вмешательства отмечены у 24 (40,8%) пациенток, из них у 22 (37,5%) – искусственный аборт, у 9 (15%) – инструментальное удаление остатков плодного яйца после самопроизвольного выкидыша, у 17 (29,2%) – гидросальпингография. Корреляционный анализ позволил установить средней степени связь между возникновением трубно- перитонеального бесплодия и различными внутриматочными вмешательствами ($r =+ 0,52$, $p < 0,05$).

Все больные предъявляли жалобы на периодические боли в надлобковой области, реже в пояснично-крестцовой области, не связанные с менструальным циклом. До начала лечения и после его окончания проводились клинические, лабораторные методы обследования больных, с обязательным использованием ультразвукового сканирования органов малого таза и реовазографии.

Больные были разделены на две группы, не отличающиеся между собой по общепринятой схеме: лечение 1- группы (25 больных) проводилось йодобромными ваннами и вагинальными орошениями в сочетании с магнито - инфракрасной лазерной терапии (МИЛТ). Лечение 2-группы(35 больных) проводилось йодобромными ваннами и вагинальными орошениями.

Минеральные воды в силу своего сложного химического и газового состава являются активными раздражителями, вызывающими глубокие биологические сдвиги в организме. Возникающая под влиянием минеральной ванны гиперемия в коже и слизистых оболочках обуславливает гемодинамические сдвиги во всем организме и в органах малого таза, что способствует рассасыванию патологических инфильтратов, экссудатов, разрыхлению соединительнотканных образований, нормализации функции организма.

При применении магнито-инфракрасной лазерной терапии рядом авторов отмечено мощное стимулирующее действие на процессы регенерации, улучшение трофики тканей, активацию фагоцитоза, восстановление микроциркуляции крови и лимфы за счет расширения действующих капилляров и раскрытия резервных, наблюдается увеличение капиллярной сети за счет роста новых капилляров (неоваскулогенез). Лечение проводилось с помощью аппарата МИЛТА – Ф.

Первую группу составили больные, которым проводилось комплексное лечение, включающее использование магнито - инфракрасной лазерной терапии (частотой 80 Гц, мощностью 70 мВт, экспозиция на 1 зону 1- 2 минуты) в сочетании с йодобромными водами (в виде общих и гинекологических орошений с температурой 36 - 37 градусов по Цельсию, продолжительностью каждой из процедур 10 - 15 минут). Вначале больная принимала орошение, затем ванну; процедуры назначались через день или два дня подряд с одним днем отдыха, на курс 10- 12 процедур. Уже после 4- 5 процедуры отмечалось улучшение общего состояния больных, прекращались боли внизу живота и в поясничной области.

Проведенный курс реабилитационной терапии привел к выраженному терапевтическому эффекту в 90% случаев. Все больные отмечали улучшение общего состояния, повышение работоспособности, улучшение сна. У 11 женщин наступила беременность, из них у 2 больных беременность закончилась родами, у 3 самопроизвольным выкидышем в сроке от 5 до 12 недель, 6 женщин - в процессе гестации.

При клиническом обследовании определялось уменьшение инфильтративных изменений в области придатков матки, исследование было безболезненным. После завершения курса лечения по данным ультразвукового сканирования у 75% больных изменений со стороны матки и придатков не выявлено. У 25% больных были остаточные явления хронического сальпингоофорита.

Реовазографические исследования свидетельствовали о выраженном вазотропном эффекте лечения. При применении сочетания магнито - инфракрасной лазерной терапии с йодобромными водами на фоне выраженного прилива крови к органам малого таза - у 46,2% больных, несколько увеличилась продолжительность притока и оттока крови – у 45,8%, ускорился кровоток в органах малого таза – у 41,6%, уменьшились застойные явления, наблюдалось статистически достоверное снижение сосудистого тонуса – у 56,5%

При применении во второй группе больных йодобромных ванн и вагинальных орошений также наблюдалась благоприятная динамика реографических показателей, однако, ускорение кровотока и уменьшение застойных явлений не являлось столь очевидным.

Отмеченные результаты лечения при сочетании йодобромных вод, в виде общих ванн и вагинальных орошений и магнито - инфракрасной лазерной терапии свидетельствуют о том, что, потенцируя и пролонгируя действие друг друга указанные процедуры благоприятно влияют на состояние регионарного кровообращения. Отсутствие жалоб после комплексного лечения, двуручное исследование, ультразвуковое сканирование органов малого таза, реовазография, позволило судить о болеутоляющем, дефиброзирующем, противовоспалительном эффектах. Это обстоятельство имеет большое практическое значение, так как может быть одним из критериев дифференцированного выбора оптимальной методики лечения больных в санаторно-курортных условиях в соответствии с конкретной клинической ситуацией.

Таким образом, выявлены несомненные преимущества использования йодобромных вод, позволяющие достичь наиболее полного восстановления репродуктивного здоровья женщин. Комплексное лечение с применением йодобромных вод и магнито – инфракрасной лазерной терапии, обеспечивает стойкий лечебный эффект, существенно улучшает качество жизни больной.

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Волков Р.В., Евтушенко И.Д., Коновалова А.А., Даржаа Я.А., Иванов С.Н., Волкова Т.Г. (Томск)

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью женских половых органов. Радикальным методом лечения миомы матки на сегодняшний день остается хирургический и составляет от 32,5 до 38,2% от общего количества операций, выполняемых в гинекологии в плановом порядке. Установлено, что миома матки в 61,9-89,7% случаев сочетается с экстрагенитальными заболеваниями, среди которых на первом месте находятся болезни сердечно-сосудистой системы, в том числе гипертоническая болезнь. С внедрением методики суточного мониторирования артериального давления (АД) появилась возможность установить истинную распространенность и тяжесть артериальной гипертензии.

Целью исследования было изучение особенностей показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у женщин с миомой матки до и после оперативного лечения.

Суточное мониторирование артериального давления проведено 25 женщинам с миомой матки, поступивших в гинекологическую клинику СибГМУ для оперативного лечения. Средний возраст женщин составил 45,7±2,5 лет. Длительность заболевания миомой матки – 6,1±3,1 лет. По данным ультразвукового исследования средний объем матки – 189,5 см3, в 48% случаев миома была множественной, средний объем миоматозных узлов – 34,3±0,9 см3.

Сочетание миомы матки с экстрагенитальной патологией выявлено у 13 (52%) женщин. Патология сердечно-сосудистой системы у 6 (46,2%) женщин. Гипертоническая болезнь I степени у 2 (33,3%) женщин. Пациенткам была проведена лапароскопическая субтотальная гистерэктомия без удаления придатков. Показаниями к операции были: миома матки в сочетании с анемизирующими кровотечениями и неэффективностью консервативной терапии, быстрый рост миомы и болевой синдром. СМАД проводили до операции, на 7 и 30 сутки после операции.

Проведенные исследования показали, что частота сердечных сокращений у женщин с миомой матки достоверно не отличались до операции, на 7 и 30 сутки после оперативного лечения миомы матки.

До операции у женщин с миомой матки были повышены такие показатели как систолическое артериальное давление (САД) за сутки (125,8+15,5 мм рт.ст.), день (126+18,5 мм рт.ст.), индекс времени (ИВ) САД за сутки (28,5+15,1%), день (25,9+14,5%), ночь (34,6+19%),

ИВ диастолического АД (ДАД) за сутки (26,6+14,8%), день (22,7+-13%), ночь (34,8+15,8), а также скорость утреннего подъема (СУП) САД (21,9+26,5 мм рт.ст./ч) и ДАД (14,5+15,5%). Вариабельность АД у пациенток с миомой матки были в пределах нормы.

К 7 суткам отмечено повышение суточного САД за сутки (128,5-+16,5 мм рт.ст.), день (130,5+16,1 мм рт.ст.); ДАД за сутки (80,8+11,2 мм рт.ст.), день (83+11,1 мм рт.ст.); ИВ САД за сутки (35,5+18%), день (32,2+21,7%), ночь (41,7+20,1); ИВ ДАД за сутки (35,4+18,8%), день (29,4+17,1%), ночь (47,3+22,9, $p<0,05$).

СУП САД (15,7+10,4 мм рт.ст./ч) и ДАД (10,1+8,7 мм рт.ст./ч) снизились к 7 суткам после операции однако по прежнему оставались выше нормальных показателей. Вариабельность АД было в пределах нормы и достоверных различий до операции и на 7 сутки после операции выявлено не было. На 30 сутки после операции было отмечено достоверное повышение ($p<0,05$) показателей суточного мониторирования САД сутки (140,1+25,2 мм рт.ст.), день(139,4+23 мм рт.ст.), ночь (139,9+30,8 мм рт.ст.); ДАД ночь (84,7+21,6 мм рт.ст.); ИВ САД за сутки (59,4+23,4%), день (53+24,8%), ночь (70,1+23,3%) и ДАД за сутки (55,5+25,7%), день (46,4+19,2%), ночь (70,9+23,5%), а также вариабельность САД ночь (13,9+4,6 мм рт.ст.) по сравнению с показателями СМАД до операции.

При анализе суточного профиля АД у пациенток с миомой матки до оперативного лечения нормальное снижение АД ночью (Dipper) было у 52% женщин, недостаточное снижение АД ночью (Non-dipper) – 12%, женщин с ночной гипертензией (Night-peakers) было выявлено 24% и пациенток с чрезмерным снижением АД ночью (Over-dipper) – 12%.

К 7 суткам после операции было отмечено достоверное увеличение пациенток ($p<0,05$) с недостаточным снижением АД (45%). На 7 сутки после операции выявлено уменьшение количества пациенток с нормальным снижением АД в ночные часы до 30%, с ночной гипертензией (15%) и с чрезмерным снижением АД ночью (10%), тем не менее достоверных различий выявлено не было.

На 30 сутки отмечено достоверное уменьшение количества женщин с недостаточным снижением АД ночью (15%) по сравнению с 7 сутками после операции (45%), но по прежнему оставалось выше, чем до операции (12%), а так же достоверно увеличилось количество женщин с ночной гипертензией по сравнению с количеством женщин до операции (55% и 24% соответственно). Количество женщин с нормальным снижением АД ночью осталось на прежнем уровне (30%), женщин с чрезмерным снижением АД ночью на 30 сутки после операции выявлено не было.

Таким образом, при проведении СМАД у женщин с миомой матки в послеоперационном периоде выявлена отрицательная динамика в основных показателях суточного профиля АД, а именно повышение артериального давления и индекса времени повышенного АД, как в дневные, так и в ночные часы. Помимо этого, в послеоперационном периоде уменьшается количество женщин с нормальным суточным индексом (Dipper) и увеличивается количество женщин с нарушенным циркадным ритмом (Non-dipper, Night-peakers).

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА С ПОМОЩЬЮ ПЕРОРАЛЬНОГО НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО СИНТЕТИЧЕСКОГО ИНДУКТОРА ЭНДОГЕННОГО ИНТЕРФЕРОНА АМИКСИНА

Воробьев Ю.О. (Томск)

Герпетическая инфекция является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека. Особенностью данной инфекции является повсеместное распространение, латентная персистенция и многообразие клинических проявлений. Наиболее актуальным для клинической практики является генетальный герпес.

Генитальный герпес относится к одной из наиболее частых инфекций, передаваемых половым путем, отличающейся от других болезней этой группы пожизненным носительством возбудителя в организме человека и склонностью к рецидивированию. Рецидивирующий генитальный герпес трудно поддается терапии, характеризуется хроническим течением, нарушением половой и репродуктивной функции.

Рецидивирующий герпес развивается у 30-50% инфицированных вирусом простого герпеса. Частота и интенсивность обострений при рецидивирующем герпесе зависит от вирулентности и патогенности возбудителя, а также от состояния иммунной системы. У женщин герпетические высыпания могут появляться на больших и малых половых губах, слизистой оболочке влагалища, шейки матки, на промежности. Кроме этого, зачастую поражаются и внутренние половые органы. Герпетическая инфекция органов малого таза может быть представлена клинически выраженными и бессимптомными формами.

Нами проведено обследование и лечение 30 женщин с обострением генитального герпеса. Генитальный герпес протекал как моноинфекция и выявлялся по характерным клиническим проявлениям и методами лабораторной диагностики. Клинически герпес проявлялся наличием пузырьковых или эрозивных высыпаний в области гениталий у 66,7% пациентов. В 33,3% случаев не было высыпаний, а отмечалось наличие субъективных ощущений в виде зуда, жжения в области половых органов, резей при мочеиспускании, повышенное количество лейкоцитов в мазках. Для подтверждения диагноза нами использованы молекулярно-биологический метод (ПЦР), иммунологические методы: прямая иммунофлюоресценция (ПИФ), выявление специфических антител в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа IgM, IgG (ИФА). Материалом для исследования являлось содержимое везикул, соскоб с эрозии, влагалища, шейки матки, а также пробы крови. Лечение заключалось в назначении противовирусного препарата ацикловир в дозе 200 мг 5 раз в сутки в течении 5 дней в комплексе с пероральным низкомолекулярным синтетическим индуктором интерферона Амиксином по 250 мг в сутки первые 2 дня, затем по 125 мг через день в течении 2 недель. В результате лечения больных рецидивирующим генитальным герпесом в комплексе с Амиксином получен стойкий терапевтический эффект у 96,7% пациентов. Также отмечено отсутствие обострений в течение последующих 6 месяцев после терапии. Побочных эффектов при применении данной схемы не выявлено.

Таким образом, включение Амиксина в комплекс лечения рецидивирующего генитального герпеса позволяет повысить эффективность терапии до 96,7%, а также добиться стойкой ремиссии по сравнению с традиционными схемами, что дает возможность в последствии использовать вакцинацию поливалентной герпетической вакциной.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Воробьев Ю.О., Арсеньева А.А., Дикке Г.Б. (Томск)

Урогенитальный хламидиоз является широко распространенным заболеванием, передаваемым половым путем. Среди женщин выявляемость хламидийной инфекции по данным кабинета хламидиоза родильного дома №4 составила 25%.

Нами обследовано 111 женщин с хроническим урогенитальным хламидиозом, в иммунограмме которых выявлено статистически достоверное увеличение общего количества лимфоцитов 41,6±2,-18 ($p<0,05$). Общая популяция лимфоцитов была увеличена за счет субпопуляций В-лимфоцитов, экспрессирующих антиген CD20 27,01±3,14 ($p<0,01$). Однако одновременно отмечалось снижение лимфоцитов, экспрессирующих CD72 15,2 ± 2,59 (лигандов CD5 Т-лимфоцитов). Отсутствие клеточной кооперации объясняет неэффективность иммунного ответа при рецидивирующем хламидиозе.

Схема иммунных нарушений выглядят так: В-звено стимулировано, но неэффективно вследствие сниженной экспресии хламидийных антигенов и малой роли антител в защите от хламидиоза. Изменения Т-звена носят вариабельный характер и могут обеспечить выработку достаточного количества интерферонов за счет CD4 и CD16. Однако, дефект рецепторов к γ-интерферону препятствует клеточному взаимодействию. Следствием является неэффективность антибактериального иммунитета, несмотря на активированные защитные факторы иммунной системы. В таком случае речь идет не о повреждении, а о нарушении регуляции иммунной системы у больных хроническим урогенитальным хламидиозом при моноинфекции.

У обследуемых нами больных отличия субпопуляций Т-лимфоцитов при хроническом хламидиозе от аналогичных показателей здоровых женщин состояли в достоверном снижении относительного количества лимфоцитов, экспрессирующих антигены CD 3 и CD 8 54,5±2,2 и 20,41±1,76 соответственно ($p<0,01$). Зарегистрировано также недостоверное повышение CD4 34,03±1,83 ($p > 0,05$). У пациентов с рецидивами хламидиоза выявлено достоверное увеличение абсолютного числа CD3 1,48±0,12, CD4 0,87±0,06, CD8 0,53±0,07 и CD16 0,49±0,09 ($p<0,01$).

Для урогенитального хламидиоза характерна иммунопатологическая перестройка организма, ее особенности зависят от формы инфекционного процесса и состояния иммунной системы пациента. При исследовании фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов в НСТ-тесте нами выявлено статистически значимое снижение спонтанной фагоцитарной активности в группах с хроническим урогенитальным хламидиозом 16,49±2,07 ($p<0,01$). Хламидии могут персистировать в макрофагах, а также в лимфоцитах и эндотелиоцитах лимфатических капилляров и даже во внеклеточных фагосомах. Такая устойчивость хламидий к фагоцитозу может свидетельствовать как о мощных механизмах подавления ими фагоцитарной системы, так и об изначальной несостоятельности ее у больных. Из достоверных изменений гуморального иммунитета наблюдалось увеличение количества IgG 13,1±1,05 ($p<0,05$) у пациентов с рецидивом хламидийной инфекции по сравнению со здоровыми женщинами.

Выявленные нами изменения в иммунном статусе характерны для больных урогенитальным хламидиозом и достоверно отличаются от показателей здоровых женщин. У пациенток с рецидивами инфекции выявлена значительная стимуляция В-звена. Известно, что иммуноглобулины классов G и A могут препятствовать инфицированию, но при массированном инфицировании или в целях предотвращения размножения уже имеющихся в организме хламидий, часто оказываются неэффективными. Следовательно, антитела не играют ведущей роли в противохламидийной защите.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН

Воробьев Ю.О., Дикке Г.Б., Арсеньева А.А. (Томск)

Важной особенностью современного течения урогенитальных инфекций является высокая частота смешанного инфицирования, что создает большие трудности в оценке клинической картины заболевания, лабораторной диагностики и выбора тактики лечения.

Разнообразные сочетания хламидий, уреаплазм, гарднерелл между собой и с различными видами гноеродных микроорганизмов и грибами встречаются у 67,1 – 75% больных. У таких пациенток выявляются нарушения в системе иммунитета, а именно: подавление способности иммуноцитов продуцировать альфа- и бета-интерфероны, снижение содержания Т-лимфоцитов, Т-хелперов и увеличение Т-супрессоров.

Вследствие этого, заболевания, обусловленные смешанной инфекцией, клинически протекают тяжелее, длительнее, на их фоне чаще возникают различные осложнения. Так последствиями заражения хламидийной инфекцией являются трубное бесплодие, эктопическая беременность, а также аутоиммунные нарушения, в том числе самопроизвольные выкидыши на ранних стадиях развития эмбриона. Помимо этого хламидийная инфекция поддерживает состояние дисбиоза влагалища и рост грибковой флоры, при этом заболевание приобретает хроническое рецидивирующее течение.

Целью нашего исследования явилось оптимизация антимикробной терапии при смешанной хламидийно-грибковой инфекции.

Нами обследовано 80 больных с хроническим урогенитальным хламидиозом в сочетании с вагинальным кандидозом. Диагноз хламидиоза был подтвержден тремя методами: ПИФ, ИФА, ПЦР, а кандидоза – бактериоскопическим методом при первичном обследовании. Больные были разделены на 2 равные группы. Пациентки первой группы получали лечение, включавшее азитромицин по 1,0 трижды внутрь с интервалом в одну неделю, местную терапию препаратом Макмирор – комплекс в течение 8 дней, симптоматические и патогенетические средства по общепринятым схемам. Во второй группе вариант местной терапии включал клотримазол по 100 мг в течение 6 дней.

Спустя два месяца после лечения отрицательные результаты на наличие хламидий методом ПИФ были установлены в 91,6% случаев, при контрольном обследовании методом ИФА антитела к хламидиям не определялись у 88,9% пациентов, методом ПЦР у 71,4% антигенный материал не выявлялся.

Результаты лечения вагинального кандидоза на фоне элиминации хламидий при использовании Макмирор – комплекс составили 92,3%. В контрольной группе – 61,3%. Кроме этого практически у всех пациенток, получавших Макмирор – комплекс, произошло восстановление микробиоценоза влагалища без дополнительного применения эубиотиков.

Таким образом, применение Макмирор – комплекс в схеме антимикробной терапии смешанной хламидийно-грибковой инфекции обладает высокой противогрибковой активностью, препятствует развитию анаэробной флоры и создает оптимальные условия для восстановления биотических свойств слизистой влагалища.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Воронина Л.Г., Авраменко Н.М., Томина Н.В, Поршина О.В., Кузнецова Е.К. (Оренбург)

Актуальность: В последнее время отмечается увеличение заболеваний, связанных с инфекциями, передаваемыми половым путем, в том числе и у женщин, а также рост предраковых заболеваний шейки матки и некоторое увеличение рака шейки матки. Рак шейки матки (РШМ) занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место среди причин женской смертности от рака в развивающихся странах. По данным ВОЗ (1999 г.), ежегодно диагностируется почти 370 тыс. новых случаев РШМ. В России в настоящее время ежегодная заболеваемость РШМ составляет 14,9 на 100 тыс. женщин (Винокур М.Л., Попова А.А., 1984; Бахидзе Е.В., Косников А.Г., Максимов С.Я., 1996; Кулаков В.И., Роговская С.И., Бебнева Т.Н., 1999).

Цель: изучение частоты встречаемости гонококковой и хламидийной инфекций у женщин с эктопией шейки матки.

Обследование женщин проводилось на базе Оренбургского областного кожно-венерологического диспансера и включало: изучение анамнестических данных; общий и гинекологический осмотр; бактериоскопическое, бактериологическое исследования; методы прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

При обследовании женщин из 382 пациенток, состоящих на учете с инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем (ИППП) в 2004 году, у 147 (38,5%) была диагностирована эктопия шейки матки. Возраст женщин с эктопией шейки матки (78%) составил 19 – 23 года, в 22% пациенток были – до 19 и старше 23 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что нигде не работают, и не учатся 38 (25,7%) женщин молодого возраста (19-23 года).

У 15 пациенток (10% случаев) в анамнезе была замершая беременность. 78 (53,4%) женщин состояли в браке. Пациентки с фактором брачной нестабильности сменили от двух до четырех сексуальных партнеров. Среди пациенток не установлено существенных различий в возрасте наступления менархе. Средний возраст первой менструации был в диапазоне 12 – 15 лет. При этом 170 женщин (44,6%) отмечали начало половой жизни до 18 лет. 13 пациенток (3,5%) имели «сексуальный дебют» в 13 лет. У основной части женщин (51,9%) начало половой жизни пришлось на 18-24 года.

При обследовании 147 женщин с эктопией шейки матки у 47 (31,9%) из них была выявлена гонококковая инфекция, у 35 (23,8%) – хламидийная, у 65 (44,2%) микст-инфекция. При этом сочетание двух инфекций (гонококковой и хламидийной) было выявлено у 29 женщин (44,6%).

91 (61,7%) женщина из числа обследованных не состояла на учете у гинеколога по поводу эктопии шейки матки. Среди пациенток, наблюдавшихся в женской консультации и получивших лечение, был зарегистрирован 1% рецидивов патологического процесса.

Таким образом, при эктопии шейки матки отмечается значительное снижение защитных свойств эпителия, что является высоким риском для развития ИППП, хроническое течение которых служит фоном для развития предраковых заболеваний и РШМ. В связи с чем перед традиционным лечением патологического процесса на слизистой шейки матки (в том числе эктопии) необходимо полное обследование пациентки на ИППП и, при необходимости, последующее этиопатогенетическое лечение.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МИФЕПРИСТОН ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

Воронцова А.В., Звычайный М.А., Лукач А.А., Полянин Д.В., Ханафиев Г.Х., Мазур А.Е. (Екатеринбург)

Миома матки относится к числу наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей матки. Особенный рост частоты этого заболевания отмечается у женщин в позднем репродуктивном возрасте, то есть, на начальном этапе возрастной инволюции репродуктивной системы, когда в результате сложившихся гормональных взаимоотношений создаются предпосылки для возникновения не только фибромиомы матки, но и других гиперпластических процессов в репродуктивной системе (аденомиоза, железистой гиперплазии эндометрия, фиброзно-кистозной мастопатии).

Вероятность влияния с помощью различных гормональных препаратов на процессы роста и развития миомы матки, так же, как и на сопутствующие ей патологические процессы в эндо-, миометрии (гиперплазия эндометрия, аденомиоз) и молочных железах (мастопатия), основывается на представлениях о гормональной зависимости возникающих изменений. При гормонотерапии фибромиомы матки не только возможно, но иногда и необходимо использование препаратов, обладающих антигестагенной активностью – таких как мифепристон. Мифепристон – синтетический стероидный препарат, конкурентный ингибитор прогестерона. Его клинический эффект обусловлен блокированием действия прогестерона на уровне рецепторов. Препарат также является антагонистом андрогенов и глюкокортикоидов. Первоначально препарат был разработан для медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках (до 49 дней задержки менструации). В дальнейшем изучение мифепристона в ведущих клиниках мира показало, что препарат может применяться и для лечения лейомиомы матки. Данное предположение было подтверждено в ряде работ. На основании этих литературных данных мифепристон эффективен при лечении лейомиомы матки в суточной дозе 50 мг в течении 3 месяцев. При этом размеры матки и фиброматозных узлов уменьшаются в среднем на 49-51%. Однако, каково будет влияние мифепристона на другие сопутствующие гиперпластические процессы эндо- и миометрия, а также молочных желез остается неясным.

С целью выяснения возможностей применения препарата Мифепристон у женщин позднего репродуктивного возраста с гиперпластическими процессами в репродуктивной системе на базе кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета УГМА нами было обследовано 15 женщин 32-39 лет, имеющих сочетание фибромиомы матки (до 10 недель беременности) с аденомиозом 1-2 степени и (или) с очаговым фиброаденоматоза молочных желез и на протяжении 3 месяцев получающих Мифепристон по 50 мг в день. Всем пациенткам при первичном осмотре и в динамике наблюдения (через 1 и 3 месяца) проводилось комплексное обследование, включавшее: УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком с оценкой кровотока в маточных артериях, цитологическое исследование аспирата эндометрия, гистероскопию с исследованием биоптата эндометрия, осмотр маммолога с УЗИ и (или) маммографией молочных желез, а также оценку переносимости препарата (наличие побочных эффектов и осложнений).

Полученные нами данные позволяют сделать предварительное заключение как о безопасности, так и об эффективности применения препарата Мифепристон у женщин позднего репродуктивного возраста, имеющих фибромиому матки в сочетании с другими гиперпластическими процессами репродуктивной системы (не только отсутствие прогрессирования, но и тенденции к регрессу), что делает возможным использование данного препарата и обосновывает необходимость проведения дальнейших, более детальных исследований.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИМУЛЬТАННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ И ДРУГИХ СИСТЕМ

Воронцова Г.М., Суслонова Н.В., Воронцова И.Е., Яковлева Л.М., Левицкая В.М., Чернышов В.В. (Чебоксары)

По данным специальной литературы известно значительное увеличение в последние 10-15 лет числа больных симультанными хроническими воспалительными процессами. Последние могут возникать в различных органах и системах, и, периодически (одновременно или последовательно) обостряясь, проявляются симптомами воспаления той или другой системы организма.

В условиях сформировавшихся нескольких очагов воспаления после перенесенного сальпингоофорита, процессов в органах респираторного тракта, возникающие фиброзные тяжи при периметритах, периаднекситах, параметритах, перитубарных, параовариальных сращениях, межкишечных спайках, перибронхитах, парабронхитах обусловливают выраженные нарушения не только макроциркуляции крови в этих очагах инфекции, но и ее микроциркуляции. Возникают значительные затруднения или препят-

ствия в доставке медикаметозных средств непосредственно в зоны воспаления. При этом не обеспечиваются и процессы, связанные с оттоком венозной крови из этих очагов инфекции.

Цель настоящей работы - изучение некоторых адаптационно-приспособительных механизмов при симультанных хронических воспалительных процессах путем исследования динамики содержания биоаминов (гистамина, серотонина и катехоламинов) в структурах периферической крови под влиянием как однократных воздействий на точки соответствия кистей и стоп методом Су джок терапии (СДТ), так и в результате курсового печения методом комплексной корпоральной, аурикулярной акупунктуры и СДТ, с определением в динамике функции внешнего дыхания (ФВД) у больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) в сочетании с хроническим сальпингоофоритом (ХСО) и с ХСО в стадии обострения.

Под нашим наблюдением было 350 пациенток с ХСО в возрасте от 20 до 38 лет. Поскольку удельный вес пациенток с обострением ХСО в сочетании с ХОБ составил 36,3%, мы выбрали их для дальнейшего углубленного обследования.

Первую (основную) группу составили 78 пациенток, получавших комплексную акупунктурную терапию. Во вторую группу (сравнения) были включены 49 пациенток, получавших лишь общепринятое медикаментозное лечение. Отличительной особенностью основной группы явилась лекарственная непереносимость у 67 (85,9%) пациенток и сочетанная медикаментозная и пищевая аллергия - у 11 (14,2%). Это явилось основанием для проведения им акупунктурной терапии.

При лечении именно этих больных необходимо и важно было одновременное или последовательное немедикаментозное воздействие на все имеющиеся очаги хронического воспаления в организме (на способ лечения нами получен Патент РФ № 2169549).

Результаты исследования. Исследование (проводилось люминесцентно-гистохимическимн методами) содержания биоаминов в периферической крови через 20 минут после 1-го сеанса СДТ выявило увеличение уровня гистамина в плазме по сравнению с исходными в 6,39 раза, в эритроцитах - 10,31 раза, в лимфоцитах - 3,3 раза, в моноцитах - 3,23 раза, в нейтрофилах - 1,15 раза и в тромбоцитах - 2,0 раза. На столько же увеличилось содержание гистамина во всех структурах крови и после второго и третьего сеансов. В отличие от динамики гистамина, характер изменения содержания серотонина под влиянием СДТ в различных структурах крови был неоднородным: исходно повышенное содержание серотонина уменьшилось после первого сеанса в плазме в 1,67 раза, в эритроцитах - 1,9 раза, в лимфоцитах - 1,38 раза, в тромбоцитах - 1,97 раза, но увеличилось в нейтрофилах - 1,44 раза и в моноцитах - 2,0 раза. После второго и третьего сеансов снижение содержания серотонина выявлено во всех структурах периферической крови. Считаем, что противоположно направленная динамика уровней гистамина и серотонина в крови связана с реципрокными отношениями между указанными аминами и свидетельствуют, по всей вероятности, об улучшении метаболизма биологически активных веществ под влиянием СДТ.

После 1 сеанса СДТ уровень противовоспалительных биоаминов (катехоломинов) в крови повысился во всех структурах, кроме тромбоцитов: в плазме в 1,3 раза, в эритроцитах - 1,66 раза, в лимфоцитах - в 2, 57 раза, в моноцитах - 1,3 раза и в нейтрофилах - 2 раза. С целью изучения действия комплексного акупунктурного метода, механизма снижения активности воспалительного процесса и определения улучшения ФВД мы исследовали динамику уровней БАВ в крови до и после окончания полного курса лечения. Нами было обнаружено снижение уровня серотонина в плазме и моноцитах в 2 раза, в лимфоцитах - 1,7 раза, в эритроцитах и лейкоцитах - 1,5 раза, уровень же катехоламинов в лимфоцитах и в нейтрофилах повысился в 1,4 раза. Особое внимание было обращено на то, что после лечения БАВ появились в тех структурах крови, в которых ранее не были обнаружены. Полученные результаты свидетельствуют об оптимизации соотношения гистамина, серотонина и катехоламинов в организме под влиянием комплексной акупунктуры, что является решающим фактором в снижении активности воспаления в хронических очагах.

Нами изучены корреляционные связи между уровнями БАВ в структурах крови. К началу лечения были обнаружены положительные связи скоростных показателей внешнего дыхания и жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с уровнем гистамина н серотонина в различных структурах крови. После проведенного печения характер корреляционных взаимоотношений ФВД с содержанием биогенных аминов в организме изменился: были впервые выявлены достоверные положительные коэффициенты корреляции между содержанием катехоламинов в тромбоцитах и ЖЕЛ, катехоламинов - в нейтрофилах и ЖЕЛ, катехоламинов - в лимфоцитах и максимальной объемной скоростью выдоха на уровне 75% ЖЕЛ (МОС 75).

Непараметрическими методами корреляционного анализа обнаружены дополнительные достоверные связи между значениями максимальной вентиляции легких (МВЛ), уровнем катехоламинов в эритроцитах пиковой объемной скоростью выдоха (ПОСвыд.), максимальной объемной скоростью выдоха 50% ЖЕЛ (МОС 50) н уровнем катехоламинов в базофилах.

Эффективность комплексной акупунктуры в лечении пациенток с симультанными хроническими воспалительными процессами была доказана нами и при анализе клинических симптомов воспаления.

Выводы. У пациенток с хроническими симультанными воспалительными процессами даже однократные воздействия методом Су Джок терапии вызывают повышение уровня гистамина, снижение уровня серотонина во всех структурах периферической крови, а также повышение содержания катехоламинов в лимфоцитах и базофилах.

Оптимизация соотношения уровней БАВ в организме является одним из основных факторов снижения активности воспаления. При повышении уровня гистамина все форменные элементы крови полностью сохраняют свой флогогенный потенциал, который необходим для разрыва порочного круга самоподдержания застарелых очагов инфекции. Именно приток медиаторов воспаления способствует первоначальному обострению воспалительного процесса с последующим его затиханием в связи со сменой фаз хронического воспаления. Снижение же уровня серотонина приводит к уменьшению проницаемости микроциркуляторных сосудов, к расширению мелких вен и улучшению оттока жидкости из очага воспаления, к снижению гиперемии и отека.

Все это позволяет считать, что ведущую роль в улучшении показателей ФВД у пациенток с хроническими обструктивными бронхитами под влиянием комплексной акупунктуры и особенно СДТ играют благоприятные сдвиги уровней содержания катехоламинов в различных структурах периферической крови.

Таким образом, разработанный нами комплексный метод нелекарственного воздействия является эффективным альтернативным способом не только лечения больных при хронических мультифокальных воспалительных заболеваниях внутренних органов, но в дальнейшем и профилактики внутриутробного инфицирования плода, обеспечения условий для развития плода и рождения здорового ребенка.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Василенко И.А., Есаян Н.Г., Лысенко М.А. (Москва)

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Результаты эпидемиологического анализа свидетельствуют, что частота возникновения эндометриоидных поражений колеблется от 7 до 59%. При этом в течение последнего десятилетия отмечена четкая тенденция к их увеличению (от 12 до 27% оперированных гинекологических больных).

Несмотря на проводимые многочисленные исследования, проблема своевременной диагностики, адекватного лечения и успешного прогнозирования отдаленных результатов у больных с эндометриозом продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных специалистов. В настоящее время изучено состояние многих функциональных систем при этом патологическом процессе. Показано наличие генетических и гормональных нарушений в патогенезе эндометриоза, большое значение придается влиянию факторов внешней среды, перенесенным и сопутствующим заболеваниям, однако многие аспекты этой проблемы все еще ждут своего разрешения. Значительное внимание в последние годы уделяется роли иммунной системы в развитии данного патологического процесса. По мнению ряда авторов, возникновение эндометриоза возможно только у женщин с нарушениями клеточного и гуморального иммунитета. Однако имеющиеся в литературе сведения немногочисленны и довольно противоречивы.

В связи с этим в настоящей работе мы попытались установить и оценить особенности морфофункционального состояния клеточного звена адаптивного иммунитета у больных аденомиозом в зависимости от степени распространения процесса.

Обследовано 36 пациенток, прооперированных в отделении оперативной гинекологии ГУ НЦАГиП РАМН, по поводу аденомиоза различной степени тяжести (основная группа), и 12 гинекологически здоровых женщин (группа сравнения). Диагноз аденомиоза был подтвержден данными анамнеза, гинекологического, ультразвукового и лапароскопического обследования. Степень распространения эндометриоидных поражений оценивали по классификации, предложенной Л.В.Адамян. Обе группы женщин были сопоставимы по возрасту (42,9±1,7 и 41,8±1,3 года), характеру становления менструальной функции, среднему возрасту наступления менархе, паритету.

Материалом для исследования служили образцы перитонеальной жидкости (ПЖ) и периферической крови (ПК).

Морфофункциональное состояние живых функционирующих иммунокомпетентных клеток в режиме реального времени оценивали методом компьютерной лазерной фазометрии (КФМ) на основе диагностического комплекса «Цитоскан» (Москва, Россия). Фенотипический профиль Т- и В-лимфоцитов определяли с помощью набора моноклональных антител методом двухцветной проточной цитометрии на приборе “FACScan” (Becton Dickinson, США). Статистическую обработку данных проводили с определением среднего арифметического, ошибки среднего арифметического и/или среднего квадратического отклонения, достоверность различий вычисляли по t-критерию Стьюдента.

Выявлены и количественно оценены характерные для различных стадий аденомиоза особенности морфофункционального статуса иммунокомпетентных клеток ПЖ и ПК. У пациенток с аденомиозом I-II стадии средние по популяции значения диаметра (D), периметра (P), высоты (H), площади (S) и объема (V) мононуклеаров ПЖ составили (M±δ) 9,9±1,9 мкм; 30,6±7,7 мкм; 2,4±0,4 мкм; 65,6±31,1 мкм2; 73,1±35,7 мкм3, соответственно. При III стадии - отмечено статистически значимое уменьшение средних значений клеточных величин ПЖ: 7,7±2,0; 22,6±6,2; 2,1±0,5; 37,7±19,9; 39,5±-20,4, соответственно.

В ПК у женщин с аденомиозом I-II стадии зарегистрированы следующие показатели мононуклеаров циркулирующей популяции D-7,4±1,9 мкм; P-21,5±5,6 мкм; H-2,0±0,6 мкм; S-34,6±19,0 мкм2, V-33,2±19,0 мкм3. При III стадии - размерные параметры клеток ПК оказались достоверно выше: 8,0±1,9; 23,7±6,9; 2,3±0,4; 40,2±19,9; 46,7±19,3, соответственно.

Следует отметить, что диаметр, периметр и площадь мононуклеаров отражают перестройку популяционного состава иммунокомпетентных клеток, подтвержденную иммунофенотипически. Изменение средних значений этих величин связаны, прежде всего, с дисбалансом субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров/цитотоксических. На увеличение диаметра и площади также оказало влияние несколько повышенное содержание больших гранулярных лимфоцитов, в частности, натуральных киллеров (НК-клеток). Фазовая высота лимфоцитов – показатель, характеризующий способность к пролиферации. Увеличение или уменьшение этого параметра связано со степенью упаковки хроматина в ядре клетки: большая высота соответствует оптически более плотному состоянию ядерных структур и, соответственно, более низкой пролиферативной активности, что и наблюдалось у больных с III стадией аденомиоза.

После хирургического лечения нами зарегистрирована нормализация показателей морфофункционального состояния иммунокомпетентных клеток. Размерные параметры мононуклеаров (D, P, H, S, V) у обследованных пациенток составили 8,2±2,1 мкм; 24,2±7,1 мкм; 2,1±0,4 мкм; 41,8±22,4 мкм2; 42,3±17,9 мкм3 (в подгруппе с аденомиозом I-II стадии) и 8,7±1,9 мкм; 26,0±6,1 мкм; 2,1±0,4 мкм; 49,1±21,9 мкм2; 54,7±22,1 мкм3 (в подгруппе аденомиозе III стадии), соответственно.

Таким образом, полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что нарушение иммунного гомеостаза является одним из важных патогенетических звеньев развития внутреннего эндометриоза. В связи с этим, при выборе лечебной тактики в пред- и послеоперационном периоде следует предусматривать проведение адекватной иммунокоррекции у таких больных.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ УЗЛОВОЙ ФОРМЫ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гаврилова Т.Ю., Данилов А.Ю., Арсланян К.Н., Гусаева Х.З., Гурджиев В.Ш., Селиверстов А.А. (Москва)

Аденомиоз является одним из наиболее распространенных заболеваний женских внутренних половых органов и уступает по частоте только воспалительным заболеваниям матки и придатков и миоме матки.

Целью нашего исследования явилось совершенствование методов хирургического лечения, реабилитации больных узловой формой аденомиоза. Обследованы 58 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст - 37,5±2,4 лет), госпитализированные на оперативное лечение по поводу аденомиоза. До поступления в нашу клинику период наблюдения и лечения, в том числе гормональными препаратами, составил 1-15 лет.

В диагностике аденомиоза, наряду с общепринятыми методами, использовали УЗ сканирование, магнитно-резонансную томографию и/или спиральную компьютерную томографию, исследование гормонов, онкомаркеров крови, системы протеолиза и ангиогенеза. Однако золотым стандартом диагностики этой патологии продолжает оставаться лапароскопия. Обьем оперативного вмешательства определялся репродуктивным анамнезом, возрастом больных, состоянием шейки матки и яичников. При отсутствии заинтересованности в сохранении детородной функции даже в репродуктивном возрасте производили лапароскопическую гистерэктомию (10 пациенток). У 48 больных с узловой формой аденомиоза, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции и категорически отказывающихся от удаления матки, иссекали пораженные участки стенок матки с ее реконструкцией. При этом интраоперационно осуществляли ультразвуковой контроль.

Все операции выполняли с использованием современных технических средств: электромоно-, биполярной, лазерной техники и ультразвукового (гармонического) скальпеля. Во время оперативного вмешательства старались произвести максимально возможное удаление пораженного аденомиозом миометрия, а также использовали все возможности анатомической реконструкции и сохранения менструальной и детородной функции. Диагноз во всех случаях был подтвержден гистологически. При удалении узлов аденомиоза с применение CO2-лазера мощность сфокусированного луча составляла 16-20 Вт (ПМ 8000 – 10000 Вт/см2). Направление разрезов выбирали в зависимости от локализации узлов, анатомического строения матки таким образом, чтобы из разреза удалить

максимально бережно и с наименьшей потерей крови очаг аденомиоза. Серозно-мышечный слой матки рассекали на небольшом протяжении, границу поражения при необходимости определяли с помощью контактного ультразвукового сканирования. Узел аденомиоза отсекали острым путем или сфокусированным лучом лазера, который направляли на предполагаемую границу пораженного участка и окружающих тканей. С целью дополнительного гемостаза и повышения абластичности ложе удаленного узла аденомиоза обрабатывали расфокусированным лучом лазера диаметром 2-3 мм (ПМ 200-600 Вт/см2). При наличии в ране крупных кровоточащих сосудов использовали наложение экстракорпоральных швов с коагуляцией. Целостность полости матки восстанавливали путем наложения отдельных узловых швов из рассасывающегося шовного материала на атравматичной игле (викрил 0/02). Раны на матке зашивали послойно отдельными узловыми швами из рассасывающегося материала (дексон, викрил, максон).

Из 48 больных после органосохраняющих операций 28 женщин получали восстановительную терапию с включением агонистов гонадотропин-релизинг гормонов и физиотерапевтических средств. С первых суток после хирургической лапароскопии начинали воздействия импульсным электростатическим полем низкой частоты (аппарат «ИНФИТА-А») по абдоминально-сакральной или вагинальной методикам. Процедуры продолжительностью 20 мин проводили ежедневно, 1-3 раза в день, до 10 на курс.

Продолжительность наблюдения за оперированными составляет от 1 до 3 лет. Среди больных, получавших послеоперационное восстановительное лечение, мы располагаем данными (клиническими и ультразвуковыми) о рецидиве заболевания (увеличение толщины миометрия в зоне реконструкции) в 6 случаях (21,4%); у 2 женщин (7,14%) наступила прогрессирующая маточная беременность. В группе пациенток, не подвергнутых гормональным и физиотерапевтическим воздействиям, появление новых узлов аденомиоза выявлено в 12 случаях (60%), ни в одном наблюдении беременность к настоящему времени не констатирована.

Следовательно, лапароскопические органосохраняющие операции при узловой форме аденомиоза имеют право на существование в лечении женщин репродуктивного возраста. Адекватно и своевременно проведенные послеоперационные реабилитационные мероприятия улучшают прогноз хирургического лечения и восстановления детородной функции. Основной сложностью операции является определения объема поражения матки, в связи с чем реконструкция матки при аденомиозе может считаться в ряде случаев паллиативной операцией, направленной на восстановление генеративной функции.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Гайдуков С.Н., Резник В.А., Аксем С.М. (Санкт-Петербург)

Нами проведен анализ основных количественных и качественных показателей работы гинекологического отделения больницы св. Елизаветы за период 2001–2002 гг.. Полученные данные свидетельствуют, что, помимо увеличения количества пролеченных больных (2102 и 2600 соответственно), за изучаемый период времени значительно возросла доля пациенток, которым оказана экстренная помощь (73,1% и 90,3%). При этом, работа отделения характеризуется высоким уровнем оперативной активности (69,6% - 72,9%). Всего за период 2000-2001гг. врачами отделения выполнено 3342 операции.

Среди контингента пациенток, получавших экстренную гинекологическую помощь, преобладали женщины от 20 до 40 лет, их удельный вес составил от 59,1 до 62,4%, лица в возрасте до 20 лет составили 6,4 – 7,5%, старше 70 лет – 3,3 – 4%. Значительное преобладание пациенток репродуктивного периода обусловлено характером и уровнем заболеваемости - более 50% больных госпитализировано всвязи с невынашиванием беременности (неполный выкидыш, аборт в ходу, несостоявшийся выкидыш) и воспалительными заболеваниями гениталий.

Анализ оперативной деятельности отделения показал увеличение доли экстренных оперативных вмешательств – 2000 г. – 76,2%, 2001 г. – 78,3%. В структуре полостных операций, произведенных за изучаемый период, преобладали радикальные операции (более 50%). При этом, более чем в трети случаев производилась надвлагалищная ампутация матки, в каждом десятом наблюдении – экстирпация матки.

Изучение структуры экстренных полостных операций показало, что более чем в 30% наблюдений была выполнена тубэктомия (трубная беременность), в каждом четвертом случае – надвлагалищная ампутация матки (осложненные формы миомы матки, гнойные тубоовариальные образования), 20% пациенток выполнялась резекция яичников (перфорация, перекрут новообразования яичников).

Изучение соотношения объемов плановых и экстренных оперативных вмешательств продемонстрировало существенные различия. Так, надвлагалищная ампутация матки с двусторонним удалением придатков была произведена в два раза чаще в группе экстренных больных (31,7% и 15,6% соответственно), надвлагалищная ампутация матки с односторонним удалением придатков и маточной трубы противоположной стороны – в три раза чаще – (25,0% и 9,3% соответственно). Операции, производимые в плановом порядке характеризовались меньшим объемом вмешательств: надвлагалищная ампутация матки с односторонним удалением придатков выполнялась в три раза чаще, чем в группе экстренных больных (34,4% и 13,3% соответственно), надвлагалищная ампутация матки без придатков в 15,6% наблюдений (5,0% - в экстренном порядке), экстирпация матки без придатков в 6,3% случаев (1,7% - по экстренным показаниям)

Сравнительный анализ показаний к экстренным радикальным операциям в различных возрастных группах продемонстрировал, что наиболее часто данный вид операций выполнялся в позднем репродуктивном периоде при гнойно-воспалительных заболеваниях гениталий (68,5%). В возрастных группах 41 – 50 лет и 51 – 60 лет основным показанием к радикальным операциям были осложненные формы миомы матки (78,1% и 85,7% соответственно). У пациенток старше 60 лет надвлагалищная ампутация матки и экстирпация матки чаще всего выполнялись при новообразованиях яичников (60% в группе 61 – 70 лет и 100% в группе больных старше 70 лет).

В группе больных (n = 421) с экстренной гинекологической патологией в 191 наблюдении отмечалась сопутствующая патология органов малого таза. Более чем в четверти наблюдений, заболевания гениталий сопровождались развитием спаечного процесса в малом тазу, причем в половине случаев слипчивый процесс отмечался при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов (гнойные тубоовариальные новообразования). Наиболее частой сопутствующей патологией, сопровождавшейся расширением объема оперативного лечения (резекция яичника), была кистозная дегенерация яичника (32,9%), более чем в 65% наблюдений поражение яичников отмечалось при миоме матки. Также, обращает на себя внимание достаточно высокая частота эндометриоза в изучаемой группе – 16,8%.

Анализ экстренной медицинской помощи, оказываемой гинекологическим больным в различное время суток, показал увеличивающуюся долю экстренных полостных операций, произведенных после 24 часов (28,6% и 31,2% соответственно).

Как в дневное, так и в ночное время, наиболее часто экстренные операции проводились по поводу трубной беременности, однако обращает на себя внимание двукратное преобладание данных операций в ночное время (43,4% и 80,1% соответственно). Значительные различия в структуре экстренных оперативных вмешательств, произведенных в различное время суток, ярко демонстрирует четырехкратное преобладание радикальных полостных операций (надвлагалищная ампутация матки), выполненных до 24 часов (21,6% и 5,1% соответственно).

Изучение характера экстренных оперативных вмешательств, проведенных в различное время суток показало, что средняя продолжительность операций составила 86, 4±7,8 мин. (до 24 часов) и 101,8±6,5 мин. (после 24 часов), средняя кровопотеря составила 260,2 мл. и 380,4 мл. соответственно. Каждая десятая экстренная операция в обеих группах сопровождалась интраоперационной реинфузией крови (средний объем реинфузии составил 1100 мл. и 1000 мл. соответственно).

Проведенное изучение эффективности оперативного лечения больных с экстренной гинекологической патологией, показало, что на исход заболевания в целом влияют 5 факторов (сроки от начала заболевания, длительность операции, объем интраоперационной кровопотери, гинекологические и соматические сопутствующие заболевания). Соотношение средних значений показателей взаимосвязи, влияющих на исход оперативного лечения, в целом составляет (5,9:1,8:1,5:1:1), и указывает на значительную роль своевременного обращения пациенток за экстренной медицинской помощью.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гарданова Ж.Р., Хритинин Д.Ф., Кулакова Е.В., Кузьмичев Л.Н., Трубечкова Н.О. (Москва)

Вспомогательные репродуктивные технологии являются одним из основных методов лечения бесплодия пациентов с различными формами нарушения репродуктивной функции.

Современные методы репродуктивных технологий, такие как ЭКО, ИКСИ, донация ооцитов, суррогатное материнство и др. дают возможность лечения супружеских пар с ранее неизлечимыми формами бесплодия.

Однако, реакция ожидания, проведение этих процедур, неудачные попытки ЭКО сравнимы с состоянием стресса и могут приводить к развитию психических расстройств. Нарушения психической сферы включают широкий спектр: от кратковременных патологических реакций до нозологического, синдромального уровня и устойчивых, нозологически сформировавшихся болезненных состояний.

Уровень психологических маркеров стресса, такие как кортизол. пролактин, прогестерон (Milad M.P., Klock S.C., Moses S., Chatterton R., 1998) у этих пациентов изменяется. Соответственно, подвергается трансформации и психобиологические особенности личности.

Женщина, впервые проходящая программу ЭКО находится в состоянии фрустрации, внутреннего напряжения, тревоги (Cwikel J., Gidron Y., Sheiner E., 2004). Каждый этап в программе ЭКО является сильным психологическим стрессом (Kentenich H., Siedentopf F., 2002). Психологическая поддержка женщины во время лечения бесплодия, медицинского мониторинга, приема гормональной терапии и проведения ЭКО является неотъемлемой частью программы и используется когнитивно-поведенческая психотерапия (Cwikel J., Gidron Y., Sheiner E., 2004). Любая соматическая проблема имеет эмоциональную составляющую. Поэтому медицинское лечение и психотерапветическое консультирование являются взаимосвязанными и в равной степени важными.

Особенно стрессогенным является заключение о неудаче в программе ЭКО и отрицательном результате (Eugster A., VingerHoets A., 1999). Известно, что 30-40% пациентов находятся в состоянии депрессии после неудачной попытки ЭКО (Kentenich H., Siedentopf F., 2002), а у 10% женщин появляются суицидальные мысли (Chun Y.F., 1989). При повторных попытках ЭКО, женщина испытывает состояние повышенной тревоги, страха, пониженного настроения, постоянно в голове «прокручивает» навязчивые мысли о прошлой неудачной попытке и возможной неудаче в будущем (Kentenich H., Siedentopf F., 2002). Депрессивный фон настроения нормализуется после наступления беременности и усугубляется при ее отсутствии (Wagner K.D., Berenson A., Harding O., Joiner T., 1998).

Исследования показали, что женщины, страдающие бесплодием более невротичны, зависимы, тревожны, агрессивны, враждебны, замкнуты, быстрее утомляются по сравнению с фертильными женщинами (Benyamini. Y., Gozlan M., Kokia E., 2005). Женщины, страдающие бесплодием с фертильными партнерами в соматическом плане чувствуют себя более здоровыми по сравнению с подгруппой, где бесплодием страдают оба супруга (Kowalcek I., Wihstutz N., 2001).

Психологическая поддержка супружеской пары на протяжении всей программы ЭКО, является наилучшим условием профилактики развития психосоматических состояний (Bitzer.J, 1999). Бесплодие часто воспринимается парой как огромное эмоциональное напряжение. Консультирование помогает принять проблему бесплодия и дополнительно поддерживает во время лечения (Seibel M., Taymor M., 1995). Основа консультирования состоит в определении психогенетического аспекта, вызывающего стресс (Springer-Kremser, 1996).

Специалисты вспомогательных репродуктивных технология отмечают, что в результате проведения программы ЭКО нередко получают многоплодные беременности. Часто роды начинаются раньше предполагаемого срока. Работа психотерапевта должна состоять в профилактике преждевременных родов (Kentenich H., Siedentopf F., 2002).

Таким образом, психотерапевтическое консультирование позволяет улучшить психологическое состояние пациентов в процессе программы ВРТ и можно с уверенностью отметить важность психического состояния пациентов не только на возникновение бесплодия, но и на успешность терапии.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ И АНЕМИЕЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Гаспаров А.С., Барабанова О.Э., Торгомян А.А., Бурлев В.А., Колесников Д.И.. (Москва)

У женщин с миомой матки одной из причин, приводящей к необходимости удаления матки, является хроническая кровопотеря и анемия. Вместе с тем, в результате гистерэктомии и миомэктомии могут возникать значительные кровопотери, усугубляющие анемию. Известно, что анемия является тем патологическим фоном, на котором возникают послеоперационные осложнения, поэтому ее коррекция - важная профилактическая задача.

В связи с появлением препаратов рекомбинантного эритропоэтина (РЭПО) появилась новая возможность проведения эффективной антианемической терапии у данного контингента больных. ЭПО – почечный гормон гликопротеиновой природы, который является физиологическим регулятором продукции эритроцитов и играет ключевую роль в приспособлении этой продукции к метаболическим потребностям в кислороде.

Цель исследования: провести клинико-лабораторную оценку эффективности РЭПО (препарат “Эпокрин”) в лечении анемии у больных миомой матки после гистерэктомии.

Материал и методы.

Под наблюдением находилось 63 женщин в возрасте от 39 до 56 лет с диагнозом миома матки и железодефицитной анемией, готовящихся к удалению матки путем лапароскопии или лапаротомии. Средний возраст пациенток составил 44±0,7 лет. Всем пациенткам было проведено динамическое клинико-лабораторное обследование, включавшее определение гематологических (ретикулоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты) и феррокинетических показателей (сывороточное железо, трансферрин, коэффициент насыщения трансферрина железом); уровень эритропоэтина в сыворотке. Критериями отбора пациенток в группы явились: концентрация гемоглобина 110 г/л и ниже, сывороточного железа 15,0 мкмоль/л и ниже.

В предоперационном и послеоперационном периоде всем пациенткам проводилось лечение железодефицитной анемии препаратами железа (тардиферон, ферроплекс, феррум-лек). В зависимости от способа лечения анемии больные были поделены на 2

группы. В 1-ю включены 25 женщин, получавшие в послеоперационном периоде помимо препаратов железа – рекомбинантный эритропоэтин (препарат "Эпокрин"); 2-ю – 38 больных, принимавших только препараты железа. Степень тяжести анемии оценивали по А.А Митереву.

"Эпокрин" назначался из расчета 50 единиц/кг веса, подкожно, три раза в неделю. В ходе лечения проводился контроль за скоростью повышения Ht, Hb, уровня ЭПО и феррокинетических показателей в сыворотке. При повышении Ht менее 0,5% в неделю доза увеличивалась на 25 единиц/кг через каждые две инъекции.

В результате исследования выявлено: у пациенток I и II групп анемия легкой степени выявлена у 12 (%) и 20 (52,6%); анемия средней тяжести у 7 (%) и 17(44,7%); тяжелая анемия у 6(%) и 1(2,7%) соответственно в I-ой и II-ой группе. Подслизистая локализация узла встречалась у 48,5% женщин; межмышечные узлы – у 16,2%; межмышечно-подслизистые – у 29,7%; подбрюшинные узлы – у 2%; подбрюшинно-межмышечные у 1,5% женщин. Средняя кровопотеря во время операции у больных I-ой и II-ой группы при лапаротомии составила 300±50,0 мл при лапароскопии -100±50,0 мл.

В результате антианемической терапии с применением препарата "Эпокрин" в сочетании с препаратами железа, у больных I группы с легкой, средней и тяжелой степенью анемии, произошел достоверный рост уровня Hb, количества ретикулоцитов, эритроцитов (Эр), Ht, сывороточного железа и КНТрЖ (коэффициент насыщения трансферрина железом) ($p<0,0001$и $p<0,03$ по отношению к исходным значениям). Кроме того, у больных с анемией легкой степени тяжести достоверно снизился уровень трансферрина в сыворотке по отношению к исходным значениям ($p<0,05$).

