ЦГКБ № 1. Пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 17 женщин, страдающих первичным бесплодием, во 2-ю – 16 пациенток с вторичным бесплодием. Отдаленные исследования результатов терапии проведены через 6 – 12 месяцев после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток с первичным бесплодием составил 29 лет, со вторичным бесплодием – 31 год. При анализе паритета родов и абортов в анамнезе во 2-й группе обращает на себя внимание, что 81% женщин имели искусственное прерывание беременности. Анализ лапароскопических диагнозов показал, что при первичном бесплодии чаще имеет место: поликистоз яичников – 41% (7), аденомиоз – 18% (3), гипоплазия матки – 12%(2) и гидросальпинкс 35% (6), а при вторичном – спаечный процесс органов малого таза 87% (14). При лапароскопической операции в обеих группах в равных соотношениях были обнаружены: ретенционные кисты яичников (10 женщин), эндометриоидные кисты (2 женщины), параовариальные кисты (2 женщины), хронический аднексит (1 женщина), эндометриоз крестцово-маточных связок и брюшины (4 женщины), непроходимость труб (1 женщина). При проведении гистероскопии в обеих груп-

пах в равных соотношениях также были найдены: полипоз эндометрия (6 женщин), субсерозная миома матки (3 женщины).

Лапароскопическим доступом были проведены следующие операции: в связи с гидросальпингсом и непроходимостью труб – выполнена тубэктомия – в 1-й группе 2 женщины и 1 женщина во 2-й, при спаечном процессе органов малого таза – сальпингоовариолизис – в 1-й группе 3 женщины и 9 женщин во 2-й, биопсия яичников при поликистозе и кистах яичников – в 1-й группе 8 женщин и 9 женщин во 2-й, вылущивание кист при эндометриоидных и параовариальных кистах – в 1-й группе 2 женщины и 1 женщина во 2-й, миомэктомия при субсерозной миоме матки – в 1-й и 2-й группах по 2 женщины, вылущивание миоматозного узла – в 1-й группе 1 женщина и не проводилось во 2-й. Гистероскопическим путем проведены: резектоскопическое удаление перегородки матки в 1-й группе не проводилось и 1 женщина во 2-й.

После проведения оперативного лечения проводилась медикаментозная коррекция недостаточности лютеиновой фазы цикла препаратом «утрожестан» в терапевтической дозе. При анализе результатов лечения по прошествии 6-12 месяцев наступление беременности установлено в 38,5% случаев. В 3% случаев проведенная операция стала этапом в осуществлении успешной попытки экстракорпорального оплодотворения.

Выводы:

1. Лапароскопическопические и гистероскопические вмешательства должны быть обязательным этапом при диагностике причин бесплодия.
2. Лапароскопические вмешательства позволяют устранить органические причины бесплодия.
3. После хирургического вмешательства необходимо проводить консервативную терапию, направленную на восстановление гормональных взаимодействий и стимуляцию овуляции.

РЕЗУЛЬТАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОДЕСТРУКЦИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ – И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Лаутеншлегер Е.В, Клинышкова Т.В
(ФГУ ЗСМЦ Росздрава, ОмГМА, Омск, Россия)

Цель: оценка эффективности электродеструкции эндометрия у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) в пери – и постменопаузе.

Материалы и методы исследования: обследовано 83 пациентки в возрасте от 49 до73лет (средний возраст 58,4лет), которым проводилось гистерорезектоскопическая полипэктомия, аблация эндометрия. В зависимости от варианта ГПЭ выделено две группы больных: 1-я группа – 40 пациенток с полипами эндометрия (ПЭ), 2-я группа – 43 больные с гиперплазией эндометрия (ГЭ). Показанием к электродеструкции явились железистые, железисто-фиброзные ПЭ, простая ГЭ без атипии с учетом рецидивирующего характера и противопоказаний к гормонотерапии. В зависимости от гистологического результата эндометрия в предыдущем цикле, в 1-й группе выполнялась изолированная полипэктомия (эндометрий фазы секреции, индифферентный эндометрий, атрофия эндометрия), сочетание полипэктомии с резекцией эндометрия (аденомиоз 1ст.) либо с вапоризацией эндометрия (кистозная атрофия эндометрия). Одновременное выполнение полипэктомии с аблацией эндометрия в 1-й группе проведено в 30 % наблюдений. Во 2-й группе больных была проведена шариковая коагуляция (27.9 %), петлевая резекция (34.8%), вапоризация эндометрия (37.3%); у 5 (12,5%) больных выявлено сочетание ПЭ и ГЭ. Всем пациенткам выполнено контрольное ультразвуковое исследование через 3 - 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение: по результатам контрольной гистероскопии через 6 – 12 месяцев после деструкции эндометрия в 1-й группе выявлено: полость матки без патологии (67.5 %), частичная (12,5%) или полная облитерация полости матки (17.5%), рецидив ПЭ (2.5%). Полость матки без патологии наблюдалась у пациенток, которым проводилась петлевая полипэктомия либо полипэктомия с коагуляцией ножки полипа. Облитерация полости матки наблюдалась при сочетании ПЭ с сопутствующей патологией (аденомиоз, кистозная атрофия эндометрия по результатам предварительного обследования), в результате чего выполнялась полипэктомия с резекцией либо вапоризацией эндометрия. Рецидив ПЭ (в 1 случае) установлен

при полипэктомии без дополнительной коагуляции ножки полипа, что потребовало повторной резекции полипа.

Во 2-й группе больных контрольная гистероскопия позволила установить наличие синехий, частичную или полную облитерацию полости матки с уменьшением ее размеров за счет плотных синехий у подавляющего большинства больных 39(90.7%), регенерацию эндометрия (3 случая), рецидив ГЭ (1случай). Регенерация эндометрия и рецидив ГЭ имели место у пациенток пременопаузы, которым была выполнена шариковая коагуляция полости матки, что подтверждает повышение эффективности аблации эндометрия в постменопаузе. В случае рецидива ГЭ повторно проведена аблация эндометрия (резекционная методика).

Выводы: таким образом, электродеструкция эндометрия является эффективным методом лечения ГПЭ, позволяющим избежать гистерэктомии и длительного гормонального лечения у соматически отягощенных пациенток. Резекция эндометрия является малотравматичным, органосохраняющим методом лечения больных с доброкачественной патологией эндометрия в пери – и постменопаузе при условии ультразвукового и гистероскопического контроля за состоянием эндометрия в отдалённом периоде.

ИНОКЛИМ (ЭКСТРАКТ СОЕВЫХ БОБОВ) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА

Ледина А.В., Прилепская В.Н.
(ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова», Москва,Россия)

В связи с научным обоснованием благоприятного влияния на здоровье человека, широкое применение в медицинской практике в последние годы получили биофлавоноиды, которые способны воздействовать на большое количество ферментативных систем человека, оказывая разностороннее, в том числе эстрогеноподобное действие.

Цель: изучить эффективность и безопасность препарата Иноклим, содержащего экстракт сои, богатый двумя изофлавонами: генистином и даидзеином.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 пациенток в постменопаузе, из них у 36 женщин наступила естественная менопауза, у 4-х – хирургическая. Средний возраст пациенток составил 54,2+0,4 года. Перед началом лечения все пациентки прошли обследование.

Тяжесть постменопаузального синдрома оценивались при помощи анкетирования и подсчета модифицированного индекса Куппермана, который до лечения составил 25,7.

Результаты и их обсуждение. При анализе жалоб были диагностированы следующие проявления КС: вегетативно-сосудистые расстройства – у всех 40 женщин, нейропсихические – у 32 (80 %), обменно-эндокринные нарушения – у 21 (52,5%). У 5 пациенток (12,5 %) отмечались различной степени интенсивности головные боли. Расстройство функции кишечника (запоры) и дизурические явления были у 17 пациенток (42,5 %).

После проведённого обследования Иноклим был назначен 40 женщинам в дозе 1 таблетка 2 раза/день, длительность лечения – 3 месяца.

У 34 женщин (85%) на фоне приёма Иноклима отмечено клиническое улучшение, которое проявлялось в уменьшении тяжести постменопаузального синдрома с 4-5-й недели от начала терапии. У 6 (15%) пациенток результаты в первый месяц лечения были не столь выраженными, однако и у них уменьшились проявления гипергидроза, бессонницы. Индекс Куппермана через 12 недель лечения составил 17,9. Побочные реакции в виде тошноты и кожного зуда наблюдались у 2 (5%) пациенток.

Выводы. Таким образом, Иноклим (экстракт соевых бобов), содержащий изофлавоноиды является высокоэффективным и безопасным препаратом для купирования патологических проявлений постменопаузального синдрома, и может рассматриваться как альтернативный метод его лечения при наличии противопоказаний к применения ЗГТ или при отказе от приема гормональных препаратов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Линева О.И., Веревкина О.М., Беленькая О.Н.
(ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ММУ МСЧ №1, Самара, Россия)

Цель: разработать комплекс профилактических мероприятий развития постгистерэктомического синдрома, включающий гравитационную терапию, с оценкой ее эффективности.

Материалы и методы исследования. Нами проведено проспективно – ретроспективное исследование 112 женщин, оперированных в объёме субто-

тальной гистерэктомии с сохранением одного или обоих придатков. Больные были разделены на три группы: первая – 60 женщин без проведения программы профилактики развития постгистерэктомического синдрома; вторая – 40 женщин, получавших до- и послеоперационную профилактику на амбулаторном этапе (диета, ЛФК, психоседативная терапия, МИЛ-терапия и т.д.); третья группа – 12 женщин, получавших помимо вышеперечисленных методов гравитационную терапию через месяц после операции (10 сеансов). Данная процедура выполнялась на специальной установке путем вращения пациентки со скоростью 36 оборотов в минуту. Методика разработана на основе многолетних клинико-экспериментальных исследований коллектива ученых СамГМУ под руководством академика РАМН Г.П.Котельникова (1986-2008г.г.). Всем пациенткам в динамике, в течение года проводилось анкетирование, полное общеклиническое обследование, биохимические исследования, определение гормонального профиля, ультразвуковое обследование органов малого таза и молочных желез.

Результаты и их обсуждение. У больных первой клинической группы в 90% наблюдений нами было отмечено развитие постгистерэктомического синдрома через три-шесть месяцев после операции, различной степени тяжести (с учётом модифицированного менопаузального индекса и оценки качества жизни), по поводу которого пациенткам была рекомендована заместительная гормональная терапия или гомеопатические средства. В результате анализа историй болезни пациенток нами были выявлены факторы риска развития постгистерэкомического синдрома, что позволило разработать и внедрить комплекс профилактических мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе (послеоперационная реабилитация). Вышеуказанная программа профилактики была апробирована нами у 52 пациенток, из них у 12- с использованием гравитационной терапии. При проспективном наблюдении за ними мы отметили значительное улучшение общего состояния, по сравнению с пациентками первой группы. Лишь у четырёх больных второй группы (10%) были выявлены симптомы хирургической менопаузы лёгкой и средней степени тяжести, у 30% обследованных констатировано улучшение качества жизни. После проведения 10 сеансов гравитационной терапии все 12 пациенток отметили улучшение качества жизни, клинических симптомов постгистерэктомического синдрома при наблюдении от шести до двенадцати месяцев не было выявлено. При исследовании гормонального профиля обнаружено лишь статистически недостоверное повышение уровня ФСГ.

Выводы. Внедрение разработанной программы профилактики развития постгистерэктомического синдрома способствует улучшению качества

жизни, сохранению трудоспособности, купированию ишемических проявлений в органах малого таза, стимуляции репаративной регенерации тканей, предупреждению развития спаечного процесса, восстановлению функции яичников и нормализации гормонального фона.

КОРРЕЛЯЦИЯ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИН И ИММУННОГО СТАТУСА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Линькова Н.С.[1], Костылев А.В.[1], Костючек И.Н.[2], Кветной И.М.[2]
([1]Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН,
[2]ГУ НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН, Санкт- Петербург, Россия)

Цель: изучение количества иммунокомпетентных клеток в плаценте женщин с гестозом в зависимости от возраста.

Материалы и Методы исследования: Для выявления количественных различий иммунокомпетентных клеток все пациентки (n=14) были разделены на 2 группы. Первую группу (n=7) составили женщины в возрасте от 19 до 28 лет (средний возраст 24.4±2.5 лет), а вторую (n=7) – от 30 до 38 лет (средний возраст 34.9±2.3 лет). Все роженицы перенесли гестоз легкой или средней степени тяжести. Иммуногистохимическая реакция с антителами (Dako, 1:300) к маркерам CD16 (субпопуляция НК-клеток) и CD68 (макрофаги) проведена авидин-биотиновым иммунопероксидазным методом. Препараты фотографировали при увеличении 400×, затем с помощью системы компьютерного анализа микроскопических изображений «Видеотест-Морфология 5.0» оценивали относительную площадь (S,%) окрашивания. По относительной площади оценивали количество клеток в плаценте.

Корреляционный анализ прводили с помощью рангового критерия Спирмана (R) для нелинейных функциональных зависимостей. Критерий Спирмана применялся между выборками из значений возраста и количества иммунных клеток.

Результаты и их обсуждение: В плацентах женщин 1-ой группы обнаружено в 3 раза больше НК-клеток по сравнению со 2-ой группой (S1 группа = 5.73±1.94, S2 группа = 1.80±0.41, $p<0.05$), а количество макрофагов в обеих группах достоверно не отличалось. Коэффициент Спирмана при сравнении выборок из возраста и количества НК-клеток (Rвозраст и НК-клетки = -0.57, $p<0.05$) показал, что между этими характеристиками существует отрицательная связь умеренной тесноты. Коэффицент корреляции между

выборками возраста и количеством макрофагов (Rвозраст и макрофаги = -0.33, p<0.05) указывает на отрицательную связь слабой тесмноты между исследуемыми группами.

Полученные данные позволяют предположить, что при гестозе у женщин после 30 лет иммунная система реагирует слабее, чем у молодых женщин, что выражается в резком снижении НК-клеток в плаценте. Корреляционный анализ подтверждает эти данные и показывает, что существует нелинейная функциональная зависимость между возрастом женщины и количеством НК-клеток и макрофагов в плаценте: чем старше женщина, тем меньше указанных иммунокомпетентных клеток в плаценте можно наблюдать. При этом для НК-клеток зависимость от возраста пациентки более сильная, чем для макрофагов.

Выводы: С точки зрения иммунологии плацента является уникальным органом, где на клеточно-молекулярном уровне происходит взаимодействие тканей матери и плода.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, с увеличением возраста у женщин с гестозом происходит угасание иммунных реакции в плаценте, выражающееся в понижении количества НК-клеток и макрофагов.

НАТУРАЛЬНЫЕ КИЛЛЕРЫ В ПЛАЦЕНТЕ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ФЕРТИЛЬНОГО В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Линькова Н.С.[1], Костылев А.В.[1], Костючек И.Н.[2], Кветной И.М.[2]
([1]Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН,
[2]ГУ НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН, Санкт- Петербург, Россия)

Цель: количественная оценка НК-клеток в плаценте женщин различного возраста в норме и при гестозе.

Материалы и Методы исследования: Все роженицы (n=26) были разделены на 4 группы. Первую группу (n=5) составили женщины с нормально протекающей беременностью в возрасте от 19 до 29 лет (средний возраст 25, 4 года). Во вторую группу (n=4) вошли здоровые женщины старшего возраста – от 31 до 36 лет (средний возраст 34,3 года). Третья группа (n=10) – молодые пациентки с гестозом, от 19 до 28 лет (средний возраст 24,4 года). В четвертую группу (n=7) были отбраны пациентки старшего возраста с гестозом – от 30 до 38 лет (средний возраст 35 лет).

Иммуногистохимическая реакция с антителами к маркеру НК-клеток CD16 проведена авидин-биотиновым иммунопероксидазным мето-

дом. Препараты фотографировали при увеличении 400×, затем с помощью системы компьютерного анализа микроскопических изображений «Видеотест-Морфология 5.0» оценивали относительную площадь (S,%) и интенсивность окрашивания (I, отн. ед). По относительной площади оценивали количество НК-клеток в плаценте, а по интенсивности окрашивания – степень экспрессии.

Результаты и их обсуждение: В норме в плаценте женщин старшей возрастной группы НК-клеток больше (Sпосле 30 лет норма = 4.78±1.07, Sдо 30 лет норма = 2.25±0.55, $p<0.05$), чем у молодых женщин, при этом их экспрессия не отличается (Iпосле 30 лет норма = 0.26±0.03, Iдо 30 лет норма = 0.21±0.05). При гестозе у пациенток четвертой группы количество натуральных киллеров резко снижается (Sпосле 30 лет гестоз = 1.92±0.55, $p<0.05$), а у женщин третьей группы, напротив, наблюдается повышение этого показателя по сравнению с нормой (Sдо 30 лет гестоз= 3.70±1.09, $p<0.05$). В условиях гестоза у женщин старшего возраста повышается степень экспрессии НК-клеток (Iпосле 30 лет гестоз = 0.41±0.12, $p<0.05$) а у молодых она не изменяется по отношению к норме (Iдо 30 лет гестоз = 0.15±0.04). Сравнение третьей и четвертой групп пациенток показало, что количество НК-клеток у женщин после 30 лет в 2 раза ниже, чем у молодых ($p<0.05$). При этом степень экспрессии у старородящих женщин была почти в два раза выше, чем у пациенток в возрасте до 30 лет ($p<0.05$). Возможно, большее количество НК-клеток в норме в старшем возрасте обусловлено компенсаторными механизмами, обеспечивающими стабильность иммунного статуса в условиях большего риска развития патологии, чем у молодых женщин. При гестозе иммунная система женщин старшего фертильного возраста быстрее истощается, снижается количество НК-клеток. У молодых рожениц иммунный ответ усиливается, чтобы компенсировать патологические изменения плаценты, вызванные гестозом.

В плаценте наиболее ярко проявляются основные иммунологические реакции между матерью и плодом. С одной стороны она обеспечивает защиту от чужеродных антигенов, с другой – подавляет реакцию отторжения аллогенного фето-плацентарного комплекса. При патологии, например такой распространенной, как гестоз, или возрасте женщины старше 30 лет, сложные механизмы, поддерживающие нормальный иммунный статус, могут нарушаться. Наиболее точным индикатором изменения иммунного статуса при патологии могут служить натуральные киллеры (НК-клетки). НК-клетки способны лизировать чужеродные объекты без развития комплексной реакции иммунного ответа.

Выводы: Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что количество НК-клеток и степень их экспрессии могут служить маркером иммунного

состояния, указывающим на проявления гестоза и особенности функционирования плаценты у женщин молодого и старшего фертильного возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕРАЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ломова Н.А., Матвеева Н.К., Сафронова В.Г.* Касабулатов Н.М.
(ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий, *Институт биофизики клетки, г.Пущино, Россия)

Цель: проведение сравнительной оценки продукции активных форм кислорода (АФК) фагоцитами у беременных и новорожденных, относящихся к группе высокого инфекционного риска.

Материалы и Методы исследования: Было обследовано 38 беременных. Пациентки высокого инфекционного риска были разделены на основную (n=8) – с реализацией – и группу сравнения (n=19) без реализации инфекционного процесса у новорожденных. Контрольную (n=11) – составили женщины с неосложнённым течением беременности. Проведено сравнение оксидазной активности фагоцитов периферической крови беременных и пуповинной крови их новорожденных детей.

Способность клеток крови генерировать АФК оценивали методом хемилюминесцентного анализа. Активность изолированных клеток оценивали по спонтанной и вызванной хемотаксическим пептидом N-formyl-Met-Leu-Phe (fMLF) продукции АФК. Различия между группами были установлены по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: При исследовании изолированных из крови гранулоцитов обнаружено понижение пороговой концентрации формилированного пептида N-formyl-Met-Leu-Phe fMLF для активации респираторного взрыва в клетках пациентов группы риска (менее 1 нМ). Выявлены различия в ответ на провоспалительные агенты липополисахарид (ЛПС) и фактор некроза опухолей (ФНО-α), оба агента значительно усиливали ответ на 10нМ fMLF клеток женщин контрольной группы, тогда как во всех других группах клетки не обнаруживали чувствительности к веществам.

Выводы:

1. У беременных с осложнённым течением беременности отмечается пониженная реактивность клеток в крови матери и плода.

2. Нарушения в работе системы фагоцитоза и связанных с рецепторами системах регуляции генерации АФК свидетельствует об истощении адаптационных ресурсов матери и опосредованно плода.
3. Фагоциты новорожденных детей имеют более низкую цитотоксическую емкость по сравнению с клетками взрослых.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ЭСЦИЗИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА

Манухин И.Б, Фириченко С.В, Минкина Г.Н., Зуйкова Е.В, Фадеева Е.А.
(Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия)

Цель: анализ изменений эхографических параметров шейки матки после петлевой электроэксцизии, выполненной во время и вне беременности, и оценка их клинического значения.

Материалы и Методы исследования. Обследованию и анализу подверглись 32 пациентки, в том числе 5 беременных. Трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия выполнялась до и после петлевой эксцизии шейки матки, а также в первом и во втором триместре беременности. LEEP у беременных была выполнена для исключения инвазивного рака. Основным эхографическим параметром, оцениваемым в данном исследовании, являлась цервикальная длина. Первичные результаты включали изменение длины шейки матки и клинико-анамнестическую оценку явлений угрозы прерывания беременности.

Результаты и их обсуждение. Среди различных методов лечения цервикальной интраэпитеиальной неоплазии основными являются методы эксцизии поражённой ткани шейки матки. Наиболее часто выполняется процедура петлевой электрохирургической эксцизии LEEP (loop electrosurgical excision procedure). В ряде небольших исследований установлено, что эксцизионные процедуры могут оказывать неблагоприятное влияние на течение последующих беременностей.

Исследование показало, что после широкой петлевой эксцизии отмечается уменьшение длины шейки матки. Наиболее выраженным это уменьшение было у женщин с повторными эксцизиями. Пациенткам этой группы чаще проводилось амбулаторное или стационарное лечение угрозы пре-

рывания беременности. Вместе с тем, не отмечено существенного влияния однократной процедуры петлевой электроэксцизии на течение беременности и родов, при отсутствии изменений эхографических параметров шейки матки.

Очевидна необходимость адекватной оценки влияния процедуры эксцизии на репродуктивную функцию. Петлевая электрохирургическая процедура может привести к преждевременным родам ввиду уменьшения механической поддержки плодного яйца при укорочении шейки матки.

Выводы. Данные УЗИ – цервикометрии полезны для выделения групп женщин с повышенным риском преждевременных родов. Определение более информативных эхографических маркёров угрозы прерывания беременности: объема шейки, диаметра внутреннего зева, симптома «воронки» – позволит своевременно провести превентивные мероприятия, направленные на сохранение беременности.

Ультразвуковая диагностика является высокоинформативным методом исследования в акушерстве и гинекологии и позволяет оценить функциональные возможности органа на основании ряда его эхографических характеристик.

КОЛЬПИТЫ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ КОФАКТОР В ФОРМИРОВАНИИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ВУЛЬВЫ У БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ЛИШАЕМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Манухин И.Б., Крапошина Т.П., Истомина В.Э., Григорян С.Н.
(Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия)

Цель: изучение возможных кофакторов, способствующих формированию вульварной интраэпителиальной неоплазии, и, как следствие, рака наружных гениталий у пациенток со склерозирующим лишаем.

Материалы и Методы исследования. Нами было проведено полное клинико-лабораторное обследование 62 пациенток репродуктивного возраста (от 28 до 42 лет) со склерозирующим лишаем вульвы в стадии атрофии

с продолжительностью заболевания от 3 до 6 лет. Всем пациенткам после тщательного сбора анамнеза проводили простую и расширенную вульво- и кольпоскопию, определение микробного пейзажа влагалища бактериологичесим методом, ПЦР-тест с определением инфекций, передающиеся половым путем, включая пул ВПЧ, а также гистологическое исследование при выявлении атипических вульвоскопических картин.

Результаты и их обсуждение. В обследуемой группе обнаружена высокая частота инфекций нижнего этажа генитального тракта: трихомонадные кольпиты – у 9 (14,5%) пациенток, рецидивирующие кандидомикозы – у 16 (25,8%), ВПЧ – у 38 (61,3%). Причем наиболее часто были выявлены 16/18 типы ВПЧ – у 17 (44,7 %). ВПЧ 31/33 диагностирован только в 4 (10.5%) наблюдениях, а сочетание ВПЧ 16/18 и 31/33 – у 9 (23,7%). Вульвоскопическое исследование продемонстрировало у 8 (12.9%) из 62 пациенток наличие множественных локусов мацерации в области преддверия входа во влагалища и внутренней поверхности нижней трети больших половых губ, которым прилегал атипический эпителий в виде умеренно выраженной лейкоплакии с четкими фестончатыми краями и пунктации. Гистологическое исследование подтвердило мультифокальный характер поражений, характерный для вульварной интраэпителиальной неоплазии легкой степени вульвы. Обращает внимание, что все эти больные отмечали в течение последних 12-18 месяцев усиление выделения белей, выраженный зуд и жжение в области вульвы. Тем не менее к врачу не обращались, самостоятельно использовали локально кортикостероиды с умеренно положительным эффектом. Важно отметить, что только у 2 (25%) из 8 больных с интраэпителиальной неоплазией ВПЧ не определен, но имелось сочетание микотической и трихомонадной инфекции. У остальных пациенток диагностирована ВПЧ 16/18 и 31/33 типов в сочетании с трихомониазом у 4 (66,7%) из 6 больных и сочетание кандидомикоза и трихомонадной инфекции у 2 (33.3%). В последующем было назначено этиотропное лечение вышеуказанных инфекций с последующим назначением локально эубиотиков (жлемик) в течение 10 дней. Для коррекции иммунного гомеостаза рекомендовали ректально свечи Виферон 3 на протяжении 10 дней. Дальнейшее наблюдение показало восстановление целостности эпителия вульвы у всех пациенток уже к 7-10 дню терапии и спонтанную регрессию очагов вульварной интраэпителиальной неоплазии в сроки от 1 до 3 месяцев.

Выводы. Данное исследование показывает важную роль в формировании вульварной интраэпителиальной неоплазии вульвы у пациенток со склерозирующим лишаем длительно существующих кольпитов микотической и трихомонадной этиологии, что привело к прогрессии ПВИ на фоне продол-

жительного бессистемного применения топических кортикостероидов, еще больше усугубляющих состояние иммунного гомеостаза.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Манюхина И.А., Евсеев А.А., Кузнецов М.В, Пивоварова О.Ю.
(ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, Москва, Россия)

Цель: оценка репродуктивной функции и характера течения воспалительного процесса у пациенток, перенесших органосохраняющие операции по поводу острых воспалительных заболеваний придатков матки (ОВЗПМ).

Материалы и методы: обследовано 94 пациентки в возрасте от 15 до 44 лет после органосохраняющих операций по поводу ОВЗПМ. На фоне применения антибактериальной, инфузионной терапии с лечебно-диагностической целью пациенткам была произведена оперативная лапароскопия. Интраоперационно обнаружено: острый гнойный сальпингоофорит у – 8, односторонний пиосальпинкс у – 24, двусторонний пиосальпинкс у – 35, тубоовариальный абсцесс у – 12, абсцесс малого таза у – 11, пиовар у – 4. Объем операции: лизис спаек и санация малого таза у – 8, сальпингостомия с одной стороны у – 19, с двух сторон у – 29, тубэктомия с одной стороны у – 14, вскрытие абсцесса у – 9, односторонняя аднексэктомия у – 12, аднексэктомия с одной стороны и тубэктомия с другой у – 3. С целью проведения визуального контроля за течением послеоперационного периода в брюшной полости, коррекции лечения у 48 пациенток были проведены динамические лапароскопии, которые повысили эффективность терапии, предотвратили формирование спаек, что особенно важно для молодых нерожавших женщин. Исследование менструальной и репродуктивной функции проводили спустя 2-3 года после операции.

Результаты и их обсуждение: Двухфазный менструальный цикл по данным ректальной температуры и по наличию эхографических признаков овуляции выявлен у 92,5%, ановуляция у 5%, двухфазный цикл с НЛФ у 2,5%. На момент исследования установлено, что 58 пациенток предохраняются от беременности, используя различные методы контрацепции. После проведения оперативного вмешательства по поводу воспалительного процесса

спонтанная беременность наступила у 14. Самопроизвольными родами без осложнений закончились 6 самостоятельно наступивших беременностей. У одной из обследованных беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 4-5 недель, у 1 – неразвивающейся беременностью в сроке 6-7 недель, у одной – 2 беременности после операции завершились артифициальными абортами. Пять пациенток на момент исследования являются беременными в сроке от 14 до 35 недель. Бесплодие выявлено у 22, из них первичное у – 9, вторичное у -13. Более выраженные репродуктивные потери наблюдались в группе с осложненным течением ОВЗПМ. Бесплодие диагностировано у 8 (88,9%) пациенток после оперативного лечения пиосальпинксов, у 7 (70%) после операции по поводу гидросальпинксов, у шести (86%) после лечения абсцесса малого таза и у одной с тубоовариальным образованием, в то время как пациентки, оперированные по поводу катарального и гнойного сальпингита реализовали детородную функцию в 63,6%. Анализируя характер течения воспалительного процесса в придатках матки после оперативного вмешательства, нами было зафиксировано наличие рецидивов у 11 из 94 (11,7%). Рецидивы воспалительного процесса придатков матки возникали только после операций по поводу тяжёлых форм заболевания – двусторонних пиосальпинксов и тубоовариальных абсцессов.

Выводы. Таким образом, наши данные свидетельствуют о целесообразности выполнения органосохраняющих лапароскопических операций по поводу различных форм ОВЗПМ, что способствует сохранению менструальной функции и полноценного функционирования яичников практически у всех пациенток. Реализация же репродуктивной функции напрямую зависит от тяжести заболевания и степени деструктивных изменений в придатках матки. Более тяжелые формы ОВЗМП чаще приводят к развитию бесплодия.

МУЖСКОЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ-СВЯЗЬ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ УРЕТРОПРОСТАТИТАМИ, ИНФЕКЦИЯМИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ И ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯМИ

Маркарян Д.С.
(МедЦентр «Линия Жизни», Москва, Россия)

В последние годы накапливается все больше фактов в пользу ведущей роли урогенитальных инфекций будущих отцов в невынашивании беременности в первом триместре(Беломестнов С.Г. и др.2007; Макушин

Д.К.2008). Обсуждается возмо-жная роль генетичских изменений спермиев-тератозооспермий (Курило Л.Ф.2008, Маркарян Д.С.2008, Божедомов В.А.2009) в самоабортах и неудачах ЭКО/ИКСИ.

Работа выполнена на мужчинах из 12 семей, обратившихся в наш Центр для поиска причин самоабортов в 1-м триместре беременности. Алгоритм обследования был стандартный-физикальный осмотр, спермограммы (двухкратно), мазки на бактериоскопию из уретры и крайней плоти,ПЦР-анализы на хламидии,уреамикоплазмы,вирус герпеса цитомегаловирус, EBV, нейссерии и др. Стандартное обследование простаты и семенных пузырьков,яичек и их придатков. Контролем служили 28 мужчин, которые прошли в нашем Центре добрачную и прегестационную полготовку и у которых в в 2006-2008 гг. родились здоровые дети и беременность у жён протекала без проблем.

У всех 12 мужчин была обнаружена инфекция крайней плоти, представленная морфо-типами кокков и коккобацилл. Все отмечали накопление белого налёта под крайней плотью, а пятеро еще и неприятный запах при отсутствии мытья 2 и более дней. У троих на головке и крайней плоти имелись красные пятна, высыпания и микроэрозии, по поводу которых они обращались к урологу, но со слов мужчин, серьезного внимания на это никто не обратил. Все мужчины указали на факт более или менее выраженных фимозов в детстве и обращение к хирургам для раскрытия головки (4 мужчин).

6 из 12 мужчин в прошлом лечились по поводу ЗППП и простатитов. У 8 из 12 мужчин меатус и уретра были раздражены и отечны, вход в меатус был яркокрасным. В мазке обнаружено большее или меньшее количество кокков и коккобацилл. Ни у одного из 12 мужчин выраженной клиники простатита-везикулита не выявлено. Однако все 12 мужчин отмечали некоторое ухудшение половой функции – снижение либидо и укорочение полового акта. ПЦР-диагностика у 8 мужчин выявила U.urealyticum и ее биовары (5 случаев), M.hominis (у 2) и M.genitalium (у 1). У всех 12 мужчин были обнаружены нарушения сперматогенеза-тератозооспермии, количство спермиев с нормальной морфологией менее 30%,что указывало на повреждение их генетического аппарата и высокий риск генных и хромосомных мутаций. Для оценки уровня генетически дефектных спермиев мы использовали критерии предложенные Kruger плюс вакуолизацию головки спермиев, как общий показатель токсического и мутагенного воздействия на спермий,а также показатели подвижности и агглютинацию спермиев исходя из положения,что любое повреждение спермия как правило ухудшает его подвижность,может давать иммунный ответ и агглютинацию спермиев. Полученные нами данные еще раз убедительно говорят о критической важности «мужского фактора» для качества будущего ребенка. 28 мужчин контрольной группы,у которых роди-

лись здоровые дети,на этапе прегестационной подготовки, имели тот же спектр инфекций и тератозооспермий,что и 12 мужчин из семей, где произошел самоаборт. Однако они прошли у нас необходимое лечение,избавились от инфекций,нормализовали спермато-генез, после чего им было разрешено планирование потомства,после 2-3-х месячного восстановительного периода. Необходимую подготовку проходили и их жены.

Наступившие беременности протекали нормально и закончились рождением здоровых детей,без видимой патологии.

МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ

Мельник Т.Н., Краснопольский В.И., Серова О.Ф.
(Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия)

Цель: разработка системы медикаментозного прерывания беременности в поздние сроки.

Материал и Методы исследования: после комплексного обследования, включающее иммуногенетическое, произведено прерывание беременности во II триместре (17-28 недель) у 125 женщин с врожденными пороками развития плода (ВПР).

Из них 50 беременным (1 группа) применялся мифепристон; 75 беременным (2 группа) – трансвагинальное интраамниальное введение гипертонического раствора хлорида натрия с последующей внутривенной инфузией Энзапроста (Pg F2a).

Наиболее частыми ВПР, явившимися показанием для прерывания беременности, были: пороки центральной нервной системы (19-38%), скелета (18-36%), сердечно-лёгочной и мочевыделительной систем (26%).

Методика медикаментозного прерывания беременности заключается в пероральном приеме 600 мг Мифепристона – по 1 таблетке (200 мг) через 4 час, затем мизопростола 200 мг через 4 часа перорально.

Результаты исследования и их обсуждение. После применения мифепристона и мизопростола сократительная деятельность матки развилась у всех пациенток, причём у 84% из них – через 8-12часов. Во II группе у большинства женщин (65%) развитие сократительной деятельности начиналось через 72 часа, лишь в 13 (23,6%) случаях – через 48 часов после амниоинфузии и через 20 часов после внутривенного введения Энзапроста.

Продолжительность позднего индуцированного выкидыша у 90% беременных составила 2-4 часа, в то время как после амниоинфузии гипертонического раствора у 73,3% пациенток она составила 10 часов. Средняя кровопотеря после медикаментозного прерывания беременности была 330,6±45,5 мл, что существенно меньше, чем после интраамниальной инфузии гипертонического раствора (480,2±34,4 мл). Частота осложнений была меньше у пацинток 1 группы, чем во 2-й: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 4,0% и 8,0%; кровотечение – в 6,0% и 18,0% соответственно. Субинволюция матки, гематометра (4,0%) и эндометрит (5,3%) наблюдались только у пациенток второй группы. У 76% женщин 1 группы не отмечалось никаких осложнений.

Выводы: медикаментозное прерывание беременности в поздние сроки является высокоэффективным и более безопасным по сравнению с другими методами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИНОЛА И ЭПИГАЛЛАТА У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КУЗБАССЕ

Меховская Л.Ю., Завразина М.В., Власова В.В.
(ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», Кемерово, Россия)

Цель: оценка эффективности применения Индинола и Эпигаллата у пациенток с миомой матки.

Материалы и Методы исследования: В исследование были включены 32 пациентки, у которых не было показаний для оперативного лечения и размер миоматозных узлов не превышал 2,0 см.

Пациентки были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 16 женщин, получающих гормонотерапию (КОК) в течение 6 месяцев. Во 2-ю вошли 16 женщин, которые получали лишь индол-3-карбинол (Индинол) и эпигаллокатехин-3-галлат (Эпигаллат) по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев.

Средний возраст пациенток составил 39,5 лет. Значимых различий по перенесенным заболеваниям и течению миомы в указанных группах не было. Преобладали симптомы обильных и длительных менструаций (27,3%), болей внизу живота (19,7%), дизурических явлений (13,5%). Ранее пациенткам проводилась гемостатическая, антианемическая и противовоспалительная терапия.

Гинекологическое исследование дополнялось ультразвуковым исследованием ежемесячно в течение 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение: Уменьшение размеров миоматозных узлов наблюдалось у всех пациенток в среднем на 35%. Минимальный объем узлы достигли к концу наблюдения. Осложнений и непереносимости препаратов в процессе терапии не наблюдалось.Уменьшение объёма миоматозных узлов у пациенток обеих групп происходило постепенно и было более заметно при пролиферирующем варианте развития миомы по сравнению с простой миомой.

Одновременно было выявлено и некоторое уменьшение толщины миометрия в обеих группах, но статистически достоверной значимости мы не получили. При применении Индинола и Эпигаллата наблюдалось уменьшение менструальной кровопотери, болевого синдрома и ослабление дизурии.

Выводы: Применение препаратов, содержащих индол-3-карбинол и эпигаллокатехин-3-галлат продемонстрировало хорошую клиническую эффективность при лечении миомы матки. Кроме того, отмечено отсутствие побочных действий и осложнений при применении данных растительных средств, особенно среди пациенток, которые имеют противопоказания для назначения гормонотерапии. Использование Индинола и Эпигаллата открывает новые перспективы в лечении и профилактике такого частого заболевания у пациенток позднего репродуктивного возраста как миома матки, поскольку позволит в ряде случаев избежать оперативного лечения, а значит – сохранить репродуктивную функцию, что может способствовать улучшению демографической ситуации в стране.

СТАТУС ЭНДОЦЕРВИКАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИНДИКАТОР ОСТАТОЧНОГО/ РЕЦИДИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ CIN 2,3

Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Комарова Е.В.
(Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия)

Цель: оценить статус эндоцервикальных желез у пациенток с CIN 2,3 как фактор риска остаточного/рецидивного поражения после лечения.

Материалы и Методы исследования: 157 пациенток с гистологически верифицированным диагнозом CIN 2,3 наблюдались после процедуры петлевой электрохирургической эксцизии. Критерием остаточного/рецидив-

ного поражения являлся позитивный результат прицельно взятой биопсии и/или эндоцервикального кюретажа – наличие CIN любой степени тяжести.

Результаты и их обсуждение: В постлечебном периоде на основании данных цитологического и кольпоскопического исследований прицельная биопсия произведена 17 пациенткам, в результате у 3 из них обнаружены реактивные изменения многослойного плоского эпителия (гипер-, паракератоз), у 5 диагностировано интраэпителиальное поражение низкой степени (ВПЧ эффект/CIN 1), у 9 – высокой степени тяжести (CIN 2, 3). Следовательно, остаточные/рецидивные поражения были идентифицированы у 14 пациенток (8,9%), причем у 9 из них в процессе постлечебного мониторинга диагностировано истинное предраковое поражение (5,7 % от всех наблюдавшихся и 64,3 % от пациенток с остаточным/рецидивным поражением). По данным гистологического исследования 157 биоптатов в 92 (58,6%) случаях эндоцервикальные железы были вовлечены поражение, в 65 (41,4%) – интактны. У пациенток с интактными эндоцервикальными железами остаточное/рецидивное поражение развилось только в 3 случаях (3,3%), тогда как при вовлеченных эндоцервикальных железах – в 11 (16,9%). Чувствительность метода составила 78,4%; специфичность – 62,6%.

Выводы: Процедура петлевой электрохирургической эксцизии позволяет произвести гистологическое исследование всей зоны трансформации и исключить инвазивный рак в случае CIN 2,3.

Наиболее высокий риск остаточных/рецидивных заболеваний наблюдается при больших поражениях и при позитивных краях иссеченного конуса (неполной эксцизии поражения), а также у пациенток старше 40 лет.

Вовлечение в интраэпителиальное поражение высокой степени тяжести наряду с покровным эпителием эндоцервикальных желез является фактором риска остаточного/рецидивного поражения после лечения CIN 2,3.

РОЛЬ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В СОРТИРОВКЕ НЕЯСНЫХ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ АТИПИЙ

Минкина Г.Н., Комарова Е.В., Шипулина О.Ю., Куевда Д.А., Гаврикова М.В.

(Московский государственный медико-стоматологический университет; Центральный научно- исследовательский институт эпидемиологии МЗ РФ, Москва, Россия)

Цель: оценить значение тестирования на вирусы папилломы человека высокого канцерогенного риска (HPV HR) в менеджменте пациенток с ASC-US и проанализировать результаты генотипирования.

Материал и Методы исследования: Объектом исследования явились 120 пациенток различных возрастных групп, у которых результаты жидкостного цитологического исследования были интерпретированы как ASC-US. Всем пациенткам выполнено тестирование на 12 типов HPV HR при помощи мультипраймерной ПЦР тест-системы “Амплисенс ВПЧ ВКР скрин” в режиме реального времени. Референтным методом явилось гистологическое исследование, материал для которого получен путем прицельной биопсии или петлевой электроэксцизии.

Результаты и их обсуждение: Среди 120 пациенток с ASC-US, 72 (60%) были HPV HR позитивны и 48 (40%) HPV HR негативны. У HPV HR позитивных пациенток диагностировано 7 (9,7%) CIN 2, 18 (25%) CIN 3 (в том числе 9 пациенток с CIS) и ни одного рака шейки матки. Кроме того, у HPV HR позитивных пациенток выявлено 6 случаев (8,3%) CIN 1, 13 (18,1%) – HPV эффекта, в 28 (38,9%) случаях интраэпителиальные поражения не обнаружены. У HPV HR негативных пациенток не было выявлено ни одного поражения высокой степени тяжести. CIN 1 диагностирована у 9 (18, 8%) из них, HPV– эффект у 17 (35, 4%), норма или реактивные изменения у 22 (45,8%). Всем HPV HR позитивным пациенткам проведено генотипирование. HPV 16 типа в виде моноинфекции был обнаружен у 13 из 18 пациенток с CIN III (из них у 6 – с CIS), HPV 33 типа – у 4 пациенток. При CIN 2 также наиболее часто выявлялся 16 тип (в 4 случаях из 7), далее – 18,31,39 типы. В поражениях низкой степени тяжести (CIN 1 и HPV – эффект) с одинаковой частотой встречались HPV 16, 33 и 39 типов, у пациенток с отсутствием интраэпителиального поражения 16, 31 и 39 типы HPV. Причем в последнем случае HPV 16 типа встречался, преимущественно, в виде мультиинфекции.

В цервикальных скрининговых программах 4-5% цитологических картин интерпретируются как ASC-US (atypical squamous cells of undetermined

significance – атипичные плоские клетки неопределенного значения). Морфологические критерии ASC-US трудно дифференцировать между реактивными изменениями и дисплазией, что затрудняет дальнейшую тактику ведения этих пациенток.

Выводы: таким образом, тестирование на HPV HR помогает сортировать неясные цитологические результаты. Негативный HPV HR тест означает отсутствие у пациентки тяжелого интраэпителиального поражения и возможность цитологического наблюдения. Позитивный HPV HR тест у пациенток с ASC-US требует немедленной кольпоскопии, ввиду высокого риска наличия предраковой патологии. Наиболее распространенным вирусным типом у пациенток с ASC-US является HPV 16.

ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ У РОДИЛЬНИЦ С КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПО ДАННЫМ УЗИ

Минуллина Н. К., Фёдорова Ж.П., Фатхуллина А.А.
(Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМУ, Казань, Россия)

Цель: выявить связь инфицирования родильниц C. fetus с особенностями течения у них послеродового периода.

Материалы и Методы исследования. На наличие C. fetus было обследовано 79 родильниц на базе акушерско-физиологического отделения Клиники Медицинского Университета. Под наблюдением находились пациентки в возрасте от 19 до 33 лет, средний возраст 23-24 года.

Для выявления динамики обратного развития матки после родов мы пользовались способом УЗ-сканирования, осуществлённым с помощью аппарата «ALOCA-1400» с трансабдоминальным датчиком. Исследование проводилось на 4-6 сутки послеродового периода. При продольном сканировании длину тела матки измеряли от внутреннего зева до наружной поверхности дна, переднезадний размер тела матки — между наиболее отдалёнными точками наружных поверхностей передней и задней стенок матки, ширину полости – между наиболее отдалёнными точками внутренних поверхностей передней и задней стенок матки. При поперечном сканировании определяли ширину тела матки — между наиболее отдалёнными точками наружных поверхностей боковых стенок матки. Большая скорость инволюции матки установлена с 1 по 3 сутки послеродового периода, меньшая — с 3 по 5 сутки. Полость матки в течении первых трёх суток после родов выявляется как чётко контурированное щеле-

видное эхонегативное образование, средние размеры которого составили 6 мм, с колебаниями от 15 мм до сомкнутого состояния.

Результаты и их обсуждение. Содержимое полости матки при неосложнённом течении послеродового периода является жидкостным и относительно однородным, в нём могут содержаться только отдельные небольшие включения (сгустки крови). Увеличение размеров матки относительно нормы — является диагностическим признаком субинволюции матки. Увеличение объёма полости матки с наличием в ней гетерогенного содержимого может быть признаком гематометры.