Сравнительный анализ уровня с-ЭПО после операции (до начала лечения) у больных миомой матки не выявил достоверных различий в зависимости от степени тяжести анемии ($p>0,05$). Обращает на себя внимание низкий уровень с-ЭПО после операции у больных с легкой степенью анемии по сравнению с уровнем с-ЭПО до операции: 19,0±4,6 и 36,6±6,1 мМЕ/мл ($p<0,03$).

Уровень с-ЭПО в процессе лечения достоверно увеличился по отношению к исходному у больных с легкой, средней и тяжелой анемией, получавших "Эпокрин" ($p<0,05$ и $p<0,04$ соответственно). Необходимо отметить, что у больных со средней и тяжелой степенью анемии после лечения концентрация с-ЭПО была выше, чем у больных с анемией легкой степени: 47,2±4,9 и 31,6±4,7 мМЕ/мл соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, в группе больных с анемией, получавших в послеоперационном периоде РЭПО не было гнойно-септических осложнений и гемотрансфузий. Восстановление двигательной активности наступало раньше и послеоперационный койко-день был меньше, в отличие от пациенток, получавших обычную антианемическую терапию. Применение РЭПО практически не вызвало побочных реакций.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ НА БРЮШИНЕ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ФОРМЕ ЭНДОМЕТРИОЗА

Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Бурлев В.А., Авакян М.С. (Москва)

Актуальность. В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает 3-е место после воспалительных заболеваний придатков матки и миомы, однако его патогенез остается до сих пор до конца не изученным. Согласно теории Сэмпсона, фрагменты эндометрия попадают при менструации в брюшную полость, где, затем, прикрепляются и растут в виде гетеротопий. Анатомическое расположение очагов эндометриоза подтверждает эту теорию. В последние годы важнейшее значение в патогенезе эндометриоза придается гипоксии и ангиогенезу.

В настоящее время одной из гипотез патогенеза эндометриоза является теория «естественной эволюции» эндометриоидных гетеротопий, согласно которой, эктопические очаги проходят в своем развитии несколько стадий: от красных, ранних, наиболее активных, через черные, «превращаясь» затем в свою неактивную форму – белые импланты. Эти изменения проходят в своем развитии через множество оттенков. В настоящее время одним из ведущих критериев оценки активности имплантов является пролиферативная плотность микрососудов. Возможно, визуальная оценка эндометриоидных гетеротопий в дальнейшем может быть использована для характеристики распространения и тяжести перитонеальной формы эндометриоза.

Цель исследования. Провести анализ распространения гетеротопий на брюшине по цвету, площади и локализации у больных с перитонеальной формой эндометриоза.

Материалы и методы. В исследование 30 пациенток репродуктивного возраста, которым проводилась лапароскопия по поводу наружного генитального эндометриоза и бесплодия. Средний возраст больных составил 32±1,2 года. Ни одна из включенных в исследование больных с эндометриозом никогда ранее не получала гормональные лекарственные препараты. Распространенность заболевания оценивалась согласно классификации Американского Общества Фертильности [AFS, 1985] и соответствовала во всех случаях I-II стадии.

Оценка цвета и локализации гетеротопий проводилась путем осмотра брюшины малого таза при лапароскопии. Для удобства классификации и исключения сомнений при описании оттенков, все эктопические очаги условно подразделялись на красные, черные или белые. При выявлении у одной пациентки гетеротопий только одного цвета, их классифицировали как «изолированные», а при наличии гетеротопий различных цветов – «сочетанные». Площадь гетеротопий вычислялась с использованием традиционных математических формул после измерения необходимых параметров. Анализ результатов проводился с помощью цифровой обработкой данных и программы Excel for Windows XP.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что изолированные формы гетеротопий у пациенток репродуктивного возраста встречаются в 1,5 раза чаще, чем сочетанные. При этом 61,1% от всех изолированных форм составляют черные гетеротопии, представляющие «развернутую» стадию заболевания. Интересен тот факт, что наиболее часто встречаются сочетания черных и белых гетеротопий, что составляет 66,6% от всех сочетаний гетеротопий различного цвета на брюшине. Исключительно красные гетеротопии встречаются только лишь в 11% случаев от всех изолированных форм. В исследовании не было обнаружено сочетания красных и белых гетеротопий ни в одном из наблюдений.

Максимальную среднюю площадь распространения из всех изолированных форм имели черные гетеротопии, что коррелирует с их максимальным количеством – 559,5 мм². Несмотря на наименьший процент встречаемости изолированных красных гетеротопий (11%), средняя площадь их распространенности составляет 230 мм², что практически в 2 раза больше средней площади распространения белых, которые встречаются в 2,5 раза реже. Все это подтверждает наибольшую активность красных. При оценке средней площади распространения сочетанных форм гетеротопий максимальные ее значения выявлены при сочетаниях черных и красных гетеротопий – 842,4 мм². Отмечено, что при появлении у больной на брюшине белых гетеротопий в любых сочетаниях происходит значительное уменьшение площади - в 1,7 раза при сочетании «черные-белые», и в 7,7 раза – при сочетаниях «черные-красные-белые».

Наибольшая вариабельность локализации выявлена при наличии изолированных черных гетеротопий: 3- широкие маточные связки, 2 – крестцово-маточные связки, 2 – брюшина ректо-вагинального пространства; 1 – яичниковые ямки. А также при наличии сочетания черных и белых: 6- широкие маточные связки; 6 - крестцово-маточные связки; 10 - брюшина ректовагинального пространства; 3 – яичниковые ямки. При сочетании «черные-красные» - наиболее частой локализацией являются широкие маточные связки.

Заключение. Уменьшение площади распространения белых гетеротопий, как изолированных, так и в сочетаниях, свидетельствует о снижении активности эндометриоидных имплантов.

Анатомическое расположение гетеротопий в зависимости от активности и длительности развития эндометриоза (увеличение вариабельности локализации при наличии черных гетеротопий и сочетания «черные-белые»), подтверждает наличие фактора «ретроградной менструации». Это выражается большой вариабельностью, распространенностью и удаленностью гетеротопий от фимбриального отдела маточных труб при большей длительности заболевания.

Наибольшая встречаемость изолированных черных гетеротопий, а также любых их сочетаний свидельствует о развернутой стадии проявлений эндометриоза и требует разработки новых и совершенствования уже существующих методов доклинической диагностики этого заболевания.

Таким образом, полученные результаты могут быть использованы для оценки распространения и тяжести перитонеальной формы эндометриоза.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Гаспаров А.С., Косаченко А.Э., Тер-Овакимян А.Э, Хачатрян А.К. (Москва)

Актуальность.

В структуре острых гинекологических заболеваний второе место занимают воспалительные заболевания органов малого таза и составляют 25%.

В настоящее время отсутствует единое мнение по поводу медико-организационных аспектов ведения таких больных с учетом отдаленных результатов. В литературе имеются лишь отдельные сообщения о средних сроках пребывания в стационаре больных, перенесших гинекологические операции по поводу ургентной патологии и критериях для их выписки.

Следует отметить что, отраслевые стандарты оказания неотложной медицинской помощи гинекологическим больным несовершенны, рекомендации по их проведению недостаточно четкие.

Анализ литературы, посвященной проблеме «острого» живота в гинекологии, позволяет сделать вывод о целесообразности применения лапароскопии, которая дает возможность по-новому рассмотреть проблему ОВЗОМТ. Оказанию качественной гинекологической помощи во многом способствует диагностическая и лечебная лапароскопия. Однако, как в нашей стране, так и за рубежом, мнения о тактике ведения гинекологических больных при ОВЗОМТ, показаниях и противопоказаниях к эндоскопическому лечению, видах и объемах оперативного вмешательства разноречивы, что свидетельствует о необходимости дальнейших исследований по данной проблеме.

Цель исследования: Совершенствовать тактику ведения больных с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза (ООВЗОМТ) на основе использования современных лечебно-диагностических и организационных технологий с учетом отдаленных результатов лечения.

Материал и методы исследования: 375 женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, из них по традиционному стандарту обследовано 75 пациенток (ретроспективное исследование) и 300 пациенток (проспективное исследование) - по разработанному оптимизированному стандарту.

В возрасте 18-25 лет было 135 (36%) больных, в возрасте 26-35 лет –187 (49,9%), в возрасте 36-45 лет –53(14,1%).

Традиционный стандарт оказания помощи при ОВЗОМТ заключается в следующем. На догоспитальном этапе проводится сбор анамнеза, клиническое обследование, УЗИ, консультация хирургом и терапевтом. В стационаре, кроме этого, проводят консервативное и/или хирургическое лечение (лапаротомия). Лапароскопия может использоваться только как дополнительный метод диагностики и лечения и не является обязательной.

Оптимизированный стандарт оказания помощи при ОГЗ включает: традиционный стандарт; регламентированные сроки обследования (длительность догоспитального обследования – 24-48 ч, длительность госпитального предоперационного обследования до 12 ч); обязательное наличие высокотехнологичного оборудования на догоспитальном уровне и в стационаре (β-ХГ мониторинг, УЗИ мониторинг, лапароскопия), при этом в стационаре функционирующем в круглосуточном режиме; наличие тесного и своевременного взаимодействия между учреждениями догоспитальной помощи и стационаром. Лапароскопия является обязательным методом обследования и лечения.

Анализ результатов осуществлялся с использованием статистической компьютерной программы SPSS for Windows (версия 11.5.1).

Результаты исследования. Острые воспалительные заболевания органов малого таза в 85,9% случаев наблюдались у женщин молодого и среднего репродуктивного возраста, что обусловливает необходимость проведения органосохраняющих операций.

Для больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза характерен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и нарушение репродуктивной функции. Так, искусственный и самопроизвольный аборты в анамнезе были у 346 (92,3%) больных, воспалительные заболевания шейки матки, влагалища и вульвы– у 334(89,1%), полостные операции на матке и придатках – у 86 (22,9%), использование ВМК - у 86 (22,9%), бесплодие в браке – у 48 (12,8%), невынашивание беременности – у 66 (17,6%), внематочная беременность – у 34 (9,1%) женщин.

Внедрение оптимизированного стандарта обследования и лечения больных с ОГЗ, позволило снизить частоту догоспитальных диагностических ошибок с 26 до 5%, госпитальных - с 11 до 0,1%; уменьшить длительность догоспитального обследования с 7,3±0,6 дней до 36,0±0,5 часов; госпитального предоперационного обследования с 82±0,4 до 1,2±0,3 часа. Применение разработанного стандарта привело к повышению частоты использования лапароскопического доступа с 2,7 до 95,7%; производства органосохраняющих операций с 18,3 до 88,1% и фертильности в отдаленном периоде наблюдения с 17,1 до 44,3%.

При использовании традиционного стандарта органосохраняющие операции при ОВЗОМТ не производились.

Современная концепция оказания медицинской помощи больным с ОВЗОМТ позволяет диагностировать их у 99,5% больных, провести органосохраняющие операции у 85,7% больных.

При использовании традиционного стандарта частота тяжелых форм ОВЗОМТ (острый сальпингоофорит с формированием тубовариальных образований 29,3% и острый гнойный сальпингит с пельвиоперитонитом 34,7%) составляют 64%.

При использовании оптимизированного стандарта частота острого сальпингоофорита с формированием тубовариальных образований и острого гнойного сальпингита с пельвиоперитонитом составляет 11,7 и 10%, соответственно. Это позволяет, с учетом лапароскопического доступа, в 7 раз чаще проводить органосохраняющие операции.

Отдаленные результаты лечения больных с ОВЗОМТ показали, что предлагаемый оптимизированный стандарт, по сравнению с традиционным, направлен на профилактику бесплодия и повышение частоты наступления маточной беременности с 17,1 до 44,3%.

После эндоскопических органосохраняющих операций самооценка качества жизни улучшилась или сохранилась на прежнем «хорошем» уровне у 63,7% женщин, 36,3% женщин считали ее «удовлетворительной». После радикальных операций 13,8% пациенток оценивали качество жизни как «хорошее», 82,3% пациенток – как «удовлетворительное», 3,9% пациенток – как «плохое».

Выводы:

1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что своевременная диагностика и эндоскопические органосохраняющие

операции улучшают показатели качества жизни пациенток после оперативного вмешательства, способствуют сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья женщин.

2. Наилучший результат лечения таких больных, может быть, достигнут только при одновременном совершенствовании не только медицинских, но и организационных исследований, что клинически и подтверждено апробацией разработанного оптимизированного стандарта обследования и лечения.

3. Разработка новых медико-экономических стандартов с использованием современных технологий, а также лицензирование ЛПУ, с учетом их возможностей работы по современным оптимизированным стандартам, является одним из основных направлений не только в гинекологии, но и в отечественной медицине в целом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА "ГАЛАВИТ" В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гатаулина Р. Г., Ванько Л.В., Менжинская И.В., Гатина Т.А. (Москва)

Проблема диагностики и лечения нарушений репродуктивной функции различной этиологии, несмотря на активное проведение научных исследований, не теряет актуальность. Нарушение репродуктивной функции обусловлено многофакторными причинами, которые характеризуются полиморфизмом клинических проявлений в виде сочетанной патологии репродуктивной системы.

Цель. Изучить особенности клинического воздействия препарата "Галавит" и оценить его эффективность в комплексном лечении у больных с различными гинекологическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Обследовано 54 женщины репродуктивного возраста, которым проводилась терапия иммуномодулятором "Галавит", обладающего выраженным противовоспалительным действие. "Галавит" - это отечественный препарат представляющий собой производное аминофталгидрозида (5-амино-1,2,3,4,-тетрагидрофталазин-1,4-диона натриевая соль), как лекарственное средство разрешен к применению с марта 1997 г. Из-за выраженного модулирующего влияния аминофталгидрозида на функциональную активность макрофагов было начато проведение широкомасштабных исследований области его возможного применения, что и привело в итоге к созданию нового лекарственного средства ("Галавит") и разработке оригинальных методов лечения ряда заболеваний (инфекционные, хронические гнойно–воспалительные и вирусные, онкологические и т.д.). Первоначально нами было проведено применение препарата "Галавит" у 10 женщин (1 группа) после медицинского прерывания беременности (медикаментозный, инструментальный), с целью снижения риска осложнений после прерывания беременности. После получения интересных результатов лечения в 1-ой группе женщин, было решено использовать "Галавит" при проведении комплексной реабилитационной терапии в позднем послеоперационном периоде (после оперативной лапароскопии с последующей гормонотерапией в течение 3-6 месяцев в непрерывном режиме а- ГнРГ) у 44 женщин с бесплодием: 35 женщин (2-я группа) с сочетанными изменениями в малом тазу (наружный генитальный эндометриоз, миома матки, внутренний эндометриоз) и 9 женщин (3-я группа), у которых, кроме выше указанной патологии, во время оперативной лапароскопии был диагностирован спаечный процесс в малом тазу III –IV степени. В 3-й группе "Галавит применялся в программе ЭКО и ПЭ. В процессе обследования был использован широкий спектр клинико-лабораторных методов исследований и изучены анамнестические данные. Длительность наблюдения после окончания курса гормонотерапии в послеоперационном периоде - от 3-х месяцев до 1года. Продолжительность и методика введения препарата "Галавит" в процессе восстановительного лечения определялась индивидуально, взависимости от выявленных системных нарушений и под контролем УЗИ. Пациенткам 1-ой группы – 20 инъекций, начиная со 2-5 го дня менструального цикла по схеме: ежедневно по 1 инъекции -100 мг в течение 5 дней, затем по 1 инъекции через день (всего 5 инъекций), далее по 1 инъекции через 2 дня (№5) и 3 дня (№5). Во 2-ой и 3-й группах больных в среднем проводился курс из 20 инъекций внутримышечно: первые 10 инъекций по схеме указанной выше и 10 инъекций через 2 дня, но иногда дополнительно вводили по 100 мг внутримышечно ежедневно в течение 5-10 дней в цикле стимуляции овуляции, начиная с 3-го дня менструального цикла.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 29,3±3,4 года, длительность бесплодия - 7,1±3,4 года. Инфекционный индекс составил 2,3±0,2. Анализ семейного анамнеза выявил отягощенную наследственность у 41% женщин, частота соматических и гинекологических заболеваний встречается – у 36,3%. Перенесли воспалительные и инфекционные заболевания 79,3% женщин, при этом до 82% пациенток имели в анамнезе не одно, а несколько перенесенных заболеваний. Поливалентная форма аллергии наиболее часто отмечена у пациенток 2-ой и 3-ой группы. Каждая вторая пациентка имела отягощенный аллергоанамнез в виде поливалентной аллергии, что свидетельствуют о наличии аутоиммунных нарушений у данного контингента больных. В процессе обследования у больных выявлены, сопутствующие изменения в органах-мишенях: дисгормональные заболевания молочных желез (78,1%); высокая частота патологии щитовидной железы (56,2%), но, в тоже время необходимо отметить, что изменения со стороны щитовидной железы у женщин 2-ой и 3-й групп были отмечены почти у каждой третьей. У 6 пациенток 1-ой группы было диагностировано наличие хламидиоза (4), уреаплазмоза (5), вируса простого герпеса (3) и кандидоза (1). Изучение показателей системного иммунитета выявило снижение относительного содержания Т-хелперов (CD4+) и увеличении процента В-лимфоцитов (CD19+), естественных киллеров (CD16+), Т-клеток, несущих γδ-рецепторы, и уровня иммуноглобулинов классов IgM и IgA (2-я и 3-я группы пациенток, а также у 6 женщин 1-ой группы). Установлено статистически достоверное увеличение доли клеток, экспрессирующих активационные маркеры (CD25+, HLA-DR+), что свидетельствует о нарушении регуляторных процессов на системном уровне у этого контингента больных. Данный характер изменений активационных маркеров на лимфоцитах периферической крови отражает выраженные нарушения регуляторных процессов на системном уровне. В 1-ой группе больных, эти изменения, по-видимому, были обусловлены за счет снижения функциональной активности основных компонентов иммунной системы, ведущее к нарушению защиты организма от вирусов и сопровождающееся повышенной инфекционной заболеваемостью, и в настоящее время рассматривается как иммунодефицитное состояние. У больных исследуемых групп наблюдаются существенные изменения интерфероногенеза: выявлены значительное увеличение уровня сывороточного интерферона и резкое снижение интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов. Полученные результаты свидетельствуют, что бесплодие, обусловленное сочетанием наружнего или внутреннего генитального эндометриоза, спаечного процесса в малом тазу III-IV степени воспалительной этиологии сопровождается значительными изменениями во всех исследованных нами звеньях ИФН-статуса. Наиболее характерным для данной группы больных является снижение уровней синтеза лейкоцитами ИФНα и ИФНγ. Более того, если после лечения ИФНα- синтезирующая активность возрастает и у многих пациентов достигает значений нормы, то синтез ИФНγ даже после лечения остается значительно сниженным. Изучение состояния гепатобиллиарной системы показало необходимость коррекции метаболических нарушений в процессе комплексного восстановительного лечения.

При проведении лечения "Галавитом" 7 женщин 1-ой группы помимо положительного эффекта на общее самочувствие, повышение тонуса и работоспособности, предъявляли жалобы на умеренно тянущие боли внизу живота. При проведении эхографиии было диагностировано наличие функциональных (ретенционных) кист яичников довольно больших размеров, которые после окончания инъекций подвергались самостоятельной регрессии. В тоже время у женщин с диагностированным внутренним эндометриозом отмеча-

лась положительная динамика (по данным эхографии) – уменьшение степени поражения внутреннем эндометриозом миометрия, а сами пациентки отмечали изменение менструальных выделений: исчезновение мажущих выделений до и после менструаций, хотя в 1-м цикле на фоне инъекций Галавита –менструальные выделения более темного цвета, чем обычно, а в последующем менструации наступали в срок, без боли и не имели особенностей от нормы. Суммируя результаты иммунологических исследований на системном уровне, исследование интерферонового статуса после лечения Галавитом показало, отмечалось увеличение количетсва CD4+ лимфоцитов и NK- коеток (естественные киллеры), а также подъем уровня интерферонов до субнормальных величин, то есть ИФНα- синтезирующая активность возрастает и синтез ИФНγ у многих пациентов достигает значений нормы значительно быстрее. Наблюдалось также повышение уровня иммуноглобулинов классов IgM и IgA, то есть влияет на синтез иммуноглобулинов, повышая их уровень и функциональную активность. Известно, что IgA играет важную роль в защите слизистых оболочек от инфекционных агентов.

Таким образом, результаты проведенных клинических исследований по клинической оценке Галавита в комплексной терапии больных показал, что Галавит обладает как иммуномодулирующим, так и противовоспалительным свойством, но также оказывает опосредованное воздействие непосредственно на яичник в виде стимулирующего действия. Учитывая выше сказанное, мы решили применить "Галавит" у женщин в процессе проведения стимулирующей терапии и в программе ЭКО. Тем более одним из провоцирующих факторов неэффективности ЭКО и ПЭ являются аутоиммунные процессы у супружеской пары, которые имеют тенденцию к прогрессированию в момент проведения стимуляции суперовуляции и ЭКО. Анализ результатов проведенного исследования позволил снизить дозы стимулирующих препаратов и получить положительные результаты в плане наступления беременности даже у довольно сложного контигента больных, определить спектр необходимых методов обследования и адекватных методов комплексного консервативного воздействия. Полученные данные позволяют прогнозировать возможность восстановления репродуктивной функции у исследуемого контингента пациенток.

Обобщая, полученные результаты исследований, и оценивая состояние репродуктивной системы, органов-мишеней, эндокринной и иммунной систем, метаболических процессов мы пришли к заключению о наличии существенных нарушений гомеостаза у данного контингента пациентов, которые проявляются в виде полиморфных поражений различных систем организма, что свидетельствует в пользу аутоиммунного фактора в генеза нарушения репродуктивной функции. Все выше сказанное и явилось предпосылкой для разработки комплекса диагностических и лечебных мероприятий. улучшению репаративных процессов в поврежденных тканях и коррекции аутоиммунных нарушений. В результате проведенной, индивидуально подобранной комплексной терапии, которая состояла из оперативного лечения с последующими комплексными реабилитационными мероприятиями включавшая применение иммуномодулятора "Галавит" способствовала не только сокращению сроков наступления беременности, но увеличению частоты ее наступления, независимо от способов ее реализации (стимулирующая терапия, стимуляция суперовуляции, ЭКО и ПЭ) и благополучным исходом беременности.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Гатина Т.А., Мишиева Н.Г. (Москва)

Цель исследования. Анализ репродуктивного поведения женщин старшего возраста, определение основных проблем и разработка тактики их решения.

Материал и методы исследования. Обследовано 1176 женщин в возрасте от 36 до 50 лет, обратившихся в отделение сохранения и восстановления репродуктивной функции и научно-поликлиническое отделение ГУ НЦ АГиП РАМН. Пациентки были разделены на три группы: I – 37-40 лет, II – 41-45 лет, III – 46-50 лет. С целью определения социального статуса, выявления мотивов обращаемости пациенток проводили медико-социальное анкетирование. Исследовали состояние гинекологического, соматического здоровья. Функциональное состояние репродуктивной системы определяли по уровню гормонов в сыворотке крови (ЛГ, ФСГ, Е2) и тестам функциональной диагностики. Проводили прерывание беременности по желанию женщины различными методами. Осуществляли подбор контрацепции в зависимости от состояния соматического здоровья и репродуктивной системы, оценивали влияние различных методов контрацепции, проводили лечение бесплодия. Результаты исследования. Спектр проблем по обращаемости за исследуемый период был крайне разнообразным. 518 женщин обратились по поводу прерывания беременности. Из них 157 пациенткам было произведено выскабливание слизистой полости матки, 224 – вакуум аспирация, 137 женщинам произведен медикаментозный аборт. Разработаны методы прерывания беременности в зависимости от состояния гинекологического и соматического здоровья, возраста пациентки. 288 женщин старшего возраста обратились для выбора метода контрацепции, 45 из них рекомендована гормональная контрацепция, 105 – ВМС, 138 пациенткам – другие методы контрацепции. Пациенткам I группы (37-40 лет) назначали низкодозированные ОК. От 41-45 лет (II группа) подбор контрацепции был индивидуальным, но в основном это были барьерные методы. При назначении контрацепции учитывали как соматическое здоровье, так и характер репродуктивного поведения и сексуальной активности женщин. Оценено состояние здоровья женщин, использующих различные методы контрацепции. Показано более благополучное состояние здоровья и качество жизни пациенток, применявших современные контрацептивные средства, особенно низкодозированные ОК. Определено место внутриматочных гормональных рилизинг-систем для контрацепции и лечения женщин старшего возраста. Продемонстрировано наиболее неблагополучное состояние как соматического, так и репродуктивного здоровья женщин регулирующих репродуктивное поведение при помощи искусственного аборта или рутинных методов контрацепции. 370 пациенток обратились по поводу лечения бесплодия. Продемонстрирована низкая эффективность излечения бесплодия у женщин старшего возраста. Оценено состояние женщин, проводящих различные методы лечения бесплодия. Сделан вывод об необходимости диспансерного наблюдения этого контингента больных.

Выводы. Проведенный анализ показал наличие широкого спектра проблем у женщин старшего репродуктивного возраста, необходимость индивидуального решения этих проблем в зависимости от намерений женщины и состояния ее репродуктивного и соматического здоровья, недостаточно эффективную помощь этой категории населения.

СТЕПЕНЬ ИЗМЕНЕНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ – НОРАДРЕНАЛИНА И АДРЕНАЛИНА - У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РАЗЛИЧНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ МЕЛАТОНИНА

Гафарова Е.А., Мальцева Л.И., Гарипова Г.Х. (Казань)

По данным литературы в норме максимальная экскреция адреналина и норадреналина наблюдается в активный период суток (с 11 до 19 часов), минимальная – в период сна (с 23 до 7 часов). Количество адреналина колеблется от 5,0±1,4 до 7,68±0,65 мкг/сут, норадреналина – от 18,6±2,5 до 19,7±1,47 мкг/сут (Латенков В.П., 1985; Кассиль Г.Н., 1981; Andrew R. et al., 1993). Также в литературе

есть указания на то, что при физиологическом климактерии наблюдается снижение содержания норадреналина в гипоталамусе женщин (Palkovits M., 1982).

Целью данной работы явилось изучение секреции катехоламинов у женщин с климактерическим синдромом различной степени тяжести и ее связи с уровнем мелатонина сульфата в суточной моче.

Материалы и методы исследования.

Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование 165 женщин в возрасте от 43 до 61 года с климактерическим синдромом различной степени тяжести. Контрольную группу составили 15 здоровых женщин позднего репродуктивного возраста без климактерического синдрома. Исследования проводились на базе гинекологической клиники Республиканской клинической больницы №3, женских консультаций №2, №15 г. Казани. Количество катехоламинов (адреналина и норадреналина) определяли флуориметрическим методом в суточной моче по методике Матлиной Э.Ш. на флуориметре «Биан». Уровень мелатонина сульфата определяли методом ИФА с помощью тест-системы IBL: MELATONIN SULFAT 6-SULFATOXYMELATONIN, ELISA, Hamburg. Тяжесть климактерического синдрома оценивали по индексу Куппермана.

Результаты исследования.

При исследовании уровня катехоламинов женщин с тяжелым климактерическим синдромом выявлялось значительное повышение уровней адреналина и норадреналина в суточной моче по сравнению с контролем, которые составили 9,1±0,38 мкг/сут и 53,5±2,42 мкг/сут соответственно. Установлена связь норадреналина в суточной моче с количеством эстрадиола в периферической крови, с нейровегетативными и психоэмоциональными симптомами климактерического синдрома ($r= 0,77^*$; $p<0,05$). По данным литературных источников, действительно, уровень эстрогенов влияет на соотношение плотности адренорецепторов. Эстрогены, снижая содержание моноаминооксидазы, должны повышать биодоступность катехоламинов. Но так как секреция эстрадиола в менопаузе снижается, скорее всего, этого не происходит, в связи с чем количество катехоламинов возрастает, а полноценного ответа на них не происходит. Характерно, что количество адреналина было связано с возрастом больных, который в свою очередь коррелировал с количеством мелатонина сульфата в суточной моче ($r= -0,5^*$; $p<0,05$). Имеется достоверная связь количества адреналина с нарушениями сна, гормонами гипофиза и индексом Куппермана. Савина Л.В. и др. (2002) выявляют гиперсекрецию нейромедиаторов у женщин с климактерическим синдромом и связывают ее с ответом на стресс-реакцию, обусловленную нарастающим дефицитом эстрогенов и инволютивной лабильностью гонадотропной и пролактинсекретирующей функций гипофиза. С этим, возможно, и связана неоднородность клинической симптоматики при климактерическом синдроме.

Количество адреналина и норадреналина в суточной моче в группе женщин с климактерическим синдромом средней степени тяжести было повышено незначительно (в 1,14 и 1,17 раза) по сравнению с группой контроля, но 1,18 и 1,2 раза ниже, чем у женщин с тяжелым климаксом. В этой группе была установлена достоверная сильная корреляция между катехоламинами в суточной моче (адреналином и норадреналином) и показателями липидного профиля крови, такими как ЛПВП ($r= 1,0^*$; $p<0,05$). Количество катехоламинов в суточной моче в группе со среднетяжелым климактерическим синдромом как и в первой группе коррелировало с нейровегетативными («приливы», «гусиная» кожа») и психоэмоциональными («изменение аппетита») симптомами климактерического синдрома, а также с показателями гормонального фона.

Изучение содержания мелатонина сульфата в суточной моче у больных с климактерическим синдромом отразило неравнозначное его изменение.

У большинства больных с тяжелым климактерическим синдромом имелось снижение уровня мелатонина сульфата в суточной моче по сравнению с контрольной группой в 2,27 раза, что составило 35,09±4,32 нг/мл. Уровень мелатонина сульфата в суточной моче у женщин с климактерическим синдромом средней степени тяжести практически не отличался от такового у женщин с тяжелым климаксом, но был достоверно ниже по сравнению с группой контроля и составил 44,01±7,92нг/мл. В обеих группах были выявлены женщины, уровень мелатонина сульфата в суточной моче которых существенно превышал контрольные значения и составил 121,4±8,48 нг/мл. При исследовании катехоламинов у таких пациенток установлено незначительное повышение показателей адреналина и норадреналина по сравнению с контрольной группой. Адреналин составил в среднем 7,9±0,03 мкг/сут, норадреналин – 44,5±2,18 мкг/сут, тогда как в контроле средние показатели составили соответственно 7,36±0,41 мкг/сут и 40,82±0,49 мкг/сут.

В группе женщин с легким климактерическим синдромом показатели адреналина и норадреналина практически не отличались от таковых во второй группе и были несколько выше контрольных значений, тогда как уровень мелатонина сульфата в суточной моче был в 1,75 раз ниже контрольных значений и составил 45,91±12,42 нг/мл.

По данным литературы, в норме норадреналин стимулирует образование в эпифизе мелатонина. Об этом косвенно свидетельствует тот факт, что раздражение нервных симпатических волокон, иннервирующих эпифиз, приводят к повышению активности гидроксииндол-О-метилтрансферазы в шишковидной железе (Райхлин Н.Т. и соавт., 1980). Однако, при климактерическом синдроме этого, видимо, не происходит, в связи с чем уровень мелатонина сульфата остается низким при высоких значениях норадреналина и адреналина в суточной моче. Эти нарушения начинают проявляться уже тогда, когда клинические изменения выражены незначительно.

Таким образом, у женщин с климактерическим синдромом обнаружено существенное колебание уровней катехоламинов на фоне сниженного количества мелатонина сульфата в суточной моче.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Гафурова Ф. А. (Ташкент, Республика Узбекистан)

Состояние здоровья девушек - подростков в современных условиях Узбекистана характеризуется высокой частотой гинекологической заболеваемости и нарушением становления репродуктивной системы. Согласно данным, полученным в рамках ежегодных профилактических осмотров в различных учебных заведениях Узбекистана, гинекологическая заболеваемость обнаружена у 31% девушек, у половины из них было сочетание 2-х и более патологий. В связи с этим основной целью нашего исследования явилось изучение влияния неблагоприятных факторов (преморбидный фон, отягощенное течение беременности и родов у матери и др.) на состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков.

Нами обследованы 154 девушек с нарушениями менструального цикла, обратившихся в «Республиканский центр репродуктивного здоровья детей и подростков». Контрольную группу составили 88 девушек аналогичного возраста без нарушений менструального цикла.

Из общего числа обследованных больных 93 человека (60,4%) были жительницами города и 61 (39,6%) проживали в сельской местности.

Средний возраст обследованных лиц составил 16,5±1.5 лет.

Изучение анамнестических данных у обследованных девушек показал высокую частоту соматической патологии. Частота детских инфекционных заболеваний, таких как хронический тонзиллит, эпид.паротит, корь, частые ОРВИ, достоверно чаще регистрировались у девочек изучаемой группы по сравнению с практически здоровыми девушками (в 1,5 раза чаще).

Ретроспективный анализ данных, полученных у матерей о течении беременности, родов и неонатального периода свидетельствует, что у матерей девочек изучаемой группы течение гестационного периода было патологическим у 72 (46,8%). Чаще регистрировались ранние токсикозы и угроза самопроизвольного выкидыша. По поводу угрозы самопроизвольного выкидыша матери пациенток неоднократно получали сохраняющую терапию с включением гормональных препаратов. Роды у матерей девушек изучаемой группы часто осложнялись слабостью родовой деятельности, частота кесарева сечения составила 29,2% (45чел.).

Анализ параметров физического развития у девушек изучаемой группы показал выраженные отклонения от средних массо-ростовых показателей, преимущественно за счёт дефицита массы тела. При оценке параметров полового развития у большинства девушек регистрировалось отставание, в основном, по показателю менструальной функции (позднее начало, нерегулярные менструации или их отсутствие).

Наиболее частыми проявлениями нарушения менструального цикла у девушек изучаемой группы были дисфункциональные маточные кровотечения, опсоменорея, гипоменструальный синдром, дисменорея. Из числа менструирующих девушек основной группы средний возраст менархе составил 14,4±1,5 лет, в то время как среди практически здоровых девушек этот показатель составил в среднем 12,7+1,5 года. При ультразвуковом обследовании гениталий у 54 (37,7%) девушек основной группы отмечена гипоплазия матки I-II степени. У 37(30,5%) гипоплазия матки сочеталась с гипоплазией яичников. Что касается структуры яичников, то у 13 (14,9%) выявлена однородная, с незначительным числом эхонегативных структур диаметром от 7-9 до 15-16 мм. В подавляющем большинстве случаев регистрировалась ячеистая структура, у 36 (23,4%) диагностированы поликистоз яичников и уплотнение капсулы яичников.

Из общего числа обследованных больных у 71 (46,1%) отмечено диффузное увеличение щитовидной железы I-II степени. У 36 (23,4%) отмечен гирсутный синдром, особо выраженный у 16 (44,4%). У 56 (36,4%) пациенток диагностирована угревая болезнь, сочетающаяся с жирной себореей. У 13 (8,4%) диагностирована галактореяI-II степени, 28 пациенток отмечали головные боли.

Таким образом, результаты проведенного ретроспективного анализа анамнестических данных, течения пубертатного периода, преморбидного фона, оценка параметров физического и полового развития у девушек, страдающих нарушениями менструального цикла, свидетельствуют о негативном воздействии неблагоприятных факторов (отягощенное течение беременности и родов у матери, высокая частота инфекционно-воспалительных заболеваний в детстве и др.) на функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОЛОГИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Глазкова О.Л., Сибирская Е.В. (Москва)

Сахарный диабет клинический синдром хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, приводящей к нарушению обмена веществ, поражению сосудов, нейропатии и патологическим нейро-трофическим изменениям в различных органах и тканях. В настоящее время сахарный диабет 1 типа рассматривают как классическую аутоиммунную болезнь. Доказательством аутоиммунной природы сахарного диабета 1 типа является наличие аутоантител к широкому спектру мембранных и цитоплазматических компонентов β-клеток, включая инсулин, проинсулин и глютаматдекарбоксилазу. У больных сахарным диабетом 1 типа обнаруживают не только островковонаправленные антитела, но и аутоантитела к другим органам и тканям, в том числе к лимфоцитам, клеткам гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, а также к симпатическим и парасимпатическим нейронам. В этой связи при сахарном диабете 1 типа нельзя исключить и наличие аутоиммунного поражения яичниковой ткани, следствием которого может явиться нарушение менструального цикла на фоне синдрома истощенных яичников или аутоиммунного оофорита.

Цель исследования: изучить этиологию нарушений менструального цикла у женщин больных сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы исследования:

Проведено обследование 100 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст 32,2±1,8 лет (здесь и далее M±m), страдающих сахарным диабетом 1 типа, с длительностью заболевания от 2 месяцев до 32 лет (в среднем 14,5±6,8 лет). Комплексное обследование больных включало анализ анамнестических данных, общепринятые клинические и лабораторные исследования, ультразвуковое исследование органов малого таза в динамике менструального цикла, обследование по тестам функциональной диагностики (базальная термометрия 4 месяца). У пациенток с нарушениями менструального цикла на 5-7 день цикла определяли концентрацию ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, ДГЭА-сульфата, ТТГ, 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови (ИФА). 30 женщинам в возрасте до 25 лет, больным сахарным диабетом 1 типа, отобранных методом случайной выборки определяли в сыворотке крови содержание тиреотропного гормона, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, аутоантител к цитоплазматическим антигенам β-клеток (ICA) и к инсулину (IAA), а также антител к ткани яичников. Контрольную группу для определения овариальных антител (n=10) составили практически здоровые женщины в возрасте от 18 до 30 лет, средний возраст 24,2±1,6 лет, проходившие профилактический осмотр в поликлинике.

Результаты: В группе обследованных больных преобладали пациентки с сахарным диабетом средней степени тяжести (59 человек), тяжелая форма заболевания имела место у 40, а легкая – у 1 женщины. Среди обследованных женщин (n=100) менструировали 91% больных. У 9 женщин менструации отсутствовали, из них 7 (77,77%) были прооперированы до 40 лет по поводу миомы матки – 4 (57,-14%) женщины, аденомиоза – 2 (28,57%) женщины или рецидивирующей гиперплазии эндометрия – 1(14,28%). У 2 (22,22%) женщин наступила ранняя менопауза. Среди 91 женщины репродуктивного возраста, больных сахарным диабетом 1 типа менструальный цикл был регулярным у 47 (51,64%) женщин, причем у 30 (63,83%) из них - овуляторный, у 17 (36,17%) – ановуляторным. У 44 (48,35%) женщин менструации носили нерегулярный характер. Альгодисменорея характерна для 51,64% женщин больных сахарным диабетом 1 типа. Отмечена прямая зависимость нарушений менструального цикла от длительности сахарного диабета 1 типа ($\chi2=40,8$), времени дебюта основного заболевания ($\chi2=75,81$), степени тяжести сахарного диабета 1 типа ($\chi2=32,4$) и доз применяемого инсулина ($\chi2=6,8$).

Болезни щитовидной железы являлись наиболее часто встречающейся сопутствующей эндокринной патологией: аутоиммунный тиреоидит был выявлен у 30%, диффузный токсический зоб - у 12% пациенток.

При проведении исследования на определение аутоантител к ткани яичника ни у 30 женщин с сахарным диабетом 1 типа, ни у здоровых женщин контрольной группы (n=10) не было обнаружено повышение титра антител выше допустимой нормы (норма от 0 до 10 U/мл). Однако выявлена прямая зависимость между уровнем концентрации антител к ткани яичника и степенью тяжести сахарного диабета 1 типа.

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

У 9 (30%) женщин с тяжелым течение сахарного диабета 1 типа уровень антител к ткани яичника колебался от 6,9 до 9,7 U/мл (средний показатель 8,4±1,4 U/мл). Антитела к β-клеткам поджелудочной

железы не были обнаружены ни у одной женщины в данной группе больных. Антитела к инсулину были выявлены у 2 женщин с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет. Уровень титра антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе также не был повышен, но по сравнению с пациентками со средней степенью тяжести сахарного диабета 1 типа показатели были более высокими: 78±12,4 МЕ/мл и 14,8±10,6 МЕ/мл соответственно.

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

Выводы: Нарушения репродуктивной системы в группе больных сахарным диабетом 1 типа имеют мультифакториальную природу.

РОЛЬ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

Глинкина Ж.И., Кузьмичев Л.Н., Бахарев В.А., Дзенис И.Г., Мамонова В.В., Туровец Н.А. (Москва)

Патологические состояния репродуктивной системы нередко обусловлены хромосомными и генными мутациями. Эти мутации у родителей после оплодотворении in vitro, могут передаваться будущему потомству. Таким образом, здоровье детей тесно связано с состоянием здоровья их родителей.

Единственной возможностью снизить медицинский и социальный генетический «груз» патологии является разработка и проведение профилактических мероприятий.

Профилактические мероприятия не могут существовать отдельно от медико-генетического консультирования, которое является главным, неотъемлемым условием при выборе оптимального метода лечения нарушений репродуктивной функции и прогноза здоровья будущего потомства. В связи с этим не вызывает сомнения необходимость расширения показаний для медико-генетического консультирования и обследования супружеских пар, включенных в программы ВРТ.

Было обследовано 392 пары (784 человека). Классическая программа ЭКО была показана 166 парам (1-ая группа), 226 пар нуждались в проведении процедуры ИКСИ (2-ая группа).

При медико-генетическом консультировании у 30 пациентов (1-ой и 2-ой групп) были выявлены врожденные пороки развития, моногенные заболевания и гетерозиготное носительство мутантных генов. Врожденные пороки развития и генетические нарушения 2 раза чаще встречались среди супружеских пар 2 группы.

У большинства пациентов (20 из 30) была выявлена врожденная дисфункция коры надпочечников, обусловленная недостаточностью 21- гидроксилазы (мягкая форма) и гетерозиготное носительство мутации гена CYP21B.

Цитогенетическое исследование лимфоцитов периферической крови проводили обоим супругам. В 1 группе хромосомные изменения были выявлены у 17 женщин (10.2%) и 2 мужчин (1.2%), что составило 5.7% (у 19 из 332). При анализе данных кариотипа у женщин данной группы обнаружено преобладание хромосомных изменений в комплексе половых хромосом. Частота хромосомных аберраций у женщин с вторичным бесплодием в 3.5 раза отмечалась чаще, чем с первичным. Вероятно, в связи с тем, что основные изменения у женщин были представлены преобладанием хромосомных аберраций в комплексе половых хромосом, причем больший уровень был представлен мозаицизмом.

У 3 женщин 1-ой группы хромосомные перестройки аутосом были представлены: перицентрической инверсией (у 1), робертсоновскими транслокациями (у 2). У одного мужчины 1-ой группы была обнаружена полисомия Y хромосомы (47, XXY), у другого - перицентрическая инверсия хромосомы 2 (46,XY, inv(2)(p12q14)).

При исследовании кариотипа в культивированных лимфоцитах крови 266 супружеских пар 2-ой группы наличие изменений хромосомного набора обнаружено у 3 женщин (1.3%) и 18 мужчин (8.0%), что составило 4.6% (у 21 человека из 452).

У женщин данной группы хромосомные изменения в комплексе половых хромосом были представлены мозаицизмом. У мужчин в основном обнаружены перестройки аутосом, которые представлены транслокациями и перицентрическими инверсиями (у 11 из 18). В половине наблюдений транслокации аутосом были представлены робертсоновскими транслокациями хромосом 13 и 14. Из 3 выявленных перицентрических инверсий две были представлены инверсиями хромосомы 7. Исследование кариотипа двух мужчин показало у них делеции хромосомы Y и хромосомы 16 (мозаичная форма). Кроме того, были выявлены кариотипы, соответствующие синдрому Клайнфельтера (полная и мозаичная форма), синдрому полисомии хромосомы Y (мозаичная форма), а у одного мужчины кариотип был представлен - 46,XX.

При женском факторе бесплодия в 1-ой группе частота хромосомных аберраций у женщин была в 8.5 раз выше, чем у мужчин. Напротив, во 2 группе, хромосомные изменения были выявлены только у 3 женщин. Это указывает на то, что у супружеских пар, при женском факторе бесплодия следует проявлять большую генетическую настороженность к женщине, у супружеских пар с мужским фактором бесплодия - мужчинам. Тем не менее, следует обратить внимание на тот факт, что, хромосомные аберрации были выявлены как у мужчин, так и у женщин обоих групп. Это указывает на необходимость проведения цитогенетического исследования лимфоцитов периферической крови обоим супругам программ ЭКО, ИКСИ.

Исследование крови на наличие микроделеций локусов хромосомы Y: SRY, ZFY, sY84, sY86, sY615, sY127, sY134, sY254, sY255, sY242, sY157 было проведено у 56 мужчин с азооспермией и олигозооспермией (концентрацией сперматазоидов. в 1 мл эякулята < 5млн). Наличие микроделеций хромосомы Y было выявлено у 4 (7%) пациентов. Микроделеции хромосомы Y были следующие: Del sY242; Del sY157, sY242; Del sY254, sY255; Del sY254, sY255. Выявление микроделеций хромосомы Y имеет принципиальное значение при проведении программ ВРТ, т.к. в случае рождения мальчика в данной семье, отец в 100% случаев передает эту мутацию своему сыну.

Выявленные врожденные пороки развития и генетические нарушения у пациентов с бесплодием указывает на необходимость медико – генетического консультирования пациентов, нуждающихся в лечении методами ВРТ и притом до включения их в программу ЭКО, ИКСИ.

КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ДИМЕФОСФОНОМ

Гогсадзе Н.У., Хафизьянова Р.Х. (Казань)

Состояние здоровья женщин после менопаузы резко ухудшается вследствие нарушения нейро-гормонального обеспечения организма. У большинства женщин, страдающих с климактерическим синдромом, регистрируются нарушения функционирования как центральной, так и периферической нервной системы. Типичными для этих пациентов являются жалобы на нарушение сна, появление головокружения, тревожности, беспокойства и непереносимости резких колебаний температуры окружающей среды. В этот период пациенты отмечают снижение умственной и физической работоспособности, появления симптомов астении и астено-вегетативного синдромов. Отмечается, что среди женщин, которые страдают климактерическим синдромом, встречаются с большой частотой семейные, производственные конфликты. Они в подавляющем большинстве стресс неустойчивы. Одними из тяжело переносимыми симптомами климактерического синдрома являются, повторяю-

щиеся с разной частотой в течение суток учащения сердцебиений, жалобы на боли в области сердца и повышение как систолического, так и диастолического давлений, связанные с изменением функционирования сердечно-сосудистой системы. Поэтому, поиск новых лекарственных средств, способных корригировать психовегетативные нарушения, а также изменение функционирования сердечно-сосудистой системы является актуальной проблемой современной гинекологии и клинической фармакологии.

Настоящая работа посвящена исследованию влияния нового отечественного лекарственного препарата димефосфона на вегетативно-сосудистые нарушения пациенток с климактерическим синдромом. Были исследованы 20 женщин в возрасте от 40 до 55 лет, у которых была зарегистрирована менопауза. Критериями отбора были наличие симптомов патологического климакса – приливы, головокружение, слабость, утомляемость, головные боли, раздражительность, потливость и изменение кровяного давления и др. Они были оценены с помощью специального опросника (по Куперману).

Состояние здоровья женщин оценивалось до начала лечения и спустя 3 месяца после терапии. В качестве «эталонного» лекарства был выбран препарат тибалон. Пациентки были разделены после рандомизации на две группы по 10 в каждой. Одной группе женщин ежедневно, однократно было назначено пероральное применение тибалона в таблетках 2,5мг. Другой группе женщин (10) в течении дня трижды по 30 мг/кг внутрь по 1 столовой ложке на прием был назначен димефосфон. Результаты исследования подвергнуты статистической обработке.

Анализ результатов исследований показал, что до начала курса терапии у пациенток отмечалось нарушение качества сна. Все они предъявляли жалобы на трудность засыпания, прерывистость сна или же на наличие «бессоницы». Как тиболон, так и димефосфон уже на 14-ые и 10-ые сутки соответственно от начала терапии нормализовали сон у всех обследуемых женщин. Было выявлено, что оба препарата через 10-12 дней одноправленно приводили к снижению числа «приливов» в течение суток ($P < 0,001$). Если до начала лечения тиболоном число приливов составило 12,00±0,96, то через три месяца только у одной из десяти женщин отмечалось наличие слабо выраженных проявлений этого симптома. До лечения димефосфоном этот показатель составил 13,0±1,1, то после трехмесячного курса приема его приливы наблюдались только у двух из десяти и они были редкими и интенсивность их была слабой. Приступы «сердцебиений», которые отмечались у пациенток один-два раза в сутки, как при терапии тиболоном, так и димефосфоном снижались, а затем через 14 дней полностью устранялись. В конце курса терапии в обеих группах, только у одной в каждой из них регистрировалось наличие этого симптома. В обеих группах женщин отмечалось достоверное повышение как систолического, так и диастолического давления. Так, до лечения тиболоном систолическое давление у женщин составило 162,5±8,4 мм. рт.ст., а в конце курса лечения 12-6,6±0,9, т.е. препарат на 22,1% снижал этот показатель ($P < 0,001$). Диастолическое давление у этих пациенток был равен 100,0±0,9 мм. рт.ст. до начала лечения тиболоном. Препарат снижал этот показатель на 16, 7% и он составил 83,3±6,2 мм рт.ст. ($P < 0,05$).

Курс терапии димефосфоном также способствовал значимому снижению как систолического, так и диастолического давления у женщин с климактерическим симптомом. Если до начала терапии этим препаратом, показатели их были равны 133,0±7,1 и 80,0±4-,2 соответственно, то после трехмесячного приема димефосфона – 106,6±3,2 и 71,1±0,9 мм рт.ст. Димефосфон приводил к снижению на 20,3% систолического ($P<0,001$) и на 33,3% диастолического давления ($P= 0,02$) у женщин с климактерическим синдромом. В процессе терапии как тиболоном, так димефосфоном у женщин улучшалось настроение, снижались эмоциально-вегетативные реакции, конфликтность и повысилась стрессоустойчивость.

Таким образом, димефосфон улучшает качество жизни и корригирует нарушения вегетативной нервной системы и способствует снижению повышенного кровяного давления у пациенток с климактерическим синдромом. По терапевтической эффективности димефосфон не уступает тиболону.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Голиков Г.Я., Демьянова Т.Н., Богданова Н.Л., Елгина С.И., Переделкина О.Н. (Кемерово)

Внедрение в клиническую практику эндоскопических технологий изменило классические подходы к диагностике и лечению патологических процессов в гинекологии. В настоящее время эндоскопические методы исследования, к которым относятся гистероскопия, и лапароскопия приобрели широкое распространение в клинической практике для диагностики и лечения гинекологических заболеваний.

Цель исследования – оценить эффективность гистероскопии в диагностике патологических процессов эндометрия и изучить влияние эндоскопических операций на исходы заболевания и возможность проведения органосохраняющих операций при лапароскопии.

Материал и методы исследования – в гинекологическом отделении ГКБ №3 г. Кемерово в 2002-2004 годах проведено эндоскопическое обследование полости матки у 187 женщин возрасте от 20 до 56 лет. В плановом порядке гистероскопия выполнена у 98 (52,4%) женщин, вэкстренном – у 89 (47,6%). При поступлении у всех женщин проведено выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. В эти же годы 510 женщин получили оперативное лечение. В плановом порядке прооперированы 24,9% (127 пациенток), в экстренном порядке 75,1% (383 пациентки). При поступлении был выставлен диагноз: внематочная беременность – у 138 (27,1%), апоплексия яичника – у 47 (9,2%), кистозные образования придатков – у 178 (34,9%), бесплодие – у 66 (12,9%), склерокистоз яичников – у 46 (9%), воспалительные процессы придатков – у 22 (4,3%), миома тела матки – у 13 (2,5%).

Результаты и их обсуждение - в результате гистероскопического обследования у всех женщин выявлена патология эндометрия: полип эндометрия, полип ц/к- у 102 (54,5%), гиперпластический процесс эндометрия – у 40 (21%), интерстициально-субмукозная локализация миоматозных узлов – у 15 (16%), децидуальный эндометрит – у 25 (13,4%), атрофический эндометрит – у 5 (2,7%), аденомиоз – у 5 (2,7%), ВМС – у 1 (0,5%), децидуальный и плацентарный полип – у 2 (1,1%),вращение хориона в области рубца – у 1 (1,1%), аномалия развития матки (перегородка в п/м – у 1 (1,1%). Результаты гистологического исследования соскобов: у 49 женщин – гиперплазия базального слоя эндометрия (26,2%), у 45 – железисто-фиброзный полип эндометрия (24%), у 32 – эндометрий с децидуальной реакцией стромы; у 7 – эндометрий в поздней стадии фазы секреции (3,7%), у 16 – участки смешанного и очагового аденомиоза (8,8%), у 5 – кусочки эндометрия с секретирующими железами (2,7%), у 2 – злокачественное новообразование тела матки (1,1%), у 12 – эндометрий в состоянии постгравидарного обратного развития (6,4%), у 12- среди крови микрообрывки гиализированной стромы (6,4%), у 7 – плацентарный полип (3,7%). Диагностическая лапароскопия проведена в 49 случаях (9,6%), оперативная – у 461 женщины (90,4%). Объем операций: резекция маточной трубы – у 37 (26,8% от операций при внематочной беременности), сальпинготомия – у 101 (73,2%), консервативная миомэктомия (при миоме матки) – у 13 (100%), при бесплодии в 100% проведены хромогидротубация, адгезиолизис, при гнойных воспалительных заболеваниях в 13 случаях (62,4% проведено дренирование гнойных очагов, в 2 – (9,1%) – санационные лапароскопии и в 7 (31,8%) случаях проведена сальпингоэктомия по поводу пиосальпинксов, при кистозных образованиях придатков – резекция – у 172 (96,6%) и у 6 – аднексэктомия (3,4%), при апоплексии – резекция – у 45 (95,7%) и удаление – у 2 (4,3%), при склерокистозных яичниках резекция у 46 (100%).

Таким образом, у большинства больных гистероскопия позволила установить топический диагноз патологических процессов

эндометрия и выполнить прицельное выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием.

Применение эндоскопических методов лечения позволяет производить реконструктивно-пластические оперативные вмешательства с минимальной травмой органов малого таза, что является перспективным в плане сохранения репродуктивного здоровья женщин.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Горбунова Е.Е., Меркушева Е.М. (Ижевск)

Несмотря на значительные успехи в изучении аномальных маточных кровотечений (АМК) у женщин репродуктивного возраста, данная группа заболеваний остается важной проблемой современной гинекологии. Нарушения менструального цикла, проявляющиеся кровотечениями, стоят на втором месте среди гинекологических проблем, связанных с направлением женщин на госпитализацию (Чернуха Е.Г., 2002 г.). Эти пациентки нередко подвергаются неоднократным лечебно-диагностическим инструментальным воздействиям, либо удалению матки вследствие рецидивирующих маточных кровотечений.

Целью исследования явилось изучение клинико-морфологических особенностей АМК с оценкой врачебной помощи, оказываемой данной категории больных.

В исследование включены данные о 84 пациентках репродуктивного периода с АМК, которые проходили лечение в лечебных учреждениях г.Ижевска в течение 2002-2004 г.г.

Средний возраст больных составил 38,4±0,3 года. Значительная часть женщин (79,8%) находились в позднем репродуктивном возрасте.

Основными клиническими проявлениями явились маточные кровотечения, носящие разнообразный характер от меноррагии до менометроррагии (36,7% и 63,3%). Причем длительность данных нарушений у половины больных составила более 2-х лет. 5 (6%) больных страдали нарушениями менструальной функции с начала становления. Кроме того, у трети женщин выявлена анемия I-II степени, и каждая четвертая женщина жаловалась на боли внизу живота различной интенсивности. При этом, лечение ранее проводилось только 34 (40,5%) больным – в основном это гемостатическая терапия (54,8%) и прогестинотерапия (40%) малыми курсами (2-3 мес). У 23 (27,4%) женщин настоящая госпитализация была повторной с указанием на 1-3 фракционных выскабливания полости матки, выполненных ранее.

При анализе генеративной функции установлено, что 71 (84,5%) женщина имела в анамнезе беременности. Среднее соотношение беременностей, родов и абортов, приходящееся на одну женщину, составило 4,2+0,3 : 1,6+0,2 : 2,6+0,2. Низкий процент родов в сравнении с высокой частотой абортов был обусловлен низким процентом использования эффективных методов контрацепции. Ведущими методами контрацепции у всех обследованных женщин была внутриматочная контрацепция (38,1%) и барьерный метод (35,7%). Гормональный метод использовали 8 (9,5%) пациенток (в течение 1-3 лет). Не использовали контрацепцию 23 (27,4%) женщины.

Отмечен высокий процент воспалительных заболеваний органов малого таза (63,1%), из них у трети женщин обнаружены инфекции передаваемые половым путем. Патология шейки матки выявлена у 39 (46,4%) женщин.

У 43 (51,2%) пациенток выявлена сочетанная патология эндо- и миометрия. При этом у половины пациенток патология эндометрия сочеталась с миомой матки, у трети больных - с эндометриозом. У 16 (19%) женщин в настоящем или прошлом выявлены опухолевидные образования яичников, половина из них оперирована. При изучении состояния молочных желез у 15 (17,9%) пациенток выявлена диффузная мастопатия.

Выявлен высокий процент экстрагенитальной патологии с преобладанием нарушений функции желудочно-кишечного тракта, печени, желчного пузыря (47,6%) сердечно-сосудистой системы (35%), эндокринной системы (14%).