Частота послеродовых воспалительных осложнений остаётся достаточно высокой и не имеет тенденции к снижению.

Спектр бактериальной микрофлоры, участвующей в развитии послеродовых осложнений достаточно широк.

Нами изучается роль C. fetus в возникновении послеродовых осложнений и поддержании хронического воспалительного процесса в родовых путях.

Из 79 обследованных нами родильниц – у 28 были получены положительные результаты на C. fetus, из них отмечалось:

у 8 – субинволюция матки;

у 9 — лохиометра;

у 6 — гематометра с кюретажем полости матки;

у 2 — позднее гипотоническое кровотечение;

у 3 — гипертермия неясного генеза.

Выводы: таким образом, исходя из проведённых нами УЗ-исследований, отмечены особенности инволюции матки у родильниц, инфицированных C. fetus.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ C.FETUS В АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Минуллина Н. К., Фёдорова Ж.П., Фатхуллина А.А.
(Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМУ, Казань, Россия)

Цель: обозначить влияние C. fetus на течение послеродового периода.

Материалы и Методы исследования. Нами было обследовано 253 пациентки, у 121 (49%) были выделены бактерии рода Campylobacter. При этом 101 (83%)-принадлежал к C. fetus подвид fetus, 13 (11%) к C. fetus подвид venerealis и только 7 (6%) к C. jejuni.

Результаты и их обсуждение. Факт моноинфекции Campylobacter установлен в 48,8% случаев, что указывает на высокую значимость бактерий в акушерской патологии. Наиболее встречаемый возраст пациенток — 21-25 лет. Чаще бактерии выделялись у беременных с фетоплацентарной недостаточностью — у 62,5%, с гестозами — у 57,5%. При внутриутробных инфекциях — у 70% пациенток.

Мы также исследовали степень инфицирования кампилобактерами на разных сроках гестации. Было установлено, что заражение чаще происходило в третьем триместре (31-40 недель) беременности и составляло-71-74%.

По данным исследований кампилобактеры наиболее часто обнаруживали в соскобах из цервикального канала, эндометрии, реже — в плаценте и околоплодных водах.

Наши наблюдения показали, что инфицированные кампилобактерами пациентки имели осложнения и в послеродовом периоде: нарушение сократительной активности матки, длительный субфебрилитет, поднее гипотоническое кровотечение, в некоторых случаях — эндометрит.

Выводы: Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания представляют собой актуальную проблему современного акушерства, что обусловлено их высокой частотой и ролью в структуре материнской смертности.

Полученные результаты дают основание полагать, что кампилобактеры участвуют в поддержании хронического воспаления родовых путей и влияют на течение послеродового периода.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА HLA G БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ И ЕЕ ПЛОДА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА

Михайлин Е.С., Иващенко Т.Э.
(НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия)

Цель: оценить влияние полиморфных вариантов гена HLA G беременной и ее плода на развитии гестоза.

Материалы и Методы исследования: Анализ проведен у 52 беременных с гестозом и их родившихся детей. Было обследовано 13 пациенток с наличием чистого гестоза тяжелой степени, 10 пациенток с гестозом средней степени и 29 женщин с гестозом легкой степени тяжести. Группу сравне-

ния составили 50 здоровых беременных женщин и их новорожденные дети. Работа выполнена на образцах ДНК, выделенных из лейкоцитов периферической крови матери и пуповинной крови новорожденного. Полиморфизм гена HLA G представляющего собой Del или Ins 14 п.о. в 8 экзоне изучен с использованием метода ПЦР. Статистическую обработку результатов проводили с использованием компьютерной программы “STATISTICA v6.0“.

Результаты и их обсуждение: Сравнительный анализ частот аллелей выявил приблизительно одинаковые соотношения аллелей I и D у женщин с гестозом (49,0% и 51% соответственно). Частоты аллелей у плодов от беременностей с гестозом также были примерно одинаковы (I – 49,1%; D – 50,9%). В группе сравнения частоты аллелей у матерей были примерно равны (47% и 53%), а у плодов отмечено преобладание частоты встречаемости аллели D (57%) над аллелью I (43%). При наличии гестоза частота генотипа I/I у матерей составила 19,2%, у плодов – 23,1%; генотипа I/D у матерей – 59,6%, у плодов – 50,0%; генотипа D/D у матерей – 21,2%, у плодов – 26,9%. В группе сравнения у матерей генотип I/I встречался в 18,0% наблюдений, у плодов – в 14,0%; I/D – 58,0% и у матерей, и у плодов; D/D – в 24,0% у матерей и в 28,0% у их плодов. При сравнительном анализе частот генотипов у матерей в различных группах не выявлена статистически значимых различий. Наблюдалась тенденция (p~0,1) к повышению частоты генотипа Ins/Ins у плодов, от беременностей с гестозом – 23,1%, тогда как у плодов здоровых женщин эта величина составила 14,0%. Частота генотипа Ins/Ins при гестозе тяжелой степени была ниже (7,7%), чем при гестозе средней (40%, разница статистически достоверна ($p<0,05$) и легкой степеней (24,1%). При беременностях, протекавших с гестозом, генотип Ins/Ins встречался чаще у плодов (23,1%), чем у их матерями (19,2%), в то время как в группе сравнения наблюдалась противоположенная тенденция (частота генотипа Ins/Ins у плодов составила 14,0%, у их матерей – 18,0%), однако, это различие было статистически не достоверно ($p>0,05$). Частота сочетания генотипов Ins/Del + Del/Del при гестозе тяжелой степени (38,5%) была достоверно выше ($p<0,05$) чем в группе сравнения (14%). Выявлена тенденция (p~0,1) к повышению частоты генотипа Ins/Ins у плодов от беременности с гестозом. Два исследования продемонстрировали существенное возрастание риска развития гестоза у первородящих, если плод имеет генотип +14/+14HLA-G [O’Brien et al., 2001; Hylenius et al., 2004]. Отмечена тенденция (p~0,1) возрастания частоты встречаемости сочетания генотипов мать-плод Ins/Ins + Ins/Ins в группе с легким гестозом (17,2%), по сравнению с группой сравнения (6%). Частоты сочетаний генотипов, при которых плод имел генотип Ins/Ins, в основной группе были выше, чем в группе сравнения (11,5% против 6%

при сочетании Ins/Ins + Ins/Ins и 11,5% против 8% при сочетании Ins/Del + Ins/Ins), хотя эти различия не были статистически достоверны (p>0,05). В то же время частота встречаемости аллели Ins у женщин с гестозом и здоровых женщин была примерно одинаковой (49% и 47% соответственно). Выводы. При гестозе существует тенденция к повышенной частоте встречаемости +14п.н. аллелей в комбинациях материнского и плодового генотипов, в то время как существенные различия в частоте +14п.н. аллели между самими беременными женщинами в группе с гестозом и в контрольной группе отсутствуют.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ВОРСИНЧАТОГО ДЕРЕВА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Михайлова О.И., Лукьянова Е.В., Тютюнник В.Л.
(ФГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия)

Цель: изучение особенностей состояния фетоплацентарной системы при нарушении формирования ворсинчатого дерева.

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное изучение основных показателей функции фетоплацентарной системы и вариантов строения ворсинчатого дерева, установленного на основании морфологического исследования последа, у 119 беременных. Группу 1 (группа контроля) составили 33 женщины, у которых строение ворсинчатого дерева соответствовало норме. В группу 2 (группа сравнения) включено 43 наблюдения с патологией формирования терминальных ворсин. Группа 3 (группа сравнения) включала 43 женщины, в плацентах которых диагностирована незрелость ворсинчатого дерева. С целью изучения особенностей состояния фетоплацентарной системы у беременных при различных вариантах строения ворсинчатого дерева проводился анализ результатов ультразвукового исследования, допплерометрии и кардиотокографии.

Результаты и их обсуждение: Полученные нами данные ультразвуковой оценки степени зрелости плаценты показали, что этот метод не позволяет оценить степень зрелости ворсинчатого дерева, а отражает зрелость плаценты как органа в целом (формирование котиледонов, септ, базальной пластинки и других структур). В то же время, была выявлена тенденция к повышению частоты III степени зрелости плаценты в группе 2 и снижению ее в группе 3

(группа незрелости ворсинчатого дерева). По результатам допплерометрического метода не было выявлено случаев существенных нарушений в показателях кровотока в маточных артериях, патология формирования ворсинчатого дерева характеризовалась повышенной частотой нарушения кровотока в артерии пуповины. Снижение в ней кровотока отмечено у каждой третьей из обследованных женщин группы 2, однако различия при этом были статистически недостоверными. Достоверными же оказались различия по отношению к группе 3 – во всех случаях пульсационный индекс в артерии пуповины оказался сниженным, что свидетельствует о том, что нарушение кровотока в артерии пуповины отражает недостаточное формирование и васкуляризацию терминальных ворсин. Результаты кардиотокографического исследования свидетельствуют о том, что признаки незначительного и умеренного нарушения состояния плода наблюдались нами во всех исследованных группах. В то же время, случаи выраженной гипоксии с оценкой по КТГ 4-5 баллов наблюдались только при патологии формирования ворсинчатого дерева. В группе с нормальным строением ворсинчатого дерева при отсутствии серьезных нарушений материнского кровотока (что явилось условием подбора материала) случаев тяжелой внутриутробной гипоксии нами выявлено не было.

Выводы: Ультразвуковое исследование плаценты не позволяет в настоящее время диагностировать нарушения формирования ворсинчатого дерева. В то же время наличие определенных различий в частоте плацент с разной степенью зрелости при разном строении плацент свидетельствует о возможности дальнейшего поиска ультразвуковых признаков нарушений созревания ворсинчатого дерева. Одним из признаков, часто сочетающимся с нарушением созревания ворсинчатого дерева, явилось нарушение кровотока в артерии пуповины.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФОРМ TRICHOMONAS VAGINALIS, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ С ТРИХОМОНИАЗОМ

Морева Ж.Г., Сащенко В.П.

(Ивановская государственная медицинская академия, Отделенческая больница на станции Иваново ОАО «РЖД», Иваново, Россия)

Цель: изучение морфометрических особенностей форм трихомонад, выделенных из клинического материала от больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) при наличие трихомонадной инфекции.

Материалы и Методы исследования: обследовано 85 женщин с хроническими ВЗОМТ в возрасте от 20 до 62 лет (средний возраст составил 39,9 лет), являющихся пациентками гинекологического отделения больницы. Диагностику трихомониаза проводили микроскопическим, культуральным способом, методами ПЦР и РИФ. Диагностику бактериальных возбудителей проводили методом ПЦР, грибковых патогенов – культурально. Морфометрический анализ форм трихомонад осуществляли в цервикальных мазках у 6 человек, используя окулярный микрометр, анализировали по 508 форм Trichomonas vaginalis.

Результаты и их обсуждение: при проведенных исследованиях у 91,80% женщин с ВЗОМТ культурально, с использованием обогащенной среды Тераса, выявлен урогенитальный трихомониаз. При анализе паразитоценозов гениталий установлено, что в 90,50% случаев трихомониаз протекал как смешанная инфекция, сочетаясь с Gardnerella vaginalis, Ureaplasma urealiticum, Mycoplasma hominis, Chlamydia trachomatis, Candida spp. на фоне дисбиоза влагалищного биотопа.

По полученным морфометрическим данным построены дифференциальные распределения форм трихомонад по размерам. Все 6 распределений имеют выраженный характер правосторонней асимметрии, на что достоверно ($p<0,001$) указывают показатели: коэффициент асимметрии (As) и эксцесс (Ex). Несмотря на графические различия распределений X- критерий Ван-дер–Вардена в большинстве случаев показывает на сходство распределений. Это является отражением некой общей закономерности протекания трихомониаза у больных с ВЗОМТ. Среднее распределение форм трихомонад по размерам для данной выборки, имеющее вид двувершинной кривой ($As = 0,38\pm0,1$, $Ex = -0,62\pm0,2$), описываемое законом Максвелла, показывает на преобладание форм трихомонад в 4-м кластере в интервале от 21,3 до 27,0 мкм (28,10%), сюда входят клетки амебоидной формы, имеющие блестящую плотную оболочку, без ядер, с средним размером 16,2 х 24,3 мкм, а также округлые клетки с ядром и размером 27,0 мкм. Дальнейшее распределение форм в гистограмме следующее: 1-й кластер в интервале от 4,1 до 9,8 мкм (15,51%) составляют почкующиеся формы без ядер, блестящие, их средний размер 5,4 мкм; 2-й кластер в интервале от 9,8 до 15,6 мкм (20,04%) составляют типичные трихомонады округлой и овальной формы с ядром, с средним размером 10,8 х 15,2 мкм; 3-й кластер в интервале от 15,6 до 21,3 мкм (15,08%) составляют амебоидные формы с ядром, их средний размер 16,2 х 18,9 мкм; 5-й кластер в интервале от 27,0 до 32,8 мкм (11,02%) составляют амебоидные клетки с ядром, с средним размером 18,9 х 29,7 мкм; 6-й кластер в интервале от 32,8 до 38,5 мкм (7,24%) составляют амебоидные клетки с

ядром и средним размером 21,6х 35,1 мкм. Трихомонады крупных размеров 24,3 х 48,6 мкм ланцетовидной и амебоидной формы встречались в паразитоценозе в количестве 3,03 %.

Выводы: Наличие значительного количества атипичных форм трихомонад в клиническом материале создает трудности при лабораторной диагностике трихомониаза.

Протекание трихомониаза у больных с хроническими ВЗОМТ характеризуется наличием выраженного полиморфизма влагалищных трихомонад, проявляющегося в преобладании типичных и атипичных форм простейших средних и достаточно крупных размеров, количество которых в паразитоценозе составляет 64,45 % по отношению к общему числу исследуемых форм.

ГЕСТОЗ С ПОЗИЦИЙ КОНЦЕПЦИИ О ТИПАХ АДАПТАЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА К РОДОВОМУ СТРЕССУ

Мороз М.В., Мамиев О.Б., Мамиев В.О.

(ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», Астрахань, Россия)

Цель: изучить особенности течения гестоза с периода начальных его проявлений и исходы родов у беременных в зависимости от типа их адаптации к родовому стрессу.

Материалы и Методы исследования. Под наблюдением находилось 164 женщины в III триместре беременности с начальными проявлениями гестоза. Возраст обследуемых варьировал в пределах от 18 до 37 лет (в среднем 26 лет). Первородящих было 112, повторнородящих – 52. У всех 164 беременных были легкие проявления заболевания с доминированием О- и ОГ-гестоза со средней оценкой по Goeck в модификации Г.М.Савельевой – 4,05±0,33 балла.

Типы адаптации матери и плода к родам и их вероятный исход устанавливали по специальным таблицам, разработанным на основе байесовской модели прогноза (Астрахань, 2006). В работе с таблицами использовали первичные результаты обследования беременных методами психоадаптометрии (MMPI, тесты Люшера, Розенцвейга), ритмокардиографии Р.М.Баевскому, иммунохимическими (белки, ассоциированные с беременностью – а2 – PAG, SP1), дерматоглифики. Лечение беременных осуществлялось по стандартным схемам, общепринятым в настоящее время для легкой формы гестоза.

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что к 1-му типу адаптации (удовлетворительная адаптация, роды без осложнений) относились 24 (14,6%) обследуемых, ко 2-му (напряжение адаптации с декомпенсацией и осложнениями в родах только у матери или только у плода) – 100 (61%), к 3-му типу (неудовлетворительная адаптация с нестабильным напряжением адаптационных механизмов и осложнениями в родах одновременно у матери и плода) – 23 (14%) и к 4-му типу (срыв адаптации в родах с высоким риском развития критических состояний) – 17 (10,4%) беременных. В 10 наблюдениях отмечалось несовпадение в выявлении типа адаптации и прогноза родов, в основном, между 3-м и 4-м типами.

По мере ухудшения типа адаптации гестоз возникает в более ранние сроки беременности и имеет более выраженные тенденции к прогрессирующему течению и повышению частоты осложнений в родах у матери, плода и (или) новорожденного. Более половины всех беременных с легкими формами гестоза относятся ко 2-му типу адаптации к родовому стрессу.

Нами впервые установлено наличие в общей популяции беременных женщин 4-х типов адаптации матери и плода к родовому стрессу: от удовлетворительной (1-й тип, нормальные роды) до срыва адаптационных механизмов (4-й тип) с высоким риском развития у них критических состояний в родах.

Выводы. Таким образом, определение типа адаптации к родовому стрессу у женщин с начальными проявлениями гестоза позволит максимально индивидуализировать последующее лечение и акушерскую тактику у каждой беременной задолго до родов. Это, несомненно, будет способствовать дальнейшему снижению частоты акушерских и перинатальных осложнений.

МИОМА МАТКИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Мунтян А.Б., Коломиец Л.А., Бочкарёва Н.В.
(НИИ онкологии СО РАМН, Томск, Россия)

Цель: изучение клинических, биохимических и гормональных особенностей у больных с ГП и РЭ в сочетании с ММ.

Материал и Методы исследования. В исследование включены результаты исследования 63 больных РЭ, из которых у 50 пациенток РЭ сочетался

с ММ, 83 пациентки с простой и комплексной гиперплазией эндометрия, у 68 пациенток из них имелась ММ. Группу контроля составили 54 пациентки без патологических изменений эндометрия, у 41 из которых имелась ММ. В сыворотке крови, взятой из локтевой вены и локального маточного кровотока, определяли уровень половых стероидных гормонов с использованием радиоиммунного анализа. Определение уровня ароматазной активности проводили радиометрическим методом, рецепторов эстрогенов и прогестерона (ER и PR) – радиолигандным методом.

Результаты и их обсуждение. Частота встречаемости ожирения и артериальной гипертензии у больных РЭ с ММ была выше, по сравнению с больными без ММ. Удельный вес больных с нарушениями углеводного обмена при РЭ с ММ был выше (30%), чем без миомы (18%). У больных с ГПЭ и ММ артериальная гипертензия наблюдалась в 46,3% случаев, без ММ – в 38,5% случаев ($p<0,05$), значимых различий в частоте встречаемости ожирения и сахарного диабета получено не было. Уровень эстрадиола в сыворотке крови у больных РЭ с ММ был в 2 раза ниже, чем без миомы ($p=0,013$). У пациенток с ГПЭ и в группе контроля выявлены аналогичные тенденции. Уровень эстрона сыворотки крови был выше у больных РЭ при наличии ММ, чем у больных без миомы ($p=0,040$). Индекс свободных эстрогенов был выше при наличии ММ как при ГП, так и при РЭ, чем без ММ (у больных РЭ $p=0,018$). Уровень эстрона в регионарном кровотоке у больных РЭ с ММ был выше, чем в системном (59,0±25,0 нмоль/л и 45,1±25,9 нмоль/л, $p=0,015$), а уровень SHBG – ниже (28,8±9,5нмоль/л и 22,9±8,1 нмоль/л, $p=0,031$). Причём, у больных РЭ без ММ уровень эстрона в локальном кровотоке был ниже (32,1±16,9 нмоль/л), чем у больных с миомой ($p=0,015$). Активность ароматазы в группе больных с ГПЭ была высокой и практически не отличалась от уровня при РЭ. Во всех группах наблюдалась тенденция к более высокому уровню активности фермента при наличии ММ. Активность ароматазы в миометрии и миоматозных узлах у пациенток всех групп была высокой ($p>0,05$). В то же время, уровень ER и PR в узлах у больных ГПЭ был статистически значимо выше, по сравнению с больными РЭ, что может свидетельствовать, о высоком потенциале миометрия и миоматозных узлов к синтезу эстрогенов из андрогенов у всех больных с ММ.

Выводы. Таким образом, у больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия выше частота и степень выраженности экстрагенитальной патологии, а также уровень эстрона в сыворотке периферической крови, чем у больных с пролиферативными процессами эндометрия без ММ.

При сочетании ММ и РЭ наблюдается гиперэстрогенемия в локальном маточном кровотоке. Всё это обуславливает высокие потенции ткани мио-

метрия и миоматозных узлов к синтезу эстрогенов из андрогенов, вне зависимости от морфологического состояния эндометрия. Вероятно, ММ при наличии клинических проявлений обменно-эндокринного синдрома, может выступать в качестве фактора риска ГП и РЭ.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОПИЧЕСКИХ ГЕПАРИНСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ

Соснова Е.А., Мурашко А.В., Краснощока О.Е.
(ФГУ «НЦАГиП им.В.И. Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: оценить эффективность применения топических гепаринсодержащих средств для профилактики острого тромбофлебита во время беременности.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных и стационарных карт 30 пациенток, имевших признаки хронической венозной недостаточности. Пациентки были разделены на 2 группы. В I группу вошли 15 беременных, получавших дополнительно к комплексной профилактике местную терапию гепарином по 600-1000 МЕ в сутки в сроки беременности 16-36 недель на протяжении не менее 4 недель. Страдающие хронической венозной недостаточностью беременные, получавшие стандартную терапию, служили группой (II) – сравнения (n=15). Группы были сопоставимы по возрасту и паритету.

Результаты и их обсуждение. В результате применения топических гепаринсодержащих средств у беременных I группы отмечено снижение признаков венозной недостаточности. У 10(66,7%) беременных отечный синдром уменьшился в 1,5 раза, у 5(33,3%) – в 1,3 раза, в среднем в 1,4 раза; ночной судорожный синдром уменьшился в 2 раза у 8(53,3%) беременных, у 5(33,3%) – в 1,8 раз, у 2(13,4%) не изменился, в среднем в 1,27 раз. Снижение субъективных признаков (боли, тяжести, утомляемости в икроножных мышцах) в 1,5 раза отмечено у 15(100%) пациенток, что соответствует данным литературы. Для пациенток II группы при стандартной терапии отмечено менее выраженное снижение симптомов в 1,2; 1,1; 1,3 раз соответственно. Данные ультразвукового ангиосканирования свидетельствовали об отсутствии увеличения числа участков пораженных вен для I группы и о наличии прогрессирования патологического процесса в 4(26,7%) случаях во 2 группе.

Острый тромбофлебит в I группе не был зарегистрирован. Послеродовый период осложнился тромбофлебитом у 3 (20%) пациенток II группы.

Хронические заболевания вен нижних конечностей встречаются более чем у половины беременных, наблюдающихся в поликлиническом отделении Центра. Варикозное расширение вен является предрасполагающим фактором развития тромбофлебита во время беременности, который наблюдается у 30% беременных. Частота варикозного расширения вен у беременных колеблется от 20% до 70%. Острый тромбофлебит представляет собой локальное или распространенное воспаление стенки вены, сопровождающееся образованием тромба в ее просвете. Данное состояние расценивается как серьезное осложнение хронической венозной недостаточности и требует соответствующего подхода к профилактике и лечению.

Вывод: Неблагоприятный преморбидный фон острого тромбофлебита в виде хронической венозной недостаточности осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, приводя к увеличению материнской заболеваемости и смертности. Таким образом, разработка и внедрение в поликлиническую практику новых высокоэффективных средств профилактики острого тромбофлебита у беременных приобретают особое значение.

Отсутствие системного действия у современных топических медикаментозных форм, содержащих до 1000 МЕ гепарина в 1г, не оказывающих, по данным экспериментальных и клинических исследований, тератогенного действия, доступность и простота в использовании позволяет снизить вероятность развития тромбофлебита, способствуют нормальному течению беременности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТКАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ (ВРТ)

Мусаева М.Г.
(ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ЦКБ РАН)

Цель: оценить состояние репродуктивной функции у пациенток с бесплодием при неудачных попытках ВРТ.

Материалы и методы исследования: было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 108 больных с бесплодием в возрасте 21-44 лет, имевших в анамнезе от 2 до 9 неудачных попыток ВРТ. Методом

целенаправленной выборки были сформированы три сопоставимые по исходным клиническим данным группы: I группа- пациентки (n=47) с трубно-перитонеальным фактором бесплодия; II группа- пациентки (n=28) с эндокринными факторами бесплодия; III- я группа пациентки (n=33) с эндометриозом. Состояние репродуктивной системы оценивалось по совокупности клинико-анамнестических данных, морфологических и иммуногистохимических исследований биоптата эндометрия в день предполагаемого «окна имплантации».

Результаты и их обсуждение. Период полового созревания характеризовался своевременным менархе у всех обследованных пациенток и составил 12-14 лет. Продолжительность менструального цикла варьировала от 21 до 36 дней, средняя продолжительность цикла в группах была статистически однородной и составила 29,0±0,5; 28,8±0,6; 29,3±0,39 дней в I-III группах соответственно. Менструации продолжались от 3 до 7 дней (в среднем 5,7±1,0 дня у пациенток в каждой из групп). Болезненные менструации преобладали у пациенток III-ей группы, страдающих эндометриозом. Средняя длительность бесплодия во всех группах была более 7 лет и составила: в I группе пациенток 7,6±0,6 лет; во II группе – 6,1±0,7лет, в III – 5,8±1,0 лет, причем значительно превалировал процент вторичного бесплодия. Так, первичное и вторичное бесплодие выявлено у пациенток I группы в 48,94% и 51,06%, у пациенток II группы в 64,3% и 35,7%,а у пациенток III группы в 39,4% и 60,6% случаях соответственно, что указывает на преобладание вторичного бесплодия в I и III группах, почти в 2 раза по сравнению со II группой. При морфологической оценке состояния эндометрия выявлены хронический эндометрит – в 29,45% наблюдений, гиперплазия эндометрия – в 33,3% наблюдений и недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) – в 37,3 % наблюдений. На основании иммуногистохимического исследования слизистой эндометрия, выявлены слабая чувствительность желез и стромы к прогестерону и к эстрогенам, наблюдающаяся у 28 (59,57%) пациенток I группы, у 12 (42,85%) пациенток II группы и у 21 (63,63%) пациенток III группы соответственно.

Выводы. Оценка состояния клинической характеристики пациенток с бесплодием, а также морфологической структуры эндометрия с иммуногистохимическим исследованием рецепторного статуса эндометрия определяют тактику подготовки к программам ВРТ у пациенток с неудачными попытками.

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ НЕУДАЧНЫЕ ПОПЫТКИ ЭКО И ПЭ

Мусаева М.Г., Бессмертных В.С.
(ММА им. И.М. Сеченова, ЦКБ РАН,Москва, Россия)

Цель: провести анализ частоты наступления беременности у пациенток с бесплодием в репродуктивном возрасте, с неудачными попытками вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы исследования: было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 108 пациенток с бесплодием, имевших в анамнезе неудачные попытки ВРТ, в возрасте 21-44 лет. Всем больным в зависимости от результатов иммуногистохимического (ИГХ), морфологического исследований, проводилось комплексное лечение, включающее хирургическое (лечебно-диагностическая гистероскопия), антибактериальное, гормональное (прогестины, эстрогены), физиотерапевтическое лечение, эфферентная терапия. Нами были сформированы 3 группы пациенток, в зависимости от преобладания факторов бесплодия: I группа- пациентки (n=47) с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, II группа- пациентки (n=28) с эндокринным бесплодием и III-я группа- пациентки (n=33) с эндометриозом. Состояние репродуктивной системы оценивалось по совокупности морфологического, иммуногистохимического методов исследования биоптатов эндометрия в день предполагаемого «окна имплантации».

Результаты и их обсуждение: недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) по данным морфологического исследования, была установлена у 29 пациенток (26,85%) из 108,у 7 пациенток (14,9%) I группы, у 14 пациенток (50%) II группы и у 8 пациенток (24,24%) III группы. Полипы эндометрия были выявлены у 19 пациенток II группы, у 26 пациенток III группы и у 41 пациенток I группы. Гиперплазия эндометрия была диагностирована у 15 пациенток I группы, у 13 пациенток II группы и у 7 пациенток III группы соответственно. Хронический эндометрит был выявлен у 10 пациенток I группы, у 5 пациенток II группы и у 6 пациенток III группы.

На основании результатов ИГХ исследования эндометрия, отсутствие, и/или слабая чувствительность желез и стромы к прогестерону и к эстрогенам выявлены у 28 пациенток I группы, у 12 пациенток – II группы и у 21 пациенток – III группы соответственно. Частота наступления беременности после комплексной терапии, в зависимости от результатов ИГХ, у исследуе-

мых больных было соответственно в I группе – 23,4%, II группе- 24,24 % и III-й группе – 35,71% случаях.

Выводы. Полученные данные позволяют рассматривать формирование качественных изменений в рецепторном аппарате эндометрия как один из ведущих механизмов эффективности в терапии бесплодия.

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУБКЛАССОВ АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИТЕЛ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ПРОГНОЗА АЛЛОИММУННОЙ АНЕМИИ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Нагорнева С.В., Красильщикова И.В, Шелаева Е.В., Павлова Н.Г.
(ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О.Отта РАМН, Санкт–Петербург, Россия)

Цель: оценка совокупной агрессивности антиэритроцитарных антител, циркулирующих в крови матери при резус-иммунизации для прогнозирования аллоиммунной анемии у плода и новорожденного.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 35 повторнобеременных, имевших антиэритроцитарные антитела в титре от 1:32 до 1:32768. Беременные были разделены на 2 группы. У пациенток первой группы (14 женщин) по результатам допплерометрии кровотока в средней мозговой артерии плода выполняли внутриутробную трансфузию донорской крови от 1 до 5 раз. У пациенток второй группы (20 женщин) – отсутствовали ультразвуковые признаки анемии (гипердинамический тип мозгового кровообращения). Однако, у 11 новорожденных, родившихся у последних, проводили заменные переливания крови в связи с развитием у них желтушно-анемической формы гемолитической болезни. О выраженности гемолитической болезни судили у плодов по степени снижения в их крови гемоглобина выраженного в МоМ, у новорожденных по количеству заменных переливаний крови, обусловленных почасовым приростом билирубина и/или анемией.

Для оценки агрессивности иммунного процесса, осуществляли совокупную бальную оценку. В нее включали субкласс выявленных антител и титр их выявления. Так, Ig G1 и/или Ig G3 в титре 1:1 оценивали как 1 балл; Ig G1 и/или Ig G3 в титре 1:100 – 2 балла; Ig G2 и/или Ig G4 – 0 баллов.

Определение классов и субклассов антител выполняли в непрямом антиглобулиновом тесте. Использовали диагностические карты “DAT IgG1/IgG3” DiaMed-ID.

Результаты и их обсуждение. Произведено общее ретроспективное сопоставление совокупной, выраженной в баллах агрессивности иммунного процесса в крови матери и показателей гемоглобина в крови плодов женщин первой группы или количества постнатальных заменных переливаний крови новорожденным пациенток второй группы. Обнаружена прямая корреляция между этими показателями ($r = 0,486$ для $p \leq 0,01$), свидетельствующая о том, что при выявлении в крови беременных с резус-аллоиммунизацией Ig G1 и/или Ig G3 в высоком титре, в большинстве случаев развиваются тяжелые формы гемолитической болезни. Мы рассчитали чувствительность и специфичность метода определения суммарной агрессивности антиэритроцитарных антител с целью прогнозирования развития тяжелых форм гемолитической болезни плода или новорожденного. Положительным результатом теста считали выявление в крови беременной Ig G1 и/или Ig G3 в высокой концентрации при наличии у плода гемолитической анемии или гипербилирубинемии у новорожденного, потребовавшей заменных переливаний крови. Чувствительность и специфичность составила 96% и 50%, соответственно.

Выводы. Вторичный иммунный ответ может сопровождаться выработкой в крови матери Ig четырех субклассов, два из которых (Ig G1 и Ig G3) являются агрессивными, способными при трансплацентарном переносе вызывать гемолиз эритроцитов плода и новорожденного.

С помощью определения субклассов IgG и их концентрации при исследовании антиэритроцитарных антител в крови беременных, можно прогнозировать развитие тяжелых форм гемолитической анемии у плодов или новорожденных.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ

Назаренко Е.Г., Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: изучение состояния шейки матки при трех формах эндокринного бесплодия: бесплодия, обусловленного гиперпролактинемией, бесплодия,

обусловленного гиперандрогенией и гипофункцией яичников, связанной с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ).

Материалы и Методы исследования. Частота эндокринного бесплодия составляет в структуре бесплодия от 18 до 27%. Однако до настоящего времени данные о состоянии шейки матки при эндокринном бесплодии единичны и противоречивы.

В исследование были включены 88 женщин с эндокринными формами бесплодия: 30 женщин с бесплодием, обусловленным гиперандрогенией, 31 женщина с бесплодием, обусловленным гиперпролактинемирей, 27 женщин с бесплодием, обусловленным гипофункцией яичников, связанной с НЛФ. Использовались как общеклинические, так и гинекологические методы исследования, включающие расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков по Папаниколау, гистологическое исследование биоптата шейки матки по показаниям, молекулярно-биологичесие методы.

Средний возраст пациенток составил 31,4±3,4года. Средняя продолжительность первичного бесплодия составила 3,4±0,8 года, вторичного – 3,6±1,4 лет.

Результаты и их обсуждение. Изменения на экзо- и эндоцервиксе у пациенток, страдающих бесплодием, обусловленным гиперпролактинемией, при расширенной кольпоскопии были выявлены у 43,4% женщин, при гиперандрогении – у 38,7%, при гипофункции яичников и НЛФ – у 47,1%, что достоверно выше, чем в популяции. Обращало внимание, что течение патологии шейки матки было бессимптомным у 88% женщин. 72,5% пациенток имели в анамнезе различные методы лечения.

Структура заболеваний при трех формах эндокринного бесплодия была различной. При бесплодии, обусловленном гиперандрогенией наиболее часто встречаются лейкоплакии (25,8%), у пациенток с бесплодием, обусловленным гиперпролактинемией чаще выявлялась эктопия шейки матки в сочетании с экзоцервицитом (33,3%). При бесплодии и гипофункции яичников, обусловленном НЛФ – хронические экзо- и эндоцервициты (22,2%). Для больных с эндокринными формами бесплодия, особенно при бесплодии, обусловленным гиперандрогенией, характерно более частое рецидивирование патологического процесса на шейке матки, с образованием при несвоевременной и неадекватной терапии участков гиперкератоза.

Выводы. Таким образом, пациенты с эндокринными формами бесплодия являются группой риска по развитию заболеваний шейки матки. Полученные данные указывают на необходимость более тщательного обследования экзо- и эндоцервикса у данной группы больных.

ОЗДОРОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФИЗИОТЕРАПИИ

Намазова Л.С., Конова О.М., Алексеева М.Н.
(Научный центр здоровья детей РАМН, Москва,Россия)

Цель: использование современных технологий физиотерапии в акушерской практике.

Материалы и Методы исследования. В физиотерапевтическом отделении Центра восстановительного лечения детей и семейной реабилитации НЦЗД РАМН разработаны общие положения использования комплекса современных физиотерапевтических технологий во время беременности и после родов для сохранения здоровья женщины и рождения здоровых детей.

Оздоровительная программа назначается индивидуально и включает: курсы оздоровительной гимнастики, галотерапии (с использованием искусственной соляной пещеры), энтеральной оксигенотерапии (приема кислородного коктейля), водолечения (циркулярного душа, гидровоздушных ванн с хромотерапией и т.д.), биорезонансной диагностики и коррекции (МОРА-терапии), музыкотерапии.

В послеродовом периоде кроме выше указанных технологий успешно используются процедуры общей криотерапии, механотерапии, эндермотерапии (механовакуумной терапии), управляемой аромофитотерапии, динамической электронейростимуляции. Осуществляется функциональный динамический контроль за правильностью проведения и переносимосью процедур. Комплексное наблюдение проводят врачи восстановительной медицины, акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, психологи.

Результаты и их обсуждение. Во время беременности происходят изменения в основных регулирующих системах организма женщины (сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, иммунной, эндокринной). Эти изменения являются одним из основных механизмов, обеспечивающих поддержание во время беременности и родов оптимальных условий микроциркуляции в плаценте и жизненно-важных органах женщины, и направлены на адаптацию к сосуществованию организмов матери и плода.

Высокий ритм жизни, социальная нестабильность, интенсификация труда, ухудшение экологии (кислородное голодание), сопутствующие хро-

нические заболевания (в том числе ХБВИ) – главные факторы срыва адаптационных систем организма.

В связи с этим в последние десятилетия становится жизненно необходимым разрабатывать комплексы оздоровительных мероприятий, направленных на нормализацию функций основных регулирующих систем организма и восстановительного лечения различных сопутствующих вялотекущих заболеваний у беременных женщин с целью профилактики акушерской патологии и получения стойкого лечебного эффекта.

Минимум противопоказаний, низкая частота развития побочных эффектов, незначительная энергетическая нагрузка позволяет использовать физические факторы у беременных женщин с целью повышения адаптационных возможностей организма и при различных видах патологии в комплексе с базисной терапией.

Выводы. В качестве приоритетных направлений медицины следует рассматривать развитие системы охраны материнства и детства. Рождение здорового ребенка – это важная государственная задача.

Применение современных физиотерапевтических технологий в акушерско-гинекологической практике способствует: нормализации функции сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем женщины, активизации работы иммунитета, улучшению психоэмоционального состояния женщины, а также рождению и развитию здорового ребенка.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАКИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Насырова С.Ф.

(Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, РБ, Россия)

Цель: изучение этиопатогенеза патологии шейки матки у подростков и молодых нерожавших женщин и применение полученных знаний в лечении выявленной патологии.

Материал и Методы исследования. Нами проведено обследование и лечение 50 подростков и молодых нерожавших женщин в возрасте 15-18 лет, страдавших патологией шейки матки. С целью установления диагноза и контроля за проводимой терапией использовались общеклинические, гормональные, бактериологические, бактериоскопические, иммунологические, морфологические методы исследования, кольпоскопия, оценка кислотно-щелочного состояния влагалища.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что у большинства больных с патологией шейки матки (27 пациенток – 54%) имелись нарушения менструального цикла, 25 (50%) пациенток страдали сопутствующей инфекцией влагалища и шейки матки в виде кольпита, цервицита или бактериального вагиноза. Расширенная кольпоскопия выявила у всех больных доброкачественные изменения эпителия шейки матки. Проведенные цитологические исследования позволили исключить наличие предраковых и опухолевых процессов в экто- и эндоцервиксе. Комплексное обследование, включая тесты функциональной диагностики, выявило наличие сдвигов в гормональном статусе, что позволило уже в процессе обследования выявить у 20 (40%) пациенток врожденные и дисгормональные изменения.

С учетом результатов исследования тактика ведения больных определялась индивидуально.

До 18 лет при наличии эктопии шейки матки без нарушения менструального цикла проводилось только диспансерное наблюдение с кольпоскопическим и цитологическим контролем 3 раза в год без медикаментозного вмешательства.

При выявлении эктопии шейки матки на фоне нерегулярных месячных назначалась гормональная коррекция в течение 3 месяцев монофазными микродозированными контрацептивами. При нарушении менструального цикла с недостаточностью второй фазы менструального цикла лечение проводили назначением гормональной терапии гестагенными препаратами (дюфастон по 10 мг с 16 по 25 день менструального цикла в течение 3-4 месяцев) под динамическим кольпоскопическим и цитологическим контролем.

При эктопии шейки матки в сочетании с воспалительными процессами влагалища и шейки матки терапия начиналась с санации шейки матки и влагалища с последующей коррекцией микрофлоры влагалища с помощью свечей «Ацилакт». При бактериальном вагинозе назначали крем «Далацин» в течение 7 дней, затем свечи «Ацилакт» 10-14 дней. После проведенной терапии у всех больных отмечено клиническое улучшение, нормализация кислотно-щелочного состояния влагалищного содержимого (pH 4,5-4,7). У 4 пациенток на 20 день отмечено полное заживление эктопии. У остальных больных — значительное уменьшение ее размеров. На следующем этапе при наличии у данных больных кольпоскопической картины «эктопия» назначался препарат солковагин по схеме. Эффективность лечения составила 74,5%. Контрольное обследование проводилось через 1-3-6 месяцев после завершения лечения (кольпоцитологическое исследование шейки матки). Одновременно на 3 месяца назначалась гормональная контрацепция.

Выводы. Таким образом, лечение патологии шейки матки у подростков и молодых нерожавших женщин в каждом конкретном случае должно осуществляться врачом индивидуально с учетом этиопатогенеза заболевания и данных комплексного обследования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Нехаева О.И., Байков Е.А.
(Ставропольская медицинская академия, Ставрополь, Россия)

Цель: изучение восстановления фертильности у больных с трубной беременностью после различных видов оперативных вмешательств.

Материалы и Методы исследования: под нашим наблюдением находились 102 женщины в возрасте от 18 до 38 лет, перенесшие различные хирургические операции по поводу трубной беременности.

Результаты их обсуждение: в гинекологическом отделении ЦРБ г. Михайловска за 2005-2008 годы произведено 102 оперативных вмешательства по поводу внематочной беременности, причем большинство женщин – 67% были с нереализованной детородной функцией. Учитывая это, с целью сохранения фертильности, подавляющее большинство оперативных вмешательств проведены лапароскопическим доступом – 92,5% и только у 7,5% проводилась лапаротомия, из-за условий для проведения лапароскопии.

При лапаротомии в 100% случаев проведено удаление маточной трубы. Объем оперативных вмешательств при эндоскопически выполненных операциях был в 31% – выдавливание плодного яйца, в 69% – туботомия. Всем больным после операции проводились реабилитационные мероприятия, включающие восстановительное физиотерапевтическое лечение, гормонотерапию.

Оценка эффективности оперативного лечения проводилась по результатам восстановления фертильности. У 72% женщин беременность наступила в течение года после оперативного вмешательства.

Достоверна разница по частоте наступления беременности в зависимости от метода оперативного лечения. После эндоскопических операций беременность наступила в 43,3% случаев, после лапаротомии – в 22,3% случаев.

Выводы: таким образом, оперативные вмешательства при трубной беременности, выполненные эндоскопическим методом, позволяют значительно увеличить процент наступления беременности, то есть способствуют сохранению репродуктивного здоровья женщин.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЦРБ

Нехаева О.И, Хасминский А.Г.
(Ставропольская медицинская академия г. Ставрополь,
ЦРБ г. Михайловск, Россия)

Цель: оценка эффективности медикаментозного прерывания беременности в условиях женской консультации ЦРБ.

Материалы и Методы исследования: нами проведено 20 медикаментозных абортов у пациенток в возрасте от 18 до 39 лет на ранних сроках беременности (до 48 дней от 1-го дня последней менструации).

Результаты и их обсуждение: всем пациенткам было проведено комплексное обследование: тщательный сбор анамнеза, общеклиническое, гинекологическое обследование, УЗИ органов малого таза, бактериоскопическое исследование, анализы крови на RW, ВИЧ, гепатиты. При малых сроках беременности так же проводилось определение уровня ХГ в крови, у первобеременных определялась группа крови и резус – принадлежность. Первобеременных было 8, повторно беременных 12, из них у 10 в анамнезе были роды.

Медикаментозное прерывание проводилось по рекомендации ВОЗ и МЗ РФ и в соответствии с законодательством РФ: прием препарата мифепристона в дозе 600 мг и через 36–48 часов, прием мизопростола в дозе 400 мкг с последующим динамическим наблюдением за пациенткой. У всех 20 пациенток в течение 2-3 часов после приема мизопростола начинались кровянистые выделения из половых путей, повторного введения простагландинов не потребовалось. Прерывание беременности у всех пациенток – 100%, протекало по типу менсруальноподобной реакции, в 5 случаях более обильной и продолжительной, но маточных кровотечений, требующих выскабливания стенок полости матки не наблюдалось. Боли в животе отмечали 6 женщин и только у 2-х требовалось медикаментозное обезболивание.

Контроль эффективности прерывания беременности должен осуществляться через 10–14 дней после приема мифепристона, но на контрольный осмотр пациентки приходили в большинстве случаев после последующей менструации – 18.

Таких осложнений, как прогрессирующая беременность, задержка остатков плодного яйца в полости матки не было. Менструация у большинства женщин наступала через 27–35 дней после медикаментозного аборта.

Выводы: Медикаментозный аборт является одним из наиболее безопасных методов прерывания беременности. Полученные данные подтверждают целесообразность использования медикаментозного аборта в условиях женской консультации, как высокоэффективного и безопасного метода прерывания беременности.

БЕРЕМЕННОСТИ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С «TORCH»-ИНФЕКЦИЯМИ

Новикова О.Н., Фанасков С.В., Гребнева И.С.
(Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово,
МУЗ ГБ№1 г. Прокопьевска,Россия)

Цель: изучение особенностей течения беременности и исходов родов у женщин с «TORCH» инфекциями.

Материалы и Методы исследования: Под наблюдением находилось 133 беременных женщины с «TORCH»-инфекциями и 133 плода в сроке беременности 34-41 неделя (основная группа). Группу сравнения составили 103 беременных и 103 плода в сроке беременности 34-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений. Всем беременным проведено стандартное клиническое обследование, УЗИ, допплерометрическое исследование, забор пуповинной крови, патологоанатомическое исследование плаценты. Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6,0».

Результаты и их обсуждение: Средний возраст беременных составил в основной группе 29,3±5,7 года, в группе сравнения – 21,4±4,42 года ($p>0,05$). Каждая третья женщина основной группы ждала ребенка в незарегистрированном браке – 39 (29,3%), что отличалось от показателей группы сравнения – 9 (8,7%), $p<0,005$. В основной группе было 23 (17,3%) одиноких женщин, в группе сравнения – 5 (4,9%), $p<0,005$. Среди женщин основной группы курящих было 28 (21,1%), в группе сравнения—5(4,8%), $p<0,05$.

Статистически значимо чаще в основной группе встречались респираторные заболевания — 23,3 на 100 против 18,4 на 100 в группе сравнения, $p<0,05$, и патология ЖКТ – 9,7 и 4,9 на 100 соответственно, $p<0,05$.

Моноинфекции в основной группе выявлены в 54 случаях: ВИЧ – 21 (38,9%), грипп – 15 (27,8%), хламидии – 8 (14,8%), ВПГ – 7 (12,97%), единич-

ные случаи ЦМВ – 2 (3,8%) и токсоплазмоз – 1 (1,9%). Смешанные инфекции имели место у 74 пациенток.