Изучение семейного анамнеза позволило выявить у половины пациенток наследственную отягощенность по онкологическим заболеваниям, артериальной гипертонии, сахарному диабету, миоме матки.

В стационар поступило 67% женщин в экстренном порядке, т.е. без какого-либо предварительного обследования. В стационаре, как правило, проводился минимальный комплекс обследования, фракционное выскабливание полости матки с целью гемостаза, по показаниям – противовоспалительная терапия. Больная выписывалась из стационара без рекомендаций по лечению всвязи с отсутствием результата гистологии.

При анализе гистологических заключений в 48,8% выявлена железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, причем в 9,5% - в сочетании с миомой матки, в 14% - железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия, в 22% эндометрий был представлен различными фазами менструального цикла с преобладанием пролиферативных процессов, в 7% выявлена воспалительная реакция, в 4,6% - гиперпластический смешанный эндометрий, в 3,6% - гипопластический эндометрий. Превалирующие в структуре гиперпластические процессы характеризовали не только местный процесс в эндометрии, но и указывали на повреждение гормонального гомеостаза, что требовало комплексного обследования и патогенетической терапии.

Морфологическая верификация процесса проводилась в различных гистологических лабораториях города с информированием пациенток после выписки из стационара. Интерпретацию анализа и решение о дальнейшем лечении принимала пациентка самостоятельно, что в 34% привело к отсутствию адекватного ведения.

Возникновение АМК у женщин репродуктивного возраста происходит преимущественно на неблагоприятном преморбидном фоне, обусловленном нарушениями соматического и репродуктивного здоровья. Формирование сложного патологического комплекса требует взвешенного и рационального ведения, предусматривающего соблюдение основных принципов: остановки кровотечения, восстановления менструальной функции и профилактики рецидива заболевания. Важным этапом решения этой задачи является организационный. Целесообразно своевременное наблюдение в амбулаторных условиях женщин репродуктивного периода с фактом лечебно-диагностического выскабливания полости матки по поводу аномального маточного кровотечения. Необходимость проведения начальной просветительской работы в стационаре с ориентацией пациенток на диспансерное наблюдение в женской консультации очевидна. Важна организация преемственности в работе гинекологических отделений и женских консультаций, где тактика ведения больных должна быть активной, подход- дифференцированным, а выбор терапии- патогенетически аргументированным.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИЯМИ ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ

Гранатович Н.Н., Иванова О.В. (Тула)

В настоящее время в акушерстве остается актуальной проблема, связанная с ростом числа инфекций передающихся половым путем (ИППП) в связи с их влиянием на репродуктивное здоровье, течение и исход беременности и внутриутробное инфицирование плода. Представляет интерес изучение региональных особенностей эпидемиологии и этиологии ИППП.

Цель работы: оценить частоты инфицирования беременных ИППП по данным женской консультации Тульского областного родильного дома.

Материалы и методы: проведено лабораторное обследование 1061 беременных, состоящих под наблюдением за 2004 год. Выявление ИППП проводилось в первом и начале второго три-

местра беременности. Для идентификации применялись методы ПЦР и ИФА. Обследование проводилось на ВИЧ, сифилис, гонорею, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ I, II, ЦМВ, гарднереллез. Хронический или острый процесс ВПГ I, II и ЦМВ подтверждался обнаружением в крови IgG или IgM (ИФА)

Результаты: под диспансерным наблюдением по беременности за 2004 год находилось 1286 беременных, обследованы на ИППП 1061 (86,5%). Специфическая инфекция была выявлена у 607 (57,2%) беременных. Было установлено, что в более 50% наблюдений выявлено два и более возбудителя. Бактериальная инфекция выявлена у 604 беременных (99,1%). Уреаплазма в 213 (35%) наблюдений, микоплазма в 139 (22,8%), гарднерелла в 127 (21,8%), хламидия в 97 (15,6%), трихомонада в 16 (2,6%), ВПЧ выявлен в 24 (3,9%), ВПГ I, II – 28 (4,6%), ЦМВ в 16 (2,6%) наблюдений.

Среди обследованных беременных выявлено 7 случаев сифилиса (0,54%), 4 случая ВИЧ инфицирования (0,31%). Гонореи у обследованных беременных не выявлено.

Результаты исследования позволили сделать выводы, что уровень инфицирования беременных высок (57,2%). Наиболее распространенным возбудителем оказалась уреаплазма (35%), отмечается значительное число микст-инфекций (50%).

Всем беременным с клиническими проявлениями инфицирования (кольпит, пиелонефрит, угроза невынашивания, ультразвуковые признаки), а так же отягощенным анамнезом была проведена специфичиская антимикробная и иммунокоррегирующая терапия в комплексе с профилактикой фетоплацентарной недостаточности. Это позволило улучшить перинатальные исходы: невынашивание беременности по данным женской консультации снизилось с 5,1% (2003 год) до 4,1% (2004 год), частота преждевременных родов снизилась с 2,2% (2003 год) до 1,7% (2004 год).

Полученные результаты обнадеживают в плане профилактики репродуктивных потерь.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЯИЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ МАТОЧНО-ЯИЧНИКОВОГО КРОВТОКА НА ФОНЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гурьева В.А., Ариничева А.В., Карпенко А.А., Молчанова И.В. (Барнаул)

Цель исследования - изучение морфо-функционального состояния яичников у пациенток репродуктивного возраста.

Для решения поставленных задач из 190 пролеченных с помощью эмболизации маточных артерий (ЭМА), методом случайной выборки для обследования были отобраны 39 пациенток, средний возраст которых составил 34,5±0,7 лет. Функцию яичников исследовали по уровню гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон), оценивали характер яичникового и маточного кровотока, лютеогенез.

Влияние на функцию яичников ЭМА было неоднозначным в группе обследований и зависело от нескольких факторов. У большей части пациенток в 64,1±7,7% случаев (первая подгруппа) функция яичников на фоне ЭМА не изменилась. При этом перед ЭМА у 57,97±7,9% выявлен 2-х фазный менструальный цикл, у двух пациенток наблюдалась хроническая ановуляция центрального генеза.

Характер кровоснабжения миоматозной матки и яичников у пациенток первой подгруппы с исходным 2-х фазным циклом, был расценен как «выраженный». Восстановление маточно-яичникового кровотока синхронно произошло в 1-ые сутки после ЭМА в бассейне маточных, аркуатных артерий и в бассейне яичниковой ветви маточной артерии, причем индексы периферического сопротивления в яичниковой ветви маточной артерии достоверно не отличались от дооперационных значений, а кровоток в бассейне восходящей маточной артерии и аркуатных артерий достоверно усилился, судя по снижению цифровых значений индексов периферического сопротивления: в бассейне восходящей маточной артерии ИР с 0,69+0,02 до 0,5±0,02, ; ПИ с 1,35+0,25 до 1,2±0,2, СДО 4,1++0,6 до 2,2±0,2, в бассейне аркуатной артерии ИР с 0,57+0,03 до 0,49±0,03; ПИ с 1,1+0,9 до 0,9±0,22. Ко 2-5 (3±0,45) суткам регистрировался коллатеральный кровоток в бассейне радиарных артерий по цифровым показателям сосудистого сопротивления достоверно не отличающийся от дооперационных цифровых значений.

Показатели сосудистого сопротивления сосудов миометрия вернулись к дооперационным значениям к первому месяцу после ЭМА. Уровень стероидных и гонадотропных гормонов оставался стабильным: ФСГ 4,3±0,4 мМе/мл; ЛГ 2,4±0,04 мМе/мл; Е2 188,5±10,2 пг/мл; П 11,9±2,9 нмоль/л. До ЭМА в МА ИР 0,69±0,02, ПИ 1,35±0,25; СДО 4,1±0,6. В АА. ИР-0,57±0,03; ПИ 1,1±0,09; СДО.2,45±0,2. В Яв Ма: ИР 0,62±0,03; ПИ 1,2±0,8; СДО 2,9±0,7. Внутрияичниковый кровоток (ж/тела): ИР 0,43±0,01; В макс 28,1±0,07.

Необходимо отметить, что узлы у этих пациенток в 80% случаев были единичные, а характер роста узлов - преимущественно интерстицио-субмукозный, субмукозный и субсерозный, что не нарушало ангиоархитектоники матки и яичников.

Во второй подгруппе у 20,5±6,5% женщин отмечена кратковременная гипофункция яичника в раннем постэмболизационном периоде на 3 сутки после ЭМА с достоверным кратковременным снижением уровня эстрадиола с 173,27±33,44 пг/мл до 71,91±13,18 пг/мл; прогестерона с 14,01±4,63 нмоль/л до 3,65±1,39 нмоль/л и повышением уровня тропных гормонов: ФСГ с 4,25±0,72 мМе/мл до 7,18±1,09 мМе/мл, которое, однако, к концу 1-го месяца после ЭМА гормональный статус полностью восстановился, и первый менструальный цикл после ЭМА был двухфазным. У этих пациенток выраженность кровоснабжения матки и яичников до ЭМА существенно не отличалась от вышеописанных женщин. Но особенностью сосудистой сети миометрия и яичников явилось варикозное расширение сосудов. МС (максимальная систолическая скорость) венозного кровотока достигала 30 см/с. В постэмболизационном периоде на 2-5 сутки констатирован отек яичников с увеличением их объема в 1,4 раза (с 11,53±2,28 до 16,57±3,5 см3),что явилось причиной кратковременной гипофункции яичников. Однако, это состояние быстро купировалось – на 7-10 сутки и восстановлением маточно-яичникового кровотока и первый менструальный цикл после ЭМА был двухфазным.

В 15,4±5,8% отмечено наступление ановуляторного МЦ. Из них у 10,26±4,8% пациенток ановуляция наблюдалась в первый менструальный цикл и восстановление второй фазы произошло на 2-м месяце после ЭМА. Во всех случаях миома матки была представлена также единичным, но крупным узлом, объем которого составлял 60% от общей площади миометрия, а локализация узла была интерстицио-субсерозной и интерстициальной с центральным ростом. Кровоснабжение миометрия исходно было менее выраженным, чем у пациенток первых двух подгрупп (ИР 0,83±0,2, ПИ 1,62+0,14; СДО 5,67±0,98), в то время как кровоснабжение яичников не отличалось.

Коллатеральный кровоток в бассейне маточных и аркуатных артерий начал визуализироваться на 3 сутки после ЭМА: в коллатералях бассейна МА стал достоверно более низкорезистентным по сравнению с исходным, но цифровые показатели индексов периферического сопротивления оказались выше, чем в первой подгруппе ИР 0,55±0,58 по сравнению с 0,5±0,02 в первой группе. В ЯвМа ИР повысился до 0,76±1,2, а МС снизилась до 13,2±0,35 см/с. Кровоток ж/тела в раннем постэмболизационном периоде определялся в виде единичных эхосигналов

Уровень стероидных гормонов на 3 сутки после ЭМА статистически значимо снизился: эстрадиол с 141,4±29,4 пг/мл до 43,46±2,1 пг/мл; прогестерон с 16±8,06 нмоль/л до 2,68±0,29 нмоль/л, а уровень гонадотропных - достоверно повысился: ФСГ с 2,2±0,38 мМе/мл до 6,1+0,6 мМе/мл; ЛГ с 3,4±2,06 мМе/мл до 10,5±3,2 мМе/мл, оставался низким к концу первого месяца после ЭМА и вернулся к исходным значениям к концу второго месяца. Маточный кровоток до базальных артерий восстановился через три месяца после ЭМА, клинически – стойкий гипоменструальный синдром.

В 5,1±3,5% отмечена более длительная гипофункция яичника на фоне стойкой маточной аменореи, которая была обусловлена у этих пациенток множественной, с интерстицио-субсерозным расположением узлов, объем которых составлял 67-77% от общего объема миометрия. Кровоснабжение узлов и миометрия до ЭМА было сниженным: МА: ИР 0,84+0,3, ПИ 2,22+0,28; СДО 5,17+1,18. Аркуатные и радиарные артерии представляли собой продолжение перинодулярных сосудов с низким кровотоком – ИР 0,77±1,2. В ЯвМа также отмечен достоверно более высокорезистентный кровоток по сравнению с пациентками без гипофункции: ИР 0,79±0,9, хотя васкуляризация ж/тела до ЭМА практически не отличалось от нормы: ИР 0,43±0,03, МС 24,54±0,82 см/с. После ЭМА у данных пациенток отмечено снижение функции яичника с формирование монофазного МЦ с отсутствием кровотока в ЯвМа и аркуатных артериях до 10 суток после ЭМА с восстановлением высокорезистентного кровотока в ЯвМа.

Восстановление второй фазы у одной пациентки произошло только через 2,5 месяца после ЭМА, а у второй через 6 месяцев, причем в последнем варианте произошло лишь одностороннее восстановление функции яичника параллельно с восстановлением кровотока в аркуатной артерии с гемилатеральной стороны. Менструальная функция не восстановилась так как маточный кровоток оставался крайне скудным с ИР 0,72±0,51 регистрировался лишь в бассейне восходящей МА, в миометрии – кровоток в бассейне аркуатных артерий с ИР 0,50±0,3, в толще миометрия регистрировались лишь единичные мелкие эхосигналы. Наблюдалось замещение 90% объема миометрия, фиброзной тканью при удовлетворительной функции яичников.

Таким образом, нарушение функции яичников на фоне ЭМА зависит от выраженности маточно-яичникового кровоснабжения, объема замещения миоматозными узлами ткани миометрия, нарушения ангиоархитектоники миометрия за счет появления преимущественного перинодулярного кровотока множества узлов до ЭМА, а также времени восстановления маточно-яичникового кровотока в бассейне восходящих маточных и аркуатных артерий после эмболизации.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Гурьева В.А., Левченко И.М. (Барнаул)

Медицинский аборт в первом триместре является одной из самых распространенных операций в гинекологической практике. В основном, этой, далеко не безобидной, операции подвергаются молодые здоровые женщины, которых объединяет нежелание иметь беременность в настоящее время. Высокая частота абортов определяет и высокую частоту осложнений: они встречаются у 10-58% женщин. Статистические данные по регионам России свидетельствуют о том, что каждая шестая женщина нуждается в медицинской помощи в связи с осложнениями после аборта. В связи с чем одним из современных направлений медицины в случае наступления нежелательной беременности и ее прерывания является обязательной назначение постабортной реабилитации.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния медицинского аборта на состояние половых органов и гормонального гомеостаза, а так же эффективности реабилитационных мероприятий после медицинского аборта у женщин репродуктивного возраста.

Под наблюдением находилось 215 женщин, произведших медицинский аборт. В зависимости от метода реабилитации, пациентки были разделены на три клинические группы. В первую группу вошло 77 женщин, которым восстановительное лечение проводилось преформированными физическими факторами (ФФ), вторую группу составили 64 женщины, которым в качестве реабилитации назначались комбинированные оральные контрацептивы (КОК), третья группа была представлена 74 женщинами, которые по причине нежелания не получали реабилитационных мероприятий.

Пациентки анализируемых групп были идентичны по возрасту (от 17 до 41 года), особенностям менструальной функции, наличию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, паритету.

В качестве постабортной реабилитации преформированными физическими факторами использовали метод потенциирующей физиотерапии в составе переменных магнитных полей (ПеМП) и синусоидальных модулированных токов (СМТ) в стимулирующем режиме.Для усиления противовоспалительного эффекта непосредственно перед проведением физиолечения в задний свод влагалища вводился тампон с лидазой и димексодом. Особенностью проводимых реабилитационных мероприятий являлось раннее их начало – через 2 часа после аборта.

Процедуры назначались ежедневно в течение 10 дней, первый день схемы лечения проводился в стационаре, последующие 9 процедур - в реабилитационном центре.

Пациентки второй группы получали реабилитацию в виде дифференцированной гормональной коррекции: после медикаментозного и мини-аборта, ввиду их меньшей травматичности, применялись микродозированные комбинированные оральные контрацептивы с гестагенами последнего поколения (новинет) в течение 3 месяцев, после хирургического аборта применялись монофазные КОК с несколько большим содержанием эстрогенного компонента (регулон).

Контроль эффективности проводился методом ультразвукового исследования на аппаратах Spectra Masters (фирма GENERAL ELECTRIK, США) и Acuson XP (фирма ACUSON, США) стандартными ультразвуковыми датчиками 3,5 МГц и 5-10МГц через 10 дней, 3 и 6 месяцев. При изучении восстановления структуры эндометрия у пациенток после искусственного аборта использовали ультразвуковые параметры, предложенные С.Г.Хачкурузовым (1998-1999 гг.), который подробно характеризует признаки посттравматического эндометрита, субинволюции матки, гематометры после аборта.

Морфофункциональное состояние яичников определяли по концентрации гипофизарных и стероидных гормонов в периферической крови пациенток (ПРЛ, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон), тестам функциональной диагностики (базальная термометрия), ультразвуковому фолликулогенезу.

У пациенток, которым проводились реабилитационные мероприятия физическими факторами, частота ранних постабортных осложнений (эндометрит, субинволюция матки, гематометра) имела достоверные различия с женщинами не получавшими реабилитацию : 6,7% против 56,7%.

В первые 10 дней после аборта гормональный профиль у пациенток групп сравнения не имел существенных различий и в целом подтверждал литературные данные о том, что в результате аборта в организме женщины происходит «гормональный удар», характеризующийся нарушением всех систем адаптации – гипофиз-гипоталамус-яичники. Так, повышение уровня ФСГ наблюдалось во всех трех группах в 47,6%, 49,4% и 47,8% соответственно, снижение уровня ЛГ в 71,4%, 63,2% и 72,4%. Снижение эстрогенов через 10 дней после аборта наблюдалось более, чем у половины женщин во всех трех группах: в первой – 57,6%, второй - 52,7%, в третьей – 56,6%.

Через 3 месяца появились различия изучаемых параметров гормонального статуса в группах сравнения. Наблюдалась тенденция к восстановлению гормонального гомеостаза, однако, у пациенток, не получавших гормональной коррекции, дезадаптация через 3 месяца была более выраженной: повышение ФСГ и снижение уровня ЛГ наблюдалосьв 33,3% в группе женщин, получавших преформированные физические факторы и в 38,6% случаев – в третьей группе; и только в 20% случаев в группе женщин, применявших КОК. Количество пациенток с повышенным уровнем пролактина в первой и третьей группах снизилось незначительно: с 47,6% до 42,8% в первой и с 47,9% до 44,2% - в третьей. В то время как у женщин, получавших КОК, наблюдалось достоверное снижение ПРЛ с 63,3% до 26,4% ($p<0,05$).

Снижение эстрадиола наблюдалось у каждой четвертой женщины, не получавшей гормональной реабилитации, а прогестерона – у каждой второй в обеих группах сравнения.

У пациенток,получавших гормональную коррекцию, нарушение стероидогенеза также наблюдалось реже: только у каждой шестой выявлено снижение эстрадиола (10,7%), недостаточность второй фазы встречалась 25% случаев.

Исследования фолликулогенеза и данные базальной термометрии сочетались с исследованием гормонов крови.

О том, что вышеуказанные изменения сохраняются на протяжении более длительного времени, приобретая стойкий характер, можно судить по факту, что по истечении 6 месяцев гормональные нарушения после проведенного аборта не восстановились. При этом у женщин, не получавших КОК, гормональная дисфункция на уровне гонадотропных гормонов несколько усугубилась через 6 месяцев. Количество пациенток с повышенным содержанием пролактина возросло в 2 раза в первой группе (с 33,3% до 66,7%) и в 1,5 раза – в третьей (с 37,8% до 55,4%). У женщин, получавших гормональную реабилитацию, к 6 месяцам наблюдения все оставалось на прежнем уровне.

Таким образом, аборт в результате стресса и срыва гормонального уровня, обусловленного беременностью, может спровоцировать дезадаптацию в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Искусственное прерывание беременности, протекающее с травмой эндометрия усугубляется при снижении эстрогенов вследствие торможения процессов пролиферации, способствует не только гормональной дисфункции, но и развитию воспалительных процессов в постабортном периоде.

Применение в качестве восстановительного лечения преформированных физических факторов почти в 9 раз снижает частоту ранних постабортных осложнений. Коррекция гормональной дисфункции путем использования КОК в постабортном периоде восстанавливает гипоталамо-гипофизарно-яичниковые взаимоотношения сохраняя репродуктивное здоровье.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Гус А.И., Джунаидова Л.А., Бутарева Л.Б. (Москва)

Внедрение в гинекологическую практику трансвагинальной эхографии и применение датчиков с высокой разрешающей способностью позволило приблизить ультразвуковое описание поликистозных яичников (ПКЯ) к морфологическому. Несмотря на то, что ультразвуковые признаки, составляющие эхосемиотику ПКЯ, в большинстве случаев не вызывают разногласий, по-прежнему остаются дискутабельными вопросы равнозначной ценности каждого из них, в том числе гипертрофированной стромы.

Если ранее оценка эхогенности стромы яичника носила в большей степени субъективный характер, то в настоящее время, используя современные разработки программного обеспечения ультразвуковых аппаратов, объективизация ее яркости и эхогенности с последующим количественным компьютерным анализом стала вполне реальной.

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось определение диагностической ценности стромально-яичникового индекса при СПКЯ.

Материалы и методы. Комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 127 женщин репродуктивного возраста. 112 пациенток с СПКЯ в возрасте от 18 до 38 (25,6±1,5) лет составили основную группу, 15 соматически здоровых женщин (25,2±1,2 лет, ИМТ 22,9±0,61 кг/м2) – группу контроля.

При выполнении работы наряду с клиническим обследованием, радиоиммунологическими и методами иммуноферментного анализа, определялись сывороточные концентрации гонадотропных гормонов, ПРЛ, СТГ, половых и надпочечниковых стероидов, иммунореактивного инсулина (ИРИ), ТЭСГ. Уровни глюкозы (Г) исследовали в цельной капиллярной крови с помощью тест-полосок на глюкометре. Производился расчет индексов свободных андрогенов (ИСА) и инсулинорезистентности (ИР) – Homa-R.

Эхографическое исследование органов малого таза производилось на аппарате «Aspen» (фирмы Acuson, США) и использованием мультичастотного 4,0-6,0-8,0 МГц трансвагинального датчика. Для каждого яичника при сканировании в режиме двухмерной серой школы определяли объем и площадь яичника, площадь стромы, общее число и диаметр антральных фолликулов, площадь фолликулярного аппарата, соотношение площади стромы и площади яичника (С/Я), яичниково-маточный индекс (ЯМИ).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных программ «Статистика» пакета MATLAB 5,3.

Результаты исследований. С целью выявления взаимосвязи особенностей эхографической картины ПКЯ с характерными для данной патологии гормонально-биохимическими маркерами все пациентки по степени выраженности метаболических расстройств были распределены на 2 группы: в I-ую – вошли 49 больных с нормальной массой тела (18 кг/м2 ≤ИМТ<25 к/м2), во II-ую – 63 – с избыточной массой и ожирением различной степени выраженности (ИМТ>25 кг/м2).

На основании оценки базальных уровней ИРИ установлено, что ГИ в группе больных с выраженными метаболическими расстройствами выявлялась в 28,6%, в то время как при расчете индекса Homa-R – в 36,5% (по сравнению с 8,2% - в I группе). Вместе с тем у больных с ГИ гораздо чаще обнаруживались повышенные уровни Т, ИСА и пониженные ТЭСГ.

При трансвагинальном ультразвуковом исследовании изучена внутренняя структура 224 «поликистозных» и 30 нормальных яичников. Площадь стромы удалось измерить при периферическом расположении фолликулов у 95,9%.

Проведенный количественный анализ стромы яичника при компьютерной обработке ультразвуковых изображений выявил, что ее гипертрофия с одинаковой частотой определялась в обеих группах. Наряду с увеличением объема превосходили и средние значения общей площади яичников, достигающие в I группе 7,98±1,8 см2, во II – 8,75±1,9 см2, что в 1,5 раза превышало аналогичные параметры в группе контроля.

Однако, как показала оценка овариального резерва, не отличался по группам и средний объем фолликулов: для I группы площадь фолликулов составила 5,0 см2 и 4,6 см2, для II – 5,0 см2 и 4,9 см2. Таким образом, основной причиной общего овариального увеличения во II группе оказалась значительно гипертрофированная строма, что и было продемонстрировано при ее компьютерном вычислении.

С целью улучшения ультразвуковой диагностики использованы дополнительные параметры, а именно, индекс соотношения площади стромы и общей площади яичника (С/Я).

Индекс С/Я колебался от 0,35 до 0,49 и в среднем достигал 0,41±0,09 и 0,42±0,1 для правого и левого яичников, соответственно, при обследовании пациенток I группы.

В тоже время отмечен более широкий диапазон его колебаний (от 0,36 до 0,55) при обследовании больных с выраженными метаболическими расстройствами (II группы). Данный средний показатель для правого яичника составил 0,43±0,02 для левого – 0,44±0,1, что достоверно отличало его от нормативного (0,34) и значений в I группе обследованных.

Изучая связь между ультразвуковыми и гормональными критериями, обнаружена прямая линейная зависимость площади стромы и С/Я от концентраций Т, ИСА и обратная с ТЭСГ.

Установленная прямая корреляционная связь степени повышения С/Я более 0,4 с ГИ, ИР (Homa-R, r=0,67), ИМТ >25 кг/м2 (r=0,48) позволяет использовать его для оценки выраженности метаболических расстройств у больных с СПКЯ.

Диагностическая ценность С/Я подтверждена не только клиникой, нормализацией гормональных и биохимических показателей, но и коррекцией внутренней структуры яичников после 6 месячной терапии сенситайзерами инсулина у больных с ГИ.

Следовательно, наши данные свидетельствуют о том, что С/Я является одним из объективных высокоинформативных эхографических критериев, способствующих верификации диагноза СПКЯ.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Гус А.И., Серов В.Н., Джунаидова Л.А., Бутарева Л.Б. (Москва)

Бурное развитие молекулярной биологии, генетики и лабораторной диагностики позволило с новых позиций трактовать отдельные механизмы патогенеза синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и отдавать в последнее время предпочтение консервативным подходам в терапии. В связи с этим оперативное лечение как бы «отходит» на второй план и, таким образом, гистологическое исследование теряет свою первостепенную актуальность.

По мере использования последних достижений в технологии получения изображения появились работы, демонстрирующие высокую корреляцию между эхографическим описанием и гистологическими критериями поликистозных яичников (ПКЯ). Вместе с тем, до настоящего времени не достигнуто окончательного согласия о диагностической ценности отдельных пороговых значений для параметров, составляющих эхосемиотику ПКЯ.

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось уточнение оптимальных параметров наиболее значимых эхографических маркеров ПКЯ при изучаемой патологии.

Материалы и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное обследование проведено у 127 женщин. 112 пациенток с СПКЯ в возрасте от 18 до 38 (25,6±1,5) лет составили основную группу, 15 соматически здоровых женщин (25,2±1,2 лет; ИМТ 22,9-±0,61 кг/м2) – группу контроля.

При выполнении работы наряду с клиническим обследованием также использовали: радиоиммунологические методы при исследовании сывороточных концентраций ЛГ, ФСГ, СТГ, тестостерона (Т), пролактина (ПРЛ), эстрадиола (Е2), дегидроэпиандростеронсульфата (ДЭА-S), кортизола (F), 17 – оксипрогестерона (17-ОП), иммунореактивного инсулина (ИРИ). Уровни глюкозы (Г) определяли в цельной капиллярной крови натощак с помощью тест-полосок на глюкометре. Концентрацию ТЭСГ вычисляли методом иммуноферментного анализа. Расчет ИСА производился по формуле: Т (нмоль/л)х100/ТЭСГ (нмоль/л). Для индекса Homa-R применяли формулу ИРИ Оо (мкЕД/мл)х Г Оо (ммоль/л)/22,5; где показатель индекса >3 указывал на инсулинорезистентность (ИР).

Эхографическое исследование органов малого таза производилось на аппарате «Aspen» (фирмы Acuson, США) с использованием мультичастотного 4,0-6,0-8,0 МГц трансвагинального датчика. Оценивали размеры тела матки. Для каждого яичника при сканировании в режиме двухмерной серой шкалы определяли его объем и площадь, площадь стромы, общее число и диаметр антральных фолликулов, площадь фолликулярного аппарата, соотношение площади стромы и площади яичника (С/Я), яичниково-маточный индекс (ЯМИ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных программ «Статистика» пакета MATLAB 5,3.

Результаты исследований. С целью выявления клинико-гормонально-сонографических параллелей патологического симптомокомплекса все пациентки по степени выраженности метаболических расстройств были распределены на 2 группы: в I-ую – отнесены 49 больных с нормальной массой тела (18кг/м2≤ИМТ<25 кг/м2); во II-ую – 63 – с избыточной массой и ожирением различной степени выраженности (ИМТ>25 кг/м2).

В процессе изучения основных параметров, характеризующих углеводный обмен, получены подтверждения многочисленных данных литературы, о том, что для больных с СПКЯ характерна ГИ. Если при оценке базальных уровней ИРИ ГИ во II группе обнаружена у 28,6% (по сравнению с 4,1% в I группе) больных, то при расчете индекса ИР Homa-R – превышение его пороговой величины констатировано в 36,5% случаев (8,2% в I группе). Сопоставление гормональных взаимоотношений у пациенток с ГИ и нормоинсулинемией (НИ) продемонстрировало примерно одинаковую частоту повышения уровней ЛГ и гонадотропного индекса. Вместе с тем при ГИ в 6,4 раза чаще выявлялись низкие показатели СТГ и в 1,6 раза ТЭСГ, в 1,5 раза чаще – повышенные уровни ИСА и в 1,2 раза – Т.

При трансвагинальном ультразвуковом исследовании изучена внутренняя структура 224 «поликистозных» и 30 нормальных яичников. Наиболее значимым эхографическим маркером ПКЯ, отражающим основной морфологический признак данной патологии, является увеличенный объем яичников, показатели которого варьировали от 10,8 см3 до 36,6 см3. В качестве порогового для этого критерия выбрана средняя (по обеим группам) величина равная 18,0±7,9 см3. Кроме того, нами подтверждена выявленная Griffin I. et al. ранее любопытная закономерность по увеличению объема правого по сравнению с левым яичником.

Общее число фолликулов на яичник (ЧФНЯ) диаметром 2-9 мм исчислялось от 10 до 21, при этом мода для обеих групп достигала 13,0 (по сравнению с 6,0±1,2 в группе контроля), что позволило принять ее значение за пороговое для эхографической верификации ПКЯ.

С целью совершенствования диагностики ПКЯ и поиска функциональных корреляций мы детализировали подсчет ЧФНЯ, сузив диапазон размеров последних с 2-9 мм на 6-9 мм и 2-5 мм. При этом число фолликулов диаметром от 2 до 9 мм у пациенток с СПКЯ и ожирением соизмерялось с таковым у больных с СПКЯ и нормальной массой тела (13,5±2,1). Однако соотношение последних диаметром 2-5 мм к 6-9 мм достоверно отличалось, составив для I гр. 3:1, для II гр. – 6:1, что отражает негативное влияние ожирения на фолликулогенез.

Пропорционально увеличению объема в обеих группах превосходили и средние значения общей площади яичников. Величина моды составила 7,78 см2, что в 1,5 раза превышало данные в группе контроля. Преимущественное периферическое расположение антральных фолликулов позволило измерить площадь стромы (2,9 см2) в 95,9%.

При расчете С/Я у пациенток II группы средний показатель достигал 0,43±0,02 для правого и 0,44±0,1 для левого яичников, соответственно, что достоверно отличало его от нормативного (0,34) и значений в I гр. (0,41±0,09 и 0,42±0,1) обследованных.

Выявленная прямая корреляционная зависимость между С/Я (более 0,4) ГИ, ИР (индекс Homa-R, r=0,67) и ИМТ>25 кг/м2 (r=0,-48) позволяет судить о выраженности метаболических расстройств у больных с СПКЯ.

Кроме того, продемонстрировано, что основные эхографические и гормональные маркеры ПКЯ находятся в корреляционной зависимости:

- увеличенный объем яичников с повышенным уровнем ЛГ (r = 0,42) и пониженным ТЭСГ (r = -0,64);
- увеличенная площадь стромы с повышенными концентрациями Т (r = 0,69), ИСА (r = 0,64) и сниженным ТЭСГ (r= - 0,61);
- соотношение С/Я более 0,4 с повышенным гонадотропным индексом (r = 0,80), Т (r = 0,78), ИСА (r = 0,74) и сниженным ТЭСГ (r=-0,67).

Таким образом, детальное изучение эхографической картины позволили сформулировать оптимальные параметры наиболее значимых ультразвуковых маркеров ПКЯ:

- увеличение объема яичников до 18 см3 и более;
- наличие числа фолликулов на яичник 13 и более с преобладанием 2-5 мм над 6-9 мм в диаметре;
- увеличение общей площади до 7,7 см2 и более;
- увеличение площади стромы до 2,9 см2 и более;
- увеличение индекса С/Я до 0,4 и более.

Обнаруженная взаимосвязь между отдельными эхографическими и гормонально-биохимическими, а также с антропометрическими параметрами способствует пониманию отдельных механизмов формирования эхографической морфологии ПКЯ при изучаемой патологии.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Давыдов А. И., Стрижакова М. А., Вороной С. В. (Москва)

Патология эндометрия является одной из наиболее распространенных проблем современной гинекологии. Дооперационная диагностика патологии эндометрия с помощью двухмерной эхографии хорошо изучена, однако появление новых технологий, а именно возможности трехмерной реконструкции, диктуют необходимость изучения этого вопроса.

Цель исследования: изучить информативность двухмерной эхографии, эхографии с трехмерной реконструкцией изображения в сравнении с эндоскопическими методами и результатами гистологического исследования.

Материалы и методы: проведено обследование 66 женщин в возрасте от 22 до 69 лет (средний возраст 44,31±1,47) с подозрением на гиперпластические процессы и рак эндометрия. Ультразвуковое сканирование проводилось аппаратом «Nemio» SSA-550A фирмы «Toshiba» (Япония), обеспечивающего трехмерную реконструкцию изображения, и снабженного трансвагинальным преобразователем с частотой акустических колебаний 5-10 МГц. По ультразвуковой картине оценивались: толщина М-эхо, особенности его формы, внутренней структуры, контуров, эхогенности, а также состояние прилегающих участков миометрия. Гистероскопию и гистерорезектоскопию осуществляли с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия) по общепринятой методике. Оценку эффективности диагностики патологии эндометрия с помощью эхографии и эндоскопических методов проводили путем сравнения полученных данных с результатами гистологического исследования.

Результаты и их обсуждение. По результатам гистологического исследования больные были разделены на четыре группы: I группу составили 24 женщины с заключением «полип эндометрия». II группу составили 30 женщин с «гиперплазией эндометрия». В III группу вошли пациентки с диагнозом «рак эндометрия» - 7 женщин. И в IV группу вошли пациентки, у которых не обнаружено патологии эндометрия при морфологическом исследовании – 5 женщин.

В группу женщин с гистологическим заключением «полип эндометрия» вошло 24 пациентки в возрасте от 22 до 56 лет (средний возраст 37,56 ± 2,77). Клинически полип эндометрия был заподозрен у 15 больных. С помощью двухмерной эхографии выявить полип эндометрия удалось у 79,2%. Дополнив 2Д эхографию трехмерной реконструкцией изображения, информативность исследования повысилась до 91,7%. Наибольшую точность исследования показали эндоскопические методы – 95,8%.

Группу женщин с гистологическим заключением «гиперплазия эндометрия» составили 30 пациенток в возрасте от 24 до 53 лет (средний возраст 42,13 ± 1,95). 22 пациентки поступили в стационар с клиникой дисфункционального маточного кровотечения; 8 пациенток поступили в плановом порядке с подозрением на гиперплазию эндометрия по данным амбулаторно выполненного 2Д сканирования. С помощью двухмерной эхографии выявить гиперплазию эндометрия удалось у 83,3%. Точность трехмерной эхографии составила 86,6%, а информативность эндоскопических методов – 93,3%.

Гистологическое заключение «рак эндометрия» сделано у 7 женщин составивших третью группу пациенток в возрасте от 48 до 69 лет (средний возраст 56,39 ± 3,45). 3 женщины находились в постменопаузе и поступили в стационар по поводу кровянистых выделений из половых путей. Эхоргафические признаки рака эндометрия в двухмерном режиме сканирования выявлены в 57,1% случаев. Информативность эхографии с трехмерной реконструкцией изображения составила 71,3%. Наиболее информативным методом был эндоскопический - 85,7%.

Преимуществами ультразвуковых методов исследования и трехмерной эхографии в частности, в отличие от эндоскопических методов, является возможность многократного использования, отсутствие необходимости анестезиологического пособия, а также обеспечение целостного восприятия анатомо-топографических взаимоотношений между маткой и эндометрием.

Значительным отличием трехмерной эхографии от двухмерной является более высокая частота обнаружения полипов эндометрия. Это связано с возможностью получить объем данных включающий весь эндометрий, в том числе область трубных углов, где чаще всего локализуются полипы эндометрия. Трехмерная эхография позволяет также с высокой точностью определить из какой стенки «исходит» полип, что важно для планирования гистерорезектоскпических операций.

Выводы. Анализ полученных данных позволяет установить следующие преимущества трехмерной эхографии:

озможность оценить форму полости матки, наличие ее деформаций, четкость контуров эндометрия в его реальном объемном изображении;

улучшение пространственного восприятия анатомо-топографических особенностей между маткой и эндометрием;

удобство сохранения информации на дисках и возможность ретроспективного анализа с визуализацией любого среза в пределах исследуемого объема.

Вместе с тем методика трехмерной реконструкции изображения не лишена недостатков, а именно:

более длительное время получения изображения;

необходимость четко соблюдать условия получения изображения, такие как угол веерного сканирования, расстояние линейного смещения, что обеспечивается большим опытом работы;

преимущества трехмерной эхографии реализуются только при изучении гетерогенных эхоструктур, в то время как изучение гомогенных эхоструктур практически не дает новой информации.

Таким образом, трехмерная эхография предоставляет новые диагностические возможности в выявлении патологии эндометрия, реализация которых возможна при правильной постановке цели исследования и строгом соблюдении методики получения данных и их интерпретации.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОРГАНО-СБЕРЕГАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Давыдов А.И., Стрижаков А.Н., Пашков В.М., Кондрашин С.А., Коваленко М.В., Бахтияров К.Р., Клиндухов И.А. (Москва)

Миома матки встречается у 25-40% женщин старше 35 лет, и является одной из основных причин радикальных операций. До сих пор наиболее распространенным способом лечения миомы матки остаются операции, связанные со значительной хирургической травмой, кровопотерей и утратой репродуктивной функции. 4 - 6% операций сопровождаются серьезными осложнениями - ранениями кишечника, мочеточников, мочевого пузыря, кровотечением, перитонитом. Смертность после гистерэктомии составляет 1:1000-1:1500. Установлено, что удаление матки приводит к значительному снижению качества жизни пациенток после операции, сопровождается невротическим расстройствами и нарушениями в половой сфере. Поэтому поиск эффективных и безопасных органосберегающих методик лечения таких больных является актуальной современной задачей.

Цель: Разработать дифференцированный подход к органо-сберегающему лечению больных миомой матки.

Во всех наблюдениях условиями для органо-сберегающего лечения были:

отсутствие профузного маточного кровотечения;

стабильные показатели гемодинамики;

отсутствие сопутствующей патологии, требующей органоуносящего лечения;

наличие информированного согласия больной.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) проведена 15 больным в возрасте от 38 до 46 лет (средний возраст 42,75+3,59 лет), поступивших в гинекологические отделения ГКБ №7 и ГКБ № 61 для лечения по поводу миомы матки. При отборе пациенток отдавали предпочтение интрамуральному расположению и небольшим размерам узлов (при величине матки до 10 недель беременности). ЭМА не проводили при подслизистых и подбрюшинных узлах, когда возможно проведение гистерорезектоскопии или дапароскопической миомэктомии. Эмболизацию маточных артерий проводили частицами поливинилалкоголя (PVA) с размерами 150 - 500 мк под контролем флюороскопии и ангиографии. Доступ осуществляли путем пункции бедренной (8 наблюдений) и плечевой артерий (7 наблюдений). Продолжительность операции колебалась от 1,5 до 3 часов и составила в среднем 2,13±0,63 часа. Эффективность ЭМА в отношении объема менструальной кровопотери, болевого синдрома и симптомов сдавления тазовых органов составила 86,7%.

К преимуществам методики следует отнести малую травматичность, хорошую субъективную переносимость лечения, отсутствие необходимости проведения общего обезболивания. Среди недостатков следует перечислить сложность и дороговизну оборудования радиологической операционной, наличие лучевой нагрузки.

Гистерорезектоскопия, трансцервикальная миомэктомия (ТМЭ) выполнена у 63 больных (средний возраст - 38,46±2,17 лет). Операцию выполняли при подслизистых узлах диаметром до 5-7 см. Сочетание подслизистых узлов с подбрюшинными и интрамуральными миомами рассматривалось как показание проведения комбинированного лечения (лапароскопия + ТМЭ). Длительность трансцервикальной миомэктомии колебалась в пределах 10-40 минут (в среднем - 24,36±2,45 мин). Эффективность ТМЭ в отношении маточных кровотечений составила 81,0%. Рецидивы маточных кровотечений наблюдались у 19,0% больных, и были связаны с наличием гиперпластических процессов в эндометрии или эндометриозом. Рецидив под слизистой миомы зарегистрирован в 3,2% наблюдений.

Гистерорезектоскопические операции непродолжительны, могут выполняться в условиях общей анестезии на спонтанном дыхании. Возможности этого хирургического доступа ограничиваются лишь лечением изолированной внутриматочной патологии.

Миомэктомия выполнялась как лапароскопически (58 наблюдений), так и в ходе мини-лапаротомии (46 наблюдений). Мини-лапаротомическую миомэктомию с ушиванием стенки матки использовали у больных с подбрюшинными узлами на широком (более 30 мм) основании, погруженными в миометрий более чем на 15 мм, а также у пациенток с межмышечным расположением опухоли и ее центрипетальным ростом. Диаметр миоматозных узлов, удаленных в ходе мини-лапаротомии варьировал от 15 до 120 мм (в среднем - 54,17±23,61 мм), а количество - от 1 до 7. Лапароскопическая миомэктомия производилась у пациенток с подбрюшинным расположением миоматозных узлов с шириной основания менее 30 мм и глубиной проникновения в миометрий до 15 мм, а так же при межсвязочном расположении узлов. Диаметр опухолей матки, удаленных во время лапароскопии, варьировал от 10 до 70 мм (в среднем - 46-,12±8,34 мм), а количество, от 2 до 5. Рецидивы заболевания после миомэктомии связаны с ростом опухоли из имеющихся зачатков роста, а их частота возрастает пропорционально длительности наблюдения: достигая 10% - спустя пять лет наблюдения.

Среди преимуществ лапароскопии необходимо выделить прекрасные условия визуализации операционного пространства и возможность удалять узлы миомы из труднодоступных мест - задней и боковых стенок матки, а также межсвязочные узлы. Несмотря на ограниченный обзор, который способна обеспечить мини-лапаротомия, этот доступ предпочтителен для удаления межмышечных и подбрюшинных опухолей с широким и глубоким основанием поскольку позволяет тщательно сопоставить раневые поверхности на матке.

Миолизис выполняли в ходе лапароскопического вмешательства у 26 больных при перешеечной локализации межмышечных миоматозных узлов, межмышечных и подбрюшиных узлах в зоне сосудистых пучков, узлах, расположенные в углах матки в непосредственной близости от единственной маточной трубы. Условиями для выполнения миолизиса являлись: размеры миомы до 3-5 см. Электрохирургическое воздействие на ткань узла осуществляли путем выполнения глубоких параллельных насечек монополярным игольчатым электродом с последующей биполярной коагуляцией. Максимальные темпы уменьшения узлов отмечены в первые 6 месяцев после операции, при этом минимальный диаметр опухоли (36 - 55% от исходного) регистрировали к 3-му - 4-му месяцу.

Выводы: Результаты исследования показывают, что все описанные методы органосберегающего лечения больных миомой матки имеют как свои преимущества, так и ограничения. Строгий отбор пациентов с учетом показаний, противопоказаний и условий для того или иного хирургического вмешательства является залогом успеха. Дифференцированный подход к выбору метода органо-сберегающего лечения больных миомой матки позволяет добиваться высоких показателей эффективности лечебных мероприятий при сравнительно малой частоте осложнений (1,9%), низкой травматичности и хорошей субъективной переносимости лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ МЕНОПАУЗЫ

Денисова В.В. Ерёмкина В.И. (Казань)

Проведено изучение распространенности ранней менопаузы. При этом ориентировались на классификацию В.П. Сметник и соавторов (2003), которые рекомендуют определять менопаузу как преждевременную, если она наступила у женщины в возрасте 36-39 лет и раннюю менопаузу - у женщин в возрасте 40-44 года.

По результатам наших исследований, распространённость ранней менопаузы у женщин, проживающих в крупном промышленном центре (г. Казань, г. Набережные Челны), составляет 36,1 на 100 обследованных женщин в возрасте 37-55 лет. При этом на преждевременную - приходится 10,2, а на раннюю - 25,9 на 100 обследованных женщин или 71,7%. Хирургическими вмешательствами преждевременная менопауза была обусловлена в 42,1%, а ранняя - в 20, 7% случаев. Средний возраст наступления преждевременной менопаузы составляет 38,5 лет, средний возраст наступления ранней менопаузы - 41,3 лет.

Анализ степени тяжести климактерического синдрома проведен по классификации Е. М. Вихляевой. Оказалось, что легкое течение заболевания было у 66,7% женщин основной группы, что сравнимо с контрольной. Однако, в отличие от контрольной группы у женщин со спонтанной ранней менопаузой в 11% отмечено тяжёлое течение климактерического синдрома. Большинство женщин с тяжёлым климактерическим синдромом имели продолжительность ранней менопаузы более 4 лет.

При ранней хирургической менопаузе тяжелый климактерический синдром выявили у каждой пятой женщины (в контрольной группе у каждой двенадцатой). По–видимому, операционные вмешательства на матке и придатках, выполненные ближе к возрасту естественной менопаузы не дают тяжелых климактерических расстройств.

При расчёте степени тяжести климактерических расстройств по ММИ, каждая третья женщина с ранней спонтанной менопаузой имела менопаузальный синдром средней степени, что в два раза превышает этот показатель в контрольной группе.

При изучении структуры гинекологической заболеваемости обнаружено, что эктопия шейки матки чаще встречается у женщин с ранней спонтанной менопаузой. Миома матки, наоборот, в 1,5 раза чаще отмечена у женщин контрольной группы, что вполне объясняется возрастом женщин данной группы.

На связь между временем наступления менархе и менопаузы указывают многие авторы (В.П. Сметник и соавт.,2003). При анализе возраста менархе у женщин со спонтанной ранней менопаузой

обнаружено, что запоздалое менархе выявлено более чем у каждой третьей женщины (в контрольной группе у каждой шестой). Следовательно, изначально имелась какая-то неполноценность гипоталамо-гипофизарной системы и недостаточность адаптационных возможностей организма.

Изучая характер менструальных циклов у женщин до наступления ранней менопаузы, мы обнаружили у каждой второй нарушения цикла в ювенильном периоде (в контрольной группе у каждой пятой). Эти больные составляют группу риска в развитии ранней менопаузы.

Характер прекращения менструальной функции перед ранней менопаузой более чем у трети женщин наблюдался по типу олигоменореи. Редкие менструации - это прежде всего длительное созревание фолликула, которое зависит как от недостаточного стимулирующего влияния высших звеньев регуляции, от рецепторного аппарата самого фолликула. По-видимому, может иметь место и то и другое в формировании синдрома истощения яичников.

Репродуктивная функция у женщин с ранней менопаузой снижена. Почти в два раза чаще, чем в контрольной группе, отмечено бесплодие, у каждой третьей женщины наблюдались одни роды.

Исследования гонадотропной функции гипофиза у женщин с ранней спонтанной менопаузой позволило выявить достоверное снижение ФСГ в сравнении с контрольной группой. Это, по-видимому, связано с активным вовлечением в процесс адаптации надпочечников и усилением внегонадного синтеза эстрогенов.

Что касается уровней гормонов щитовидной железы, мы не выявили разницы при различных степенях тяжести климактерического синдрома.

При ранней менопаузе, как и при менопаузе, наступившей в срок, происходит активация гипофизарной тиреоидной системы даже при отсутствии симптомов недостаточности щитовидной железы. При ранней менопаузе различия в уровнях гонадотропных гормонов получены при менопаузе, наступившей вследствие хирургического вмешательства на придатках. Такие больные нуждаются в своевременной коррекции гормональных расстройств, так как адаптационные возможности организма в этом случае недостаточны.

Давая характеристику лечебному сотрудничеству, следует отметить, что только примерно с половиной больных женщин врач согласовывал тактику назначенного лечения и объяснял суть проводимой терапии, столько же оказалось и тех пациентов, которым в осуществлении этого права было отказано (48% против 46%). Если сопоставить эти данные с аналогичными цифрами, полученными при опросе медицинских работников (83%), то получается, что в половине случаев врач декларирует свое намерение, но не выполняет его.

Экспертиза амбулаторных карт женщин, обратившихся в женскую консультацию с жалобами на ранние климактерические расстройства, выявила ряд существенных недостатков в работе акушерско-гинекологической службы:

1. Несмотря на то, что в 100% случаев женщины обращались в консультацию с явными признаками ранней менопаузы, диагноз поставлен лишь каждой десятой пациентке.

2. Обследование, необходимое как для уточнения причин ранней менопаузы, так и для выбора вида терапии, в большинстве случаев было неполным: не проводились исследования необходимых гормонов, коагулограммы, денситометрия, исследование состояния молочных желез и т.д.

3. Каждое третье противопоказание к ЗГТ не соответствовало действительности.

4. Более половины женщин не получили лечения, а более трети – отказалось от него, мотивируя свое решение отсутствием веры в его эффективность.

Для прогностической оценки развития ранней менопаузы разработана прогностическая карта, которая состоит из нескольких пунктов: количество беременностей и родов, возраст наступления последней беременности, и возраст наступления последних родов, количество абортов, регулярность курения, количество выкуриваемых сигарет за день, занятие спортом, спортивный стаж, длительность прогулок на свежем воздухе, досуг и др.

Таким образом, в ходе профилактической работы, наряду с просветительной деятельностью, с помощью прогностических карт необходимо выявлять женщин, вероятность развития ранней менопаузы у которых наиболее высока (группа высокого риска). Среди этих женщин должна производиться целенаправленная профилактическая работа, включающая занятия женщин в специальных группах здоровья, посещение кабинетов психотерапевтов и т.д.

Важнейшей задачей остается повышение профессиональных знаний по вопросам своевременной диагностики начальных признаков климактерического синдрома и обеспечение индивидуального подхода к оказанию медицинской помощи с учетом как медицинских, так и социальных факторов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ И АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НЕУДАЧАМИ ЭКО

Джанджгава Ж.Г., Баймурадова С.М., Бицадзе В.О. (Москва)

С конца XX-го столетия, весьма активно ведутся исследование направленное на выяснения роли тромбофилии не только патогенеза тромбозов, но и в структуре репродуктивных потерь, синдрома потере плода, гестозов, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и неудач ЭКО.

Целью нашего исследования явилось изучение роли тромбофилии у женщин с бесплодием (неясного генеза) и неудачами ЭКО.

Под нашим наблюдением находились 55 пациенток с бесплодием I и II (неясного генеза), они были поделены на 2 группы: Iа группа (n=38) – с неудачами ЭКО в анамнезе (одна и более неудачные попытки ЭКО, число попыток составило от 1 до 9).

Iб группа (n=17) – с бесплодием I и II (неясного генеза) без ЭКО в анамнезе.

А II группу - составили 20 (что составило 36.4%, от общего числа обратившихся пациенток с бесплодием I или II и неудачами ЭКО в анамнезе) беременных женщин после программы ЭКО, которые были обследованы и консультированы до наступления беременности (с фертильного цикла) и велись до конца беременностей;

группу сравнения составили 30 беременных после ЭКО (мужской фактор). Контрольную группу составили 50 беременных с физиологическим течением беременности.

Возраст женщины составил от 24 до 45 лет. У всех пациенток I и II группы, в анамнезе 100%случай синдром потери плода – преэмбрионические потери, ранние выкидыши в анамнезе (1 и более выкидыши, неразвивающаяся беременность до 12 недель), а также поздние выкидыши в анамнезе. Из исследования были исключены женщины с хромосомными аберрациями, анатомическими дефектами и выраженными эндокринными нарушениями. В группе женщин неудачами ЭКО, кроме того, был исключен мужской фактор бесплодия.

Лабораторные исследовании включали: выявлении генетических форм тромбофилий методом ПЦР (мутации MTHFR C677T, протромбина (G20210A), V фактора Лейдена, полиморфизм PAI, Полиморфизм в гене гликопротеина Gp-Ia, Gp-IIa, Полиморфизм в гене ангиотензиногена, Полиморфизм в гене рецептора ангиотензина II 1-го типа (ATGR1), ангиотензинпревращающего фермента, фибриногена, тканевого активатора плазминогена). Определение концентрации АФА-АТ и кофакторов в плазме крови. Также определяли циркуляцию молекулярных маркеров тромбинемии и фибринообразивания (TAT, F1+2/ PF 4, Д-димер).

У ближайших родственников обследованных (мать, бабушка, сестра), а также двоюродных родственников синдром потери плода выявилось (48,9%).

У пациенток с бесплодием I или II и неудачами ЭКО, был выявлен наиболее высокий процент отягощенного семейного тромбо-

тического анамнеза – 63,9%, а семейный акушерский анамнез был отягощен у 30,80%.

Таким образом, среди причин мультигенной тромбофилии у пациенток с бесплодием I или II (неясного генеза) и неудачами ЭКО доминировали полиморфизм генов и вызывающих эндогенный гипофибринолиз и нарушение синхронизации процессов фибринолиза и фибринообразования в процессе имплантации плодного яйца. При этом полиморфизм PAI-1 выявлен у 69.1% пациенток. Полиморфизм «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена - у 60.0%. Полиморфизм «807 G/T» тромбоцитарного рецептора GpIa - у 51.0% пациенток. Полиморфизм «-455G/A» в гене фибриногена - у 41.8%. Полиморфизм «I/D» в гене ангиотензинпревращающего фермента у 25.5% пациенток.

Так, согласно нашим данным, тромбофилия как сложный интегральный фактор неудачи ЭКО с нашей точки зрения и инициальный, обнаружена у 90% пациенток с неудачами ЭКО в анамнезе. Среди пациенток с беременность после ЭКО (мужской фактор) – группа сравнения, тромбофилия была выявлена у 30%, в то время как в контрольной группе беременных с физиологическим течением беременности – у 26% ($p<0,05$).

Согласно нашим данным, у пациенток с бесплодием неясного генеза и неудачами ЭКО (при исключении всех других возможных причин бесплодия и неудач ЭКО) необходимо обследование на наличие скрытой тромбофилии, поскольку «бесплодие» в таких случаях может быть обусловлено ранними преэмбриоными потерями вследствие дефектов имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Это позволяет с принципиально новых позицией ставить вопрос о профилактике повторных неудачных попыток ЭКО, особенно у пациенток с комбинированными формами тромбофилии.

ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ СОЛЯМИ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

Дзагоева Ф.Б., Цаллагова Л.В., Плахтий Л.Я. (Владикавказ)

К числу наиболее частых заболеваний в акушерско - гинекологической практике относятся вагинальные инфекции, среди которых одно из ведущих мест принадлежит бактериальному вагинозу (БВ). Среди небеременных женщин репродуктивного возраста частота выявления БВ составляет 15-25%, во время беременности в группах повышенного риска она увеличивается до 30-38% (Анкирская А.С., 2005). Среди пациенток гинекологической клиники с рецидивирующими хроническими заболеваниями влагалища БВ выявляется в 64-80% случаев (Кира Е.Ф., 2002). Частота рецидивов БВ через 3-6 мес. после лечения составляет 15-30%, а в течение 1 года рецидивы можно выявить у 50-70% пациенток (Wilson J., 2004).

При БВ нарушается микробиоценоз влагалища и возрастает роль условно-патогенной эндогенной микрофлоры. При этом происходит замещение нормальной микрофлоры влагалища (лактобактерий) другими микроорганизмами (бактероидами, фузобактериями, пептококками, вейллонеллами, гарднереллами и микоплазмами).

Изменение качественного и количественного состава влагалища женщин под воздействием неблагоприятных экзогенных факторов приводит к развитию вагинального дисбактериоза и характеризуется резким снижением или полным отсутствием лактофлоры. Так, у пациенток с БВ в 2-6 раз увеличивается риск развития гнойно-воспалительных заболеваний матки и придатков, повышается частота послеоперационных, послеабортных и послеродовых воспалительных осложнений. Особую опасность нарушения микрофлоры родовых путей представляют для беременных женщин, т.к. могут явиться причиной преждевременных родов, прерывания беременности, внутриутробного инфицирования и интранатальной гипоксии плода, рождения детей с проявлениями респираторного дистресс-синдрома и послеродовых осложнений у матери. Формируется порочный круг, при котором загрязнения окружающей среды усугубляет течение беременности и родов, а это, в свою очередь, приводит к рождению ослабленного поколения детей. (Андреева М.В., 1999; Веккер И.Р. и соавт. 2001, Филипов О.С. и соавт. 1997, Чопикашвили Л.В. и соавт. 1998).