ЗВУР I степени в основной группе отмечалась у 23 (17,3%) плодов, II и III степени – у 98 (73,7%). В группе сравнения ЗВУР I степени имела место у 5 (4,9%), II и III степени не зафиксирована, $p<0,05$. По данным допплерометрии нарушения гемодинамики отмечалось в 120 (90,2%) исследованиях основной группы и в 8 (7,8%) группы сравнения, $p<0,05$. Обращает внимание наличие инфекционных фетопатий в основной группе, которые представлены в 21 (15,8%) случае расширением чашечно-лоханочной системы почек, в 67 (50,4%) – патологическим расширением петель кишечника, в 5 (3,8%) – гепатомегалией, в 1 (0,8%) – вентрикуломегалией, $p<0,05$.

У беременных с инфицированием беременность завершилась в срок у 96 (72,2%), в группе сравнения – у 97 (94,2%); преждевременными родами – соответственно у 32 (24,06%) и у 5 (4,9%) женщин, $p<0,05$; запоздалыми – у 5 (3,8%) и у 1 (0,9%), $p<0,05$. Дискоординация родовой деятельности имела место в основной группе у 27 (20,03%), в группе сравнения –15 (14,6%), $p<0,05$. В основной группе в умеренной асфиксии родился 31 (23,2%) ребенок, в тяжелой – 11 (8,3%); в группе сравнения в умеренной асфиксии родилось 3 детей (2,9%); не отмечено случаев рождения детей в тяжелой асфиксии, $p<0,05$.

Выводы: Проблема внутриутробной инфекции плода является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка.

Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии инфекций, в особенности вирусных и хламидийной, на течение беременности и развитие плода. В группе инфицированных женщин статистически значимо чаще отмечается ЗВУР плода, патология плаценты и околоплодных вод, различные гемодинамические нарушения в маточно-плацентарном круге кровообращения. Инфицирование явилось причиной большей частоты преждевременных родов, а также дородового излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, большей частоты рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПО ДАННЫМ МУЗ ГБ №1 Г.ПРОКОПЬЕВСКА

Новикова О.Н., Фанасков С.В., Гребнева И.С.
(Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово,
МУЗ ГБ №1 г. Прокопьевск, Россия)

Цель: изучить состояние вопроса вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду по данным МУЗ ГБ №1 г. Прокопьевска за 2006-2008гг.

Материалы и Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ статистических данных по г. Прокопьевску, изучение особенностей течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин по данным родильного дома МУЗ ГБ №1 г. Прокопьевска, оценка здоровья детей в возрасте до 18 месяцев по данным центра СПИД. Диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден на разных сроках беременности методом ИФА и иммунного блоттинга.

Результаты и их обсуждение: Анализ показал, что в 2006 году ВИЧ-инфекция впервые выявлена у 65 женщин, из них во время беременности – у 15 (23%); в 2007 году цифры соответственно составили 90 и 24 (24,6%), в 2008 году – 117 и 27 (23%).

Приняли решение о вынашивании беременности в 2006 году 36 ВИЧ-инфицированных женщин, из них встали на диспансерный учет по беременности 10 (27,7%); в 2007 году – соответственно 40 и 14 (35%); в 2008 году – 40 и 18 (45%). Отмечали внутривенный путь заражения (наркотический) – 15 (41,6%), 8 (20%), 16 (40%); половой путь – 21 (58,4%), 32 (80%), 24 (60%). Большинство ВИЧ-инфицированных родильниц были в возрасте 21-25 лет – 22 (61,2%), 16 (40%), 19 (42,5%). Наиболее часто беременность осложнялась гестозом различной степени тяжести, многоводием или маловодием, плацентитом, гипотрофией плода, угрожающими преждевременными родами, анемией.

Химиопрофилактику антиретровирусными препаратами во время беременности получали в 2006 году 23 пациентки (63,8%), в 2007 году – 36 (90%), в 2008 году – 32 (80%); в родах – соответственно по годам 30 (83,3%), 31 (77,5%), 33 (80,5%).

Срочными родами беременность закончилась в 2006 году у 32 (88,5%), в 2007 – у 33 (82,5%), в 2008 году – 34 (82,4%) пациенток; преждевременными родами соответственно – у 4 (11,2%), 7 (17,5%), 6 (17,6%). Операцией кесарево сечение родоразрешены в 2006 году всего 13 пациенток (36,3%), в 2007 году – 14 (35%), в 2008 году – 16 (40%).

За период 2006-2008гг всего родилось живыми 115 детей, из них на 1 января 2009 года ВИЧ-положительными являются 7 (6,1%). Среди причин инфицирования данных детей отмечены отсутствие химиопрофилактики во время беременности у 4 матерей. Второй по частоте причиной явилось грудное вскармливание – у 3 пациенток.

Выводы: По данным Минздравсоцразвития РФ выявляемость ВИЧ-инфекции среди беременных в 2006 году составила 116,0 на 100 тысяч обследованных. Число родов у женщин с ВИЧ в 1996-2006 годах превысило 33 тысячи, от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 32875 живых детей.

Во всех регионах наблюдается рост ВИЧ-инфицированных среди населения, в том числе среди беременных.

Анализ показал, что несмотря на доказанный эффект в снижении риска вертикальной передачи ВИЧ-инфекции трехэтапной схемы профилактики (антиретровирусная терапия во время беременности и в родах, плановое кесарево сечение и исключение грудного вскармливания), данные рекомендации на практике используются не более, чем в 35-75% случаев, что несомненно является очень важным резервом в сохранении здоровья вновь рождающегося поколения.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОВОЛНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВУЛЬВЫ

Обоскалова Т.А., Глухов Е.В., Локшин С.Л.
(ГОУ ВПО Росздрава Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия; МУ ЦГБ №7 г. Екатеринбург, Россия; ООО «Фотек», г. Екатеринбург, Россия)

Цель: внедрение в широкую врачебную практику методик, применяющихся при лечении патологии шейки матки и вульвы в условиях женской консультации.

Материалы и Методы исследования. Хирургические вмешательства на шейке матки при лейкоплакии, полипах, кондиломах, цервикальной интраэпителиальной неоплазии выполняются при помощи хирургического лазера, диатермии, радиоволнового скальпеля, криодеструктора, аргоноплазменного

воздействия. Все эти методы различны по эффективности и стоимости оборудования, а также по простоте использования и сложности обучения врача.

В амбулаторной гинекологической службе г. Екатеринбурга в течение 4-х лет успешно используется радиоволновая петлевая биопсия с последующей (по показаниям) радиоволновой эксцизией либо аргоноплазменной аблацией патологического очага с использованием широкополостного радиоволнового аппарата с функцией аргоноплазменной аблации «Фотек ЕА141». В настоящее время выполнено более 3000 процедур. Метод зарекомендовал себя как наиболее эффективный для удаления и/или деструкции доброкачественных образований шейки матки, влагалища и вульвы с точки зрения эффективности лечебного воздействия, приемлемости для пациентки, стоимости.

Необходимо ознакомление обучающихся с принципами работы электрохирургических аппаратов и инструментов с обязательной отработкой навыков на тренажерах и симуляторах.

Результаты и их обсуждение. Нами разработан инновационный курс последипломного обучения врачей, включающий в себя цикл лекций по патологии шейки матки и влагалища. Лекции сопровождаются фото- и видеоматериалами патологических процессов данной локализации. Разработаны алгоритмы диагностики и лечения и внедрены в практику женских консультаций города. В цикл включены вопросы кольпоскопической диагностики патологии шейки матки. Обучение выполнению кольпоскопии проводится на тренажере, имитирующем половые органы женщины и разнообразную патологию шейки матки. В условиях реального консультативного приема с использованием цифрового видеокольпоскопа проводится клиническая часть освоения навыка.

Прикладная часть курса включает в себя практические занятия по работе с широкополосными радиоволновыми аппаратами, где особое внимание уделяется вопросам электробезопасности пациента и врача, проводится демонстрация работы прибора при различной патологии, оптимизации методов и режимов радиоволнового и аргоноплазменного воздействия на ткань, правильный подбор инструментов в зависимости от клинической ситуации.

Практические навыки работы курсанты получают при работе на оригинальном тренажере, позволяющем выполнить все виды радиоволнового и аргоноплазменного воздействия на биологической ткани. Окончательное закрепление навыков проводится на усовершенствованном тренажере, имитирующем половые органы женщины, позволяющем работать на биологическом материале в условиях, максимально приближенных к реальной деятельности малой операционной. Качество выполнения процедуры контролируется инструктором в индивидуальном режиме.

После приобретения навыка на тренажерах в течение двух дней курсанты участвуют в работе малой операционной женской консультации, оснащенной приборами, позволяющими выполнять все виды современных радиоволновых и аргоноплазменных вмешательств на шейке матки и вульве реальных пациенток.

По окончании курса сдается теоретический и практический экзамен. Лекции и презентации, а также методические и практические пособия по тематике обучения, выдаются курсанту на печатных и цифровых носителях, включая видеозаписи различных видов широкополосных радиоволновых вмешательств при различной гинекологической патологии.

Выводы. Таким образом, новые обучающие технологии ориентированы на достижение высокой степени компетентности и базируются на обучении путем практики. Это позволяет обучающимся приобрести необходимые клинические навыки и квалификацию в более короткие сроки, с меньшей затратой материальных средств.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Обоскалова Т.А., Шабарчина Ю.А., Иванова В.С., Воронцова А.В.
(ГОУ ВПО Росздрава Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия; МУ ЦГБ №7, г. Екатеринбург, Россия; Управление здравоохранения администрации города Екатеринбурга, Россия)

Цель: увеличение частоты выявляемости предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки.

Материалы и Методы исследования. Для достижения этой цели в Екатеринбурге создана определенная организационная система оказания медицинской помощи при патологии шейки матки (ПШМ).

Результаты и их обсуждение. Отличительной чертой этой системы явилось создание специализированных приемов для лечения предраковых процессов шейки матки на базе Екатеринбургского консультативно-диагностического центра (ЕКДЦ) и городского Клинико-диагностического центра (КДЦ), представляющих собой подразделения экспертного уровня. Помимо лечебно-диагностической функции им вменяется в обязанность методическое объединение подразделений низового звена на основе единых протоколов ведения больных, унифицированных учетных и отчетных форм,

проведение системного анализа результатов работы. В течение многих лет за счет бюджетного финансирования функционирует централизованная городская цитологическая лаборатория, осуществляющая ежегодный анализ эффективности цитологического скрининга в разрезе лечебных учреждений.

Издано пособие для врачей, в котором представлены протоколы диагностики и лечения патологии шейки матки на разных этапах медицинской помощи в муниципальном образовании.

Начал работать обучающий семинар по патологии шейки матки, основанный на принципах гуманистического образования, предполагающий первичное освоение лечебно-диагностических методик на тренажерах и муляжах, и только при достижении профессиональности выполнения навыка, когда обучаемый знает все этапы выполнения процедуры и профессионально их демонстрирует, осуществляется закрепление практического навыка в клинических условиях.

Среди злокачественных опухолей у женщин особняком стоит рак шейки матки, в этиологии и патогенезе которого преобладают экзогенные факторы, в частности, папилломавирусная инфекция. Заболеваемость инвазивным раком шейки матки определяется полнотой охвата населения профилактическими осмотрами и цитологическим скринингом. В России заболеваемость инвазивным раком шейки матки существенно выше, чем в странах, где система цитологического скрининга налажена давно и четко функционирует. Цитологический скрининг являет собой вариант вторичной профилактики инвазивного рака и смерти от него. В Екатеринбурге 40% опухолей шейки матки выявляются в 3-4 стадии процесса, когда лечение малоэффективно или неэффективно совсем, отсюда и сохраняющиеся в течение нескольких лет высокие показатели летальности.

Выводы. Такой организационно-методический алгоритм позволит оптимизировать оказание медицинской помощи при патологии шейки матки, сосредоточить материальные и кадровые ресурсы на основных направлениях, обеспечить единый подход и преемственность в деятельности специалистов разного уровня.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НА РЕЦЕПТОРНЫЙ АППАРАТ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Овчинникова В.В., Серова О.Ф., Меньшикова Н.С., Трифонова И.А., Соваев Н.И.
(Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия)

Цель: изучение влияние иглорефлексотерапии на рецепторное состояния эндометрия при хроническом эндометрите у женщин с невынашиванием беременности.

Материалы и Методы исследования. Из 62 паценток с гистологически подтвержденным хроническим эндометритом были отобраны 45 пациенток у которых при иммуногистохимическом методе исследования отмечено снижение экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов.

Результаты и их обсуждение. У 17 (37,8%) пациенток отмечалась слабая экспрессия рецепторов в большинстве клеток, умеренно выраженная – у 28 (62,2%). Помимо традиционно применяемых лечебных препаратов мы оценивали влияние иглорефлексотерапии на морфофункциональное состояние эндометрия. Для оценки эффективности проведенного лечения пациентки с нарушением рецепторного аппарата были разделены на 2 подгруппы:

1а – 25 пациенток, которым помимо стандартной схемы лечения проводилось ИРТ;

1б – 20 пациенток, которым применялась лишь стандартная схема лечения.

При использовании иглорефлексотерапии произошли положительные изменения в содержании рецепторов у 88% пациенток в 1а подгруппе, у которых наблюдалась интенсивная экспрессия рецепторов эстрогенов и прогестерона, тогда как при применении традиционной схемы лечения подобные изменения наблюдались лишь у 45%, у остальных 55% сохранялась умеренная и слабая экспрессия рецепторов.

Выводы: Одним из патогенетических механизмов невынашивания беременности на фоне хронического эндометрита является снижение экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона.

Иглорефлексотерапия является патогенетически обоснованным методом восстановления рецепторного аппарата при хроническом эндометрите, так как ее применение способствует более эффективному восстановлению морфофункционального состояния эндометрия и усилению экспрессии рецепторов к прогестерону и эстрогену в эндометрии.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СМЕШАННЫХ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

Олина А.А.
(Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера. Пермь, Россия)

Цель: выявить клинико-микробиологические особенности вульвовагинитов смешанной бактериально-грибковой этиологии.

Материалы и Методы исследования. Нами проведено клинико-лабораторное обследование 2104 пациенток в возрасте от 17 до 45 лет, обратившихся с жалобами на выделения из половых путей. Использовали клинические методы, определение pH влагалищного секрета, аминный тест КОН-10%, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого влагалища, ПЦР для выявления патогенных микроорганизмов (хламидий, уреа-, микоплазм, ВПГ, ВПЧ, ЦМВ). В результате выделена группа пациенток с неспецифическим инфекционным процессом во влагалище, который связан с условно-патогенными микроорганизмами (574 человека).

Результаты и их обсуждение. К неспецифическим инфекционным заболеваниям влагалища относят бактериальный вагиноз (БВ), вульвовагинальный кандидоз (ВВК), неспецифический вульвовагинит (НВВ), однако в настоящее время отмечается преобладание смешанных форм. По результатам обследования нами выделены две группы пациенток со смешанной бактериально-грибковой инфекцией (155 чел.). Сочетание БВ и ВВК – 71 (I группа), НВВ и ВВК – 84 (II группа). Микробный пейзаж содержимого влагалища пациенток I группы характеризовался сочетанием грибов рода Candida с бактериями, ассоциируемыми с бактериальным вагинозом. При микроскопии обнаруживали коккобацилярную («бактериальный песок»), чаще обильную флору (67,6%), «ключевые клетки», а также бластоспоры в количестве превышающем 10 в поле зрения, псевдомицелий. Основные морфотипы соответствовали типичным представителям родов Bacteroides, Gardnerella, Mobiluncus занимающие порой все поля зрения. У пациенток II группы выявляли кокковую и смешанную, чаще обильную флору. Причем выявлялись как грамположительные, так и грамотрицательные коккобактерии, присутствовали споровые и/или мицелиальные формы гриба,

Анализ результатов бактериоскопического и бактериологического исследования вагинального отделяемого показал неоднородность данных внутри групп. Выявлено, что в большинстве случаев в мазках обнаруживали бла-

стоспоры и псевдомицелий, а у части пациенток – только бластоспоры. При бактериологическом исследовании у ряда пациенток определяли грибы рода Candida в количестве не более 103 КОЕ/мл, а в других пробах – значительное повышение до106 КОЕ/мл. Полученные данные позволили выделить два варианта в каждой группе: Iа – сочетание кандидоносительства и БВ (17 человек, 23,9%); Iв – «истинный кандидоз» и БВ (54 человека, 76,1%); IIа – кандидоносительство и НВВ (35 человек, 41,7%); IIв – «истинный кандидоз» и НВВ (49 человек, 58,3%). Следует отметить, что попытка выявления клинико-микробиологических параллелей не позволила выявить какие-либо особенности клинических проявлений.

Выводы. Смешанные формы бактериально-грибковых вульвовагинитов, характеризуются отсутствием специфических клинических симптомов. Лабораторная диагностика должна включать как бактериоскопическое, так и бактериологическое исследование вагинального отделяемого, что позволит не только определить качественный и количественный состав микрофлоры, но и подобрать индивидуальную эффективную схему терапии.

КАНЕФРОН В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Петрова С.Б.
(ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» МЗСР РФ, Москва, Россия)

Цель: оптимизация тактики ведения беременных с острыми и хроническими заболеваниями мочевыделительной системы у беременных.

Материалы и методы исследования: 300 беременных женщин с различными заболеваниями МВС. I группу составили 160 пациенток, наблюдаемых с I и начала II триместров беременности, из них с бессимптомной бактериурией – 48 (30%), гестационным пиелонефритом – 40 (29,5%), обострением хронического пиелонефрита – 72 (39,5%). У большинства беременных имелись и другие заболевания МВС: аномалии развития – 26 (в том числе, единственная почка – 8), мочекаменная болезнь (МКБ) – 27, гидронефроз почек – 42, хронический гломерулонефрит – 10. Во II группу вошли 140 беременных с хроническими заболеваниями мочевыводящих путей в анамнезе, также курируемых с I и II триместров гестации (хронический пиелонефрит – 90

(64,2%), МКБ у 28 (20%), аномалии развития мочевых путей у 22 (15,7%), в том числе с единственной почкой – 6 женщин). Возраст обследованных колебался от 17 до 42 лет. Давность заболеваний МВС составила от 1 года до 20 лет. Все беременные наблюдались в соответствии со стандартами обследования и лечения: исследовались анализы мочи общий и по Нечипоренко 1 раз в 10-14 дней, клинический и биохимический анализы крови, пробы Реберга, Зимницкого, посев мочи с определением возбудителя и степени бактериурии, УЗ-сканирование почек 1 раз в триместр, производились УЗ-исследования плода, допплерометрия кровотока в сосудах матки и пуповины, кардиомониторное наблюдение за состоянием плода.

Результаты и их обсуждение: проанализировав течение и исходы беременностей и родов, оценивали степень тяжести развития преэклампсии, особенности послеродового периода, состояние новорожденных. При обострении инфекционного процесса в почках в комплексную противовоспалительную терапию обязательно включали Канефрон Н. На фоне ремиссии заболевания, при выявлении аномалий мочевой системы, гидронефроза Канефрон Н профилактически назначали по 2 драже 3 раза в день в течение 7-10 дней 1 раз в месяц до срока родоразрешения. Осуществляли контроль за эффективностью и переносимостью препарата.

У 48 беременных I группы была выявлена бессимптомная бактериурия. Наиболее часто возбудителем инфекции являлась E. coli (85% случаев). После приема Канефрона Н в течение 3 недель лишь у 5 беременных в моче высевалась E. Coli в количестве 104 КОЕ/мл, что потребовало проведения короткого курса антибактериальной терапии. В дальнейшем на фоне профилактического приема Канефрона Н у этих беременных анализы мочи оставались стерильными. У 72 (39.5%) женщин I группы обострение пиелонефрита на протяжении беременности повторялось 2-3 раза и требовало проведения повторных курсов антибактериальной терапии. Преэклампсия легкой степени наблюдалась у 57 (26%) беременных I группы и 13 (9%) пациенток II группы, что сопоставимо с общепопуляционным риском развития этого осложнения беременности.

В послеродовом периоде у женщин в I группе имелись обострения инфекций мочевыводящей системы в 8,5%, во II группе – в 2,5%.

Выводы. Пиелонефрит – одно из наиболее серьезных осложнений гестационного периода, встречающееся у 12-15% беременных. В связи с этим профилактике обострений заболеваний мочевыводящей системы (МВС) с ранних сроков беременности в современном акушерстве уделяется особая роль.

Многолетний опыт применения препарата Канефрон Н показывает эффективность растительных препаратов в комплексной терапии заболева-

ний мочевыводящей системы у беременных. Разработанные рекомендации позволяют улучшить акушерские и перинатальные исходы.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Парагульгова Ф.М., Соснова Е.А.
(Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия)

Цель: Усовершенствовать диагностику и прогнозирование продуктивных потерь плода у супружеских пар с привычным невынашиванием беременности.

Материалы и методы исследования Обследованы 43 супружеские пары. Основную группу составили 23 супружеские пары, 18 из которых имели первичное бесплодие (критерии исключения – первичная аменорея и трубно-перитонеальный факторы бесплодия у женщины), а 5 – привычное невынашивание беременности (самопроизвольное прерывание двух и более беременностей в сроке до 12 недель при отсутствии в анамнезе родов, искусственных абортов, внематочной беременности у женщины). Контрольную группу составили 20 супружеских пар, имеющих одного и более здоровых детей при нормальном течении беременностей и родов в анамнезе.

У всех обследованных супружеских пар в периферической венозной крови изучали полиморфизмы глютатион-S-трансфераз GSTM1, GSTT1 и GSTP1, контролирующих синтез ферментов фазы 2 детоксикации. По генам GSTM1 и GSTT1 исследовали частоту нулевых аллелей, а по гену GSTP1 – частоты аллелей и генотипов полиморфизмов Il105Val и Ala114Val.

Результаты и их обсуждение: В результате проведенного исследования установлено, что гаплотип с пониженной каталитической активностью GSTP1 Vall05/Vall05 в 4,5 раза чаще встречается у супружеских пар с бесплодием и привычным невынашиванием беременности. Среди супружеских пар основной группы данный показатель составил 18%, а в контрольной группе – 4,3%.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что изучение полиморфизма глютатион-S-трансфераз GSTM1, GSTT1 и GSTP1, а также гаплотипа с пониженной каталитической активностью GSTP1 Vall05/Vall05 целесообразно включать в алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием и привычным невынашиванием беременности.

ВЛИЯНИЕ ДИПИРИДАМОЛА НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ (ВПГ I, II) ИНФЕКЦИЕЙ

Первушина Е.В., Гафурова Д.Н., Востренкова С.А.
(Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Челябинск, Россия)

Цель: изучение влияния дипиридамола (курантила N) на клиническое течение угрозы прерывания беременности в первом триместре у женщин с герпесвирусной (ВПГ I,II) инфекцией.

Материалы и Методы исследования. Были обследованы 50 беременных женщин с герпетической (ВПГ I, II типа) инфекцией. Исследование клинических и ультразвуковых критериев угрозы прерывания беременности в первом триместре проводилось до и после лечения дипиридамолом (курантилом N).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от активности инфекционного процесса пациентки были разделены на две группы. В первую группу вошли 14 беременных женщин с угрозой прерывания в первом триместре, у которых герпетическая (ВПГ I,II) инфекция находилась в активной стадии. У них на момент обследования наблюдались либо клинические проявления герпетической инфекции, либо в периферической крови обнаруживались специфические Ig M; при этом всегда присутствовали Ig G; имелась или отсутствовала ДНК вируса в цервикальном канале. Вторая группа включала в себя 36 беременных женщин с угрозой прерывания в первом триместре и герпетической (ВПГ I,II) инфекцией в латентной стадии, у которых отсутствовали клинические проявления заболевания, но были клинико-лабораторные проявления герпетической инфекции в анамнезе, на момент исследования Ig M отсутствовали, но всегда выявлялись Ig G в диагностических титрах. Третью группу (группу сравнения) составили 35 беременных женщин с угрозой прерывания в первом триместре и герпетической (ВПГ I,II) инфекцией, не получавшие курантила N. Наряду с дипиридамолом обследованные женщины получали базисную терапию: гормональную поддержку, спазмолитики, витамины. При этом наблюдалась положительная динамика в клинической картине угрозы прерывания беременности (уменьшение и исчезновение болевого синдрома, исчезновение сукровичных выделений из половых путей,

понижение и исчезновение тонуса матки), нормализация ультразвуковых критериев невынашивания беременности (ликвидация гипертонуса миометрия, деформации плодного яйца, субхориальной гематомы).

Выводы. В основе ранних гестационных потерь помимо генетических причин лежат иммунологические и тромбофилические нарушения, последние чаще всего ассоциированы с герпетической (ВПГ I,II) инфекцией. Вирусы герпеса обладают прямым повреждающим действием на эндотелий сосудов. Это приводит к запуску цитокинового каскада с преобладанием цитокинов провоспалительного действия, которые также вызывают повреждение эндотелиальной стенки.

Одним из путей устранения отрицательного влияния вирусной инфекции является профилактика тромбофилических нарушений, которые проявляются в первую очередь нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном звене гемостаза. При этом среди антиагрегантов наиболее патогенетически обосновано применение дипиридамола, обладающего не только антиагрегационным действием, но и ангиопротекторными и иммуномодулирующими свойствами.

Включение дипиридамола в комплексное лечение угрозы прерывания беременности в первом триместре у женщин с герпетической (ВПГ I,II) инфекцией позволяет повысить эффективность проводимой терапии: при этом наблюдается более быстрое исчезновение клинических симптомов невынашивания, что позволяет в последующем улучшить исходы беременностей для матери и плода.

СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ

Пигарева Л.Н., Храмова Е.Е., Голубев С.С., Долгих Л.Г., Беляева Е.В., Храмова И.А.

(УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: оценить состояние шейки матки и нижнего отдела урогенитального тракта у девушек-подростков и молодых женщин.

Материалы и Методы исследования. Проведено обследование 105 сексуальноактивных девушек-подростков и молодых женщин в возрасте 14-25 лет (19,4±1,2 лет). Всем пациенткам проведено полное клинико-лабораторное обследование, бактериоскопические, бактериологические и цитологические методы исследования, ПЦР на хламидии и ВПЧ, кольпоскопия.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст сексуального дебюта у обследуемых девушек составил 16,2±0,4 года. При анализе репродуктивного поведения выявлено, что 56% пациенток имели одного партнера, двух и более – 44%. При этом наиболее популярными методами контрацепции были барьерные – 35%, использовали внутриматочную спираль 10%, комбинированные оральные контрацептивы – 2% и не использовали никаких методов 53% пациенток. Основными жалобами при обращении были выделения, зуд, дизурические явления (45%), 55% пациенток жалоб не предъявляли. При гинекологическом обследовании клинические проявления вульвовагинита установлены у 35,2% девушек, шейка матки без видимой патологии – только у 21 пациентки (20%). При бактериоскопическом и бактериологическом исследованиях степень чистоты влагалища соответствовала 3-4 степени у 49 человек (46,6%), у 5 девушек (4,8%) выявлен вагинальный трихомониаз, у 12 (11,4%) – кандидозный вульвовагинит, у 24 (22,8%) – бактериальный вагиноз. Методом ПЦР у 21 пациентки (20%) выявлен хламидиоз, у 24 (22,8%) – ВПЧ низкой онкогенности, у 43 обследуемых (41%) – ВПЧ высокой онкогенности. Кольпоскопически эктопия цилиндрического эпителия обнаружена у 84 пациенток (80%), признаки цервицита были выявлены у 79 обследуемых (75,2%), ацетобелый эпителий обнаружен в 75 случаях (71,4%), в 42-х исследованиях (40%) – сочетание ацетобелого эпителия с мозаикой, в 27 (26%) – сочетание ацетобелого эпителия с пунктацией. Цитологическое исследование выявило признаки воспаления в 55 случаях (52,4%), признаки вирусной инфекции – в 24 случаях (22,8%), признаки атипии 1-2 степени – у 4-х женщин (3,8%).

Таким образом, состояние шейки матки у молодых женщин характеризуется высокой распространённостью эктопии цилиндрического эпителия на эктоцервиксе, часто сочетающейся с воспалительным процессом, что обусловлено, прежде всего, особенностями репродуктивного поведения. Хронические экзо- и эндоцервициты, высокая распространённость папилломавирусной инфекции создают предпосылки для формирования предраковых заболеваний шейки матки. Повышение образования населения, своевременная диагностика и лечение вагинитов, цервицитов, ИППП – одно из направлений в профилактике рака шейки матки.

Выводы. Учитывая высокое распространение ВПЧ высокоонкогенного риска у молодых женщин, необходимы разработка и внедрение скрининговых государственных программ по раннему выявлению различных форм папилломавирусной инфекции, предрака и рака шейки матки. Особое внимание должно уделяться первичной профилактике рака шейки матки, то есть вакцинации.

Раннее начало половой жизни, смена половых партнёров, отсутствие барьерных методов контрацепции способствуют высокой распространённости воспалительных процессов.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С ОЖИРЕНИЕМ

Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Перова Т.В.
(Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Россия)

Цель: изучение типов центральной гемодинамики у беременных с гипертензивными расстройствами при ожирении.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 60 повторнородящих, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии беременности роддома 72 ГКБ г.Москвы в сроках 26-37 недель гестации. Все пациентки были разделены на несколько групп. Первую (контрольную) группу составили 20 повторнородящих с нормальной массой тела до наступления беременности. Во вторую группу были включены 40 беременных с ожирением. Пациентки 2 группы были разделены на 2 подгруппы: 2А–20 повторнородящих с ожирением и нормальным уровнем артериального давления и 2Б–20 повторнородящих с ожирением и артериальной гипертензией во время настоящей беременности.

Всем пациенткам проведено клинико-анамнестическое, лабораторное и инструментальное обследование. Помимо традиционного обследования, мы изучали параметры центральной гемодинамики неинвазивно с помощью монитора импедансной кардиографии Niccomo (Medis, Германия). Исследование проводилось в течение 30 минут в положении пациентки лежа на спине. Полученные данные были обработаны при помощи программ Microsoft Office Excel 2007 и Biostat.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст беременных был сопоставим и составил: в 1 группе 29,7±2,8 лет, во 2А и 2Б группах – 30,1±2,8 лет и 31,0±4,3 лет соответственно.

При исследовании параметров центральной гемодинамики у повторнобеременных были получены следующие результаты: в группе контроля у 85% женщин был выявлен нормокинетический тип гемодинамики, а в 15% случаев – гиперкинетический. В группе 2А в 70% случаев был выявлен нормокинетический, и в 30% гиперкинетический тип гемодинамики. При

развитии гестоза у повторнобеременных с ожирением в 75% наблюдений выявлен нормокинетический, а в 25% случаев – гипокинетический тип гемодинамики. Полученные данные позволили на основе оценки типа гемодинамики подобрать антигипертензивную терапию у данной группы пациенток. Пациентки с нормокинетическим типом гемодинамики получали препараты метилдофа или β-блокаторы. Пациентки с гипокинетическим типом гемодинамики и гипертензионным синдромом получали β-блокаторы с добавлением агониста α-адренергических рецепторов. При отсутствии стойкого эффекта от проводимой терапии в комплекс лечения добавляли магнезиальную терапию. Проведенные исследования показали, что подобная лечебная тактика наиболее эффективна у пациенток с гестозом легкой и средней степеней тяжести. Это позволило пролонгировать беременность до срока не менее 37 недель. Гипокинетический тип гемодинамики, характерный для тяжелых форм гестоза, являлся трудным для коррекции. В 15% случаев невозможность контролировать артериальное давление диктовала необходимость досрочного родоразрешения путем операции кесарево сечения.

Выводы. Проведенные исследования параметров центральной гемодинамики позволили выявить различные типы гемодинамики у беременных с ожирением при физиологическом течении беременности и при развитии гестоза, что позволило оптимизировать выбор гипотензивной и симптоматической терапии.

Нарушения жирового обмена повышают вероятность развития гестоза. Истинная роль гемодинамических нарушений и степени поражения органов-мишеней при гестозе возможна только с учетом оценки показателей общего периферического сосудистого сопротивления и сердечного индекса.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПАЦИЕНТОК В СОСТОЯНИИ ПОСТОВАРИОЭКТОМИИ, ОТЯГОЩЕННЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ

Покуль Л.В.

(Краснодарский краевой клинический онкодиспансер, Краснодар, Россия)

Цель: анализ показателей остеопороза, развившегося у женщин в состоянии ПОЭС, отягощенных раком тела и шейки матки.

Материалы и Методы исследования. Группы исследования составили 87 больных с постовариоэктомическим синдромом, пролеченных ранее специальными методами: операция, лучевая сочетанная и дистанционная терапия, полихимиотерапия. С целью детализации полученных данных основная группа была разделена на подгруппы «а», «в» и «с». В контрольную группу вошли 53 пациентки с доброкачественными заболеваниями внутренних гениталий, в состоянии хирургической менопаузы.

Минеральная плотность кости изучалась по средствам двухэнергетической рентгенологической денситометрией (DXA – dual-energy X-ray absorbtiometry) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости аппаратом «HOLOGIC». Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием программы STATISTICA 6,0.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных соответствовал репродуктивному и составил от 24 до 45 лет. Выявлено, что средний возраст пациенток основной группы достоверно ниже среднего возраста женщин, составивших контрольную группу (при $t=12,04$ $p<0,001$). Группа А ($n=87$) средний возраст 35,9±0,543 ($\sigma=5,06$), В контрольная составила ($n=53$) 43,1±0,250 ($\sigma=1,82$). Достоверно более выраженное снижение минеральной плотности кости в форме остеопороза и остеопении по результатам Т- и Z-критериев наблюдалось в подгруппах «b» и «с». Средние показатели Т- и Z-критериев в подгруппе «а» составили -1,6±0,193 и -1,34±0,136 соответственно. При этом очевидно преобладание показателей, соответствующих остеопении: в среднем диагностические данные у 24 чел. (77,4%) по Т-критерию равны -1,98 ($\sigma=0,135$), а по Z-критерию -1,48 ($\sigma=0,373$). В подгруппах «b» и «с» полученные результаты дают основание констатировать достоверно более выраженное снижение минеральной плотности кости: средний показатель Т-критерия в подгруппе «b» составил -2,35±0,121, а Z-критерия -1,84±0,204, при очевидном преобладании показателей, соответствующих остеопарозу: в среднем диагностические данные у 17 чел. (62,9%) по Т-критерию равны -2,84 ($\sigma=0,199$), а по Z-критерию -2,46 ($\sigma=0,191$). В подгруппе «с» аналогичные показатели отражены в данных: Т-критерий равен -2,24±,189; Z-критерий -1,88±0,134. Выраженный остеопороз имеют 17 пациентов (58,6%), средние показатели в этой части выборки: Т-критерий -2,85±0,191; Z-критерий -2,39±0,101.В контрольной группе Т-критерий -0,72±0,188; Z-критерий-0,68±0,184.Статистическое сравнение, проведенное с применением параметрического критерия Стьюдента подтверждает наличие значимых различий в выраженности анализируемого признака: в подгруппах «b» и «с» достоверно более низкие значения обоих критериев. В целом по совокупности данных в группе А преобладают показатели остеопороза и

остеопении по сравнению с контрольной группой В (при t=4,11 p<0,001). Применение многофункционального критерия углового преобразования Фишера (φ*) показало, что в подгруппах «b» и «c» значительно больше пациентов с остеопорозом, чем в подгруппе «a», а в подгруппе «a» достоверно большая доля пациентов с состоянием остеопении (φ*=5,69, φ*эмп.>φ*кр.; 2,93, т.е. p≤0,001 соответственно).

В подгруппе женщин, пролеченных только оперативным путем, в течение года после операции диагностируется остеопения, тогда как в подгруппе женщин с комбинированным или комплексными методами терапии (СЛТ + ПХТ) показатели МПК находятся в границах соответствующих остеопорозу. В группе контроля не выявлено четких тенденций к развитию ОП на первом году после проведенной овариоэктомии.

Выводы. Развитие ОП в группе А объясняется агрессивным воздействием на костную ткань лучевых и химиотерапевтических методов специального лечения. В исследуемой основной подгруппе «a», в которой не применялись методики СЛТ и ПХТ, но имелся диагноз онкологического заболевания, снижения МПК до показателей остеопении у части пациентов объясняется наличием онкозаболевания, что является предиктором снижения иммунологического статуса женщины, соответственно, как одного из факторов, изменения костного формирования и резорбции.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Полушкина Е.С.[1], Шмаков Р.Г.[1], Федорова Т.А.[1], Хорошко Н.Д.[2], Соколова М.А.[2]

([1]ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова Росмедтехнологий, [2]Гематологический научный центр РАМН, Москва, Россия)

В последнее время отмечена тенденция к увеличению частоты хронических иелопролиферативных заболеваний (ХМПЗ) у молодых женщин. Современные подходы к лечению ХМПЗ значительно улучшили качество жизни пациентов, прогноз и исход данных заболеваний. Однако до сих пор не разработана единая тактика ведения беременности, родов и послеродового периода.

Цель: разработать тактику ведения беременности у женщин с ХМПЗ.

Материалы и методы исследования: проанализировано течение 58 беременностей у 30 женщин с ХМПЗ: в 27 случаях проводилось лечение во время беременности, согласно разработанному алгоритму, в 31 случае оно не проводилось (ретроспективные данные).. Из них у 11 (36,7%) диагностирована эссенциальная тромбоцитемия, у 5 (16,6%)- истинная полицитемия, у 6 (20%) – идиопатический миелофиброз, у 8 (26,7%) – хронический миелолейкоз. Всем женщинам проводилось клинико-лабораторное обследование, включая трепанобиопсию костного мозга, гемостазиограмму, определение волчаночного антикоагулянта, мутаций генов, сопряженных с наследственной тромбофилией.

Результаты и их обсуждение: Из 58 беременностей 5 (8,6%) закончились искусственным прерыванием по медицинским показаниям. При отсутствии лечения или поздно начатой терапии репродуктивные потери отмечены в 22 (73,3%) из 30 случаев: в 16 (72,7%) случаях беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на разных сроках, в 4 (18,2%) – антенатальной гибелью плода, в 2 (9,1%) – неразвивающейся беременностью. В 8 (26,6%) случаях беременность закончилась родами, из них 4 (50%) были преждевременными. Был разработан алгоритм ведения беременности у женщин с ХМПЗ и лечебная тактика, включающая циторедуктивную, антиагрегантную, антикоагулянтную терапию, а также тромбоцитаферез или плазмаферез. Антиагрегантная терапия проводилась всем женщинам на протяжении всей беременности, циторедуктивная – в случае, если она была начала до беременности и при тромбоцитозе, превышающем 600х109/л. Антикоагулянтная терапия и плазмаферез проводились при нарушениях в коагуляционном звене гемостаза, тромбоцитаферез – при неэффективности циторедуктивной терапии. При применении данного алгоритма репродуктивные потери наблюдались у 3 (13%) женщин из 23 случаев, 20 (87%) беременностей закончились родами, из них 3 (15%) – преждевременными. Следует отметить, что у женщин с хроническим миелолейкозом репродуктивных потерь не было независимо от лечебной тактики, что, по-видимому, связано с отсутствием у таких пациентов значимых изменений системы гемостаза. Частота осложнений беременности при адекватном лечении ХМПЗ была значительно ниже и составила 26,7%, по сравнению с женщинами, которым лечение не проводилось – 57,1%. Наиболее частыми осложнениями в обеих группах были: угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность, в том числе с развитием внутриутробной задержки развития плода.

Выводы: Течение беременности у женщин с ХМПЗ без адекватной терапии характеризуется высокой частотой репродуктивных потерь (73,3%) и

осложнений беременности (57%). При своевременном использовании разработанного алгоритма частота вынашивания беременности составила 87%, осложнения беременности наблюдались в 2 раза реже (в 28,6%). У женщин с хроническим миелолейкозом беременность характеризуется более благоприятным течением, однако существует опасность прогрессирования заболевания.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Полушкина Е.С.[1], Савушкин А.В.[2]

([1]ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова Росмедтехнологий,[2]Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия)

Тромбогеморрагические осложнения считаются главными причинами, ухудшающими течение заболевания и приводящими к смерти пациентов с хроническими миелопролиферативными заболеваниями (ХМПЗ). Во время беременности, которая сопровождается физиологической гиперкоагуляцией, у женщин с ХМПЗ риск тромбогеморрагических осложнений и прерывания беременности возрастает. Уникальной особенностью ХМПЗ является так называемый тромбоцитемический парадокс. При умеренном тромбоцитозе, не превышающем 1000—1200± 109/л, в клинической картине заболевания преобладают тромбозы. В то же время для гипертромбоцитоза, составляющего 1200—3000±109/л, характерна выраженная кровоточивость, а тромбозы практически не возникают. Этот процесс обусловлен изменениями в системе гемостаза, морфофункциональными особенностями клеток крови, особенно тромбоцитов.

Цель: изучение морфофункциональных особенностей тромбоцитов у беременных с хроническими миелопролиферативными заболеваниями.

Материалы и методы исследования: обследовано 9 беременных женщин с ХМПЗ: 5 женщин с эссенциальной тромбоцитемией, 3 – с сублейкемическим миелозом, 1 – с хроническим миелолейкозом. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологически протекающей беременностью.

Оценка морфофункционального состояния тромбоцитов с помощью компьютерного фазово-интерференционного микроскопа «Цитоскан» с использованием технологии прижизненной компьютерной фазовой морфометрии биообъектов. Были изучены основные оптико-метрические параметры тромбоцитов: максимальный и минимальный диаметры, периметр, фазовая высота, объем и площадь.

Результаты и их обсуждение: Выявлено, что у беременных с ХМПЗ имеются особенности морфофункционального состояния тромбоцитов по сравнению с группой контроля. В условиях физиологической беременности подавляющее большинство тромбоцитов было представлено клетками «покоя» (56%), соответствующими I типу. Ко II морфологическому типу были отнесены тромбоциты с низким уровнем активации – «эхиноцитам» 1 класса, их содержание составило 28%. Клетки с высоким уровнем активации, отнесенные к III типу, «эхиноцитам» 2 класса, составляли 11%, дегенеративно-измененные IV морфологического типа – 5%. У беременных с ХМПЗ выявлено значительное уменьшение числа тромбоцитов «покоя» (49%) и высокое содержание активированных клеток (32% – тромбоцитов II типа, 14% – III типа, 5 % – IV типа). В группе женщин с ХМПЗ отмечено увеличение максимального диаметра и периметра тромбоцитов и уменьшение их высоты и объема по сравнению с контрольной группой.

Выводы: у беременных женщин с ХМПЗ выявлены отличия морфометрических параметров тромбоцитов по сравнению с физиологически протекающей беременностью, которые обуславливают значительное число тромбогеморрагических осложнений и как следствие большое число осложнений беременности у этих пациенток. Таким образом, необходимо дальнейшее изучение особенностей тромбоцитарного звена у женщин с ХМПЗ.

ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Попов А.А., Краснопольская К.В., Мачанските О.В., Рамазанов М.Р., Грохотова Е.Н., Баринова И.В., Шабанов М.А., Деревенец В.А.
(Московский Областной НИИ акушерства и гинекологии; М.Ц. «Москворечье»; РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РАМН, Москва, Россия)

Цель: оценить лечебно-диагностические возможности офисной гистероскопии у пациенток с внутриматочной патологией.

Материалы и Методы исследования. Офисная гистероскопия произведена 400 пациенткам. Основными показаниями для выполнения офисной гистероскопии явились: бесплодие, привычное невынашивание, подозрение на полипы эндометрия, гиперплазию эндометрия, деформацию полости матки миоматозным узлом с центростремительным ростом, синехии полости матки, подозрение на онкозаболевание эндометрия, наличие инородных тел. Процедуру проводили с помощью гистероскопов с диаметром оптики 2,4 мм, и наружным диаметром тубуса 3,2-3,5 мм, по методике Bettocchi, с последующей биопсией и гистологическим анализом полученного материала.

Результаты и их обсуждение. Внутриматочная патология подтвердилась в 67 % случаев. Полипы эндометрия были диагностированы в 25% случаях, полипы цервикального канала в 11%, миомы матки с центорстремительным ростом узла в 18% случаев, хронический эндометрит в 12% случаев, гиперплазия эндометрия в 20% случаев, внутриматочные синехии в 5%, в 1% случаев выявлена аденокарцинома эндометрия, в 33% случаев никаких патологических изменений слизистой матки не обнаружено. Наиболее сложной является диагностика хронического эндометрита, так как нет единого мнения об макроскопических и микроскопических маркерах. Целесообразно изменить стандартную методику забора материала, что позволит увеличить объем биоптата и, соответственно, его информативность. Офисная гистероскопия позволяет не только диагностировать внутриматочную патологию, но и провести ее немедленное лечение. Произведено рассечение внутриматочных синехий, удаление полипов эндометрия и цервикального канала до 5 мм. Процедура переносится хорошо, реже удовлетворительно. Средний бал при оценке болевых ощущений по 10-ти бальной шкале (визуальная аналоговая шкала) при проведении офисной гистероскопии составил 2,5.

Выводы: Офисная гистероскопия – малоинвазивная технически простая и высокоинформативная процедура, выполняемая на амбулаторном этапе обследования, позволяющая при необходимости произвести некоторые лечебные манипуляции.

Внедрение в клиническую практику офисной гистероскопии существенно расширило возможности диагностики и лечения внутриматочной патологии на амбулаторном этапе. Применение гистероскопов небольшого диаметра позволяет провести процедуру без расширения цервикального канала, а значит без анестезиологического пособия.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОЦЕНКИ ЛИЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГО КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Истратова Т.А., Кокорина О.К., Алексеева Е.Г.

(ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия)

Качество медицинской помощи определяется состоянием трех компонентов, а именно: структурного, процессного и результативного. При этом состояние структурного компонента реализуется через состояние материально-технической базы и медицинских кадров, что, по сути, составляет основу системы обеспечения качества.

Выбор направлений оптимизации состояния структурного компонента качества медицинской помощи может быть определен исходя из информации об этом состоянии, что требует адекватных критериев оценки.

В данном сообщении предлагается методика количественной интегральной оценки качества структуры медицинских кадров, которая включает в себя 7 компонентов и 277 параметров их оценки.

Исходя из положений системного анализа оценка любой системы, в том числе человека как биосоциальной системы, должна осуществляться на интегральной основе комплексно, поэтому в числе компонентов оценки личного потенциала медицинского работника включены не только медицинские показатели, но и психологические, социальные, поведенческие, информационные, культурные аспекты. Важным компонентом личного потенциала определен трудовой компонент и профессиональная компетентность, которые содержат параметры, определяющие квалификацию, стаж работы по специальности, удовлетворенность выполняемой работой и другие характеристики. Для оценки компонента реализация принципа саморазвития использованы такие параметры как систематичность участия в научно-практических конференция по специальности, систематичность чтения специальной медицинской литературы, участие в проведении научных исследований, уровень адаптации к нововведениям.

Предложенная методика включает оценку каждого параметра в баллах и получение на этой основе количественной оценки каждого компонента

как среднеарифметическое,а затем получение интегральной оценки личного потенциала специалиста в целом. Фактически полученный результат сравнивается с оптимальным значением. Что позволяет рассчитать два показателя, а именно: показатель реализации эталона как отношение фактической его оценки к эталонной (в %) и показатель отклонения фактической оценки от эталона как отношение разности эталонной и фактической оценки к эталонной (в %).

Апробация предложенной методики проведена на базе женских консультаций и родильных отделений. Получение информации основывается на сочетании социологического опроса, экспертного и документального методов.

Получены базовые нормативы состояния компонентов и личного потенциала врачей акушеров гинекологов, а также доказана роль уровня личного потенциала специалиста в улучшении качества медицинских услуг акушерско-гинекологического профиля.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Потапова И.А, ГусеваЕ.Н., Абрамченко В.В., Худик А.И., Сикальчук О.И.

(Кубанский Государственный медицинский университет, Краснодар, Россия)

Цель: изучить взаимосвязь между воспалительными изменениями и прогнозированием неонатальной патологии.

Материалы и Методы исследования: обследовано 370 первородящих и 54 повторнородящих в основной группе и 140 первородящих и 54 повторнородящих в группе сравнения. Проводились клинико-физиологические исследования у беременных, плодов и новорожденных на наличие внутриутробной инфекции, морфологическое исследование тканей плаценты и плодных оболочек.

Результатыи их обсуждение: установлено, что воспалительные изменения в плаценте коррелировались с наличием обвития пуповины, патологии пуповины, примесью мекония в околоплодных водах. У каждой третьей женщины строение плаценты не соответствовало сроку беременности и незрелость плаценты соответствовала патологической. Различные формы плацентарной недостаточности выявлены у каждой второй женщины.

Инволютивно-дистрофические изменения отмечены практически во всех плодных оболочках. Условное прогнозирование раннего неонатального

периода, в частности неонатальной заболеваемости и гипоксии плода на нашем материале (169 последов) отмечено у 43(25,4%) женщин, нарушение адаптации в раннем неонатальном периоде у 40(23,6%), внутриутробного инфицирования плода у 58 (34,3%)и прогноз по эндометриту матери у 48 (28 %) родильниц.

Воспалительные изменения в плаценте коррелировали с состоянием новорожденного в раннем неонатальном периоде, а также результатами исследования плода с помощью аппаратных методик в родах и состоянием новорожденного в раннем неонатальном периоде (p=0,53).

Выводы: выявлена высокая корреляционная зависимость между воспалительными изменениями в последе и состоянием новорожденного в раннем неонатальном периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Потешонкова С.В., Кулигина М.В., Шмаева Е.Ю.
(ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий», Иваново, Россия)

Цель: провести анализ качества диспансерного наблюдения беременных с хроническими воспалительными заболеваниями почек (ХВЗП) в женской консультации и оценить его эффективность.

Материалы и методы исследования: проведен анализ первичной медицинской документации 300 случаев диспансерного наблюдения акушером-гинекологом территориальной женской консультации беременных с ХВЗП с целью оценки (экспертным методом) частоты дефектов качества медицинской помощи, частоты осложнений беременности и родов.

Результаты и их обсуждение: частота дефектов медицинского наблюдения беременных с ХВЗП в женской консультации составила 1083,7 случая на 100 экспертиз, в том числе дефектов ведения первичной документации – 164,3 сл., диагностических – 387,7 сл., лечебных – 135,3 сл. и организационно-тактических – 396,4 сл. Наиболее часто не соблюдалась кратность осмотров беременных терапевтом (79,0 сл. на 100 экспертиз), не проводилось обсле-

дование в связи с наличием у беременной ХВЗП (67,0 сл.), не полностью проводился сбор анамнестических данных (64,0 сл.), отсутствовали записи о направлении беременной на консультацию к специалистам и проведении лабораторно-функциональных исследований (52,0 сл.), неполностью оформлялась обменно-уведомительная карта акушером-гинекологом (45,7 сл.), не проводились курсы фито- и витаминотерапии с целью профилактики обострений ХВЗП (44,3 сл.).

Высокая частота дефектов оказания медицинской помощи обусловила в 19,3% расхождение диагнозов, установленных на амбулаторном и госпитальном этапах, в т.ч. в 10,0% случаев диагноз ХВЗП не был установлен в женской консультации, в 9,3% случаев диагноз ХВЗП не был подтвержден на госпитальном этапе, что потребовало проведения на госпитальном этапе комплекса диагностических мероприятий, стоимость которых в расчете на 1 пациентку составила в среднем более трех тысяч рублей.

Наиболее распространенными осложнениями беременности у женщин с ХВЗП явились угроза прерывания в различных сроках (62,3%) и гестоз (61,3%), в т.ч. преэклампсия – у 1,3%. Фетоплацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода отмечались в 48,3% и 47,3% случаев соответственно, у каждой второй женщины (51,3%) беременность осложнилась анемией первой и второй степени. У 14,7% женщин беременность завершилась преждевременно в сроке 28-37 недель и у 1,7% – в сроке 22-28 недель. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения составила 30,3%, в т.ч. 16,7% – по экстренным показаниям. Наиболее частыми осложнениями родов были: дородовое и ранее излитие околоплодных вод (43,0 сл. на 100 родов) и аномалии сократительной деятельности матки (16,1 сл. на 100 родов).

У каждого пятого новорожденного (22,7%) выявлена церебральная ишемия, у 19,3% – синдром задержки развития, у 18,8% – внутриутробная инфекция, у 9,2% – врожденные аномалии развития, у 5,6% – внутрижелудочковые кровоизлияния. Показатель перинатальной смертности составил 16,4‰, в т.ч. ранней неонатальной смертности – 9,9‰, мертворождаемости – 6,6‰.

Выводы. Таким образом, результаты оценки качества медицинского наблюдения беременных женщин с ХВЗП на этапе женской консультации, анализ частоты осложнений беременности и родов свидетельствуют о необходимости разработки мер, направленных на повышение профессиональной компетентности терапевтов, акушеров-гинекологов по вопросам диагностики и лечения экстрагенитальной патологии, диагностических возможностей учреждений первичного звена здравоохранения и медицинской

активности пациентов с целью обеспечения профилактики перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ

Пошеченкова Е.А.
(ГУЗ «СККЦСВМП», Ставрополь, Россия)

Цель: изучение терапевтической эффективности и безопасности препарата полиоксидоний, являющегося иммуномодулирующим средством, для лечения поражений шейки матки, ассоциированных с вирусами папилломы человека.

Материалы и методы исследования: женщины репродуктивного возраста с результатами цитологического исследования, свидетельствующими о наличие ВПЧ-инфекции или CIN1, были рандомизированы на две группы: 20 пациенткам назначен полиоксидоний в суппозиториях вагинально 12 мг ежедневно 20 дней, затем 6 мг 1 раз в сутки, через два дня, 15- получали плацебо.

У всех пациенток, включенных в исследование, проводилась кольпоскопия, ВПЧ-диагностика, цитологическое исследование, ПЦР диагностика инфекций в соскобе эпителия цервикального канала. Период наблюдения 6 месяцев. Через 3 месяца после 1 ого введения суппозиториев проводились цитологическое исследование, кольпоскопия, ВПЧ – диагностика, ПЦР ИППП. Через 6 месяцев после 1 ого введения суппозиториев проводились цитологическое исследование, ВПЧ – тест, кольпоскопия.

Результаты и их обсуждение. Основным тестом оценки эффективности терапии был цитологический тест, ВПЧ – диагностика. При сравнении результата лечения через 3 и 6 месяцев наблюдения была найдена значимая разница в числе случаев нормализации состояния эпителия шейки матки группы 1 и группы 2, которая составила 30% и 20% в 3 месяца и 60% и 30% в 6 месяцев. Тест на ВПЧ через 3 и 6 месяцев в группах 1 и 2 стал отрицательным в 40% и 11% и 60% и 20% случаев. При кольпоскопии в группах 1и 2 положительная динамика отмечалась к 6 месяцу у 25% и 27% пациенток соответственно. Серьезных нежелательных явлений не было отмечено ни в одной из групп.

Выводы: Лечение пациенток с ВПЧ-инфекцией подчинено общим принципам терапии инфекционных больных. Оно должно быть комплексным, этиологическим, патогенетическим, симптоматически обоснованным и дифференцированным в соответствии с видом инфекции.

Препарат полиоксидоний безопасен и хорошо переносится при лечении по указанной схеме. Полиоксидоний высоко эффективен в лечении плоскоклеточных интраэпителиальных поражений шейки матки низкой степени тяжести, ассоциированных с вирусами папилломы человека высокоонкогенного риска и способствует их регрессу.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В.
(ФГУ «НЦ АГ и П им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: получение данных о распространенности хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ХРВК), его возрастных особенностей, зависимости частоты перехода острого ВВК в ХРВК от основных факторов риска, социально-демографических характеристик, а также раскрытия основных патогенетических механизмов, лежащих в основе хронизации процесса. Исследование проводили при поддержке фирмы «Pfizer», координатор исследования – руководитель научно-поликлинического отделения ФГУ НЦ АГиП Росмедтехнологий профессор В.Н. Прилепская, статистическая обработка полученных результатов проведена в лаборатории биостатистики Гематологического Научного Центра РАМН (руководитель – к.т.н. С.М. Куликов).

Материалы и методы исследования: клинический, гинекологический осмотр, микроскопия мазка по Граму, культуральный метод исследования, интервьюирование пациенток, статистический анализ.

Результаты и их обсуждение: Диагноз ХРВК установлен у 17,3% обследованных женщин. Около половины пациенток (45,2%) находились в возрасте до 30 лет.

Анализ факторов риска перехода ВВК в ХРВК показал, что ведущими являются: сахарный диабет (OR 7,7 (3,2-18,3, $p \leq 0,0001$)., патология щитовидной железы (OR 8,6 (4,3-17,5, $p \leq 0,0001$), прием антибиотиков (OR 5,0

(1,5-16,9, p = 0,0001), простудные заболевания и ОРВИ (OR 7,9 (3,9-16,4, p ≤ 0,0001 и OR 14,2 (4,4-45,7, p < 0,0001 соответственно). В группе женщин, у которых половой партнер не лечился, переход ВВК в ХРВК выявлен у 27,9%, а в группе, где партнер лечился – у 12,5%; в группе пациенток, не знавших, лечился партнер или нет – у 47,4% (p = 0,0041).

Обращало на себя внимание семейное положение: среди состоящих в браке переход в ХРВК обнаружен у 13,5% женщин, среди незамужних – у 16,8%, у 33,3% – вдов, у 46,9% разведенных, у 33,3% – проживающих раздельно (p <0,0001). Среди жительниц города переход в ХРВК диагностирован у 16,4%, среди жительниц сельской местности – у 50,0% (OR 5,1 (2,0-12,7, p=0,0001).

Проведенный анализ показал, что препаратом выбора при лечении ХРВК был дифлюкан (30,32%), затем с большим отрывом следовали такие препараты как клотримазол (6,57%), пимафуцин (6,38%), нистатин (таблетки) (4,87%) и др. С другой стороны, доля назначения препарата Дифлюкан уменьшалась от эпизода к эпизоду ВВК и к четвертому эпизоду доля его назначения составила 10,33%, тогда как удельный вес других основных препаратов от эпизода к эпизоду увеличивался.

Интерес вызывает также отмеченная нами тенденция к самолечению пациенток при повторных рецидивах ВВК – так было у каждой четвертой пациентки (27,6%), что безусловно не может не сказаться на эффективности последующей терапии ВВК, а также способствует селекции устойчивых штаммов Candida.

Выводы: Выявление и устранение факторов риска у пациенток с ВВК позволит снизить переход в хроническую рецидивирующую форму течения и повысить качество жизни данного контингента женщин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ МИКРОДОЗИРОВАННОГО КОНТРАЦЕПТИВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Прилепская В.Н, Назарова Н.М., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р
(ФГУ «НЦ АГ и П им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Цель: изучить эффективность и приемлемость микродозированного перорального контрацептива содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 30 женщин с дисменореей I в возрасте от 16 до 39 лет. Средний возраст составил

24,6±1,8 года. Длительность дисменореи колебалась от 6 мес. до 12 лет (в среднем 4,4±2,5 лет). У всех женщин путем детального обследования исключена органическая причина дисменореи. Основное обследование включало: анализ клинико–анамнестических данных, гинекологическое исследование, УЗИ гениталий и органов брюшной полости, консультации смежных специалистов и др. Все пациентки нуждались в надежном методе контрацепции и не имели противопоказаний к использованию гормональных методов контрацепции. Всем пациенткам предлагалось самостоятельно оценить выраженность болевых ощущений во время менструации по 3–балльной системе, где 0 баллов – отсутствие, а 3 балла – максимум выраженности боли. Применение подобной системы оценки болевых ощущений, на наш взгляд, позволяет установить тяжесть дисменореи в зависимости от индивидуального порога болевой чувствительности.

Результаты и их обсуждение. У 4 (13,3%) женщин, отметивших выраженность боли на 2,5–3 балла, дисменорея расценена как тяжелая. У 17 (56,6%) пациенток была выявлена дисменорея средней тяжести – выраженность боли колебалась от 2 до 2,5 баллов, у 9 (30,1%) женщин – 1–2 балла, что соответствовало легкой степени тяжести болевого приступа. С целью контрацепции всем пациенткам был назначен микродозированный монофазный комбинированный оральный контрацептив содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 75 мкг гестодена. Наблюдение за пациентками осуществлялось с интервалом 1–3 месяца в течение 6 месяцев.

Контрацептивная эффективность препарата составила 100%, за период наблюдения не было зарегистрировано ни одной беременности. Индивидуальная переносимость препарата определялась на основании анализа частоты и характера побочных реакций и осложнений.

Побочные реакции в виде межменструальных кровянистых выделений отмечались у 3 (10%) пациенток, тошноты у 1 (3,3%) и нагрубания молочных желез у 1 (3,3%) женщины в первые 2 месяца приема препарата. Все побочные реакции носили транзиторный характер и не потребовали отмены препарата. Через 3 месяца приема отмечен положительный терапевтический эффект КОК, который проявлялся в значительном уменьшении болевых ощущений при менструации у 17 (56,7%) пациенток. Обращало на себя внимание то, что уже через 3 месяца ни у одной пациентки не отмечалось дисменореи тяжелой степени.

К концу 6–го месяца применения КОК менструации были безболезненными у 28 (93,3%) пациенток. У 2 (6,7%) отмечалась дисменорея легкой степени тяжести.

Выводы. С нашей точки зрения, микродозированный монофазный комбинированный оральный контрацептив может применяться не только для

женщин, нуждающихся в надежном методе контрацепции, но и для лечения пациенток, страдающих первичной дисменореей.

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ – ГЛОБАЛЬНОЕ ДОСТИЖЕНИЕ XXI ВЕКА

Прилепская В.Н.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

В настоящее время идентифицировано более 200 типов ВПЧ, 40 из них могут вызывать различные заболевания аногенитальной области. ВПЧ является основной причиной возникновения кондилом, 90% которых связаны с 11 и 6 типом вируса. Ежегодно в Европе регистрируется более 30000 случаев явления генитальных кондилом.

К заболеваниям, ассоциированным с высокоонкогенными типами ВПЧ (16,18) относятся: CIN I, II, III, рак шейки матки, рак прямой кишки, рак влагалища и вульвы, рак полового члена, рак гортани, рак ротовой полости.

Ежегодно в мире регистрируется около 500 000 новых случаев заболевания и 270 000 смертей, вызванных цервикальным раком. В последние десятилетия отмечен рост числа случаев заболеваний раком вульвы, среди женщин различного возраста. В Европе ежегодно регистрируется около 2000 случаев рака влагалища и вульвы, из которых 30 000 случаев высокодифференцированной интраэпителиальной неоплазии влагалища и интраэпителиальной неоплазии вульвы.

ВПЧ – вакциноуправляемая инфекция, что ставить ее в ряд заболеваний, потенциально предотвратимых с помощью вакцинации. Первая вакцина против ВПЧ была создана в 1997 году. Вакцина изготовлена на основе белка, входящего в состав оболочки двух наиболее распространенных штаммов ВПЧ 16,18, не содержит вируса.

Гардасил квадривалентная вакцина против 16, 18, 6, 11 типа ВПЧ и зарегистрирован к применению в 108 странах. Церварикс – бивалентная вакцина против 16 и 18 типов ВПЧ. Эффективность ее составляет 100 % против CIN и персистирующей ПВИ. В настоящее время 23 национальные организации включили вакцинацию против ВПЧ в национальный календарь прививок, 17 стран подтвердили государственное финансирование вакцинации против ВПЧ.

Анализ результатов последнего исследования и последующего 4-летнего наблюдения показал высокую эффективность в предотвращении ВПЧ (94,7%), эффективность в отношении цервикальной инфекции (96%),

эффективность в отношении развития цитологических изменений эпителия (95,7%), защита от всех степеней CIN (100%).

Под перекрестной защитой понимают потенциальное воздействие, которое созданная для защиты от определенных типов ВПЧ вакцина, может производить на другие, родственные типы ВПЧ. Перекрестная защита может обеспечивать дополнительную защиту молодым «ВПЧ негативным женщинам», вакцинированным квадривалентной вакциной.

Вакцинация против ВПЧ производится по схеме: 0,5 мл дозы внутримышечно (0-2-6 месяцев). Осложнений, связанных с вакцинацией не отмечено. Наиболее частые побочные эффекты – местные реакции (боль и отечность в области инъекции, гиперемия и др).

В перспективе вакцинация позволит радикальным образом изменить картину заболеваемости папилломовирусной инфекцией и раком шейки матки, а сочетание хорошо организованного скрининга и вакцинации позволит ликвидировать рак шейки матки.

В РФ существует уникальная система вакцинации, признанная ВОЗ, самой эффективной. Вся вакцинация, вошедшая в Национальный календарь прививок производится за счет государства. Большую надежду возлагаем на то, что это произойдет с вакциной против ВПЧ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СОСУДИСТЫХ ДИСТОНИЙ

Пугина Е.В., Долгих В.В., Кулеш Д.В., Храмова Е.Е.
(УРАМН НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: оценить состояние менструальной функции у девушек-подростков при различных типах сосудистых дистоний.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 26 девушек с менструальной дисфункцией 15-17 лет, средний возраст 15,7 лет. Всем девушкам проведены общеклинические, биохимические исследования, тест толерантности к углеводам, определены уровни гормонов в сыворотке крови, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, функциональные методы обследования (ЭКГ, СМАД).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у 53,8% девушек имелись нарушения цикла по типу опсоменореи, у 11,5% олигоменореи, вторичная аменорея диагностирована у 3,8%, гиперполименорея – 26,9%. Жалобы на болезненные менструации предъявляли 65% пациенток. Характерными клиническими проявлениями пациенток были умеренные головные боли (50%), головокружение (8%), эмоциональная лабильность (35%), синкопальные состояния (8%), увеличение массы тела (52%), треть пациенток предъявляла жалобы на повышение артериального давления (АД). Более 80% пациенток имели отягощенную наследственность по нейроэндокринной патологии, 40% по гипертонической болезни и 10% по сахарному диабету второго типа. Средний возраст менархе составил 12,4+1,3, что не отличалось от популяционной нормы. При оценке гармоничности физического развития по индексу массы тела ИМТ мы выявили, что гармоничное физическое развитие имели 50% пациенток, у 40% – ожирение 1 степени и 10% – ожирение 2-3 степени. Нарушения углеводного обмена установлено у четверти пациенток, гиперхолестеринемия у 20%, дислипидемия у 8%. При ультразвуковом обследовании внутренних половых органов у 16% пациенток размеры тела матки, ширины и переднезаднего размеров были меньше возрастной нормы и у 35% девушек выявлено увеличение объема яичников. Кроме того, всем пациенткам проведено электрокардиографическое исследование (ЭКГ) и 70% суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Установлено, что 70% девушек имели изменения на ЭКГ, которые проявлялись нарушением ритма сердца (43% – брадикардия и у 27% тахикардия). На наш взгляд преобладание в данной группе брадикардии, обусловлено физиологическим преобладанием тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Реже регистрировались ЭКГ-феномены, отражающие избыточное влияние симпатического отдела в регуляции ритма и проводимости сердца. При суточном мониторировании АД у 92% обследованных выявлены изменения, заключающиеся в превышении нормативных значений систолического артериального давления днем и вечером, и формировании лабильной артериальной гипертензии.

Выводы. Таким образом, девушки-подростки с нарушениями менструального цикла и изменениями вегетативных регуляций являются высокой группой риска по формированию артериальной гипертензии и требуют активного врачебного наблюдения.

Исследования особенностей течения нарушений менструального цикла при различных типах сосудистых дистоний, определение критериев их диагностики и разработка методов профилактики являются актуальными и малоизученными на современном этапе, требуя дальнейшего углубленного изучения.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Равинг Л.С., Карась И.Ю., Карась Д.В.
(МУЗ «ГБ №1 им. М. Н. Горбуновой», Кемерово, Россия)

Цель: определение эффективности применения таблетированных форм препаратов магния для профилактики осложнений беременности, родов и перинатальных исходов у беременных с высоким уровнем личностной тревожности (ЛТ).

Материалы и Методы исследования: в исследование было включено 99 беременных женщин, наблюдающихся в женской консультации МУЗ «ГБ №1» г. Кемерово. Для оценки уровня ЛТ использовалась шкала самооценки Спилбергера-Ханина.

Результаты и их обсуждение: по результатам тестирования 68 женщин имели высокий уровень ЛТ, 35 – средний. 1 группу составили 35 женщин с высоким уровнем ЛТ, получающие таблетированные препараты магния с профилактической целью курсами с 5 – 6 недель беременности. 2 группу – 33 беременных с высоким уровнем ЛТ, у которых профилактика осложнений беременности на протяжении всего срока гестации проводилась без препаратов магния. В 3 группу была включена 31 беременная со средним уровнем ЛТ. При анализе возраста, уровня образования, социального положения, соматического и гинекологического анамнеза у женщин всех групп статистически значимых различий выявлено не было. Однако у женщин 2 группы во время беременности чаще регистрировалась угроза прерывания беременности (78,85%), гестозы первой и второй половины беременности (24,2% и 66,7%), явления фетоплацентарной недостаточности (30,3%). Данные показатели у женщин 1 и 3 группы статистически значимых различий не имели. В родах у женщин 2 группы в 1,5 раза чаще встречалось дородовое и раннее излитие околоплодных вод, в 2 раза чаще отмечалась дискоординация родовых сил и в 3 раза чаще регистрировалось рождение детей с низкой массой тела. Патология ЦНС у детей, рожденных от матерей 1 группы составила 65,7%, 2 группы – 84,8%, 3 группы – 64,5%. Здоровыми были признаны лишь 3% детей, рожденных от матерей 2 группы, тогда как данный показатель в 1 группе составил 11,4%, а в 3 группе – 12,9%.

Выводы. Основы психовегетативного синдрома составляют различные формы дезинтеграции неспецифических интегративных систем мозга,

результатом чего является нарушение адаптивного целенаправленного поведения беременных женщин, что может способствовать возникновению осложнений беременности и родов.

Психофизиологическое состояние матери во время беременности влияет на течение беременности, родов, в свою очередь, оказывая влияние на физическое и нервно-психическое развитие плода.

Полученные данные подтверждают влияние личностно-типологических характеристик беременных женщин на репродуктивную сферу и эффективность применения таблетированных форм препаратов магния с профилактической целью у женщин с высоким уровнем ЛТ, что позволяет снизить частоту и тяжесть акушерских и перинатальных осложнений.

SИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОН В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Рогачевский О.В., Фотеева Т.С., Михайлова О.И., Борзыкина О.М.
(ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, Москва, Россия)

Цель: оптимизация профилактики гнойно-воспалительных осложнений у родильниц после абдоминального родоразрешения с использованием медицинского озона.

Материалы и Методы исследования. Группу исследований составили 100 родильниц после абдоминального родоразрешения произведенного в плановом порядке, с высоким риском по развитию инфекции в послеоперационном периоде.1-ю группу (основную) составили 50 родильниц, которым в послеоперационном периоде проводился курс озонотерапии внутривенно по 400 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией 1,5 мг/л в течение 5 дней.2-ю группу (сравнения) составили также 50 родильниц, которым проводилась превентивная антибактериальная терапия в течение 5 дней.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что у женщин 1-ой группы под влиянием озонотерапии произошло достоверное на 25% снижение уровня молекул средней массы (МСМ) на разных длинах волн, а во 2-ой группе лишь на 10%. При исследовании содержания конечных продуктов перекисного окисления липидов, взаимодействующих с тиобарбитуровой кислотой

(ТБК-а,п), характеризующих процессы свободно-радикального окисления, достоверных различий в параметрах выявлено не было, свидетельствуя о том, что при проведении озонотерапии не происходит «взрыва» ПОЛ, и озон разрушает мембрану только бактериальной клетки, не повреждая здоровую клетку. Таким образом, под влиянием озонотерапии уровень интоксикации снижается в 2,5 раза больше, по сравнению с использованием превентивной антибиотикотерапии. У родильниц 1-ой группы происходит достоверное снижение показателей коагуляционного потенциала крови, о чем свидетельствуют показатели тромбоэластограммы. У родильниц 2-ой группы показатели ТЭГ указывали на возрастание коагуляционных свойств крови. Под воздействием озонотерапии происходит снижение активности внутрисосудистого свертывания крови, о чем свидетельствуют показатели уровней РКМФ, ПДФ и ристоцетин конвективная активность фактора Виллебранда, что очевидно связано с тромболитическим действием медицинского озона. При исследовании содержания иммуноглобулинов классов G, A, M достоверно изменения выявлены в показателях уровня Ig M. Под влиянием озонотерапии происходит достоверное снижение концентрации IgM на 10%, а при антибиотикотерапии, напротив,- увеличение концентрации на 5%. Частота послеоперационных воспалительных осложнений у родильниц 1-ой группы составила 2%, во 2-ой группе -10%. Данные УЗИ матки на 4-5 сутки после кесарева сечения выявили субинволюцию матки в 1-ой группе лишь у 8% женщин, во 2-ой группе у 20 % женщин. Оценка лактации родильниц обеих групп показала, что при использовании озонотерапии женщины начинали кормить грудью на 2-3 сутки послеоперационного периода, у них быстрее протекала инволюция матки и достоверно увеличивалось содержание среднесуточного количества грудного молока. Во 2 группе женщины начинали кормить грудью лишь по окончанию курса антибактериальной терапии на 6-7 сутки послеоперационного периода и по сравнению с основной группой у них медленнее протекала инволюция матки, по сравнению с 1-ой группой количество среднесуточное количество грудного молока было достоверно ниже.

Выводы. Использование медицинского озона с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений у родильниц группы высокого риска по развитию инфекции после кесарева сечения, улучшает течение послеоперационного периода, не вызывает резистентности, не имеет противопоказаний для раннего грудного вскармливания, способствует благоприятному течению периода ранней неонатальной адаптации новорожденных и снижает частоту осложнений до 2%, что позволяет снизить койко-день в среднем на 2 дня.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ-ГИНЕКОЛОГОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ИХ ПАЦИЕНТОВ О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Роговская С.И[*]., Прилепская В.Н.[*], Бебнева Т.Н.[*], Акопова Е.С.[*], Лебедева М.И.[**]

(ФГУ «[*]НЦ АГиП им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий»[**]ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва Россия)

Известно, что вирус папилломы человека (ВПЧ) способен вызывать рак шейки матки (РШМ), сопровождать и поддерживать воспалительные и диспластические процессы шейки матки. Вопросы организации профилактической помощи женщинам с патологией шейки матки и ВПЧ-инфекцией актуальны.

Цель: оценить знания врачей-гинекологов Российской Федерации и их пациентов о возможностях профилактики рака шейки матки.

Материалы и Методы исследования. В рамках 1-й Международной научно-практической конференции «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее», которая проводилась при участии Европейской ассоциации по цервикальному раку (ECCA) и Европейского общества гинекологов-онкологов (ESGO) был проведен опрос 350 врачей-гинекологов из 16 регионов России. Из 400 розданных анкет вернули 350 человек.

Результаты и их обсуждение. Ответы на вопросы анкетирования показали, что 343 (98%) опрошенных врачей знают, что ВПЧ является причиной РШМ, менее 70% знают о наличии в России созданной и зарегистрированной вакцины против ВПЧ. Тем не менее 35 (10%) врачей-гинекологов не готовы проводить вакцинацию пациентам до 18 лет ввиду неясной безопасности, 308 (88%), напротив, готовы применять вакцину у данной категории населения. Из них 203 (65,9%) врачей не имеют возможности проводить такую профилактику ВПЧ в своей практике по различным причинам (в их городе нет в продаже вакцины, нет прививочного кабинета в их учреждении), а 105 (34,1%) – время от времени применяют вакцинацию в своей практике уже сейчас. По мнению 87(24,9%) опрошенных врачей-гинекологов о вирусе папилломы человека как о причине рака шейки матки знают менее 10% их пациентов, 140 (40%) врачей полагают, что 10-30% пациентов осведомлены о ВПЧ, 52 (14,9%) опрошенных врачей-гинекологов считают 40-60% пациентов осведомленными о ВПЧ, 70 (20%) врачей-гинекологов считают что 70-100% их пациентов знают о ВПЧ. По мнению большинства врачей (78%) о вакцине против рака шейки матки осведомлены менее 10% пациентов.

Выводы. Опрос показал высокий уровень осведомленности среди врачей-гинекологов о проблеме папилломавирусной инфекции, возможностях профилактики рака шейки матки и выявил готовность врачей проводить вакцинацию своим пациентам. Однако, по мнению опрошенных, информирование пациентов недостаточно.

ВЛИЯНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА

Рогожина И.Е., Нейфельд И.В., Столярова У.В.
(ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия)

Цель: рассмотреть влияние обострения хронического пиелонефрита на течение гестоза.

Материалы и Методы исследования: обследовано 88 беременных с хроническим пиелонефритом, госпитализированных в МУЗ «Перинатальный центр» г. Энгельса. По сравниваемым параметрам группы сопоставимы.

Основную группу составили 46 женщин с обострением хронического пиелонефрита, группу сравнения – 42 беременных с хроническим пиелонефритом в стадии ремиссии. Степень тяжести гестоза определялась по шкале Гекке с учетом типа центральной гемодинамики и показателей гемостаза Структура и функции мочевыводящих путей оценивались в динамике по данным ультразвукового исследования почек, ультразвуковой допплерографии почечных артерий, биохимического анализа крови (мочевина, креатинин, общий белок, белковые фракции), проб Реберга, Зимницкого, Нечипоренко, суточной глюкозурии и протеинурии, бактериологического анализа мочи..

Результаты и их обсуждение. С учетом типа гемодинамики в почечных артериях беременные основной группы распределились следующим образом: с гипокинетическим типом – 44,6 %, гиперкинетическим – 29,6 %, эукинетическим – 25,8 %; группы сравнения – 23,5%; 56,4% и 20,1%, соответственно. В 72 % случаев в основной и в 54% случаев в группе сравнения отмечалось раннее (до 28 недели беременности) начало гестоза, протекавшего на фоне активации внутрисосудистого свертывания крови во втором триместре (в 68,7% и 18,5% соответственно). В обеих группах преобладала отечная форма гестоза легкой степени. В основной группе у 8,2% пациенток регистрировался тяжелый гестоз; гестоз средней степени тяжести был отмечен в 18,3% случаев, в контрольной – в 0% и 9,7% случаев, соответственно.

Изменения функционального состояния почек и их гемодинамики при гестозах обусловлены патогенезом заболевания, ведущими факторами которого являются гиповолемия, диспротеинемия с разнонаправленными сдвигами осмотического давления плазмы крови на фоне нарушенной регуляции гемодинамики и гемокоагуляции в сочетании с изменениями реологических свойств крови. С другой стороны одним из главных признаков пиелонефрита, отличающим его от других тубулоинтерстициальных поражений почек, является обязательное содружественное вовлечение в процесс чашечно-лоханочной системы органа с признаками острого (отек, нарушение микроциркуляции, инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами) или хронического (лимфогистиоцитарная клеточная инфильтрация, склероз) воспаления. При этом недостаточное кровоснабжение органа, обусловленное уменьшением внутрисосудистого объема, спазмом артериол и отложением фибрина в субэндотелиальном слое клубочковых капилляров приводит к выраженным функционально-морфологическим нарушениям. Нарушение кровоснабжения почек ведет к уменьшению клубочковой фильтрации, прогрессирующей по мере нарастания степени тяжести гестоза.

Выводы: таким образом, при хроническом пиелонефрите происходит ряд морфологических изменений в структуре почек, ведущих к нарушению функционального состояния почек, почечного и внутрипочечного кровообращения, которые имеют патогенетическое значение для присоединившихся гестозов. Сохранение стойкой ремиссии на протяжении всей беременности способствует снижению развития тяжелых форм гестоза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С АНТИДЕПРЕССАНТАМИ С ЦЕЛЬЮ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Рогожина И.Е., Столярова У.В., Нейфельд И.В., Скупова И.Н.
(Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия)

Цель: исследование эффективности комбинированного использования препаратов для заместительной гормональной терапии и антидепрессантов с целью быстрого купирования психоэмоциональных симптомов при климактерическом синдроме.

Материалы и методы исследования. Обследованы две группы больных (90 женщин) с климактерическим синдромом, у которых доминирующими проявлениями были психоэмоциональные нарушения. Возраст обследуемых женщин — 45-51 год. Противопоказаний к назначению ЗГТ и антидепрессантов пациентки не имели.

Первая группа больных — 45 женщин — получали заместительную гормональную терапию препаратом «Климонорм» по стандартной схеме в виде монотерапии.

Во второй группе (так же 45 пациенток) женщины получали тот же самый препарат, но в сочетании с антидепрессантом «Пиразидол» по 0,025 г/сут.

Длительность наблюдения с начала приема препаратов составила 1 месяц.

Учитывалась клиническая картина климактерического синдрома. Для выделения его клинических вариантов, а также определения степени тяжести был использован менопаузальный индекс, предложенный Kupperman и известный в нашей стране в модификации Е.В. Уваровой.

В дальнейшем пациентки обеих групп продолжили заместительную гормональную терапию «Климонормом» в виде монотерапии.

Результаты и их обсуждение. Во второй группе купирование психоэмоциональных симптомов наступало примерно на 5-7 сутки с момента начала терапии, тогда как у пациенток первой группы симптомы постепенно угасали на 10-15 день с момента начала заместительной гормональной терапии. В первую очередь у пациенток второй группы отмечалось улучшение настроения, выражающееся в устранении плаксивости и раздражительности, купировании депрессивного синдрома. Отмечалось также восстановление работоспособности, отсутствие быстрой утомляемости.

У пациенток первой группы последовательность купирования психоэмоциональных симптомом была такой же, однако за 1месяц полного исчезновения симптомов в ряде случаев устранить не удалось.

Выводы: На начальных этапах использования заместительной гормональной терапии эстроген-гестагенными препаратами показано сочетание её с антидепрессантами с целью быстрого купирования психоэмоциональных нарушений при климактерическом синдроме. Применение данной схемы лечения при доминирующих психоэмоциональных нарушениях позволяет более быстро и эффективно справиться с симптомами патологического климактерия и создать благоприятную основу дальнейшего длительного приёма препаратов для заместительной гормональной терапии.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА И ТРОМБОФИЛИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕЭМБРИОНИЧЕСКИХ И ЭМБРИОНИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ

Рудакова Е.Б., Полторака Е.В., Пилипенко М.А., Лобода О.А.
(Омская государственная медицинская академия, Омский центр репродуктивной медицины, Омск, Россия)

Цель: изучение влияния хронического эндометрита (ХЭ) на возникновение преэмбрионических потерь; врожденных и приобретенных тромбофилий (ТФ) на формирование эмбрионических потерь; анализ методов диагностики, лечения данных патологических изменений, контроля его эффективности и оценка результативности методов вспомогательной репродукции после проведенного лечения.

Материалы и Методы исследования. Нами было обследовано 63 пациентки, имеющие преэмбрионические и ранние эмбрионические потери после проведенных циклов ЭКО, которые были разделены на 2 группы. Первую группу (n=42) составили пациентки, имеющие неудачные попытки ЭКО в анамнезе, которые были обследованы с помощью клинического, морфологического (исследование пайпель-биоптатов), расширенного микробиологического и инструментальных методов (первая подгруппа n=22 – трансвагинальное УЗИ, вторая подгруппа n=20 – трансвагинальное УЗИ с доплерометрией). Из группы пациенток с ХЭ, 20 женщин вступили в повторный цикл ЭКО после проведенного комплексного этапного лечения: элиминация инфекта с последующей метаболической, циклической гормональной и физиотерапией с целью восстановления морфофункционального состояния эндометрия.

Вторую группу (n=21) составили пациентки, имеющие эмбрионические потери в анамнезе, у которых был проведен анализ наличия приобретенных и наследственных ТФ: оценивалось состояние сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза, наличие волчаночного антикоагулянта (ВА) и полиморфизма генов ТФ методом ПЦР. Группу контроля (n=10) составили пациентки с нормально протекающей беременностью после ЭКО, перешагнувших эмбрионический порог (10 недель гестации). С целью исследования значимости коррекции нарушений в системе гемостаза для предотвращения эмбрионических потерь, пациенткам, вновь вступающим в цикл ЭКО (n=14), проводилась терапия соответственно выявленным изменениям под контролем гемостазиограмм.

Результаты и их обсуждение. В первой группе пациенток на основании клинико-аппаратного обследования без использования УЗДГ, ХЭ был заподозрен в 55% случаев, при использовании УЗДГ – в 75%. Морфологически ХЭ был выявлен у 36 женщин (86%) – у 19 в первой подгруппе и 17 во второй. У всех пациенток с диагнозом ХЭ, поставленным клинико-аппаратным методом, диагноз был подтвержден морфологически. В связи тем, что морфологический метод является «золотым стандартом» диагностики ХЭ, можно говорить о том, что чувствительность клинико-аппаратных методов диагностики составила 63% при 100% специфичности без использования доплерометрии, в то время как при её использовании была показана более высокая, статистически значимая ($p<0,05$) эффективность – 88% чувствительность, 100% специфичность. В процессе комплексного лечения пациенток с ХЭ наблюдался регресс клинической симптоматики, нормализация УЗ, доплерометрической и морфологической картины структуры эндометрия. Эффективность циклов ЭКО после проведенного лечения составила 60% (из 20 женщин беременность наступила у 12), что выше среднего уровня эффективности лечения методами ВРТ.

Во второй группе пациенток, проходившим комплексное гемостазиологическое обследование, были выявлены следующие нарушения: у 90% пациенток наблюдалась активация внутрисосудистого свертывания крови, умеренная тромбинемия с повышением концентрации РФМК выше порогового значения; у 52% – наличие внутрисосудистого фибринолиза; у 62% – гиперагрегация спонтанная и с индукторами во всех разведениях. При обследовании пациенток на наличие приобретенных и наследственных ТФ выявлено присутствие той или иной её формы или их сочетаний у 91 %: у 24% обнаружена циркуляция ВА, у 33% выявлена гетерозиготная мутация MTHFR, у 5% – гомозиготная мутация PAI-1, у 29% пациенток наблюдалось сочетание мутаций по генам наследственных форм ТФ. У всех пациенток с наличием как гомо-, так и гетерозиготной мутации MTHFR отмечалась гипергомоцистеинемия. В группе контроля ни у одной пациентки не было обнаружено циркуляции ВА, у 1 пациентки выявлена гетерозиготная мутация MTHFR, не сопровождающаяся гипергомоцистеинемией. Таким образом, врожденные и наследственные ТФ встречались достоверно чаще в группе женщин с эмбрионическими потерями ($p<0,05$). Благодаря проводимой терапии, из 14 пациенток беременность наступила у 10 (71%), доносили беременность до срока жизнеспособного плода 9 человек (64%).

Выводы. С целью повышения результативности ВРТ необходимо расширение спектра обследования пациенток с неудачами ЭКО в анамнезе перед проведением повторной попытки (УЗИ, дополненное доплерометрией, мор-

фологическое исследование биоптатов эндометрия, расширенное обследование системы гемостаза), а также проведение комплексного лечения с динамическим контролем.

ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Рудакова Е.Б., Цыганкова О.Ю., Лазарева О.В.
(Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия.)

Цель: оценить эффективность регионального цитологического скрининга РШМ и возможности ВПЧ тестирования.

Материалы и Методы исследования: ретроспективно проведен анализ эффективности цитологического скрининга за период с 1996 по 2006 гг. в Омской области (2105085 цитологических исследований в сопоставлении с заболеваемостью РШМ). Забор материала осуществлялся акушерками смотровых кабинетов. Чаще всего использовались поролоновые кубики. Окраска производилась гематоксилином и эозином. Проспективно обследовано 400 женщин обратившихся к гинекологу в ЖК с различной гинекологической патологией в возрасте от 18 до 60 лет. Всем проводилось цитологическое исследование и ВПЧ тестирование. Забор материала производился дважды с интервалом в две недели акушеркой и хорошо обученным специалистом. Применялись поролоновые кубики и цервикс-браши. Окраска мазков производилась гематоксилином и эозином и по Папаниколау. Для качественного определения ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска использовалась тест-система АмплиСенс ВПЧ ВКР-скрин FEP с флюоресцентной детекцией, а для определения вирусной нагрузки – АмплиСенс R – V12(RG,IQ,M) скрин-титр FRT. По показаниям проводилась биопсия с проведением морфологического исследования.

Результаты и их обсуждение. По ретроспективному анализу установлено, что в регионе основным методом скрининга является цитологический метод. Процесс охвата цитологическим скринингом женского населения составляет 20-25%, что крайне недостаточно. Процент выявления рака шейки матки по данным цитологии достаточно низкий на протяжении ряда лет – от 13,36% в 1996 году, 9,8% в 2003 году до 40,0% в 2007 году. Растёт процент неудачно взятых мазков, что составляет в 1997г – 4%, в 2006г – 6%. Загрязнение мазка элементами воспаления составляет от 60%о до 80%. У 400 женщин обследо-

ванных проспективно получены следующие результаты: результативность выше при заборе мазков на цитологию хорошо обученными специалистами, заинтересованными в получении достоверного результата. Отмечена наиболее низкая чувствительность при заборе поролоновыми кубиками – 42%, специфичность – 50% и прогностическая ценность – 50% в отношении плоскоклеточного интраэпителиального поражения (SIL), при заборе цервикс-браншами чувствительность составила 68,7%, специфичность 66,7%, а прогностическая ценность 84,6%. По окраске мазков достоверных различий в выявляемости SIL не было(21,3% и 24,0%). Всем женщинам проводилось ВПЧ тестирование. ВПЧ инфицирование без признаков плоскоклеточного интраэпителиального поражения было у 35 женщин. У 18 из них (51%) цитологические изменения отсутствовали, а количественная нагрузка ВПЧ была ниже линейного диапазона измерения данной тест системы. SIL различных степеней тяжести было выявлено у 85 (21,3%), из них LSIL – у 43 (51%), HSIL у 42 (49%). У пациенток не инфицированных ВПЧ 16/18 типов, не отмечено интраэпителиальных поражений высокой степени (50 женщин-59%). ВПЧ поражения и SIL были выявлены у 35 женщин(41%). SIL по степеням выраженности распределились следующим образом: LSIL было у 11 (31%), а HSIL у 24 (69%) женщин. При определении вирусной нагрузки ВПЧ 16/18 типов, установлено, что клинически значимые нагрузки по ВПЧ ВКР были у 20 женщин (57%), клинически малозначимые у 10 женщин (28,5 %), у 5-ти женщин (14,5%), результат исследования был даже ниже линейного диапазона измерения данной тест системы.

Выводы: используемый в регионе скрининг ранней диагностики РШМ недостаточно эффективный. Неэффективность его связана не с методом окраски мазков, а с низким охватом женского населения, а также с тем, кто осуществляет забор материала на цитологию и какой инструмент при этом используется. Широко распространённое ВПЧ тестирование, являясь дорогим методом, может быть использовано как дополнительный метод. Проведённый анализ показал, что низкие количественные нагрузки ВПЧ коррелируют с отсутствием цитологических изменений, а высокие количественные нагрузки коррелируют с интраэпителиальными поражениями высокой степени.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Руднева Т.В., Синицын В.А., Руднев С.В.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оценить эффективность лучевых методов диагностики для наблюдения за состоянием молочных желез в процессе проведения различных видов гормональной терапии.

Материалы и методы исследования: обследованы 487 женщин, которые были разделены на 2 группы. К первой отнесены те, которым предстоял длительный прием комбинированных оральных контрацептивов, ко второй – кому предстояла заместительная гормональная терапия в пре- и постменопаузе. До начала и в процессе гормонотерапии всем женщинам проводилось комплексное маммологическое обследование, включающее в себя осмотр маммолога, рентгеновскую и ультразвуковую маммографию, МРТ- маммографию по показаниям.

Результаты и их обсуждение: при обследовании с использованием вышеуказанных методов особое значение придавалось состоянию железистой ткани, которая является морфологическим субстратом для развития пролиферативных процессов в молочной железе (как доброкачественных, так и злокачественных).

Состояние железистой ткани оценивалось при помощи лучевых методов по 3 параметрам: соотношение в молочных железах железистой и фиброзно-жировой ткани (рентгеновская маммография, классификация по Вульфу), толщина железистой ткани (УЗИ- маммография), диаметр эпителиально-мезенхимального комплекса млечных протоков (УЗИ- маммография). Отслеживались динамические изменения этих параметров в процессе проведения гормональной терапии.

Нами отмечались статистически достоверные изменения этих параметров. Однако, ни у одной из обследуемых не было выявлено необратимых изменений. На наш взгляд, оценка данных параметров при помощи лучевых методов, является максимально информативной при проведении динамического наблюдения за женщинами, получающими гормональную терапию. Изменение этих показателей может свидетельствовать о развитии патологической пролиферации протокового эпителия.

Выводы. Для оценки динамики формирования пролиферативных изменений в молочных железах на фоне различных видов гормональной терапии рекомендуется сочетание лучевых методов.

МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И ХЛАМИДИОЗ

Сахарова Т.В., Чекудаева Н.В.
(Дорожная Клиническая больница на ст. Красноярск, ОАО «РЖД», ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия)

Цель: изучение особенностей микрофлоры влагалища у женщин с диагностированной инфекцией Chlamydia trachomatis.

Материалы и Методы исследования: 1) микроскопия вагинальных мазков, окрашенных по Граму; 2) посев отделяемого влагалища с количественной оценкой роста всех микроорганизмов;

3) ДНК-диагностика.

Для проведения исследований мы отобрали 150 женщин в возрасте от 21 до 35 лет. После анализа клинико-лабораторных данных, учитывая жалобы и анамнез, все женщины были разделены на три равные группы, которые были обследованы на наличие Chlamydia trachomatis в мазках из цеквикального канала.

Результаты и их обсуждение. В первую группу вошли женщины, у которых не было выявлено грубых изменений со стороны микрофлоры влагалища. Микроскопическая картина мазков окрашенных по Граму у всех женщин этой группы соответствовала критериям нормы, pH влагалища был в пределах нормы, аминотест был положительный только у 3(6%) женщин.

Видовой состав микрофлоры влагалища в этой группе женщин был представлен только дрожжеподобными грибами рода Candida и только у 4 (8%) женщин.

При диагностике Chlamydia trachomatis положительные результаты были получены у 9(18%) женщин.

Во второй группе у 34(68%) женщин имелись жалобы на обильные выделения из половых путей, 8(16%) женщин беспокоили выделения с неприятным запахом, у 5 женщин присутствовали ощущения зуда и жжения и у 3 имелись признаки дизурических расстройств, что составило 10% и 6% соответственно.

Мазки, окрашенные по Граму, у женщин данной группы имели картину, характерную для дисбиоза влагалища, что также подтверждено определением pH выше нормы у 46(92%) женщин и положительным аминотестом у 48 (96%) женщин.

Результаты бактериологического обследования в этой группе женщин были представлены факультативными анаэробами: E.coli у 13(26%) женщин, в 12(24%) случаях был высеян Strept.faecalis, у 10(20%) женщин Staph. saprophyticus, по 8(16%) случаев получены Staph.epidermidis и E.aerogenis.

Candida albicans высеялся у 8(16%) обследуемых женщин.

При выявлении Chlamydia trachomatis в данной группе положительные результаты были получены у 21(42%) пациентки.

В третью группу вошли женщины с жалобами на выделения из половых путей, однако чаще всего они описывали выделения как жидкие, имеющие желтовато-зеленоватый оттенок.

Характер мазков окрашенных по Граму имел воспалительный тип, pH влагалища выше нормы наблюдался у 8(16%) женщин, положительный аминотест – у 5 (10%) женщин.

Чаще всего микрофлора влагалища в третьей группе женщин была представлена грамотрицательными кокками это Staph aureus в 15(30%) случаях, у 11(22%) женщин был получен Staph.epidermidis и у 9(18%) женщин Staph. saprophyticus. Candida albicans диагностирован у 10 женщин, что составило 20%, Candida tropicanis высеян у 5(10%) женщин.

По результатам ПЦР в третьей группе Chlamydia trachomatis был обнаружен у 14(28%) женщин.

Выводы. Наши исследования показали, что Chlamydia trachomatis чаще диагностируется в группе женщин, имеющих изменения микрофлоры влагалища в виде бактериального вагиноза. При патологической обсемененности слизистой оболочки влагалища происходит снижение защитных барьеров влагалища, что способствует более легкому проникновению Chlamydia trachomatis до цилиндрического эпителия шейки матки и усугубляет выраженность клинических проявлений заболевания.

МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Селиверстова Ю.А., Кононова И.Н.
(ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия,
МУ ЦГБ№7, Екатеринбург, Россия)

Цель: оценка микробиоценоза влагалища при патологии шейки матки.

Материалы и Методы исследования. Проведено обследование и лечение 42-х женщин в возрасте от 18 до 65 лет. Всем пациенткам выполнен необходимый диагностический стандарт: осмотр в зеркалах и бимануально, цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, расширенная кольпоскопия, гистологическое исследование биоптатов шейки матки, обследование содержимого влагалища и цервикального канала на вирусные, бактериальные, протозойные агенты. По результатам гистологического

исследования пациентки разделены на 2 группы: 1-ая – 15 женщин с установленным гистологическим диагнозом «простая лейкоплакия», 2-ая – 27 женщин, у которых гистологическая картина характеризовалась как «простой железисто-сосочковый эндоцервикоз».

Результаты и их обсуждение. При клинической оценке групп больных обращает внимание, что в 1-й группе женщины старше 45 лет составили 20,0+0,3%, а во 2-й группе их было только 3,7+0,06%. Становление менструальной функции в исследуемых группах и реализация репродуктивной функции проходили идентично. Начало сексуальных отношений до 15 лет зафиксировано у 13,3+0,2% женщин 1-й группы, во 2-й группе ранний сексуальный дебют был только у 3,7+0,06% женщин. Эффективность цитологического исследования в диагностике хронических воспалительных заболеваний шейки матки в обеих группах было идентично и составило 42,3%. Хламидийная инфекция в половых путях выявлена у 3,7+0,06% женщин 2-й групп, в 1-й группе хламидии не обнаруживались. Уреаплазменная и микоплазменная инфекция встретилась у 25,9+0,3% женщин без лейкоплакии и у 33,3+0,4% женщин с лейкоплакией. Цитомегаловирусная и герпетическая инфекция встречалась примерно поровну в обеих группах. Грибы рода кандида выделены у 20,0+0,3% женщин 1-й группы и у 37,0+0,4% второй ($p<0,05$). Трихомонады чаще выявлялись у пациенток с лейкоплакией – 20,0+0,3% и 7,4+0,1% соответственно ($p<0,05$). Наиболее существенно различие в группах связано с вирусом папилломы человека (ВПЧ): ВПЧ 16 и 18 типов обнаружены у 50,0+0,4% женщин 1-й группы и только у 3,7+0,06% во второй ($p=0,003$). Никаких инфекционных агентов не выявлено у 30,0+0,4% женщин 2-й групп и у 13,3+0,2% пациенток 1-й группы.

Выводы: Заболевания шейки матки наиболее часто развиваются на фоне генитальных инфекций. Широкая распространенность (у 60-65%) нарушений микробиоценоза влагалища, бессимптомное, персистирующее течение в 67,2% случаев при патологии шейки матки требуют изучения микрофлоры половых путей с последующей коррекцией у пациенток с патологией шейки матки перед проведением деструктивных методов лечения.

Пациентки старшего репродуктивного возраста требуют более пристального внимания для выявления патологии шейки матки.

Ранний сексуальный дебют коррелирует с инфицированием вирусом папилломы человека.

Лейкоплакия в большом числе случаев сочетается с папилломавирусной инфекцией половых путей и является фактором риска возникновения рака шейки матки.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

Лапшихин А.А., Бессмертная В.С., Серебренникова К.Г., Самойлов М.В.,

(ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова» Росздрава, ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава, Центральная клиническая больница РАН, Москва, Россия)

Одним из основных факторов, обеспечивающих эффективное преодоление бесплодия методами ВРТ, является адекватная оценка состояния эндометрия, однако многое в физиологии и патологии эндометрия остается неясным. Это касается ряда биологических механизмов, обеспечивающих успешную имплантацию, в том числе факторов, определяющих рецепцию эндометрия.

Цель: оценка состояния эндометрия у пациенток с бесплодием при подготовке к лечению методами ВРТ.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 72 женщин в возрасте от 26 до 44 лет, с первичным бесплодием (n=38) 33,6±0,7 лет в среднем и вторичным бесплодием (n=34) 34,9±0,8 лет в среднем, готовящихся к лечению методами ВРТ. Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее – УЗИ органов малого таза с допплерометрией, изучение гормонального профиля, бактериологическое исследование. В 21-24 дни менструального цикла пациенткам проводились гистероскопия с использованием аппаратуры «Karl Storz» (Германия), биопсия эндометрия или, по показаниям, раздельное выскабливание цервикального канала и слизистой полости матки с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Иммуногистохимическое исследование соскобов слизистой оболочки матки проводилось с использованием мышиных моноклональных антител к эстрогеновым (клон 1D5 «Dako», США) и прогестероновым (клон 1A6 «Dako», США) рецепторам, к маркеру пролиферативной активности – белку Ki-67 (клон MIB 1, «Dako», США) и к белкам, регулирующим клеточный цикл – P27(клон DCS-72.F6 «Biogenix», США) и Cyklin E (клон HE12 «Biogenix», США).

Результаты и их обсуждение. Показатели гормонального профиля в группах исследования не имели достоверных различий (p<0,05), кроме того ЭХО-признаки патологии эндометрия также не имели достоверных различий (p<0,005). При гистероскопии и последующем гистологическом исследо-

вании выявлена патология эндометрия: хронический эндометрит, гиперпластические процессы эндометрия, внутриматочные синехии, недостаточность лютеиновой фазы цикла. По результатам иммуногистохимического исследования у пациенток и первой, и второй группы наблюдались значительные изменения экспрессии к рецепторам Е2 и П различного характера, проявляющиеся в ядрах клеток эпителия желез и ядрах клеток стромы ($p<0,05$). Параллельно с экспрессией рецепторов к стероидным гормонам, в тех же препаратах, была повышена экспрессия фактора пролиферации Ki-67. Были обнаружены изменения в экспрессии белков, регулирующих клеточный цикл – P27 и Cyklin E, проявляющиеся в отставании проявлений экспрессии в основном Cyklin E как в железах, так и в строме.

Выводы. Изучение морфофункционального состояния эндометрия, исследование корреляционных взаимоотношений и иммуногистохимических параметров, а также гормонального профиля являются одним из основных факторов в комплексной диагностике и лечении бесплодия методами ВРТ.

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Белоусова Т.Н.,Соваев Н.И., Важнова В.М.

(Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия)

Цель: определение особенностей течения беременности и родов у пациенток после инвазивных методов лечения цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN).

Материал и Методы исследования: проведен анализ течения беременности и родов у 50 беременных, после инвазивных методов лечения CIN. У 22 (44%) в анамнезе была CIN II, у 28 (56%) – CIN III. Из них 10 (20,0%) пациенткам была произведена диатермокоагуляция (ДЭК), 12 (24,0%) – радиокоагуляция, 21 (42,0%) – конизация, 7 (14,0%)- ампутация шейки матки. Всем беременным проводилось комплексное обследование, включая общеклиническое, микроскопическое, бактериологическое, цитологическое, ультразвуковое, расширенную кольпоскопию.

Результаты и их обсуждение: наиболее частым осложнением беременности являлась угроза невынашивания, которая наблюдалась в I триместре у 74,0%, во II – у 70%, в III – у 64% пациенток.

Истмико-цервикальная недостаточность выявлена у 36% пациенток, в основном после ампутации шейки матки. ФПН выявлена у 38% беременных. У всех пациенток выявлены урогнитальные инфекции, причем ВПЧ наблюдлась в 43% случаев. Только у 12 (24,0) беременных (преимущественно после применения радиоволнового метода лечения) отсутствовали патологические визуальные изменения шейки матки.

Гипертрофия шейки матки наблюдалась у 3(6,0%) беременных, рубцовая деформация шейки матки – у 32(64,0%), отсутствие влагалищной порции шейки матки (после ампутации шейки матки) у- 7 (14,0%).У большинства пациенток (84%) кольпоскопическая картина была неудовлетворительной. Выявлено преобладание мазков II типа по PAP – 46 (86%), у 2 (4,0%) пациенток определялись мазки III типа. Частота рецидива CIN составила 4,0%. Самопроизвольные роды произошли у 85% беременных, преждевременные – у 12%, репродуктивные потери – у 3% пациенток.

Выводы: пациентки после инвазивных методов лечения CIN представляют группу высокого риска по развитию гестационных осложнений

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ И ОПАСНЫХ УСЛОВИЯХ

Сивочалова О.В., Потапенко А.А.
(ГУ НИИ медицины труда РАМН, Москва, Россия)

Цель: определить особенности амбулаторного наблюдения женщин, работающих во вредных и опасных условиях.

Материалы и Методы исследования. В настоящее время 33,9 млн. женщин (из 66,8 млн. чел), в том числе свыше 20 млн. детородного возраста в России трудятся. При этом 1,6 млн. женщин работают во вредных и опасных условиях труда, именно эти женщины относятся к группам повышенного риска по развитию нарушений процессов репродукции.

Результаты и их обсуждение. Врачи акушеры-гинекологи, работающие в женских консультациях, зачастую недостаточно владеют информацией об особенностях осмотров, женщин, имеющих контакт с вредными факторами. Например, при работе женщин в условиях подъема и перемещения тяжестей вручную может развиться профессиональное заболевание репродуктивной системы (опущение и выпадение матки и влагалища), которое морально и физически инвалидизирует женщину (Приказ МЗ МП РФ №90, п.3).

Женщины, поступающие на работу во вредные и/или опасные условия, должны проходить предварительные медицинские осмотры, для решения вопроса о соответствии (или несоответствия) здоровья будущей работе в соответствии с Приказом МЗ МП РФ №90 от 14.03.1996г.

Разработаны критерии оценки состояния репродуктивного здоровья при приеме и продолжении работы во вредных условиях, противопоказания к приему и др.

Выводы. Проведение периодических и специальных медицинских осмотров способствует выявлению профессионально обусловленной патологии половой системы, частота которой растет параллельно стажу работы во вредных условиях, а также степени вредности и опасности, т.е. класса условий труда.

Рекомендуется планирование беременности и трудоустройство на более легкую работу в период беременности женщин, работающих во вредных и/или опасных условия. Необходимо включать этих женщин в группу диспансерного наблюдения, как группу риска нарушений течения беременности, родов и состояния здоровья детей. Необходима преемственность в работе врача акушера-гинеколога в женской консультации, в родильном доме и педиатра.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Сидельникова В.М.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оптимизация тактики подготовки к беременности супружеских пар с привычным невынашиванием.

Материалы и Методы исследования. В поликлиническом отделении Центра вне беременности проведено обследование 330 супружеских пар для выявления причин репродуктивных потерь, состояния репродуктивной системы и подготовки к беременности.

Схема обследования: гистеросальпингография во II фазе цикла; УЗИ в период «окна имплантации», для оценки состояния эндометрия и оценки кровотока; кариотипирование супругов; определение антигенов системы HLA I и II классов; гормональное обследование; бактериологическое и виру-

сологическое обследование; оценка иммунного и интерферонового статуса; диагностика АФС; наследственные тромбофилии; система гемостаза; спермограмма; выявление антител к ХГЧ, прогестерону.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования установлено, что привычная потеря беременности полиэтиологичное осложнение – инфекционные осложнения выявлены у 67,3%, пороки развития матки у 9,8%, внутриматочные синехии у 7,4%, патология эндометрия (полипы, гиперплазия) у 10%, НЛФ у 85%, гормональные нарушения у 29,1%, аутоиммунные нарушения (АФС, сенсибилизация к гормонам) выявлены у 40%, аллоиммунные нарушения у 32%, генетические нарушения у 10,2%. Нарушения сперматогенеза выявлены у 42% обследованных мужей. У большинства обследованных больных имеется сочетание различных причин. При выявлении патологии сперматогенеза, супруг направляется на лечение к андрологу. При выявлении порока развития матки в виде перегородки и при выявлении гиперплазии и полипов эндометрия, при наличии внутриматочных синехий, пациенткам проводится гистероскопия, резектоскопия перегородки и выскабливание. При инфекционном генезе невынашивания на I этапе проводится антибактериальная или противовирусная терапия с применением иммуномодуляторов под контролем иммунограммы и интерферонового статуса с учетом данных УЗИ и допплерометрии о состоянии эндометрия. На II этапе – циклическая гормональная терапия, метаболическая терапия, при необходимости стимуляция овуляции. При выявлении аутоиммунных нарушений, подготовка проводится с учетом активности и тяжести аутоиммунных нарушений. При тяжелых нарушениях и неоднократных гибели плода в анамнезе проводится плазмаферез, затем индивидуальный подбор доз низко-молекулярных гепаринов и антиагрегантов. При нормальных параметрах гемостазиограммы разрешается беременность. При аллоиммунных нарушениях (совместимость и особенности антигенов HLA, высокий уровень цитотоксичных клеток в крови) дважды проводится лимфоцитоиммунотерапия (ЛИТ) в дозе 100-150 млн клеток крови мужа (если совместимость II класса HLA на 50%), и клетками донора при большей совместимости. Если уровень цитотоксичных клеток остается повышенным, то в цикле зачатия в середине I фазы дополнительно к ЛИТ назначается иммуноглобулин (интратект, октагам) 5 г в/в капельно. При гиперандрогении проводится уточнение источника гиперандрогении. При надпочечниковой гиперандрогении определяется наличие мутации гена CYP21B и при наличии мутации назначается дексаметазон в цикле зачатия в дозе 0,5 мг и продолжается во время беременности до определения у плода мутации гена ВГКН и пола плода. При отсутствии мутации – дексаметазон отменяется.

При яичниковой гиперандрогении подготовка к беременности начинается с потери массы тела, назначения метформина, через 2-3 цикла стимуляция овуляции кластилбегидом. Дексаметазон при яичниковой гиперандрогении не назначается.

Выводы. В связи с многофакторными причинами привычной потери беременности, реабилитация репродуктивной функции должна проводиться до беременности, быть дифференцированной и индивидуальной, что позволит у 96% супружеских пар с привычной потерей беременности завершить подготовленную беременность рождением ребенка.

АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО АБОРТА

Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Магакян С.Г.
(ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», Астрахань, Россия)

Цель: проанализировать эпизоды неудач при выполнении медикаментозного аборта.

Материалы и Методы исследования. Под наблюдением находилось 700 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, которые обратились для прерывания беременности на ранних сроках (до 42-х дней аменореи). Схема медикаментозного прерывания беременности включала прием мифепристона внутрь в дозе 600 мг (3 таб. по 200 мг), а затем через 36-48 часов применение миролюта (мизопростола) per os в дозе по 400 мкг (2 таб.) дважды с интервалом в три часа. С реабилитационной целью пациенткам, не имеющим противопоказания к назначению эстроген-гестагенных препаратов, рекомендовали прием комбинированных оральных контрацептивов в циклическом режиме продолжительностью не менее 3 месяцев. Во избежание нарушения регенерации и развития гиперплазии эндометрия, а также для нормализации менструального цикла после фармаборта пациенткам, имеющим противопоказания к назначению эстроген-гестагенных препаратов, рекомендовали прием дюфастона 16 по 25 день от менструальноподобных выделений, совпадавших с днем приема миролюта.

Результаты и их обсуждение. Изгнание плодного яйца, как следовало из данных эхографического исследования, произошло у подавляющего числа женщин (99,7%), у которых с целью медикаментозного прерывания беременности были использованы мифепристон и миролют (Мир-Фарм, Россия). Из 700 наблюдений после фармакологического аборта в одном (0,1%) кли-

ническом случае наблюдалась прогрессирование беременности, а в другом (0,1%) – неразвивающаяся беременность. Неоднородный эндометрий через 14 дней после приема миролюта, по результатам ультразвукового исследования, диагностировался у 11(1,6%) пациенток.

Можно сделать предположение, что неэффективность фармакологического аборта и прогрессирование беременности у одной пациентки может быть связана с индивидуально высоким метаболизмом лекарственных веществ в организме женщины. В другом клиническом случае задержка погибшего плодного яйца, возможно, была связана с чрезмерно ригидной шейкой матки у первобеременной женщины, что в последующем определялось при инструментальном расширении шейки матки.

Пациенткам, у которых по данным сонографии диагностировался неоднородный эндометрий, после менструации, следующей за фармабортом, провели повторное эхографическое исследование. Неоднородная структура эндометрия сохранялась у 7(1%) женщин, а у 4-х (0,6%) эндометрий оказался линейным. Неполное отторжение децидуальной оболочки потребовало проведения гистероскопии и инструментального выскабливания стенок полости матки. При этом был обнаружен плацентарный полип у 2-х (0,3%) женщин, а у других наблюдаемых при морфологическом исследовании находили участки децидуальной ткани.

Выводы:

- проведение медикаментозного аборта с применением мифепристона и миролюта в целом клинически эффективно в 98,7% наблюдениях.
- прогнозировать несостоявшийся фармаборт по клинико-анамнестическим данным не представляется возможным, он может быть как у повторнородящей, так и у первобеременной.
- клинические неудачи фармакологического аборта малочисленны, не носят угрожаемый здоровью женщины характер и могут быть в последующем устранены инструментальным путем.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЕМКОСТИ КРОВИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Смирнова Г.А., Фаткуллин И.Ф., Погорельцев В.И., Файзрахманова Ф. М.

(Поликлиника Казанского научного центра Российской академии наук, Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия)

Цель: оценить степень безопасности медикаментозного аборта мы предложили путем изучения динамики состояния антиоксидантной емкости (АОЕ) крови до и после процедуры прерывания беременности.

Материалы и Методы исследования. Медикаментозный аборт заключался в приеме 600 мг мифепристона, а через 36-48 часов мизопростола (простагландин Е1) в дозе 400-800 мкг.

Измерение АОЕ производится методом гальваностатической кулонометрии (патент RU №2253114,2005.05.27). В основе метода лежит закон Фарадея, устанавливающий связь между массой электропревращающего вещества и количеством затраченного электричества. Электрогенерированный бром использовали в качестве реагента для оценки суммарных антиоксидантных свойств, т. к. образующиеся при окислении бромид – ионов на платиновом электроде в кислых средах соединения брома и сам бром легко вступают в различные окислительно-восстановительные реакции, что позволяет охватить широкий круг биологических веществ различной структуры, обладающих антиоксидантными свойствами. Измерения проводили на отечественном приборе КА-1, разработанном в Казанском научном центре и поликлинике РАН.

В исследовании принимало участие 32 женщины в возрасте от 19 до 44 лет (22,3+0,5 лет). У 40% из них беременность была первой, 22% прерывали вторую беременность (первая закончилась артифициальным абортом), остальные имели в анамнезе роды(10%), или роды и аборты(28%). Гинекологические заболевания имелись у 40% пациенток (эктопии шейки матки у 10%, мультифолликулярные яичники у 20%, бессимптомная миома матки небольших размеров у 4%, хронические аднекситы у 6%). Гестационный срок в среднем составил 3,3+0,2 недель, при среднем диаметре плодного яйца 10+0,4 см. У всех женщин медикаментозный аборт произошел без осложнений. Определение антиоксидантной емкости крови осуществлялось до процедуры, сразу после произошедшего аборта и через 10-34 дня после него. Статистическая обработка полученных данных проводилась по стандартным методикам с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что величина интегральной АОЕ крови достоверно увеличивается после медикаментозного аборта (в среднем на 5,5%), что вероятно связано с большим напряжением механизмов адаптации при прерывании беременности. При этом максимальный прирост АОЕ отмечен среди первобеременных (на 7,5%) в сравнении с повторнобеременными нерожавшими (на 3,2%) и рожавшими (на 4,9%).

Выводы. Очевидно, что результаты исследования, основанные на 32 наблюдениях, имеют предварительный характер. Вместе с тем, ни в одном наблюдении не было отмечено снижения АОЕ крови, связанного с медикаментозным прерыванием беременности.

Проведенное клиническое исследование продемонстрировало отсутствие отрицательного влияния препаратов мифепристон и мизопростол на интегральную антиоксидантную емкость крови.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В АЛМАЗНО-ДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Соколова Т.М., Мухамедшина В.Р.
(Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск, Россия)

Цель: оценить особенности гинекологической заболеваемости женщин работающих в алмазно-добывающей отрасли Якутии и разработать концепцию охраны и укрепления их репродуктивного здоровья

Материалы и Методы исследования: в рамках профилактических осмотра обследованы 340 женщин, из них 54,7% (186 пациенток) репродуктивного возраста. Проведен анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, данных бимануального осмотра, результатов УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез, мазков на ГН и на атипические клетки.

Результаты и их обсуждение: обращает на себя внимание акушерский анамнез. У 340 опрошенных женщин – всего 577 (100%) беременностей, при этом 309 (53,5%) беременностей закончились родами, 234 (43,3%) беременности абортами, 34(10%) – закончились выкидышем плода. Аборты от 1 до 5 проведены – 173 (50,9%) и более 5 – 61 (17,9%) женщинами. Такой высокий процент абортов свидетельствует об отсутствии достаточных знаний

о современных методах контрацепции. Это подтверждает тот факт, что 231 (67,9%) женщин в качестве средства контрацепции использовали внутриматочную спираль, причем более 5-ти лет 61 (17,9%) женщина.

В структуре гинекологический заболеваний женских половых органов на первом месте хронические воспалительные процессы гениталий 167 (49,1%), на втором месте новообразования тела матки у 102 (30%) –миома, у 43 (12,6%) – аденомиоз, эктопия шейки матки выявлена у 44 (12,6%) пациенток, кисты яичников у 19 (5,6%), кистомы яичников у 16 (4,7%). У большинства женщин 278 (81, 8%) обнаружено два и более гинекологические заболевания. При осмотре молочных желез диффузная фиброзно-кистозная мастопатия выявлена у 134 (39,4%) и очаговая у 16 (4,7%) пациенток.

Выводы: Условия труда в алмазно-добывающей промышленности Якутии характеризуются воздействиями на организм комплексов неблагоприятных факторов, таких как: климатогеографические гиповитаминозы (эндогенной и экзогенной природы), промышленное загрязнение внешней среды) и вредные производственные факторы (алмазная пыль, использование концентрированной азотной кислоты).

При обследовании пациенток выявлены группы высокого риска по развитию опухолевых заболеваний женской репродуктивной сферы – до 30%, наблюдается корреляционная связь между выявленными гинекологическими заболеваниями и репродуктивным потенциалом женщин крайнего севера.

Отмечается корреляционная связь между высокой частотой встречаемости ВМС, как метода контрацепции в сочетании с миомой матки, придатковыми образованиями, что является непосредственной причиной бесплодия и «дополнительным» фактором риска по развитию онкопатологии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ

Стрижова Н.В., Сираканян И.К., Хлынова С.А., Гавриленко А.С., Коробейников А.П.

Цель: изучение влияния МС на течение беременности, родов, послеродового периода.

Материалы и Методы лечения. Для решения поставленной задачи были исследованы 43 пациентки в возрасте от 21-44 лет, с индексом массы тела (ИМТ) >27, цифрами АД > 130/ 90 мм.рт.ст., нормальным уровнем глюкозы

в крови и дислипидемией (повышенное содержание общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, пониженное содержание липопротеидов высокой плотности).

Результаты и их обсуждение. I группу составили 11 пациенток с наличием 2 компонентов МС (АД > 130/ 90 мм.рт.ст и ИМТ>27). II группу составили 22 пациентки с 3 компонентами МС (АД > 130/ 90 мм.рт.ст., ИМТ>27, дислипидемией). III группу составило 10 пациенток со всеми 4 компонентами МС.

При анализе полученных данных выявлены следующие осложнения.

В I группе: угроза прерывания беременности и ранний гестоз в 27,2 % случаев, поздний гестоз в 54, 5%, ВЗРП в 27, 2 % случаев, аномалии родовой деятельности у 18, 1% и несвоевременное излитие околоплодных вод у 54, 5% рожениц, к кесаревому сечению прибегали в 27,2% случаях, кровотечения в послеродовом периоде у 9,1% родильниц, субинволюция матки выявлена у 18,1% родильниц.

Во II группе: угроза прерывания беременности у 36,4% беременных, ранний гестоз у 40,9%, поздний гестоз у 77%, ВЗРП у 9,1% беременных, аномалии родовой деятельности у 27,2% рожениц, несвоевременное излитие околоплодных вод у 54, 5% рожениц, к кесаревому сечению прибегали в 30 % случаях, кровотечения в послеродовом периоде у 9,1% родильниц, субинволюция матки выявлена у 27,2% родильниц.

В III группе: угроза прерывания беременности у 40% беременных, ранний гестоз и поздний гестоз соответственно у 50% и 90% беременных, ВЗРП у 20% беременных, аномалии родовой деятельности у 40% рожениц, несвоевременное излитие околоплодных вод у 70% рожениц, кесарево сечение в 40 % случаях, кровотечения в послеродовом периоде у 10% родильниц, субинволюция матки выявлена у 30% родильниц.

Выводы. Метаболический синдром (МС) – одно из распространенных нарушений обмена веществ, характеризующееся наличием сочетания ожирения, артериальной гипертензии, дислипидемии и гиперинсулинемии.

Женщины с метаболическим синдромом составляют группу высокого риска по различным осложнениям беременности и родов.

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Стрижова Н.В., Коробейников А.П., Гавриленко А.С.
(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Российский Государственный медицинский университет. Москва, Россия)

Вопрос об использовании ЗГТ у женщин постменопаузального возраста до настоящего времени остается актуальным из-за риска возникновения неоплазий молочных желез (МЖ), на фоне предшествовавших, тех или иных предопухолевых состояний или изменений тканей и клеток воспалительного генеза.

Цель: определить интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) и полиморфные маркеры генов антиокислительной защиты супероксиддисмутазу 2 (SOD2) и супероксиддисмутазу 3 (SOD3), каталазу (CAT) у женщин получавших ЗГТ, на фоне которой было обнаружено рентгеноммамографическое усиление плотности МЖ.

Материалы и Методы исследования: Были обследованы 15 женщин получавших ЗГТ, на фоне которой было обнаружено рентгеноммамографическое усиление плотности МЖ.

Средний возраст пациенток составил 51±1,2 года, гормональная терапия проводилась фемостоном 1/5 по поводу климактерических расстройств (КС) средней и тяжелой степени тяжести не менее одного года, не имевшие в анамнезе заболеваний молочных желез (ДЗМЖ) и их отсутствие на момент начала ЗГТ, подтверждено рентгеномаммаграфическим исследованием. Контрольную группу составили 28 женщин постменопаузального возраста 52±1,3 года с КС средней степени тяжести, без рентгеномаммаграфических признаков ДЗМЖ и не получавших ЗГТ.

При изучении генетической предрасположенности к развитию окислительного стресса исследовали ассоциацию полиморфных маркеров (аллеля и генотипа) генов, кодирующих антиокислительную защиту. Под ассоциацией понимали достоверно различающуюся частоту встречаемости исследуемых полиморфных маркеров у женщин основной и контрольной групп. Выделение геномной ДНК человека проводилось методом фенол/хлороформной экстракции. Амплификация ДНК – методом ПЦР на амплифика-

торе РМС-2. Интенсивность ПОЛ определяли по его вторичному продукту, малоновому диальдегиду (МД), по методу Yashinara.

Результаты и их обсуждение. Исследуя распределение частот аллелей и генотипов полиморфных маркеров генов CAT, SOD2 и SOD3 и их взаимосвязь с усилением ПОЛ (по МДА) в обследованных группах мы установили: в группе с КС (ЗГТ проводилась не менее года) у всех носительниц полиморфных аллелей относящихся к гомозиготным генотипам гена CAT составивших 28% наблюдений, гена SOD2 составивших 26% наблюдений, SOD3 составивших 31% наблюдений было выявлено усиление рентгенологической плотности молочных желез. Во всех наблюдениях у носительниц гомозиготных генотипов определено максимальное повышение концентраций МДА (10,62±4,93 мкмоль/л), которые достоверно различались между группами генотипов исследованных генов ($p<0,05$) и контрольной группы.

Среди женщин с тяжелой степенью КС преобладали носительницы полиморфных аллелей относящихся к гомозиготным генотипам генов CAT и SOD2, достоверно различавшиеся ($p<0,05$) с контрольной группой женщин без признаков КС.

Выводы. Исследование показало усиление интенсивности ПОЛ на фоне проведения ЗГТ при генетической детерминированности антиокислительной защиты, поэтому стратегия и тактика терапии постменопаузальных расстройств, развивающихся на фоне снижения адаптационных возможностей и окислительного стресса, должны учитывать риск развития генетически детерминированных заболеваний ассоциированных с менопаузой (т.е. включать исследование генов антиокислительной защиты) и при коррекции дефицита эстрогенов, терапия должна быть направлена и на коррекцию нарушений систем гемостаза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Струкова В.А., Горбунова Л.М., Логачева Л.Е., Симонов А.А., Жежа С.В.
(Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия)

Цель: выявить особенности клинико-микробиологического статуса пациенток с длительным применением внутриматочной контрацепции (ВМК) до и после извлечения спирали с одновременным выскабливанием слизистой цервикального канала и полости матки.

Материалы и Методы исследования: под наблюдением находилось 36 женщин (средний возраст 39,4±1,1г.) с длительностью ношения спирали 5-12 лет, госпитализированных в плановом порядке. Из них у 44,4% (n=16) – длительность ношения спирали 5-7 лет, у 22,2% (n=8) – длительность ношения спирали 8-10 лет, у 33,3% (n=12) – длительность ношения спирали 10 и более лет. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование пациенток, включая изучение pH влагалища и микробиологическое исследование урогенитального тракта до и через 5 суток после удаления спирали.

Результаты и их обсуждение: в результате проведенного исследования у курируемых пациенток частота нарушений менструального цикла составила (13,8%), продолжительных болей внизу живота (8,3%), а также отягощенного акушерского анамнеза (83,3%) и хронической гинекологической патологии (66,7%). До извлечения спирали умеренная степень анемии наблюдалась у 19,4%, лейкоцитоз у 2,7 %. У 8,3% пациенток обнаружена бактериурия средней степени. У 58,4% пациенток в микрофлоре влагалища отмечалось отсутствие или снижение лактофлоры, наличие грампозитивных кокков – у 27,7%, энтеробактерий – у 44,4%, Candida – у 41,6%. Подобные дисбиотические нарушения повышали риск развития инфекционных осложнений у исследуемых больных еще до проведения манипуляции. Обращает на себя внимание рост числа пациенток с микроэкологическими нарушениями репродуктивного тракта с 27,7-58,4% перед выскабливанием и до 74,5-79,8% после него. Полученные результаты свидетельствуют также о снижении колонизационной резистентности у больных после манипуляции, что существенно увеличивает опасность возникновения послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений.

Выводы: таким образом, проведение клинико-микробиологического мониторинга женщин с длительным ношением спирали до и после ее извле-

чения с одновременным выскабливанием слизистой цервикального канала и полости матки, необходимо для профилактики послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ

Супряга А.А.
(Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия)

Цель: восстановление нарушенного менструального цикла по типу вторичной аменореи у девушек-подростков со сформировавшейся физической зависимостью от героина.

Материалы и Методы исследования: Обследовано 100 девушек-подростков 17-18 лет, находящихся в условиях воспитательной колонии (ВК) и страдающих вторичной аменореей на фоне физической зависимости от опиатов. Начало употребления наркотиков у всех пришлось на ранние сроки после менархе и привело к вторичной аменорее длительностью более двух лет. Все пациентки прошли первые два этапа (купирование абстинентного синдрома и восстановление нарушенного гомеостаза) лечения наркомании. Однако восстановления менструального цикла не произошло, хотя с момента последней инъекции или ингаляции героина прошло 4-6 месяцев. При исследовании уровня гормонов крови выявлено снижение уровня эстрадиола, прогестерона, ЛГ, ФСГ, тестостерона. Выявлено также отсутствие характерного ритма уровня ЛГ и ФСГ. Однако, уровень пролактина превышает норму в несколько раз. На данном этапе рекомендовано назначение дециметровой терапии. Используют СВЧ-терапию дециметровыми волнами. Аппараты ДМВ-15 «Ромашка», ДМВ-20 «Ранет». Одновременно с назначением СВЧ-терапии проводится лечение бромкриптином в терапевтических дозировках в течение 3 месяцев. В течение последующих 6 месяцев проводилось лечение с помощью циклической витаминотерапии с метаболическим компонентом (ЦВТ-МК) совместно с фитотерапией с апитерапевтическим компонентом (ФТ-АпК). Препараты применялись в средне терапевтических дозировках. В качестве физиотерапии использовали СМТ-форез с медью.

Результаты и их обсуждение: На третьем восстановительном этапе, направленном на стабилизацию психического и физического состояния, ликвидацию симптомов, поддерживающих психическое влечение к наркотикам (4-6 месяцев), необходимо настроить девушку на реализацию счастливого материнства в дальнейшем. Четвёртый этап – реабилитационный. Его задача психологическая коррекция и социальная адаптация (до 2 лет) невозможна без нормализации функции репродуктивной системы. После 9 месяцев означенного выше лечения удалость добиться восстановления менструального цикла у 98 (98%) девушек. После исследования уровня гормонов крови патологии не выявлено. Опиоидные пептиды (эндорфины и энкефалины) выполняют функцию нейротрансмиттеров, регулирующих гонадотропную функцию гипофиза. Эндорфины подавляют секрецию лютропина (ЛГ) и дофамина (ДА). Последним обстоятельством можно объяснить эффект действия опиоидов: эндорфины снижают действие ДА, вследствие чего стимулируется секреция и выделение пролактина.

Электромагнитные волны дециметрового диапазона при воздействии на железы внутренней секреции стимулируют их функцию. Активация эндокринной системы приводит к увеличению продукции ГТ-РГ в гипоталамических нейронах. Бромкриптин, являясь синтетическим производным алкалоида спорыньи эргокриптина, стимулирует дофаминовые Д2-рецепторы в головном мозге и тем самым ингибирует инкрецию пролактина.

Выводы: Для лечения вторичной аменореи у девушек-подростков со сформировавшейся физической зависимостью от героина на 3-4 этапах лечения наркомании помимо стандартного негормонального лечения совместно с СМТ-форезом с медью, необходимо длительное (3 месяца) применение препарата бромкриптин и СВЧ-терапия дециметровыми волнами. Восстановление менструальной функции удалось добиться у 98% больных.

ВОЗМОЖНОСТИ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Тарасов В.Н., Глуховец И.Б.
(Медицинский центр «Гармония», МУЗ Городская клиническая больница №11,Рязань, Россия)

Цель: оценить возможности аспирационной биопсии эндометрия для диагностики хронического эндометрита, выполненной в амбулаторно-поликлинических условиях при комплексной оценке менструального цикла.

Материалы и Методы исследования. Группа обследованных состояла из 68 женщин в возрасте 22-28 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу бесплодия и невынашивания беременности. В процессе обследования всем была выполнена аспирационная биопсия эндометрия, которая вместе с базальной термометрией и гормональным скринингом входила в протокол комплексной оценки менструального цикла. Материал из полости матки получали накануне менструации по оригинальной методике. Метроаспираты обрабатывали с применением ускоренной фиксации по методу Меркулова. Заливка в парафин и окраска гемотоксилин-эозином осуществлялись по стандартной технологии. При морфологической характеристике метроаспиратов оценивали основные тканевые структуры эндометрия с применением планеметрической сетки Афтандилова, которая позволяла рассчитать долю стромы, желез и железистого эпителия в поле зрения светового микроскопа. Параллельно подсчитывали количество клубков спиралевидных артерий и железисто-стромальный коэффициент.

Результаты и их обсуждение. Морфологические признаки хронического эндометрита были обнаружены у 36,7% пациенток с первичным бесплодием, в 40,0% наблюдений при вторичном бесплодии и в 58,3% случаев при невынашивании беременности.

Параллельный морфологический анализ структуры эндометрия позволил установить, что признаки хронического эндометрита присутствовали в 27,5% случаев на фоне ранней секреции, в 38,3% наблюдений при средней стадии фазы секреции, в 17,4% при поздней секреторной перестройке

эндометрия и в 16,8% наблюдений на фоне фазы пролиферации. Обращает на себя внимание, что количество клубков спиралевидных артерий и железисто-стромальный коэффициент при хроническом эндометрите были меньше, чем у пациенток, в эндометрии которых признаки хронического эндометрита отсутствовали.

Выводы. Таким образом, проведенными исследованиями удалось установить, что аспирационная биопсия эндометрия в амбулаторно-поликлинических условиях является эффективным, высокоинформативным методом диагностики хронического эндометрита у женщин с нарушением репродуктивной функции.

Для хронического эндометрита характерно сочетание с морфологическими признаками изменения структуры эндометрия, которые сопровождаются ухудшением его функциональных характеристик, и таким образом, приводят к нарушению репродуктивной функции.

Всем пациенткам, у которых при аспирационной биопсии эндометрия были обнаружены морфологические признаки хронического эндометрита, проведено эффективное лечение с применением медикоментозной и физиотерапии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТОБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Исаева Л.В., Свиридова Н.И.
(Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия)

Цель: усовершенствовать метод лечения гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе у женщин с метаболическим синдромом.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 32 женщины с метаболическим синдромом в возрасте от 40 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия и гиперплазией эндометрия при наличии противопоказаний к гормональной терапии. Средний возраст пациенток составил 48,12±1,15 лет. В работе использованы общеклинические, биохимические, эхографические методы исследования. Всем больным было выполнено раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия под

контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием препаратов.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было обнаружено у 8 (25,0%) пациенток полипы эндометрия, у 18 (56,3%) – диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия, у 6(18,7%) пациенток отмечено сочетание полипов с гиперплазией эндометрия.

Данные гистероскопии подтверждены результатами гистологического исследования: железистая гиперплазия эндометрия диагностирована у 42.1%, железисто-фиброзные и фиброзные полипы эндометрия у 28,1%, аденоматозные полипы эндометрия у 7,8%, атипическая гиперплазия эндометрия у 21,9% пациенток.

Учитывая наличие противопоказаний к гормонотерапии, всем больным проведена одномоментная двусторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией или абляцией эндометрия. Операции проведены с использованием эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия). Абляцию эндометрия проводили по общепринятой методике. Длительность хирургической операции варьировала от 10 до 30 минут (составив в среднем 20,63±2,05 мин).

Результаты оперативного вмешательства оценивали через сутки, 1, 3, 6, 9, 12 месяцев с момента операции. Данный метод лечения оказался эффективным у 31 (96,8%) женщины. У 1 пациентки с ожирением 2 степени и гипертонической болезнью сохранялись мажущие кровянистые выделения из половых путей в течении двух месяцев после операции, без патологических изменений эндометрия по данным УЗИ и аспирата из полости матки.

Выводы. Ограничение возможности применения гормональных препаратов у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия на фоне метаболического синдрома диктует необходимость поиска новых негормональных методов лечения.

Проведение двусторонней аднексэктомии лапароскопическим доступом в сочетании с абляцией эндометрия позволяет достичь значительной эффективности лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин с метаболическим синдромом в перименопаузе.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Ткаченко Л.В., Яхонтова М.А
(Волгоградский Государственный медицинский университет, Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, Волгоград, Россия)

Цель: проведение анализа факторов риска для возникновения маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП).

Материалы и Методы исследования. Объект исследования – девочки г. Волгограда и Волгоградской области от 10 до 18 лет с МКПП. В рамках данной работы проведено анкетирование девочек и их близких родственников, определены предрасполагающие факторы для развития нарушений менструального цикла в подростковом периоде.

Нами обследовано 43 пациентки с МКПП в возрасте от 10 до 18 лет, среди них 72% составили девочки от 12 до 16 лет, 16,3% – 17- и 18-летние пациентки, 11,6% – девочки 10 и 11 лет.

Результаты и их обсуждение. Проведя анализ возраста родителей пациенток с МКПП, нами выявлено, что у 55,8% больных девочек возраст матери в момент наступления беременности превышал 25 лет и составил 26,2±1,2, что подтверждается исследованиями В. Ф. Коколиной (2001) о том, что средний возраст матерей пациенток с МКПП выше, чем у родителей здоровых сверстниц (в группе сравнения средний возраст матерей составил 22,3±1,6).

Проанализировав анамнез матерей девочек с МКПП, нами выявлено: нарушения менструального цикла имели место только у 2 из них (4,7%), в то время как хроническими воспалительными заболеваниями гениталий страдали 46,5% матерей, гормонально-зависимыми заболеваниями женских половых органов и молочных желез (миома матки, эндометриоз, мастопатия) – 27,9% опрошенных.