Исходя из вышесказанного и учитывая то, что число факторов, способствующих нарушению нормальной микрофлоры влагалища велико и спектр их возрастает – изучение качественного и количественного состава микрофлоры генитального тракта у женщин детородного возраста и у беременных в зависимости от экологической ситуации районов проживания является актуальным.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности интравагинального применения далацин-крема (2% клиндамицина-фосфат) у беременных с бактериальным вагинозом в III триместре беременности и у женщин детородного возраста с бактериальным вагинозом, проживающих в районах, загрязненных солями тяжелых металлов.

Мы провели исследования, направленные на изучение микробиоценоза влагалища при БВ у беременных в III триместре беременности и у женщин детородного возраста с последующей коррекцией влагалищной микрофлоры с помощью этиотропной терапии, иммунопрепаратов и эубиотиков.

Была изучена микрофлора влагалища 47 беременных при сроке гестации 32-34 недели (I группа) и 60 женщин в возрасте от 18 до 42 лет(II группа), проживающих в зоне воздействия металлополютантов.

Диагноз бактериального вагиноза устанавливали на основании клинических и микробиологических методов исследования. Состояние микроценоза влагалища определяли с помощью микроскопии влагалищных мазков, окрашенных по Грамму, и культурального исследования содержимого влагалища на факультативно-анаэробные бактерии, грибы и лактобациллы. Степень микробной обсемененности определяли методом секторального посева отделяемого влагалища на 5% кровяной агар, среду Сабуро и среду МРС. Видовую идентификацию микроорганизмов проводили по общепринятым методикам.

Критериями диагноза БВ были следующие признаки, выявленные при микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Граму:

1) массивное (более 103 микробных клеток в поле зрения при увеличении с иммерсией) общее количество бактерий с абсолютным доминированием морфотипов бактероидов, мобилункус, гарднереллы;

2) отсутствие или единичные в редких полях зрения морфотипы лактобацилл;

3) выявление «ключевых» клеток среди эпителиальных клеток поверхностных слоев;

4) отсутствие лейкоцитов или единичные лейкоциты в редких полях зрения.

При визуальной оценке влагалищного отделяемого характерные для БВ клинические проявления (обильные гомогенные выделения молочного цвета с неприятным запахом) выявлены у 40 (85,1%) беременных и у 50 (83,3%) женщин детородного возраста. Средний возраст женщин составил 28,2±3,2 года, менструации у всех женщин были регулярными, средний возраст менархе составил 13,5±-1,1 года. Гинекологический анамнез у 27 (57,4%) в I группе женщин и у 38 (63,3%) во II группе – был отягощен воспалительными заболеваниями гениталий, у 16 (34%) в I группе и у 24 (40%) во II группе – эрозией шейки матки, у 6 (12,8%) I группе и у 9 (15%) во II группе – гиперплазией эндометрия и/или миомой матки.

При посеве отделяемого из влагалища у пациенток обеих групп определялась высокая степень обсемененности анаэробной флорой (до 106 –108 КОЕ/мл), энтерококками (до 108 – 109 КОЕ/мл).

Лечение БВ остается сложной задачей, особенно у беременных женщин. Целью его должно быть стойкое восстановление микроэкосистемы влагалища. Учитывая этиологию, препаратами выбора для лечения БВ являются медикаменты с антианаэробной активностью.

Первый этап корригирующей терапии был направлен на снижение количества или элиминацию возбудителей БВ с помощью этиотропных препаратов, не обладающих эмбриотоксическим действием.

В группе обследованных беременных применяли интравагинально далацин-крем (2% клиндамицина-фосфат) 5,0г., 1 раз в сутки в течение 5 дней. На фоне лечения далацин-кремом использовали антимикотический препарат гино-певарил- 150 интравагинально в течение 3 дней и иммуномодулятор – суппозитории «Виферон-II» по 1 свече 1раз в день ректально. Во II группе женщин применяли интравагинально далацин-крем (2% клиндамицина-фосфат) 5,0г., 1 раз в сутки в течение 7 дней, проводили противокандидозную терапию флюкостатом – 150 per os однократно и иммуномодулирующую терапию иммуномаксом – 200 ЕД внутримышечно в 1,2,3-,8,9,10 дни терапии.

Второй этап комплексной терапии заключался в местном использовании эубиотика ацилакта для восстановления резидентной влагалищной микрофлоры.

Общая эффективность лечения составила у беременных 93,7% и у женщин репродуктивного возраста 95%. Вне беременности частота рецидивов БВ в течение 6 мес. наблюдения составила 11%.

Таким образом, полученные клинико-лабораторные данные, с помощью которых оценивались результаты лечения бактериального вагиноза по предлагаемой двухэтапной схеме в комплексе с иммуномодулирующим препаратом, подтверждают высокую эффективность комбинированной терапии данного заболевания. Отмечено увеличение числа неосложненных родов, снижение послеродовых инфекционных осложнений у матери и новорожденных, снижение микробной обсемененности и уменьшение бактериальной колонизации влагалища, улучшение общего состояния. Данный метод лечения бактериального вагиноза может быть рекомендован для широкого применения в акушерско-гинекологической практике.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дикке Г.Б., Башлыкова И.А. (Томск)

Высокая частота внутриматочных вмешательств в детородном возрасте, связанная с выполнением абортов или лечебно-диагностических манипуляций, является причиной различных осложнений существенно снижающих репродуктивное здоровье женщин.

С целью уменьшения осложнений, связанных с травмирующей процедурой кюретажа полости матки, ВОЗ рекомендует применение современных щадящих технологий опорожнения полости матки, одним из которых является метод мануальной вакуумной аспирации (МВА).

Прерывание беременности с помощью МВА было осуществлено у 19 пациенток в возрасте 27,8±2,3 лет в сроке беременности 6,3±1,2 недель. МВА осуществлялась с помощью двухклапанного шприца и гибкой пластиковой канюли диаметром 5-7 мм. Манипуляция была проведена под местной анестезией (парацервикальная блокада 1% раствором новокаина). У всех пациенток процедура была завершена успешно, что подтверждалось наличием элементов беременности в аспирате при его визуальном контроле. Ранних осложнений манипуляции отмечено не было.

В группу исследования с целью получения биоптата эндометрия вошли 28 женщин в возрасте от 33 до 65 лет (средний возраст 43-,8±1,7). Обследование выполнялось с целью изучения состояния эндометрия у пациенток с подозрением на гиперпластические процессы. 64% больных имели миому матки размерами соответствующими сроку беременности до 8 недель. Получено 28 образцов материала в достаточном объеме, которые были направлены на гистологическое исследование.

У 40% обследованных патологии эндометрия не обнаружено.

Материал был представлен поздней стадией фазы секреции, иногда с наличием отека или очагами кровоизлияния в строме.

Смешанная железистая или железисто-кистозная гиперплазия эндометрия была выявлена у 27% обследованных.

Эндометрий средней или поздней стадии секреции с очагами железистой гиперплазии выявлен - у 14%, железисто-фиброзный полип – у 7%. У 2-х пациенток полученный материал был недостаточно информативным и представлен в одном случае фрагментами без подлежащей стромы и мелким фрагментом распадающегося эндометрия, в другом – аспират был представлен кровью и слизью. У последней пациентки был выполнен повторный забор материала методом кюретажа. Результат гистологического исследования оказался аналогичным, что связано с тем, что пациентка (57 лет) получала лечение Бусерелином и состояние эндометрия у нее, по-видимому, соответствовало стадии атрофии.

Таким образом, на основании собственных наблюдений, можно сказать, что метод МВА является эффективным щадящим и надежным способом прерывания беременности в первом триместре и методом забора эндометрия для гистологического исследования.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Добренькая Г.С., Шварев Е.Г., Дикарева Л.В., Чистякова О.Н. (Астрахань)

Воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии, оставаясь важной медицинской, социальной и экономической проблемой, поэтому их своевременная диагностика и патогенетически обоснованное лечение с последующей оценкой его эффективности и сегодня являются весьма актуальными.

Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте воспалительных процессов придатков матки у женщин. Так с 1993 по 2003 годы частота воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ) в Астраханской области увеличилась в 1,6 раз: с 5,12 до 7,79 на 1000 женщин фертильного возраста. За последние 10 лет увеличилась и частота гинекологических заболеваний среди девочек-школьниц: воспалительных — в 3 раза, нарушений менструальной функции и болезней мочеполовой системы — в 1,5 раза. У живущих половой жизнью подростков частота гинекологической патологии оказалась в 3 раза выше, чем у их сверстниц, не вступавших в половую связь. Статистические данные свидетельствуют о том, что с 1993 по 2003 годы частота ВЗПМ в Астраханской области среди подростков-девушек 16-17 лет увеличилась с 5,9 до 17,9‰. При этом резко возросла частота бессимптомных и субклинических форм ВЗПМ. В то же время прогрессирование хронического процесса может привести к инвалидизации, бесплодию, потере репродуктивной функции.

Установлено, что в патогенезе ВЗПМ имеет место интенсификация свободно-радикального окисления и снижение общей антиоксидантной активности организма. За последние годы опубликованы лишь единичные работы о состоянии ферментов антиоксидантной системы при рассматриваемой патологии с отрывочными сведениями по динамике отдельных энзимов, причем, как правило, с регистрацией активности ферментов лишь в периферической крови. Между тем, результаты последних наблюдений дают основание полагать, что в организме пациенток с ВЗПМ существует системная недостаточность антиоксидантных энзимов в различных биологических жидкостях: периферической, венозной, капиллярной крови, эндометриальном секрете - смывах, аспиратах из полости матки, содержимом цервикального канала и влагалища, моче. По показателям их тестирования можно прогнозировать предрасположенность обследуемых лиц к формированию рассматриваемой патологии.

В связи с этим целью работы явилось усовершенствование подхода к оценке течения и эффективности лечения больных с воспалительными процессами придатков матки с использованием

метода определения ферментов антиоксидантной системы в биологических жидкостях.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано и пролечено 300 пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, госпитализированных в гинекологическое отделение Астраханской городской больницы № 5. Обследованы женщины в возрасте от 17 до 37 лет. Средний возраст пациенток в группах составил 23,75±1,25.

Все женщины нами были разделены на 4 группы в зависимости от стадии и характера воспалительного процесса: I группа - женщины с острым сальпингоофоритом; II группа – с обострением хронического сальпингоофорита; III группа – с хроническим сальпингоофоритом вне обострения; IV группа – контрольная (здоровые женщины – ни в анамнезе, ни при обследовании не было ВЗПМ).

Обследование проводилось при поступлении в стационар, а также через 10 и 20 дней после начала лечения. Диагноз ставился на основании комплексного обследования больных: сбора анамнестических данных, а также результатов клинических, биохимических, микробиологических и инструментальных методов исследования.

Материалом для исследования служили: периферическая венозная, капиллярная кровь, эндометриальный секрет, содержимое цервикального канала и влагалища, моча.

Наряду с общепринятыми клиническими и биохимическими методами с целью определения интенсивности свободно-радикального окисления в биологических жидкостях определялись ферменты антиоксидантной системы.

Полученные предварительные результаты позволили разработать критерии оценки особенностей течения воспалительного процесса гениталий, патогенетически обосновать включение антиоксидантов в лечебный комплекс и оценить эффективность их применения.

Результаты исследования свидетельствуют о снижении активности антиоксидантной системы у больных с ВЗПМ, о дисбалансе процессов генерализации и нейтрализации свободных радикалов, т.е. об «оксидативном стрессе». Отмечено, что чем длительнее анамнез и тяжелее течение заболевания, тем ниже и показатели исследуемых ферментов. Однако для подведения окончательных результатов и оценки возможности использования применяемых биохимических тестов при проведении клинико-лабораторного мониторинга у больных с указанной патологией требуется продолжение начатой работы.

РОЛЬ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПРОЦЕССЕ ЛУЧЕВОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Доброхотова Ю.Э., Зинченко М.В., Венедиктова М.Г., Румянцева И.К. (Тверь)

Известно, что при злокачественных опухолях женской половой сферы отмечаются признаки вторичного иммунного дефицита, которые проявляются снижением функции вилочковой железы, относительной и абсолютной Т-лимфопенией, появлением в циркуляции незрелых Т-клеток, нарушением баланса субпопуляций Т-лимфоцитов, угнетением реакций бластной трансформации лимфоцитов, угнетением процессов миграции макрофагов, изменением содержания основных классов иммуноглобулинов. Применение иммунокорригирующих средств, при злокачественных опухолях позволяет улучшить клиническое состояние больных, снизить выраженность цитопении при проведении лучевой терапии, уменьшить риск развития метастазов, провести требуемое количество курсов полихимиотерапии, повысить чувствительность опухолевых клеток к химиотерапевтическим средствам и к лучевой терапии.

Обследовано 96 пациенток с аденокарциромой эндометрия, находившихся на лечении в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере. Средний возраст обследованных женщин составил 56,3 (±2,7) лет. Диагноз подтверждался морфологически, стадия процесса устанавливалась на основе классификации TNM и отечественной классификации рака тела матки (1985).

Больным проводилось сочетанное лучевое или комбинированное лечение. Все пациентки были разделены на 3 группы, в соответствии с иммунологическим сопровождением.

Больные первой группы с 12-го дня послеоперационного периода получали Ликопид перорально в дозе 10мг в сутки в течение 20 дней и Виферон -2 по 500000 МЕ ректально 2 раза в день 20 дней, а пациентки с IIIB стадией – аналогичная терапия начиналась с момента проведения лучевой терапии. Пациенткам второй группы в те же сроки назначали Т-активин внутримышечно по 1 мл 10 дней и Виферон, который назначался аналогичным курсом.

Больным третьей группы проводили стандартное лечение без иммунологического сопровождения. Исследование иммунного статуса проводили до начала лечения, и после завершения лучевой терапии. Осуществляли определение уровня иммуноглобулинов, подсчет числа различных лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+), оценку активности фагоцитоза, интерферонового статуса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Было выявлено, что при использовании стандартной схемы терапии аденокарциномы эндометрия без иммунологического сопровождения у пациенток отмечались существенные изменения иммунного статуса, свидетельствующие о наличии вторичного иммунодефицита, выраженность которого зависела от стадии опухолевого процесса. Так, общее число лимфоцитов в крови пациенток, не получавших иммунокорректоров, было достоверно ниже ($p<0,05$), чем у гинекологически здоровых женщин и пациенток с аденокарциномой эндометрия, получавших иммуномодуляторы. Наиболее выраженное уменьшение числа лимфоцитов отмечалось при распространенных формах опухолевого процесса. Одновременно отмечено стойкое снижение уровня В-лимфоцитов, (CD19+), Т-лимфоцитов (CD3+) и их популяций (CD4+, CD8+), уменьшение коэффициента CD4+/CD8+. Кроме того, у пациенток выявлялось существенное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение коэффициента фагоцитарного числа.

При проведении комплексного лечения аденокарциномы эндометрия с использованием иммунологического сопровождения не происходило значительного угнетения лимфопоэза, эритропоэза, гранулоцито-моноцитопоэза. Содержание CD3+, CD4+ и CD8+ в крови больных, получавших комбинацию схемы Ликопид+Виферон и Т-активин+Виферон, было существенно выше, чем у пациенток, которым не проводилась иммунокорригирующая терапия. Одновременно отмечено, что иммуномодуляторы способствовали увеличению сниженного при аденокоарциноме хелперного коэффициента CD4+/CD8+. Причем у больных с I стадией процесса этот показатель восстанавливался полностью. Иммуномодуляторы препятствовали снижению уровня В-лимфоцитов особенно на поздних стадиях опухолевого процесса, наибольший эффект в этом отношении оказывала комбинация препаратов Ликопид +Виферон.

Обнаружено, что в крови пациенток, получавших схему Ликопид+ Виферон, отмечалось увеличение содержания в крови Ig M по сравнению с их уровнем у больных, не получавших иммуномодуляторы, Комбинация препаратов Т-активин+Виферон была менее эффективеной. Концентрации Ig G и IgA в крови женщин группы наблюдения достоверно не отличались от их значений в группе контроля. Оба препарата оказывали стимулирующее влияние на фагоцитарную активность нейтрофилов, которое отмечалось у пациенток при всех стадиях опухолевого процесса, и было наиболее выраженным у больных, получавших сочетание препаратов Ликопид+Виферон.

Одновременно было отмечено, что включение комбинации препаратов Ликопид + Виферон и Т-активин + Виферон в комплексную терапию аденокарциномы эндометрия существенно улучшало качество жизни пациенток и не оказывало негативных побочных эффектов. Так, например, явления общей вегетативной лучевой реакции (проявляющейся снижением аппетита, головной болью, тошнотой,

общей слабостью, недомоганием и субфебрильной температурой тела) у пациенток, не получавших иммунокорригирующей терапии, отмечались в 37% случаев, тогда как у больных, получавших схемы Ликопид + Виферон и Т-активин + Виферон, эти явления наблюдались соответственно у 23% и 27% пациенток. Вместе с тем было отмечено некоторое уменьшение частоты и тяжести лучевых реакций со стороны мочевого пузыря, которые проявлялись развитием абактериальных циститов, с 29,7% при проведении лечения по стандартной методике, до 23% при применении комбинации препаратов Ликопид+Виферон и до 19,8%, ри использовании схемы Т-активин+-Виферон, в качестве средств сопроводительной терапии. Частота ранних лучевых реакций со стороны желудка и кишечника при использовании стандартной схемы терапии без иммунокорректоров составила 47%; у пациенток, получавших комбинацию Ликопид+Виферон и Т-активин+Виферон, эти осложнения регистрировались соответственно в 31% и 34% случаев. Причем у женщин, получавших комбинированную сопроводительную терапию иммунокорригирующими препаратами, частота лучевых ректитов уменьшилась с 37% до 30%. Уменьшение частоты и тяжести лучевых реакций при включении иммунокорректоров в схему лечения больных играло ведущую роль в соблюдении графика проведения лучевой терапии. Обращает на себя внимание и тот факт, что при динамическом наблюдении у больных аденокарциномой эндометрия, получавших иммунологическое сопровождение, выявлено достоверное уменьшение частоты ОРВИ по сравнению с заболеваемостью пациенток, не получавших иммунокоррекции. Вместе с тем у больных группы наблюдения не выявлено ни одного случая опоясывающего герпеса, тогда как в контроле частота тяжелых случаев этой инфекции составила 3%.

Таким образом, применение иммунокорригирующих средств на фоне базисной терапии позволило не только уменьшить выраженность иммунодефицита, но и добиться повышения качества жизни пациенток, провести лучевую терапию без перерыва и в полном объеме, уменьшив частоту и выраженность лучевых осложнений. Было выявлено, что комбинация препаратов Ликопид+Виферон по своей эффективности в качестве средства иммунологического сопровождения сочетанно-лучевого и комплексного лечения злокачественных новообразований женской половой сферы превосходит схему Т-активин+Виферон. Оптимальным является проведение курсов иммунокорригирующей терапии Ликопид+Вифероном у больных аденокарциномой эндометрия во время лучевой терапии и в дальнейшем каждые 4 месяца.

1. Комбинация препаратов Ликопид+Виферон в качестве средства иммунологического сопровождения комплексного лечения аденокарциномы эндометрия достоверно улучшает качество жизни пациенток, уменьшает частоту и тяжесть лучевых осложнений, превосходя по активности схему Т-активин +Виферон.

2. У больных аденокарциномой эндометрия отмечается уменьшение содержания в крови лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+), снижение коэффициента CD4+/CD8+, угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов. Включение Ликопида и Т-активина в комбинации с Вифероном в комплексную терапию аденокарциномы эндометрия уменьшает выраженность этих нарушений.

3.Применение комбинации препаратов Ликопид+Виферон и Т-активин +Виферон в качестве средств иммунологического сопровождения комплексного лечения аденокарциномы эндометрия с различными стадиями опухолевого процесса не выявлено негативных побочных эффектов.

САНАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Доброхотова Ю.Э., Фандеева Л.В., Новиков С.А., Гришин И.И., Дубнер Е.Ю. (Москва)

Цель: оценить роль ранней санационной лапароскопии как начальный этап в комплексном лечении больных с острыми воспалительными процессами придатков матки.

Материал и методы: наблюдалось 66 пациенток в возрасте от 18–40 лет с воспалительными заболеваниями придатков матки...

Больные были распределены на 2 группы;

Первую группу составили 45 пациенток, которым проводилась лапароскопия, выполненная через 3 часа после госпитализации. Во время лапароскопии осуществлялась санация брюшной полости 1% раствором диоксидина (400-1200 мл физиологического раствора) или раствором «Суперлимф» с последующим ее дренированием.

Вторую группу составили 11 больных, получавших только консервативное лечение. Комплексное консервативное лечение больных обеих групп включало антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную и десенсибилизирующую терапию.

Лечение всех больных проводилось под контролем лабораторных методов исследования крови, с учетом бактериологического исследования посевов из брюшной полости.

Результаты: сравнивая общее состояние, физическую активность и выраженность болевого синдрома у больных 1 и 2 групп установлено, что после лапароскопической санации пациентки уже в первые сутки отмечали улучшение состояния, уменьшение болевого синдрома и были более активны в сравнении с больными второй группы. Температура тела у них нормализовалась уже на вторые сутки после лапароскопической санации, в то время, как у больных без этого вмешательства она сохранялась в пределах от 37,2 до 38,0 градусов в течение 3-5 дней от начала лечения.

Лабораторные исследования показали, что признаки воспалительных изменений крови у больных после лапароскопии исчезали к вторым суткам послеоперационного периода у пациенток, получивших только консервативную терапию, в картине крови даже на 5 сутки лечения сохранялись лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренная СОЭ. Бактериологическое исследование посевов их брюшной полости у больных обеих групп выявило: в 19% случаев E.Coli, в 20% -ассоциацию микробов и в 61% - посевы были стерильны. Различной были длительность стационарного лечения больных наблюдаемых групп: у пациенток основной группы она составила 7,2±-1,4, у больных контрольной группы – 15,1±1,8 койко-дней.

Заключение: Из результатов исследования можно сделать вывод что комплексное лнчение, включающее раннюю санационную лапароскопию, более эффективно, чем лечение не включающее данный метод.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БУСЕРЕЛИНА ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ЭНДОХИРУРГИИ

Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А. (Москва)

Диагностика и лечение гинекологических заболеваний с появлением эндоскопии получили новый стимул для своего развития. Эндоскопическое направление позволило не только расширить диапазон диагностических манипуляций, но и разработать новые оперативные методики, которые по эффективности превосходят традиционные хирургические.

Современная гистероскопия стала большим, чем просто внутриматочное исследование, она открыла новый раздел хирургической гинекологии – внутриматочная хирургия. Ее возможности в замене лапаротомических операций внесли неоценимый вклад в развитие хирургической гистероскопии.

Настоящий этап развития гинекологии характеризуется сочетанием гистероскопии с лапароскопией как единого лечебно-диагностического комплекса.

В данной статье проанализирован опыт использования гистерорезектоскопии в отделении оперативной гинекологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, являющимся базой кафедры акушерства и гинекологии с курсом ФУВ Московского факультета РГМУ. В течение 2003 года в отделении гистерорезектоскопия была проведена у 92 пациенток.

Диагностическая и оперативная гистероскопия проводилась с использованием аппаратуры для гистерорезектоскопии фирм Karl Storz и Wolf (Германия). При выполнении внутриматочных опера-

ций использовалась монополярная коагуляция. Для расширения полости матки применялся раствор диэлектрика - 5% раствор глюкозы. Все внутриматочные вмешательства (как диагностические, так и оперативные) у пациенток с сохраненным менструальным циклом проводились в первую фазу цикла. Операции проводились под внутривенным наркозом, при необходимости в сочетании с парацервикальной анестезией.

В комплекс обследования включали эхографию органов малого таза, раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса с последующим морфологическим исследованием соскоба. В ряде случаев определялся уровень СА -125 в крови.

С целью профилактики гнойно-септических осложнений интраоперационно и два раза с интервалом 8 часов назначалось внутривенное введение 1.0 грамма цефалоспоринов III поколения.

Оперативная гистероскопия проводилась больным по поводу миомы матки с субмукозным расположением узлов (39), полипов эндометрия (48), внутриматочной перегородки (1), метроррагий на фоне атрофии эндометрия в постменопаузе (4).

Трансцервикальная консервативная миомэктомия зачастую является альтернативой гистерэктомии или гистеротомии. Кроме того, она позволяет сохранить репродуктивную и менструальную функции женского организма. Для предварительной оценки локализации, размеров и числа узлов использовали УЗ-сканирование и диагностическую гистероскопию. Тщательное дооперационное обследование позволяет провести классифицирование субмукозных узлов, глубину интерстициального компонента, что имеет решающее значение в определении возможности применения эндохирургического метода лечения (3,4).

В практике широко используется классификация субмукозных узлов, принятая Европейским Обществом гистероскопии:

0 тип - узел полностью лежит в полости матки

1 тип - интерстициальная часть составляет менее 50% объема узла

2 тип - интерстициальная часть составляет более 50% объема узла (3)

Узлы 0 типа обычно могут быть удалены полностью одномоментно. При наличии узлов 1 и 2 типов одномоментная миомэктомия связана с большим интраоперационным риском для пациентки: возможность больших объемов интравазации, а также перфорации стенки матки. В таких случаях возможно использование лапароскопического или ультразвукового контроля над ходом операции.

При наличии узлов 1 и 2 типа рациональным представляется двухэтапное удаление узлов (3,4). Во время первой операции удаляется субмукозный компонент узла. Затем в течение 2 месяцев назначаются агонисты гонадолиберинов – Бусерелин-депо (ЗАО «Фарм-Синтез», г. Москва) 3,75мг две инъекции внутримышечно с интервалом 4 недели. На фоне развивающейся гипоэстрогении происходит атрофия эндометрия, запустевание сосудов узла и миометрия, что приводит к «рождению» интерстициальной части узла в полость матки. Вскрытие капсулы узла во время первой операции также способствует «рождению» узла.

В послеоперационном периоде пациенткам назначались монофазные оральные контрацептивы по гемостатической схеме, благодаря которым быстро восстанавливался эндометрий, и прекращались кровяные выделения.

Через 2 месяца после операции с целью контрацепции и профилактики рецидива миомы 5 пациенткам был установлен внутриматочный контрацептив Мирена.

Большой интерес вызывает применение оперативной гистероскопии в лечении полипов эндометрия (5). Полипэктомия с помощью петли резектоскопа была проведена у 48 больных. Из них 8 пациенток были в периоде пременопазы и 40 – в постменопаузе. У 28 пациенток (58,3%) имели место рецидивирующие полипы на фоне атрофии эндометрия, и они неоднократно подвергались раздельным диагностическим выскабливаниям под контролем гистероскопии, а 9 больным в постменопаузе проводилась безуспешная гормонотерапия гестагенами. Применение резектосокпии позволило радикально удалить полипы с помощью петли резектоскопа. Для профилактики рецидива полипов была проведена аблация эндометрия в режиме коагуляции шариковым электродом.

Трем пациенткам постменопаузального возраста с железисто-фиброзными полипами эндометрия и выявленными серозной цистаденомой (2) и паровариальной кистой (1) были проведены лапароскопические двухсторонние аднексэктомии и аблации эндометрия. Этим больным проводился контроль СА-125 перед операцией.

Одной пациентке репродуктивного возраста было проведено разрушение полной внутриматочной перегородки под лапароскопическим контролем. С целью супрессии эндометрия в течение двух месяцев был назначен Бусерелин-депо. В послеоперационном периоде рекомендованы препараты, содержащие натуральные эстрогены – Фемостон. Назначение препаратов ЗГТ способствует быстрому и полноценному восстановлению эндометрия.

Таким образом, оперативная гистероскопия является радикальным органосохраняющим малоинвазивным методом лечения внутриматочной патологии. При этом сокращаются сроки пребывания больных в стационаре (например, при лапаротомии 8-12 дней, при гистерорезектоскопии 5 дней). Кроме того, сохранение органа, детородной и менструальной функции у пациенток репродуктивного возраста имеет положительный психо-эмоциональный эффект и способствует скорейшей реабилитации женщин.

ВЛИЯНИЕ ПЕРСИСТЕНЦИИ ХЛАМИДИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ

Довлетханова Э.Р., Клинышкова Т.В., Стрекалова Е.Л., Товмасян В.М. (Москва)

В структуре патологии эндометрия воспалительный процесс слизистой оболочки матки занимает ведущее место среди женщин с бесплодием и невынашиванием беременности. Вопрос о роли хламидийной инфекции в развитии хронического эндометрита остается недостаточно изученным. Взгляды на участие хламидий в развитии патологического процесса эндометрия противоречивы: с одной стороны, признается хламидийная природа эндометрита, с другой, отрицается роль C. trachomatis в его происхождении.

Задача исследования - оценка влияния персистенции C. trachomatis в эндометрии на развитие локального воспалительного процесса слизистой оболочки матки у женщин с бесплодием.

Материал и методы исследования.

Обследовано 120 женщин с бесплодием в возрасте от 21 до 39 лет, направленных на эндоскопический этап обследования и лечения. Выделено 2 группы больных в зависимости от причины бесплодия: 1-ю группу составили пациентки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия (ТПФБ) (79), 2-ю группу – с бесплодием, неассоциированным с ТПФБ (перитонеальным эндометриозом и эндокринным бесплодием) (41). На амбулаторном этапе обследования больных хламидийная инфекция исключена по данным эндоцервикального тестирования. Для верификации диагноза бесплодия применялась лапароскопия, одновременно с которой выполнялась гистероскопия и биопсия эндометрия в первую фазу менструального цикла. Гистологическое исследование биоптатов эндометрия выполнялось на парафиновых срезах, окрашенных гемотоксилином, эозином, с дополнительной окраской по Ван Гизону. Оценивали степень лимфоидной инфильтрации стромы, наличие плазмоцитов и других клеточных элементов, а также коллагенизацию стромы. Для диагностики хламидийной инфекции применяли метод ПЦР для детекции ДНК C. trachomatis в биоптатах эндометрия («Литех», Москва).

Результаты исследования.

C. trachomatis обнаружена в эндометрии у 17 (14,2%) больных с бесплодием: у 11 (13,9%) в 1-й и 6 (14,6%) во 2-й группе. Обращало внимание, на первый взгляд, значительная частота контаминации

хламидиями эндометрия у больных 2-й группы, однако различия в частоте хламидийной персистенции в эндометрии больных сравниваемых групп не являются статистически значимыми.

В структуре пациенток с позитивными хламидиями в эндометрии наблюдалось преобладание (в 1,8 раза) больных 1-й группы: 11 (64,7%) против 6 (35,3%) случаев в 1-й и 2-й группе соответственно. В зависимости от наличия патологического процесса в эндометрии, подтвержденного гистологически, выделено два варианта состояния эндометрия: 1-й вариант соответствовал нормальному состоянию эндометрия, 2-й вариант – патологии эндометрия (хронический эндометрит, гиперпластический процесс). У больных 1-й группы выявлено оба варианта: 1-й вариант – в 63,6%, 2-й – в 36,4% случаев, среди которых в 27,3% случаев установлен эндометрит, в том числе в сочетании с очаговой гиперплазией (18,1%), в 9,1% случаев - полип эндометрия. У больных 2-й группы встречался исключительно 1-й вариант. Итак, выявлена возможность персистенции C. trachomatis в эндометрии при различных формах бесплодия, однако патогенное действие хламидий на слизистую оболочку матки проявляется у больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия.

Таким образом, хламидийная контаминация эндометрия не коррелирует с отрицательными данными эндоцервикального тестирования. При хламидийной персистенции эндометрия возможно два варианта поведения эндометрия: 1-й вариант – хламидийная контаминация при нормальном состоянии эндометрия, 2-й вариант – хламидийная контаминация в сочетании с хроническим эндометритом и гиперпластическим процессом эндометрия. У больных с трубно-перитонеальным бесплодием обнаружено оба варианта состояния эндометрия, с наличием воспалительного процесса при хламидийной контаминации в 1/3 случаев. У больных с бесплодием, неассоциированным с трубно-перитонеальным фактором, контаминация эндометрия не коррелирует с хроническим эндометритом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АЛЬФА 2-ИНТЕРФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ И ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ

Дресвянская Т.В., Фокин Ю.А., Евдоченко И.И., Окладников Д.В. (Красноярск)

Проблема папиломовирусной инфекции (ВПЧ) и генитальной формы герпеса (ВПГ) затрагивает сферу интересов специалистов различного профиля: гинекологов, урологов, онкологов и иммунологов. Несмотря на интенсивное изучение воздействия вируса на ткани человеческого организма, у специалистов различных областей нет достаточной ясности в плане клинико – морфологической диагностики проявлений этого заболевания и не разработаны так же адекватные методы лечения, позволяющие получить стойкий терапевтический эффект.

Методов лечения ПВИ и ВПГ гениталий много, однако, частота рецидивов этих заболевания высока и ни один из предложенных методов ее лечения не является полностью эффективным и безопасным. Отсутствие высокоэффективных методов лечения, высокая частота рецидивирования обосновывают разработку новых принципов этиотропной и патогенетической терапии.

В связи с этим нами проведены и оценены результаты местной интерферонотерапии при вирусных инфекциях препаратом «Реаферон – ЕС- липинт» при локальном методе применении в сочетании со стандартными схемами лечения. Рекомбинантный альфа 2в интерферон представляет собой высокоочищенный стерильный белок, содержащий 165 аминокислот, идентичен человеческому лейкоцитарному интерферону альфа 2в и обладает противовирусной и иммуномодулирующей активностью. Липосомальная форма препарата улучшает его адсорбцию на поверхности и проникновение внутрь эпителиальных клеток.

Нами были обследованы и наблюдались 33 женщины в возрасте от 18 до 36 лет, с подтвержденным ВПГ и ВПЧ поражением слизистой влагалища и шейки матки. Длительность клинических проявлений колебалась от месяца до нескольких лет. В зависимости от выраженности вирусной патологии больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 18 женщин с генитальной герпетической инфекцией. Во 2-ю группу были включены 15 женщин, имеющие проявления ПВИ инфекции.

Подавляющее большинство исследуемых женщин ранее наблюдались и лечились по поводу гинекологических заболеваний, среди которых превалировали кольпиты (69,8%), эктопии шейки матки (49,2%), хронические сальпингоофориты (50,7%), хронический эндометрит (19,4%). Частота первичного бесплодия составила 12,4%, вторичного – 16,2%. У 30,6% пациенток были указания в анамнезе на привычное невынашивание беременности. Неразвивающиеся беременности отмечены в анамнезе у 16,2%.

50% больных в 1 группе были в стадии обострения заболевания и 50% в стадии ремиссиии. Больным проводилась стандартная противовирусная терапия в сочетании с местной интерферонотерапией реафероном – ЕС- липинтом. Обязательно исследовался иммунный и интерфероновый статус в динамике. После проведенного лечения больные наблюдались в течение менструального цикла. При отсутствии обострения заболевания и нормализации интерферонового статуса проводилась вакцинация.

У пациентов со спонтанным исчезновением бородавок в иммунный ответ были вовлечены главным образом СД4 Т-лимфоциты и макрофаги. Из всего разнообразия клеточно опосредованных механизмов защиты от внутриклеточных паразитов для противодействия ВПЧ наибольшее значение имеют цитотоксические Т-лимфоциты, а именно лимфоциты с фенотипом СД8.

Результатом влияния сопутствующих инфекций на течение патологических процессов, вызванных ВПЧ, является хронизация процесса, формирование стойких, как правило, уже неспецифических воспалительных изменений со стороны мочеполовой сферы и значительные трудности в проведении терапевтических мероприятий, что приводит к удлинению продолжительности лечения. Большинство случаев рецидивов ПВИ и ВПГ инфекций связывают с провоцированием их другими ИППП. В подавляющем большинстве случаев выявлены признаки вторичной иммунологической недостаточности по Т- клеточному звену иммунитета. При оценке цитокинового статуса обращало на себя внимание снижение уровня продукции альфа – интерферона, кроме того отмечалось угнетение ответа лейкоцитов на индукторы интерферонов. На основании данных обследования проводился подбор иммуномодулятора.

Больным в группе инфицированных ВПЧ проводилась терапия реафероном – ЕС - липинтом до деструктивной терапии и через 2-3 дня после нее. После проведенного лечения пациентам через месяц проводилось контрольное обследование на ВПЧ и определение интерферонового статуса. Критериями излеченности ПВИ гениталий следует считать исчезновение остроконечных кондилом вульвы, влагалища и аномальных кольпоскопических признаков в пределах зоны трансформации шейки матки, исчезновение койлоцитоза, отсутствие ДНК вируса, нормализация интерферонового статуса.

При ведении больных оценивалось сочетание клинических данных, результатов лабораторной диагностики (ПЦР и РИФ), кольпоскопическая картина. С помощью ПЦР все женщины были обследованы на наличие в вагинальном и цервикальном секрете ДНК ВПЧ, при этом использовали качественную методику, позволившую выделить типы вируса условно высокого (16, 18, 31, 33, 45) и низкого (6, 11, 42, 43, 44) онкогенного риска. Следует отметить, что у 14,7% женщин ДНК ВПЧ обнаружить не удалось, несмотря на очевидные клинико-морфологические признаки инфекции. Высокоонкогенными типами ВПЧ были инфицированы 39,1% женщин, среди них у 62,4% диагностировали клиническую или субклиническую ПВИ шейки матки, при этом ведущим по частоте выявляемости был ВПЧ 16-го типа. При экзофитных кондиломах наружных гениталий и влагалища чаще определялись вирусы низкоонкогенных типов. Отрицательный тест

ПЦР при ВПЧ инфекции почти у каждой 7-й женщины свидетельствует о необходимости дальнейшего развития методик выявления ВПЧ и целесообразности двукратного исследования у некоторых женщин и более углубленного гистологического исследования.

Критериями излеченности являлись отсутствие клинических проявлений, нормализация кольпоскопической картины, нормализация количества лейкоцитов в мазках по Граму, отсутствие признаков вирусной инфекции в цитологических мазках, отрицательные анализы ДНК-ПЦР на ВПГ и ВПЧ, нормализация количества лейкоцитов и СОЭ в анализах крови.

Оценивались отдаленные результаты в течении 4-6 месяцев. По денным литературы рецидивы при ВПГ инфекции по данным разных авторов составляют 20 – 40%. В результате проведенного лечения в 1 группе больных количество рецидивов составило 5%. При индивидуальном изучении случаев с рецидивами заболевания имело место значительное угнетение общего иммунитета, изменение интерферонового статуса и наличие хронической персистирующей инфекции генитального тракта. Во 2 группе количество рецидивов составило 9, 8%. У большинства больных отмечалась положительная динамика в течении 3-4 месяцев, а случаи рецидивов были связаны с наличием сопутствующей инфекции, изначально вызывающие угнетение местного иммунитета, а также стойкое нарушение интерферонового статуса.

Выводы:

1) «Реаферон – ЕС- липинт» целесообразно использовать в комплексном лечении вирусных инфекций гениталий.

2) Местное назначение « Реаферон – ЕС- липинт» повышает эффективность традиционной противовирусной терапии ВПГ и ВПЧ инфекции и способствует уменьшению числа рецидивов.

3) Наиболее эффективен Реаферон – ЕС- липинт при сохраненной функции иммунитета и интерферонового статуса, что требует обязательного проведения иммунологического обследования перед его назначением.

4) Для верификации и улучшения диагностики ПВИ целесообразно применение гистологических методов исследования.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПУТЁМ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И ИММУНОТЕРАПИЯ (ЭАИТ)

Дробинская А.Н., Хонина Н.А., Черных Е.Р., Пасман Н.М, Леплина О.Ю., Останин А.А., Безменова С.И., Дёмина С.Г., Никонов С.Д., Дударева А.В. (Новосибирск)

Актуальность оптимизации терапии урогенитальной инфекции обусловлена ростом числа хронических персистирующий форм, устойчивых к традиционным методам терапии, что обусловлено, с одной стороны, изменением вирулентности микроорганизмов, с другой стороны, снижением противоинфекционного иммунитета у пациентов. Угнетение клеточного иммунитета может быть связано со следующими механизмами: активной супрессией, опосредованной действием противовоспалительных и Th2 цитокинов; делецией иммунокомпетентных клеток вследствие их гибели (апоптоза); индукцией анергии. Повышение резистентности возбудителей, в свою очередь, определяется изменением этиологической структуры урогенитальной инфекции: возрастанием роли условнопатогенных микроорганизмов, в том числе – грамотрицательных бактерий и неспорообразующих анаэробов; преобладанием микробных ассоциаций, обладающих более выраженными патогенными свойствами, чем монокультуры (возрастание вирулентности в результате синергидного действия): хламидии+микоплазмы+трихомоны; микоплазмы+ анаэробы и т.д.; возрастанием роли простейших, грибов и вирусов.

Цель настоящего исследования – изучение эффективности метода сочетанной экстракорпоральной и антибиотикотерапии (ЭАИТ) у гинекологических больных с хронической персистирующей урогенитальной инфекцией.

Метод ЭАИТ был апробирован ранее при лечении хирургической инфекции и гнойно-септических послеоперационных осложнений в акушерско-гинекологической и хирургической клиниках, (патент № 2000111634/14 (012134) от 10.05.2000). Взаимодействие антибиотика с нейтрофилами может происходить тремя путями:

1/ связывание с клеточной мембраной (имипенемы, β-лактамы); 2/ проникновение в клетку(клиндамицин); 3/накопление в цитоплазме или фаголизосомах (макролиды, фторхинолоны). Используя фагоцитирующие клетки как носитель антибиотика, можно существенным образом повысить концентрацию антибиотика в очаге воспаления. Существует синергизм между бактерицидной активностью антибиотика и бактерицидной активностью самих нейтрофилов.При недостаточной бактерицидной активности нейтрофилов эффективность антибактериальной терапии снижается. Антибиотики могут сорбироваться на мембранах эритроцитов, трансформируясь в иммобилизованную форму, что позволяет снизить их быстрое выведение из кровотока. Бактерицидная активность и захват антибиотиков могут быть усилены под воздействием ряда провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1, интерлейкина-2, интерлейкина-6 и т.д. Сотрудниками ИКИ экспериментально были разработаны оптимальные условия применения цитокинов для активации взаимодействия фагоцитирующих клеток с антибиотиком. Эти разработки послужили основой для создания нового метода, сочетающего в себе элементы антибактериальной и иммуностимулирующей терапии.

Дизайн исследования. Обследовано 106 пациенток с хронической персистирующей урогенитальной инфекцией (УГИ). Средний возраст пациенток составил 26±5,8 лет, партнёров 32,7±4,6 лет. Верификация диагноза УГИ и контроль излеченности проводились тремя диагностическими методами: бактериологическим, ПИФ и ПЦР, у части пациентов (n=26) иммуногистохимическим исследованием с моноклональными антителами (на хламидиоз, уреаплазмоз). Проводилось исследование имунологического статуса до и после лечения. В 1ю клиническую группу вошли гинекологические больные с хронической персистирующей УГИ (n=82), неоднократно (от 2х до 8 раз) леченые ранее различными препаратами, которым нами проведено лечение с использованием ЭАИТ. 68 больных (82%) этой группы имели микст-инфекцию (от двух до шести возбудителей). В зависимости от возбудителя применена ЭАИТ со следующими антибактериальными препаратами: цефобид, ровамицин, авелокс, клацид, амоксиклав, метронидазол. Пациенты 2-й контрольной группы – гинекологические больные, леченые традиционными методами, с использованием современных антибактериальных препаратов (n=24). Пациентки как первой, так и второй групп лечились вместе с половыми партнёрами. Оценка иммунного статуса у больных 1 и 2 группы показала лабораторные признаки вторичного иммунодефицита по смешанному типу с преимущественным поражением Т-клеточного звена иммунитета и системы нейтрофилов (у 56,7%), наряду с выявлением изолированного снижения активности нейтрофилов (у 19,5%), что и явилось основанием для проведения экстракорпоральной иммунотерапии (ЭИТ) этим пациентам. Экстракорпоральная иммунотерапия (ЭИТ) основана на выделении из крови мононуклеарных клеток, стимуляции их in vitro интерлейкином-2 (ИЛ-2) и возврате пациенту. Количество процедур: от 3 до 7, количество ИЛ-2-активированных клеток: 0,6-2,0*109.

Результаты лечения. У 95% пациенток (n=78) и их партнёров основной, 1-й клинической группы достигнут положительный клинический эффект, подтверждённый результатами лабораторных исследований: бактериологическим контролем, ПИФ и ПЦР. У 5% больных (n=4) излечение от хронической УГИ достигнуто после

повторного курса ЭАИТ. При проведении ЭАИТ пациентам отмечена хорошая переносимость метода, отсутствие побочных эффектов, которые бы заставили прекратить терапию. В контрольной группе пациенток после курса антибактериальной терапии излечения удалось добиться лишь у 58,3% (n=14).

Выводы. ЭАИТ характеризуется высокой эффективностью, хорошей переносимостью и может быть рекомендована в качестве метода выбора при неэффективности традиционных методов лечения хронической персистирующей урогенитальной инфекции. Преимуществами метода ЭАИТ являются: снижение курсовой дозы антибиотика; возможность проведения монотерапии антибиотиками широкого спектра; иммунокорригирующий эффект метода, позволяющий достичь результата у больных, рефрактерных к предыдущим курсам парентерально вводимых антибиотиков. Безопасность метода, снижение курсовой дозы антибиотика позволили успешно применить ЭАИТ также у беременных с верифицированной внутриутробной инфекцией.

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Дубровина С.О. (Ростов-на-Дону)

Кисты яичников представляют собой ретенционные образования, возникающие вследствие накопления тканевой жидкости в предшествующих полостях. В оперативной гинекологии актуальными остаются проблемы диагностики и лечения кистозных образований в яичниках. Частота данной патологии возросла за последние 10 лет с 6 - 11% до 19 - 25% среди других опухолей женских половых органов (Кулаков В.И., Адамян Л.В., 1998).

С использованием ультразвукового исследования (УЗИ) можно дифференцировать функциональную и малигнизированную кисту (Pfeifer S.M., Gosman G.G., 1999). У пременопаузальных женщин УЗИ также является эффективным методом диагностики при наличии опухолей и опухолевидных образований в яичниках (Guerriero S., Mallarini G., Ajossa S., Risalvato A. et al., 1997).

Ультразвуковая диагностика фолликулярных кист более проста, чем кист желтого тела, так как последние имеют сходную УЗ картину с эндометриомами, эктопическими беременностями, неоплазмами (Wu A., Siegel M.J., 1987).

Ультразвуковые критерии нефункциональных кист следующие: размер больше 7 см, в структуре кисты больше 2-х камер, неровный контур, эхопозитивные включения, толстые перегородки, патологические разрастания ткани внутри и вокруг кисты. Кроме того, присутствуют ассоциативные признаки, такие как асцит или увеличенные лимфатические узлы (Allias F., Chanoz J., Blache G., Thivolet-Bejui F et al., 2000).

Макроскопическая характеристика и цитологическое исследование содержимого кист, полученного при пункции кист под контролем УЗИ через боковой свод влагалища, по мнению В.Н. Серова и Л.И. Кудрявцевой (1999) помогают в определении нозологической принадлежности образования (Серов В.Н., Кудрявцев Л.И., 1999). При фолликулярных кистах прозрачное содержимое, кистах желтого тела геморрагический пунктат, воспалительных кистах мутный аспират без клеточных элементов или лейкоциты, простых серозных цистаденомах в пунктате обнаружены эпителиальные клетки, макрофаги, лимфоциты. В большинстве случаев клеточные элементы в пунктате отсутствуют, либо не поддаются точной дифференцировке из-за дегенерации. Макроскопическая характеристика и цитологическое исследование пунктата помогают в определении нозологической принадлежности образования. Помимо этого, введено понятие – перитонеальные кисты (в аспирате – клетки мезотелия).

Обязательным исследованием при пункции опухолевидных образований яичников является цитологическое исследование пунктата содержимого кисты. Специфичность цитологического исследования для большинства не фолликулярных кист, составляет приблизительно 100%, чувствительность для эндометриодных кист 36%, только 83% - для пролиферирующих или малигнизированных кист (Mulvany N.J., 1996).

Тем не менее, существуют сомнения в отношении возможности цитологического исследования пунктата содержимого кист, совпадающего с результатами гистологического исследования в 54,9% (Allias F., Chanoz J., Blache G., Thivolet-Bejui F. et al., 2000).

Что касается диагностической значимости опухолевых маркеров, то повышение концентрации маркера СА-125 отмечено при воспалительных заболеваниях, доброкачественных опухолях яичников. Нецелесообразно использовать опухолевые маркеры для дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований яичников (Адамян Л.В., Алексеева М.Л., Андреева Е.И., 1991).

Раковый антиген 125 (СА-125) не специфичен в репродуктивном возрасте в отличие от менопаузального периода. СА 125 определяется при доброкачественных опухолях, а также у 6% здоровых пациентов (Helm C.W., 2002). Повышение его концентрации может быть результатом различных процессов в малом тазу, таких как эндометриоз или воспалительный процесс, что делает этот тест неспецифичным в этой возрастной группе (Pfeifer S.M., Gosman G.G., 1999). Другие опухолевые маркеры и метаболиты или гормоны такие, как СЕА, альфетопротеин, прогестерон тоже обладают низкой чувствительностью и специфичностью (Allias F., Chanoz J., Blache G., Thivolet-Bejui F. et al., 2000).

Как показало изучение доступной научно-медицинской и патентной литературы методика пункции кисты яичника под эхографическим контролем в последние годы активно разрабатывается гинекологами. Это связано с тем, что лапароскопия по поводу кист и доброкачественных опухолей яичника признана серьезной операцией, последствиями которой могут быть гормональный дисбаланс и бесплодие. В то же время метод лечения кисты яичника посредством пункции отличается минимальной инвазивностью и высокой эффективностью при соблюдении показаний и критериев отбора пациенток.

Методика инвазиванной трансвагинальной эхографии, предложенная А.Н. Стрижаковым, А.И. Давыдовым, Л.Д. Белоцерковцевой (2002), выполняется с помощью специального устройства-насадки для трансвагинального датчика. После пункции заднего свода влагалища в патологическое образование вводится игла-стилет. После извлечения иглы в мандрен вводится эндоскоп особой конструкции – минископ (наружный диаметр телескопа – 2 мм). Эндоскоп соединяют с видеокамерой и проецируют изображение на экран монитора. Таким образом, достигается объективная (визуальная) диагностика внутренней структуры образования. Необходимо подчеркнуть, что «ультразвуковую» минископию применяют только при подозрении на перитонеальные кисты (серозоцеле), то есть в тех случаях, когда результаты традиционной трансвагинальной эхографии сомнительны (например, сложность диагностики серозоцеле и образования яичника). Применятся для диагностики перитониальной кисты, обширного гидросальпингса, параовариальной кисты, то есть невозможно осмотреть внутрияичниковые образования.

Указанные недостатки устраняются в заявленной работе. Задачей работы явилось: повышение точности дифференциальной диагностики кист и кистом яичников, уменьшение объема хирургического вмешательства при верификации диагноза «киста яичника». Поставленная задача решается тем, что с помощью трансвагинального УЗ датчика по пункционной траектории с использованием метода «свободной руки» проводится пункция кисты яичника. Используется двухпросветная игла (игла с оперативным каналом Karl Storz 11510 KD). Под внутривенным обезболиванием с помощью трансвагинального датчика (диагностический прибор Combison 320-5) в асептических условиях пункционной иглой 2 мм в диаметре под УЗ контролем через боковой свод влагалища производят пункцию кисты яичника. После извлечения мандрена из одного из каналов иглы вводится эндоскоп диаметром 1 мм (фетоскоп Karl Storz 11510 A). Для цитологического исследования удаляется содержимое кисты, в просвет кисты вводится физиологический раствор в объеме, равном удаленному содержимому кисты. Проводится осмотр внутренних стенок кисты. При обнаружении сомнительного участка через второй просвет кисты вводятся би-

опсийные щипцы (Karl Storz 11510 L) для забора материала с целью выполнения гистологического исследования. Положительный технический результат, достигаемый при использовании данного способа лечения кист яичников, заключается в следующем:

уменьшение объема оперативного вмешательства для диагностики кисты;

отсутствие послеоперационных осложнений;

повышение точности диагностики, достигаемое визуальным контролем стенок кисты;

снижение операционного риска при наличии в анамнезе оперативных вмешательств и, как следствие, спаечного процесса;

возможность не только цитологического, но и гистологического исследования содержимого кисты.

В течение года в нашем отделении существует методика видеоцистоовариоскопии больных с кистами яичников. Исследование успешно произведено у 36 больных.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ C.TRACHOMATIS У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Евдокимова Е.Г., Сагамонова К.Ю., Бичуль О.К., Болгова Е.А. (Ростов-на-Дону)

Значение и роль урогенитальных инфекций хламидийной этиологии определяется их распространенностью. По данным статистических исследований урогенитальным хламидиозом поражено от 30% до 60% женщин, из них подавляющее большинство эпизодов первичного заражения приходится на репродуктивный период. В связи с широким распространением малосимптомных форм генитального хламидиоза и отсутствием специфических клинических проявлений, лабораторная диагностика этой инфекции имеет основное значение при верификации диагноза.

Актуальность вопроса диагностики хламидиоза в настоящее время связана не только с отсутствием специфических клинических проявлений, но также и с уникальностью цикла развития хламидий в клетках макроорганизма. В публикациях последних десятилетий, посвященных изучению этой проблемы, появились сообщения о влиянии гормонального фактора на патогенез данного заболевания. В единичных исследованиях были получены сведения о различии в естественной резистентности у женщин к хламидийной инфекции в зависимости от фазы менструального цикла и влиянии на этот процесс гормональной контрацепции (Бурова А.А., 1999; Доронина Е.В., 2001; Гасанова Т.А., 2001). Однако вопрос о гормональной регуляции жизненного цикла хламидий остается нерешенным до настоящего времени и требует дополнительного изучения. Следует отметить, что научно-практическая значимость решения этого вопроса в акушерстве и гинекологии заключается в определении оптимальных сроков обнаружения возбудителя в зависимости от фазы овариального цикла.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространения генитального хламидиоза, а также определение особенностей диагностики C.trachomatis у женщин репродуктивного возраста с воспалительными заболеваниями генитального тракта.

В настоящем исследовании определение C.trachomatis проводилось одновременно двумя наиболее информативными в настоящий момент методами: ПЦР и ИФА. Всего было обследовано 428 женщин репродуктивного возраста, обратившихся на консультативный прием с признаками воспалительного процесса генитального тракта. В результате исследования отделяемого цервикального канала у пациенток в различные фазы менструального цикла было установлено, что частота определения C.trachomatis методами ПЦР или ИФА составила 28% (120 женщин) от общего числа обследованных. У 308 (72%) женщин с воспалительными заболеваниями генитального тракта выявить C.trachomatis ни в I-ую, ни II-ую фазу менструального цикла с использованием вышеперечисленных методов не удалось.

Следует отметить, что при обследовании пациенток с хламидиозом отличий в частоте обнаружения C.trachomatis различными методами практически не отмечалось. Сравнительная оценка данных, полученных в результате лабораторного исследования показала, что в I фазу менструального цикла выявление хламидий методами ПЦР и ИФА регистрировалось в 28,33% и 33,33% случаев, а во II фазу – в 46,66% и 55,00%, соответственно. Важно подчеркнуть, что общее число случаев регистрации C.trachomatis независимо от метода диагностики было все же значительно выше данных, полученных при использовании каждого метода в отдельности. Одновременное применение ПЦР и ИФА повысило эффективность обнаружения возбудителя в исследуемых образцах в I фазу менструального цикла – в 1,8 и 1,5 раза, во II фазу – в 1,8 и 1,4 раза и составила 51,66% и 85,50%, соответственно.

Проведенная в нашем исследовании сравнительная оценка эффективности выявления хламидий в различные фазы менструального цикла показала, что определение хламидий во II фазу цикла, с использованием каждого метода в отдельности, имела явные преимущества. Так при постановке ПЦР присутствие хламидий в исследуемых образцах во II фазе менструального цикла регистрировалось в 46,66%, что было в 1,6 раза чаще, чем в I фазу (28,33%). Такая же закономерность отмечалась при использовании ИФА, во II фазу цикла частота инфицирования женщин хламидиями методом ИФА отмечалась в 1,7 раза чаще, чем в I фазу (55,00% и 33,33%, соответственно). Анализ результатов выявления C.trachomatis, независимо от метода диагностики, так же показал, что наиболее информативные данные (в 1,6 раза) были получены во вторую фазу менструального цикла (85% положительных находок во II фазу по сравнению 51,66% - в I фазу).