По нашим наблюдениям, течение беременности у матерей обследованных девочек осложнялось ранним токсикозом в 32% случаев, угрозой прерывания беременности – в 19,3%, гестозом – в 29%, гестационной анемией – в 36,45% случаев. Преждевременные роды имели место в 3 случаях (из 43 опрошенных женщин). У 64,5% матерей больных девочек (по данным анкетирования) имели место быстрые роды (продолжительностью от 3,5 до 6 часов).

При изучении течения постнатального периода развития пациенток с ДМКПП выявлено, что большинство из них перенесли острые и хронические инфекционные заболевания верхних и нижних дыхательных путей: от

0 до 1 года жизни ОРВИ перенесли 25,8% обследуемых, от 1 года до 7 лет ОРВИ отмечено у 38,7% девочек, детские инфекции – у 29%, хронический тонзиллит – у 12,9% опрошенных. От 7 лет до наступления менархе частые ОРВИ отметили 29% пациенток, хронический тонзиллит имел место у 48,4% обследуемых девочек, причем в 2 случаях выполнялась тонзилэктомия. Хронический пиелонефрит выявлен у 19,6% больных.

При анализе социально-экономических факторов и жилищно-бытовых условий выявлено, что абсолютное большинство девочек с МКПП проживали в хороших условиях, однако проблемы в семье отметили 26% пациенток, плохие отношения со сверстниками – 16,7%, не справляются с нагрузкой в школе – 60,9% девочек.

Выводы. Анализ особенностей развития пациенток с ювенильными кровотечениями выявляет основные факторы, влияющие на становление менструальной функции, что обосновывает поиск метода реабилитации репродуктивной функции у девочек.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУКЦИИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Ткаченко Л. В., Колесниченко О. А.
(Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоград, Россия)

Цель: разработка реабилитационных методик, направленных на повышение эффективности терапии миомы матки, снижение рецидивов и улучшение репродуктивного здоровья женщин перенесших консервативную миомэктомию

Материалы и Методы исследования: в открытое контролируемое клиническое исследование методом параллельных групп сравнения было включено 130 пациенток репродуктивного возраста с миомой матки, которым была выполнена консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом в гинекологическом отделении ММУ №7 г. Волгограда за период с 2004 по 2008 годы. Средний возраст пациенток составил 34,5±5 лет. Давность заболевания от 2 до 7 лет. Все женщины были подвергнуты общеклиническому и гинекологическому обследованию. Проводились лабораторные исследования, трансвагинальное ультразвуковое сканирование с использованием допплерометрии, кольпоскопия, цитология, гистероскопия, гистологическое исследование удаленных миоматозных узлов. Основными показаниями для

хирургического лечения у обследуемых пациенток были: бесплодие (74,7%), причем вторичное бесплодие встречалось в 57,2%, нарушения менструальной функции (45,7%), болевой синдром (27,4%), анемия (23,5%), дизурические нарушения (2%). При этом у большинства больных было несколько показаний для выполнения операции.

Результаты и их обсуждение. Основную группу составили 80 женщин, которым была проведена разработанная нами реабилитационная терапия. Группу сравнения составили 50 женщин, получавших традиционную реабилитационную терапию.

Включены в комплекс реабилитационных мероприятий, на фоне гормональной терапии, современные физиотерапевтические процедуры (лазеротерапия, поликвантовая терапия, озонотерапия), которые составляли 2 курса лечения длительностью 10–14 дней в условиях стационара. Первый курс реабилитации проводился в раннем послеоперационном периоде, второй – через 1 месяц после оперативного лечения. Последующее наблюдение и реабилитация в условиях женской консультации.

Для оценки эффективности реабилитационной терапии проанализированы: течение послеоперационного периода, изменения менструальной, генеративной функций, структура гинекологической патологии и жалобы больных в динамике. Послеоперационный период протекал гладко у 69 (86,25%) из основной группы и у 37 (74%) из группы сравнения. При опросе 91% женщин субъективно отметили нормализацию менструального цикла, что подтверждается наступлением овуляции у 68 (85%) из основной группы, у 35 (70%) из группы сравнения, беременность наступила у 31 (38,75%) из основной группы и у 11 (22%) из группы сравнения.

Выводы: разработанная методика реабилитации специфических функций женского организма после консервативной миомэктомии, включающая немедикаментозную терапию, более эффективна по сравнению с традиционными методами реабилитации репродуктивного здоровья женщин, перенесших консервативную миомэктомию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ

Ткаченко О.С., Красникова М.Б.
(Башкирский Государственный Медицинский Университет, Уфа, Россия)

Цель: оптимизировать метод предоперационной подготовки и послеоперационного ведения при применении радиоволнового способа лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у девушек- подростков.

Материалы и Методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение фоновых заболеваний шейки матки у 55 девушек – подростков. Лечение фоновых заболеваний проводилось с использованием радиоволнового метода аппаратом «Сургитрон».

Результаты и их обсуждение. Обследуемые пациентки находились в возрастном промежутке от 14 до 18 лет (средний возраст 16-17 лет). Начало половой жизни в данной группе составило 16,2 лет. Имели более одного партнера 45% девушек- подростков. Воспитывались в неполных семьях 48,7% девушек. По социальному положению учащиеся общеобразовательных школ составили 23%, учащиеся колледжей-37%, студентки ВУЗов -35%,неработающие-5%.

В момент обследования 54% девушек – подростков имели хронические экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии. У 42% девушек – подростков, кроме фоновых заболеваний шейки матки диагностированы следующие гинекологические заболевания: неспецифические вульвовагиниты, бактериальные вагинозы, хронические сальпингоофориты

В результате комплексного обследования шейки матки выявлены следующие диагнозы: эктопия шейки матки в 44%, врожденные эрозии шейки матки- 25%, простая лейкоплакия в 23%,в 8%- была выявлена дисплазия шейки матки легкой степени.

Нами разработан метод предоперационной подготовки и введение послеоперационного периода при использовании радиоволнового метода лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки аппаратом «Сургитрон» и представленная ввиде алгоритма.

При сопутствующей патологии гениталий осуществлялось лечение соответсвенно возбудителю согласно современным установкам.

Предоперационная подготовка включала консультацию психолога с оценкой психоэмоционального статуса девушек- подростков. Оценивалась реакция пациенток на выявленное заболевание, желание и заинтересованность в проведении предложенного лечения. После лечения для оценки эффективности проводилось повторное взятие мазков.

После предоперационной подготовки применялся радиоволновой метод лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки аппаратом «Сургитрон» в поликлинических условиях.

В послеоперационном периоде для профилактики инфекционных осложнений, рекомендовалось введение антибактериальных вагинальных суппозиториев «Гексикон», «Тержинан» в течении 10 дней, рекомендовалось соблюдение охранительного режима в течение 30 дней. Контрольный осмотр осуществлялся в динамике через 30 дней и 3 месяца с момента радиодеструкции шейки матки.

Через 3 месяца после применения радиоволнового метода у 96, 6% пациенток шейка матки была здорова и макроскопически и кольпоскопически. У 3,4% наблюдавшихся, кольпоскопически выявлялись участки эктопии в связи с чем, проводилось повторное применение радиоволнового метода с благоприятным результатом.

Выводы. Применение разработанного алгоритма предоперационной подготовки и послеоперационного введения при использовании радиоволнового метода лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у девушек – подростков показал его высокую эффективность и возможность рекомендовать в практическом здравоохранении.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН

Торчинов А.М., Мазуркевич М.В., Мурачаева Л.Х., Вахаева М.С., Плешакова Л.Л.

(МГМСУ, кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета, Москва, Россия)

Цель: оценить эффективность терапии препаратом «Сафоцид» у женщин, страдающих смешанными негонококковыми вульвовагинитами и цервицитами

Материалы и Методы исследования: В исследовании принимали участие 31 пациентка в возрасте 18-40 лет (средний возраст 26+/- 2,4 года).

Критериями включения были: смешанная урогенитальная инфекция и наличие воспалительного процесса нижних отделов урогенитального тракта. Критериями исключения – острые и обострение хронических процессов верхних отделов генитального тракта.

У всех пациенток была выявлена микоплазменная инфекция Ureaplasma urealiticum (64,5%) и/или Mycoplasma hominis (12,9%) в клинически значимых титрах (более 104 КОЕ/мл) и/или Mycoplasma genitalium (25,8%), а также Gardnerella vaginalis (80,6%), грибы рода Candida (29%), условно-патогенная микрофлора (41,9%). Наиболее часто встречающаяся ассоциация микроорганизмов в нашем исследовании Ureaplasma urealiticum и Gardnerella vaginalis – 58%. Пациентки обращались с жалобами (64,5%) на боль – 6,45%, зуд/жжение – 64,5%, выделения (бели) – 90,3%, диспареунию – 67,7%; 35,5% пациенток обратились с целью обследования по поводу бесплодия, невынашивания беременности, для лечения шейки матки. Объективно были обнаружены клинические признаки воспалительного процесса: бели (100%), гиперемия/отек (67,7%), вагинит (74,1%), причем в 35,5 % – вульвовагинит; цервицит (87,1%), с эктопией шейки матки – 38.7%, с деформацией шейки матки – 19,3%.

После тщательного обследования и верификации смешанной инфекции урогенитального тракта всем пациенткам назначали комплексный препарат Сафоцид, который представляет собой комбинацию лекарственных средств с широким спектром воздействия на негонококковую инфекцию, колонизирующую слизистую оболочку влагалища и шейки матки.

В результате лечения отмечалось исчезновение клинических симптомов, характеризующих воспалительный процесс. Элиминации возбудителя не было достигнуто в 1(3,2%) случае Ureaplasma urealiticum и 1(3,2%) случае Mycoplasma hominis, у 2 (6,4%) пациенток Gardnerella vag. и у 1(3,2%) выявлена Candida. Во всех этих случаях инфекция была хронической и рецидивирующей, что, возможно, требует назначения дополнительного лечения. Побочные эффекты в виде тошноты (12,9%) и слабости (6,4%) были зафиксированы при наличии заболеваний ЖКТ у пациенток в анамнезе и при несоблюдении режима приема препарата.

Возможность однократного приема препарата комплаентность для пациента и уверенность врача в соблюдении предписанного лечения.

Выводы. Инфекции, передающиеся половым путем и обусловленные ими заболевания – одна из серьезных социальных проблем современного общества. Высокий уровень заболеваемости женских половых органов определяется значительной частотой смешанных инфекций и, как следствие, сопровождается высоким риском развития серьезных осложнений, тяжелых форм течения и неблагоприятных исходов.

В распространении воспалительных заболеваний внутренних половых органов все более негативную роль играют социальные и поведенческие факторы, снижающие иммунную защиту от инфекции и предрасполагающие к ее распространению.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВОГО ТРАКТА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА И СВЕТОТЕРАПИИ

Тохтиева М.Э., Торчинов А.М., Ежов В.В., Фириченко В.И.
(Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета. Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, Россия)

Цель: применение низкочастотного ультразвука и светотерапии в предоперационной подготовке нижнего отдела полового тракта с целью снижения риска послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Материалы и Методы исследования. Были использованы следующие методы исследования: определение кислотно-щелочного состояния влагалищного содержимого, бактериоскопическое и бактериологическое исследование, ДНК-диагностика методом полимеразной цепной реакции, 3-х часовая термометрия. Обработка происходит низкочастотным ультразвуком аппаратом «Гинетон – 2» и светотерапией «Биоптрон компакт». Санацию нижнего отдела полового тракта производят непосредственно перед операцией.

Результаты и их обсуждение. Низкочастотная ультразвуковая терапия (НЧУЗТ) является одним из современных методов санации и лечения воспалительных заболеваний. Установлено, что низкочастотный ультразвук обладает выраженным бактерицидным и бактериостатическим действием на патогенную микрофлору. Ультразвук ускоряет очищение и заживление гнойных ран и инфицированных полостей за счет подавления микробной флоры, вызывает активизацию регионарного кровообращения и процессов регенерации тканей. Основу действия низкочастотного ультразвука составляют физические и непосредственно следующие за ними физико-химические процессы, возникающие в жидкости и биологических тканях при прохождении через них ультразвука, что обусловлено кавитационной

природой этих физических факторов. Однако, в связи с резистентностью микрофлоры, снижением иммунной реактивности организма, нарушением состояния ферментных систем в биологических тканях перспективным является создание комплексных методов лечения, оказывающих антибактериальное, противовоспалительное, иммуностимулирующее и репаративное действие. Это повышает эффективность профилактики и лечения вульвовагинальных инфекций и уменьшает частоту рецидивов, что снижает риск развития послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Выводы. Применение низкочастотного ультразвука и светотерапии позволяет добиться I-II степени чистоты влагалища. Поляризованный полихроматичный некогерентный низкрэненгетичный свет Биоптрон стимулирует неоангиогенез; улучшает микроциркуляцию; усиляет фагоцитоз; стимулирует и активизирует синтез АТФ; повышает активность специфических ферментов, участвующих в регенерации клеток; повышает активность лимфатической системы; стимулирует активность фибробластов и увеличивает продукцию коллагена; снижает возбудимость нервной ткани и усиливает релаксацию мышц.

ВОЗМОЖНОСТИ ФДТ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Трушина О.И., Новикова Е.Г.
(Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена. Москва, Россия)

Цель: применение метода фотодинамической терапии (ФДТ), как способа органосберегающего лечения предрака и начального рака шейки матки.

Материалы и Методы исследования. В основу наших исследований положен анализ клинико-морфологических данных, касающихся результатов фотодинамической терапии (ФДТ) шейки матки 194 женщин в возрасте от 22 до 76 лет, 2/3 из которых находились в репродуктивном возрасте. Обследование женщин проводилось по двум направлениям: определение характера цервикальной патологии и идентификация этиологического фактора развития CIN и РШМ – ВПЧ. Результаты ФДТ с фотосенсибилизаторами Фотогем (2,5-3,0 мг/кг), Фотосенс (0,3 мг/кг) проанализированы у 25 женщин с CIN II ст (первая группа), 103 больных с CIN III ст (вторая

группа), в 40 клинических наблюдениях с начальной формой рака шейки матки (cr in situ) (третья группа). 26 пациенткам после органосохраняющего лечения по поводу начального рака шейки матки (cr in situ, рак шейки матки 1А1ст) (четвертая группа) во втором этапе лечения выполнена ФДТ культи шейки матки с препаратом Аласенс (20% мазь в виде аппликации). Одновременно все женщины подверглись качественному тестированию на ДНК ВПЧ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и часть из них – количественной оценке ДНК ВПЧ методом Digene-тест. При вирусологическом исследовании методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в 91,7% клинических наблюдениях идентифицированы высокоонкогенные генотипы ВПЧ (16,18,31,33,35,58). В 95% цервикальных образцах выявлены ДНК ВПЧ 16/18 типов. Практически во всех цервикальных образцах с CIN III ст и во всех клинических наблюдениях с cr in situ идентифицированы сверхпороговые концентрации ДНК ВПЧ, свидетельствующие об активности вируса в стимулировании процессов пролиферации эпителия. Сроки наблюдения составили от 6 мес. до 7 лет.

Результаты и их обсуждение. В первой группе больных излечение достигнуто во всех клинических наблюдениях. Во второй группе полная регрессия имела место у 93% женщин, неполная регрессия – у 3% пациенток, стабилизация и прогрессирование до начального рака шейки матки – по 2% случая. В третьей группе женщин полная регрессия очагов начального рака установлена в 84,2% клинических наблюдениях. В равном проценте случаев (5,2%) диагностированы очаги тяжелой дисплазии, cr in situ и микроинвазивного рака (инвазия до 0,1см), клинически расцениваемыми как неполная регрессия, стабилизация и прогрессирование процесса, соответственно. Ни в одном наблюдении данных за рецидив заболевания, продолженный рост и реинфекцию не получено. Противовирусный эффект установлен в 95,1% клинических наблюдениях. Максимальный срок полной эрадикации ПВИ составил 7 лет. У 20 излеченных женщин наступила беременность.

Выводы. Таким образом, можно заключить, что ФДТ является альтернативным методом органосохраняющего лечения, воздействующим не только на патологический эпителий, но и на этиологический фактор канцерогенеза шейки матки, что позволяет не только излечить пациентку, но и провести профилактику вирус-ассоциированной патологии шейки матки.

СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

Турсунова Д.Т, Каретникова Н.А., Гончарова Е.А., Бахарев В.А., Стыгар А.М.

(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оценить значение неинвазивных программ в выявлении хромосомной патологии плода.

Материал и Методы исследования. Обследовано в I триместре беременности (9-12 недель) 483 женщины, во II триместре (16-22 недели) 594 женщины и одновременно в I и II триместрах (в динамике) – 50 женщин. Все женщины обследованы по единой схеме с помощью неинвазивных и инвазивных методов. Неинвазивные методы включали: исследование сывороточных маркеров (в I триместре – HCGβ и PAPP-A, во II триместре – ХГЧ, АФП, Е3), УЗИ, с последующим компьютерным анализом для оценки степени риска хромосомной патологи плода. Инвазивная диагностика была представлена биопсией хориона, амнио-или кордоцентезом.

Результаты и их обсуждение. Все беременные были разделены на 2 группы – с низким и высоким риском рождения больного ребенка в зависимости от возраста – до или старше 35 лет, наличия или отсутствия фенотипических и биохимических маркеров, риска хромосомной патологии по данным компьютерного анализа – 1:250 и выше. В I триместре беременности группу низкого риска составили 323 женщины и высокого – 160 женщин. Хромосомная патология была установлена в 2-х (0,6%) и 5(3,1%) наблюдениях соответственно. Во II триместре беременности в группе низкого риска – 259 женщин, хромосомной патологии не было, а из 335 женщин группы высокого риска она выявлена у 22 (8,3%). Наибольшее значение в формировании групп высокого риска имели возрастные и эхографические данные. При динамическом обследовании установлено, что все женщины старше 35 лет имели «возрастной» риск в I и II триместрах, а женщины до 35 лет только в 3-х наблюдениях в I триместре. Патологии кариотипа не было.

Выводы. Скрининговые программы могут быть использованы лишь для выделения беременных группы риска с последующим углубленным обследованием.

При выявлении низкого риска у женщин до 35 лет неинвазивные исследования следует ограничить I триместром беременности, а при высоком риске – решить вопрос о проведении инвазивной пренатальной диагностике в ранние сроки.

Все женщины возрастной группы имеют высокий риск рождения ребенка с хромосомной патологией, что является показанием для определения кариотипа плода в I триместре беременности. Неинвазивный скрининг во II триместре следует выполнять лишь при отсутствии его в ранние сроки беременности.

Таким образом, применение неинвазивных методов исследования позволяет расширить спектр показаний к инвазивной пренатальной диагностике, способствуя профилактике рождения ребенка с хромосомной патологией.

ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Турти Т.В., Беляева И.А., Зубкова И.В.
(НЦЗД РАМН, Москва, Россия)

Цель: определение частоты цитомегаловирусной и герпетической инфекций среди пациентов второго этапа выхаживания.

Материалы и Методы исследования: Было обследовано 159 детей неонатального возраста, получавших стационарное лечение в отделении для недоношенных детей ГУ НЦЗД РАМН.

Были использованы следующие методы исследования:

- клинические методы;
- ИФА – определение АТ класса IgG и IgM к ЦМВ, ВПГ;
- Метод ПЦР.

Результаты и их обсуждение. Основной клинический диагноз у обследуемых детей был: Церебральная ишемия I, II степени различного генеза. Клиническая картина характеризовалась симптомами угнетения или возбуждения центральной нервной системы, вегетативно-висцеральными нарушениями и др. При течении врожденной вирусной инфекции отмечалось снижение сосательного рефлекса, затяжная желтуха, умеренная гепатоспленомегалия. Наличие герпетических везикул было выявлено лишь у 3 детей.

Анализ частоты лабораторного выявления врожденной инфекции (цитомегаловирусной, вызванной вирусом простого герпеса) показал:

- врожденная вирусная инфекция была обнаружена у 31 ребенка (19,5%);
- отсутствие врожденной вирусной инфекции вызванной ЦМВ, ВПГ и антител класса IgG к ним наблюдалось у 21 ребенка (13,2%);

- сочетанная ЦМВ и вызванная ВПГ инфекция выявлена у 2 (1,25%) детей.

Врожденная цитомегаловирусная инфекция была выявлена у 12,5% всех обследованных детей: у недоношенных детей в 8% случаев, (n=63); у доношенных детей в 15,6%, (n=96). Присутствие антител класса IgG к ЦМВ в крови было зарегистрировано у 93 детей (58,5%).

Врожденная герпетическая инфекция была диагностирована в 8,8% всех обследованных детей: у недоношенных детей в 9,5% случаев, (n=63); у доношенных детей в 8,3%, (n=96). Присутствие только IgG антител к герпесу было зарегистрировано у 88 (55,3%) детей (n=159).

Выводы. Таким образом, выявлена высокая частота врожденной вирусной инфекции (19,5%) среди пациентов второго этапа выхаживания. Наиболее распространенными внутриутробными вирусными инфекциями являются цитомегаловирусная и вызванная вирусом простого герпеса 1, 2 типов.

Входя в состав сочетанной перинатальной патологии, врожденная вирусная инфекция вносит существенный вклад в тяжесть состояния пациентов неонатального возраста. Длительно персистируя в тканях организма ребенка, возбудители врожденных инфекций способствуют неспецифическому извращению иммунного ответа, поликлональной активации В-лимфоцитов, формированию аутоантител и иммунных комплексов, что в дальнейшем реализуется формированием отсроченной иммуноопосредованной патологии – аллергической, иммунокомплексной, аутоиммунной.

Проведение профилактики развития внутриутробной вирусной инфекции может снизить частоту рождения детей с тяжелой перинатальной патологией и улучшить состояние их здоровья в дальнейшем.

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Тышкевич Н.А.

(МУЗ «Городская больница №1 им. М.Н. Горбуновой» Кемерово, Россия)

Цель: анализ диспансеризации работающего женского населения бюджетной сферы.

Материал и Методы исследования: проведено гинекологическое обследование работающего женского населения Центрального района г. Кемерово в рамках национального проекта «Здоровье», включающее осмотр шейки матки в зеркалах, взятие мазков на онкоцитологию, бимануальное исследование, пальпацию молочных желез, УЗИ молочных желез, маммографию.

Результаты и их обсуждение: за 2007 – 2008 г. было осмотрено 2842 женщины, выявлена патология у 901, что составило 32 %. В структуре заболеваний на первом месте – эрозии шейки матки 266 – 30 %, в том числе впервые выявлено 72-27 %, доброкачественные опухоли женских половых органов 218–24 %, впервые выявлено 69-32 %, пролапс гениталий различной степени выраженности 75–8 %. Прочая патология, включающая хр. аднекситы, эндометриоз, лейкоплакии, кольпиты 342 случая 38 %.

Впервые выявлено 3 случая онкозаболеваний женских половых органов на ранней стадии (рак вульвы, шейки матки, яичников), что составило 0,4 %.

Выводы: анализ полученных данных свидетельствует о высокой гинекологической заболеваемости среди женщин, работающих в бюджетной сфере. Необходимость диспансеризации очевидна, так как позволяет выявлять заболевания на ранних стадиях. Своевременное лечение гинекологических заболеваний способствует сохранению репродуктивного здоровья женщины.

Для улучшения состояния здоровья населения созрела необходимость в системных преобразованиях в здравоохранении.

Первым этапом этих преобразований стал приоритетный национальный проект “Здоровье”. В центре его внимания – усиление первичного звена медицинской помощи, развитие профилактики и диспансеризации, повышение доступности высокотехнологических видов медицинской помощи

Зачастую для современной женщины приоритетным является карьерный рост, либо женщина работает у предпринимателя и, не имея свободного времени, редко посещает гинеколога, что приводит к росту числа гинекологической патологии, в том числе запущенной.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Уквальберг М.Е., Карпова О.В., Хизяпова Т.П.
(Петрозаводский государственный университет, поликлиническое отделение Детской республиканской больницы, Петрозаводск, Россия)

Цель: оценка состояния репродуктивного здоровья девочек- подростков по данным профилактических осмотров для выявления распространенности гинекологической патологии в данной группе.

Материалы и Методы исследования: подростковым гинекологом поликлиники ежегодно проводятся профилактические осмотры учащихся 11

классов 5 школ, относящихся к району обслуживания поликлинического отделения МУЗ «Детская республиканская больница». Обследование девочек проходит в специализированном гинекологическом кабинете и включает в себя использование анамнестических и антропометрических методик (анамнез, осмотр с оценкой степени полового развития, антропометрия и бимануальный гинекологический осмотр девочек 15 лет и старше). Всем пациенткам, живущим половой жизнью, проводится исследование в зеркалах с проведением PAP-теста. При необходимости использования дополнительных методов исследования пациентки приглашаются на прием дополнительно.

Результаты и их обсуждение: в 2006 году было осмотрено 278 девушек-подростков 16-17 лет, учащихся 11-тых классов, в 2007 году – 229 человек. При проведении профосмотров в 2006 году гинекологическая патология выявлена у 26,3% девушек в 2006 г. и у 28,2% в 2007 г., что послужило поводом для проведения углубленного обследования с использованием дополнительных методов. В структуре подростковой гинекологической заболеваемости по нашим данным на 1 место выходит дисменорея как в 2006 г. (53,8%), так и в 2007 г. (42,6%). Причем в большинстве случаев она носит функциональный характер, что было уточнено при более детальном обследовании. Не менее редко выявлялись и нарушения менструального цикла (аменорея, олигоменорея, опсоменорея, пройоменорея) – 21,4% и 19,4% соответственно. Причем, в 2007 г. внутри данной группы заболеваний увеличилась доля гипоменструального синдрома и аменорей с 14,8% до 19,3%. Дальнейшее обследование позволило уточнить причины: в 2-х случаях был диагностирован синдром Шерешевского–Тернера, в одном случае – синдром Рокитанского-Майера–Кюстера, в остальных случаях выявлены гипогонадотропные аменореи. Частота вторичной аменореи как в 2006, так и в 2007 гг. достоверно не отличалась и составила 5,4% и 6,8% соответственно. Углубленное обследование позволило выявить причины их возникновения: в 23,4% случаев в 2006 г и в 28,6% случаев в 2007 г. девочки имели различную соматическую патологию, более половины девочек (68,7% в 2006 г и 72,5% в 2007 г.) имели повышенные учебные нагрузки, отмечали нарушение режима труда и отдыха, нерегулярное питание. Воспалительные заболевания половых органов (кольпиты, эндоцервициты, микоплазменная и хламидийная инфекция) составили 8,4% в 2006 г. и 9,2% в 2007 г. Данная патология была диагностирована ранее.

Выводы. Для правильной оценки частоты гинекологической патологии у подростков целесообразно, на наш взгляд, проводить профилактические осмотры по единой методике с учетом нозологических форм по МКБ-10 (скрининг).

Для установления клинического диагноза необходимо проведение дополнительного обследования. В дальнейшем необходимо провести сравнительный

анализ данных при скрининге и уточнении диагноза, что позволит определить процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ СОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Усова А.В., Начаров Ю.В., Соколова Т.М.
(Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск, Россия)

Цель: изучить содержание и соотношение про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови беременных с угрозой преждевременного ее прерывания на фоне различных методов лечения.

Материал и Методы исследования: обследовано 36 беременных с угрозой прерывания беременности. Из них 15 беременным с угрозой прерывания беременности была проведена комплексная сохраняющая терапия без назначения прогестерона – 2-я группа и 21 беременным проводилась вместе с комплексной терапией гормональная терапия (натуральным прогестероном – утрожестаном по схеме) до 33-34 недель беременности – 3-я группа (основная группа). Контролем служили 15 женщин с нормально протекающей беременностью – контрольная группа.

Группы были репрезентативны по возрасту (средний возраст 28,3 ± 2,11 лет), сроку беременности 28,3 ± 2,01 недель. Всем беременным женщинам проведены общеклинические и специальные методы исследования, ультразвуковое исследование, а также лабораторные методы определения цитокинов и гормонов в плазме крови.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что при физиологической беременности уровень ИЛ-1β в сыворотке крови женщин составил 58,3 ± 3,59 пг/мл, ИЛ-4 111,4 ± 5,34 пг/мл и соотношение ИЛ-1β/ИЛ-4 0,54 ± 0,051 пг/мл. Угроза преждевременного прерывания беременности сопровождается значительным повышением провоспалительного цитокина ИЛ-1β и снижением противовоспалительного ИЛ -4., что способствует активации цитотоксических иммунных реакций и может привести к «отторжению» плаценты и/или плода.

Применение стандартной сохраняющей терапии без использования гормональных препаратов (прогестинов) не приводило к нормализации соотношения интерлейкинов, что является фактором риска преждевременного прерывания беременности.

Применение препарата прогестеронового ряда существенно снижало содержание ИЛ-1β и в большей степени повышало уровень ИЛ-4, что может привести к снижению активности цитотоксических лимфоцитов и тем риска преждевременного прерывания беременности.

Выводы. Таким образом, применения утрожестана у беременных с угрозой преждевременного прерывания беременности способствовало снижению активации иммунной системы по Т-хелпер 1-му пути и активации по Т-хелпер 2-му, что снижает активацию системы фагоцитов и цитотоксических Т-лимфоцитов. Это, в свою очередь, снижает риск преждевременного прерывания беременности. Полученные данные подтверждает предположение о том, что положительное влияние утрожестана заключалось не столько в прогестеронзаместительном действии, а в его влиянии на соотношение Th-1/Th-2 и увеличении количества противовоспалительных и снижению провоспалительных цитокинов.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЛАТЕНТНЫМ ВИРУСОНОСИТЕЛЬСТВОМ ГЕПАТИТА В И С

Федоров Б.А., Давыдова Н.Н.
(Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: изучить особенности течения беременности, родов, состояние плода и новорожденного у женщин с латентным носительством вирусов гепатита В и С.

Материалы и Методы исследования: Нами проведен клинический анализ течения беременности, исходов родов и состояние новорожденных у 403 женщин г. Иркутска. Все пациентки разделены на две группы: основную составили 203 беременных, в крови которых обнаружены положительные тесты на HbsAg и anti-HCV, и 200 женщин вошли в контрольную группу, у которых при обследовании вирусоносительства гепатита В и С выявлено не было. У 184 пациенток основной группы диагностировано HBs-антигеноносительство, у 14 установлено анти-HCV и у 10 женщин выявлены положительные тесты одновременно на HbsAg и anti-HCV. Для исключения острого или активного хронического вирусного гепатита пациентки основной группы консультированы врачом инфекционистом, у них определены показатели АСТ, АЛТ, билирубина, протромбинового времени, фибрино-

гена, тимоловой пробы, общего белка и др., проведено ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы. Большинство обследованных женщин находились в активном детородном возрасте от 20 до 30 лет. Обследуемые группы беременных женщин были сопоставимы по образованию, семейному положению, паритету, перенесенным соматическим заболеваниям.

Результаты и их обсуждение. У беременных основной группы среди перенесенных заболеваний чаще отмечались ИППП и бактериальные вагинозы. В первом триместре беременности данная патология выявлялась одинаково часто у беременных как основной, так и контрольной групп. Осложнения беременности в первом триместре среди сравниваемых групп статистически значимого различия не имели. Во втором триместре у беременных вирусоносительниц достоверно чаще выявлялись железодефицитной анемии (35,5%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (18,8%), маловодие (8,2%). В третьем триместре беременности у женщин с вирусоносительством гепатита статистически чаще диагностировались анемия (44,2%), хроническая плацентарная недостаточность (37%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (13,4%), внутриутробная задержка развития плода (12,3%). Преждевременные роды у беременных основной группы наступали чаще (7,2%). Течение родов у беременных носительниц вирусов гепатита В и С в трех случаях осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Среди детей, родившихся от матерей с латентным вирусоносительством гепатита, больше новорожденных, имевших оценку на первой минуте по шкале Апгар 6 и менее баллов, также выше частота рождения детей с признаками внутриутробной задержки развития. Более тяжелые осложнения течения беременности и исходы родов встречались у женщин, в крови которых обнаружены одновременно HbsAg и anti-HCV.

Выводы: приведенные нами результаты анализа течения беременности и родов у женщин с латентным носительством вирусного гепатита свидетельствуют о неблагоприятном у них течении и завершении гестационного процесса, что диктует необходимость обследования данной категории беременных, проведении им предродовой подготовки и профилактики осложнений течения беременности, коррекции состояния внутриутробного плода.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Федоров Б.А., Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Шолохов Л.Ф., Диденко Е.Л.
(Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск, Россия)

Цель: изучение особенности гормонально-метаболической регуляции менструальной функции у женщин репродуктивного возраста, больных хронической формой вирусных гепатитов В и С.

Материалы и Методы исследования: обследовано 77 женщин репродуктивного возраста. Основную группу составили 42 пациентки с хроническим течением вирусного гепатита (ХВГ). Контрольная группа -35 практически здоровых женщин без нарушений менструального цикла. Исследованы показатели гипофизарно-яичниковой и гипофизарно-тиреоидной систем (ГЯС и ГТС), а также процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояние антиоксидантной защиты (АОЗ). Изучены концентрации пролактина (ПРЛ), лютенизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола (Е2), тестостерона (Тс), тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), свободного трийодтиронина (Св. Т3) и свободного тироксина (Св. Т4), а также содержание диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ), малонового диальдегида (МДА), α-токоферола, ретинола, супероксиддисмутазы (СОД) и состояние общей антиокислительной активности (АОА). На первом этапе изучены концентрации гормонов ГЯС и ГТС систем, а также уровни показателей ПОЛ и АОЗ среди женщин основной и контрольной групп. На втором этапе работы в зависимости от течения менструального цикла среди пациенток ХВГ были выделены две подгруппы. Подгруппу 1 составили пациентки с ВГ, у которых в результате заболевания гепатитом клинических проявлений нарушений менструального цикла не было и подгруппу 2 – женщины, у которых при вирусном гепатите появились выраженные нарушения менструальной функции. До заболевания ВГ у обследованных женщин отклонений менструаций отмечено не было.

Результаты и их обсуждение: у пациенток с ХВГ имелось увеличение уровней исследованных гормонов ГЯС и тереоидных гормонов Т4, Св.Т3 по сравнению с контрольной группой. Среди женщин ХВГ установлена прямая корреляцион-

ная взаимосвязь между ЛГ и ФСГ, ЛГ и Е2, Е2 и Тс, а также между Т4 и св. Т4. Среди женщин с ХВГ установлено повышение концентрации ПРЛ в подгруппе 1 по сравнению с контрольной группой и подгруппой 2. Среди пациенток с ХВГ 1 подгруппы уровни Т3, Т4 и Св.Т3 выше, чем у женщин контрольной группы. Среди женщин 2 подгруппы установлено повышение концентрации Т4, Св.Т3 и снижение уровня Св.Т4 по сравнению с контрольной группой. У пациенток 1 подгруппы показатель Т3 выше, чем у женщин 2 подгруппы. У больных ХВГ в подгруппе 1 установлена статистически значимая положительная корреляционная связь между ЛГ и Е2, а также между ФСГ и Е2. В подгруппе 2 – между Е2 и Тс. У женщин с ХВГ по сравнению с контрольной группой имеются значимые различия по F-критерию по показателям ДК, МДА, α-токоферола, ретинола и супероксиддисмутазы. У пациенток с ХВГ 2 подгруппы выявлено снижения показателя СОД относительно контрольной группы.

Выводы: представленные данные указывают на изменения функционального состояния ГЯС и ГТС у женщин репродуктивного возраста с ХВГ. Отклонения в системе ПОЛ-АОЗ, изменяющиеся в зависимости от характера менструального цикла, отражают состояние напряжения механизмов адаптации. Нарушения менструальной функции у женщин, больных ХВГ, вызваны, на наш взгляд, отклонениями в системе нейроэндокринной и метаболической регуляции и обусловлены основным заболеванием.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ И ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ

Федорова Т.А., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: разработка мероприятий при подготовке к беременности женщин с генитальным герпесом с применением плазмафереза и медицинского озона.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 105 женщин с хронической рецидивирующей генитальной герпетической инфекцией на этапе планирования беременности. Методом подбора пар женщины были разделены на две группы. Группу 1 составили 52 пациентки, прошедшие подготовку к беременности с применением плазмафереза и озонотерапии, с параллельной местной санацией генитального тракта озонированным раствором. Группу 2 – 53 женщины, получившие только традиционную терапию. Все пациентки прошли полный комплекс клинико-лабораторного обследования, с анализом гомеостаза орга-

низма, состоявший из исследования системы гемостаза, биохимического статуса с определением маркеров эндогенной интоксикации, иммунного и интеферонового статусов, микроэкологии влагалища. На втором этапе исследования с учетом разработанной балльной оценки, была подобрана предгравидарная подготовка с применением плазмафереза и медицинского озона в основной группе и традиционными методами в группе сравнения. Длительность предгравидарной подготовки колебалась от 4 до 7 месяцев и составила в среднем 5,7+1,1 месяца. Всем пациенткам проводили 2-3 сеанса прерывистого плазмафереза, после которого производилось внутривенное капельное введение медицинского озона, а также влагалищное орошение озонированной дистиллированной водой. Общее количество сеансов озонотерапии составляло – 5-7 процедур.

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что у всех наблюдаемых женщин имели место изменения гомеостаза организма, связанные с длительной рецидивирующей персистенцией инфекта, такие как: нарушения системы гемостаза с выявлением признаков ДВС-синдрома в 40,4% случаев; изменения в детоксикационной функции организма с повышением уровня печеночных ферментов, мочевины, креатинина и показателей эндогенной интоксикации (средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот) в 47,4% случаях; дисбаланс иммунного и интерферонового статуса в 85,5% случаев; нарушения микроэкологии влагалища в 61,6% случаев.

Проведенная предгравидарная подготовка с применением плазмафереза и озонотерапии (группа 1) способствовала: улучшению клинического статуса пациенток с увеличением межрецидивного периода в 2,9 раза, снижением тяжести продромальных симптомов в 3 раза, а также продолжительности и интенсивности рецидивов заболевания; коррекции гемостазиологической картины со снижением процессов внутрисосудистого свертывания крови и нормализации показателей продуктов деградации фибрина и растворимых фибрин-мономерных комплексов; улучшению детоксикационной функции организма со снижением уровня билирубина, креатинина, мочевины, показателей эндогенной интоксикации (продуктов деструкции тканей – средних молекул, кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот); нормализации биоценоза влагалища с исключением микробиологически диагностированных факторов риска развития инфекционно-воспалительных осложнений; положительной динамике показателей иммунного и интерферонового статусов с увеличением количества всех субпопуляций лимфоцитов и значения иммунорегуляторного индекса, а также снижением уровня сывороточного интерферона и повышением α- и γ-интерферонов.

Выводы: Включение плазмафереза и озонотерапии на этапе планирования беременности при генитальном герпесе приводит к нормализации гомеостаза организма, снижению гестационных осложнений.

ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ В ТЕРАПИИ RH-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Федорова Т.А., Митря И.В., Умбрумянц Д.В.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: оценка эффективности комплексного лечения Rh-сенсибилизации с применением плазмафереза (ПА) и иммуноглобулинотерапии (Ig-терапии).

Материал и Методы исследования: группу исследования составили 147 женщин. Основная группа состояла из 87 женщин. Основной группе женщин проводили комплексную терапию, включающую ПА и введение иммуноглобулина в дозе 5,0 г в/в дважды. Группа сравнения состояла из 60 женщин, которым проводилась стандартная терапия Rh-сенсибилизации. В группу обследованных женщин не входили беременные с ультразвуковыми признаками отечной формы ГБП. Перед планируемой беременностью проводился курс ПА в количестве 3-5 сеансов с плазмоэксфузией 30-40% ОЦП за один сеанс, по окончании курса проводилась терапия иммуноглобулином внутривенно дважды через день. Во время беременности осуществлялся контроль титра Rh-антител, в случае его возрастания до 1:32 комплексная терапия Rh-сенсибилизации дополнялась повторным курсом ПА и иммуноглобулинотерапией. Контроль титра антител проводили через 7-10 дней после окончания лечения.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что титры Rh-антител в основной группе распределились следующим образом: у 12 (13,8%) женщин уровень титра антител составил 1:32, у 20 (23%) женщин – 1: 64 и у 20 (23%) – 1:128. У 35 (40,2%) женщин титр достигал 1:256. После проведения курса ПА и Ig-терапии произошло снижение титра Rh-антител: у 17,2 % (15) женщин до 1:64, у 45 % (39) до 1:32 и у 34,4%(30) женщин до 1:16. При проведении контрольного анализа титра Rh-антител через 2 недели после окончания курса плазмафереза данные показатели в 80% случаев оставались стабильными. У 16 (18,3%) женщин наблюдалось повышение титра Rh-антител, так называемый синдром рикошета (rebound эффект). Этим женщинам назначался повторный курс плазмафереза и Ig-терапии. После проведения повторного курса у 13(81,2%) женщин титры антител снизились в 2 раза, у 3(18,7%) оставались стабильными. В результате лечения все женщины основной группы доносили беременность до сроков 34-38 недель. Процент срочных родов у них составил 42,5%, досрочных 34,4%. Тогда как в группе сравнения, процент досрочных родов был достоверно выше и составил 91,6%. Гибели новорожденных в раннем неонатальном периоде не было ни в одном случае. Среди новорожденных основной группы тяжелой степени гемолитической болезни не было, у 53 (61%) детей имелась гемолитическая болезнь

только легкой степени тяжести и у 34 (39%) средней степени тяжести, из которых только 5 (5,7%) потребовалось проведение однократного заменного переливания эритромассы. У новорожденных группы сравнения у 10 (16,6%) детей имелась гемолитическая болезнь тяжелой степени, потребовавшая проведения двух заменных переливаний эритроцитов, у 43 (71,6%) – средняя степень ГБ, из которых 12 (20%) потребовалось заменное переливание эритромассы и только у 7 (11,6%) имелась ГБ легкой степени. Таким образом, проведенная в основной группе терапия, направленная на профилактику развития гемолитической болезни плода и новорожденного позволила в 6,3 раза снизить процент детей, нуждающихся в проведении операции заменного переливания крови. Кроме того, в группе сравнения из 22 новорожденных, которым проводилось заменное переливание крови, 10 (45%) детям потребовалось повторное проведение данной операции. Продолжительность фототерапии у новорожденных с ГБ основной группы была в 1,4 раза меньше, чем в группе сравнения.

Выводы. Разработанная методика лечения Rh-сенсибилизации с использованием прерывистого среднеобъемного плазмафереза и Ig-терапии позволяет предупредить развитие тяжелых форм ГБП, что дает возможность пролонгировать беременность до срока получения жизнеспособного плода, уменьшить частоту операций заменного переливания крови в 6,3 раза, необходимость проведения инвазивных вмешательств, сократить продолжительность фототерапии в 1,4 раза и, тем самым, снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С НАПРАВЛЕННЫМ ТРАНСПОРТОМ АНТИБИОТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Федорова Т.А., Очан А.С., Товмасян В.М., Козаченко А.В., Алиева З.А.
([1]ФГУ НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий, Городская клиническая больница №79 Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия)

Цель: оценка эффективности терапии больных с осложненными острыми воспалительными заболеваниями придатков матки (ОВЗПМ) с использованием плазмафереза (ПА) в сочетании с направленным транспортом антибиотика (НТА).

Материалы и Методы исследования. Суть метода заключается в использовании клеток аутокрови для направленного транспорта антибиотика.

Группу исследования составили 115 женщин с осложненными формами ОВЗПМ (гнойный сальпингит, пиовар, пельвиоперитонит). Всем больным проведено лапароскопическое исследование с диагностической и лечебной целью по общепринятой методике. Основную группу составили 50 больных, которым в послеоперационном периоде проведены сеансы ПА в сочетании с НТА. 65 больных сравнительной группы получали общепринятую инфузионную и антибактериальную (тиенам 2,0 г/сут) терапию. Все больные прошли общеклиническое и лабораторное обследование (бактериологическое, ультрасонографическое, биохимическое, гемостазиологическое, иммунологическое,состояние центральной и периферической гемодинамики). Сеансы плазмафереза проводились в дискретном режиме. Курс лечения начинали с первых послеоперационных суток с удалением 25% ОЦП за сеанс. После афереза плазмы к форменным элементам крови добавлялся 0,9% раствор хлорид натрия, 1 мл АТФ и суточная доза выбранного антибиотика (тиенам 2,0 г). Контейнер с клеточной взвесью инкубировался при комнатной температуре в течение 20 мин. и трансфузировался больной.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ динамики клинического течения послеоперационного периода, показателей центральной и приферической гемодинамики, КОС и газов крови, гемограммы, гемостаза, показателей эндотоксикоза, иммунограммы в зависимости от вида терапии показал существенные преимущества сочетанного использования ПА с НТА перед стандартной антибиотикотерапией у больных двух групп.

Частота послеоперационных осложнений у больных группы ПА с НТА была более чем вдвое меньше, составив 22% против 48% в группе сравнения ($p<0,05$). Койко-день у больных, получавших ПА с НТА, составил в среднем 9,8±0,4 дня, достоверно отличаясь от среднего числа послеоперационных койко-дней в группе сравнения – 15,2±0,6 дня. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности методики сочетанного применения плазмафереза и направленного транспорта антибиотиков в послеоперационной терапии и реабилитации больных с осложненными формами ОВЗПМ. Несмотря на имеющиеся данные об успешном самостоятельном применении этих методик в лечении гнойно-воспалительных заболеваний, именно их сочетанное применение позволяет соединить терапевтическое действие обеих составляющих. При использовании аутогенных трансфузионных сред к лечебному механизму метода добавляется детоксикационный, реокорригирующий и иммунокорригирующий эффект на фоне восстановления функции микроциркуляторного звена, чему способствуют методы гемафереза.