Таким образом, для повышения эффективности обнаружения C.trachomatis обследование женщин с воспалительными заболеваниями генитального тракта целесообразно проводить во II фазу менструального цикла с использованием не менее двух методов лабораторной диагностики.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕЛОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ

Евсеева М. М., Серов В. Н. (Москва)

Грязелечение является одним их древнейших методов лечения воспалительных заболеваний у женщин. С лечебной целью чаще всего используют иловые грязи, образующиеся в соленых озерах и лиманах морей. Наиболее известными и изученными являются Тамбуканские грязи, составляющие основу лечебной базы знаменитого курорта Кавказских Минеральных Вод. Многочисленными клиническими наблюдениями и экспериментами доказано антибактериальное действие пелоидов. Их бактерицидные свойства обусловлены весьма разнообразным комплексом действующих факторов, наиболее значимые из них – смолообразные вещества: твердые и жидкие высокомолекулярные жирные кислоты, липиды, пигменты, исходным материалом которых являются сине-зеленые водоросли. Кроме того, грязь является природным источником антибиотиков за счет большого количества содержащихся в ней спороносных бактерий, актиномицетов, плесневых грибков, значительная часть которых вырабатывает пенициллиноподобные вещества. Современные технологии вакуумной экстракции, разработанные фармацевтической фирмой «Бивитекс», позволили получить полный комплекс лекарственных веществ из Тамбуканской нативной грязи, не нарушая активности ее биологических ингредиентов, а удобная форма препарата (свечи) расширила возможность его применения. Свечи «Тамбуил», в состав которых помимо экстракта

биосубстанции Тамбуканской иловой грязи, входит натуральный прополис, мед цветов гречихи, масло какао, обладают противовоспалительным, обезболивающим, ранозаживляющим действием. Учитывая биологические свойства грязи и преимущества, представляемые возможностью применения пелоидного препарата во внекурортных условиях мы решили оценить антибактериальный эффект свечей «Тамбуил».

Цель исследования: оценка эффективности использования препарата иловой грязи «Тамбуил» у женщин с воспалениями влагалища и шейки матки.

Под наблюдением находились 53 женщины в возрасте от 17 до 38 лет с жалобами на влагалищные выделения, у 28% они сопровождались зудом, у каждой третьей – дискомфортом при половых сношениях. У 43 из них в анамнезе были беременности, но лишь 24 имели детей. Для уточнения диагноза и контроля качества лечения всем пациенткам проводили бактериоскопическое, бактерио- и цитологическое исследования, расширенную кольпоскопию, а также определяли хламидийную, уреа- и микоплазменную, цитомегаловирусную и герпетическую инфекции методом полимеразной цепной реакции. У всех пациенток при кольпоскопии имелись признаки воспаления, у 11 выявлена эктопия размерами от 0,5 до 3,5 см. При цитологическом исследовании мазок соответствовал II типу. При бактериоскопическом исследовании мазков содержимого влагалища и цервикального канала у половины пациенток встречалась 3-я и 4-я степень чистоты влагалищных мазков. При бактериологическом исследовании чаще других возбудителей высевали ассоциации условно-патогенных и патогенных микроорганизмов: эпидермального и золотистого стафилококков, фекального стрептококка, энтеробактерий с гарднереллами, мико- и уреаплазмами. Всем пациенткам было рекомендовано вагинальное ежедневное использование свечей «Тамбуил» в течение 10 дней. Дополнительно больным с 3-й и 4-й степенью чистоты влагалищных мазков назначали антибактериальные препараты внутрь с учетом результатов бактериологического исследования и чувствительности к антибиотикам.

В результате проведенного лечения удалось нормализовать микрофлору влагалища у 93,3% больных, при этом ни в одном случае не были выделены патогенные микроорганизмы, увеличилось число лактобацилл, нормализовалась степень чистоты влагалищных мазков. У 4 больных в виду недостаточной эффективности лечения в дальнейшем рекомендовано местное применение эубиотиков. Непосредственно после лечения у 8 обследованных с исходной эктопией при кольпоскопии отмечены признаки ее эпидермизации.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения свечей «Тамбуил» в комплексном лечении воспалений влагалища и шейки матки. Использование свечей перспективно и для ускорения эпидермизации эктопий.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Ермакова Е.И., Балан В.Е. (Москва)

Недержание мочи - одна из самых актуальных и сложных проблем в современной урогинекологии. Это заболевание не приводит к тяжелым осложнениям и летальному исходу, но часто является причиной частичной или полной утраты трудоспособности, депрессии и отчужденности личности от общества, разладам в семейной жизни. Одним из методов лечения недержания мочи при напряжении, связанным с недостаточностью внутреннего сфинктера уретры является парауретральное введение объемообразующих агентов. Все современные зарубежные препараты, используемые для этих целей обладают рядом негативных свойств: способность к биодеградации и рассасыванию (бычий коллаген, аутожир, препарат ZUIDEX с гиалуроновой кислотой); аллергические реакции (коллаген); миграция в отдаленные органы и ткани (тефлон, силикон); высокая стоимость.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность лечения стрессового недержания мочи, вызванного недостаточностью внутреннего сфинктера уретры, с помощью парауретральных инъекций отечественного препарата ДАМ+ у женщин в менопаузе.

Материалы и методы: Препарат ДАМ+ выпускается фирмой « Биоформ» с 1999 года. Это водосодержащий, сетчатый, полиакриламидный полимер с ионами серебра, обладающий антибактериальным действием. Не содержит веществ животного происхождения, что делает материал высоко биосовместимым. В отделении гинекологической эндокринологии НЦАГ и П РАМН мы пролечили с помощью инъекций биополимера ДАМ+ 28 пациенток со стрессовым недержанием мочи 3-го типа в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст- 55.5). Противопоказаниями к введению препарата являлись: некомпенсированный сахарный диабет, наличие воспалительных процессов в области введения, злокачественные новообразования уретры и мочевого пузыря, инфровезикальная обструкция, гиперактивный мочевой пузырь. Перед процедурой введения геля ДАМ+ всем пациенткам проводилось общеклиническое, комплексное уродинамическое исследования, а также, ультразвуковое исследование с применением трехмерной реконструкции изображения. По результатам уродинамического исследования у всех женщин первоначально определялись: большой цистометрический объем (от 400 до 600 мл. и более); выражено сниженный тонус детрузора; снижение детрузорного давления и его низкий процентный вклад в пузырное давление во время мочеиспускания; снижение показателей МВУД (максимальное внутриуретральное давление) на 30% и более; положительная кашлевая проба на объеме 100 – 400 мл. Показатели давления обратного сопротивления уретры (URP) колебались от 47 до 65 см.водн.ст., что в 2 – 2,5 раза меньше нормы. По данным трехмерной эхографии у всех женщин наблюдались признаки сфинктерной недостаточности; у 20 (71,4%) женщин определялось цистоцеле I степени, у 2 (7,1%) – цистоцеле II степени с признаками гипермобильности уретры. Учитывая, что все пациентки находились в периоде пери- и постменопаузы и отмечали кроме стрессового недержания мочи другие проявления климактерического синдрома (приливы “жара” к голове, потливость, снижение работоспособности, памяти, сухость во влагалище и т.д.), все они до и после парауретрального введения геля получали заместительную гормонотерапию (локальную - 10 (35,7%) женщин; системную – 18 (64,3%) женщин).

Процедура введения биополимера ДАМ+ проста в выполнении и малотравматична. Она осуществлялась под внутривенным наркозом после выполнения цистоскопии, при которой осматривалась область проксимальной уретры, уретральный сфинктер и шейка мочевого пузыря. Гель вводился при помощи иглы длиной 4 – 5 см и толщиной 19G в подслизистое пространство в зону проксимальной уретры. Вкол иглы производился в точки, соответствующие 2, 6 и 10 часам условного циферблата, отступя приблизительно на 5 мм латеральнее от наружного отверстия уретры. Затем игла продвигалась в тканях со смещением вверх или вниз по отношению к оси уретры приблизительно на 3 мм. Гель вводился медленно под контролем цистоскопа, который находился в дистальном отделе уретры. Критерием адекватности введения являлось смыкание стенок проксимальной уретры. На одну пациентку расходовалось от 10 до 12,5 мл биополимера ДАМ+. После окончания процедуры в мочевой пузырь устанавливался катетер Фоли на 2 часа. Пациенткам назначались уросептики на 5 дней и, при необходимости, симптоматическая терапия.

Результаты: Контрольные обследования, включавшие анкетирование, гинекологический осмотр, проведение кашлевого и PAD – теста, лабораторные исследования, УЗИ с трехмерной реконструкцией, урофлоуметрия с определением остаточной мочи и исследование на приборе MONITORR GENICER (фирма Gohnson and Gohnson) выполнялись через 1, 3, 6 и 12 месяцев после введения имплантата. По результатам обследований к концу 1- го месяца наблюдения 25 (89.7%) женщин полностью удерживали мочу. У 3 – х пациенток наступил рецидив заболевания. Данные пациентки имели тяжелую степень стрессового недержания мочи, причем у 2-х отмечалось цистоцеле II степени с признаками гипермобильности уретры по данным трехмерной эхографии. Им была выполнена операция TVT. Через 6 – 12 месяцев после введения геля 2 пациент-

ки из 25, оставшихся под наблюдением, отметили появление редких эпизодов недержания мочи при сильной физической нагрузке. Им была добавлена терапия методом обратной биологической связи с хорошим эффектом. Остальные 23 (82.1%) женщины полностью удерживали мочу. По результатам уродинамических исследований через 6 и 12 месяцев после введения имплантата наблюдалось повышение максимального внутриуретрального давления (МВУД) в среднем на 15.3%; давление закрытия уретры повышалось в среднем на 12%; показатели давления обратного сопротивления уретры (URP) увеличивались в среднем на 30%. По данным УЗИ с трехмерной реконструкцией препарат располагался в тканях вокруг шейки мочевого пузыря, миграция его отсутствовала. Объем имплантата на протяжении периода наблюдения практически не изменялся. Осложнения после введения геля ДАМ+ были минимальны. У 11 (39.2%) женщин в течение 5 дней отмечалось наличие остаточной мочи в количестве, не превышающем 100 – 120 мл. У 2 (7,1%) пациенток мы наблюдали развитие обструкции мочевых путей из – за асептического воспаления и отека слизистой уретры, но на фоне соответствующей терапии (уросептики, α- адреноблокаторы, прозерин) произвольное мочеиспускание у данных больных восстановилось на 2 –е сутки.

Заключение: Хочется отметить, что инъекционный метод с применением объемообразующего агента ДАМ+ является малотравматичным, безопасным и высоко эффективным методом лечения стрессового недержания мочи у женщин в пери- и постменопаузе. Эффективность данного метода приближается к 90% при соблюдении следующих показаний: стрессовое недержание мочи III типа легкой или средней степени тяжести, отсутствие цистоцеле или цистоцеле I степени. Кроме того, данная процедура лечения может быть применима у женщин старшего возраста с отягощенным психо – соматическим состоянием, когда высок риск развития осложнений при хирургическом вмешательстве.

Используемый нами отечественный препарат ДАМ+ обладает рядом преимуществ перед западными аналогами. Он высоко биосовместим, не рассасывается, не мигрирует в ткани и органы, не вызывает местной воспалительной реакции (так как содержит ионы серебра), не токсичен и, что не мало важно, доступен в цене.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ И БЕСПЛОДИЕМ

Ермолова Н.В. (Ростов-на-Дону)

Связь перитонеального эндометриоза с бесплодием описывается многими исследователями, хотя причинно-следственные взаимоотношения их остаются спорными. Частота наступления беременности у пациенток с эндометриозассоциированным бесплодием после проведения курса лечения не превышает 30-33%. Общепризнанным методом лечения эндометриоза является хирургический - лапароскопия. В настоящее время считается, что лапароскопия должна предшествовать гормональной терапии.

С целью изучения особенностей клинического течения перитонеального эндометриоза у пациенток с бесплодием проведен анализ результатов обследования 193 пациенток репродуктивного возраста с перитонеальным эндометриозом I-IV стадии и бесплодием по классификации r-AFS (1985), проходивших обследование и лечение в ЦРЧ РНИИАП с 2000 по 2004 гг.

У 47 (24,4%) пациенток обнаружен эндометриоз I стадии, у 40 (20,7%) – II стадии, у 45 (23,3%) – III, у 47 (24,4%) – IV стадии. Средний возраст больных составлял 28,5±0,8 года. С увеличением возраста пациенток отмечено прогрессирование эндометриоза и возрастание до 34,3% случаев дисменореи. Тазовые боли имели место у 42 (21,8%) пациенток и чаще встречались у женщин с I стадией заболевания.

Основным клиническим симптомом при перитонеальном эндометриозе является бесплодие, которым страдали 86% пациенток с I стадией заболевания, 97% со II стадией, 99% с III и 96% с IV стадией. Длительность бесплодия была от 5,5 до 8,6 лет. При этом первичное бесплодие имело место у 119 (61,7%) пациенток, тогда как вторичное бесплодие было обнаружено у 38,3% (74) обследуемых.

У большинства пациенток менструальный цикл не был нарушен, хотя 12,4% (24) больных имели гипоменструальный синдром, 10,8% отмечали укорочение менструального цикла и скудные менструации, недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла имела место у 26 (13,5%) пациенток, ановуляторные циклы были обнаружены у 25 пациенток, что составило 12,9%. Гипофункция яичников была обнаружена у 51 (26,4%) пациентки.

У 17,6% больных, страдающих вторичным бесплодием, были в анамнезе роды, 20,7% женщин перенесли медицинские, а 11,3% самопроизвольные аборты.

У 93,8% (181) обследованных в анамнезе имелся воспалительный процесс и ИППП. Так, трихомонадная инфекция была обнаружена у 20,2% (39) пациенток, хламидиоз – у 15,5% (30), бактериальный вагиноз у 13,5% (26), гонорея у 4,7% (9), уреамикоплазмоз у 35,3% (68) обследованных.

При кольпоскопии фоновые процессы на шейке матки были обнаружены у 77,7% пациенток, тогда как изменения диспластического характера имели место в 42,6% случаев.

У 13,5% обследованных ранее проводилась гистеросальпингография. В 2,6% случаев были обнаружены гидросальпинксы. У 10,4% пациенток маточные трубы были ограничено проходимы.

При ультразвуковом исследовании, проведенном перед лапароскопией у 156 обследованных, кисты яичников были обнаружены в 25% (39) случаев, доминантные фолликулы визуализировались в 31% (61). Толщина эндометрия до 15 мм была обнаружена в 54,4% (105) случаев, 15-18 мм – у 6,2% обследованных, больше 18 мм у 1,6% (3) больных.

Содержание гонадотропных гормонов гипофиза (ЛГ, ФСГ, ТТГ) и яичниковых стероидов (эстрадиола, прогестерона, тестостерона) в сыворотке крови на 5-7 день менструального цикла не выходило за рамки возрастной нормы. Концентрация ФСГ у больных с эндометриозом составила 6,4±0,1 мМЕ/мл, секреция ЛГ 7,3±0,6мМЕ/мл, уровень пролактина 462,4±56,7 мМЕ/мл, содержание эстрадиола – 0,3±0,02 нмоль/л, прогестерона – 11,5±0,4 нмоль/л, тестостерона 1,5±0,3 нмоль/л, Т3 – 1,75±0,25 нмоль/л, Т4 – 94,9±15,6 нмоль/л, ТТГ – 2,0±0,4 мед/л.

При анализе репродуктивной функции было обнаружено, что в анамнезе без эффекта стимуляция овуляции была проведена у 20 (10,4%) пациенток, в том числе 2 процедуры ЭКО (7 и 3 попытки). У 10 (5,8%) больных неэффективно применялись искусственная инсеминация спермой мужа или донора, а так же ИКСИ.

При анализе экстрагенитальной патологии было обнаружено, что заболевания желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы имели место в 4,7% и 6,2% соответственно, а патология щитовидной железы была выявлена в 4,1% (8) случаев.

23 пациентки, что составило 11,9% перенесли в прошлом (в течение 5-7лет) оперативные вмешательства. Показаниями для оперативного лечения в 8,7% случаев была внематочная беременность, склерополикистоз яичников в 13%, кисты яичников – 34,7%, опухоли придатков матки – 8,7%, миома матки -13%. Пластика маточных труб и сальпингоовариолизис проводился у 21,7% пациенток. Пункционную склеротерапию кист яичников перенесли 13% обследованных. В настоящее время перитонеальный эндометриоз развился у 11 (47,8%) пациенток, а эндометриоидные кисты были обнаружены у 12 (52,2%) обследованных.

В ходе лапароскопии спаечный процесс I степени диагностирован у 29(15%) пациенток, II степени – у 32 (16,6%) больных, III степени –26(13,5%) обследованных, IV степени-11(5,7%) женщин. Причем, спаечный процесс был обнаружен у 14,2% пациенток с I стадией эндометриоза, 29,3%- со II стадией НГЭ, 64,7% - с III стадией, 78,6% с IV мтадией процесса.

Больным выполнены следующие лапароскопические оперативные вмешательства-биопсия брюшины и вапоризация очагов эндометриоза у 68,9% пациенток, удаления кист яичников с вапо-

ризацией капсул у 41,5% больных, адгезиолизис у 39,3%, консервативная миомэктомия у 13% женщин, биопсия яичников у 23,3% обследованных, резекция яичников произведена у 7,3% пациенток, фимбриопластика выполнена 6,2% больным. У 20,7% пациенток лапароскопия сочеталась с гистероскопией, а в 14% случаях сопровождалась выскабливанием стенок полости матки. Гиперпластический процесс эндометрия гистологически подтвержден в 12,4% случаев.

У 17,1% пациенток выявлен эндометриоз яичников, причем поражение правого яичника отмечено у 10,4% обследованных, а левого 6,7% случаев. Эндометриомы выявлены в 33,2% случаев, при этом правый яичник был поражен в 15,5% случаев, а левый в 17,6%

У 132 (68,4%) больных обнаружен эндометриоз брюшины малого таза - широких связок матки (6,2%) брюшины прямокишечно-маточного (16,3%) и пузырно-маточного углублений (6,2%), крестцово-маточных связок (15,8%). У 94 (48,7%) больной эндометриозом яичников имело место поражение окружающей брюшины. Во всех клинических наблюдениях диагноз был верифицирован результатами гистологического исследования макропрепаратов, удаленных во время лапароскопии.

Проведенное исследование позволило обнаружить, что большинство пациенток с перитонеальным эндометриозом и бесплодием имело отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, связанный с перенесенными ранее родами, медицинскими или самоабортами и/или оперативными вмешательствами, которые создали неблагоприятный фон для развития данного процесса. У обследованных больных была выявлена высокая частота перенесенных воспалительных заболеваний (в том числе ИППП). В 26,4% случаев имела место гипофункция яичников. Ранее проводимая противовоспалительная и гормональная терапия, в том числе стимуляция овуляции, у большинства больных не имела эффекта, что и привело к необходимости проведения лапароскопии для уточнения диагноза и проведения дальнейшего лечения.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ ФИЗИОПРОЦЕДУР

Жаркин Н.А. (Волгоград)

Физиотерапия традиционно имеет большую популярность среди практических врачей. В тоже время, подробно и обоснованно методика проведения влагалищных процедур не описана в специальной литературе. Имеются отдельные указания на подведение рабочей части физиотерапевтического прибора (электрофорез, электростимуляция и др.) или излучающей головки (лазер, ультразвук и др.) к слизистой шейки матки или в задний влагалищный свод (В.М.Стругацкий, 1981). Однако в начале 21-го века стало очевидным, что влагалищные методики воздействия преформированными факторами обладают относительно низким лечебным эффектом в противовес влагалищным бальнеопроцедурам, вызывающим значительно более выраженный общий и местный ответ организма.

Механизм лечебного действия влагалищных физиопроцедур с помощью преформированных факторов основывается в первую очередь на рефлекторном ответе организма, реализуемый нейрогуморальным путем (А.Н.Обросов, 1965, С.В.Вдовин, 1980 и др.). Рефлекторный ответ организма зависит от морфофункциональных особенностей зоны воздействия – мощности рецепторного поля, характера кровоснабжения и некоторых индивидуальных особенностей организма пациентки.

Первенство в разработке методики проведения вагинальных физиопроцедур преформированными факторами принадлежит В.М.Стругацкому (1981) и А.Ф.Жаркину (1983). Большое распространение получил метод битемпорально-шеечной электростимуляции, предложенный С.Н.Давыдовым (1982) в лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, нейроэндокринных синдромах, сопровождающихся недостаточностью функции яичников или нарушением ее регуляции на центральном уровне. Методика предусматривает воздействие переменным электрическим током на слизистую шейки матки с одновременным подведением монополярного импульсного тока к коже височных областей головы. В большинстве методик предлагается подведение источника физического фактора в задний свод влагалища, и только в отдельных случаях предлагается вводить рабочий элемент прибора в боковые своды влагалища (полостная индуктотермия). В специальной литературе последних лет также нет четкого обоснования - на какие зоны слизистой влагалища и шейки матки необходимо воздействовать при проведении вагинальных физиопроцедур, особенно с использованием квантовых методов.

В связи с этим целью нашей работы явилось обоснование и усовершенствование проведения методики вагинальных физиопроцедур с учетом морфофункциональных особенностей зон, окружающих шейку матки.

Известны особенности кровоснабжения шейки матки, расположение основных сосудов, обеспечивающих трофику мышечных слоев и слизистой влагалищной части. Они проходят по боковым сторонам шейки под слизистой, спускаясь от основного ствола маточной артерии к области наружного зева. К боковым поверхностям шейки матки подходят кардинальные связки, также имеющие богатое рецепторное поле. Более того, в проекции влагалищных сводов ствол маточной артерии делает поворот, выходя из под мочеточника и поднимаясь вверх по ребру матки, создавая своеобразную дугу, выгнутую в сторону свода. Известно, что сосудистые пучки отличаются значительным скоплением нервных чувствительных и двигательных рецепторов, способствующих формированию сосудисто-рефлекторных зон. В связи с этим боковые влагалищные своды представляют собой зону с интенсивным кровообращением и богатой иннервацией, являющейся идеальной для рефлекторного воздействия преформированными факторами. Задний влагалищный свод, напротив, имеет бедное кровоснабжение, состоящее преимущественно из мелких терминальных сосудов, питающих параметральную клетчатку маточно-прямокишечного пространства. В толще крестцово-маточных связок, фиксирующихся к задней стенке матки на уровне внутреннего зева проходит артериальный сосуд небольшого диаметра, значительно уступающий по размерам магистральным сосудам боковых влагалищных сводов.

Таким образом, наиболее чувствительными и активными в плане возбуждения рефлекторного ответа представляют собой боковые влагалищные своды и боковые поверхности влагалищной части шейки матки.

Подтверждением этому заключению является информация о существовании акупунктурных точек во влагалище, открытых J.Hubertus (1985) и расположенных точно в сагиттальной плоскости боковых сводов влагалища. По мнению автора, эти точки представляют собой тригерные зоны, объединяющие первичные акупунктурные каналы желудка, селезенки-поджелудочной железы и переднесрединный, имеющие свойство контролировать функцию репродуктивной системы. Две другие пары точек располагаются в ямке между мышцами, поднимающими задний проход и глубокой поперечной мышцей промежности, относящиеся к каналам печени и желчного пузыря. Таким образом, воздействие преформированными факторами на боковые своды влагалища позволяют говорить о вагинальной рефлексотерапии с одной стороны, и о воздействии на крупные артериальные стволы маточной артерии с другой, что в случае лазерного излучения соответствует внутрисосудистому облучению крови.

Нами методика вагинальной лазеропунктуры путем воздействия на боковые своды влагалища лазерного излучения сфокусированным инфракрасным пучком применена у более чем 600 больных с различными острыми и хроническими гинекологическими заболеваниями: при гнойных воспалительных опухолях придатков матки в пред- и послеоперационном периоде, в послеоперационном периоде в качестве восстановительной терапии при перитонеальном бесплодии, у больных с эндометриозом для профилактики и лечения рецидивов заболевания, для профилактики рецидивов гиперплазии эндометрия у больных репродуктивного возраста. Эффективность лечения составила от 54% в случае восстановления репродуктивной функции у больных с перитонеальной формой бесплодия до 97% при эндометриозе. Отмечена хорошая переносимость процедур и

отсутствие побочных эффектов, а также значительное сокращение медикаментозной нагрузки, что позволяет рекомендовать данную методику для больных с лекарственной аллергией. Учет данных особенностей проведения вагинальных физиопроцедур позволит существенно повысить эффективность лечения и способствовать сокращению сроков лечения.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Загородняя Э.Д., Лига В.Ф., Хавень Т.В., Баркан Т.М., Трефелова Н.В. (Чита)

Внематочная беременность является важной проблемой в акушерстве и гинекологии. Обусловлено это не только непосредственной опасностью для жизни больной, связанной с массивным внутренним кровотечением, но и неблагоприятными отдаленными последствиями: образованием спаечного процесса в малом тазу, повторной внематочной беременностью, вторичным бесплодием.

За последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты данной патологии, связанной, прежде всего, с ростом воспалительных процессов внутренних половых органов, увеличением частоты хирургических вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регулирования репродуктивной функции, абортами, ВМК.

Бесплодие – самая частая проблема, с которой приходится сталкиваться пациенткам, перенесшим операцию по поводу внематочной беременности, в связи с чем реабилитация репродуктивной функции остается актуальной проблемой.

Восстановление репродуктивной функции после трубной беременности зависит от многих факторов: вида и объема оперативного вмешательства, ликвидации последствий психической и операционной травмы, исчезновения морфофункциональных изменений маточных труб, восстановления нормальных взаимоотношений между сосудистой, нервной, эндокринной и другими системами.

Нами проанализирован процесс реабилитации у 120 женщин после внематочной беременности. Возраст оперированных больных: до 19 лет – 1,6%; 20-29 лет – 69,2%; 30-39 лет – 25,8%; 40 лет и старше – 3,3%. Хронические воспалительные процессы придатков матки отмечались в 26,8%, эндометриоз - в 7,3%, миома матки – в 4,8% случаев. Искусственное прерывание беременности, выкидыши создают благоприятные условия для наступления трубной беременности, вызывая не только морфофункциональные изменения в оставшейся трубе, но и влияя на эндокринную регуляцию репродуктивной системы. Повторная внематочная беременность наблюдалась в 12,1% (9,7% - в оставшейся трубе, в 2,4% - в оставшейся культе трубы).

Бесплодие от 1 до 10 лет отмечали 58,1% женщин, из них лапароскопическое лечение проводилось в 9,7%. Нарушения менструальной функции было у 37% больных.

Локализация внематочной беременности: трубная – в 95% (в правой трубе – в 53,6%; в левой – в 41,4%), яичниковая – в 2,4%; брюшная – в 1,3%; в рудиментарном роге – в 1,3%.

По направлению врача женской консультации госпитализировано 68% больных, гинеколога диагностического центра – 12%, доставлены бригадой «скорой помощи» – 9,7%; самообращение и из ЦРБ – по 4,8%. При первичном обращении больных с внематочной беременности соответствующий диагноз был выставлен в 56% случаев, ошибочный – в 44% (воспаление придатков – в 21,9%;. самопроизвольный выкидыш – в 7,3%; острый живот, опухоль яичника и дисфункциональное маточное кровотечение – по 4,8%.). В диагностике внематочной беременности в настоящее время широко используется УЗИ. В обследуемой группе при УЗИ диагноз внематочной беременности без вопроса был установлен в 31,7%. Подозрение на данную патологию было высказано также в 31,7% случаев на основании отсутствия эмбриона в матке при положительном содержании ХГЧ, наличия жидкости в брюшной полости, наличия образования в области придатков в сочетании со свободной жидкостью в тазу. Диагностическая пункция брюшной полости через задний свод проводилась в 19,5% случаях: положительный результат – в 17%, отрицательный - в 2,5%. Прерывание беременности по типу трубного выкидыша наблюдалось у 70,7% больных, по типу разрыва трубы – у 17%, прогрессирующая беременность в трубе обнаружена в 7,3%, прервавшаяся яичниковая беременность – в 2,4%, брюшная и в рудиментарном роге – по 1,2%. Оперативное лечение внематочной беременности проведено в день поступления больной в стационар (до 6 часов) – в 56,1%; в первые сутки (до 24 часов) – в 31,7%; на вторые сутки (до 48 часов) – в 9,7%; свыше 2 суток – в 2,5% случаев.

У больных, перенесших операцию по поводу внематочной беременности, особое значение имеет реабилитация, которая в соответствии с рекомендациями ВОЗ подразделяется на 3 последовательных этапа: восстановительное лечение, реадаптация и непосредственно реабилитация. На этапе восстановительного лечения и реадаптации проводились мероприятия, направленные на устранение патологического процесса и профилактику его возможных осложнений. В послеоперационном периоде каждой больной назначали индивидуальный план комплексного лечения: повышение защитных сил организма, стимуляцию гемопоэза, усиление анаболических процессов, курс физиотерапии.

С целью восстановления репродуктивной функции физиолечение проводили в первые 12 часов после операции, так как в эти сроки начинают формироваться фиброзно-спаечные изменения в малом тазу: 1) низкоинтенсивное лазерное излучение, обусловливающее интенсификацию структурно-метаболических процессов, получали 36,6% больных; 2) импульсное электростатическое поле низкой частоты, уменьшающее локальную болезненность, а также регулирующее гормональные нарушения – 32,2%; 3) ультратонотерапия применялась в 12,4%.; 4) экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, ГБО, УФОК и ВЛОК) – 12,4%.

Дальнейшая реабилитация проводилась в 2 областных больницах восстановительного лечения и в 2 городских реабилитационных центрах. В ОБВЛ № 2 за последние 3 года находилось на реабилитации 120 женщин, перенесших операцию по поводу внематочной беременности. На раннюю реабилитацию сразу после выписки из стационара поступило 25% больных, на позднюю –75% (через 2-3 месяца после операции – 19,2%; через 6 месяцев – 15%; через 1 год – 8,3%; более года – 32,5%.)

При поступлении часть пациенток имела достаточный объем исследований: УЗИ, гормональный фон, обследование на ИППП, результат проходимости маточных труб (эхогистеросальпингоскопию, метросальпингографию). При неполном обследовании поступивших необходимые исследования проводились в ОБВЛ № 2. Из числа пациенток, поступивших на позднюю реабилитацию, 20% уже имели по 2 и более курсов проведенных ранее реабилитационных мероприятий. Из них у 45,8% при проведении обследования на проходимость труб получен положительный результат.

За период диспансерного наблюдения проводилось 2-4 курса восстановительного лечения и они включали: медикаментозную терапию, направленную на повышение эластичности спаечных структур; витаминотерапию; повышение иммунитета; лечение сопутствующих заболеваний. В реабилитация использовались элементы психотерапии и по показаниям – седативные препараты. Основу реабилитации составляет богатый арсенал физиотерапевтического воздействия, грязелечение, пеллоидотерапия, водолечение, гинекологический массаж, вибромассаж, ЛФК. Из методов физиотерапии применяли ультразвук в импульсном режиме, фонофорез, различные методики магнитотерапии. Грязелечение проводилось в виде грязевых аппликаций и гальваногрязетерапии.

Не проводились гидротубации в связи с тем, что в последние годы появились неоспоримые данные в работах отечественных и зарубежных авторов о возможности развития необратимых нарушений функции маточной трубы после гидротубации вследствие гибели выстилающего ее реснитчатого эпителия, истончения стенки и атрофии нервных волокон и рецепторов. По показаниям использовалось внутриэндометриальное введение антибиотиков и лидазы.

Таким образом, для решения актуальной проблемы реабилитации женщин после внематочной беременности необходима плано-

мерная совместная работа и преемственность врачей женских консультаций, гинекологических стационаров и раебилитационного блока.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Загородняя Э.Д., Хавень Т.В., Лига В.Ф., Анохова Л.И., Резанович В.С. (Чита)

Резкое снижение эстрогенного фона, наступающего после хирургического удаления яичников в результате гинекологических операций - постовариоэктомический синдром (ПОЭС), занимает особое место среди эстрогендефицитных состояний.

Особенностью ПОЭС в молодом возрасте является доминирование вегетососудистых нарушений, протекающих чаще по типу гипотонии, чем гипертонии, обусловленной гипофункцией надпочечников, как одной из проявлений полигландулярной эндокринопатии.

Другая, не менее важная особенность ПОЭС – частое появление эмоционально-психических нарушений с развитием астено-невротического и депрессивного синдрома, особенно у женщин репродуктивного возраста, тяжело воспринимающих удаление детородного органа.

Не менее важным, чем эстрогендефицитное состояние, является полное прекращение выработки яичниковых андрогенов, обладающих анаболическим эффектом и способных поддерживать трофические процессы на периферии.

Нами проведен анализ течения ПОЭС у 36 пациенток, получавших ЗГТ. Контрольную группу составили 20 женщин после экстирпации матки без назначения ЗГТ. В основном это были пациентки терапевта, эндокринолога, невролога и только 6 женщин обратились к гинекологу по направлению эндокринолога, но по разным причинам назначенную ЗГТ не принимали.

В течение первых 3 месяцев после операции у 14 женщин (70%) преобладали нейровегетативные расстройства, только у 3 (15%) – незначительные психоэмоциональные нарушения. Через 5-6 месяцев почти у половины (45%) наблюдались психоэмоциональные и даже депрессивные (25%) симптомы. Эндокринно-метаболические изменения отмечались в равном количестве с нейровегетативными (по 20%). К концу первого года ведущими были эндокринно-метаболические, а среди них – урогенитальные расстройства, соответственно 55% и 25%, у 2 женщин старше 50 лет появились ранние признаки постменопаузального остеопороза.

В обследуемой группе женщин (36 человек), находившихся под наблюдением гинеколога областного диагностического центра, показаниями для оперативного вмешательства в объеме пангистерэктомии были миома матки, эндометриоз, доброкачественные опухоли и кисты яичников в разных сочетаниях: миома матки в сочетании с эндометриозом матки и яичников – (17); наружный и внутренний эндометриоз – (10); эндометрит и тубоовариальные гнойные опухоли – (5); сочетание миомы матки с кистами желтого тела яичников у женщин старше 50 лет – (4).

Возраст оперированных больных был от 36 до 53 лет: у 15 – до 45 лет, у 21 – от 46 до 53. Легкая степень ПОЭС наблюдалась у 24 женщин с ММИ 28 баллов и ЛГ/ФСГ – 0,68; средняя степень тяжести ПОЭС была у 9 пациенток с 55 баллами и ЛГ/ФСГ – 0,5. Наиболее тяжело протекал ПОЭС у больных после пангистерэктомии при эндометриодных кистах яичников (3) и тубоовариальных гнойных опухолях (2). Обследование проводилось в первые 3-4 месяца после операции, через 6 месяцев и 1-1,5 года. В первые 3 месяца нейровегетативные расстройства были ведущими в симптоматике ПОЭС у 27 женщин (75%), психоэмоциональные – у 7 (19,4%), эндокринно-метаболические – у 2 (5,5%).

Из анамнеза установлено, что признаки ПОЭС появлялись уже через 2-3 недели после операции: преходящая гипертензия, повышение температуры без наличия воспалительного процесса. У этих же больных в дальнейшем развивалась гипотония, вялость, апатия, которые расценены и подтверждены лабораторно, как проявления резкого одномоментного снижения андрогенов яичникового генеза, а также кратковременной надпочечниковой недостаточности (Катхурия Ю.Б. и соавт., 2002). В дальнейшем, в течение первых 3-4 месяцев у большинства женщин преобладали нейровегетативные симптомы, а у части пациенток в возрасте до 45 лет наблюдались психоэмоциональные нарушения (депрессия, нервозность) в связи с потерей не только матки, но и придатков.

Лечение ПОЭС проводилось комплексно и индивидуально, с учетом клинических проявлений синдрома, объективного состояния и лабораторных данных. В комплексную терапию входили диета, режим труда и отдыха, немедикаментозное, медикаментозное и физиолечение. Что же касается гормональной терапии, то в последние годы разработаны наиболее оптимальные режимы приема и типы гормональных препаратов.

Перед назначением гормональной терапии проводилось обследование: изучение анамнеза и результата гистологического заключения после проведенной операции, УЗИ или/и маммография молочных желез, измерение АД, коагулограмма, у части больных исследовался уровень холестерина и сахара. Учитывались все противопоказания к назначению гормональной терапии.

Чаще других препаратов применяли ригевидон или трирегол. В данной группе учитывались не только особенности препарата, но и материальная возможность его приобретения в связи с длительностью лечения.

Высокой эффективностью, особенно у женщин в возрасте до 45 лет, отличался климонорм. В основном, в этой группе были больные со средней и тяжелой степенями заболевания (в среднем ММИ составил 55 баллов). Через 3 месяца лечения в большинстве случаев основные симптомы ПОЭС исчезали, у части больных отмечались только единичные жалобы, а через 6 месяцев и 1 год женщины были практически здоровы (у всех ММИ был < 12 баллов).

Ливиал назначали 6 больным с многочисленными симптомами: депрессия, урогенитальные расстройства, снижение либидо, начинающиеся признаки остеопороза, массой нейро-вегетативных расстройств. Этот препарат содержит эстрогены, гестагены, андрогены. Вероятно, в связи с резким падением содержания андрогенов яичникового генеза при ПОЭС, ливиал наиболее эффективно нивелирует симптоматику гипоандрогении. Согласно инструкции к препарату, эффект от применения ливиала отмечается только при длительном его использовании, но в группе наблюдаемых женщин положительный результат был получен уже в первые 3 месяца лечения, а через 6 месяцев признаки ПОЭС практически полностью исчезли во всех случаях.

Применение одного климена не вызывало выраженного положительного эффекта, хотя необходимо отметить, что назначался он больным со средне-тяжелой степенью ПОЭС. Более результативным было назначение климена в сочетании с утрожестаном. Эти препараты принимали женщины с тяжелым течением ПОЭС, выраженными атрофическими изменениями гениталий и симптомами урогенитальных расстройств. Уже через 1-3 месяца у части больных большинство симптомов исчезло, через 6 месяцев ни одна из 6 пациенток не предъявляла первоначальных жалоб.

Овестин назначался местно при урогенитальных расстройствах, атрофических изменениях во влагалище, диспареунии. Во всех случаях с первых же недель лечения получен положительный результат.

Таким образом, ЗГТ показана всем женщинам после удаления придатков, что предотвратит развитие не только ПОЭС, но также и осложнения эстрогендефицитных состояний, таких как остеопороз и сердечно-сосудистые заболевания, которые развиваются позже. Выбор препарата проводится целенаправленно в зависимости от ведущих симптомов заболевания, общего состояния больной и сопутствующей патологии.

КОНЦЕПЦИЯ ANTIAGEING–ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ

Звычайный М.А., Воронцова А.В., Енотова Е.М., Антропова М.Ц., Митяшина А.М.
(Екатеринбург)

Борьба за долголетие всегда была одной из актуальных научных проблем. Замедлить старость и продлить творческую жизнь пытались уже древнегреческие ученые. Медицина “атистарения” - одно из современных медицинских направлений, основной задачей которого является ранняя диагностика, профилактика и лечение заболеваний и состояний, связанных со старением. При этом необходимо не только увеличивать число проживаемых лет, но и обеспечивать лучшее качество жизни. Хотя в литературе и представлены многочисленные сведения о возможном геропротекторном эффекте ряда терапевтических мероприятий, тем не менее, до настоящего времени не определены оптимальные методы терапии и профилактики преждевременного старения женского организма, развивающегося при дефиците половых стероидов.

Какие же основные направления должна сочетать в себе antiageing–терапия у женщин с дефицитом половых стероидов? С нашей точки зрения это – прежде всего, восстановление гормонального баланса, а также рациональное питание, восполнение витаминов, макро- и микроэлементов, адекватная физическая нагрузка, устранение стрессовых ситуаций и при необходимости - пластическая хирургия.

Исходя из патогенетических механизмов преждевременного старения женского организма в целом и ранней и (или) ускоренной инволюции его отдельных систем при дефиците половых стероидов с учетом регулирующей роли репродуктивной системы нами были сформулированы основополагающие принципы его патогенетической терапии и профилактики. При индивидуальном подходе и дифференцированном подборе, гарантируя отсутствие осложнений и минимальную частоту побочных действий, терапия и профилактика преждевременного старения организма у женщин при дефиците половых стероидов должна: во-первых, восстанавливать и поддерживать на возрастном уровне гормональный гомеостаз, нормализовывать клинико-функциональное состояние репродуктивной системы и оказывать полноценную профилактику ее ранней и/или ускоренной инволюции, при этом обязательно предупреждая как прогрессирование, так и возникновение гиперпластических процессов яичников, эндо- и миометрия; во-вторых, предупреждать развитие ранних и (или) ускоренных инволюционно-дегенеративных изменений в органах и системах женского организма, особенно, являющихся мишенями для половых стероидов и, по возможности, корригировать уже имеющиеся отклонения в их состоянии; в-третьих, быстро и эффективно купировать нейро-вегетативные, обменно-эндокринные и психо-эмоциональные проявления дефицита половых стероидов, нормализовывать общее состояние и восстанавливать качество жизни пациенток; в-четверых, проявлять антиоксидантное действие, регулируя процессы свободно-радикального окисления липидов в организме и оказывая профилактику развития оксидативного стресса гипоэстрогенного генеза; в-пятых, обладать геропрофилактическим эффектом, стабилизируя процессы старения и предупреждая возникновение синдрома преждевременного старения женского организма; и, в-шестых, оказывать благоприятное влияние на внешний вид пациентки, обеспечивая косметический эффект: улучшать состояние кожи и ее придатков, предупреждать появление морщин и избыточный вес, тем самым способствуя сохранению женственности, моложавости и внешней привлекательности.

Как ни странно, но для многих женщин именно стремление к сохранению женственности, моложавости, желание улучшить состояние кожи, предупредить появление морщин и сохранить стабильный вес нередко является толчком для начала заместительной гормональной терапии. Безусловно, современная гормонозаместительная терапия является методом выбора в коррекции и профилактике проявлений дефицита половых стероидов и его осложнений у женщин. Но, как и всякий метод, она имеет свои преимущества и недостатки, знание которых, а также индивидуальный подход в работе с каждой пациенткой, необходимые для правильного назначения и контроля за проведением гормональной коррекции, гарантируют ее эффективность и безопасность. Принимая во внимание индивидуальность и неповторимость любого организма, при назначении заместительной гормональной терапии основной проблемой остается выбор наиболее оптимального по составу, дозировке, фармакокинетике и фармакодинамике гормонального препарата в каждом конкретном случае для обеспечения наиболее выраженного клинического эффекта при максимальной безопасности.

Еще в 1975 г. был разработан и выпущен на рынок препарат Эстрожель – гидро-алкогольный гель, содержащий натуральный 17β-эстрадиол. Отсутствие выраженного метаболизма геля Эстрожель при “первом прохождении” через печень и тонкий кишечник, возможность использования более низких доз эстрадиола, снижение вероятности взаимодействия с другими препаратами, уменьшение колебаний эстрадиола в крови в течении суток благодаря постоянному всасыванию его через кожу и возможность быстрого прекращения лечения, создает дополнительные преимущества у женщин, имеющих патологию печени и поджелудочной железы, нарушенную всасываемость в желудочно-кишечном тракте, повышенный риск образования камней в желчных путях, мигренозные головные боли, никотиновую зависимость и т.д. Кроме того, при аппликации Эстрожеля нет необходимости в точном измерении площади нанесения геля для получения оптимальной биодоступности, что облегчает использование препарата. В течение последних лет на российском фармацевтическом рынке был представлен новый гормональные препарат для коррекции симптомов дефицита половых стероидов у женщин в постменопаузе, содержащий комбинацию эстрадиола гемигидрата и норэтистерона ацетата – Паузогест. Одним из существенных преимуществ данного препарата, кроме того, что в качестве гестагенного компонента он содержит один из самых сильных прогестагенов (что необходимо при заместительной гормонотерапии у женщин с гиперпластическими процессами эндо- и миометрия в анамнезе), является его экономическая доступность для широкого круга российских женщин пенсионного возраста.

Учитывая эти особенности вышеуказанных препаратов заместительной гормональной терапии (Эстрожеля и Паузогеста) нам представилось целесообразным выяснить возможности их использования в программе antiageing-терапии у женщин с дефицитом половых стероидов

На базе кафедры акушерства и гинекологии лечебно - профилактического факультета УГМА и АКО Городского эндокринологического центра г.Екатеринбурга в течение 6 месяцев проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование и динамическое наблюдение 38 женщин 45-49 лет с хирургической менопаузой, ранее перенесших гистерэктомию в связи с осложненным течением фибромиомы и 38 женщин в постменопаузе, имеющих клинически выраженные проявления дефицита половых стероидов. Из всех обследованных, 23 пациентки - получали заместительную гормонотерапию трансдермальным гелем Эстрожель в виде аппликатора, 22 - принимали Паузогест, а у 31 больной - лечения не проводилось в связи с их отрицательным отношением к гормонотерапии, и они составили группу сравнения. Всем пациенткам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включавшее общепринятые и специальные методы исследования

На основании полученных в ходе нашего исследования данных можно сделать заключение, что при индивидуальном подходе и дифференцированном подборе (с обязательным учетом особенностей клинического профиля препаратов) применение Эстрожеля и Паузогеста в программе antiageing-терапии у женщин с дефицитом половых стероидов при отсутствии осложнений и минимальной частоте побочных действий позволяет достичь оптимальных результатов.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Игнатченко О.Ю., Озолиня Л.А., Финковская А.В., Патрушев Л.И., Коваленко Т.Ф. (Москва)

В России за последние 10 лет XX века прирост показателей заболеваемости раком эндометрия (РЭ) составил 28%. При РЭ более чем в 50% случаев наблюдается инактивация антионкогена PTEN, что по данным литературы, является ключевой стадией малигнизации, при отсутствии еще клинических признаков заболевания.

Целью нашего исследования явилось выявление и изучение роли показателя нестабильности микросателлитов локуса D17S807 и мутационных повреждений в промоторной области антионкогена PTEN при атипической гиперплазии и раке эндометрия.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациенток: 30 - раком эндометрия, 30 – гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ), 20 больных составили контрольную группу (ткань эндометрия забиралась во время искусственного аборта).

Наличие нестабильности микросателлитов в области исследуемого локуса выражалось в появлении новых или исчезновении исходных (по сравнению с образцами крови), амплифицируемых фрагментов ДНК. Исследуемый микросателлитный локус представляет собой динуклеотидный повтор цитозин – аденин, локализованный на 17 хромосоме.

Аналогичным образом, с помощью реакции ПЦР и электрофореза в агарозном геле,, исследовался локус антионкогена PTEN.

В качестве основного исследуемого материала использовали соскоб из полости матки или ткань эндометрия, полученную во время оперативного вмешательства. контролем служили образцы крови у соответствующих больных.

Результаты. При изучении нестабильности микросателлитов у больных РЭ, она была выявлена в 43% наблюдений, что почти вдвое превышало таковую при гиперпластических процессах эндометрия, которая составила 23%.

При изучении мутации в гене PTEN у больных РЭ последняя выявлена в 57% наблюдений, у больных с ГПЭ - в 40%. В контрольной группе ни в одном случае изучаемые генетические изменения выявлены не были.

Отягощенная онкологическая наследственность выявлена при наличии мутаций у 20% больных РЭ, и у 13% пациенток с ГПЭ.

Большинство исследуемых случаев относилось к I стадии заболевания. Нестабильность микросателлитов в локусе D17S807 и мутации в промоторной зоне антионкогена PTEN чаще обнаруживались при начальных Ia и Ib стадиях РЭ.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что частота выявления нестабильности микросателлитов в исследуемом локусе уменьшается по мере снижения дифференцировки опухоли с 54% при высокодифференцированных аденокарциномах до 15% в случаях низкодифференцированного рака.

По нашим данным, показатель нестабильности микросателлитов коррелировал также как с глубиной инвазии в миометрий, так и с распространением процесса на шейку матки.

Как показало наше исследование, мутации достоверно чаще обнаруживались при ГПЭ, в отличие от полипов эндометрия. На основании этого можно сделать вывод об относительной автономности полипов и в процессе канцерогенеза.

Выводы.

1) Выявление нестабильности микросателлитного локуса D17S807 и мутации в гене PTEN в большей степени свойственно больным РЭ, чем ГПЭ.

2) Нестабильность микросателлитов в локусе D17S807 и мутация в гене PTEN чаще всего наблюдаются при высокодифференцированных аденокарциномах эндометрия, характеризующихся меньшим объемом распространения опухоли, менее глубокой инвазией и более благоприятным прогнозом.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ

Игнатьева И.Ю., Константинова О.Д., Смолягин А.И. (Оренбург)

В эксперименте и клинике было доказано, что воздействие различных химических соединений приводит к нарушению репродуктивного здоровья и проявляется расстройством овариально-менструального цикла, гормонального баланса, а также присоединением сопутствующих воспалительных заболеваний женских половых органов (Сетко Н.П. и соавт., 2004). Оренбург относится к крупным промышленным центрам с преобладанием газовой и нефтехимической промышленности. На протяжении более 30 лет наблюдается превышение ПДК различных химических загрязнителей, особенно сернистых соединений, неблагоприятно влияющих на здоровье населения (Боев В.М. и др. 2002). В Оренбургской области распространено нарушение функции щитовидной железы из-за пониженного содержания йода и дисбаланса микроэлементов в окружающей среде (Утенина В.В., Валданова М.В., 2000).

С целью оптимизации диагностики и лечения бесплодия у 300 женщин, проживающих в промышленном центре, проведен анализ клинико-лабораторных параметров. Возраст обследованных составил 20 - 39 лет, длительность бесплодия от 1,5 до 7 лет.

С помощью гормонального скрининга, гистеросальпингографии, лапаро-гистероскопии, бактериологического и иммунологического методов исследования выделены у 47% (1 группа) эндокринные, у 11% (2 группа) трубно-перитонеальные, у 42% (3 группа) смешанные формы бесплодия. При этом первичное и вторичное бесплодие выявлялось с одинаковой частотой.

У женщин 2 и 3 групп были диагностированы: хронический сальпингоофорит (38%), спаечный процесс малого таза (26%), хронический метроэндометрит (8%). При микробиологическом исследовании отделяемого влагалища и цервикального канала у 41% выявили трихомонады, у 35% хламидии, у 21% уреоплазмы, у 4% микоплазмы. Инфекции, передающиеся половым путем, не были обнаружены только у 14% пациенток с трубно-перитонеальными и смешанными формами бесплодия.

Наиболее часто у больных обнаруживались такие гинекологические заболевания как: поликистоз яичников (29%), гипоплазия матки (30%), аденомиоз (18%), наружний генитальный эндометриоз (13%), миома матки (10%).

Оценивая гормональный статус у пациенток с эндокринными и смешанными формами бесплодия, было выявлено у 13% гиперпролактинемия, у 18% увеличение уровня фолликулостимулирующего гормона, у 15% - лютеинезирующего гормона, у 35% повышение 17-оксипрогестерона.

При исследовании иммунного статуса у пациенток с эндокринными формами бесплодия (по сравнению со здоровыми), отмечалось увеличение количества суммарных лимфоцитов, IgA, IgM, циркулирующих иммунных комплексов и, напротив, снижение фагоцитарных показателей, включая спонтанный и стимулированный НСТ-тест, уровня CD-4-лимфоцитов, IgG. Общий процент показателей, отклоняющихся от нормы, в основном колебался от 16 до 50% и чаще всего соответствовал второй степени иммунодефицита (А.М.Земсков, 1986). В формуле расстройств иммунной системы преобладало увеличение циркулирующих иммунных комплексов, суммарных лимфоцитов, IgA.

У 35% пациенток эндокринное бесплодие наблюдалось на фоне патологии щитовидной железы. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы, патологические изменения отмечались у 45% больных (увеличение размера, изменение структуры, узловые образования). При анализе тиреоидных гормонов, выявлялось увеличение тиреотропного гормона, антител к тиреоидной пироксидазе и

тиреоглобулину, а так же снижение уровня трийодтиронина и тироксина. Чаще диагностировался гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита (34%), узлового зоба (17%) и смешанного зоба (10%).

Таким образом, при обследовании и лечении пациенток с эндокринными формами бесплодия, следует учитывать влияние антропогенных загрязнителей, дисбаланса микроэлементов в окружающей среде.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Иевлева Н.Ф., Чижова Г.В., Цыганков В.И. (Хабаровск)

Несмотря на наличие в настоящее время четкой концепции о фоновых, диспластических процессах и рака шейки матки (РШМ), а также разработанных скрининговых программ, РШМ остается одной из наиболее актуальных проблем современной онкогинекологии.

В последние годы на фоне общего снижения заболеваемости РШМ, прослеживается тревожная тенденция к ее повышению среди женщин до 30 лет. Подобная тенденция к увеличению заболеваемости РШМ у женщин репродуктивного возраста отмечается как в России (ежегодный прирост составляет 2,1%), так и в других странах. По данным Американского онкологического общества в США до 47% больных РШМ – это женщины в возрасте до 35 лет. В течении многих лет считалось, что этот возрастной период в плане репродуктивного здоровья наиболее благополучный, однако пик фоновых заболеваний наблюдается именно в этом возрасте, а значит и риск цервикальных неопластических процессов выше.

Ключ к решению данной проблемы находится в области профилактики, ранней диагностики, своевременного и адекватного лечения фоновых и диспластических процессов шейки матки, которые могут подвергнуться злокачественной трансформации. Для этого не требуется принципиально новых открытий, так как существующие методы цитологической, эндоскопической и морфологической диагностики, применяемые на этапах скрининга, решают основные диагностические вопросы.

Выбор тактики лечения больных, страдающих предраковыми заболеваниями и раком шейки матки, основывается на результатах в основном цитологического и гистологического исследования. Учитывая молодой возраст большинства больных, правильное решение данного вопроса имеет большое клиническое значение, что диктует необходимость совершенствования и объективизации цитоморфологической диагностики этой распространенной патологии.

Цитологическое исследование цервикальных мазков остается основным методом скрининга патологии шейки матки и может использоваться как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами. Однако он не является совершенным, процент ошибок может быть от 5 до 40, охватывая при этом как безобидную воспалительную реакцию, вирусную пролиферацию, так и истинные атипические изменения в клетках.

Решающее значение в диагностике патологических состояний шейки матки принадлежит гистологическому методу исследования. Уточнение морфологических критериев поражения и полноценное гистологическое заключение имеют первоначальное значение для определения рациональной тактики ведения больной и определения прогноза заболевания. Однако данный способ исследования исключает возможность его многократного применения при обследовании и лечении пациентки как динамический контроль.

Таким образом, важность совершенствования программ скрининга и методов ранней диагностики предраковых заболеваний шейки матки в целях предупреждения инвазивных форм рака, не вызывает сомнений.

Учитывая это, представляется актуальным поиск альтернативных и экономичных методов исследования, расширяющих возможности как традиционной цитологической так и гистоморфологической диагностики диспластических изменений и рака шейки матки.

В этой связи, целью нашей работы явилось определение морфометрических параметров эпителия шейки матки в норме, при дисплазии и раке.

В основе диагностической дифференциации клеточной активности эпителия шейки матки использован метод аргирофильной окраски ядрышковых организаторов и последующего компьютерного анализа клеточного изображения.

В работе исследованы цитологические и гистологические препараты женщин с различной патологией шейки матки в возрасте 20-59 лет, полученные при диагностическом обследовании, которые в последующем окрашивались 50% раствором азотнокислого серебра в модификации Н.Н.Мамаева. После этого с помощью компьютерного анализатора изображений производились измерения морфометрических параметров ядерно-ядрышкового аппарата клеток ростковой зоны эпителия. Статистическая обработка результатов исследований проводилась в пакете прикладных программ «Статистика-5».

Компьютерная морфометрия ядрышково-ядерного аппарата промежуточных клеток многослойного плоского эпителия показала, что при легкой степени дисплазии в ядрах экзоцервикального эпителия отмечается незначительное увеличение размеров ядрышек в сравнении с нормальным эпителием. При прогрессировании дисплазии до тяжелой степени отмечается возрастание полиморфизма ядрышкового аппарата, как по числу ядрышек, так и по их форме. Установлено также и существенное возрастание при этом площади ядер и ядрышек. Цитоморфометрия при раке шейки матки выявила, что значения морфометрических показателей превосходят все аналогичные описанные параметры цитологических препаратов. Особенно значительно было возрастание площади ядер, ядрышек и ядрышково-ядерного отношения в сочетании с полиморфизмом ядрышкового аппарата.

С помощью метода дискриминантного анализа морфометрических показателей цитологических препаратов была установлена точность диагностики 97,14%. Все препараты были классифицированы как нормальный многослойный плоский эпителий, с легкой и тяжелой степенью дисплазии и раковой трансформацией.

Для сравнения достоверности верификации диагноза было проведено гистологическое исследование биоптатов этих же больных. При окраске азотнокислым серебром гистопрепаратов в норме установлена четкая стратификация многослойного плоского эпителия. При дисплазии легкой степени в ростковых зонах многослойного плоского эпителия отмечается увеличение размеров ядер и ядрышек и нарушение стратификации. Это ещё более характерно для дисплазии тяжелой степени. При раке, особенно инвазивном, отмечается выраженный полиморфизм ядерно-ядрышкового аппарата, причем ядра и ядрышки становятся очень крупными, в ядрах зачастую наблюдается вакуолизация ядра. Методом дискриминантного анализа морфометриических показателей гистологических препаратов было показано, что все препараты отклассифицированы (нормальный эпителий, легкая дисплазия, тяжелая дисплазия, рак in situ и инвазивный) с точностью 92%.