Выводы. Применение данной методики способствует успешной реализации органосохраняющей тактики при оперативном лечении этой все более «молодой» категории больных, что вносит существенный вклад в последующую реабилитацию их репродуктивной функции. Сочетание высокой клинической эффективности с относительной технической простотой выполнения данной методики создает условия для более широкого ее внедрения в практику.

ОСОБЕННОСТИ ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭМА

Филатова Л.А., Литвинова Н.А.
(РГМУ, кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета, Москва, Россия)

Цель: изучение влияния ЭМА на интенсивность кровотока в сосудах влагалища у пациенток с миомой матки. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «Logiq-3» (Корея) трансвагинальным датчиком с применением цветового картирования (ЦДК).

Материалы и Методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 больных миомой матки, которым планировалось проведение ЭМА. Возраст пациенток от 35 до 50 лет (средний возраст составил 42,3 +/- 2,5 года). Всем больным ультразвуковое исследование было проведено непосредственно накануне ЭМА и через один, шесть месяцев после проведенного лечения. Интенсивность кровотока оценивалась количеством визуализируемых сосудистых участков в стенках влагалища (ЦДК): 1) бедный кровоток – единичные сосудистые участки до 5 сосудистых участков; 2) умеренно выраженный кровоток – 5-8 сосудистых участков; 3) выраженный кровоток – 9-12 сосудистых участков; 4) интенсивный кровоток – 13 и более сосудистых участков.

Результаты и их обсуждение. По данным ультразвукового сканирования размер матки до ЭМА варьировал от 8 до 18 недель беременности (среднее значение 13 недель). После проведения ЭМА через 6 месяцев было установлено, что размеры матки в у 55 человек (92 %) произошло прогрессивное уменьшение размеров матки, среднее значение составило 5-6 недель.

При проведении ЦДК установлено, что до ЭМА бедный кровоток влагалища наблюдался у 3 (5%) больных миомой матки, умеренно выраженный у 6 (10%) пациенток, выраженный у 21 (35%) человек, интенсивный в 30 (50%) случаях. Через 1 месяц после ЭМА бедный кровоток влагалища наблюдался у 5 (9%) больных миомой матки, умеренно выраженный у 10 (10%) пациенток, выраженный у 17 (29%) человек, интенсивный в 28 (47%) случаях. Через

6 месяцев после ЭМА бедный кровоток влагалища наблюдался у 3 (5%) больных миомой матки, умеренно выраженный у 7 (12%) пациенток, выраженный у 21 (35%) человек, интенсивный в 29 (49%) случаях.

Выводы: В результате исследования не выявлено достоверных различий интенсивности кровотока в сосудах влагалища. Полученные данные позволяют прийти к выводу, что лечение ЭМА миомы матки не отражается на интенсивности кровотока в сосудах влагалища.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Фоляк Е.В., Соколова Т.М.
(Новосибирский Государственный Медицинский Университет,
Новосибирск, Россия)

Цель: оценить структуру гинекологической заболеваемости студенток 1го курса НГМУ, выявить комплекс факторов отрицательно влияющих на их репродуктивное здоровье и на основе анализа полученных данных предложить дифференцированный алгоритм врачебных действий по охране и укреплению их репродуктивного здоровья.

Материалы и Методы исследования: на базе медико-консультативного центра и кафедры поликлинической гинекологии стоматологического факультета Новосибирского Государственного Медицинского Университета в рамках профилактического осмотра студенток первых курсов проводившегося в 2008 году была обследована 351 пациентка. Проведен анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, данных бимануального осмотра, результатов УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез, мазков на ГН и на атипические клетки.

Результаты и их обсуждение: возраст начала половой жизни в 14-15 лет – 33%, в 16-19 лет – 65%, в 20 лет и более – 2%. 32,5% студенток имеют гинекологические заболевания: нарушение менструального цикла (6,5%), в том числе 1,5% дисменореей, воспалительными заболеваниями половых органов (7,5%), доброкачественная патология шейки матки (61%).

Оценка распространенности пользования девушек-учащихся контрацептивами показала, что только 48,8% первокурсниц использовали контрацептивы: презерватив у партнера – 26,5%; оральные – 19,4%; метод безопасных дней -7,8% и прерванный половой акт – 9,3%.

В состоянии здоровья российских подростков отмечается высокая распространенность гинекологических заболеваний.

Выводы.

1. Детерминирующими факторами, определяющие приоритеты в формировании репродуктивного здоровья девушек-учащихся высших учебных заведений являются: качество соматического здоровья, сроки начала половой жизни, гинекологический статус, уровень самооценки здоровья, распространенность и длительность вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотических средств), а также инфекции, передающихся половым путем.
2. Необходимость углубленного изучения состояния здоровья студенческого контингента обусловлена высокой распространенностью среди студентов факторов риска, трудностями психофизиологической адаптации к условиям обучения на младших курсах, нарастанием объема информации, а также необходимостью поддержания активности в овладении профессиональными знаниями.
3. Низкий уровень информированности девушек-учащихся в вопросах своего здоровья, чрезмерные психо-физические нагрузки, связанные с интенсивным обучением являются основными причинами, влияющими на качество репродуктивного здоровья.

Особого внимания заслуживает высокая частота доброкачественных заболеваний шейки матки которые всегда должны иметь онкологическую настороженность.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПЛАЦЕНТЕ И АНОМАЛИЯМИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Худик А.И., Гусева Е.Н., Абрамченко В.В., Сикальчук О.И.
(Городская клиническая больница № 33, Москва, Россия)

Цель: провести корреляционную зависимость между воспалительными изменениями в плаценте и аномалиями родовой деятельности и их коррекцию медикаментозными средствами.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 370 первородящих и 185 повторнородящих в основной группе и 140 и 54 соответственно в группе сравнения. Всего было обследовано 749 беременных женщин. Проводились

аппаратные методы исследования: кардиотокография, амниоскопия, ультразвуковые исследования, допплерометрия, прямая электрокардиография плода, морфологическое исследование плаценты.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у каждой третьей женщины строение плаценты не соответствовало сроку беременности и незрелость плаценты соответствовала патологической. Еще в большем количестве отмечаются различные формы плацентарной недостаточности: хроническая компенсированная, субкомпенсированная и сочетание хронической плацентарной недостаточности у каждой второй женщины(57,4%). Итак, плацентарная недостаточность, патологическая незрелость плаценты и воспалительные изменения в плаценте(45,6%) составляют основные патологические формы структурно-функционального состояния плаценты при аномалиях родовой деятельности. Инволютивно-дистрофические изменения отмечены практически во всех оболочках (94,7%). Выявлена зависимость между параметрами маточной активности(по данным клиники и гистерографии) и воспалительными изменениями в плаценте.

Выводы. Выявлена высокая корреляционная зависимость между аномалиями родовой деятельности и воспалительными изменениями в плаценте у каждой второй роженицы(45,6%).

Применение гинипрала и верапамила улучшает интранатальные показатели у данного контингента рожениц.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Худицкая В.Н.
(ФМБА МСЧ № 170, г. Королев, Россия)

Цель: оптимизация лечения дистрофических заболеваний вульвы.

Материалы и Методы исследования: под наблюдением находилось 14 пациенток в возрасте от 50 до 72 лет. При обследовании женщин применялись: бактериоскопические, цитологические (мазки – отпечатки с вульвы) методы исследования, обследование на наличие урогенитальной инфекции, проводилась обзорная и расширенная кольпо- и вульвоскопия. В трех случаях проводились гистоморфологические исследования биоптата с целью исключения онкопатологии вульвы.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного обследования было выявлено: гиперпластическая дистрофия в 6 наблюдениях, смешанная

дистрофия в 6 наблюдениях, дистрофия в сочетании с вирусной инвазией у 2 пациенток. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет у 7 женщин, псориаз у 1 женщины, недержание мочи в 2 случаях, вульвовагинит у 12 женщин.

С целью лечения всем пациенткам проводилось:

1. Лечение инфекций половых путей.
2. Облучение вульвы и влагалища низко-интенсивным лазером, с помощью аппарата «Алто» по 6 мин. область вульвы и 6 мин. во влагалище №10-15, с последующей обработкой влагалища кремом клотримазол №7, масло чайного дерева №3, вульвы – мазью Дермовейт один раз в день №10-15 (в последующем доза снижалась до 2-х раз в неделю, затем один раз в неделю и затем отменялась). При глубоких трещинах, изъявлениях использовалась мазь Элаком или Куриозин-гель.
3. В пяти случаях к лечению были добавлены свечи Овестин по схеме: три недели ежедневно и далее два раза в неделю.
4. Витаминотерапия (с включением витаминов А и Д).
5. Растительно-молочная диета.
6. Ограничение острой, сладкой пищи.

В дальнейшем больные придерживались рекомендованной ранее диеты, соблюдали гигиенический режим с использованием «масла чайного дерева», применяли метилурациловую мазь и свечи.

Данная схема применялась с интервалом 8-9 мес.

В ходе наблюдения, в течение трех лет результаты у всех больных были положительные: регрессия заболевания отмечена в одном случае, стабилизация у 13 пациенток.

Выводы. Дистрофические заболевания вульвы – склерозирующий лихен и гиперпластическая дистрофия, занимают особое место в структуре заболеваний женских половых органов.

В развитии хронического воспаления вульвы с последующим образованием дистрофии значение имеют вирусы (ВПГ, ВПЧ) и грибы.

Обратного развития склерозирующего лихена добиться не удается, но при использовании терапевтического низкоинтенсивного лазерного облучения в комплексе с другими лечебными мероприятиями можно предотвратить прогрессирование процесса, улучшить состояние больных и качество их жизни.

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЙ СТИМУЛЯЦИОННЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Чагай Н.Б.
(Центр планирования семьи и репродукции Ставропольского Краевого Клинического Диагностического Центра, Ставрополь, Россия)

Цель: изучение возможностей использования низкодозированного теста с адренокортикотропным гормоном (1-24-АКТГ-НД) – 5 мкг – в диагностике неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН), наиболее частого ее варианта – дефицита 21-гидроксилазы.

Материалы и Методы исследования. Обследовано 223 пациентки, из них I группа 40,35% (n=90) с подвержденной гиперандрогенией (ГА) (гирсутизм не ниже 8 баллов по шкале Ферримана-Галвея, тестостерон общий 2,9±0,1 нмоль/л, индекс свободного тестостерона 6,8±2,25%, уровень 17-ОН-прогестерона (17-ОНР) в фолликулярную фазу менструального циела базальный не ниже 2,5 нг/мл); II группа 42,6% (n=95) пациенток с ановуляторным менструальным циклом (отсутствие гирсутизма, тестостерон общий 2,08±0,4 нмоль/л, индекс свободного тестостерона 5,9±2,13%, уровнем 17-ОНР ниже 2,5 нг/мл); III группа 10,3% (n=23) пациенток с ановуляторным бесплодием, но без симптомов гиперандрогении, IV группа 6,73% (n=15) пациенток с привычной потерей беременности. Всем пациенткам проведен внутривенный тест с препаратом 1-24-АКТГ короткого действия 5 мкг (Синактен, Новартис), с определением 17-ОНР, дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГА-С) и кортизола базального, через 30 и 60 минут после стимуляции.

Результаты и их обсуждение. Тест 1-24-АКТГ-НД позволил выявить НК-ВДКН у 12,2% (n=11) пациенток I группы; в группе II – у 0,3% (n=4); в группе III – 4,3% (n=1); в группе IV – 13,3% (n=2) на основании повышения 17-ОНР выше 16 нг/мл (базальный 7.72 нг/мл±12,8 нг/мл, медиана 3,99 нг/мл, максимальное значение после стимуляции 25,55нг/мл±19,97 нг/мл, медиана 16,9 нг/мл). Результаты исследования позволяют уточнить, что пациентки с НК-ВДКН, как правило, имеют клинические признаки ГА, наиболее характерным из которых является гирсутизм, а уровень базального 17-ОНР превышает 2 нг/мл. Однако проведение теста 1-24-АКТГ-НД позволило установить диагноз НК-ВДКН у некоторых пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием беременности, не имеющих клинической ГА.

У 34 пациенток отмечено более чем трехкратное повышение 17-ОНР (2,91±2,24 нг/мл базальный, 7,18±1,27 нг/мл), при этом прирост кортизола был менее выражен (базальный 579 нмоль/л±397 нмоль/л). Для уточнения диагноза проведен стандартный тест с 1-24-АКТГ (250мкг) (1-24-АКТГ-СТ). Выявлено 2 типа реакции на 1-24-АКТГ 5 мкг и 250 мкг: дозонезависимый и дозозависимый. Дозонезависимый ответ зарегистрирован у 73,5% (n=25), различия в реакции 17-ОНР на синактен 5 мкг и 250 мкг статистически незначимы (p>0,05). Дозозависимый (гиперэргический) ответ – максимальный ответ 17-ОНР на синактен 5 мкг 7,21±2,18 нг/мл, на стимуляцию синактеном 250 мкг – 15,82±3,14 нг/мл, p<0,05.

Выводы. Тест с 1-24-АКТГ-НД, при котором стимуляция коры надпочечников АКТГ не является супрафизиологической, может использоваться для диагностики НК-ВДКН. При получении сомнительных результатов теста (повышение 17-ОНР более чем в 3 раза на фоне менее выраженного ответа кортизола) показано проведение тест 1-24-АКТГ-СТ, либо молекулярно-генетического обследования на предмет частых мутаций гена 21-гидроксилазы и/или 11b-гидроксилазы. Пациентки с ановуляторным бесплодием и привычным невынашиванием беременности (как с ГА, так и без таковой) подлежат обследованию на предмет неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников.

ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Чагай Н.Б.

(Центр планирования семьи и репродукции Ставропольского Краевого Клинического Диагностического Центра, Ставрополь, Россия)

Цель: оценить риск развития фиброзно-кистозной мастопатии у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), неклассической формой врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН).

Материалы и Методы исследования. Обследовано 116 пациенток с синдромом гиперандрогении: (98 пациенток с СПКЯ и 18 с неклассической ВДКН), в возрасте 25,5±5,7 лет. В группе СПКЯ индекс массы тела (ИМТ) составил 27,8±6,78 кг/кв.м. Состояние инсулинорезистентности (ИР) подтверждено у 57,1% (n=56) на основании определения инсулина натощак и в процессе проведения глюкозо-толерантного теста. Умеренная функциональная гиперпро-

лактинемия (не выше 800 МЕ/мл) выявлена у 43 пациенток. В группе ВДКН индекс массы тела (ИМТ) составил 21,9±2.18 кг/кв.м; умеренная гиперпролактинемия (не выше 700 МЕ/мл) выявлена у 16,7% (n=3) пациенток.

Фиброзно-кистозные изменения в молочной железе (МЖ) были подтверждены данными эхографии. Все женщины осматривались маммологом, при необходимости, проводилась пункционная биопсия кист и узловых образований. Группу контроля составили 18 пациенток с ановуляторным менструальным циклом, но без синдрома ГА и ИР.

Результаты и их обсуждение. Фиброзно-кистозная мастопатия выявлена у 58 пациенток с синдромом ГА (у 57 пациенток в группе СПКЯ, у 1 – в группе ВДКН), у 1 – фиброаденомы в группе ВДКН).

В группе СПКЯ фиброзно-кистозная мастопатия (кисты от 3 до 7 мм в диаметре) диагностирована у 14 (4 без ИР, 10 с ИР) из 42 пациенток с ИМТ ниже 23 кг/кв.м.. В группе СПКЯ с ИР (с ИМТ выше 25 кг/кв.м) у всех 43 пациенток выявлены изменения ткани МЖ, характеризующиеся наличием утолщенных линейных соединительно-тканных структур. У 29 из 43 пациенток диагностированы кистозные образования до 10 мм в диаметре, дуктэктазия. P<0,01 в сравнении с группой контроля.

В группе ВДКН у 1 пациентки выявлены фиброзно-кистозные изменения диффузного характера, у 1 – два гипоэхогенных очаговых образования с четкими контурами (в анамнезе секторальная резекция МЖ по поводу фиброаденомы).

Мастопатия диффузного характера в группе контроля выявлена у 11,1% (n=2) пациенток.

Пациентки с СПКЯ находятся в группе риска по развитию фиброзно-кистозных изменений структуры МЖ в связи с относительной или абсолютной гиперэстрогенией на фоне хронической ановуляции и ожирения, умеренной гиперпролактинемией, активацией пролиферативных процессов при участии гиперинсулинемии. Несмотря на антиэстрогенные эффекты андрогенов на ткань МЖ, мужские половые стероиды, находясь в избытке, могут связываться с рецепторами эстрогенов, а также, будучи предшественниками эстрогенов, оказывать косвенное влияние на пролиферативные процессы. На фоне антиандрогенной терапии в сочетании с метформином, редукции массы тела в течение 6 месяцев у 6 пациенток отмечен регресс симптомов мастопатии.

На фоне монотерапии глюкокортикоидами у пациентки с ВДКН и очаговыми изменениями структуры молочной железы отмечено уменьшение очаговых образований в размерах на 30%. Данный клинический случай требует дальнейшего наблюдения и сопоставления со сведениями о структуре МЖ при ВДКН на большем материале.

Выводы. Пациентки с синдромом ГА, особенно в сочетании с СПКЯ, относятся к группе риска и подлежат обследованию на предмет патологии молочных желез.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Чаунин А.В., Кузьменко Е.В.. Безнощенко Г.Б.
(Омская медицинская академия, Омск, Россия)

Цель: разработка способа прогнозирования развития функциональных кист яичников и алгоритма хирургической тактики у пациенток юного и репродуктивного возраста.

Материал и Методы исследования: исследуемую группу составили 125 пациенток (43 – в возрасте от 12 до 18 лет, 82 – от 19 до 34 лет), подвергшиеся оперативному лечению по поводу функциональных кист яичников на базе отделения эндоскопической хирургии (база кафедры акушерства и гинекологии ПДО ОмГМА.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием метода статистической регрессии.

Результаты и их обсуждение. Выделены предикты для построения математической модели, позволяющей выделить группы риска по развитию функциональных кист и их осложнений; разработаны алгоритмы хирургической тактики. Далее была рассчитана вероятность наличия ретенционного образования, консервативного излечения, экстренной госпитализации и принятия правильного решения.

Для прогноза наличия функциональной кисты (желтого тела или фолликулярной) определяющими были возраст, массоростовой коэффициент, характер нарушений менструального цикла, толщина капсулы по УЗИ, структура образования, наличие спаечного процесса, размер опухоли, интенсивность периферического и внутриопухолевого кровотока (высокая резистентность), данные трёхмерной ультрасонографии, уровень андрогенов, прогестерона, эстрадиола в сыворотке крови, результаты цветного допплеровского картирования, определения опухолевых маркёров (СА – 125), онкоплацентарных и онкофетальных антигенов (АФП, ХГЧ), белков острой фазы. Алгоритм был представлен в виде автономного файла и внедрён в качестве дополнительного метода дифференциальной диагностики.

Выводы. Внедрение представленного алгоритма, как дополнительного метода дифференциальной диагностики, способствовало принятию адекватного решения относительно тактики ведения данного контингента женщин, снизило уровень радикальных вмешательств при функциональных опухолях яичников соответственно до 3, 2% и 28,6% в обеих возрастных группах.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ

Чекудаева Н.В., Сахарова Т.В.
(ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия,
Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД», Россия)

Цель: обследование женщин, имеющих патологические изменения эпителия шейки матки на наличие урогенитального хламидиоза для выявления возможного влияния его на состояние эпителия шейки матки.

Материалы и Методы исследования. Для проведения исследований мы отобрали 180 женщин в возрасте от 21 до 35 лет, имею-щих патологические изменения эпителия шейки матки, выявленные при проведении профосмотров, или на приеме у участкового акушера-гинеколога. Методы исследования включали: 1.- микроскопическое исследование мазков влагалищного содержимого, окрашенного по Грамму; 2.- цитологическое исследование мазка эпителия шейки матки и цервикального канала; 3 – выявление Chlamidia trachomatis методами РИФ и ПЦР. Диагноз урогенитального хламидиоза ставился при обнаружении Chlamidia trachomatis обоими методами. В обязательное обследование входило проведение расширенной кольпоскопии в условиях специализированного кабинета по патологии шейки матки.

Результаты и их обсуждение. Оценивая результаты микроскопического исследования мазков влагалищного содержимого, окрашенных по Грамму в нашей работе получены следующие данные: мазки характерные для 1-ой степени чистоты влагалищного содержимого, т.е. для нормоценоза, были получены у 60 женщин, что составило 33,3 %, у 78-и женщин (43,3 %) мазки соответствовали 2-ой степени чистоты влагалищного содержимого. У 30 (16,7 %) женщин мазки характерны для бактериального вагиноза, и у 12 пациенток мазки соответствуют 4 степени чистоты влагалищного содержимого, что составило 6,7 %.

При кольпоскопическом исследовании среди обследуемых нами женщин, картина характерная для острого и хронического цервицита выявлена у 36 (20 %) пациенток. При кольпоскопической картине цервицита Chlamidia trachomatis выявлена у 28 (15,6%) женщин. Наличие цервицита

нередко сопровождается десквамацией многослойного плоского эпителия шейки матки с образованием эктопии выявлена у 39 (21,7 %) пациенток. Гипертрофические изменения шейки матки были диагностированы у 36 (20 %) обследуемых женщин. Однако при этих патологиях хламидии выявлены в небольшом количестве, как и при выявленном эндоцервикозе шейки матки Chlamidia trachomatis обнаружена в 15 случаях (8,3 %).

Атипические изменения эпителия были представлены типичными кольпоскопическими символами в виде пунктации у 51 (28,3 %) женщины. У женщин, имеющих изменения эпителия шейки матки характерные для пунктации, Chlamidia trachomatis обнаружена у 21 (11,7 %) женщин. Изменения эпителия в виде мозаики диагностированы у 57 (31,7 %) женщин. В данном случае хламидии выявлены у 12 (6,7 %) женщин.

Всем пациенткам под контролем кольпоскопии был проведен забор мазка для цитологического исследования. Результаты, соответствующие норме, были получены у 21 (11,6 %) женщины. Воспалительные мазки диагностированы у 105 женщин, в процентном соотношении это составило 58,3 %. Цитологическая картина гиперкератоза диагностирована у 63 (35 %) обследованных женщин. Пролиферация железистого эпителия у 6 (3,3 %) женщин. Мазки, характерные для грибковой флоры, получены у 9 (5 %) пациенток. 6 мазков (3,3 %) соответствовали легкой степени дисплазии шейки матки, 3 – средней степени дисплазии и в 3 случаях выявлена дисплазия тяжелой степени, что составило по 1,7 %.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что в 44 % случаев фоновые, предраковые изменения слизистой шейки матки ассоциируются с инфекцией, вызванной Chlamidia trachomatis. Для которой свойственен тропизм к эпителиальным клеткам урогенитального тракта и внутриклеточный способ паразитирования, а также способность находится в латентной стадии и вызывать бессимптомные формы болезни. Диагностический комплекс по предупреждению патологии шейки матки должен включать цитологические и гистологические методы, обязательное обследование, направленное на выявление урогениталъной инфекции. Только в этом случае можно говорить о качественной и своевременной профилактике заболеваний и патологических состояний эпителия шейки матки.

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Чернышова А.Л., Коломиец Л.А.
(НИИ онкологии СО РАМН, Томск,Россия)

Цель: изучение клинико – морфофункциональные особенностей при гиперпластических процессах и раке эндометрия для объективизации формирования групп повышенного онкологического риска.

Материалы и Методы исследования. Произведена комплексная оценка клинических и морфологических параметров слизистой оболочки тела матки при различных пролиферативных процессах эндометрия. Показана взаимосвязь количества гистологически выявляемых апудоцитов в слизистой оболочке тела матки с развитием у больных обменно-эндокринных нарушений: ожирение, сахарный диабет и гипертонической болезни. Установлено, что при наличии выявляемых гистохимическими методами клеток APUD-системы в эндометрии показатели пролиферативной активности эпителиоцитов снижаются. Исследована роль продуктов гена bcl-2 в развитии пролиферативных изменений в слизистой оболочке тела матки.

Результаты и их обсуждение. На основе особенностей изменения биологического маркера апоптоза bcl-2 показано, что нарушение молекулярных механизмов регуляции этого процесса выявляется уже на стадии гиперпластических изменений в эндометрии с последующим прогрессированием при предраковых состояниях и максимальным угнетением при раковых поражениях слизистой оболочки тела матки. Теоретической основой для разработки и уточнения критериев риска развития рака эндометрия являются накопленные знания о причинах развития этого заболевания, результаты изучения факторов риска, условий и состояний организма, способствующих его развитию. Перспективным в этом плане представляются гистохимические, иммуногистохимические методы морфофункциональной оценки состояния эндометрия, которые позволили объективизировать риск предрасположенности к развитию рака. Изучение факторов, характеризующих изменения в процессах пролиферации, дифференцировки и метаболизма клеток, которые максимально приближены к подобным изменениям у больных раком слизистой оболочки тела матки, повышают достоверность формирования групп повышенного онкологического риска. Выбрана оптимальная совокупность диагностических признаков, обладающих наибольшей диагностической информативностью и построено решающее правило для уточнения онкологического

риска у больных с различными пролиферативными процессами с учетом основных клинико-морфофункциональных характеристик. С помощью факторного анализа было определено, что наибольшей диагностической информативностью обладают следующие факторы: количество абортов в анамнезе, длительность нарушений менструального цикла наличие выявляемых апудоцитов в слизистой оболочке тела матки, число патологических митозов, митотический индекс, активность протоонкогена bcl-2. Диагностический коэффициент может быть разных знаков, что отражает приближение решения к одной из альтернативных версий. Положительная сумма диагностических баллов определяет отнесение больного к группе предрак, отрицательная – к группе рак. Принцип принятия решения на основании решающего правила состоит в следующем: при сумме баллов девятнадцать и более выносится решение (в зависимости от знака) об отнесении больного к той или иной группе.

Выводы. Анализ полученных данных свидетельствует, что группа больных с атипической гиперплазией эндометрия группа по своей внутренней предрасположенности к раку неоднородна. При диспансеризации этой группы в течение 2-х лет, рак эндометрия развился у 5 человек (11,9%). Эта группа больных с атипической гиперплазией слизистой оболочки тела матки по своим клинико-морфофункциональным показателям максимально приближена к изменениям, характерным для больных раком эндометрия. Удельный вес этой группы по отношению ко всем исследуемым больным с гиперплазией эндометрия составил 4,7%. Достоверность формирования групп больных с помощью разработанного решающего правила составила 86,5%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ СХЕМ ПРИМЕНЕНИЯ НИТРОИМИДАЗОЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН

Чулкова А.М., Милорава З.М., Фоменко И.А.
(Базовая акушерско-гинекологическая клиника КГМУ, Краснодар, Россия)

Цель: провести сравнительную оценку результатов лечения женщин с хроническим трихомониазом препаратами нитроимидазола по различным схемам и определить наиболее эффективную.

Материалы и Методы исследования:.Проводилось ретроспективное изучение амбулаторных карт, историй болезни и анкетирование 73 пациенток с урогенитальным трихомониазом (Т), из которых 63 ранее получали лече-

ние в амбулаторных условиях, поступивших в дневной стационар (группа 1). Возраст пациенток от 18 до 43 лет, анализируемый период составил от 2 до 18 месяцев с момента регистрации Т. В амбулаторных условиях применяли следующие схемы лечения: метронидазол per os 1,5 г в сутки, на курс 15 г, в 37 случаях в сочетании с тинидазолом по 2 г в сутки до 3 дней – у 42 пациенток (группа 2А), орнидазол 1 г в сутки от 5 до 10 дней у 24 женщин (группа 2Б), наксоджин 1 г в сутки в течение 6 дней в 7 случаях (группа 2В). В условиях дневного стационара мы применяли тинидазол по 2 г в сутки от 3 до 5 дней в сочетании с метронидазолом 1,5 г в сутки, при этом препарат вводился внутривенно капельно 1-2 раза в сутки в течение 10 дней. Эффект от лечения оценивался по данным бактериоскопии (БС) влагалищных мазков, результатам бактериологического исследования (БИ), данным кольпоскопии (КС), анкетирования пациенток (динамика жалоб).

Результаты и их обсуждение. Все пациентки при обращении в консультацию предьявляли жалобы на бели, зуд и жжение в области наружных половых органов длительностью более полугода, в 67 случаях Т выявлен до начала лечения, у 5 пациенток – после амбулаторного лечения, которым БИ проводилось в связи с отсутствием эффекта лечения в поликлинике (4 пациентки из группы 2А и 1 пациентка из группы 2Б). Кольпоскопически у 37 женщин выявлена лейкоплакия шейки матки, в 18 случаях плоская кондилома шейки матки, аналогичные результаты КС были у всех пациенток, получавших лечение только в дневном стационаре, у всех диффузный или очаговый кольпит, частой находкой являлись кондиломы вульвы и влагалища. В результате проведенного лечения в группе 2А по данным анкетирования исходные жалобы отсутствовали у 28 пациенток (67%), 8 отмечали частичный и/или временный эффект (19%), у остальных бели сохранялись (14%). По результатам БС I и II степени чистоты влагалищных мазков получены у 31 пациентки (74%), у остальных – III и IV (26%), БИ, проводимое в установленные сроки, дало положительный результат у 23 пациенток (55%). Таким образом, 37 женщин (88%) нуждались в дальнейшем лечении, из них у 32 (76%) дообследование и лечение в кабинете патологии шейки матки (КПШМ) не было проведено ввиду отсутствия условий. В группе 2Б жалоб не было у 11 (46 %) пациенток, частичный и/или временный эффект отмечен в 10 случаях (42%), остальные отмечали его отсутствие (12%). При БС I и II степени чистоты влагалищных мазков определена у 13 женщин (54%), III-IV – в 46%, у 12 (50%) контрольное или повторное БИ выявило Т. В результате 20 пациенткам (83%) было показано дальнейшее лечение, в КПШМ лечение не смогли завершить 18 пациенток (75%). В группе 2В отсутствие жалоб после лечения отмечалось у 4 пациенток, бактериоскопически I и II степени чистоты влагалищных мазков была в 2 случаях, БИ дало положительный результат в 3 случаях. Нуждались в дальнейшем лечении, в

том числе из-за отсутствия условий для лечения в КПШМ, 6 пациенток. После лечения, проведенного в дневном стационаре, у 60 пациенток жалобы отсутствовали (82%), частичный эффект отмечался у 16% женщин, его отсутствие в 2%, при БС III и IV степени чистоты влагалищных мазков получены у 4 женщин (5,5%), первое БИ на Т было отрицательно у 68 женщин (93%), что позволило успешно провести лечение в КПШМ в 69 случаях (95%).

Выводы: проведенный анализ результатов лечения пациенток с хроническим трихомониазом при использовании различных схем препаратов нитроимидазола показывает, что наиболее эффективной является схема, примененная в группе 1.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «МЕТРОГИЛ ПЛЮС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Чулкова А.М., Милорава З.М., Фоменко И.А.
(Базовая акушерско-гинекологическая клиника КГМУ, Краснодар, Россия)

Цель: оценить эффективность интравагинального применения геля «Метрогил плюс» при проведении антибактериальной терапии у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов.

Материалы и Методы исследования. Гель «Метрогил плюс» (производитель «Юник Фармасьютикал Лабораториз») – комбинированный препарат для интравагинального применения, в одном грамме которого содержится 10 мг метронидазола и 20 мг клотримазола. Нами в условиях дневного стационара проведен анализ ближайших результатов местного лечения 102 пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий с использованием интравагинального введения геля «Метрогил плюс» с/без ФТЛ (ПеМП низкой частоты вагинальным индуктором), которым была показана системная антимикробная терапия (группа 1). Ретроспективно оценивались результаты местной терапии аналогичной по структуре урогенитальных инфекций (УГИ) группы пациенток, в которой указанный препарат не использован (группа 2). В обеих группах возраст пациенток колебался от 18 до 56 лет, они предъявляли жалобы на бели, зуд в области наружных половых органов, диспареунию, боли внизу живота. По результатам обследования на

УГИ в обеих группах уреаплазмоз выявлен у 64 пациенток, в сочетании с микоплазмозом – у 23, хламидиоз – у 11 женщин, гарднереллез – у 34, трихомониаз – в 12 случаях, кандидоз – в 13. Общая и местная антимикробная терапия в обеих группах были сопоставимы, проводились по общепризнанным принципам. ФТЛ с использованием геля «Метрогил плюс» проводилось в зависимости от данных кольпоскипии. Кольпоскопически в первой группе лейкоплакия выявлена в 26 случаях, плоская кондилома шейки матки в 25, т.е. 51 пациентке ФТЛ не проводилось. «Метрогил плюс» использовался в связи с кольпитом, III или IV степенью чистоты влагалищных мазков в 75 случаях, из них в 12 случаях трихомонадной этиологии, по поводу бактериального вагиноза у 16 пациенток, у 11 по поводу дрожжевого кольпита.

Результаты лечения оценивались на основании субъективных симптомов, данных осмотра в зеркалах, бактериоскопии (БС) по окончании курса лечения.

Результаты и их обсуждение. При выписке из стационара во 2 группе жалобы на бели сохранялись у 24 пациенток (24%), зуд во влагалище – у 16 (16%), из них при осмотре гиперемия слизистой оболочки влагалища констатирована в 13 случаях (13%), в 15 (15%) случаях при отсутствии жалоб, выделения патологического характера имели место у 23 женщин (23%), из них в 17 случаях «творожистые» (17%), БС выявила IV степень чистоты влагалищных мазков в 2 случаях (2%), III степень – в 15 (15%), II степень – в 6 (6%), ни в одном из указанных случаев не определялась нормальная влагалищная флора, флора влагалища у 16 (16%) пациенток содержала псевдомицелий, в 16 случаях обнаружены споры дрожжеподобного гриба. В результате лечения у 12 пациенток 1 группы (12%) сохранились жалобы на бели, зуд во влагалище у 5 (5%), при осмотре гиперемия слизистой оболочки влагалища с наличием патологических вагинальных выделений обнаружена у 8 (8%) пациенток, творожистого характера – у 2 (2%), из них у одной пациентки, получающей лечение у эндокринолога по поводу ожирения, нарушения толерантности к углеводам. Результаты БС в 1 группе: IV степень чистоты влагалищных мазков не найдена, III степень – у 5 женщин (5%), у троих – II степень (3%), псевдомицелий и споры дрожжеподобного гриба найдены у двух женщин с характерными белями (2%).

Выводы. Независимо от способа интравагинального применения геля «Метрогил плюс», его использование является эффективным методом местного лечения и профилактикой кандидозных осложнений при проведении антимикробной терапии у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий и ИППП.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ: ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

***Шегай Т. С., Коломиец Л. А., Чуруксаева О. Н., *Магарилл Ю. А.**
(НИИ онкологии СО РАМН, Томск., *Областной Кемеровский онкологический диспансер, Кемерово, Россия)

Цель: определить клинико-морфологические особенности рака шейки матки у пожилых больных.

Материалы и Методы исследования. Был проведен сравнительный анализ клинико-морфологических особенностей у 250 пожилых больных местнораспространенным раком шейки матки IIb-IIIb стадий, получивших лечение в Кемеровском областном онкологическом диспансере и в НИИ онкологии г. Томска. Основную группу составили 170 пациенток старше 60 лет. Группу сравнения – 80 больных 40-50 лет. Все больные получили стандартное противоопухолевое лечение.

Результаты и их обсуждение. Было выявлено, что у больных старшей возрастной группы в 55% диагностирован рак шейки матки IIIb стадии, IIb – в 45%. В группе сравнения удельный вес IIIb стадии составил 30%, IIb – 70% случаев. У больных старшей возрастной группы преобладала смешанная форма роста опухоли – в 81,3% случаев, тогда как в группе сравнения смешанный рост встречался в 69%. Эндофитная форма роста опухоли в основной группе встречалась в 4 раза реже и не превышала 20%, в группе сравнения чаще встречался экзофитный компонент. В старшей возрастной группе плоскоклеточный неороговевающий рак встречался в 63,3%, плоскоклеточный ороговевающий – в 24,6%, аденокарцинома – в 12,1%, что достоверно не отличалось от показателей группы сравнения. Анализ клинических проявлений местно-распространенного рака шейки матки выявил, что в основной группе бессимптомное течение заболевания отмечалось в 50% случаев, болевой синдром – в 46%, кровянистые выделения на фоне менопаузы наблюдались в 22,3% случаев. В группе сравнения превалировали болевой синдром и кровянистые выделения – в 75% случаев, причем в 65% наблюдалось сочетание этих жалоб. Выявлено, что частота обращаемости к гинекологу в старшей возрастной группе не превышала 1-2 раза в 8-10 лет, в то время как в группе сравнения пациентки обращались на осмотр к врачам женских консультаций с периодичностью 1 раз в 3-5 лет.

Выводы. Таким образом, высокий удельный вес запущенных случаев рака шейки матки у женщин пожилого возраста, низкая обращаемость таких

пациенток в консультативно-диагностические центры, преобладание прогностически неблагоприятных форм рака шейки матки, часто бессимптомное течение заболевания требует разработки более активной тактики ведения этой категории больных для своевременного выявления этой патологии.

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.

Шиляев А.Ю.
(ФГУ «НЦ АГ и П им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий» Москва, Россия)

Доброкачественные заболевания шейки матки и миома матки – наиболее часто встречаемые патологии среди гинекологических больных. Частота миомы матки в структуре гинекологических заболеваний составляет 20-45%. Частота доброкачественной патологии шейки матки составляет от 65% до 75% по данным разных авторов.

Цель: определить частоту встречаемости патологии шейки матки у пациенток с миомой матки.

Материалы и Методы исследования. Нами обследовано 298 пациенток, которые были разделены на 3 группы: I группа – 102 женщины с миомой матки, не требующей оперативного лечения, II группа – 96 женщин после субтотальной гистерэктомии, III группа – контрольная, в которую были включены 50 женщин без патологии тела матки. Использовались методы исследования: общеклинический, гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, расширенная кольпоскопия, pap-smear test, бактериоскопия, бактериологическое исследование секрета цервикального канала, обследование на инфекции, передающиеся половым путем, цервикоскопия, биопсия шейки матки, соскоб цервикального канала, морфологический метод исследования.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало высокую частоту патологии шейки матки при миоме матки. В I группе (возраст пациенток от 45 до 58 лет): эктропион – 15,7%, лейкоплакия шейки матки – 47,1%, ovula Nabothi – 70,6%, хронический цервицит 72,5%, эндометриоз шейки матки 17,6%, деформация шейки матки 7,8%, гипертрофия шейки матки 49%, полип цервикального канала 7,8%.

Во II группе (возраст пациенток от 30 лет до 61 года): эктропион – 16,7%, лейкоплакия шейки матки – 41,7%, ovula Nabothi – 70,8%, хронический цервицит 83,3%, эндометриоз шейки матки 16,7%, деформация шейки матки 4,2%, гипертрофия шейки матки 45,8%, полип цервикального канала 4,2%, рак шейки матки – у 4,2% (у одной пациентки выявлена инвазивная аденокарцинома, у трех – микрокарцинома).

В III группе (возраст пациенток от 24 лет до 61 года) эктропион – 12%, лейкоплакия шейки матки – 36%, ovula Nabothi – 40%, хронический цервицит 48%, эндометриоз шейки матки 6%, деформация шейки матки 8%, гипертрофия шейки матки 32%, полип цервикального канала 6%.

Обращали на себя внимание особенности течения заболеваний шейки матки во второй группе, которые характеризовались рецидивирующим характером течения, более длительным процессом регенерации после проведенного деструктивного лечения. Рецидивы чаще проявлялись в виде вновь образовавшихся ovula Nabothi, имплантационного эндометриоза

Выводы. Следует отметить, что у 84% всех пациенток встречалась сочетанная патология шейки матки, причем чаще всего сочетались лейкоплакия, ovula Nabothi и хронический цервицит.

ДОПЛЕРОМЕТРИЯ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К БЕРЕМЕННОСТИ.

Шубина Т.И., Белоусов Д.М., Александрина О.С.
(ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: изучить допплерометрическое исследование маточных сосудов в качестве метода оценки подготовленности к беременности у пациенток с привычными репродуктивными потерями в анамнезе.

Материалы и Методы: Проведено обследование 50 супружеских пар с привычными репродуктивными потерями в анамнезе в сроках 4-24 недели с целью выявления причин невынашивания для подбора методов предгестационной подготовки. Допплерометрическое исследование кровотока в маточных сосудах проводилось при первичном обращении пациентки и после завершения предгестационной подготовки.

Результаты и обсуждение: Среди ведущих этиологических факторов выявлено: совместимость супругов по HLA (52%), врожденные тромбофилические мутации (генов MTHFR, PAI, протромбина, фактора V, 24%), гиперандрогения (24%), аутоиммунные процессы (АФС, антитела к хорионическому гонадотропину, 18%), недостаточность лютеиновой фазы (10%). У 20% выявлены признаки воспалительных заболеваний органов малого таза (хронический эндометрит, сальпингоофорит и др.). Предгестационная подготовка заключалась в проведении иммуноцитотерапии лимфоцитами доноров или супруга, гормональной, антибактериальной терапии, нормализации иммунного статуса и параметров гемостаза по показаниям. У 38 пациенток (76%) выявлены

гемодинамические нарушения маточных сосудов, в основном, малого калибра. Показатели кровотока в маточных сосудах после проведения подготовки к беременности выявили нормализацию параметров у 37 из них.

Выводы: Индивидуальная подготовка к беременности у пациенток с привычными репродуктивными потерями приводит к нормализации гормонального, иммунного, гемостазиологического статуса, что, в свою очередь, восстанавливает нарушенный кровоток в маточных сосудах и, следовательно, трофику маточных тканей, что подтверждается данными допплерометрического исследования.

Таким образом, исследование гемодинамических параметров маточных сосудов в динамике предгестационной подготовки может быть инструментом оценки ее эффективности.

АМБУЛАТОРНАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ЕЕ РОЛЬ В ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Юсупова А.Н., Фролова О.Г., Токова З.З.

(ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И.Кулакова Росмедтехнологий», Москва, Россия)

Цель: показать значение амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в охране репродуктивного здоровья.

Материалы и Методы исследования: использованы данные официальной статистики и экспертные карты на случаи материнской смерти.

Результаты и их обсуждение: В настоящее время (статистические данные за 2007г.) амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь оказывается 1667 женскими консультациями (44 самостоятельных), 3858 акушерско-гинекологическими кабинетами поликлиник, 356 – центрами планированиями семьи, 40031 ФАПом.

Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний признано основной задачей программы «Здоровье» в 2009-2012гг.

О необходимости развития профилактики заболеваний свидетельствуют данные о позднем выявлении злокачественных образований (III-IVстадии) репродуктивной системы. В 2007 г. в процентах к числу взятых под наблюдение пациенток с указанной стадией патологии составили: молочная железа (36,8%), шейка матки (39,9%), тело матки (19,2%), яичники (61,5%).

Остается высоким уровень абортов – 33,3 на 1000 женщин фертильного возраста, 81,9 на 100 родившихся живыми и мертвыми.

Из закончивших беременность в 2007г. страдали анемией – 39,0%, болезнями мочеполовой системы – 20,4%, болезнями системы кровообращения – 10,3%.

Регистрируется относительно высокий уровень патологии репродуктивной системы у девочек.

О задачах по совершенствованию качества помощи свидетельствуют данные по экспертному анализу случаев материнской смерти. Среди предотвратимых случаев материнской смерти (22,5% в 2006г.) дефекты в оказании амбулаторной помощи выявлены в 87,8% случаев, в 17,6% – недостатки диагностики осложнений беременности, в 9,5% – недостатки в диагностике экстрагенитальной патологии, в 13,5% – недостаточное лабораторно-инструментальное обследование, в 8,1% – недостатки консультативной помощи смежных специалистов, в 10,8% – неадекватная терапия, в 17,6% – запоздалая госпитализация.

К факторам, которые могли бы предотвратить летальный исход, экспертами были отнесены: более ранняя диагностика патологического состояния, обследование смежными специалистами, правильная трактовка дополнительных методов исследования, своевременное адекватное лечение, в том числе оперативное, своевременное рациональное прерывание беременности, квалификация специалистов.

Выводы: таким образом, амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь нуждается в дальнейшем совершенствовании, как организационных форм работы, так и повышении доступности и качества помощи.

КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Яковлева О.В., Василенко Л.В., Тебелев Б.Г.
(ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия)

Цель: применение акушерского разгружающего пессария, как альтернативы хирургической коррекции при истмико-цервикальной недостаточности.

Материалы и Методы исследования. Исследование проводилось у 136 первобеременных с установленным на основании осмотра и УЗИ диагнозом истмико – цервикальной недостаточности во втором триместре (14 – 22 недели беременности). В комплекс корригирующей терапии в основной

группе беременных был включен акушерский пессарий. Группу сравнения составили 50 первобеременных с несостоятельностью шейки матки, выявленной в эти же сроки гестации, которым проводилось только медикаментозное лечение. Группы беременных были сопоставимы по возрасту, сроку гестации, этиологическому фактору формирования истмико – цервикальной недостаточности, генитальной и экстрагенитальной патологии.

В динамике проведено обследование на наличие патогенной флоры влагалища, состояние свертывающей системы крови, УЗИ, кардиотокография. Оценено течение беременности, родового акта, состояние плода и новорожденного.