Таким образом, результаты проведенной работы свидетельствуют о закономерном возрастании значений морфометрических параметров ядер при диспластических процессах и злокачественной трансформации, что отражает увеличение пролиферативной активности клеток и на определенном этапе их малигнизацию. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный метод для дифференциальной диагностики доброкачественных изменений, диспластических и опухолевых процессов при патологии шейки матки.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ГЕЛИЙ-НЕОНОВЫМ ЛАЗЕРОМ

Ильинская Л.В., Ишпахтин Ю.И., Мосолов К.В., Талызина Е.А. (Владивосток)

Проведено изучение эффективности лазерной профилактики осложнений в репродуктивной системе девочек подростков после прерывания беременности.

В основу исследования положены результаты обследования и лечения 68 девочек-подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Прервавших беременность в сроке 18-23 недели. Все девочки-подростки получали терапия гелий-неоновым лазером, курс которой состоял из 5 сеансов при мощности излучения 15 мВт, длине волны – 0,63 мкт, экспозиции – 60 мин. Использовали неинвазивную, черезкожную методику лазерного облучения.

Облучение крови проводилось излучением гелий-неонового лазера через два часа после выскабливания полости матки. Для купирования явлений интоксикации лазерная гемокоррекция проводилась одновременно или последовательно с традиционной терапией. Обследование больных показало, что состояние антиоксидантоной системы (АОС) и перекисное окисление липидов (ПОЛ) в крови на фоне лазерной гемокоррекции значительно улучшалось: содержание диеновых конъюгат после лечения снижалось в плазме с 0, 180-±0,04 до 0,09±0,03 ед ($p<0,05$), в эритроцитах – с 0, 154±0,03 до 1,1-41±0,04 ед ($p<0,05$), малонового диальдегида в плазме с -0,145±0,03 до 0,09±0,02 ед ($p<0,05$). В то же время уровень антиоксидантных антител увеличивался в плазме с 49,9±3,9 до 52,3±3,2% ($p<0,05$), в эритроцитах – с 32,2±1,0 до 33,6±2,5% ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют об ингибирующем действии лазерного облучения крови на процессы ПОЛ и активации системы антиокислительной защиты при лазерной гемокоррекции у больных.

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

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ МИОМЕТРИЯ

Иманалиева П.Г., Радзинский В.Е., Ордиянц И.М. (Москва)

Несмотря на многочисленные исследования, проблема эндометриоза и миомы матки по-прежнему заставляет медицинскую науку и практику сосредоточиться на выявлении этиологического фактора, звеньев патогенеза и закономерностей течения заболевания. Результаты многочисленных исследований в области генетики, эндокринологии, иммунологии, морфологии эндометриоза, хотя и пополняют знания, всё же пока не позволяют обосновать новые подходы к диагностике и лечению. Миома матки является наиболее часто встречающимся новообразованием малого таза у женщин. Частота данной патологии составляет 10-27% среди гинекологических заболеваний, причём частота его сочетания с эндометриозом колеблется от 33до 85% (Погасов А.Г.,1998; Адамян Л.В., Андреева Л.В.,1999).

Целью исследования является изучение роли генетических факторов в генезе эндометриоза тела матки и миомы матки.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились данные комплексного обследования 90 женщин, проходивших курс стационарного лечения в отделении гинекологии ГКБ №64 и МСЧ №1 АМО ЗИЛ. Критерием для включения в настоящее исследование служила гистологическая и эхографическая верификация наличия миомы матки и/или аденомиоза. Все пациентки были разделены на три группы в зависимости от основного диагноза: 24 женщины с миомой матки (1 группа),24 женщины с аденомиозом (2 группа) и 22 женщины с сочетанием миомы матки и аденомиоза (3 группа). В качестве группы контроля использовались результаты обследования женщин из контингента гинекологически здоровых, наблюдающихся в районной поликлинике №121 г. Москвы (4 группа).

У всех женщин проведено исследование периферической крови на носительство аллелей PL-A1 и PL-A11 гена гликопротеина GP IIIa: изучали ДНК периферической крови с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР). Проведенный анализ показал, что в группах с изолированной формой патологии миометрия наблюдалось примерно равное количество пациенток во всех возрастных категориях; тогда как при сочетании миомы матки с аденомиозом наибольшее число (68%) составили женщины из старшей возрастной группы. 37,7% всех обследуемых женщин указали на наследственную отягощённость по данным заболеваниям. Нами отмечено, что частота семейного накопления заболеваний у женщин с различными формами гиперпластических процессов миометрия достоверно выше, чем у женщин контрольной группы.

Все женщины имели отягощенный соматический анамнез. Превалировали болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ, болезни системы кровообращения и органов пищеварения. Нарушения жирового обмена занимали первое место в структуре выявленных экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин. Так, у 34 (37,8%) женщин отмечено ожирение I степени, у 21 (23,3%) – II степени и у 12 (13,3%) ожирение III степени. В группе с ММ избыточный вес имели 12 (50%) женщин, в группе ВЭ – 10 (41,7%) и в группе с сочетанной патологией миометрия 16 (72,7%)женщин. Сравнительный анализ заболеваемости женщин основных и контрольной групп показал, что пациентки с различными формами гиперпластических процессов миометрия в 2,5 раза чаще, чем здоровые женщины соответствующего возраста страдают эндокринными нарушениями и болезнями сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, анализ экстрагенитальной заболеваемости обследованного контингента женщин выявил высокую частоту соматической патологии, что свидетельствует о чрезвычайно низком индексе их здоровья.

Анализ репродуктивной функции женщин показал наличие связи между низким числом беременностей, завершившихся родами, и развитием миомы матки, и напротив, повышенным риском развития аденомиоза у многорожавших женщин. Большинство женщин с гиперпластическими процессами миометрия выполняли искусственное прерывание беременности, при этом более половины неоднократно. Сопутствующими гинекологическими заболеваниями в анамнезе страдали 56,94% обследованных женщин, из них 46,88% пациенток с аденомиозом, 63,54% – с сочетанием аденомиоза и миомы матки и 52,5% с миомой матки. У 22,7% обследованных выявлено два, а у 15,4% - три гинекологических заболевания.

Наиболее часто встречались сочетания хронического сальпингоофорита и заболеваний молочных желез – у каждой третьей пациентки. ДМК в четыре раза чаще встречались у пациенток с внутренним эндометриозом в сочетании с миомой матки, чем в контрольной группе. Частота заболеваний шейки матки в анамнезе была достоверно одинакова у всего обследованного контингента.

Что касается оперативных вмешательств, наиболее часто встречающимися были аппендэктомия 53,3%, тонзилэктомия 21,5% и холецитэктомия 16,4%.

Все пациентки с миомой матки, аденомиозом и сочетанием миомы матки с аденомиозом являются гомозиготами по аллелю PL-Al, что достоверно отличается от среднепопуляционной частоты встречаемости данного генотипа (73,1%).

Таким образом, проведённый анализ показал повышенную частоту семейного накопления миомы матки и аденомиоза у женщин с различными гиперпластическими процессами миометрия, по сравнению с контрольной группой; высокую частоту и однонаправленность

общесоматической патологии, положительную связь между риском развития гиперпластических процессов миометрия, особенно сочетанной патологии и высоким индексом массы тела. Патологическая экогенетическая реакция проявляется не у всего населения, а лишь только у его части, генетически предрасположенной к ней. На основе вышеуказанного можно сделать следующие выводы:

Миома матки, аденомиоз и их сочетание развиваются у женщин с генотипом A1A1 гена GP III, свидетельствуя о высоком риске развития их в популяции.

Гомозиготный по аллелю PLA1 генотип гена GP IIIa является генетическим фактором риска гиперпластических процессов миометрия.

Однотипность преморбидного фона и нередкое последовательное выявление указанных патологий позволяет предположить сходство патогенетических механизмов их развития.

Своевременная диагностика изолированных форм гиперпластических процессов миометрия, их профилактика и адекватная терапия с одновременным лечением общесоматических заболеваний могут явиться одновременной профилактикой их сочетанного развития.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ «ЗАКРЫТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА НА РЕНТГЕНОКРАНИОГРАММАХ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ И МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН

Ионова Е.В., Коколина В.Ф. (Москва)

Нарушения менструальной и репродуктивной функций занимают одно из ведущих мест в гинекологической практике. Проблеме бесплодия на сегодняшний день уделяется особое внимание. Частота эндокринной формы бесплодия колеблется от 14 до 40%. Наиболее частая причина данной формы бесплодия – хроническая ановуляция, формирующаяся вследствие нарушения циклических процессов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Гормональные нарушения возникают в организме в результате структурных повреждений мозга. Декомпенсация гипоталамической дисфункции проявляется, преимущественно, при срыве адаптивных механизмов – под воздействием неблагоприятных факторов: тяжелой физической нагрузки, инфекции, эмоционального стресса, а также в период гормональной перестройки организма: пубертатный период, беременность и роды, климактерический период. Клинически нарушения проявляются расстройством менструальной функции во всех ее вариантах. Причем, одни и те же факторы могут вызывать как аменорею, так и дисфункциональные маточные кровотечения. На фоне этих нарушений в 62% наблюдается первичное бесплодие.

Известно, что рентгенокраниографию относят к объективным и достаточно информативным методам визуализации нарушений регуляции гипоталамо-гипофизарной структуры мозга. При чтении рентгенокраниограмм необходимо обратить внимание на проявление эндокраниоза – полиэтиологического заболевания, возникающего вследствие воспалительных, дистрофических и травматических изменений мозга и его оболочек (Бухман Л.И., 1975 г., Гилязутдинов И.А., 1998 г., Спузяк М.И., 1988 г.). Рентгенологически эндокраниоз проявляется обызвествлением твердой мозговой оболочки в различных отделах черепа. Эндокраниоз является следствием нарушения гормональных изменений в организме (Миндубаева Ф.З., 1985 г., Гилязутдинов И.А., 1998 г.) и может служить показателем центрального генеза нейроэндокринных заболеваний (Михайлов М.К., 1995 г., Бухман Л.И., 1975 г., Гилязутдинов И.А., 1998 г.). Обызвествление связочного аппарата турецкого седла рентгенологически может иметь картину «закрытого» турецкого седла за счет «сближения» клиновидных отростков или за счет уплотнения диафрагмы.

Однако, связь между рентгенологическими признаками сужения «входа» и размерами «входа» в турецкое седло и частотой нарушений менструальной или репродуктивной функции до настоящего момента практически не изучена. Использование рентгенокраниографии для выявления и подтверждения нейроэндокринной природы бесплодия крайне ограничено. В литературе имеются немногочисленные сведения о связи между изменениями костных структур черепа и гормональными формами бесплодия.

Целью нашего исследования явилась оценка фертильности и степени нарушения менструальной функции у женщин с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла.

С целью оптимизации методов диагностики и лечения обследованы 86 пациенток в возрасте от 18 до 36 лет, поступившие в гинекологическое отделение с жалобами на нарушение менструальной функции и бесплодие, имеющие на рентгенокраниограммах признаки «закрытого» турецкого седла. У больных исключен инфекционный и анатомический генез бесплодия, отсутствовала патология в спермограмме супруга.

Больные разделены на 2 группы: I группа - 65 пациенток с рентгенологическими при знаками «закрытого» турецкого седла за счет сближения клиновидных отростков. П группа – 21 пациентка с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла за счет уплотнения диафрагмы. В группе пациенток с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла за счет сближения клиновидных отростков жалобы на гиперменорею встречаются у 26 (40%) больных, жалобы на болезненные менструации – у 27 (41,5%), редкие и скудные менструации у 9 (13,8%) пациенток, аменорея у 3 (4,6%). В группе больных с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла за счет уплотнения диафрагмы жалобы на обильные менструации встречаются у 8 (38,1%) больных, на болезненные менструации – у 6 (28,6%), редкие и скудные менструации у 6 (28,6%), аменорея П – у 1 (4,8%) больной. При анализе фертильной функции у 51 пациентки, состоящей в браке, выявлены следующие данные: в I группе (40 больных с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла за счет сближения клиновидных отростков) жалобы имели на бесплодие I 20 пациенток (50%), бесплодие П – 7 пациенток (17,5%). Во П группе (11 больных с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла за счет уплотнения диафрагмы) жалобы на бесплодие I предъявляли 6 пациенток (54,5%). Имелся высокий процент самопроизвольных выкидышей и вторичного бесплодия, соответственно в I группе – 17,5%, во П группе – 18,2%.В I группе беременность имели 13 пациенток (32,5%), из них закончились родами 12 (30%), во П группе беременность имели 3 пациентки (27,3%), родами завершилась беременность у 2 женщин (18,2%).

При обследовании внимание было уделено результатам анализа данных рентгенокраниограмм, где выявлена различная патология костной системы черепа.

Обнаруженные изменения костных структур черепа могут свидетельствовать о центральном генезе гормональных нарушений, дисфункции гипоталамо-гипофизарной структуры мозга у обследуемых пациенток. Чаще всего признаки «закрытого» турецкого седла за счет сближения клиновидных отростков в изолированном виде встречаются у 49% больных; тогда как признаки «закрытого» турецкого седла за счет уплотнения диафрагмы в изолированном виде встречаются у 28,9% больных. Признаки «закрытого» турецкого седла в сочетании с «малым» турецким седлом в I группе встречаются в 38,2%, во П группе - в 47,6%, реже в сочетании с признаками эндокринопатии (соответственно с 7,6% и 14,2%) и в сочетании с признаками интракраниальной гипертензии (соответственно в 4,6% и 9,5%).

У 23 пациенток (35,4%) на рентгенокраниограммах размеры «входа» в турецкое седло равны 1 мм и менее. На краниограмме «закрытое» турецкое седло - за счет сближения клиновидных отростков. У всех этих больных имеет место первичное бесплодие.

Нарушение фертильности в группе пациенток, с признаками «закрытого» турецкого седла за счет сближения клиновидных отростков (I группа) встречается реже, чем у больных с «закрытым» турецким седлом за счет уплотнения диафрагмы. При рентгенологических признаках сужения «входа» в турецкое седло до 1 мм и менее встает вопрос о стойком бесплодии.

Выводы:

1. У всех 86 пациенток с рентгенологической картиной «закрытого» турецкого седла имеются жалобы на нарушение менструальной функции от клиники обильных и болезненных менструаций до аменореи.

2. У 51 пациентки, состоящих в браке и имеющих рентгенологическую картину «закрытого» турецкого седла наблюдается первичное бесплодие в 51% случаев. Чаще встречаются бесплодие I (54,5%), самопроизвольные выкидыши (18,2%) в группе больных с рентгенологическими признаками «закрытого» турецкого седла за счет уплотнения диафрагмы.

3. Независимо от особенностей обызвествления связочного аппарата турецкого седла при сохранившемся «входе» 2 мм и более – беременность возможна.

4. У больных с рентгенологическими признаками сужения «входа» в турецкое седло 1 мм и менее наблюдается первичное бесплодие.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ПОДРОСТКОВ

Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Мартынов С.А., Жаров Е.В. (Москва)

Появление в последнее время целого арсенала новой физиотерапевтической аппаратуры способствует разработке новых подходов к использованию лечебных физических факторов в гинекологии подростков. Своевременное и правильно подобранное физиовоздействие позволяет снизить медикаментозную нагрузку, улучшить адаптационные возможности и повысить неспецифическую резистентность детского организма, исключить побочные эффекты и аллергические реакции, сократить сроки лечения.

Понятие восстановительного лечения в гинекологии сформулировано В.М. Стругацким в 1998 году и включает: «...такое воздействие на состояние здоровья, которое не только устраняет или существенно ослабляет клинические признаки заболевания, включая вторичные функциональные расстройства, но и повышает устойчивость организма к отрицательным воздействиям эндо- и экзогенного характера на средне- и долгосрочную перспективу». Направление становится особенно актуальным с учетом современных особенностей течения гинекологических заболеваний у подростков и высокой частоты выявления различной патологии, не имеющей тенденции к снижению в настоящее время.

Чтобы восстановительное физиолечение было наиболее результативным, мы придерживаемся следующей последовательности действий:

1. Определить реальную клиническую задачу физиолечения (болеутоление; противовоспалительное и рассасывающее действие; предупреждение прогрессирования и рецидивирования воспалительного процесса, устранение его экссудативного компонента в патологическом очаге; улучшение и нормализация гемодинамики органов малого таза; профилактика и ликвидация послеоперационных осложнений; гемостаз; центральное регулирующие воздействие; создание благоприятных условий для быстрого и полного восстановления функций половой системы подростка).

2. Определить необходимость использования в данной клинической ситуации именно лечебного физического фактора (ЛФФ), причем, не как дополнительного или альтернативного метода по отношению к лекарственной терапии, а как равноценной составной части комплексного лечения.

3. Исключить клинические ситуации, в которых физиотерапия изначально не может быть результативной и от нее следует отказаться.

4. Установить целесообразность и возможность комплексирования выбранного ЛФФ с лекарственной терапией, рациональным питанием, лечебной физкультурой и другими немедикаментозными методами лечения.

5. Адаптационная способность, состояние реактивности детского организма и отдельных его систем определяют клиническую эффективность лечения в целом, причем часто «отсроченную» по времени.

6. Большинство применяемых методов физиотерапии вызывают однотипные и однонаправленные клинические эффекты, но степень выраженности каждого из них разная. Поэтому, для определения индивидуально оптимального типа физиовоздействия необходимо учитывать физиологические особенности подросткового возраста, длительность существования заболевания, характер эндокринной функции яичников, сопутствующую гинекологическую и экстрагенитальную патологии.

Поэтому, наибольшее значение для подростковой физиотерапии имеют:

особенности нервной системы - несовершенство ее в подростковом возрасте определяется лабильным функциональным состоянием с высокой возможностью к дисрегуляторным сдвигам;

перестройка сердечно-сосудистой системы в подростковом возрасте (нарастание массы сердца, увеличение размеров магистральных сосудов, увеличение ударного и минутного объема сердца и т.д.) приводит к совершенствованию регуляции гемодинамики, увеличивая ее резервные возможности, в том числе и в сосудистом бассейне малого таза;

особенности обмена веществ - интенсивный метаболизм в растущем организме обуславливает повышенную чувствительность подростков к различным внешним воздействиям, включая ЛФФ, и возможную легкость их передозировки;

лабильность психо-эмоционального состояния, которое мы контролируем рядом медико-психологических тестов. Для альгометрии используем числовую, вербально-ранговую, визуально-аналоговую шкалы и Мак-Гилловский опросник боли в модификации В.В. Кузьменко. Особенности психо-эмоционального статуса девочек оцениваем по цветовому тесту Люшера. Результаты динамического тестирования позволяют достаточно точно определить изменения внутренних стандартов Супер-Эго при действии ЛФФ. Любому физиовоздействию предшествует доверительная беседа (лучше в присутствии мамы) о необходимости предстоящего лечения.

Подбор оптимальных параметров физиотерапевтических воздействий мы проводим по методу Боголюбова с соавторами, где индивидуальный объективный контроль за реакцией организма на интенсивность физиотерапевтических воздействий можно осуществлять по динамике лейкограммы. Наиболее информативным является соотношение лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов, которое должно находиться в пределах 0,36-0,40, что соответствует благоприятной адаптационной реакции тренировки по Гаркави. На основании проведенных нами исследований и клинического опыта, мы несколько расширили эти параметры. И рассматриваем соотношение лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов в интервале 0,3-0,5, что не изменяет характера адаптационной реакции и допустимо у больных детей.

Эти особенности мы особо учитываем при лечении воспалительных заболеваний внутренних половых органов у подростков. Используем в большинстве случаев монофакторные воздействия, что позволяет наиболее точно оценить ответную реакцию организма и рационально интенсифицировать режим лечения, т.е. проводить ежедневно по 2-3 процедуры. Данные нашего отделения свидетельствуют, что такая интенсификация лечения не влияет отрицательно на состояние сердечно-сосудистой системы девочек-подростков.

Послеоперационный восстановительный период после оперативных коррекций пороков развития половых органов у юных

пациенток является наиболее сложным и длительным, требующий также не менее 2, а лучше 3 курсов физиотерапии. В большинстве случаев эта патология сопровождается аномалиями развития или хроническими заболеваниями органов мочевыделительной системы, что требует соответствующей терапии. Эти девочки состоят на «Д» учете у педиатра по основному заболеванию, т.е. относятся к «3 группе здоровья» и уже изначально составляют группу риска по развитию возможных осложнений в послеоперационном периоде. Таким пациенткам начинаем лечение с ранней восстановительной магнитотерапии. Задачи дальнейшего восстановительного лечения определяются общим состоянием ребенка и объемом операции.

Хорошие результаты лечения мы получаем, проводя раннюю профилактику осложнений после первого искусственного прерывания беременности до 12 недель, используя магнито-, лазеро- или магнитолазерную терапию. А при прерывании беременности в сроке 15-18 недель лучше использовать интерференционные токи. Причем, всех пациенток сразу ориентируем на повторный курс лечения, который начинаем с 5-7 дня следующего после операции менструального цикла.

Таким образом, восстановительное физиолечение гинекологических заболеваний у девочек-подростков с обязательным учетом анатомо-физиологических особенностей, функционального состояния органов и систем, реактивности организма и психо-эмоционального состояния может способствовать улучшению репродуктивной перспективы в будущем.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Исхакова Г.М., Абазова Э.Ф., Викторова Т.В., Хамадьянов У.Р., Галимов Ш.Н. (Уфа)

Проблема репродуктивного здоровья женщин остается одной из актуальных в современной медицине и требует пристального внимания специалистов. В структуре причин женского бесплодия видное место занимает эндометриоз.

В связи с гетерогенной клинической картиной заболевания диагностика эндометриоза затруднена. Точный диагноз можно установить только на основе гистологического исследования тканей, полученных путем биопсии. Хотя этиология эндометриоза в настоящее время до конца не выяснена, в ряде исследований показано, что на развитие заболевания значительное влияние могут оказывать генетические факторы. Случаи семейного эндометриоза явились основанием для проведения серии работ по выяснению ассоциации заболевания с различными полиморфными генетическими системами организма. Эффективность проводимой терапии эндометриоза характеризуется существенными межиндивидуальными различиями.

В последние годы было показано, что результативность лечения эндометриоза может определяться активностью ферментов системы детоксикации ксенобиотиков, в том числе лекарственных препаратов, находящихся под контролем соответствующих генов. Выявление специфических маркеров репродуктивной патологии на основе изучения полиморфизма генов биотрансформации ксенобиотиков, вовлеченных в процессы обезвреживания и выведения из организма экотоксикантов, особенно у лиц, проживающих в промышленных регионах, необходимо не только для оценки степени риска возникновения эндометриоза, но и, главным образом, для минимизации воздействия факторов риска. Вместе с тем, нельзя не признать, что на сегодняшний день данные литературы, касающиеся изучения генетических ассоциаций при эндометриозе, крайне малочисленны.

Целью настоящего исследования являлся поиск молекулярно-генетических маркеров, ассоциированных с предрасположенностью к эндометриозу, вариантами клинического течения заболевания и эффективностью терапии.

Обследованы 102 женщины, страдающие эндометриозом, в возрасте от 13 до 55 лет (средний возраст 34 года). Контрольную группу составили 153 практически здоровых женщин, проживающих в Башкортостане, в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 36,5 лет), отобранных по возрасту и этнической принадлежности, соответственно группе больных эндометриозом. Среди обследуемых больных 48,9% составили женщины с эндометриозом, осложненным бесплодием.

Материалом для генетического исследования служили образцы ДНК, которую выделяли из лимфоцитов периферической венозной крови. Анализ полиморфных локусов генов детоксикации ксенобиотиков (CYP1A1, GSTM1, GSTT1, GSTP1, NAT2, MDR1) проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

При анализе гена CYP1A1 установлено, что у больных эндометриозом частота гетерозиготных носителей мутации (генотип IV) составляла 16,7%, против 3,5% в контрольной группе (x2=9,045; p=0,-0035). Причем у женщин с эндометриозом, осложненным бесплодием, гетерозиготный генотип IV встречался с частотой 18,6%. Частота аллелей гена CYP1A1 характеризовалась преобладанием аллеля Val у больных эндометриозом по сравнению с контрольными индивидами (10,29% и 2,65% соответственно).При эндометриозе, осложненным бесплодием, носители нулевого генотипа гена GSTM1 встречались в 57,1% случаев, тогда как среди пациентов, не страдающих бесплодием, их частота составила 42,9% (x2=1,94; p=0,16). При сравнительном изучении гена GSTT1 у женщин с эндометриозом, осложненным бесплодием, и в контрольной группе выявлено, что среди больных носители делеции гена GSTT1 встречались достоверно чаще, с частотой 38% против 18% в контрольной группе (x2=8,95; p=0,0037).Анализ полиморфизма гена GSTP1 выявил, что гомозиготный по мутации генотип vv встречался существенно чаще у больных эндометриозом, чем в группе контроля (16,7% и 3,3% соответственно),(x2=14,97; p<-0,05; OR=6,15). При анализе полиморфизма гена NAT2 выявлено, что в группе больных эндометриозом достоверно чаще встречались медленные ацетиляторы (77,4% против 62,2% в контрольной группе).

Представлялось важным рассмотреть ассоциации между вариантами генетического полиморфизма генов биотрансформации ксенобиотиков и эффективностью проводимой медикаментозной терапии. Изучение полиморфизма гена NAT2 у больных эндометриозом с учетом эффективности медикаментозного лечения показало, что в группе больных, чувствительных к терапии имеется тенденция к преобладанию медленных ацетиляторов (78,8%), тогда как в группе быстрых ацетиляторов лечение было успешным лишь у 3% больных.

При анализе полиморфизма гена MDR1 установлено, что среди больных, чувствительных к терапии, преобладали гомозиготы по мутации, на долю которых приходилось 69,7% против 31,8% в группе больных толерантных к терапии.

В результате проведенных исследований выявлены маркеры, генетически ассоциированные с риском развития эндометриоза и толерантностью к терапии. В случае наличия в генотипе мутаций по генам CYP1A1, GSTT1, GSTP1, NAT2 риск развития эндометриоза повышается в 2-8 раз. Обнаружены ассоциации полиморфных вариантов генов детоксикации ксенобиотиков с различными нозологическими формами эндометриоза. При наличии в генотипе нормальных аллелей по генам CYP1A1, GSTM1 и MDR1 существенно чаще наблюдается толерантность к гормональному лечению.

С целью выявления специфических маркеров репродуктивной патологии на основе изучения полиморфизма генов биотрансформации ксенобиотиков, вовлеченных в процессы обезвреживания и выведения из организма экотоксикантов, у лиц, проживающих в промышленных регионах нами было инициировано выполнение проекта «Управление генетическим риском нарушения репродуктивной функции у женщин в промышленном регионе» (грант № 2104-14) при поддержке Агентства США по международному развитию в рамках Соглашения о сотрудничестве с Институтом устойчивых сообществ (программа «Распространение опыта и результатов» - ROLL). Проект предусматривает проведение комплекса медико-социальных и экологических мероприятий по профилактике развития инфертильности у женщин и девушек-подростков, проживающих в регионах с загрязнением окружающей среды и/или подвергающихся воздействию неблагоприятных внешнесредовых факторов на производстве.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ОРАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА С ДРОСПИРЕНОНОМ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Каграманова Ж.А., Самойлова Ю.А. (Москва)

В настоящее время преимуществом использования низкодозированных оральных контрацептивов считается снижение риска развития рака яичников, эндометрия, железодефицитной анемии, частоты воспалительных заболеваний органов малого таза, уменьшение тазовых болей, регуляции менструальной функции, профилактики эндометриоза, миомы матки, мастопатии.

Нами проведена оценка клинической эффективности и переносимости орального контрацептива ярина у женщин репродуктивного возраста с предменструальным синдромом, гиперандрогенией, и нарушением менструальной функции. Обследовано 23 пациентки, которые были разделены на 3 группы. 15 пациенток с предменструальным синдромом (ПМС) составили I группу, от 19 до 35 лет средний возраст составил 24.5 лет. Обследуемые пациентки имели различные клинические формы ПМС. Нервно-психическая клиническая форма ПМС, была у 6 пациенток (40%), и проявлялась преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность. 2 пациентки (13.3%) с цефалгической формой ПМС, характеризующейся преобладанием в клинической картине головных болей, раздражительности, тошноты, повышенной чувствительности к звукам и запахам, головокружением. 7 пациенток (46.7%) с отечной формой ПМС, у которых наблюдалось нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней, пальцев рук, вздутие живота, повышенная чувствительность к запахам, увеличение массы тела (до 2-х кг) и задержку жидкости до 500-700 мл накануне менструации.

Во 2 группу включены женщины с нарушением менструальной функции (n=4) средний возраст 19.2 лет, у которых отмечался длительный менструальный цикл (до 42 дней). Третью группу составили женщины с клиническими проявлениями гиперандрогении (n=4), которые выражались в наличии acne vulgaris и гиперемии на коже лица, гипертрихоза и гирсутизма, У (50%) пациенток было лабораторно зарегистрировано повышение уровня тестостерона в 1 фазе менструального цикла. Клиническая оценка и лабораторные исследования проводились до, через 1и 6 месяцев от начала приема препарата ярина. Всем женщинам проводились измерения артериального давления, массы тела, гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза каждый цикл; гормональный профиль, биохимическое исследование крови (гликированный гемоглобин, липопротеины различной плотности, холестерин, билирубин, АЛТ, АСТ), определение показателей гемостаза (фибриноген, АЧТВ, МНО, протоминовое время), ЭКГ, гормональный профиль (в 1 и 11 фазы цикла) до начала приема и через 6 месяцев после приема орального контрацептива ярина. Низкодозированный монофазный оральный контрацептив ярина назначался всем женщинам по 1 таблетки в сутки в течение 21 дня с интервалом в 7 дней в течение 6 менструальных циклов.

На фоне приема препарата ярина у всех пациенток не выявлено нарушений показателей биохимического профиля и параметров гомеостаза, липидного и углеводного обмена, отсутствие изменений коагулограммы или тенденции к гиперкоагуляции. У всех пациенток сохранялся стабильный менструальный цикл. У 8.7% отмечались межменструальные мажущие кровянистые выделения в течение первых 2-х циклов. Межменструальные мажущие кровянистые выделения отмечены у 25% пациенток второй группы, 4,3% по отношению ко всей группе обследуемых. Гиперполименореи не отмечалось. Все пациентки второй группы (100%) отмечали нормализацию менструального цикла, исчезновение симптомов ПМС, начиная со второго цикла от момента лечения, не отмечено увеличения массы тела, и выявлена тенденция к снижению от 2 до 3 кг у 9 пациенток (39%), или колебания в пределах исходной массы тела. 94% женщин отметили улучшение настроения, повышение либидо, хорошее самочувствие, исчезновение симптомов мастодинии, масталгии, раздражительности с 3 цикла. У женщин с гиперандрогенией отмечено выраженное: уменьшение acne vulqaris, начиная с 3 цикла, нормализация уровня тестостерона в крови к концу второго менструального цикла. Среди возможных побочных эффектов у 1 пациентки (4,3%) после 6 циклов приема ОК ярина отмечались явления гипертонуса мышц нижних конечностей, у 1 пациентки межменструальные мажущие выделения после 3 цикла, у 1 женщины (4,3%) наблюдалось повышение аппетита, тем не менее прибавки массы тела не отмечено. Контрацептивная эффективность составила 100%. При изучении состояния эндометрия у женщин до и после приема ярины ни в одном наблюдении не было выявлено увеличения толщины эндометрия по сравнению с исходным уровнем. Максимальное уменьшение толщины эндометрия у обследуемых пациенток было к концу 6 цикла, при этом высота железистого эпителия соответствовала 4 мм. Выявлено антипролиферативное действие на эндометрий у молодых женщин.

Таким образом, доказана высокая клиническая эффективность орального контрацептива ярина у женщин репродуктивного периода с предменструальным синдром, гиперандрогенией и нарушением менструальной функции. Ярина- препарат, в котором сочетание 3 мг дроспиренона и 30 мкг этинилэстрадиола эффективно подавляют овуляцию и обеспечивают хороший контроль менструального цикла, дополнительную контрацептивную защиту, благодаря снижению восприимчивости эндометрия к имплантации яйцеклетки. Благодаря антиминералокортикоидной активности ярина успешно применяется для купирования симптомов ПМС, благоприятно влияет на самочувствие, значительно повышает качество жизни, обладает антиандрогенными свойствами.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕСПЛОДНЫХ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С БЕЗУСПЕШНЫМИ ПОПЫТКАМИ ИСКУССТВЕННЫХ ИНСЕМИНАЦИЙ

Казанцева Т.А., Азарова Т.Е., Шестакова Н.В. (Ростов-на-Дону)

Последние десятилетия прошлого века ознаменовались внедрением уникальных технологий в лечение женской и мужской инфертильности. Достижение беременности стало возможным даже у супружеских пар с абсолютными формами бесплодия. Наряду с применением различных программ экстракорпорального оплодотворения широкое распространение в клинической практике получили менее дорогостоящие методы вспомогательных репродуктивных технологий – внутриматочные искусственные инсеминации спермой супруга или донора.

При общепринятом протоколе обследования показания к проведению этих манипуляций определяются у 30-40% бесплодных супружеских пар и обоснованы они, как правило, либо патологическими состояниями мужской репродуктивной системы различной степени выраженности, либо цервикальным фактором - нарушением прохождения сперматозоидов через цервикальный канал. Однако кратность проводимых искусственных инсеминаций не регламентирована до настоящего времени.

В проведенных нами исследованиях показания к применению программ ЭКО определялись нами после 3-4 безуспешных попыток искусственных инсеминаций.

При проведении программ ЭКО у этих пациенток, несмотря на адекватность использованных схем гонадотропной стимуляции суперовуляции и визуализации полноценного пула доминантных фолликулов при ультразвуковом исследовании, нами обнаружена высокая частота встречаемости синдрома «бедного» ответа и синдрома «пустых» фолликулов.

Так, из 167 пациенток, включенных в исследование, при пункции преовуляторных фолликулов у 11 пациенток было получено по 1 яйцеклетке, у 4 обследуемых – по 2 яйцеклетке, при этом у 9 женщин не удалось аспирировать ни одного ооцита.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности ограничения проведения многократных инсеминаций, своевременного решения вопроса о необходимости применения вспомогательных репродуктивных технологий, включая программы с использованием донорских ооцитов.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРВИКОБИОПТАТОВ ПРИ ЭКТОПИИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Казачков Е.Л., Казачкова Э.А, Коваль Е.А., Сычугов Г.В. (Челябинск)

Диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки относятся к актуальным вопросам современной гинекологии. Это обусловлено высокой частотой патологии шейки матки, что может привести к нарушению репродуктивной и менструальной функции женщины, значительна вероятность озлокачествления и порой недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Цель исследования – анализ иммуногистихических особенностей различных форм эктопии цилиндрического эпителия шейки матки (ЭШМ), ассоциированных с хроническим цервицитом (ХЦ).

Нами обследовано 104 женщины в возрасте от 18 до 44 лет с осложненными формами ЭШМ, ассоциированной с ХЦ различной степени активности воспалительного процесса. Группу контроля составили цервикобиоптаты от 20 гинекологически здоровых женщин репродуктивного возраста, обратившихся перед планированием беременности или контрацепции, у которых был заподозрен цервицит, но при проведении гистологического исследования биоптатов шейки матки ее патологии выявлено не было. С целью диагностики ЭШМ использовался кольпоскопический, цитологический и гистологический методы. Последний включал в себя и иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных антител к рецепторам эстрогена и прогестерона, онкопротеина bcl-2, протеина p53, CD95-Fas, антигену ядер пролиферирующих клеток (PCNA) и Ki-67. Исследуемая группа по результатам гистологических заключений была разделена в зависимости от варианта эндоцервикоза на стационарный, прогрессирующий и эпидермизирующийся.

Нами установлено, что у больных со стационарным и прогрессирующим эндоцервикозом снижается уровень как ER-, так и PGR-рецепторов, в то время как при эпидермизирующемся эндоцервикозе достоверно нарастает экспрессия рецепторов к стероидным половым гормонам ($p<0,05$).

При сопоставлении средних значений уровня экспрессии маркеров апоптоза в группах осложненных ЭШМ обнаружена общая тенденция к снижению интенсивности запрограммированной клеточной гибели. Уровень экспрессии bcl-2 при стационарном и эпидермизирующемся эндоцервикозах был снижен в 2,2 раза относительно контрольных параметров, в то время как при прогрессирующем эндоцервикозе – в 8,8 раза. В цервикобиоптатах пациенток с эпидермизирующимся эндоцервикозом отмечено значительное повышение уровня экспрессии FAS.

В то же время выявлялась отчетливая тенденция к повышению пролиферативной активности покровных эпителиоцитов шейки матки (СОШМ). Уровень экспрессии Ki-67 и PCNA повышался при всех гистологических вариантах осложненной ЭШМ.

Таким образом, при оценке представительства рецепторов к стероидным половым гормонам в биоптатах эктоцервикса обследованных пациенток с ЭШМ, ассоциированной с ХЦ, выявлены следующие особенности:

1.Снижение количества ER- и PGR-рецепторов в СОШМ при стационарном и прогрессирующем эндоцервикозах.

2. Повышение количества ER- и PGR-рецепторов в СОШМ при эпидермизирующемся эндоцервикозе.

3. Сильная положительная корреляционная связь между изменениями в количестве ER- и PGR-рецепторов регистрировалась только при эпидермизирующемся эндоцервикозе.

Особенностями клеточного обновления эпителия слизистой оболочки шейки матки при ЭШМ, ассоциированной с ХЦ, явились:

1. Повышение уровня пролиферативной активности при всех осложненных формах эндоцервикозов.

2. Резкое снижение уровня экспрессии bcl-2 при прогрессирующем эндоцервикозе, умеренное снижение данного показателя при остальных вариантах ЭШМ.

3. Незначительное повышение уровня экспрессии p53 при прогрессирующем эндоцервикозе ($p > 0,05$), резкое повышение данного показателя при стационарном и эпидермизирующемся эндоцервикозах ($p < 0,01$).

4. Умеренное повышение показателей уровня экспрессии FAS при стационарном и прогрессирующем эндоцервикозах ($p < 0,05$), значительное повышение экспрессии Fas при эпидермизирующемся эндоцервикозе ($p < 0,05$).

При прогрессирующем эндоцервикозе выявлены две сильные достоверные положительные связи: между p53 и FAS ($r=0,82$, $p<0,01$), p53 и уровнем ER-рецепторов ($r=0,78$; $p<0,05$). В то же время связь между p53 и уровнем PGR-рецепторов была умеренно отрицательной ($r = - 0,30$; $p<0,05$). При стационарном эндоцервикозе связи между p53 и гормональными рецепторами имели противоположную направленность (соответственно –0,19; 0,30), а при эпидермизирующемся эндоцервикозе связь p53 с рецепторами положительная (соответственно 0,83 и 0,49).

Результаты исследования указывают на значительные изменения экспрессии рецепторов половых стероидных гормонов и маркеров клеточного обновления при ЭШМ. С учетом полученных данных полагаем, что прогрессирующий и эпидермизирующийся эндоцервикоз – не последовательные стадии одного процесса, а два различных пути развития самостоятельных форм ЭШМ. Анализ взаимосвязей гормональной рецепции с клеточным обновлением, по нашему мнению, указывает на очень низкие, регенераторные потенции при прогрессирующем эндоцервикозе, в отличие от стационарного или эпидермизирующегося варианта ЭШМ.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЫСТРОРАСТУЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ

Казачков Е.Л., Казачкова Э.А., Егунян А.Ш. (Челябинск)

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов. От 60 до 95% всех оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста с миомой матки приходится на радикальные операции, приводящие к потере репродуктивной и менструальной функции, выраженным вегетососудистым и психоэмоциональным нарушениям (Вихляева Е.М., 1997). Вместе с тем, до настоящего времени вопросы пато- и морфогенеза миомы матки остаются спорными.

Цель работы – выявить клинико-морфологические особенности быстрорастущей миомы матки.

Обследовано 216 пациенток с миомой матки, поступивших для оперативного лечения. Критериями включения в исследование явились наличие миомы матки и отсутствие гормонального лечения в течение как минимум 3 лет до операции.

Первую группу составили 70 пациенток с быстрым ростом опухоли. Во вторую группу вошли 146 женщин с отсутствием быстрого роста миомы, но имеющие другие показания для оперативного лечения (субмукозная или атипичная локализация узлов, нарушение функции соседних органов, бесплодие и т.д.).

Всем больным проведено полное клинико-лабораторное обследование. Для объективной оценки величины матки и объема опухо-

левой ткани мы использовали формулу Ю.Д. Ландеховского (1988): V = (M1+M2+M3)3 : 60,79 (см3), где М1 – длина, М2 – ширина и М3 – передне-задний размер матки. Объем опухолевой ткани (узлов) рассчитывали по следующей формуле (Shaw R.W., 1998): V(см3) = π/6 x A x B x C, где А, В и С – продольный, поперечный и передне - задний размеры узла. По этим данным мы рассчитывали опухолевый коэффициент, определяемый как отношение объема миоматозных узлов к общему объему матки.

Структурные особенности удаленной матки, придатков и (или) отдельных миоматозных узлов определяли с помощью окраски депарафинированных тканевых срезов гематоксилином и эозином и пикрофуксином по ван Гизону.

Средний возраст пациенток 1-й группы составил 45,2±0,3, 2-й группы – 46,1±0,2 лет. Основной жалобой больных 1-й группы были обильные менструации. Этот симптом, равно как и болезненные менструации, имел место в 1-й группе наблюдений в 2 раза чаще, чем во 2-й.

Основными показаниями к оперативному лечению в 1-й группе были: быстрый рост опухоли, большие размеры миомы, нарушение питания миоматозного узла, болевой синдром; во 2-й – сочетание миомы матки с аденомиозом, патологией шейки матки или опухолью яичника, субмукозное или атипичное расположение узлов.

Из соматических заболеваний в обеих группах одинаково часто регистрировали артериальную гипертензию, патологию гепатобилиарного комплекса и желудочно-кишечного тракта. Однако пациентки 1-й группы в два раза чаще страдали нарушением жирового обмена. В анамнезе женщин 1-й группы достоверно чаще встречались инфекционно-воспалительные заболевания половых органов; в качестве средств контрацепции пациентки 1-й группы предпочитали внутриматочную спираль, в три раза чаще они были оперированы по поводу внематочной беременности и имели большой удельный вес оперативных вмешательств на матке. Эти данные подтверждают рол воспаления в генезе быстрого роста миомы матки как наиболее распространенного фактора повреждения миометрия. Следует отметить также, что около одной трети женщин 1-й группы указывали на какой-либо фактор, предшествовавший быстрому росту опухоли: аборт, диагностическое выскабливание стенок полости матки, обострение хронического воспалительного процесса гениталий, нередко в сочетании с психотравмирующей ситуацией.

Мы провели анализ морфометрических особенностей роста миомы в обеих группах наблюдений с определением объема опухоли и общей величины матки, а также значения опухолевого коэффициента. Полученные данные свидетельствуют о значительном преобладании изучаемых абсолютных и относительных морфометрических параметров в 1-й группе наблюдений. Так, средняя величина матки, определяемая при бимануальном исследовании и подтвержденная во время операции, в этой группе соответствовала 14,6±1,4 неделям беременности, тогда как во 2-й группе – 10,7±1,5 недель. Такая же зависимость прослеживалась и при сопоставлении общего объема матки и объема опухолевой ткани в этих группах: объем матки в 1 группе составил в среднем 504,62 см3, объем миоматозных узлов – 439,62 см3.

Во 2-й группе эти показатели были меньше и составили соответственно 281,94 см3 и 164,63 см3 (P<0,05).

Опухолевый коэффициент в 1-й группе наблюдений был равен в среднем 0,75, во 2-й – 0,45. При этом у женщин с быстрым ростом миомы матки в 10% случаев выявлялся клеточный вариант строения узлов, тогда как во 2-й группе такой гистологический тип строения миомы мы обнаружили лишь у 7 (4,8%) пациенток.

Клеточный (пролиферирующий) вариант миомы матки морфологически характеризовался наличием очагов пролиферации в виде скоплений мелких, иногда – звездчатых клеток типа миобластов с большими ядрами и с частыми митозами в них. Кроме того, встречались многоядерные клетки с гиперхромными ядрами. При этом признаки клеточной атипии и патологические митозы отсутствовали. Пролиферирующие клетки определялись, главным образом, вокруг сосудов и далее в периваскулярных зонах миометрия, чаще по периферии узла, значительно реже в его толще. В этом случае, в соответствии с современными представлениями, указанные изменения трактовались нами как «истинный» быстрый рост миомы. Однако в большинстве наблюдений этой группы регистрировался так называемый «ложный рост» опухолевого узла, проявляющийся дегенеративно-дистрофическими процессами различной степени выраженности в опухолевых клетках (от отека и некроза лейомиоматозных узлов до гиалиноза). Отличия в показателях опухолевого коэффициента свидетельствуют о значительном абсолютном и относительном представительстве опухолевой ткани в миометрии пациенток 1-й группы наблюдений и может являться свидетельством множественности и многоочаговости этого клинико-морфологического варианта миомы матки.

Таким образом, профилактика и прогнозирование быстрого роста миомы тела матки у женщин репродуктивного возраста является актуальной задачей, решение которой позволяет сохранить или восстановить репродуктивную функцию у этого контингента больных. Важными звеньями этого процесса являются своевременное выявление ранних стадий формирования миомы матки, диагностика и лечение воспалительных заболеваний репродуктивной системы, профилактика абортов и выполнение любого оперативного вмешательства с учетом строгих показаний для каждой процедуры. Важным аспектом является своевременная реализация репродуктивной функции женщины.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ ЭНДОКРИННОГО ГЕНЕЗА

Калинкина О.Б., Мельников В.А., Козловская Е.В., Моисеева И.В. (Самара)

При бесплодии эндокринного генеза, обусловленным различными причинами, хорошо изучены клинические их проявления, однако функция эндотелия при данной патологии исследована недостаточно.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния эндотелия при бесплодии эндокринного генеза, обусловленного различными причинами (синдромом поликистозных яичников, врожденной дисфункцией коры надпочечников, нейрообменно-эндокринным синдромом, гиперпролактинемией в следствии микропролактиномы гипофиза).

Объекты и методы исследования. Объектом нашего исследования послужили 67 женщин в возрасте 23 – 35 лет с бесплодием, обусловленным эндокринными нарушениями.

У 18 пациенток отсутствие наступления беременности было вызвано синдромом поликистозных яичников, у 19 – врожденной дисфункцией коры надпочечников, у 16 – нейрообменно-эндокринным синдромом, не связанным с беременностью, у 14 – гиперпролактинемией, в следствие микропролактиномы гипофиза.

Всем пациенткам было проведено комплексное клинико-лабораторное исследование, включающее изучение анамнеза, объективное исследование с оценкой индекса массы тела и гирсутного числа, изучение гинекологического статуса при бимануальном и ультразвуковом исследовании. Оценивалось состояние ЦНС при проведении рентгенографии черепа в 2 проекциях и турецкого седла, электроэнцефалографии, магнитно-резонансной томографии гипофиза. Использовалась компьютерная томография надпочечников для оценки их состояния. Всем пациенткам была проведена оценка полового хроматина и кареотипа с целью исключения генетической патологии. Проводились консультации окулиста с осмотром полей зрения и глазного дна, эндокринолога, невропатолога.

При лабораторном исследовании сыворотки крови определяли содержание стероидных гормонов: фолликулостимулирующего, лютеинизирующего, эстрадиола, тестостерона, прогестерона, пролактина, дегидроэпиандростерона сульфата, суточный ритм экскреции кортизола, тироксина, трииодтиронина, тиреотропного гормона. Кроме того, оценивался биохимический анализ крови, включая определение время свертывания крови, длительности кро-

вотечения, содержание общего холестерина и В-липопротеинов, уровень глюкозы натощак и после углеводной нагрузки. Трубный и мужской фактор бесплодия исключались после проведения гистеросальпингографии о оценки спермограммы. Проведенное комплексное исследование позволило выявить причины бесплодия эндокринного характера вследствие нарушения различных звеньев репродуктивной системы и отнести пациенток к той или иной клинической группе. Для изучения эндотелиозависимой дилатации сосудов всем пациенткам была проведена проба с реактивной гиперемией плечевой артерии. Реактивная гиперемия создавалась путем окклюзии данного сосуда артерии. Манжета накладывалась на уровне верхней трети плеча, в ней создавалось давление выше систолического на 30 мм.рт.ст. Давление сохранялось в течение 5 минут и затем быстро стравливалось. Изменение диаметра плечевой артерии регистрировалось при ультразвуковом исследовании с помощью дуплексного сканирования на аппарате LOGIC 400CL (использовался электронный мультичастотный линейный датчик 5,0/6,6/МГц). Анализировали количественные параметры диаметра плечевой артерии. Диаметр плечевой артерии оценивали в исходном состоянии, а так же через 1 минуту, на третьей и пятой и восьмой минутах после проведения пробы. Кроме того, регистрировалось время возвращения диаметра сосуда к исходным величинам.

В качестве контроля оценивались результаты пробы с реактивной гиперемией у 11 здоровых женщин в возрасте 19 – 25 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведенного комплексного клинико-лабораторного исследования нами были получены следующие результаты. При оценке результатов пробы у контрольной группы нами была выявлена следующая динамика диаметра плечевой артерии: через 1 минуту – вазодилатация (увеличение диаметра сосуда), через 3-5 минут – возвращение к исходному диаметру, что свидетельствует о нормальном выбросе эндотелием сосудистых и релаксирующих факторов. У 18 женщин с бесплодием, обусловленным синдромом поликистозных яичников, отмечалось уменьшение диаметра плечевой артерии через 1 минуту после проведения пробы, затем на 3-5 минуте происходило увеличение диаметра артерии (вазодилатация) и возвращение к исходному диаметру сосуда на 7-8-10 минуте. Причем степень длительности сохранения сосудистой дисфункции коррелировала с длительностью времени, прошедшего с момента менархе. У 19 женщин с бесплодием в следствие врожденной дисфункции коры надпочечников отмечалось уменьшение диаметра плечевой артерии через 1 минуту после проведения пробы, сохраняющееся в течение длительного времени. Диаметр сосуда оставался уменьшенным на 3-5-8 минуте и возвращался к исходному на 10-12 минуте. При обследовании 16 пациенток с нейрообменно-эндокринным синдромом было отмечено, что через 1 минуту после проведения пробы не происходит изменения диаметра сосуда (он остается прежнего диаметра) через 3 минуты происходит расширение диаметра сосуда (вазодилатация) и через 5-6 минут диаметр сосуда становится прежним. У 14 пациенток с бесплодием и гиперпролактинемией в следствие микропролактиномы гипофиза, отмечалась сходная тенденция: через 1 минуту после пробы диаметр сосуда оставался прежним, на 3 – 5 минуте была вазодилатация, диаметр возвращался к исходному в течение 8 минут.

Оценивая результаты исследования нами выявлено, что у пациенток с врожденной дисфункцией коры надпочечников отмечается стойкий спазм плечевой артерии, не купирующийся даже к 8 минуте после пробы. Это может быть вызвано выбросом вазоконстрикторов. У пациентов с синдромом поликистозных яичников так же отмечается спазм сосуда через 1 минуту, затем отсроченная по времени по сравнению с контрольной группой вазодилатация (на 3 – 5 минуте) и возвращение к исходному диаметру сосуда на 8 – 10 минуте. У пациенток с бесплодием в следствие нейрообменно-эндокринного синдрома и гиперпролактинемией, обусловленной микропролактиномой, выявлена сходная динамика нарушений – отсутствие изменений диаметра сосуда через 1 минуту после пробы, на 3-5 минуте вазодилатация (отсроченная по сравнению с контрольной группой) к 8 минуте диаметр сосуда возвращается к исходному, но у женщин с гиперпролактинемией менее выражена степень изменения диаметра сосуда (остается близка к исходной).

Таким образом проведенное исследование показало, что у всех пациенток с бесплодием эндокринного генеза, обусловленным различными причинами, есть проявления дисфункции эндотелия. Причем у пациенток общих клинических групп они имеют сходные проявления и выражаются патологической вазоконстрикцией. Это дает возможность корригировать тактику ведения этих пациентов с учетом характера проявлений эндотелиальной дисфункции.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ГИНЕКОЛОГИИ. ТРЕВОЖНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Каменецкая Г.Я, Веселова Н.М, Уварова Е.В., Соколова М.Ю. (Москва)

Эмоциональная сфера больных с психосоматической патологией, начиная с работ Ф.Александера, является предметом интенсивных клинико-психологических исследований. Подтверждается роль семейного воспитания и стрессогенных жизненных событий в возникновении эмоциональных расстройств. Научные факты позволяют с большой уверенностью утверждать, что эффективность комплексного лечения психосоматических расстройств значительно превосходит эффективность любой монотерапии - как биологической, так и психологической. Одним из основных факторов риска развития психосоматических нарушений считают тревожность. Тревожность - переживание эмоционального дискомфорта, связанного с ожиданием неблагополучия, ожиданием грозящей опасности. Тревожность может также рассматриваться как показатель «преневротического состояния», то есть как изменение эмоционального статуса, которое служит фоном для формирования эмоциональных, психосоматических, соматических нарушений. На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи и др. В настоящее время выделяются два типа источников устойчивой тревожности: длительная внешняя стрессовая ситуация, возникшая в результате частого переживания состояния тревоги, с одной стороны, и внутренние- психологические и/или психофизиологические с другой. Длительное и многократное воздействие стрессовой ситуации при соответствующей оценке ее индивидом рассматривается как основной источник невротических преневротических состояний, в том числе тревожных.

Методы: клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический с использованием шкалы тревожности (А.М.Прихожан), психотерапевтический. При обработке данных определяется общая сумма баллов отдельно по каждому разделу шкалы и по шкале в целом. Полученные результаты интерпретируются в качестве показателей уровней соответствующих видов тревожности, показатель по всей шкале - как показатель общего ее уровня.

Результаты: На базе отделения детской и подростковой гинекологии в период с 2003-по 2004 год проводилось изучение особенностей психоэмоционального состояния девочек-подростков с дисфункциональными кровотечения ми пубертатного периода, апробация системы работы по преодолению тревожности у этих пациентов. Под наблюдением находилось 30 девочек подростков в возрасте от 11 до 17 лет.

При анализе шкалы тревожности в группе 11-12 летних (5 наблюдений) наиболее представленными оказались физиологические симптомы. Что свидетельствует о повышенном внимании детей этого возраста к своим внутренним ощущениям. У 14-15 летних (18 наблюдений) основные жалобы были сосредоточены на физиологических знаках: учащенное сердцебиение, нарушения сна. Феноменологически представлены переживания покинутости

и одиночества. Возрастает представленность вины и стыда Близкие результаты и в группе у 16-17 летних (7 наблюдений), где выражены не только сердцебиение и изменения сна, но и затрудненность дыхания, нарушения питания, изменения аппетита. Для всех групп испытуемых были характерны крайне низкие значения тревожности. Поскольку мы исходили из гипотезы, что подобное «чрезмерное спокойствие» может иметь защитный характер, в систему комплексного лечения были введены занятия групповой психотерапией

В условиях стационара с учетом временных ограничений работа носит в первую очередь функциональный характер и направлена на те факторы и характеристики среды, которые являются специфичными для возникновения и закрепления тревожности как устойчивого образования. Работа была ориентирована на создание условий лучшего осознования себя, на выработку и укрепления уверенности в себе, собственных критериев успешности, умениях вести себя в трудных ситуациях, ситуациях неуспеха. Значимым элементом являлась выработка индивидуальных эффективных моделей поведения в важных, в том числе оценочных, для человека ситуациях. Принципы построения психотерапевтической программы для подростков в условиях стационара гинекологического профиля в целом такие же, как и для работы с подростками в иных условиях: обучение отдельным психологическим понятиям необходимым для успешной социализации (общение, характер, темперамент, воля); использование упражнений, направленный на снятие эмоциональных зажимов, свободное проявление эмоций, спонтанное поведение; установление различного по степени сложности вида коммуникаций на эмоциональном, поведенческом и когнитивном уровне с использованием игровых методик; распознавание, анализ, моделирование эмоциональных состояний в разных ролевых ситуациях; обучение обратной связи через вербальные и невербальные упражнения; проигрывание разнообразных ролевых ситуаций для обучения адекватному поведению в конфликтных обстоятельствах в разных сферах социальной жизни; анализ различных ситуаций и обучение адекватному поведению в семейных подсистемах. Занятия проводились еженедельно по 1,5 -2 часа, в холле отделения.

Цель групповой психотерапии состояла в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений. Снятие или уменьшение аффективно-тревожной напряженности в общении представляет необходимое условие для решения основной задачи групповой психотерапии - обучения, в которое входят обучение навыкам адаптивного поведения, коррекция неблагоприятных черт характера и достижение более адекватной социализации. А групповая психотерапия может быть включена в систему комплексного лечения данного контингента пациентов.

БЕЗГАЗОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Карамышев В.К., Белоглазова С.Е., Воловиков Л.В., Барсегян Г.О. (Москва)

В настоящее время лапароскопия, благодаря современному техническому оснащению, прочно занимает одно из ведущих мест в диагностике и лечении заболеваний органов брюшной полости. Внедрение в клиническую практику оперативной пельвиоскопии позволило коренным образом пересмотреть принципы хирургического лечения заболеваний внутренних половых органов у женщин и особенно пожилого и старческого возраста.

Однако, как и к любому виду оперативного доступа, к применению данного метода существуют ограничения, связанные с экстрагенитальной патологией, такой как сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, дыхательная недостаточность, острая печеночно-почечная недостаточность, сахарный диабет в стадии декомпенсации, грыжи (диафрагмальная, пупочная и др.).

В последнее время все больше работ отечественных и зарубежных авторов посвящаются своевременной диагностике и профилактике возникновения осложнений при проведении лапароскопии. Стоит отметить, что существуют осложнения, характерные для любого вида оперативного доступа и присущие исключительно лапароскопии – осложнения связанные с пневмоперитонеумом. Карбоксиперитонеум не является столь безопасной процедурой, чтобы не остановиться на некоторых его неблагоприятных последствиях. Так после инсуффляции 1200 мл газа у пациентов развиваются тахикардия и затруднение дыхания. Появление указанных симптомов связано с патологическими рефлексами, возникающими со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, и обусловлено повышением внутрибрюшного и внутригрудного давления. Степень выраженности этих симптомов зависит от состояния компенсаторных механизмов. При создании пневмоперитонеума снижается венозный возврат к сердцу, а затем и сердечный выброс. Ограничение экскурсий диафрагмы со снижением податливости грудной клетки могут быть причиной дыхательных расстройств и нарушений сердечной деятельности. Резкая ликвидация пневмоперитонеума в конце исследования может привести к падению внутрибрюшного давления, сосудистой дилатации с депонированием крови в системе чревных сосудов. Указанные изменения нередко сопровождаются развитием гипотензии, тем более, что ликвидация пневмоперитонеума совпадает с переводом пациента в горизонтальное положение. В подобной ситуации имеется риск снижения венозного возврата, ударного и сердечного выброса, что, в конечном итоге, может привести к прогрессированию гипотонии. Данные изменения могут не иметь серьезных последствий для неотягощенных пациенток, однако приобретают важное значение при применении пневмоперитонеума пациенткам с дыхательной, сердечной недостаточностью и других патологических состояниях.

С целью расширения границ применения оперативной лапароскопии у пациенток с выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологией мы использовали метод безгазовой лапароскопии. Проведено 27 вмешательств с помощью лапаролифта, выпускаемого НПФ «Крыло», представляющего собой систему из двух металлических штанг и двух крюков для поднятия передней брюшной стенки. Основными показаниями для применения лапаролифта явились: диафрагмальная грыжа в анамнезе, хронические неспецифические заболевания легких, заболевания сердечно-сосудистой системы. Возраст пациенток колебался от 23 до 72 лет, в среднем составил 43±8 лет. Основными видами оперативных вмешательств явились: аднексэктомия, овариоэктомия, гистерэктомия. Применение лапаролифта при оперативной лапароскопии позволило выявить ряд положительных моментов по сравнению с традиционной. Во время проведения операции не происходит потери газа; у пациенток, перенесших безгазовую лапароскопию, ниже показатели диастолического артериального давления, минутной вентиляции легких, максимального давления на вдохе и напряжения CO2 в крови. Не найдено существенных различий в визуализации операционного поля, показателях температуры тела, систолического артериального давления, частоты сердечных сокращений, выраженности послеоперационных болей и возвращения к нормальной активности после операции.

Таким образом, метод безгазовой лапароскопии имеет ряд неоспоримых преимуществ по сравнению с традиционной пельвиоскопией. Использование метода в клинической практике позволит расширить границы и повысить эффективность лечения пациенток с выраженной сопутствующей экстрагенитальной патологией, а также существенно уменьшить число осложнений у данной группы.

ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОДЕ ПОЗДНЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЫ С ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ВОЛЧАНОЧНОГО АНТИКОАГУЛЯНТА БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Карасева М.В., Саидова Р.А., Макацария А.Д. (Москва)

До настоящего времени остаются еще не полностью раскрытыми главные механизмы старения. Нарушение работы иммунной системы считается одной из основных причин старения. Дисфункция иммунной системы в старости проявляется в повышенной частоте образования аутоантител различной специфичности (в т.ч. антифосфолипидных антител – ВА и др.). АФЛА, в свою очередь, обладают мощной прокоагулянтной активностью.

В последние годы многоцентровые исследования указали на повышенный риск ряда ятрогенных эффектов заместительной гормональной терапии (в т.ч. тромбоэмболические осложнения), отсутствие первичной и вторичной профилактики ССЗ на фоне длительной ЗГТ. В связи с этим все более активно обсуждается вопрос об обоснованности повсеместного назначения и определении длительности приема ЗГТ.

Целью нашего исследования было выработать тактику применения ЗГТ у женщин в периоде поздней постменопаузы, имеющих циркуляцию волчаночного антикоагулянта (ВА) без клинических проявлений АФС, путем оценки эффективности и безопасности ЗГТ.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 146 женщин в возрасте от 41 до 69 лет с длительностью менопаузы 2 и более года. Из 146 человек у 53 (в 36% случаев) была обнаружена циркуляции ВА. 11 (8,8%) пациенток были исключены из исследования, поскольку у 9 (7,4%) из них был выявлен вторичный АФС, у 2 (1,4%) - первичный АФС. Таким образом, в основную группу вошло 42 женщины (28,4% обратившихся) в возрасте от 43 до 64 лет (средний возраст 52,8±0,7 года), согласившихся получать ЗГТ при отсутствии противопоказаний. Все 42 пациентки находились в периоде поздней постменопаузы (средняя длительность постменопаузы в группе 6,4±0,7 лет), имели циркуляцию ВА, причем эта циркуляция не была обусловлена наличием первичного или вторичного АФС. В группу сравнения вошли 18 относительно здоровых женщин (средний возраст 53,8±-1,3 лет), находившихся в периоде поздней постменопаузы (средняя длительность постменопаузы в группе 5,6±1,0 лет), но они не имели циркуляции ВА и не принимали препараты ЗГТ.

Все женщины подвергались детальному обследованию, которое включало: сбор личного и семейного анамнеза (особое значение придавалось наличию клинических признаков первичного АФС), определение индекса массы тела, расчет модифицированного менопаузального индекса (ММИ), УЗИ органов малого таза, маммографическое исследование, клинический и биохимический анализы крови, мазки на флору и на онкоцитологию по Папаниколау, ПЦР - диагностика ИППП (по показаниям), исследование системы гемостаза – определение циркуляции ВА, тромбоэластография, оценка внутрисосудистого свертывания крови, исследования функциональной активности тромбоцитов, выявление генетической тромбофилии (по показаниям).

Мы разделили основную группу женщин на 3 клинические группы в зависимости от принимаемых препаратов ЗГТ: 1-ая группа - 11 человек, принимавших монотерапию эстрогенами, препараты «Эстрофем» или «Дивигель»; во 2-ой клинической группе пациентки принимали ЗГТ, содержащие в качестве прогестагена, производные 19-норстероидов. Эта группа состояла из 2-х подгрупп: 2А подгруппа, 10 человек, принимали ЗГТ, содержащие в качестве прогестагена норэтистерон, препарат «Клиогест»; 2Б подгруппа, 10 женщин, принимала ЗГТ, содержащие в качестве прогестагена диеногест, препарат «Климодиен». 11 пациенток 3-ей группы принимали ЗГТ, содержащую в качестве прогестагена дидрогестерон, препарат «Фемостон 1/5».

Результаты исследования и их обсуждение. Все исследуемые препараты ЗГТ, к 12-ти месяцам терапии, снизили ММИ более чем на 50% (от 57 до 74%), переводя среднюю степень тяжести менопаузального синдрома в легкую степень, различия достоверны в сравнении с группой контроля. Все исследуемые препараты снижали уровень общего холестерина, различия достоверны. Мы получили наибольшее снижение, на 39%, общего холестерина на фоне препарата «Климодиен». В группе, принимающей «Клиогест» за год наблюдения произошло наименьшее снижение уровня общего холестерина - на 18%, что мы объесняем андрогенными свойствами прогестагенного компонента этого препарата норэтистерона. Наше исследование подтверждает положительный эффект ЗГТ на липидный спектр крови. Производные 19-нортестостерона 1-го поколения влияют на функцию печени, вследствие остаточной андрогенной активности, что при длительном приеме проявляется повышением АСТ, АЛТ и др. Только в группе, принимающей препарат «Клиогест», к 12 месяцам терапии отмечено достоверное повышение АСТ на 25% (к верхней границе нормы).

Максимальное снижение циркуляции ВА во всех группах, принимающих ЗГТ, происходит в течение первых 6 месяцев терапии, различия достоверны в сравнении с группой контроля. В расчете на всю основную группу (42 пациентки) снижение циркуляции ВА к концу года происходит у 95% пациенток, что говорит о высокой эффективности ЗГТ в отношении исчезновения циркуляции «старческих» АФЛА и влиянии ЗГТ на патогенез этого явления, что доказывает и наше исследование. Одну из важнейших ролей в возникновении коронарных и мозговых тромбозов играют тромбоциты. К концу года терапии все исследуемые препараты ЗГТ повышали функцию тромбоцитов с АДФ и ристомицином, различия достоверны. Это свидетельствует о склонности тромбоцитов к чрезмерной агрегации даже на незначительные эндогенные воздействия на фоне ЗГТ и об усилении процесса адгезии и агрегации в результате нарушения функции сосудистого эндотелия под действием ЗГТ. Значит, у женщин в периоде поздней постменопаузы, имеющих циркуляцию ВА без клинических проявлений АФС, совместно с ЗГТ необходимо назначать профилактическую антиагрегантную терапию под контролем количества и функции тромбоцитов. В нашем исследовании препараты, содержащие в качестве прогестагенного компонента синтетические производные 19-норстероидов (норэтистерон и диеногест), дали наибольшее количество осложнений (т.к. увеличение м-эхо, усиление маммографической плотности, дебют генетической тромбофилии и др.), различия достоверны.

Для сравнения эффективности и определения оптимальной длительности ЗГТ у женщин в периоде поздней постменопаузе с циркуляцией ВА без клинических симптомов АФС мы применили метод корреляционной адаптометрии и получили лучший результат лечения к 12-ти месяцам терапии в 1-ой группе на фоне монотерапии эстрогенами, худший результат во 2А подгруппе на фоне препарата ЗГТ, содержащего прогестаген норэтистерон. Оптимальная длительность приема для монотерапии эстрогенами – 9-12 месяцев; для препаратов ЗГТ с диеногестом в качестве прогестагена – 9-12 месяцев; для препаратов, содержащих дидрогестерон - 6-9 месяцев; для ЗГТ, содержащих норэтистерон - 3 месяца. В связи с некоторым ухудшением на 3-6 месяцах терапии рекомендуется обязательный клинический и гемостазиологический контроль терапии (ТЭГ, Д-димер, функция тромбоцитов и др.). Таким образом, у исследуемой группы женщин следует отдавать предпочтение применению монотерапии эстрогенами для женщин после гистерэктомии, для женщин с интактной маткой - ЗГТ, содержащей производные натурального прогестерона.

Заключение. Циркуляция ВА, гипертоническая болезнь, ожирение повышают прокоагулянтный потенциал крови. Многие женщины в периоде поздней постменопаузы уже имеют какой–либо из

перечисленных факторов риска и поэтому прежде, чем назначить ЗГТ, нужно оценить все «за» и «против». Также следует помнить, что для женщин старшей возрастной группы, использующих ЗГТ, риск тромботических осложнений в 10 раз выше, чем для молодых женщин, использующих ОК. Таким образом, при назначении ЗГТ мы должны учитывать дополнительные факторы, которые могут повышать риск у пожилых женщин и избегать применения ЗГТ у женщин с семейным тромботическим анамнезом так же как у женщин, страдающих ожирением или ГБ, к тому же уже доказано, что длительное использование ЗГТ не дает кардиопротективного эффекта и не снижает риск развития ССЗ.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОНКОМОРФОЛОГИИ

Карселадзе А.И. (Москва)

Классическая онкоморфология, в том числе гинекологическая онкоморфология, переживает процесс пересмотра традиционных подходов к пониманию гисто и морфогенеза злокачественных новообразований женского полового тракта. Большую роль в этом процессе играет внедрение в патологическую анатомию достижений современной молекулярной биологии и других смежных теоретических наук. В результате этого плодотворного взаимодействия происходит реклассификация крупных онконозологических единиц с формированием новых нозологий с четко очерченными функциональным диапазоном опухолевых клеток. Например те случаи серозного рака, которые содержат большое число гигантских многоядерных клеток после гистохимического исследования были выделены в группу серозного рака с хориокарциноматозной дифференцировкой, поскольку цитоплазма многоядерных клеточных элементов дает положительную реакцию на хорионический гонадотропин. Аналогично из группы серозных раков был выделен вариант т.н. гепатоидного рака, клетки которого имеют как микроскопическое сходство с гепатоцитами, но еще и содержат в своей цитоплазме альфа-фетопротеин.

Выяснилось, что злокачественный потенциал опухолей, в частности тератоидных новообразований является результатом синергического взаимодействия опухолевых клеток со стромальными элементами и продукции макрофагами фактора роста глии, приводящего к замедлению процесса за счет созревания недифференцированных клеток незрелой тератомы.

Использование иммуногистохимических методов позволяет дискриминировать разные типы кератинов и тем самым помогают в дифференциальном диагнозе первичных и метастатических поражений яичника. В частности первичные муцинозные раки яичника дают положительную иммуногистохимическую реакцию на кератины 7, в то время как аденокарциномы толстой кишки иммунопозитивны на кератины 20.

Эту же проблему можно решить используя более тонкий молекулярно-генетический анализ по установлению потери гетерозиготности в определенных участках хромосом. Обнаружение в опухолевых клетках из двух очагов в разных органах (матка и яичник) одинаковых локусов потери гетерозиготности свидетельствует о метастатической природе одного из изучаемых новообразований, в то время как наличие потери гетерозиготиности на разных локусах говорит о первичной множественности двух исследуемых опухолей.

Удобным методическим подходом для изучения вирусного канцерогенеза в шейке матки оказалось выявление в эпителиальных клетках ингибитора циклинзависимой киназы p16, участвующего в процессе цервикального вирусного канцерогенеза.

Иммуногистохимическая окраска на транскрипционный фактор p16 биопсий шейки матки или соскобов цервикального канала во много раз облегчает процесс точной идентификации диспластических клеток помогая исключать клеточные элементы с реактивными вторичными изменениями. Одновременно можно использовать окраску с использованием маркера пролиферации Ki 67 четко объективизирующего диспластический потенциал цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Использование сложного молекулярно-генетического анализа клонов в неопластической ткани позволили по новому взглянуть на проблему пограничных серозных новообразований яичников. Хорошо известны сложности определения прогноза при пограничных опухолях яичников. Клиническое течение пограничных серозных опухолей женской гонады во многом непредсказуемо. Поиски прогностических морфологических параметров в ткани самой первичной опухоли яичника ни к чему не привели. Основным камнем преткновения до сих пор остаются диссеминаты серозной пограничной опухоли по брюшной полости. Из-за неясной природы этих диссеминатов, они в свое время были названы имплантатами. В настоящее время наиболее рациональным кажется допущение, основанное на тщательном клональном анализе клеток как первичной опухоли, так и перитонеальных имплантатов, что у больных с серозными пограничными опухолями яичников имеются по существу два самостоятельно развившихся опухолевых процесса: один в яичнике, а другой – в брюшной полости, возникший из мезотелиального покрова Безусловно часто из первичного опухолевого узла яичника опухолевые клетки, особенно при экзофитных вариантах опухоли, попадают в брюшную полость с последующей имплантацией, однако фатальное течение процесса почти всегда связано с прогрессированием перитонеального компонента, протекающего по типу своеобразной мезотелиомы.

Процесс перехода на новые рельсы должен происходить не сразу а с постепенным внедрением новых молекулярных методов в патоморфологию и заменой старых нозологии, поскольку все методы лечения клиницист пока строит исходя из терминологии классической патологической анатомии.

СОСТОЯНИЕ УРОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С АТИПИЧЕСКИМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

Карушина Л.М., Кулавский В.А. (Уфа)

Изменения со стороны мочевых путей находятся в коррелятивной зависимости от места расположения миоматозного узла, его величины, темпов роста и длительности нахождения в малом тазу. Динамика опорожнения верхних мочевых путей нарушается у 55% больных миомой матки, причем преимущество отдается женщинам с атипичным расположением узлов. При обследовании анатомического и функционального состояния мочевыделительной системы у больных с доброкачественными опухолями матки и придатков выявлена более частая дилатация мочеточников в их верхней и средней трети. Этот факт был объяснен мощной мышечной оболочкой нижнего цистоида мочеточника, большим количеством рецепторов его стенки и, следовательно, повышением его тонуса (Зурабиани З.Р.,1983; Квятковский Т.А., 1990). Межсвязочные опухоли смещают матку в сторону, противоположную локализации опухоли и отодвигают мочеточник, который при этом может прилегать непосредственно к одной из стенок этой опухоли. Мочевой пузырь при шеечных и подбрюшинных опухолях, исходящих из передней стенки матки, изменяет конфигурацию и может быть распластанным на опухоли и смещен кверху. Возникновение изменений в мочевой системе объясняется сдавлением опухолью гениталий нижних мочевых путей, а так же застойными явлениями в малом тазу в результате конфликта дистального отдела мочеточника с венами влагалищно-маточного сплетения (Ситерман С.Л.,1989; Бочорашвили Г.Г. и соавт, 1990). Кроме механического воздействия имеет место нарушение иннервации мочевых путей, а так же изменения соотношения глюкокортикоидов и половых стероидных гормонов, опосредствующих свое влияние через неизмененные адренорецепторы мочеточников. Длительное существование функ-

циональных нарушений верхних мочевых путей сопровождается истощением их компенсаторных возможностей, а присоединение гипоксии органов и тканей вследствии ухудшения регионарной гемодинамики, приводит к стойким анатомическим изменениям (Скворцова М.Ю.,1996.)

В работе представлены данные о состоянии мочевых путей 70-ти женщин, поступивших на оперативное лечение по поводу миомы матки. У всех пациенток пред - или интраоперационно выявлены атипично расположенные узлы разного размера. Показаниями к оперативному лечению послужили: быстрый рост опухоли в 24 случаях (34,3%), болевой синдром – в 27 (38,6%), по сочетанным причинам – 19 (27,1%). Длительность заболевания миомой составила: менее года - у 8 (11,4%) женщин, 5 - 10 лет - у 45 (64,2%), 11-12 – у 10 (14,4%), 13-15 лет – у 7(10%). Жалобы на чувство тяжести в нижней части живота предъявляли 26 (37%) женщин, боли в пояснице и крестцовой области – 42 (60%), дизурические нарушения (в основном по типу никтурии и поллакиурии) – 55 (78,5%) пациенток. В 15(21,5%) случаях, поступившие на операцию больные не предъявляли никаких жалоб и направлены в связи с наличием в малом тазу опухоли матки. Имеющих в анамнезе хронический пиелонефрит оказался у 15 (21,5%) обследованных, хронический цистит – у 9 (12,8%), односторонняя нефрэктомия в анамнезе - у 1 больной, мочекаменная болезнь - в 2-х случаях. Локализация узлов была следующей: перешеечная область – у 45 (64,3%), из них у 20 (44,4%) располагались по заднее-правой поверхности; 7 (15,6%) - по заднее-левой; 10 (22,3%) -по переднее-правой, у 8 (17,7%) -по переднее-левой. На долю интралигаментарных узлов пришлось 22 (31,42%) случая, причем локализация справа выявлена у 10 (45,5%) больных. Перешеечно-шеечное расположение было в 3 (4,28%) случаях. Большинство узлов миомы были одиночные, размерами от 3 до 15см. Микроскопия мочи в 28 случаях, что составило 40%, давала косвенную картину хронического пиелонефрита: повышение лейкоцитов в пределах 10-13-15 в поле зрения, сниженный удельный вес, наличие переходного эпителия, бактериурия. После дополнительных методов исследования (УЗИ, проба Реберга, экскреторная урография) общая картина изменилась: признаки хронического пиелонефрита констатированы в 52 (74,2%) случаях, признаки гидронефроза – в 10 (14,2%); мочекаменная болезнь – в 5-ти случаях, нефроптоз в 5, дефекты наполнения и деформация мочевого пузыря за счет опухоли в 12-ти случаях (17%).

Таким образом, миоматозные узлы у обследованных пациенток преимущественно локализуются в заднее-правой перешеечной области и правой интралигаментарной части перешейка. Жалобы, объективный статус фактически не отличается от такового у больных с другой локализацией миомы, Учитывая травматичность предстоящего оперативного вмешательства при таком расположении узлов, повышенный риск осложнений, усугубление патологических процессов мочеобразования и мочевыделения необходимы дополнительные методы исследования и активная тактика пред и послеоперационного ведения у этого контингента больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ОКТ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ

Качалина Т.С., Кузнецова И.А., Шахова Н.М., Гладкова Н.Д., Январева И.А. (Нижний Новгород)

За последние десятилетия достигнуты несомненные успехи в диагностике и лечении заболеваний шейки матки. В Российской Федерации за 10 последних лет общее снижение заболеваемости раком шейки матки (РШМ) составило 38,4%. Однако, несмотря на высокую информативность скрининговых методов диагностики, в настоящее время отмечен существенный рост заболеваемости среди женщин раннего репродуктивного возраста. Возможности кольпоскопического исследования существенно ограничены ложно-позитивными результатами (от 4 до 33%). Кольпоскопические признаки не имеют строгой специфичности, определяются при различных клинико-морфологических состояниях, их интерпритация зависит от опыта врача, что вносит большую долю субъективизма. Ложно-позитивные заключения обуславливают необоснованный забор биопсийного материала, что приводит к изменению естественного хода интраэпителиальных повреждений, значительной ятрогенной стимуляции процессов пролиферации в ходе заживления постбиопсийных ран, образованию рубцов, очагов эндометриоза и стриктур цервикального канала. Это осложняет последующее кольпоскопическое наблюдение и приводит к значительному повышению стоимости цервикального скрининга. Ограниченные возможности существующих методов диагностики обуславливают необходимость развития принципиально новых диагностических технологий.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) - новый высокоинформативный метод прижизненного неинвазивного исследования тканей человека с уровнем разрешения приближенным к клеточному (10 мкм). Проведенные первые клинические испытания убедительно показали, что технические характеристики позволяют проводить ОКТ-исследования в реальных клинических условиях и совмещать его с кольпоскопией и цитологией.

Метод способен прижизненно визуализировать морфологические структуры слизистой оболочки шейки матки на уровне слоев и внутритканевых элементов, дифференцировать большинство клинико-морфологических состояний слизистой шейки матки. Сформулированные ОКТ признаки доброкачественных и злокачественных патологических состояний слизистой шейки матки являются надежными критериями диагностики: по результатам слепого теста диагностическая точность в распознавании оптических изображений составила 81%; чувствительность - 82%; специфичность – 78%.

Изучение возможностей ОКТ в дифференцировке кольпоскопических признаков было выполнено у 37 пациенток с различной патологией шейки матки. Контрольная группа больных составила 26 человек (оценка состояния шейки матки проводилась традиционными методами диагностики). В основной группе решение о проведении биопсии принималось на основании совокупных данных ОКТ- кольпоскопии, в контрольной группе - на данных только кольпоскопического исследования.

Проведенные клинические исследования показали, что слизистая шейки матки при сходных кольпоскопических признаках имеет различные варианты визуализации. При доброкачественном варианте визуализации забор биопсийного материала не производили. В тех случаях, когда покровная ткань шейки матки визуализировалась в виде бесструктурного оптического изображения с высоким уровнем сигнала и малой глубиной визуализации (злокачественный вариант визуализации) производилась прицельная биопсия.

Результаты исследования показали, что в группе больных, где в комплексное обследование шейки матки была включена ОКТ, частота забора биопсии снизилась на 37% по сравнению с контрольной группой, повторное проведение кольпоскопии не превысило 15%.

Таким образом, включение ОКТ в комплексное исследование шейки матки, способно с высокой степенью надежности существенно уменьшить число ложноположительных кольпоскопических заключений, избежать необоснованного забора биопсии, снизить стоимость обследования. Использование ОКТ позволяет врачу чувствовать себя более уверенно при консервативном динамическом наблюдении за пациентками с патологией шейки матки.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА (ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ)

Каширова Т.В., Корнеева И.Е., Фадеев В.В., Перминова С.Г. (Москва)

Болезнь Грейвса – это системное аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие выработки антител к рецептору ТТГ, стимулирующих продукцию тиреоидных гормонов щитовидной железой. Этому заболеванию подвержены преимущественно женщины молодого репродуктивного возраста. Распространенность болезни Грейвса среди женщин составляет 0,1% - 0,5%. Диффузный токсический зоб является самой частой причиной тиреотоксикоза в регионе с легким дефицитом йода у женщин репродуктивного возраста.

Функция щитовидной железы и репродуктивной системы тесно взаимосвязаны. Любые нарушения функции щитовидной железы – важнейшего звена нейро-эндокринной системы оказывают существенное влияние на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему и закономерно приводят к изменению менструального цикла и репродуктивной функции. Однако, большинство исследований в области взаимосвязи функции щитовидной железы и репродуктивной системы посвящено проблеме гипотиреоза как причине нарушения фертильности, тогда как влияние избытка тиреоидных гормонов на репродуктивную систему остается малоизученным вопросом. Результаты исследований, посвященных данной проблеме, малочисленны, противоречивы и требуют уточнения. Целью настоящего исследования явилась оценка характера менструального цикла и репродуктивной функции женщин, страдающих болезнью Грейвса.

Произведен ретроспективный анализ 170 историй болезни женщин с болезнью Грейвса, находившихся на стационарном лечении в клинике эндокринологии ММА им. И.М.Сеченова в период с 1998 по 2003 годы. Возраст женщин колебался от 17 до 49 лет и в среднем составлял 34,03±8,48 лет. Была изучена первичная медицинская документация и дополнительно подробно собран гинекологический анамнез пациенток.

Из 170 женщин, страдающих болезнью Грейвса, регулярный менструальный цикл с менархе имели 150 пациенток (88,2%), олигоменорею – 19 пациенток (11,2%), аменорею – 1 пациентка (0,6%).

У 106 женщин (62,4%) на фоне манифестации диффузного токсического зоба характер менструального цикла не изменился. У 64 пациенток (37,6%) отмечены нарушения менструального цикла, связанные с основным заболеванием. Из них, олигоменорея выявлена у 42,2% женщин, аменорея – у 6,3%, гипоменорея – у 31,3%, гиперменорея – у 7,8%, укорочение менструального цикла до 21-24 дней наблюдалось у 12,5% пациенток. Интересен тот факт, что из 170 пациенток у 15 (8,8%), отмечено наступление менопаузы в возрасте от 34 до 45 лет.

При анализе репродуктивной функции было выявлено, что 108 женщин (63,5%) с болезнью Грейвса имели в анамнезе беременности, закончившиеся срочными родами. На момент стационарного лечения в клинике эдокринологии 42 пациентки (24,7%) не планировали беременность. Бесплодием страдали 22 женщины (12,9%), из них первичное бесплодие отмечено в 68,2% случаев, вторичное бесплодие - в 31,8%. Общее число беременностей, наступивших на фоне диффузного токсического зоба, в нашем исследовании составило 17 у 13 женщин. Из них в 14 случаях тирестатическая терапия не проводилась. Исходы данных беременностей были неблагоприятными в 92,9% и распределились следующим образом: в 42,9% (6 беременностей) произошел самопроизвольный выкидыш в сроках до 12 недель, в 35,7% (5 беременностей) имела место неразвивающаяся беременность. В 14,3% (2 беременности) были прерваны по собственному желанию женщины и только в 7,1% (1беременность) закончилась срочными родами. В 3 случаях наступления беременности на фоне болезни Грейвса женщинам проводилась тиреостатическая терапия. Все 3 беременности закончились нормальными срочными родами здоровыми детьми.

Таким образом, проведенный нами ретроспективный анализ показал, что избыток тиреоидных гормонов оказывает выраженное негативное влияние на характер менструального цикла, - изменение которого наблюдается чаще, чем у каждой третьей женщины, страдающей болезнью Грейвса. Наступление менопаузы в более ранние возрастные периоды по сравнению с общей популяцией, вероятно, связано с развитием аутоиммунных реакций, в генезе которых, возможно, принимают участие тиреоидстимулирующие антитела. Наступление беременности на фоне болезни Грейвса возможно, однако, выявляется четкая зависимость исходов беременности от коррекции основного заболевания. Отсутствие своевременного лечения тиреотоксикоза во время беременности практически всегда приводит к неблагоприятному ее исходу. В случае выявления болезни Грейвса планирование беременности возможно только после лечения основного заболевания и достижения стойкого эутиреоза.

ЭМБРИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛОВ СТИМУЛЯЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНАЛОГОВ ГНРГ У ПАЦИЕНТОК С СПКЯ

Киракосян К.Э., Мишиева Н.Г., Кузьмичев Л.Н., Назаренко Т.А. (Москва)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) был и остается одним из наиболее изучаемых, однако, до сегодняшнего дня непонятых, заболеваний в гинекологической гинекологии, репродуктологии. Вопросы диагностики и лечения ановуляторного бесплодия, обусловленного СПКЯ, широко дискутируются как в отечественной, так и в зарубежной литературе, несмотря на 70 лет, прошедших после первого описания данного симптомокомплекса.

Экстракорпоральное оплодотворение является одним из методов достижения беременности у пациенток с СПКЯ. Данным методом беременность достигается у пациенток с многочисленными безуспешными попытками стимуляции овуляции в анамнезе, у больных с сочетанием эндокринного бесплодия с трубно-перитонеальным и/или мужским факторами бесплодия, а также у пациенток с высоким риском развития СГЯ.

Установлено, что СПКЯ ассоциируется с получением большего числа ооцитов в программах ВРТ по сравнению с пациентками, включенными в программу ЭКО, ЭКО/ИКСИ по причине трубного или мужского факторов бесплодия. Также показано, что при СПКЯ процентное соотношение незрелых ооцитов к общему числу полученных ооцитов выше данного показателя в контрольной группе. Тем не менее, число жизнеспособных эмбрионов и частота наступления беременности не различаются у пациенток с СПКЯ и с бесплодием неэндокринного генеза.

Данные литературы, сравнивающие качество ооцитов и эмбрионов у пациенток с СПКЯ, подвергшихся стимуляции суперовуляции с применением двух групп аналогов ГнРГ, единичны.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ аспектов эмбриологического этапа стимуляции суперовуляции с использованием двух групп аналогов ГнРГ у пациенток с СПКЯ.

Материал и методы исследования. Сравнительный анализ эмбриологического этапа в программах ЭКО проведен у 53 пациенток (59 циклов), включенных в схемы стимуляции с применением ант-ГнРГ (22 пациентки, 25 циклов), а-ГнРГ в «длинном» (21пациентка, 24 цикла) и «коротком» (10 пациенток, 10 циклов) протоколах. Преинкубация, оплодотворение, ИКСИ ооцитов, культивирование эмбрионов осуществлялось в средах для культивирования фирмы «Medicult» (Дания). Качество ооцитов оценивалось по степени зрелости (сообразно общепринятым критериям). Обращали внимание на наличие морфологических дефектов цитоплазмы, таких как грануляция, вакуолизация, характер расположения ядра внутри клетки, время формирования пронуклеуса. Оплодотворение расценивалось

как нормальное в случае наличия двух пронуклеусов через 14-16ч после инсеменации или ИКСИ. Качество эмбрионов оценивалось через 42-44ч.

Оценка качества эмбрионов осуществлялась на основании совокупности следующих параметров: скорость дробления эмбрионов, симметричность бластомеров, степень цитоплазматической фрагментации (<10%, 10-30%, >30%), мультинуклеарность бластомеров. К эмбрионам 1-2 степени качества были отнесены эмбрионы, находящиеся на стадии развития двух бластомеров в конце первых суток культивирования, 4-6 бластомеров - на 2 сутки, 7-9 бластомеров (или имеющие признаки компактизации) - на 3 сутки культивирования. Степень фрагментации эмбрионов первой степени качества не превышала 10%. Эмбрионы 2 степени качества были фрагментированы на 10-30%. Наличие цитоплазматической фрагментации более 30%, также как моноклеарность в одном или более бластомерах эмбриона, расценивалась как маркер эмбрионов, имеющих низкий имплантационный потенциал. К эмбрионам хорошего качества отнесены также эмбрионы, достигшие стадии бластоцисты на 5 сутки культивирования. Бластоциста, имеющая, примерно 150-200 клеток, компактную внутреннюю клеточную массу и хорошо-структурированный трофектодерм, расценивалась как «хорошая».

Результаты и обсуждение исследования.

Сравнительный анализ аспектов эмбриологического этапа выявил достоверно меньшее число аспирированных фолликулов в группе с применением короткого протокола с агонистами. Число фолликулов, диаметром более 18мм, было достоверно меньше в группе с применением ант-ГнРГ по сравнению с длинным протоколом, тогда как общее число аспирированных фолликулов, за счет числа фолликулов меньшего диаметра, не различалось в группах. Вместе с тем, число полученных зрелых ооцитов и частота наступления беременности в группах с ант-ГнРГ и длинным протоколом были одинаковыми. Полученные данные позволили нам предположить, что в циклах с применением ант-ГнРГ в программах ЭКО или ЭКО/ИКСИ есть необходимость в завершении стимуляции несколько раньше по сравнению с длинным протоколом, при диаметре лидирующих фолликулов 17-18мм. В группе с применением короткого протокола с агонистами число аспированных фолликулов, также как и общее число полученных ооцитов и эмбрионов было достоверно меньшим по сравнению с двумя другими.

Анализ качества ооцитов выявил характерное для СПКЯ достаточно высокое процентное соотношение незрелых ооцитов к общему числу полученных ооцитов во всех группах (18,1%; 24,2% и 23,5%). Данный показатель не различался в группах, на основании чего был сделан вывод, что применяемый протокол не влияет на число зрелых и незрелых ооцитов. Средняя частота оплодотворения, представляющая собой процентное соотношение числа ооцитов с двумя пронуклеусами (нормальное оплодотворение) к общему числу полученных ооцитов, составила 68,5%, 62,9% и 65,4% и не различалась в группах. Распределение эмбрионов на морфологические классы осуществлялось на основании оценки симметричности бластомеров, степени цитоплазмотической фрагментации и ряда других морфологических параметров. В группе с применением короткого протокола с а-ГнРГ частота получения эмбрионов 1 класса была достоверно ниже (41,2%; 45,3%; 21,8%, $p<0,05$). 1 и 2 группы не различались по данному параметру. На основании морфологической характеристики эмбрионов, скорости их дробления выделены группы эмбрионов 1,2,3, степеней качества в каждой из исследуемых групп. Группы, с применением протокола с ант-ГнРГ и длинного протокола были сопоставимы по числу эмбрионов разной степени качества. Тогда как, в 3 группе, частота получения эмбрионов 1 степени качества была достоверно ниже (38,7%; 39,2%; 29,2%, $p<0,05$). В исследовании не получено ни одной беременности в группе с применением короткого протокола с а-ГнРГ. Отсутствие существенных различий в параметрах фолликуло- и стероидогенеза стимулированных циклов в исследуемых группах, позволяет предположить, что причина ненаступления беременности в коротком протоколе заключается в дефекте оогенеза. Данное предположение подтверждается достоверно большим числом морфологически неполноценных эмбрионов, полученных у пациенток группы короткого протокола с агонистми. Возможное объяснение заключается в следующем: фаза активации, сопровождающаяся повышением уровней гонадотропных гормонов, в случае короткого протокола приходится на период раннего оогенеза и может обусловить его дефект. Ситуация усугубляется наличием собственной ЛГ-активности у пациенток с СПКЯ. Качество ооцитов и эмбрионов, полученных у пациенток с СПКЯ, стимулируемых в протоколах с применением ант-ГнРГ и а-ГнРГ по длинной схеме не различалось; частота клинической беременности на цикл составила 40% и 43,5% соответственно.

О ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГИСТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Киселев С.И., Аракелян А.С., Конышева О.В., Питько М.В. (Москва)

В период с сентября 2004 по июнь 2005 в гинекологических отделениях ГКБ №15 радикальные хирургические операции выполнены у 163 больных миомой матки, в том числе у 20 (12,2%) – лапаротомические, у - 114(70%) – тотальные лапароскопические, у - 29(18%) –влагалищные гистерэктомии.

Целью исследования было определение критериев выбора того или иного оперативного доступа для тотальной гистерэктомии у больных миомой матки.

При статистическом анализе предоперационных данных обследования было выявлено, что средняя величина матки у больных оперированных влагалищным доступом (9,49±5,21 недели), была меньше, чем у больных, оперированных лапароскопически (13,76±3,21 недели) и лапаротомически (13,44±3,39 недели). Доля больных с опухолями больших размеров (превышавшими 14 недель беременности) среди оперированных влагалищным доступом также была статистически значимо ниже 7(24%), чем у оперированных лапароскопически 65(57%) и путем чревосечения 12(60%).

Доля рожавших и многорожавших (более 2 родов) в группе влагалищных гистерэктомий, превышала таковую в группах лапаротомии и лапароскопии. У 65,5% больных, оперированных влагалищным доступом, миома матки сочеталась с опущением половых органов, и лишь у 14% - с патологическими процессами придатков матки, требующими хирургического лечения. У 6(30%) и 34(30)% больных, подвергшихся лапаротомическим и лапароскопическим операциям соответственно, имелась сопутствующие заболевания придатков, требовавшие проведения оперативного лечения.

35(31%) и 6(30%) больных, оперированных лапароскопически и лапаротомически, ранее перенесли от 1 до 3 лапаротомических гинекологических операций. У 25(86%) больных, оперированных влагалищным доступом в анамнезе не было лапаротомических гинекологических вмешательств.

Доля больных с сопутствующей выраженной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем (гипертоническая болезнь, ИБС, пневмосклероз, бронхиальная астма и др.) была меньше среди больных оперированных лапароскопически. В этой связи следует отметить, что выбор доступа гистерэктомии у больных с тяжелыми соматическими заболеваниями осуществлялся с обязательным учетом мнения анестезиолога о наиболее благоприятном для каждой конкретной больной методе обезболивания (отказ от эндотрахеального наркоза в пользу регионарной анестезии).

Таким образом, полученные данные показывают, что большинство гистерэктомий у больных миомой матки могут быть выполнены с использованием малоинвазивных доступов. Однако, проведение влагалищной гистерэктомии у больных миомой матки ограничено рядом условий: необходимостью достаточной емкости влагалища; небольшой величины и хорошей подвижности матки; отсутствия спаечного процесса в полости таза и отсутствием показаний к выполнению сочетанных операций на придатках матки.

Подобные ограничения при выполнении операций брюшностеночными доступами отсутствуют. У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем в ряде случаев на выбор доступа для гистерэктомии влияет фактор необходимости исключения эндотрахеального наркоза.

НУЖНА ЛИ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИСТЕРОСКОПИИ?

Ключаров И.В., Савельев Е.В., Родионова И.П., Гайнеева З.А., Хасанов А.А., Садыков М.Н. (Казань)

Гистероскопия позволяет в 89-92% случаев диагностировать доброкачественные патологические процессы в эндометрии, в 33% - атипическую гиперплазию эндометрия, контролировать качество удаления патологического очага и эффективность проводимого лечения (Баскаков П.Н. и соавт., 1997; Савельева Г.М. и соавт., 1999; Кулаков В.И. и соавт., 2000; Cooper J.M. и соавт., 2000).

Однако при проведении гистероскопии необходимо учитывать несколько фактов, описанных в медицинской литературе. Coper J.M. и соавт. (1999) сообщают о сложности в дифференциальной диагностике эндометрия в фазе поздней секреции, гиперплазированного эндометрия и аденокарциномы эндометрия. По данным Топчиевой О.И.и соавт, (1978), изменения эндометрия в пределах одной матки часто имеют различный характер в разных участках (смешанная гиперплазия, очаговая гиперплазия, полипы эндометрия), что требует особой тщательности при выскабливании и параллельного гистероскопического контроля.

Имеются данные, что гистероскопия, проведенная женщинам с установленным раком эндометрия, может способствовать диссеминации опухолевых клеток по брюшной полости (Урманчеева А.Ф. и соавт., 2001; Egarter, C. и соавт., 1996; Obermair A. и соавт, 2000; Sagawa T. и соавт., 1994). Савельева Г.М. и соавт, (1999) приводят данные о том, что опухолевые клетки, попадая в брюшную полость не ухудшают прогноз заболевания. В такой ситуации необходимо указать, что последующие позитивные перитонеальные смывы обозначают, по меньшей мере, изменение на IIIа стадии рака эндометрия, прогноза и возможно тактики ведения. Однако, клиническое значение этих данных окончательно не ясно, так как транспортировка этих клеток из полости матки через трубы в брюшную полость не означает их обязательную имплантацию и развитие. Нам не удалось обнаружить значительные систематизированные исследования, сравнивающие исходы у женщин с леченым раком эндометрия, с предшествующей гистероскопией и без нее.

Для оценки вероятности проникновения жидкости в брюшную полость при проведении жидкостной гистероскопии по методике, принятой в гинекологической клинике горонкодиспансера проведен УЗ-контроль изменения количества жидкости в позадиматочном пространстве до и после гистероскопии. Из 6 случаев в 2 было зафиксировано увеличение количества жидкости в позадиматочном пространстве.

Ретроспективное исследование 89 гистероскопий и морфологических заключений показали чувствительность и специфичность гистероскопии 90% и 44,4% соответственно при диагностике патологии эндометрия, сопровождавшейся кровотечением. Рак эндометрия был диагностирован в 4 случаях, что составило 4,0%. В 2 случаях диагноз опухоли ставился на основании данных гистероскопии, и морфологического подтверждения, а в 2 случаях – только на основании морфологического исследования.

На основании собственных исследований подтверждаем факт проникновения жидкости в позадиматочное пространство, а так же возможность возникновения диагностических сложностей при проведении дифференциальной диагностики эндометрия в фазе поздней секреции, гиперплазированного эндометрия и аденокарциномы эндометрия, особенно с учетом возможного сочетания их. Отсутствие систематизированных данных о влиянии гистероскопии на отдаленные результаты лечения рака эндометрия, а также изменение стадии заболевания в сторону утяжеления в связи с проведением гистероскопии, и возможности имплантации опухолевых клеток в брюшной полости подтверждают тезис о необходимости онконастороженности при проведении гистероскопии. Для определения пациенток группы риска по диссеминации не выявленных перед гистероскопией случаев рака эндометрия необходимо обязательное проведение вакуум биопсии эндометрия и последующего цитологического исследования материала.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА НИЖНИХ ОТДЕЛОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН при ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЦЕРВИЦИТОМ

Коваль Е.А. (Челябинск)

Эктопия цилиндрического эпителия шейки матки (ЭШМ) является самым частым из фоновых заболеваний шейки матки, имеет тенденцию к затяжному течению, нередко рецидивирует и при неблагоприятных результатах лечения приводит к нарушению репродуктивной и менструальной функции, развитию предраковых процессов шейки матки.

Цель исследования: изучение особенностей микробного пейзажа нижних отделов репродуктивного тракта у женщин при осложненных формах ЭШМ, ассоциированной с хроническим цервицитом (ХЦ).

Под наблюдением находились 104 женщины с ЭШМ, ассоциированной с ХЦ различной степени активности воспалительного процесса. При этом у 20 (19,2%) из них при гистологическом исследовании биоптатов экзоцервикса диагностирован стационарный эндоцервикоз, у 16 (15,3%) – прогрессирующий эндоцервикоз, у 68 (65,3%) – эпидермизирующийся эндоцервикоз. Всем пациенткам проводили бактериоскопическое и культуральное исследование содержимого влагалища и цервикального канала. Поиск хламидий, уреаплазм, микоплазм, герпес-вирусной инфекции осуществляли методами ПЦР и ПИФ, кроме того, применяли метод ПЦР для детекции ВПЧ 16,18 типов в эпителии шейки матки. Микроскопическую характеристику биоценоза влагалища проводили согласно классификации Е.Ф. Кира (1995).

Результаты исследования показали, что в целом, при ЭШМ, ассоциированных с ХЦ, превалируют 3-й и 4-й типы биоценоза влагалища. При изучении микробного пейзажа цервикального канала были выявлены разнообразные микроорганизмы, при этом преобладала микробная флора, ассоциированная с бактериальным вагинозом. Так, Gardnerella vaginalis обнаружена у 47 (45,19%) пациенток, микоплазма - у 4 (3,8%), Peptostreptococcus anaerobius productis, Bacteroides urealiticus, Clostridium butyricum - у 5 (4,8%) женщин. Дрожжевые грибы рода Candida зарегистрированы в 35 (33,65%) случаях, энтерококки – в 5 (4,8%), клебсиеллы в 4 (3,8%) наблюдениях. Кишечная палочка выявлена в 12 (11,53%) случаях. У каждой 4-ой пациентки обнаружены хламидии, микоплазмы или уреаплазмы, нередко в ассоциации со стрептококковой флорой. С такой же частотой выявляли и вирусную генитальную инфекцию, причем ВПЧ-инфекция существенно превалировала.

Исследования показали, что различные морфологические варианты ЭШМ, ассоциированной с ХЦ, имеют не только морфологические, но и микробиологические особенности. Так, для пациенток со стационарным и эпидермизирующимся эндоцервикозом характерно преобладание III типа биоценоза влагалища, а в цервикальном канале превалируют Gardnerella vaginalis и Candida albicans. В то же время при прогрессирующем эндоцервикозе преобладает IV тип биоценоза влагалища, в цервикальном канале, кроме Gardnerella vaginalis и Candida albicans, у каждой третьей женщины выявляются хламидии и ВПЧ, значительно чаще - уреаплазмы и ВПГ. Кроме того,

только при прогрессирующем эндоцервикозе в высоком проценте наблюдений выявляются факультативные и облигатные анаэробы в ассоциациях с другой микрофлорой. Это отражает агрессивность повреждающего воздействия на эпителий шейки матки.

Таким образом, ЭШМ, ассоциированная с ХЦ, в современных условиях развивается на фоне дисбиотических состояний влагалища, инфекций, передающихся половым путем, с превалированием ВПЧ-инфекции.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ПОЛОСТИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДОППЛЕРОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ковальчук Г.В., Рязанов В.В., Мостовая О.Т., Перегудова Е.Л, Иванова Л.И. (Санкт-Петербург)

Целью исследования являлось сравнение результатов ультразвукового исследования с применением цветового допплеровского картирования (ЦДК), энергетического допплера (ЭД), допплерометрии кровотока.

Ультразвуковое исследование проводилось на ультразвуковом аппарате высокого класса Siemens Elegra с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчика.

Материалы и методы. Обследовано 47 женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Ультразвуковое исследование малого таза проводилось в разные фазы менструального цикла. Допплеровская оценка кровотока проводилась по характеристике ЦДК и ДЭ, по линейной скорости кровотока (ЛСК) и индексу резистентности (ИР) в сосудах ножки полипов.

Результаты. У 30 женщин выявлены полипы полости матки и у 17 женщин - субмукозные миоматозные узлы.

Эхографическими критериями полипа полости матки являются: образование овальной или неправильной формы различной эхогенности, отчетливо визуализирующиеся на фоне слизистой, не деформирующий наружный контур эндометрия (базальный слой) и не связан с миометрием. При ЦДК сосуды, питающие полип визуализируются в виде яркоокрашенного пучка. Артерии внутри полипа визуализируются приблизительно в одинаковом проценте наблюдений, как при железистых, так и при фиброзных полипах: в 36,7 и 31,3% соответственно, однако возможность обнаружения венозного кровотока в два раза выше при фиброзном строении (16% по сравнению с 7,2%). При импульсной допплерометрии ЛСК в базальных, спиральных сосудах и сосудах внутри полипа характеризуется низкими скоростями кровотока и низким сосудистым сопротивлением. В сосудах внутри полипа всегда выявляется диастолический кровоток. В артериях внутри железистых полипов индекс резистентности составил 0.54-0.56, а внутри фиброзных 0.47-0.50. Более низкие значения ИР при фиброзном полипе может быть объяснены особенностями микрососудистой сети.

Выводы: Ультразвуковое исследование с использованием трансвагинального датчика и применением допплеровского исследования (цветового допплеровского картирования, энергетического допплера, допплерометрии) в большинстве случаев является информативным и служит дополнительным методом в диагностике полипов полости матки. Оно дает возможность обнаружить патологическое образование, оценить его размеры, топографию, особенности кровоснабжения. Метод позволяет осуществлять контроль за эффективностью лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Ковальчук Г.В., Рязанов В.В., Мостовая О.Т., Перегудова Е.Л., Иванова Л.И. (Санкт-Петербург)

В структуре гинекологической патологии эндометриоз занимает третье место среди заболеваний женских половых органов.

Проблема эндометриоза имеет особую актуальность для молодых женщин, так как заболевание сопровождается значительными нарушениями репродуктивной и менструальной функций.

Установлено, что 30-40% женщин с эндометриозом страдают бесплодием. Многие авторы считают, что частота бесплодия при эндометриозе колеблется от 30-40% до 60-80%. Таким образом, с учетом возрастающей частоты заболевания эндометриоз становится ведущей причиной бесплодия.

Ультразвуковое исследование является основным методом диагностики генитального эндометриоза.

Материалы и методы. Было обследовано 53 женщины в возрасте от 25 до 52 лет. Ультразвуковое исследование малого таза проводилось три раза в разные фазы менструального цикла (до и после месячных, на 14-17 день цикла). Исследование выполнялось на ультразвуковом аппарате высокого класса Siemens Elegra с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчика.

Результаты. Ультразвуковая картина диффузной формы эндометриоза (аденомиоза) специфична. Матка увеличена в размере. Перед и во время месячных размеры матки увеличиваются по сравнению с таковыми в межменструальном периоде. Характерно изменение ее формы – шаровидная матка. Структура миометрия неоднородная за счет множественных эхопозитивных включений (эндометриоидные гетеротопии и участки локального фиброза).

У трех женщин была выявлена локальная форма эндометриоза, которая характеризуется наличием в миометрии одного или нескольких участков пониженной эхогенности с нечеткими неровными контурами, увеличивающиеся в объеме во время месячных. В последствии эти участки становятся гиперэхогенными, то есть фиброзируются.

В 70% случаев изменение миометрия сопровождалось наличием эндометриодных кист. У 29 женщин в одном из яичников определялось одиночное жидкостное образование правильной округлой формы с толстыми стенками (от 2 до 7 мм). Содержимое кисты неоднородное вследствие множественных тонких эхопозитивных включений различной формы. Эти включения имеют диффузный характер, и сливаясь друг с другом, формируют своеобразную «нежную» мелкоячеистую структуру. У 6 женщин эндометриоидные кисты лоцировались в обоих яичниках. Наблюдение в пределах одного цикла позволяет зарегистрировать увеличение объема полости кисты во время или сразу после месячных, вызванного свежим притоком крови.

Выводы: Динамическое ультразвуковое исследование с использованием трансвагинального датчика имеет высокую диагностическую ценность при постановке диагноза генитального эндометриоза, что позволяет своевременно выбрать правильный вид консервативного или оперативного лечения.

ГИПЕРЛЕПТИНЕМИЯ У ДЕВОЧЕК, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ С РОЗОВЫМИ СТРИЯМИ

Коваренко М.А.,.Петрищева М.С., Бодавели О.В. (Новосибирск)

Актуальность: ожирение с розовыми стриями у девочек-подростков рассматривается большинством исследователей как фактор риска репродуктивных нарушений в будущем. В то же время, взаимосвязи между отдельными звеньями патогенеза этого заболевания до сих пор до конца не изучены.

Цель исследования: изучение взаимосвязей уровня лептина сыворотки с показателями липидного обмена у девочек, страдающих ожирением с розовыми стриями.

Материалы и методы. Обследовано 117 девочек в возрасте 8-17 лет, в том числе 92 пубертатного возраста, 25 - допубертатного. Критерием включения в исследование являлось превышение 95 перцентили индекса массы тела (ИМТ) для соответствующего возраста. Группу сравнения составили 50 мальчиков, сопоставимых по возрасту и степени ожирения. Проведено общеклиническое и биохимическое обследование с оценкой липидного спектра. Уровень лептина определялся иммуноферментным методом тест-системами фирмы «DRG Internetional, Inc.» (США). Данные представлены в виде: медиана (25 перцентиль; 75 перцентиль). Корреляционная связь выявлялась методами непараметрического анализа с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Оценка достоверности различий проводилась по критерию Манна-Уитни.

Результаты. Достоверной разницы между уровнями лептина у девочек [41,9 (13,6; 37,6) нг/мл] и мальчиков группы сравнения [30,2 (14,0; 31,9) нг/мл] не обнаружено (p=0,36). Разница между уровнями лептина у девочек в пубертатном периоде [33,07 (12,8; 36,36)] и допубертате [51,7(13,8; 40,5)] так же оказалась статистически незначимой (p=0,97).

В группе девочек с гиперлептинемией (лептин > 6) обнаружена слабая, но достоверная положительная корреляция между уровнями лептина и ЛПНП (R=0,36; p=0,0036). Корреляции уровня лептина с другими показателями липидного спектра не обнаружено.

Выводы: Обнаружение корреляционной связи гиперлептинемии с ростом атерогенных фракций липидов у девочек в детском возрасте, задолго до клинической манифестации процессов атерогенеза, может иметь существенное прогностическое значение и требует дальнейшего исследования.

МАСТОПАТИЯ (ФИБРОЗНО-КИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ): ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Коган И.Ю. (Санкт-Петербург)

В настоящее время мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь) представляет собой наиболее распространённое заболевание молочных желёз у женщин репродуктивного возраста. Организационные, методологические, лечебно-диагностические проблемы мастопатии в России носят ярко выраженный междисциплинарный характер. У части пациенток развитие заболевания сопровождается выраженной клинической симптоматикой, снижающей качество их жизни. Некоторые её варианты являются факторами риска для развития рака молочной железы. Как отдельное заболевание мастопатия описана в 19 веке. В течение почти ста лет шло накопление морфологических, клинических данных об этом заболевании; были предложены некоторые патогенетические теории его возникновения; предпринимались попытки создания клинико-морфологической классификаций. Однако трудность их построения определялась отсутствием соответствия между морфологической картиной и клинической симптоматикой. Развитие заболевания характеризуется нарушением гармоничного соотношения между железистым и соединительнотканным компонентами органа, свойственного определённому этапу его онтогенетического развития. При этом наличие эпителиальной пролиферации является важнейшим признаком ФКБ, имеющим, в том числе, прогностическое в плане последующего развития рака молочной железы, значение.

Основные патогенетические механизмы развития заболевания связаны с воздействием половых стероидных гормонов и локальных факторов, обладающих ауто-и паракринным действием на активность пролиферации и апоптоза эпителия и соединительную ткань. Результаты иммуногистохимических исследований позволили выявить вовлечённость в механизмы развития пролиферативных форм заболевания факторов, участвующих в регуляции апоптоза (белков p53 и Mcl-1), а также особенности экспрессии белка PCNA, характеризующего пролиферативный потенциал клеток.

Количественный подход к оценке эхографичеких изображений молочной железы позволил установить возрастную динамику изменения толщины паренхимы молочной железы у здоровых женщин, а также выявить величины данного показателя, характерные для фиброзно-кистозных изменений в молочной железе. С помощью допплерометрии выявлены величины количественных и качественных показателей кровотока в собственных артериях молочной железы, характеризующие сосудистое сопротивление в её тканях при непролиферативной и пролиферативной формах заболевания.

ЭКСПРЕССИЯ Ki67, p16INK-4a И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА

Козаченко А.В., Адамян Л.В. (Москва)

До настоящего времени одной из главных проблем в диагностике дисплазии покровного эпителия шейки матки и микроинвазивного рака этого органа является отсутствие достоверных критериев, позволяющих объективизировать полученные патоморфологические данные. В последнее время наметилось некоторое продвижение на пути решения этой проблемы благодаря появлению ряда маркеров, характеризующих пролиферативную активность клеток, к числу которых относится белок Ki67, играющий роль своеобразного «таймера» в цикле деления клетки. Благодаря иммуногистохимической детекции ингибитора циклин-зависимых киназ p16INK4a методически доступно изучение патогенеза ВПЧ-инфекции.

В ГУ НЦ АГиП РАМН была изучена экспрессия Ki67 и p16INK-4a на парафиновых блоках 80 больных микрокарциномой шейки матки (стадии IA1 или IA2 по классификации FIGO). В результате иммуногистохимических исследований на Ki67 было обнаружено, что при всех степенях дисплазии число клеток, положительно реагирующих на Ki67, определенно увеличивалось по сравнению с нормой. Микроскопически при этом формировались два типа структур. В одних случаях очаги дисплазии в покрове, независимо от их степени, имели изолированно-гнездный вид и были отделены друг от друга участками эпителиального покрова, в которых Ki67-положительные клетки лежали только в парабазальных слоях. В других редко встречающихся случаях число клеток с Ki67-положительными ядрами постепенно нарастало, они выявлялись в самых разных слоях покрова и концентрировались в очагах дисплазии. При дисплазии I степени частота Ki67-положительных ядер колебалась от 10% до 30%. Все они были преимущественно сосредоточены парабазально, редко выходя за пределы этого слоя. В очагах дисплазии II степени число клеток с положительно окрашенными по Ki67 ядрами нарастало и составляло 30-50%. Лишь в единичных случаях были выявлены очаги дисплазии II степени в покровном плоском эпителии, содержащие 70% положительно реагирующих ядер. Для этой степени дисплазии характерным являлось нарастание числа Ki67-положительных ядер в разных слоях покровного эпителия. При дисплазии III степени частота клеток с ядрами, положительно реагирующими на Ki67, была очень высокой. Она колебалась от 50% до 90% и, самое главное, положительно реагирующие клетки выявлялись во всех, особенно наружных, ороговевающих слоях покрова. Следует отметить, что вовлечение новых клеточных популяций в группы положительно реагирующих на Ki67 клеток происходило преимущественно выше парабазальных слоев. Клетки базального слоя порой вовсе не содержали Ki67-положительных ядер, несмотря на высокую степень дисплазии. При микроинвазии мелкие отпочковывающиеся группы клеток содержали почти 100% Ki67-положительных ядер. По мере нарастания инвазии и роста рака вглубь стромы Ki67-положительные клетки волнообразно и зонально чередовались с прослойками опухолевых клеток, содержащих Ki67-отрицательные ядра.