Результаты и их обсуждение. В основной группе после введения акушерского пессария отмечено более редкое возникновение угрозы прерывания беременности. Показатели гемостазиограммы, УЗИ, допплерометрии, кардиотокографии в основной и группе сравнения достоверно не отличались. Проводимое динамическое наблюдение мазков на флору выявило более частое инфицирование кандидозом в основной группе и преобладание энтеробактерий в группе сравнения. В основной группе самопроизвольными выкидышами в 21–23 недели закончилась беременность у 2,2% женщин, преждевременными родами в 34–36 недель у 5,1% пациенток. В группе сравнения произошло прерывание беременности в 18 – 26 недель у 18% женщин, преждевременные роды в 28 – 36 недель беременности произошли у 78% беременных. Анализируя течение родового акта, следует отметить, что, не смотря на проводимую в родах коррекцию токолитиками, более половины женщин в основной и группе сравнения имели быстрые или стремительные роды. Роды во всех случаях наблюдения закончились через естественные родовые пути. Показатели материнского травматизма в родах (разрывы промежности и шейки матки) в основной группе и группе сравнения достоверно не отличались. Осложнений у пациенток в послеродовом периоде в основной и группе сравнения не было. В основной группе перинатальной смертности не было, признаков инфицирования плода и новорожденного не отмечено, в 4,4% у доношенных новорожденного выявлена церебральная ишемия. В группе сравнения зарегистрирован случай внутриутробной пневмонии и перинатальной смертности у недоношенных детей, у всех доношенных новорожденных выявлена церебральная ишемия легкой степени.

Выводы. Применение у беременных с истмико – цервикальной недостаточностью акушерского разгружающего пессария позволяет избежать рецидивов угрожающего прерывания беременности. При проведении коррекции механическим средством уменьшается частота невынашивания беременности у первобеременных. Уменьшение частоты угрожающего прерывания

беременности, мониторирование влагалищной флоры позволяет избежать внутриутробного инфицирования плода и уменьшить частоту церебральной ишемии плода. Акушерский пессарий позволяет пролонгировать беременность в значительном числе наблюдений до срока более 34 недели гестации.

Механическая коррекция истмико – цервикальной недостаточности осуществляется в амбулаторных условиях, не требует госпитализации при установлении, наблюдении и удалении пессария. Методика является возможной к применению у беременных с рубцом на матке, низкой плацентацией, не приводит к формированию свищей шейки матки.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ

Яковлева О.В., Музурова Л.В.
(ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия)

Цель: определить факторы риска возникновения плацентарных нарушений у беременных различных соматотипов.

Материал и Методы исследования. Исследование проведено у 162 женщин первого периода зрелого возраста со сроком гестации 28-34 недели с установленным преждевременным созреванием плаценты. Нами была проведена оценка акушерско–гинекологического анамнеза. При осмотре определяли состояние тонуса и возбудимости миометрия, наличие структурных изменений со стороны шейки матки. Всем беременным проводились кардиотокографическое и ультразвуковое исследования, коагулограмма. Соматотипирование женщин проводилось по методике Х.Т. Каарма (1991), основанной на определения индекса телосложения беременных и состоящего из суммы 19 не изменяющихся в течение беременности индексов, также определялся индекс Кетле – II, индекс массы тела. Группу сравнения составили 30 здоровых беременных с нормальными показателями УЗИ. Основная и группа сравнения беременных были сопоставимы по возрасту, срокам гестации, генитальной и экстрагенитальной патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Из всей группы обследованных первородящие составили 80,9%. Беременные лептосомной и мезосомной конституции составили 13,7% в основной группе. Среди беременных женщин с преждевременным созреванием плаценты преобладали мегалосомные конституции: атлетического – 47,4%, субатле-

тического – 25,9% и эурипластического соматотипов 12,9%. По степени развития подкожно-жировой клетчатки и индекса Кетле – II среди женщин атлетического соматотипа преобладали нормотрофы; субатлетического – гипотрофы, эурипластического – гипертрофы. У представительниц мегалосомных соматотипов выявлены следующие предрасполагающие факторы, приводящие к формированию преждевременного созревания плаценты. Факторы риска экстрагенитальной патологии: варикозное расширение вен нижних конечностей (эурипластический соматотипы), метаболический синдром (эурипластический соматотип), спастический колит (атлетический соматотип), анемия (атлетический и субатлетический соматотипы), хронический пиелонефрит (эурипластический соматотип), гиперкоагуляция (эурипластический и атлетического соматотипы), курение; генитальной патологии: первичное бесплодие (эурипластический соматотип), не регулярные месячные (атлетический соматотип), прегестоз (эурипластический и атлетический соматотипы), истмико-цервикальная недостаточность (эурипластический и атлетический соматотипы), невынашивание беременности в первом или втором триместрах беременности, хронический сальпингоофорит, эрозия шейки матки, кольпит, позднее менархе. Нарушения маточно–плацентарного кровотока выявлено у представительниц атлетического и субатлетического соматотипов. Формирование маловесного плода выявлено у беременных субатлетического соматотипа. Для представительниц лептосомной и мезосомной конституции факторами риска являются курение, артифициальные аборты перед настоящей беременностью, рецидивирующие кольпиты, эутиреоидный зоб, псевдоэрозия шейки матки.

Выводы. Прогнозирование и профилактика антенатального повреждения плода, причиной которого могут быть генитальная и экстрагенитальная патология, является чрезвычайно важной задачей акушерско-гинекологической практики. Учитывая, что к повреждению плода могут привести как эндогенные, так и экзогенные факторы, определение факторов риска для плода и новорожденного при преждевременном созревании плаценты позволяет своевременно осуществить профилактические мероприятия в этой группе беременных.

КСЕНОНОВАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Якубов А.В., Шписман М.Н. Агаркова Л.А.
(НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии СО РАМН,
СибГМУ, Томск, Россия)

Цель: исследовать терапевтическую роль ксенона в комплексном лечении ХФПН.

Материалы и Методы исследования. В исследование включено 50 беременных женщин сопоставимых по возрасту, сроку гестации и паритету. Первую группу (n=15) составили беременные женщины с наличием ХФПН, получающие комплексную терапию с применением лечебных ингаляций ксеноном, вторую группу (n=15) составили беременные женщины с ХФПН, получающие традиционную терапию. Контролем служили 20 здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью. Проводились исследования показателей функционального состояния компонентов системы гемостаза, содержание в крови маркеров эндотелиальной дисфункции, показателей гормонального статуса матери. Оценка функционального состояния системы «мать-плацента-плод» проводилась посредством ультразвукового исследования, допплерометрии и кардиотокографии. Так же проводилась оценка исходов беременности и сроков пребывания новорожденных с родильницами в стационаре.

Результаты и их обсуждение. В первой группе изменения кровотока в системе «мать-плацента-плод» характеризовались полной и стойкой нормализацией через два часа после сеанса. Было отмечено более быстрое улучшение микроциркуляции, нормализация газообменной, метаболической и гормонопродуцирующей функций плаценты, стабилизация клеточных мембран и функции эндотелия в сравнении со второй группой. На второй день наблюдения отмечено значимое повышение содержания плацентарного лактогена и прогестерона, что свидетельствовало о нормализации состояния синцитиотрофобласта, кроме того, зарегистрирована тенденция к увеличению содержания в крови беременной эстриола и α-фетопротеина, что в свою очередь характеризовало нормализацию гомеостаза плода. Через два дня после проведения лечебных ингаляций ксеноном наблюдалась отчетливая тенденция снижения концентрации фактора Виллебранда и тромбомодулина в сыворотке крови, что свидетельствовало о восстановлении функции эндотелия и гликокаликса ворсин хориона. До 35 недель родоразрешено 5,0% в первой группе, 35,0% (p=0,04) во второй. Частота кесарева сечения в первой группе составила 10,0%, во второй – 25,0% (p=0,03). Средний срок пребывания новорожденных в стационаре составил 5,1±1,1 суток в первой группе и 9,4±1,7 суток во второй. Перинатальных потерь не было.

Выводы: Таким образом, нарушения морфофункционального состояния плаценты представляют собой одну из основных причин осложненного течения беременности и родов, а также перинатальной заболеваемости и смертности. Предлагаемый метод комплексного лечения ХФПН позволит значительно быстрее и эффективнее нормализовать состояние фетоплацентарного комплекса и значительно улучшить внутриутробное состояния плода, что подтверждается данными ультразвукового сканирования и кардиотокограммы. Применение различных методов фармакотерапии, направленных на улучшение маточно- и фетоплацентарного кровотока, а так же на оптимизацию метаболических процессов и усиление антиоксидантной защиты является одним из важных направлений в традиционной терапии хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН). Использование предлагаемого комплексного метода лечения позволит пролонгировать беременность до оптимальных сроков, снизить количество осложнений в родах и послеродовом периоде, связанных с утяжелением фетоплацентарной недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Ярман С.А., Кустаров В.Н.
(Кафедра акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия)

Цель: оценить гормонально-метаболические изменения у женщин с физиологическим и патологическим течением перименопаузального периода.

Материалы и Методы исследования: обследовано 66 женщин перименопаузального возраста с легкими и умеренными проявлениями климактерического синдрома и различными нарушениями менструальной функции. Всем пациенткам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование с определением индекса массы тела (ИМТ), соотношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), оценивались показатели гормонального статуса (2-5 день цикла), углеводного и липидного обмена, коагулограмма. Ультразвуковое сканирование органов малого таза выполнялось на 5-6 день менструального цикла. При статистической обработке полученных результатов использовали стандартный пакет программ прикладного статистического анализа – Statistica for Windows v.6.0.

Результаты и их обсуждение. Все обследованные женщины были разделены на 2 группы: 1–я группа – 41 пациентка с патологической перименопаузой (аномальные маточные кровотечения по типу меноррагии, метроррагии или менометроррагии), 2-я группа – 25 женщин с физиологическим климаксом (нарушение менструального цикла по типу олигоменореи). Пациентки в обеих группах имели миому матки объемом 123,45±12,52мм3 и 99,06±15,06мм3 (не более 3-х узлов с интрамуральной и/или интрамурально-субсерозной локализацией) при толщине эндометрия 6,07±0,55 мм и 5,42±0,54 мм соответственно (p>0,05). Средний возраст пациенток составил 46,85±0,27 года (1-я группа) и 47,56±0,54 года (2-я группа). При этом все женщины имели избыточную массу тела и тенденцию к увеличению ОТ (ИМТ – 25,75±0,6 и 25,54±0,73кг/см2; ОТ/ОБ – 0,84±0,01 и 0,81±0,01 соответственно, p>0,05). При оценке гормональных изменений в представленных группах не было выявлено различий по следующим показателям: ФСГ – 21,51±3,11 и 21,09±4,86мМЕ/мл; ЛГ – 14,66±2,24 и 18,06±3,72мМЕ/мл; Е2 – 301,74±65,23 и 231,61±28,30пмоль/л; ДЭАС – 3,81±0,42 и 3,91±0,54мкмоль/л; свободный тестостерон (Тс) – 0,07±0,04 и 0,02±0,004нмоль/л; ГСПГ – 48,91±4,77 и 52,89±5,47г/л; ТТГ – 2,56±0,3 и 2,65±0,46мМЕ/л. Таким образом, выявленные повышения уровня ФСГ и ЛГ в сыворотке крови, при сохраняющемся в пределах физиологической нормы уровне Е2, характеризуют вариабельность овариальной функции в перименопаузе. При этом у женщин в 1-й группе уровень ПРЛ оказался выше по сравнению с пациентками 2-й группы – 288,30±19,77 и 234,48±19,92мМЕ/л соответственно (t=2,08; p<0,05), а уровень Тс значительно превышал верхнюю границу нормы (0,037нмоль/л). Оценивая метаболические изменения у женщин перименопаузального возраста, нарушений углеводного обмена не выявлено: глюкоза – 4,98±0,15 и 5,03±0,1ммоль/л; С-пептид – 2,58±0,16 и 2,36±0,26нг/мл (p>0,05). Липидный спектр крови был представлен следующими показателями: общий холестерин – 6,22±0,23 и 5,96±0,21ммоль/л; ЛПНП – 3,6±0,31 и 2,93±0,27ммоль/л; ЛПОНП – 5,2±0,73 и 3,84±1,05ммоль/л; ЛПВП – 1,67±0,08 и 1,74±0,13ммоль/л (p>0,05), что указывает на развитие менопаузального метаболического синдрома. Так, уровень холестерина превышал нормальные показатели и соответствовал умеренной степени атерогенности (5,7 – 6,5ммоль/л), ЛПНП и ЛПОНП – высокой степени атерогенности (3,4 – 4,1 и >1,0ммоль/л соответственно), ЛПВП – низкой атерогенности (>1,6ммоль/л). Различия в группах определялись по уровню триглицеридов (ТГ): 1-я группа – 1,43 ±0,17ммоль/л, 2-я группа – 2,15±0,26ммоль/л (t=2,37; p<0,05) и коэффициенту атерогенности – 2,65±0,15 (низкий) и 3,33±0,38 (умеренный) соответственно (t=1,95; p<0,05). Показатели функции печени находились в пределах нормы и не

имели различий у пациенток в 1-й и 2-й группах: билирубин – 12,96±0,78 и 12,23±1,07мкмоль/л; АЛТ – 23,88±1,66 и 26,21±2,45Е/л; АСТ – 21,14±1,15 и 24,92±1,92Е/л (p>0,05). Уровень фибриногена был снижен у женщин в 1-ой группе по сравнению с пациентками во 2-ой группе: 2,75±0,13 и 3,32±0,13г/л соответственно (t=2,87; p=0,006), что вероятно и является одной из причин развития аномальных маточных кровотечений (АМК) при патологической перименопаузе. По другим показателям коагулограммы группы не имели различий: ПТИ – 101,57±1,87 и 103,55±3,19%; МНО – 1,02±0,03 и 1,03±0.05; Д-димер – 0,34±0,03 и 0,34±0,04мг/мл (p>0,05).

Выводы: 1.У пациенток с патологической перименопаузой уровень Тс превышал нормальные физиологические значения, уровень ПРЛ был выше, а уровень фибриногена ниже по сравнению с женщинами с физиологическим климаксом. 2. Липидограмма у данных пациенток имела более благоприятный метаболический профиль по уровню ТГ и низкий коэффициент атерогенности.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.
(ФГУ «НЦ АГ и П им. В.И.Кулакова Росмедтехнологий, Россия, Москва)

Цель: оценить особенности клинического течения, эффективность этиопатогенетической терапии при моноинфицировании урогенитальными микоплазмами.

Материалы и методы исследования. Обследованы 375 беременных с урогенитальной микоплазменной инфекцией (метод ПЦР и культуральный метод). У 60 пациенток (16%) были выявлены урогенитальные микоплазмы в виде моноинфекции (основная группа), в остальных случаях отмечена ассоциация с другой условно-патогенной микрофлорой (E.coli, Enterococciae, Streptococci, Corinebacteriae et ctr.). Среди 60 беременных основной группы U.urealyticum была выявлена в 48(80%), M.hominis – 6(10%), U.urealyticum+M. hominis – 6(10%) случаев. Контрольная группа- 45 здоровых беременных

Оценка состояния плода проводилось методами функциональной диагностики (УЗ-исследование, допплерометрия, КТГ). Проводился также биохимический скрининг (α-FP, β-ХГ, Эстриол), контроль гемостазиограммы, клинического анализа крови.

Результаты и их обсуждения. По результатам лабораторного и функционального исследования выявлено, что у 7(11,8%) беременных из 60 пациенток основной группы клинико-лабораторные показатели, течение беременности и исход родов соответствовал таковым у здоровых беременных. В этой группе пациенток наличие урогенитальных микоплазм было расценено как носительство, что не требовало специфической терапии.

У 53 пациенток из 60 (88,3%) определялся повышенный уровень фибриногена в сыворотке крови, начиная с 11-12 недель беременности. Средний уровень фибриногена превышал таковой у здоровых беременных в среднем на 18,5-20,5% на всех этапах беременности.

При клиническом анализе крови у этих же пациенток отмечалось прогрессивное повышение уровня СОЭ, не соответствующее сроку беременности. У 38 из 53 пациенток (71,7%) в 20-22 недель беременности была выявлена анемия (средний уровень Hb составил 105,6±3,8г/л). В контрольной группе анемия выявлена у 6 беременных (13,3%)($p \leq 0,01$). Угрожающий выкидыш в I триместре отмечался у 33(62,2%), угрожающий поздний выкидыш – у 28(52,8%) из 53 пациенток.

Исследование биохимических показателей в сыворотке крови в 18-19 недель беременности выявило снижение уровня β-ХГ у 47 из 53 пациенток (88,7%), умеренное снижение уровня эстриола у 34 (64,1%), уровень α-FP соответствовал норме.

При ультразвуковом исследовании в II триместре беременности в основной группе маловодие выявлено у 7 из 53 пациенток(13,2%), преждевременное созревание плаценты – у 31(58,5%), многоводие – у 5 (9,4%).

В 53 случаях из 60 (основная группа) пациенткам была проведена антибактериальная терапия джозамицином в 18-19 недель беременности (1,5г/сутки в течение 10 дней), антиоксидантная, симптоматическая терапия с положительным эффектом.

После проведения терапии роды во всех случаях были своевременные. Средняя масса новорожденных-3116±273г, оценка по Апгар- 8,1±0,89 баллов.

Выводы: в 11,8% случаев при наличии урогенитальных микоплазм беременность протекает без осложнений. Маркерами реализации воспалительного процесса при беременности, ассоциированного с урогенитальными микоплазмами, могут служить несвоевременное повышение уровня фибриногена в сыворотке крови, повышение уровня СОЭ, снижения уровня β-ХГ, эстриола, преждевременное созревание плаценты, маловодие, многоводие. Своевременное проведение антибактериальной (с 18-20 недель беременности) терапии позволяет пролонгировать беременность до своевременных родов, избежать осложнений с течение беременности и перинатальном периоде.

Содержание

3 **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ, АССОЦИИРОВАННОМ С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**
Абрамовских О.С., Бойко И.В., Ахматова А.Н., Беренда М.А.

4 **НЕАКУШЕРСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕ-ЛЬСТВА У БЕРЕМЕННЫХ**
Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Аскольская С.И., Романова Е.Л., Ляшко Е.С., Николаева А.В.

6 **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**
Адамян Л. В., Чернова И. С., Козаченко А. В.

8 **НЕАКУШЕРСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БЕРЕМЕННЫХ**
Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Аскольская С.И., Романова Е.Л., Ляшко Е.С., Николаева А.В.

10 **ВЛИЯНИЕ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ И ЧИСТОПРОГЕСТИНОВЫХ ТАБЛЕТОК НА НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ГЕМОСТАЗ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ**
Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Акопян А.Н., Чернышева Е.С., Тагиева А.В., Менжинская И.В.

11 **РОЛЬ АУТОАНТИТЕЛ К АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЕ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**
Александрова Н.В., Ткаченко Л.В, Зборовская И.А.

13 **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**
Алехин М.В., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Андреева Е.В., Хейдар Л.А., Бояр Е.А., Юшина М.В., Попова Е.С.

14 **ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА ПОКАЗАТЕЛИ РЕОВАЗОГРАФИИ СОСУДОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ**
Алиева З. А., Стрельникова Е.В., Данилов А.Ю., Бакуридзе Э.М.

16 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОНАТОРА ОКСИДА АЗОТА (СИЛДЕНАФИЛА ЦИТРАТА) И ИНТЕНСИВНОЙ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ ВРТ**
Алиева К.У., Кузьмичев Л.Н., Смольникова В.Ю., Ипатова М.В., Микаелян В.Г.

18 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ CIN ШЕЙКИ МАТКИ**
Аминодова И.П., Павлычева А.А., Чикина Е.В., Смирнова И.Л.

19 **СОСТОЯНИЕ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
Амирасланова М.М., Мамедова Н.Ф.

20 **ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПАРАУРЕТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ**
Аполихина И.А., Железнякова А.И., Белоусов Д.М.

21 **ОЦЕНКА СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА PISQ – 12**
Аполихина И.А., Саидова А.С., Кубицкая Ю.В.

23 **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
Аполихина И.А., Саидова А.С., Кубицкая Ю.В.

24 **АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА И СТРУКТУРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ**
Бантьева М.Н.

26 **КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**
Баранов И.И.

28 **СОВРЕМЕННЫЕ РЕЗЕРВЫ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**
Беда Ю.В.

29 **ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВУШЕК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**
Белокриницкая Н.И., Белокриницкая Т.Е., Сутурина Л.В.

31 **ФЕРТИЛЬНОСТЬ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**
Белокриницкая Н.И., Белокриницкая Т.Е., Сутурина Л.В.

33 **ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ У БЕРЕМЕННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**
Бериханова Р.Р., Хрипунова Г.И., Молчанова Л.Г., Шляхова И.Ю., Шипилова.Л.М.

34 **ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ СОГЛАСНО РЕАЛИЗАЦИИ ЕЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**
Биличенко Е.Н., Крутова В.А.

36 **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ**
Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Шевченко Н.А., Миллер А.П., КасьяноваГ.В., Караченцева И.В.

38 **ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ**
Буртушкина Н.К., Куперт А.Ф., Кокунова Е.Г.

39 **ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГОВОГО HLA- ТИПИРОВАНИЯ У БЕСПЛОДНЫХ ПАР**
Велиева Э.Э., Смольникова В.Ю., Сухих Г.Т., Кузьмичев Л.Н.

40 **ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ**
Верясов В., Роговская С., Сухих Г.

42 **ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ A.VAGINAE У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ**
Ворошилина Е.С., Кротова А.А, Плотко Е.Э., Хаютин Л.В.

43 **ОПЫТ ДОЛЕЧИВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ «МОЖАЙСКИЙ» ПРИ СПЕЦСТРОЕ РОССИИ**
Гимадиева С.Р., Котков А.Г.

45 **СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К ПРОГЕСТЕРОНУ В КЛИНИКЕ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ**
Гладкова К.А., Менжинская И.В.

46 **ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭКО**
Гнипова В.В.

48 **АБЛАЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**
Голова Ю.А, Бреусенко В.Г, Кирикова Ю.М.,Степанов К.И., Касьянова Г.В.

49 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИФЕРОНА У ПАЦИЕНТОК С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ**
Горяева Я.С.

50 **МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ АБОРТЕ**
Гусева Е.Н., Абрамченко В.В., Ланцев Е.

51 **ФАКТОРЫ ВЫБОРА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА**
Гусева Е.Н., Худик А.И., Бархудорян С.С., Абрамченко В.В.

52 **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАЦЕНТЕ И НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ЭПИЛЕПСИЕЙ**
Джатдоева Ф.А., Доброхотова Ю.Э., Судакова Г.Ю., Течане Х.Т., Бояр Е.А., Хейдар Л.А., Юшина М.В., Шихмирзаева Э.Ш.

54 **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**
Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Довлетханова Э.Р., Торгомян А.А., Титов Д.С.

56 **СОХРАНЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
Довлетханова Э.Р., Гаспаров А.С., Барабанова О.Э., Хилькевич Е.Г., Колесников Д.И.

57 **ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ГИСТЕРЭКТОМИЮ**
Додонов А.Н., Трубин В.Б., Трубина Т.Б.

59 **КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА**
Додонов А.Н., Трубина Т.Б., Глебова Н.Н., Трубин А.Р.

61 **ОБОСНОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНЫХ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АКУШЕРСКИЕ ТРАВМЫ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПЕРВЫХ РОДАХ**
Додонов А.Н., Красникова М.Б., Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Трубин А.Р.

62 **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛИКОПИД» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**
Долгушина В.Ф., Абрамовских О.С., Бойко И.В., Ахматова А.Н., Беренда М.А.

64 **ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА В ТЕРАПИИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ**
Дубровина Н.В., Сокур Т.Н., Федорова Т.А.

65 **ВЛИЯНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА ЭНДОМЕТРИЯ НА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЭКО У ПАЦИЕНТОК С НЕЭФФЕКТИВНЫМИ ПОПЫТКАМИ**
Дюжева Е.В., Калинина Е.А., Кузьмичев Л.Н.

66 **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОФАЗНОГО НИЗКОДОЗИРОВАННОГО КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА «ЛОВЕСТОН»**
Евсеев А.А., Демина Л.Н., Каухова А.А., Шевченко Н.А.

68 **ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛЯРИЗОВАННОЙ СВЕТОТЕРАПИИ И НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**
Ежов В.В., Торчинов А.М., Дымковец В.П., Салиев А.А., Тохтиева М.Э.

69 **ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ РЕАКЦИИ МАТКИ НА МОДЕЛИРОВАННУЮ ВЛАГАЛИЩНУЮ ГИПЕРТЕРМИЮ**
Емец Р.Н., Луговая А.В., Романовская О.А.

70 **К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА**
Емец Р.Н., Луговая А.В., Уланкина О.Г.

71 **КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ВЫБОР И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ КУБАНИ**
Ермошенко Б.Г., Крутова В.А., Сахно В.С.

73 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**
Жданова М.С., Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.

74 **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ**
Жилгельдина Н.З.

76 **СОДЕРЖАНИЕ МАКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ИРКУТСКА**
Загарских Е.Ю., Колесникова Л.И., Долгих В.В., Курашова Н.А.

77 **ПРИМЕНЕНИЕ ПАЛОЧЕК ЛАМИНАРИИ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ**
Занько С.Н., Журавлева Е.В., Журавлев А.Ю. *

79 **ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ У ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ МАГНИТОГОРСКОГО МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА**
Зверева Ю.М.

80 **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ ВНУТРИУТРОБНО**
Зубков В.В., Михайлова О.И., Макиева М.И., Тютюнник В.Л.

82 **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
Зур Н.В., Миронов А.Ю., Нестерова М.В., Русанова Е.В.

83 **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
Зур Н.В., Миронов А.Ю., Нестерова М.В., Русанова Е.В.

85 **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
Иванова Л.А., Ильин А.Б., Глуховец Б.И.

86 **ФДТ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ**
Иванова Л.В., Савинов И.П., Федина Е.В.

88 **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**
Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.

89 **ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕННОГО МЕТАБОЛИЗМА КОЛЛАГЕНА У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**
Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э.

91 **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ИНФЕКЦИОННЫМ КОМПОНЕНТОМ В ГЕНЕЗЕ ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ**
Казиева С.Ф., Магомедова Д.М., Аскерханова Э.Р., Нурмагомедова С.С.

92 **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДА ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ**
Кан Н. Е., Кондриков Н.И., Орджоникидзе Н.В.

94 **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**
Кан Н.И., Шабаева Л.В., Ванина Л.Н., Николаева-Балл Д.Р., Кирикова Е.В.

96 **РОЛЬ САНАЦИИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПЕРЕД РОДАМИ В СНИЖЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ**
Карапетян Т.Э., Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л.

97 **ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**
Карась И.Ю., Равинг Л.С.

99 **АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ И ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**
Кесова М.И., Болотова О.В., Мартынов А.И., Санникова М.В., Климанцев И.В., Амирасланов Э.Ю., Кан Н.Е., Касабулатов Н.М.

100 **СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ КОНТРАЦЕПЦИИ**
Кира Е.Ф., Белякина И.В.

102 **СЕРТАКОНАЗОЛ – УНИКАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДВОЙНОГО ПРОТИВОГРИБКОВОГО ДЕЙСТВИЯ**
Кира Е.Ф., Муслимова С.З.

103 ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ
Кира Е.Ф., Кохно Н.И.

105 СОВРЕМЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРЕСС-ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН В СТАЦИОНАРЕ ОДНОГО ДНЯ
Кира Е.Ф., Пермяков А.С., Гамирова Е.В.

107 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ ИНИЦИАЦИИ КАНЦЕРОГЕНЕЗА В ОРГАНАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ
Киселев В.И.

108 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА
Ковалева Л.А., Балан В.Е., Гончаревская З.Л.

110 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Ковальчук Т.Г., Сагайдачная С.В., Дударь О.А., Новицкая Е.В.

111 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Сазонова Л.Н.. Корнилова Т.С., Белоярова В.С.

113 МНЕНИЕ ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН О КАЧЕСТВЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»
Комарова И.А., Кулигина М.В.

114 ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ
Кондратьева Т.А., Артымук Н.В.*, Власова В.В.

116 ПРОБИОТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ
Кононова И.Н., Суворова З.А., Сергачева Е.Н., Сосновская Т.А

117 ПОДГОТОВКА К ДЕСТРУКТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Кононова И.Н.,Кондратьева В.А., Смолева М.Б.

119 **ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ**
Корнеева Е.В., Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В.

120 **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ В СОЧЕТАНИИ С ФОНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ**
Кортунова В.В., Трубин В.Б., Красникова М.Б.

122 **ПРЕИМУЩЕСТВА DIGEN-ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПВИ**
Кравинская Т.А., Радзинский В.Е., Петрова В.Д.

123 **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПВИ У ПАЦИЕНТОК С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ DIGEN-ТЕСТОМ**
Кравинская Т.А., Радзинский В.Е., Петрова В.Д.

124 **СОСТОЯНИЕ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОК С КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИЕЙ ВУИ**
Кравцова Е.С., Бельницкая О.А., Мегрелидзе Е.В., Тарасова Т.В., Фильчакова О.Н.

125 **ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕВУШЕК, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ**
Кравцова О.В., Долгих В.В., Сутурина Л.В., Лещенко О.Я.

127 **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ АБОРТОМ ВО II ТРИМЕСТРЕ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ**
Красникова М.Б., Трубин В.Б., Зарипов Т.Ш., Додонов А.Н.

128 **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**
Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Тамазян Г.В., Гридчик А.Л., Зароченцева Н.В.

130 **СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ**
Кропмаер К.П., Безнощенко Г.Б., Медянникова И.В., Фокина Е.А.

131 **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В УСЛОВИЯХ БАЗОВОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**
Крутова В.А., Ермошенко Б.Г., Галустян С.А., Трантин А.Н.

133 **ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ**
Крутова В.А., Ермошенко Б.Г.

134 **ОПЫТ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ «МИФЕПРИСТОН» И «МИРОЛЮТ»**
Куземин А.А.

136 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ**
Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г.

137 **ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**
Кузнецова И.А., Шахова Н.М., Качалина О.В., Курбатова М.В., Юнусова Е.Э.

139 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНОЙ ПАСТЫ «ПРЕГНАДЕНТ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**
Кузьмина Э.М., Мазуркевич М.В., Ямщикова Е.Е.

140 **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ**
Кулавский В.А., Насырова С.Ф., Абдрахманова А.М.

142 **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У СЕКСУАЛЬНО НЕАКТИВНЫХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НОРМАЛЬНЫМ И НАРУШЕННЫМ МЕНСТРУАЛЬНЫМ ЦИКЛОМ**
Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Ежова Л.С.

143 **ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ НОСИТЕЛЬСТВА СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ В У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ**
Курлеева Т.Ю., Сизоненко А.Л., Невмержицкая О.В.

144 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АДАПТАЦИИ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ В КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**
Кшнясева С.К., Константинова О.Д., Тиньков А.Н.

145 **ИЗМЕНЧИВОСТЬ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ДЕТОКСИКАЦИИ GSTT1 И GSTM1 У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ**
Лабыгина А.В., Шенин В.А., Урыбин И.Ю., Сутурина Л.В., Нестерова Д.И., Колесникова Л.И., Беляева Е.В.

146 **РОЛЬ РЕТИНОЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ**
Лабыгина А.В., Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Аталян А.В, Гребенкина Л.А., Осипова Е.В., Олифиренко Т.Л., Лазарева Л.М.

148 **ПОСЛЕАБОРТНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ**
Ланцев,Гусева Е.Н. Худик А.И.

149 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ**
Ларионова О.Н., Коротовских Л.И., Кононова И.Н.

151 **РЕЗУЛЬТАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПОСЛЕ ЭЛЕКТРОДЕСТРУКЦИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИ – И ПОСТМЕНОПАУЗЕ**
Лаутеншлегер Е.В, Клинышкова Т.В

152 **ИНОКЛИМ (ЭКСТРАКТ СОЕВЫХ БОБОВ) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА**
Ледина А.В., Прилепская В.Н.

153 **ПРИМЕНЕНИЕ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**
Линева О.И., Веревкина О.М., Беленькая О.Н.

155 **КОРРЕЛЯЦИЯ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИН И ИММУННОГО СТАТУСА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ**
Линькова Н.С.1, Костылев А.В.1, Костючек И.Н.2, Кветной И.М.2

156 **НАТУРАЛЬНЫЕ КИЛЛЕРЫ В ПЛАЦЕНТЕ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ФЕРТИЛЬНОГО В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ**
Линькова Н.С.1, Костылев А.В.1, Костючек И.Н.2, Кветной И.М.2

158 **ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕНЕРАЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**
Ломова Н.А., Матвеева Н.К., Сафронова В.Г., Касабулатов Н.М.

159 **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ЭСЦИЗИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА**
Манухин И.Б, Фириченко С.В, Минкина Г.Н., Зуйкова Е.В, Фадеева Е.А.

160 **КОЛЬПИТЫ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ КОФАКТОР В ФОРМИРОВАНИИ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ВУЛЬВЫ У БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОЗИРУЮЩИМ ЛИШАЕМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
Манухин И.Б., Крапошина Т.П., Истомина В.Э., Григорян С.Н.

162 **РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ**
Манюхина И.А., Евсеев А.А., Кузнецов М.В, Пивоварова О.Ю.

163 **МУЖСКОЙ ФАКТОР НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ-СВЯЗЬ С БАКТЕРИАЛЬНЫМИ УРЕТРОПРОСТАТИТАМИ, ИНФЕКЦИЯМИ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ И ТЕРАТОЗООСПЕРМИЯМИ**
Маркарян Д.С.

165 **МЕДИЦИНСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ**
Мельник Т.Н., Краснопольский В.И., Серова О.Ф.

166 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДИНОЛА И ЭПИГАЛЛАТА У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КУЗБАССЕ**
Меховская Л.Ю., Завразина М.В., Власова В.В.

167 **СТАТУС ЭНДОЦЕРВИКАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИНДИКАТОР ОСТАТОЧНОГО/РЕЦИДИВНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ CIN 2,3**
Минкина Г.Н., Гаврикова М.В., Комарова Е.В.

169 **РОЛЬ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В СОРТИРОВКЕ НЕЯСНЫХ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ АТИПИЙ**
Минкина Г.Н., Комарова Е.В., Шипулина О.Ю., Куевда Д.А., Гаврикова М.В.

170 **ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮЦИИ МАТКИ У РОДИЛЬНИЦ С КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПО ДАННЫМ УЗИ**
Минуллина Н. К., Фёдорова Ж.П., Фатхуллина А.А.

171 **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ C.FETUS В АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ**
Минуллина Н. К., Фёдорова Ж.П., Фатхуллина А.А.

172 **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА HLA G БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ И ЕЕ ПЛОДА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА**
Михайлин Е.С., Иващенко Т.Э.

174 **РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ВОРСИНЧАТОГО ДЕРЕВА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
Михайлова О.И., Лукьянова Е.В., Тютюнник В.Л.

175 **МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФОРМ TRICHOMONAS VAGINALIS, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ С ТРИХОМОНИАЗОМ**
Морева Ж.Г., Сащенко В.П.

177 **ГЕСТОЗ С ПОЗИЦИЙ КОНЦЕПЦИИ О ТИПАХ АДАПТАЦИИ МАТЕРИ И ПЛОДА К РОДОВОМУ СТРЕССУ**
Мороз М.В., Мамиев О.Б., Мамиев В.О.

178 **МИОМА МАТКИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ**
Мунтян А.Б., Коломиец Л.А., Бочкарёва Н.В.

180 **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТОПИЧЕСКИХ ГЕПАРИНСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ**
Соснова Е.А., Мурашко А.В., Краснощока О.Е.

181 **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПРИ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТКАХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ (ВРТ)**
Мусаева М.Г.

183 **ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ НЕУДАЧНЫЕ ПОПЫТКИ ЭКО И ПЭ**
Мусаева М.Г., Бессмертных В.С.

184 **ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУБКЛАССОВ АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИТЕЛ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ПРОГНОЗА АЛЛОИММУННОЙ АНЕМИИ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО**
Нагорнева С.В., Красильщикова И.В, Шелаева Е.В., Павлова Н.Г.

185 **СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ**
Назаренко Е.Г., Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н.

187 **ОЗДОРОВЛЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФИЗИОТЕРАПИИ**
Намазова Л.С., Конова О.М., Алексеева М.Н.

188 **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАКИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН**
Насырова С.Ф.

190 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**
Нехаева О.И., Байков Е.А.

191 **МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЦРБ**
Нехаева О.И, Хасминский А.Г.

192 **БЕРЕМЕННОСТИ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С «TORCH»-ИНФЕКЦИЯМИ**
Новикова О.Н., Фанасков С.В., Гребнева И.С.

194 **БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ `**
194 **У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПО ДАННЫМ МУЗ ГБ №1 Г.ПРОКОПЬЕВСКА**
Новикова О.Н., Фанасков С.В., Гребнева И.С.

195 **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОВОЛНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВУЛЬВЫ**
Обоскалова Т.А., Глухов Е.В., Локшин С.Л.

197 **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ**
Обоскалова Т.А., Шабарчина Ю.А., Иванова В.С., Воронцова А.В.

199 **ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НА РЕЦЕПТОРНЫЙ АППАРАТ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**
Овчинникова В.В., Серова О.Ф., Меньшикова Н.С., Трифонова И.А., Соваев Н.И.

200 **КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СМЕШАННЫХ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ**
Олина А.А.

201 **КАНЕФРОН В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ**
Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Петрова С.Б.

203 **РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ В ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**
Парагульгова Ф.М., Соснова Е.А.

204 **ВЛИЯНИЕ ДИПИРИДАМОЛА НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ (ВПГ I, II) ИНФЕКЦИЕЙ**
Первушина Е.В., Гафурова Д.Н., Востренкова С.А.

205 **СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ**
Пигарева Л.Н., Храмова Е.Е., Голубев С.С., Долгих Л.Г., Беляева Е.В., Храмова И.А.

207 **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО СИНДРОМА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ С ОЖИРЕНИЕМ**
Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Перова Т.В.

208 **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПАЦИЕНТОК В СОСТОЯНИИ ПОСТОВАРИОЭКТОМИИ, ОТЯГОЩЕННЫХ РАКОМ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ**
Покуль Л.В.

210 **АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**
Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г., Федорова Т.А., Хорошко Н.Д., Соколова М.А.

212 **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
Полушкина Е.С., Савушкин А.В.

213 **ОФИСНАЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**
Попов А.А., Краснопольская К.В., Мачанските О.В., Рамазанов М.Р., Грохотова Е.Н., Баринова И.В., Шабанов М.А., Деревенец В.А.

215 **МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОЦЕНКИ ЛИЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГО КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**
Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Истратова Т.А., Кокорина О.К., Алексеева Е.Г.

216 **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**
Потапова И.А, ГусеваЕ.Н., Абрамченко В.В., Худик А.И., Сикальчук О.И.

217 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК**
Потешонкова С.В., Кулигина М.В., Шмаева Е.Ю.

219 **ЛЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ**
Пошеченкова Е.А.

220 **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА**
Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В.

221 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ МИКРОДОЗИРОВАННОГО КОНТРАЦЕПТИВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
Прилепская В.Н, Назарова Н.М., Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р

223 **ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ – ГЛОБАЛЬНОЕ ДОСТИЖЕНИЕ XXI ВЕКА**
Прилепская В.Н.

224 **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕВУШЕК С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СОСУДИСТЫХ ДИСТОНИЙ**
Пугина Е.В., Долгих В.В., Кулеш Д.В., Храмова Е.Е.

226 **ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ И ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ**
Равинг Л.С., Карась И.Ю., Карась Д.В.

227 **SИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОН В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ**
Рогачевский О.В., Фотеева Т.С., Михайлова О.И., Борзыкина О.М.

229 **ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ-ГИНЕКОЛОГОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ИХ ПАЦИЕНТОВ О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**
Роговская С.И., Прилепская В.Н., Бебнева Т.Н., Акопова Е.С., Лебедева М.И.

230 **ВЛИЯНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА**
Рогожина И.Е., Нейфельд И.В., Столярова У.В.

231 **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С АНТИДЕПРЕССАНТАМИ С ЦЕЛЬЮ БЫСТРОГО КУПИРОВАНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**
Рогожина И.Е., Столярова У.В., Нейфельд И.В., Скупова И.Н.

233 **РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА И ТРОМБОФИЛИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕЭМБРИОНИЧЕСКИХ И ЭМБРИОНИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ**
Рудакова Е.Б., Полторака Е.В., Пилипенко М.А., Лобода О.А.

235 **ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**
Рудакова Е.Б., Цыганкова О.Ю., Лазарева О.В.

237 **ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**
Руднева Т.В., Синицын В.А., Руднев С.В.

238 **МИКРОФЛОРА ВЛАГАЛИЩА И ХЛАМИДИОЗ**
Сахарова Т.В., Чекудаева Н.В.

239 **МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ**
Селиверстова Ю.А., Кононова И.Н.

241 **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)**
Лапшихин А.А., Бессмертная В.С., Серебренникова К.Г., Самойлов М.В.,

242 **ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ**
Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Белоусова Т.Н.,Соваев Н.И., Важнова В.М.

243 **ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ И ОПАСНЫХ УСЛОВИЯХ**
Сивочалова О.В., Потапенко А.А.

244 **РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**
Сидельникова В.М.

246 **АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО АБОРТА**
Синчихин С.П., Мамиев О.Б., Магакян С.Г.

248 СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЕМКОСТИ КРОВИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА
Смирнова Г.А., Фаткуллин И.Ф., Погорельцев В.И., Файзрахманова Ф. М.

249 ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В АЛМАЗНО-ДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
Соколова Т.М., Мухамедшина В.Р.

250 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ
Стрижова Н.В., Сираканян И.К., Хлынова С.А., Гавриленко А.С., Коробейников А.П.

252 ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Стрижова Н.В., Коробейников А.П., Гавриленко А.С.

254 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
Струкова В.А., Горбунова Л.М., Логачева Л.Е., Симонов А.А., Жежа С.В.

255 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ
Супряга А.А.

257 ВОЗМОЖНОСТИ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
Тарасов В.Н., Глуховец И.Б.

258 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С МЕТОБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Ткаченко Л.В., Исаева Л.В., Свиридова Н.И.

260 **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА**
Ткаченко Л.В., Яхонтова М.А

261 **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУКЦИИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ**
Ткаченко Л.В., Колесниченко О.А.

263 **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДИОВОЛНОВОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ДЕВУШЕК – ПОДРОСТКОВ**
Ткаченко О.С., Красникова М.Б.

264 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН**
Торчинов А.М., Мазуркевич М.В., Мурачаева Л.Х., Вахаева М.С., Плешакова Л.Л.

266 **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВОГО ТРАКТА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА И СВЕТОТЕРАПИИ**
Тохтиева М.Э., Торчинов А.М., Ежов В.В., Фириченко В.И.

267 **ВОЗМОЖНОСТИ ФДТ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ**
Трушина О.И., Новикова Е.Г.

269 **СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ В ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА**
Турсунова Д.Т, Каретникова Н.А., Гончарова Е.А., Бахарев В.А., Стыгар А.М.

270 **ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**
Турти Т.В., Беляева И.А., Зубкова И.В.

271 **АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**
Тышкевич Н.А.

272 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ
Уквальберг М.Е., Карпова О.В., Хизяпова Т.П.

274 СОДЕРЖАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ СОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
Усова А.В., Начаров Ю.В., Соколова Т.М.

275 АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЛАТЕНТНЫМ ВИРУСОНОСИТЕЛЬСТВОМ ГЕПАТИТА В И С
Федоров Б.А., Давыдова Н.Н.

277 СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ
Федоров Б.А., Колесникова Л.И., Сутурина Л.В., Шолохов Л.Ф., Диденко Е.Л.

278 ПЛАЗМАФЕРЕЗ И ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ К БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ
Федорова Т.А., Михайлова О.И., Тютюнник В.Л.

280 ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ В ТЕРАПИИ RH-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ
Федорова Т.А., Митря И.В., Умбрумянц Д.В.

281 ПЛАЗМАФЕРЕЗ В СОЧЕТАНИИ С НАПРАВЛЕННЫМ ТРАНСПОРТОМ АНТИБИОТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Федорова Т.А., Очан А.С., Товмасян В.М., Козаченко А.В., Алиева З.А.

283 ОСОБЕННОСТИ ВАГИНАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭМА
Филатова Л.А., Литвинова Н.А.

284 ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ
Фоляк Е.В., Соколова Т.М.

285 **ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПЛАЦЕНТЕ И АНОМАЛИЯМИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ**
Худик А.И., Гусева Е.Н., Абрамченко В.В., Сикальчук О.И.

286 **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**
Худицкая В.Н.

288 **НИЗКОДОЗИРОВАННЫЙ СТИМУЛЯЦИОННЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**
Чагай Н.Б.

289 **ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ МАСТОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ**
Чагай Н.Б.

291 **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОГНОЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
Чаунин А.В., Кузьменко Е.В.. Безнощенко Г.Б.

292 **ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ ХЛАМИДИОЗЕ**
Чекудаева Н.В., Сахарова Т.В.

294 **КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ**
Чернышова А.Л., Коломиец Л.А.

295 **ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ СХЕМ ПРИМЕНЕНИЯ НИТРОИМИДАЗОЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН**
Чулкова А.М., Милорава З.М., Фоменко И.А.

297 **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «МЕТРОГИЛ ПЛЮС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**
Чулкова А.М., Милорава З.М., Фоменко И.А.

299 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ: ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
Шегай Т. С., Коломиец Л. А., Чуруксаева О. Н., Магарилл Ю. А.

300 ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.
Шиляев А.Ю.

301 ДОПЛЕРОМЕТРИЯ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К БЕРЕМЕННОСТИ.
Шубина Т.И., Белоусов Д.М., Александрина О.С.

302 АМБУЛАТОРНАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ЕЕ РОЛЬ В ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
Юсупова А.Н., Фролова О.Г., Токова З.З.

303 КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Яковлева О.В., Василенко Л.В., Тебелев Б.Г.

305 ФАКТОРЫ РИСКА ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ
Яковлева О.В., Музурова Л.В.

307 КСЕНОНОВАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Якубов А.В., Шписман М.Н. Агаркова Л.А.

308 ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА
Ярман С.А., Кустаров В.Н.

310 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Фофанова И.Ю., Прилепская В.Н.