В ходе изучения экспрессии белка p16INK4a при разных степенях дисплазии реакция на p16INK4a имела также разный вид. При дисплазии I окраска была слабой, красились в основном клетки, лежащие базально-парабазально. При дисплазии II степени положительно реагирующие клетки также находились в этих слоях, но

с распространением на нижние 2/3 покровного эпителия. В очагах дисплазии III степени в основном наблюдалась интенсивная смешанная окраска без вовлечения клеток наружного слоя покровного пласта. В акантотических структурах, независимо от того, какими клетками они представлены – доброкачественными или злокачественными – ороговевающие клетки никогда не красились на p16INK4a. Аналогичным образом, отрицательную иммунореактивность к p16INK4a проявляли клетки в составе так называемых «раковых жемчужин» в инвазивном раке. По нашим данным, на окрашенных на p16INK4a препаратах гораздо легче отличить истинную инвазию с деструкцией стенки цервикальной железы от врастания плоскоэпителиальных клеток в ее просвет. При истинной деструкции, когда опухолевые клетки обрастали железу, контраст между окрашенным пластом плоского эпителия, расположенным кнаружи от железистых клеток, и неокрашенными железами точно определял их топографические взаимоотношения и, тем самым, помогал в установлении факта инвазивного роста.

Таким образом, детекция антигена p16INK4a способствует четкому выявлению подозрительных на диспластические или неопластические изменения участков в визуально неизмененном эпителиальном покрове, помогает отличать диспластически измененные клетки от дистрофических. Принцип оценки числа пролиферирующих клеток с помощью определения экспрессии Ki67 устраняет субъективные представления о степени пролиферации клеток, позволяет объективно выделить истинный диспластический процесс на фоне воспалительных изменений.

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ В КЛИНИКЕ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Козаченко И.Ф., Арсланян К.Н., Сашин Б.Е. (Москва)

Консервативная терапия является важным этапом в лечении и реабилитации пациенток с различными формами недержания мочи, и направлена на обеспечение удержания мочи, восстановление нормального акта мочеиспускания, предупреждение снижения функции почек, а также повышение качества жизни пациенток, страдающих недержанием мочи. К методам консервативной терапии относят нормализацию общего состояния пациентов, ликвидацию причин, ведущих к повышению внутрибрюшного давления, лечение атрофических вагинитов, медикаментозную коррекцию, лечебную физкультуру, физиотерапию, использование паллиативных средств (тампоны, прокладки, пессарии, уретральные обтураторы).

В отделении оперативной гинекологии ГУ НЦ АГиП РАМН было проведено обследование и лечение 217 женщин, страдающих недержания мочи, в том числе в сочетании с различными гинекологическими заболеваниями. Выбор метода лечения зависел от результатов обследования, так 144 пациенткам со стрессовым или комбинированным недержанием мочи проводилось сочетанное лечение, включающее хирургическое (операции TVT, TOT, TVT-O) и консервативное лечение, 73 пациенткам с ургентным недержанием мочи проводилось только консервативное лечение.

На первом этапе обследования и лечения у всех пациенток с недержанием мочи исключали инфекцию мочевых путей. В случае ее выявления после определения возбудителя инфекции и чувствительности к антибиотикам проводилась антибиотикотерапия. С целью профилактики инфекции мочевых путей после проведения уродинамического исследования всем пациенткам назначали Монурал 3 г однократно.

В предоперационном периоде пациенткам с недержанием мочи и опущением половых органов при наличии декубитальных язв назначали антибиотики (синтомициновый линимент 5%,), биогенные стимуляторы (солкосерил 5% мазь). Для улучшения трофики урогенитального тракта проводилась локальная ЗГТ препаратом «Овестин» (эстриол 0,25-0,5 мг в виде свечей или крема). Он применялся при наличии изолированных урогенитальных расстройств, абсолютных противопоказаний к системной терапии, при нежелании женщины принимать системную ЗГТ. Необходимо отметить, что локальное введение эстриола не имеет противопоказаний, побочных эффектов и может применяться длительно. Больным, которым предстоли реконструктивно-пластические операции на тазовом дне, до операции с целью подготовки кишечника назначали слабительные средства с осмотическими свойствами (фортранс или форлакс по 3 пакета в день в течение 1-2 дней до операции).

При наличии смешанного или императивного недержания показано назначение модуляторов негормональных рецепторов мочеполового тракта. При нестабильности детрузора применяли М-холинолитики («Детрузитол» по 2 мг два раза в день или «Дриптан» по 5 мг два раза в день), при нестабильности уретры и/или инфравезикальной обструкции – α1- адреноблокаторы («Омник» по 0,4 мг в день или «Сетегис» в подобранной дозировке). В этих ситуациях были также эффективны центральные физиотерапевтические воздействия, оказывающие нейрокоррегирующее действие.

При наличии гипотонии и сниженной сократимости мочевого пузыря назначали препараты, повышающие тонус мочевого пузыря – убретид по 1 таблетке в день за 30 минут до завтрака.

Необходимо отметить, что для эффективного лечения симптома гиперактивного мочевого пузыря необходимо не только блокировать рецепторный аппарат детрузора, но и улучшить кровообращение органов малого таза, в частности органного кровообращения мочевого пузыря, что позволяет улучшить трофику мочевого пузыря, повысить его чувствительность к указанным выше препаратам. С этой целью назначали Трентал по 1 таблетке 3 раза в день и Троксевазин по 1 таблетке 2 раза в день, а также электроимпульсные воздействия на область нижних мочевых путей.

В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась традиционная ранняя восстановительная физиотерапия (низкочастотная магнитотерапия, светолечение), при наличии гипотонии или атонии мочевого пузыря в послеоперационном периоде проводилась электростимуляция мочевого пузыря (аппарат «Электронейростимулятор ОМНИСТИМ-02») по индивидуально подобранным программам. При необходимости проводилась санация мочевых путей водным раствором фурацилина 0,02%, также используются фитопрепараты с противомикробным и диуретическим действием (канефрон по 2 драже 3 раза в сутки).

Всем пациенткам после операции были даны рекомендации по профилактике рецидива заболевания (поведенческая терапия, соблюдение диеты, похудение при ожирении, ликвидация причин, ведущих к повышению внутрибрюшного давления, лечебная физкультура и т.д.).

Нехирургические воздействия представляют первый этап коррекции всех типов недержания мочи, так как не только обладают лечебным эффектом, но и несут диагностическую информацию, позволяющую выработать строгие показания к хирургическому вмешательству и прогностически оценить его эффективность.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ФЕРРО-ФОЛЬГАММА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ПРИ ЮВЕНИЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Коколина В.Ф. (Москва)

Одной из наиболее частых форм нарушения функции репродуктивной системы в период полового созревания являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), на долю которых приходится 20-30% всех гинекологических заболеваний у детей.

Лечение ЮМК, по мнению многих исследователей, должно быть комплексным и предусматривать как остановку кровотечения, так и нормализацию менструальной функции в будущем.

Общепринятой является точка зрения, согласно которой при выборе метода лечения должны учитываться интенсивность кровотечения, степень анемии, особенности физического и полового

развития, время начала менструаций, календарный возраст, предполагаемая причина кровотечения, гормональный фон.

ЮМК могут сопровождаться вторичной постгеморрагической анемией, нарушениями со стороны свертывающей и антисвертывающей систем крови. Данные разных исследователей о состоянии системы гемостаза при ЮМК противоречивы. Одни авторы не обнаруживают достоверных изменений в свертывающей системы крови, другие - указывают на нарушения фибринолиза, третьи - описывают вторичные изменения в системе гемостаза в зависимости от интенсивности кровотечений и продолжительности заболевания.

В настоящее время не вызывает сомнений, что лечение ЮМК следует начинать со снятия отрицательных эмоций, создания физического и психического покоя, рациональной терапии инфекций и интоксикаций, соблюдения правильного режима труда и отдыха с рациональным, обогащенным витаминами питанием. Учитывая частый центральный генез ЮМК, девочкам обязательно назначают комплекс мероприятий, направленных на устранение нарушений со стороны ЦНС (психотерапия, диатермия области промежуточного мозга, электрофорез с бромом и кальцием, использование малых доз транквилизаторов, ноотропов).

С целью гемостаза пациенткам с ЮМК в первые дни пребывания в стационаре рекомендуют проведение симптоматической консервативной терапии, включающей:

сокращающие матку средства;

кровоостанавливающие и укрепляющие сосудистую стенку препараты (хлорид кальция, глюконат кальция, викасол, дицинон);

отвары, настои, экстракты лекарственных растений (крапива, водяной перец, тысячелистник, пастушья сумка, калина, корень или трава кровохлебки), оказывающие комплексное действие (отдельно либо в составе кислородных коктейлей);

микроэлементы в сочетании с аскорбиновой кислотой;

антигистаминные препараты при аллергических и инфекционно-аллергических заболеваниях;

препараты железа при постгеморрагических железодефицитных анемиях;

Показателем к иглорефлексотерапии является ЮМК без анемии или с легкой степенью анемии в 10-13 лет, без выраженных нарушений гормонального статуса в 14-17 лет. Рецидивирующие ЮМК, наличие анемии средней или тяжелой степени, коагулопатии у самих девочек или их матерей рассматриваются в качестве противопоказаний к использованию этого метода.

При неэффективности симптоматической консервативной терапии показан гормональный гемостаз с использованием комбинированных эстраген-гестагенных препаратов. Показаниями для назначения гормональной терапии при ЮМК являются:

маточные кровотечения, угрожающие жизни больной;

тяжелая анемия с продолжающимися обильными маточными кровотечениями;

отсутствие эффекта от проводимого негормонального лечения;

рецидивирующее течение заболевания.

При неэффективности гормональной терапии и продолжающихся кровяных выделениях показаны гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание. При гистероскопии в матке могут быть обнаружены железисто-кистозная гиперплазия эндометрия полип эндометрия, аденомиоз.

Как уже отмечалось, при постгеморрагических железодефицитных анемиях, обусловленных ЮМК, больным назначают препараты железа (Ферро-Фольгамма, Фералатум, Ферроплекс и др.).

При их выборе необходимо учитывать несколько факторов. Поскольку из желудочно-кишечного тракта ионизированное железо всасывается только в двухвалентной форме и в этом процессе важную роль играет аскорбиновая кислота очень важно ее наличие в препарате. Существенная роль в гемопоэзе принадлежит фолиевой кислоте усиливающей нуклеиновый обмен. Для нормального метаболизма фолиевой кислоты необходим цианокобаламин, являющийся основным фактором при образовании ее активной формы. Дефицит этих веществ, часто наблюдаемый при постгеморрагических анемиях приводит к нарушению синтеза ДНК в кроветворных органах, а их включение в состав лекарственных препаратах увеличивает активную абсорбцию железа в кишечнике, его дальнейшую утилизацию, а также высвобождение дополнительных количеств трансферрина и ферритина. К числу таких лекарственных средств относится комплексный антианемический препарат Ферро-Фольгамма, содержащий 100 мг железа (II) сульфата безводного, 5 мг фолиевой кислоты, 10 мкг цианкобаламина и 100 мг аскорбиновой кислоты. Активные компоненты Ферро-Фольгаммы находятся в специальной нейтральной оболочке, обеспечивающей их всасывание главным образом в верхнем отделе тонкой кишки. Отсутствие местного раздражающего действия на слизистую оболочку желудка способствует хорошей переносимости препарата со стороны желудочно-кишечного тракта.

С целью оптимизации методов лечения ЮМК нами было проведено исследование, включавшее 35 страдающих этим заболеванием пациенток в возрасте 11-17 лет. В зависимости от интенсивности анемии они были разделены на 3 группы: I группа - с уровнем гемоглобина 100-120г/л; II группа - 90 100 г/л; III группа - от 20 до 80 г/л. В анамнезе у больных II и III групп отмечались носовые кровотечения, III группы — кровоточивость при прорезывании и смене зубов, а также кожный геморрагический синдром в виде экхимозов и петехии. Изучение наследственности позволило выявить, что у девочек с ЮМК имела место кровоточивость по материнской линии, проявляющаяся в виде обильных и продолжительных менструации у матерей, геморрагического синдрома (носовые кровотечения экхимозы на голенях). При лабораторном клиническом обследовании матерей больных у них были диагностированы геморрагический диатез, болезнь Виллебранда, тромбастения. Особый интерес представляет изучение гемостаза у пациенток III группы. У всех этих больных кровотечения были обильными и сопровождались выраженной вторичной постгеморрагической анемией. У 13,2% больных из II и III групп при коагулогическом обследовании был диагностирован геморрагический диатез.

У пациенток с ЮМК имело место зависимое от степени анемии снижение уровня гемоконцентрации. Так у девочек I группы гематокрит был в среднем снижен на 8% по сравнению с контролем, причем у большинства из них величина этого показателя составляла 33-35%. Только у 11,8% больных было зарегистрировано снижение гематокрита до 31%. Во II группе гематокрит снижался в среднем на 24%, у 3/4 больных его величина варьировала в пределах от 27% до 29%. Особенно низкие показатели уровня гемоконцентрации были зарегистрированы в III группе. Величина гематокрита в этой группе, по сравнению с контролем, снижалась в среднем на 41% и составляла у большинства больных 21-23%.

Количество эритроцитов уменьшалось пропорционально возрастанию степени анемии. В то же время, при умеренной и, особенно, тяжелой анемии уменьшение числа эритроцитов не соответствовало степени падения гематокрита. Если в I группе как число эритроцитов, так и гематокрит снижались в среднем на 8%, то при анемии средней степени тяжести (II группа) количество эритроцитов было на 16% ниже, чем у здоровых, а гематокрит — на 24%. В III группе количество эритроцитов уменьшалось на 35%, а гематокрит - на 41%.

Всем больным проводили комплексное лечение ЮМК, включавшее симптоматическую консервативную терапию с использованием рассмотренных выше подходов и, при необходимости, гормональную терапию синтетическими прогестинами. В качестве средства лечения железодефицитной анемии пациенткам назначали Ферро-Фольгамму по 1 капсуле 2 раза в день до еды.

Применение Ферро-Фольгаммы на фоне комплексной терапии ЮМК привело к почти полному восстановлению уровня гемоглобина и других показателей общего гемостаза у 90,1% пациенток I группы и 87,6% больных II группы через 4-5 недель после начала лечения. У большинства девочек из III группы уровень гемоглобина нормализовался через 16-17 недель.

У наблюдавшихся нами больных комплексная терапия ЮМК приводила к существенному улучшению реологических и коагуляционных свойств крови. В частности, такое лечение приводило к повышению уровня факторов VIII, IX и XII свертывания, умень-

шению агрегационной активности эритроцитов и прочности образующихся эритроцитарных агрегатов (на 33%). После остановки кровотечения коагуляционный потенциал крови терял на фоне симптоматической терапии выраженную разнонаправленность - в большинстве случаев его показатели приближались к таковым у здоровых девочек. Одновременно происходила нормализация числа тромбоцитов и их агрегационной активности. Изменения концентрации фибриногена зависели от его исходного уровня: при гипофибриногенемии она повышалась, а при гиперфибриногенемии, напротив, понижалась. Тромбоэластограммы, выполнявшиеся у включенных в исследование больных, отражали общую тенденцию нормализации коагуляционного потенциала крови. Характерно, что сохранение изменений со стороны параметров. Тромбоэластограммы после прекращения кровотечения ассоциировалось с их рецидивами, что требовало назначения гормональной терапии синтетическими прогестинами. Можно предполагать, что нормализация агрегатного состояния крови является показателем эффективности симптоматической терапии ЮМК. Очевидно, что восстановление микроциркуляторной гемодинамики способствует остановке маточного кровотечения.

Таким образом, адекватность лечения ЮМК обеспечивается применением комплекса терапевтических мероприятий, воздействующих на различные проявления этого заболевания. В качестве эффективного противоанемического средства можно рекомендовать включение в этот комплекс препарата Ферро-Фольгамма.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ АКТИВАЦИИ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК ЭНДОМЕТРИЯ И ПРОДУКЦИИ ИМИ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИМОМОЙ МАТКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕМПАХ РОСТА ОПУХОЛИ

Колганова И.А., Малышкина А.И. (Иваново)

К настоящему времени показано, что развитие миомы матки происходит на фоне выраженных изменений локальной продукции различных факторов роста, таких как ЭФР, ФРФ, ТФРβ. Известно, что основными продуцентами цитокинов, регулирующих процессы клеточной пролиферации и роста, являются клетки иммунной системы. Работы последних лет свидетельствуют о значительных нарушениях функционального состояния иммунокомпетентных клеток у женщин с лейомиомой матки, которые особенно ярко проявляются на уровне эндометрия. Поэтому для уточнения патогенетических механизмов, лежащих в основе формирования миомы матки и определяющих темп ее роста, особое значение имеет изучение уровня активации иммунокомпетентных клеток эндометрия и характера продукции ими цитокинов.

Целью нашего исследования было установить особенности параметров, характеризующих функциональное состояние иммунокомпетентных клеток эндометрия, а также выявить их взаимосвязь с характером продукции цитокинов в эндометрии женщин с миомой матки при различных темпах роста опухоли.

Материал и методы исследования. В исследование включены 103 женщины позднего репродуктивного возраста с интерстициальной миомой матки, из них 42 больные имели миому матки стабильно малых размеров (общие размеры матки не превышали 12 недельного срока беременности и в течение предшествующего года наблюдения не было отмечено роста опухоли), 61 женщин имели быстрорастущую миому с общими размерами матки 12 недель и более и темпом роста 4-5 недель беременности и более за год наблюдения. Группу контроля составили 14 здоровых, фертильных женщин. Материалом для исследования служили биоптаты эндометрия, полученные на 3-5 день менструального цикла при раздельном диагностическом выскабливании, которому предшествовало обязательное проведение гистероскопии для исключения внутреннего эндометриоза. У женщин контрольной группы биопсия эндометрия проводилась перед введением ВМС. Выделение мононуклеарных клеток (МНК) из эндометриальной ткани производили механическим безферментативным методом с последующим центрифугированием в градиенте плотности фиколл-верографина. Для оценки уровня активации эндометриальных лимфоцитов определяли фенотип клеток с помощью моноклональных антител («Клоноспектр», Москва) методом проточной цитометрии Функциональное состояние эндометриальных макрофагов оценивали в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте. Для изучения продукции цитокинов в эндометрии получали супернатанты (СН) 24-часовых нестимулированных культур эндометриальных МНК. Содержание основного фактора фибробластов (о-ФРФ) и интерлейкина –2 (ИЛ-2) в СН мононуклеарных клеток эндометрия определяли методом ИФА с использованием коммерческих тест-систем Biosorce (USA) и Bender MedSystems (Austria, Europe).

При анализе данных было установлено, что для эндометрия женщин с миомой матки стабильно малых размеров было характерно повышенное по сравнению с нормативными значениями содержание активированных лимфоцитов с фенотипом CD25+. В то же время изменений в экспрессии других активационных маркеров лимфоцитов, таких как CD71 и HLA-DR молекул, у женщин данной группы нами не отмечалось. Отличительной особенностью функционального состояния макрофагов эндометрия женщин с миомой матки малых размеров было достоверное снижение показателей как спонтанной, так и стимулированного НСТ-теста. Изучение продукции цитокинов in vitro показало, что содержание ИЛ-2 в СН МНК эндометрия женщин с миомой матки стабильно малых размеров не имело достоверных отличий от показателей контрольной группы, тогда как уровень о-ФРФ был резко снижен.

Изменения иммунологических параметров в эндометрии женщин с быстрорастущей миомой матки имели свои особенности. Так, для эндометриальных лимфоцитов женщин этой клинической группы наблюдения нами отмечалось выраженное повышение экспрессии маркеров и ранних (CD25), и поздних стадий активации клеток (CD71, HLA-DR) как по сравнению с показателями здоровых женщин, так и по сравнению с показателями женщин с миомой матки стабильно малых размеров. Отличительной особенностью эндометрия женщин с быстрорастущей миомой матки было значительно повышение уровня CD16+ ЕК лимфоцитов. В то же время изменений параметров функционального состояния клеток фагоцитарного ряда в эндометрии женщин с быстрорастущей миомой матки нами выявлено не было. В СН эндометриальных МНК женщин с быстрорастущей миомой матки было достоверно повышено содержания ИЛ-2, тогда как уровень о-ФРФ не имел статистически значимых отличий от показателей контрольной группы.

Таким образом, изменения иммунологических параметров и продукция цитокинов в эндометрии женщин с лейомимомой матки имели четко выраженную взаимосвязь с темпом роста миомы матки. Так, отсутствие роста лейомиомы сочеталось с умеренной активацией эндометриальных лимфоцитов и значительным угнетением функции клеток фагоцитарного ряда. При этом уровень продукции ИЛ-2, который оказывает прямое стимулирующее воздействие на лимфоциты, существенно не изменялся, что согласуется с отсутствием ярко выраженных изменений фенотипического и активационного профиля эндометриальных лимфоцитов у женщин с миомой матки стабильно малых размеров. В то же время снижение параметров активации эндометриальных макрофагов у женщин данной клинической группы сопровождалось резко выраженным угнетением продукции о-ФРФ, фактора роста, имеющего фагоцитарное происхождение. Складывается впечатление, что подавление активности эндометриальных макрофагов, проявляющееся в угнетении выработки ферментов с биоцидным действием и снижении продукции цитокинов и факторов роста, может быть одним из факторов, препятствующих быстрому увеличению размеров миомы матки. Быстрый рост опухоли сопровождался резким повышением уровня активации эндометриальных лимфоцитов и значительным увеличе-

нием в эндометрии пула ЕК клеток. Параллельно нами было выявлено увеличение продукции эндометриальными лимфоцитами ИЛ-2. При этом значительных изменений параметров функционального состояния и уровня продукции цитокинов клетками фагоцитарного ряда в эндометрии женщин с быстрорастущей миомой матки нами не отмечалось. Как известно, кроме стимулирующего воздействия на лимфоциты, ИЛ-2 способствует созреванию и дифференцировки ЕК клеток, участвуя в развитии ЛАК-опосредованной цитотоксичности. Вероятно, усиление синтеза и продукции ИЛ-2 приводит к активации иммунных реакций клеточного типа, что может быть одной из причин развитии локального воспаления, являющегося триггерным фактором для быстрого роста миомы матки.

Работа поддержана грантами Президента РФ по государственной поддержке научных школ НШ - 2245.2003.4 и молодых кандидатов наук МК-1270.2004.7.

ПРИ КАКОЙ ВЕЛИЧИНЕ МИОМЫ МАТКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ?

Конджария Г.Д., Бугеренко А.Е. (Москва)

Применение лапароскопического доступа для выполнения суправагинальной гистерэктомии при величине матки до 12 недель в настоящее время является рутинной процедурой в ведущих клиниках. В последнее время появились сообщения о выполнении данного вмешательства при миоме матки больших размеров.

В нашей клинике было выполнено 100 лапароскопических надвлагалищных ампутаций у пациенток с миомой матки размерами от 13 до 20 недель беременности (основная группа). В контрольные группу были отобраны 100 пациенток с миомой матки менее 12 недель, также оперированных лапароскопическим доступом.

Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту, данным анамнеза, состоянию соматического здоровья, отсутствию сопутствующей гинекологической патологии.

Возраст пациенток составил от 35 до 47 лет. На догоспитальном этапе проводилось стандартное обследование, включающее трансабдоминальное и трансвагинальное УЗ-исследование, которое позволяло уточнить размеры, локализацию и структуру миоматозных узлов. Как в основной, так и в контрольной группе были выявлены миоматозные узлы различной локализации, единичные и множественные.

Лапароскопическое вмешательство пациенткам как основной, так и контрольной групп выполнялось по трехпункционной методике с применением маточного манипулятора «Клермон» и использованием техники «окна» в заднем листке широкой маточной связки с целью уменьшения риска повреждения мочеточника.

Извлечение макропрепарата из брюшной полости осуществлялось тремя путями: у 3 пациенток основной группы - через расширенную до 4-5 см левую контрапертуру после предварительного рассечения тела матки, отделенного от шейки, на несколько частей; через заднее кольпотомное отверстие – у 27 в основной, у 36 в контрольной; при помощи электроморцеллятора, который вводился или в левую латеральную или в среднюю дополнительные контрапертуры - у остальных пациенток.

Лапароскопии выполнялись только под эндотрахеальным наркозом.

Критериями для оценки служили: продолжительность операции; кровопотеря; время, затраченное на извлечение тела матки; время пребывания в стационаре после вмешательства; количество и характер интра- и послеоперационных осложнений. Анализ наблюдений проводился с учетом общей величины матки, ее подвижности и расположения узлов. Вес удаленного макропрепарата не учитывался, так как при анализе выявилась неудовлетворительная корреляция размеров матки и ее массы (вследствие различной плотности миоматозных узлов).

Продолжительность лапароскопической операции в основной группе составляла от 45 до 155 минут (в 90% наблюдений не более 90 мин.), лапароскопия при величине матки до 12 недель занимала от 30 до 75 мин (в 92% наблюдений не более 45 мин).

Величина кровопотери, как в основной, так и в контрольной группах, была сопоставима и колебалась в пределах от 50 до 600 мл (у 90% пациенток до 100 мл).

На первом этапе исследования при отсутствии морцеллятора у 3 пациенток основной группы при величине матки 15-16 недель удаление матки из брюшной полости было произведено через расширенную до 4-5 см левую контрапертуру. При этом, после рассечения отделенного тела матки в брюшной полости на несколько частей с помощью монополярного электрода, производилось их удаление через минилапаротомное отверстие. Время извлечения препарата при этом колебалось от 10 до 20 мин (в среднем 12 мин). У одной пациентки после такого метода извлечения матки возникла послеоперационная грыжа, в связи с чем от данного пути удаления тела матки из брюшной полости в дальнейшем отказались.

Удаление матки через заднее кольпотомное отверстие проводилось у 27 пациенток основной группы при величине матки 13-15 недель. Время, затраченное на извлечение матки, не превышало 20 мин.

У остальных пациенток основной группы матка размерами больше 13 недель удалялась при помощи электроморцеллятора. Длительность морцелляции колебалась от 15 до 45 минут.

При этом длительность морцелляции коррелировала с величиной матки, возрастая по мере увеличения размеров матки: при 13-14 неделях – не более 35 мин; свыше 16 недель – не менее 35 минут. В контрольной группе продолжительность морцелляции не превышала 30 мин.

При индивидуальном анализе затрат времени на морцелляцию у пациенток основной группы была выявлена прямая зависимость длительности процедуры извлечения матки не только от ее величины, но и от структуры миоматозных узлов. Отечные или узлы повышенной плотности хуже измельчались ножом морцеллятора, с образованием мелких фрагментов, что требовало дополнительное время на их извлечение из брюшной полости. Вследствие этого оказалось, что при размерах матки более 15 недель время, затрачиваемое на морцелляцию было равно, или даже превышало длительность остальных этапов вмешательства.

Наиболее продолжительными были лапароскопические вмешательства при наличии низкорасположенных пришеечных и интралигаментарных узлов. Хронометрический анализ операции выявил, что у таких пациенток основные потери времени (помимо морцелляции) приходились на этапы коагуляции, пересечения маточных сосудов, а также отсечения матки от шейки, что объясняется недостаточной визуализацией ребра матки и меньшей ее подвижностью. При подобной ситуации доступ к сосудистым пучкам и перешейку затруднен.

В 2 наблюдениях при выполнении лапароскопической надвлагалищной ампутации матки размерами 16-17 недель беременности с низко расположенными миоматозными узлами операция осложнилась травмой мочеточника (ожог монополярной коагуляцией). В дальнейшем было выполнено наложение уретроцистонеостомы с благоприятным исходом. У всех пациенток, перенесших лапароскопическое удаление матки величиной до 12 недель осложнений отмечено не было. Длительность пребывания больных в стационаре после проведенной надвлагалищной ампутации матки лапароскопическим доступом составляла 5-6 дней (за исключением 2 пациенток с повреждением мочеточника).

Анализ собственных наблюдений лапароскопической надвлагалищной ампутации матки у пациенток с миомой матки больших размеров позволяет заключить, что лапароскопическая гистерэктомия является операцией высокой степени сложности и может выполняться только высококвалифицированными специалистами. Значительный риск ранения мочеточника у пациенток с большими размерами опухоли при низком, интралигаментарном расположении узлов и ограниченной подвижностью матки делает предпочтительным проведение вмешательства путем чревосечения.

На основании данных нашего исследования можно заключить, что применение лапароскопического доступа для гистерэктомии целесообразно при величине матки не превышающей 15 недель. При размерах матки более 15 недель следует взвешенно подходить к выбору операционного доступа, так как помимо технических сложностей, обусловленных величиной матки, время морцелляции значительно увеличивает длительность вмешательства.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА МАТКИ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИИ

Кондриков Н.И., Могиревская О.А., Самойлова Т.Е., Шамаракова М.В., Аль-Сейкал Т.С., Кулумбекова Л.Т. (Москва)

Лейомиома тела матки является одной из наиболее частых опухолей и диагностируется у 25% женщин позднего репродуктивного возраста и в пременопаузе. Вместе с тем, молекулярные основы развития и роста лейомиомы тела матки остаются недостаточно ясными. Учитывая, что рост миомы происходит под воздействием стероидных гормонов, в последнее десятилетие для блокирования его все чаще применяется медикаментозная терапия.

Цель исследования состояла в изучении структурных особенностей лейомиомы тела матки у женщин, которым перед оперативным лечением назначали антипрогестероновое средство (мифепристон) и антогониста гонадолиберина (оргалутран).

Материалом для исследования служили узлы лейомиомы размерами от 1 х 1,5 см до 8,5 х 10 см и более, удаленные при консервативной миомэктомии у 124 женщин в возрасте 27 – 45 лет, в том числе у 25 женщин, которым перед операцией назначали препарат с антипрогестогенным действием мифепристон (50 мг в день в течение 12 недель) и у 27 – антагонист гонадолиберина оргалутран (п/к по 0,25 мг в день на протяжении 28 дней). У остальных 68 женщин медикаментозная терапия перед миомэктомией не проводилась. Лечение мифепристоном в основном проводили у женщин с лейомиомами диаметром 2,5 – 5 см, оргалутраном – 7–9 см и более. Для морфологического исследования образцы лейомиомы, взятые из центрального и периферического отделов фиксировали в 10% нейтральном формалине и подвергали парафиновой проводке. Депарафинированные срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван Гизону.

У женщин, не получавших медикаментозной терапии при микроскопическом исследовании образцов ткани как центрального, так и периферического отдела лейомиомы, последняя состояла из вариабельного числа мышечных пучков, идущих в различном направлении. Между ними и вокруг гладкомышечных клеток (ГМК) располагалась волокнистая соединительная ткань и относительно немногочисленные кровеносные сосуды, иногда с расширенным просветом. Ткань миометрия отличалась более регулярным расположением пучков ГМК и более интенсивной васкуляризацией.

Несмотря на отсутствие прямой зависимости между морфологическими особенностями узла лейомиомы и его локализацией, вместе с тем, подслизистые узлы нередко характеризовались относительно высоким содержанием ГМК, тогда как субсерозные узлы – тенденцией к повышенному содержанию волокнистой соединительной ткани. Интрамуральным (межмышечным) узлам была свойственна вариабельная картина, что было связано с соотношением гладкомышеного, соединительнотканного и сосудистого компонентов. В узлах лейомиомы в центральном и/или периферическом отделах наблюдались очаговые дистрофические изменения. Отек (в 13% узлов), почти как правило, локализовался вокруг кровеносных сосудов и свидетельствовал о нарушении проницаемости в этих участках опухолевой ткани. Очаги гиалиноза обнаружены в 14% узлов.

У женщин, которым перед оперативным лечением назначали мифепристон при визуальном осмотре узлы лейомиомы не отличались от таковых у женщин, не получавших какой-либо терапии. В результате терапии величина узлов лейомиомы уменьшилась в среднем на 29,3%. При микроскопическом исследовании ткани лейомиомы нередко отмечался гиалиноз (в 43% узлов), который способствовал уменьшению величины гладкомышечных пучков и их расположению на более значительном расстоянии друг от друга. Местами в мышечной ткани, расположенной вблизи гиалиноза отмечались дистрофические изменения клеток в виде вакуолизации цитоплазмы и некроза ядер. Дистрофические изменения ГМК имелись как в участках со слабой васкуляризацией, так и с относительно многочисленными кровеносными сосудами. В части узлов (34%) наблюдали участки отека с разрыхлением соединительной ткани. В каждом третьем узле лейомиомы обнаружены и участки с разрастанием волокнистой соединительной ткани.

Дистрофические изменения составных компонентов лейомиомы наиболее часто (в 2/3 узлов) имелись у женщин, которым перед консервативной миомэктомией назначали оргалутран. При данной терапии узлы лейомиомы сократились в среднем на 22,5%. У 4 женщин отдельные узлы находились в состоянии некроза. Отличительными особенностями узлов данной группы женщин являлись слабая васкуляризация, дистрофические изменения ГМК, разрастание коллагеновых волокон между мышечными пучками и вокруг кровеносных сосудов.

Таким образом, у женщин, которым перед консервативной миомэктомией проводили лечение мифепристоном или оргалутраном, очаговые дистрофические изменения в лейомиомах были более выраженными, чем в опухолевой ткани женщин, не получавших какой-либо терапии. Наиболее выраженными эти изменения были при назначении антагониста гонадолиберина. Вероятно, уменьшение величины лейомиомы при проведении медикаментозной терапии связаны с развитием в ткани опухоли дистрофических изменений. Однако, учитывая механизмы действия лекарственных препаратов, нельзя исключить, что патогенетические основы структурных изменений при назначении мифепристона отличаются от таковых при применении оргалутрана.

КРИОКОНСЕРВАЦИЯ ЭМБРИОНОВ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА, ПОИСК ПУТЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ

Коновальчикова Т.Л., Краснопольская К.В., Калугина А.С., Груненко А.П. (Москва)

Криоконсервация эмбрионов является одной из методик, успешно применяемой в настоящее время во многих клиниках для сохранения эмбрионов, остающихся после переноса в стимулированных циклах ЭКО и открывает ряд дополнительных преимуществ при лечении бесплодия с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий. Под криоконсервацией понимают глубокое замораживание полученных в ходе попытки ЭКО эмбрионов с нормальной морфологией, проводимое по специальной технологии, которая позволяет избежать повреждения эмбрионов физико-химическими факторами в процессе их охлаждения и оттаивания. Вместе с тем, несмотря на существенные достижения в области криоконсервации эффективность программы ЭКО при переносе криоконсервированных эмбрионов ниже, чем для «классического» ЭКО со стимуляцией суперовуляции и переносом эмбрионов в том же цикле, а многие вопросы, касающиеся эффективности и безопасности применения данного метода, остаются открытыми. Нет окончательной ясности в выборе наиболее подходящей для заморозки стадии развития эмбрионов, о выживаемости их после процедуры ИКСИ и криоконсервации, а также выбора оптимальной схемы подготовки эндометрия к переносу криоконсервированных эмбрионов.

В связи с этим целью нашей работы явилось изучение влияния на частоту наступления беременности стадии развития эмбрионов на момент криоконсервации, использования или неиспользования метода ИКСИ для оплодотворения эмбрионов, подвергшихся криоконсервации, а также схем подготовки эндометрия.

В исследование были включены 311 попыток крио-ЭКО, в результате чего 903 оттаявших эмбриона были перенесены в полость матки. Возраст обследованных пациенток в среднем составлял 31,-

4±4,9 года (от 19 до 42 лет). Средняя продолжительность бесплодия - 5,1±3,3 года (от 2 до 14 лет).

Яйцеклетки, полученные в результате пункции после стимуляции суперовуляции, оплодотворяли методом ИКСИ (107 попыток) или инсеминировали спермой мужа (204 попытки). Выбор способа оплодотворения определялся эмбриологом на основании показателей спермограммы. Криоконсервация эмбрионов, имевших нормальную морфологию, производилась на 2 или 3 сутки развития (1555 и 459 эмбрионов соответственно) методом медленного замораживания с использованием сред EmbryoFreeze фирмы FertiPro в соответствии с протоколами замораживания и оттаивания, рекомендованными для этих сред. Всего было криоконсервировано 2014 эмбрионов на стадии раннего дробления. Из них 1011 после оттаивания были жизнеспособными (лизис не превышал 50% бластомеров). Полный лизис эмбрионов наблюдался в 11 (3,4%) попытках крио-ЭКО. Из 661 эмбриона, полученного после инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита, более половины (349) успешно пережили все этапы криоконсервации и были жизнеспособны.

Подготовка эндометрия перед переносом крио-эмбрионов проводилась по двум различным протоколам: с десенситизацией гипофиза аналогами гонадолиберинов и в естественном цикле. Первый протокол применялся у 180, второй – у 131 пациентки.

Было получено 77 беременностей, из них 75 маточных (97,4%) и 2 внематочные (2,6%). Из 75 маточных беременностей 53 (70,7%) были одноплодные, 22 (29,3%) - многоплодные: 17 двоен (22,7% по отношению ко всем маточным беременностям) и 5 троен (6,7%). Две (2,7%) одноплодные беременности перестали развиваться на ранних сроках. При этом 53 (22,5%) беременности наступили в результате переноса эмбрионов, криоконсервированных на 2 сутки, 24 (31,6%) – на 3 день развития, в то же время 47 (23%) – после инсеминации ооцитов и 30 (28%) – в результате ИКСИ. Роды произошли у 63 (81,8%) пациенток, мертворождений, пороков развития, генетических аномалий у детей выявлено не было.

Таким образом, в ходе нашего исследования установлено, что криоконсервация является эффективным способом сохранения неперенесенных в ходе попытки ЭКО эмбрионов для их использования в следующих циклах. Выживаемость эмбрионов после криоконсервации составляет 50,2%; частота наступления беременности после переноса криоконсервированных эмбрионов - 24,76%; уровень имплантации - 11,52%, а частота родов на перенос эмбрионов – 20%. Эффективность программы ЭКО при переносе эмбрионов, замороженных на 3 день развития, достоверно выше таковой при переносе эмбрионов, криоконсервированных на 2 день ($p<0,05$). Применение процедуры ИКСИ не имеет негативного влияния на жизнеспособность эмбрионов после криоконсервации и на эффективность программы крио-ЭКО. Так, уровни выживаемости после замораживания эмбрионов, полученных при оплодотворении ооцитов методом инсеминации или ИКСИ, достоверно не раличались, составив соответственно 48,71% и 52,79% ($p>0,05$). А уровень клинической беременности для эмбрионов, оплодотворенных методом ИКСИ был даже выше, чем при простой инсеминации ($p>0,05$). Эффективность ЭКО при переносе криоконсервированных эмбрионов женщинам, получающим препараты аналогов гонадолиберина, несколько выше, чем при переносе криоконсервированных эмбрионов женщинам в естественном цикле, однако эти различия не имеют статистической значимости ($p>0,05$). Это может быть обусловлено недостаточным количеством выборки и требует дальнейшего исследования.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Константинова О.Д., Черкасов С.В., Кремлева Е.А, Первушина Л.А. (Оренбург)

Обследовано 154 женщины репродуктивного возраста (18-42 года) с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки неспецифической этиологии (ОВПМ). Диагноз воспаления придатков матки верифицирован на основании клинических, эндоскопических, ультразвуковых, лабораторных методов исследования. УЗИ органов малого таза проведено на аппарате "Aloka 4000" Япония с использованием конвексных датчиков: трансабдоминального с частотой 2,5 – 6 мГц и трансвагинального с частотой 2,5 – 7,5 мГц в режиме двухмерной визуализации и цветного допплеровского картирования. Лечебно – диагностическая лапароскопия выполнялась серийным набором инструментов и оборудования для эндоскопии фирмы Karl Storz. Для бактериологического исследования использовали вагинальное отделяемое, цервикальный секрет, перитонеальную жидкость дугласова кармана, содержимое фаллопиевых труб. Выделенные штаммы идентифицированы общепринятыми методами с помощью коммерческих тест-систем фирмы LACEMA(Чехия):»ENTEROtest» (1 и 2), «STREPTOtest», «NEFERMtest», «STAPHYtest», "ANAEROtest". Антилизоцимную (АЛА) и антикомплементарную (АКА) активности, выделенных микроорганизмов определяли по методикам О.В.Бухарина с соавт. (1984,1992).

Острое течение заболевания с яркой клинической симптоматикой, выраженной интоксикацией отмечено у 58,4% пациенток, у 41,6% – заболевание развивалось постепенно и характеризовалось менее яркой клинической картиной. Клиническая картина заболевания характеризовалась высокой температурой тела (37,6-39,5°С) у 54,5% больных, у 30% больных температура была субфибрильной, у 15,5% пациенток температура была нормальной.

Большинство больных (71,4%) предъявляли жалобы на постоянные умеренные боли внизу живота или по всему животу без четкой локализации. Сильные и/или схваткообразные боли, иррадиирующие в поясничную, паховую области или в прямую кишку отмечали 28,6% женщин. Каждую четвертую больную беспокоила тошнота, у каждой пятой - была однократно рвота. У 21,4% пациенток отмечался озноб, общая слабость, недомогание, сухость во рту – у 17,5%, учащенное и болезненное мочеиспускание – у 19,5%, метеоризм – у 13,6% пациенток. Гнойные, гнойно-кровянистые бели выявлены у 67,5% пациенток, слизисто-гнойные – у 20,7%, гомогенные густые – у 6,4% женщин.

Основными провоцирующими факторами ОВПМ оказались внутриматочные вмешательства связанные с артифициальным абортом – у 22,1% женщин, самопроизвольным выкидышем – у 6,5%, с осложненными родами – у 6,5%, с внематочной беременностью – у 2 пациенток. Острое воспаление придатков матки развилось на фоне внутриматочной контрацепции у 14,9% женщин. Появление симптомов данного заболевания с началом половых отношений или сменой партнера связали –18,8% женщин, после переохлаждения отметили -15,6% пациенток. Начало заболевания совпало с менструацией или овуляцией у 12,9% пациенток. Воспалительный процесс придатков матки развивался на фоне уже имеющихся нарушений менструального цикла (гипоменструальный синдром, олигоменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, альгодисменорея) у 16,2% женщин. Нарушение менструальной функции впервые, в период данного заболевания отметила каждая пятая пациентка.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза расширенные маточные трубы визуализировались у 44,1%, гидросальпинкс – у 11,0% осложненные формы воспалительного процесса (пиосальпинкс, гнойные тубоовариальные образования, абсцесс дугласова пространства) – у 7,8%, свободная жидкость в малом тазу выявлена у 40,3, а признаки эндометрита – у 31,2%% больных с ОВПМ. Лапароскопия лечебно- диагностическая проведена в течение первых суток от момента госпитализации 22,7% женщин, через 24 – 72 часа - 11,2% женщин. Во всех случаях диагноз воспалительного заболевания придатков матки был подтвержден. Острый серозный сальпингит и\или сальпингоофорит выявлен у 61,0% больных, гнойный сальпингит, пельвиоперитонит – у 20,1%, гидросальпинкс, пиосальпинкс – у 11,0% больных, тубоовариальные образования – у 7,8%. Сочетанное воспаление матки и придатков диагностировано у 31,2% женщин.

Микробиоценоз влагалища у больных ОВПМ характеризовался низкой частотой выделения лактобацилл (45,5±4,0%), тогда как частота выделения условно-патогенных микроорганизмов была значительно выше. Из аэробных микроорганизмов чаще других были

выделены грамположительные кокки: стафилококки (КОС и КПС) - у 70% женщин, стрептококки – у 18,2%, энтерококки – у 15,6%-пациенток. Из коагулазоотрицательных чаще всех выделялись эпидермальный (у 32,5% женщин) и гемолитический (у 14,3% женщин) стафилококки. Золотистый стафилококк выделен у 11,7% пациенток. У каждой третьей больной из влагалища были выделены энтеробактерии, из них у 80% высевалась кишечная палочка, значительно реже были выделены клебсиелла, энтеробактер, провиденция.

Среди анаэробных микроорганизмов, из влагалищного биотопа изолировали наиболее часто грампозитивные палочки: эубактерии и пропионибактерии (у 31,2%). Частота встречаемости грамнегативных палочек (бактероиды, превотеллы, фузобактерии) составила 25,9%, а анаэробные грампозитивные кокки (пептострептококки и пептококки) составили 19,5%.

В цервикальном микробиоценозе у пациенток ОВПМ частота встречаемости лактобацилл была крайне низкой, и составила 7,8±2-,1%. Все условно-патогенные аэробы (стафилококки, стрептококки, энтерококки, энтеробактерии) были выделены в 2 - 3 раза реже из цервикального каналапо сравнению с влагалищем, тогда как частота встречаемости анаэробов в двух биотопах была одинаковой. При этом следует отметить уменьшение и видового разнообразия микроорганизмов в цервикальном канале по сравнению с влагалищем..

Из маточных труб и перитонеальной жидкости аэробные и анаэробные микроорганизмы были выделены у 61,9% больных ОВПМ, у 38,1% пациенток пробы были стерильными. Наиболее часто изолировались энтеробактерии (12,4±3,2%), реже выделяли стафилококки (золотистый –5,7%, гемолитический –2,9%, эпидермальный –1,9%), энтерококки (6,7±2,4%). Также часто были выделены бактероиды (11,4%), фузобактерии (8,6%), пептострептококки (9,5%).

Более 80% микроорганизмов, изолированных из биотопов репродуктивного тракта женщин с ОВПМ, характеризовались высокими значениями антилизоцимной (0,37 –1,2 мкг/мл) и антикомплементарной (3,8 – 11,9 анти СН50).

Анализируя состояние микробиоценозов различных биотопов репродуктивного тракта у больных острым воспалением придатков матки, следует отметить, что из влагалища и цервикального канала, как правило, были выделены ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов, а из маточных труб и перитонеальной жидкости микроорганизмы чаще выделяли в монокультуре. Во влагалищном и цервикальном биотопах превалировало количество штаммов аэробных микроорганизмов над анаэробными, в маточных трубах наоборот превалировали штаммы анаэробов. В тоже время степень обсемененности у анаэробов была выше по сравнению с аэробами во влагалище и цервикальном канале, а степень обсемененности аэробами и анаэробами в маточных трубах была практически одинаковой. У большинства больных были выявлены нарушения микробиоценоза вагинального и цервикального биотопов, характеризующиеся уменьшением частоты встречаемости и снижением ПМО лактобацилл, выделением ассоциаций аэробных и анаэробных микроорганизмов, обладающих высокой способностью к деградации факторов местной противоинфекционой защиты (лизоцим, комплемент) организма женщины.

Таким образом, комплексное обследование больных с использованием современных технологий позволит точно поставить диагноз острого воспалительного процесса в придатках матки неспецифической этиологии.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Коркодинова А.В., Кузьминова Г.Д., Хаютин В.Н. (Екатеринбург)

Проблема заболеваемости раком шейки матки (РШМ) является одной из ключевых в онкологии. До настоящего времени данная патология находится на втором месте по частоте встречаемости злокачественных новообразований у женщин и уступает только раку молочных желез. До сих пор уровень смертности от РШМ приближается к 50%, что говорит о поздней диагностике и несвоевременности оказания медицинской помощи. Согласно статистики доля женщин молодого репродуктивного возраста до 35 лет составляет среди них 40%. Целью нашего исследования явилось изучение возможных причин формирования дисплазии шейки матки у женщин репродуктивного возраста. Исследование проводилось в медицинском центре «Гармония» г.Екатеринбурга. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни женщин репродуктивного возраста, обратившихся в медицинский центр в период с 2003 – 2005 годы по поводу различных заболеваний, у которых в процессе обследования была выявлена дисплазия шейки матки.

Возраст пациенток от 18 до 53 лет: до 20 лет 1 пациентка (1,4%), в интервале 20-30 лет 17 человек (48,6%), 30-40 лет 11 человек (31,4%), старше 40 лет 6 чел (17,1%). Обращает на себя внимание тот факт, что доля молодых пациенток в возрасте до 30 лет составляет 50%. Начало половой жизни в исследуемой группе отмечалось в среднем с 19 лет. В браке состояло 57,1% (20) женщин, вне брака – 42,9% (15).

Неизменный менструальный цикл присутствовал у 57,1% (20), гипоменструальный синдром у 11,4% (4), гиперполименорея у 8,57% (3), альгодисменорея у 22,8% (8). Таким образом 42,8% пациенток нуждались параллельно с лечением шейки матки в коррекции менструального цикла.

Количество беременностей от 1 до 5 (в среднем, 1,7) имели 11 пациенток. Нерожавшие женщины составили 57%. Не использовали эффективных методов контрацепции 15 пациенток (42,8%), 8 (22,8%) пользовались барьерными способами, оральные контрацептивы применяли 11 (31,4%). Таким образом, 76% женщин исследуемой группы имели возможность заражения ИППП.

Половые инфекции выявлены у 74% пациенток, причем в 12% случаев имели место одновременно две и более инфекции. У 20% (7) обраружены ВПЧ высокого онкогенного риска, у 22,8% (8) – хламидиоз (методы ПЦР и ИФА), у 20% (7) – уреаплазменная инфекция, у 1 (2,8%) – трихомониаз.

Имели в анамнизе заболевание шейки матки, трактуемое как псевдоэрозия, 22 (62,8%) женщин исследуемой группы. Не знали о существовании патологии шейки матки на момент общения 13 (37,1%) пациенток. У троих проводилась предварительно диатермоэлектрокоагуляция псевдоэрозии шейки матки, а у одной повторная в связи с рецидивом заболевания. Одна пациентка на момент исследования перенесла электроконизацию шейки матки. Таким образом, 17 из 35 женщин (48,6%) не лечились до момента нашего исследования эффективными способами. Анамнез заболевания при этом составлял, в среднем, 5 лет и более. Цитологическое исследование проведено у всех пациенток исследуемой группы. При этом, у 31,4% (11) выявлены какие-либо изменения в цитограмме. Методом расширенной кольпоскопии хронический цервит обнаружен у 24 (68,6%) пациенток, эктопии шейки матки 14 (40%), лейкоплакии у 22 (62,8%).

Атипические элементы, позволившие заподозрить дисплазию на основании расширенной кольпоскопии были выявлены в 68% случаев. У всех пациенток диагноз подтвержден гистологически. Признаки дисплазии легкой и умеренной степени выявлены у 20 (57,1%), дисплазия тяжелой степени – у 15 (42,8%). Все пациентки с дисплазией тяжелой степени были консультированы онкогинекологом в Областном онкодиспансере. Пять из них оставлено на лечение у онкологов. Отмечено, что у всех носителей ВПЧ 16-18 типов (по классификации ВОЗ 1994 года) обнаруживалась дисплазия шейки матки умеренной степени тяжести и тяжелая, что подтверждает мировые данные об этиологической роли ВПЧ в формировании дисплазии и рака шейки матки.

Нами пролечено 30 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом дисплазии шейки матки на основе одного из фоновых заболеваний. Все женщины получали лечение на радиоволновом аппарате «Сургитрон», 5 женщин проходили лечение в онкодиспансере. Объем лечения нами определялся, в первую оче-

редь, степенью тяжести заболевания шейки матки, локализацией патологического очага, его распространением в область цервикального канала (по результатам соскоба слизистой), а также возрастом женщины и степенью реализации ее детородной функции. 27 пациенток перенесли радиоконизацию шейки матки; 3 – радиокоагуляцию слизистой экзоцервикса. У всех пациенток через 1 месяц после операции наблюдалась полная первичная эпителизация. Осложнений и рецидивов в интервале наблюдения от 3 месяцев до 1,5 лет не было. Материал, полученный в ходе выполнения операции на шейке матки, подвергался повторному гистологическому анализу. Расхождений в диагнозах до и после операции не отмечено. Достоверно известно, что у 2 из исследованных и пролеченных пациенток в течение 6 месяцев после операции на шейке матки в объеме радиоконизации наступили желанные беременности. Это подтверждает высокую эффективность, безопасность метода радиоволнового лечения, как альтернативы электрохирургии в области заболеваний шейки матки.

ВЫВОДЫ:

1. Дисплазия шейки матки на фоне предшествующих фоновых заболеваний часто встречаются у женщин молодого возраста (84% в возрасте до 40 лет в нашем исследовании).
2. Основными фоновыми процессами, способствующими развитию дисплазии шейки матки является эктопия шейки матки, хронический цервицит и лейкоплакия шейки матки.
3. В алгоритм обследования женщин с фоновой патологией шейки матки должно быть включено обследование на половые инфекции, в том числе на ВПЧ высокого онкогенного риска, с последующим комплексным лечением.
4. До 42,8% женщин с дисплазией шейки матки имеют нарушения менструального цикла. Своевременная диагностика и коррекция данных нарушений в составе комплексной терапии способствует высокой эффективности лечения заболевания шейки матки и предотвращает рецидив.
5. Своевременно выявленная CIN (цервикальная интраэпителиальная неоплазия) и пролеченная современными методами позволяет избежать риска развития рака шейки матки, а также сохранить репродуктивную функцию, что особенно важно для пациенток молодого репродуктивного возраста.
6. Метод радиоволновой хирургии является высокоэффективным, безопасным методом лечения фоновых заболеваний и CIN.

ГИДРОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Краснова И.А., Бреусенко В.Г., Калмыкова Н.В., Затонских Л.В., Кулешов А.Н., Арютин Д.Г. (Москва)

Для изучения диагностических возможностей гидроснографии (ГСГ) было обследовано 293 пациентки в возрасте 20-46 лет.

Все пациентки были разделены на 3 группы. В I группу вошли 134 женщины с внутриматочной патологией, у которых были выявлены полипы эндометрия (21), железисто-кистозная гиперплазия эндометрия (12), внутриматочные синехии (16), миома матки (51), аденомиоз (16), у 13 пациенток эхографическая картина при ГСГ соответствовала возрастной норме. Вторую группу составили 22 пациентки с предполагаемыми пороками развития матки. В III группу были включены 137 пациенток с подозрением на трубно-перитониальный фактор бесплодия. Все больные проходили обследование в плановом порядке в поликлиническом отделении 31 ГКБ с 2000 по 2005 год.

На первом этапе обследования проводилось ультразвуковое сканирование органов малого таза по общепринятой методике с использованием трансвагинального и трансабдоминального мультичастотных датчиков 3,5 и 7,5 Мгц на ультразвуковых аппаратах "Acuson"- 128 xp/4 и "Technos MP" Esaote. На втором этапе обследования всем 293 пациенткам была проведена гидросонография. Методика ГСГ различалась в зависимости от цели исследования. ГСГ проводилась без учета фазы менструального цикла у пациенток 1-ой группы и на 5-7 день у женщин 2-ой и 3-ей групп. ГСГ осуществлялась при наличии мазков 1-2 степени чистоты. Премедикация перед ГСГ не проводилась пациенткам 1-ой и 2-ой групп. У больных 3-ей группы мы использовали различные сочетания седативных препаратов, спазмолитиков, м- холиноблокаторов и нестероидных противовоспалительных препаратов (реланиум 2,0+ но-шпа 2,0 в/м; атропин 0,1%-1,0 в/м; аспирин 1 таб. в сутки + но-шпа 1 таб. 3 раза в сутки парэнтерально за 3 дня до ГСГ), а также парацервикальную блокаду лидокаином 2%- 1 мл. Методика ГСГ зависела от выбора внутриматочного катетера для подачи жидкостного контраста. Мы использовали подключичные катетеры (197), катетеры Голштейна фирмы "Cook" (34), катетеры Фоллея (26), катетеры Шелкова (12) "Cook" и силиконовые баллонные катетеры (24) "Cook". В качестве контрастной среды применялся стерильный физиологический раствор 0,9%. У пациенток 1-ой и 2-ой групп количество вводимой контрастной среды варьировало в пределах 30- 100 мл, в 3-ей группе объем жидкостного контраста составил 100-600 мл. В 3-ей группе мы использовали автоматическую подачу физиологического раствора при помощи эндомата ("Storz", Германия), который обеспечивал непрерывную подачу жидкости со скоростью 150-200 ml/min под постоянным давлением 200-300 mmHg. При малых объемах вводимой жидкостной среды наряду с автоматической подачей контраста мы использовали шприцы Жане. Антибактериальная терапия профилактически не назначалась. Противовоспалительная терапия (таривид 200 mg 2 раза в сутки, метронидазол 1 таблетка 3 раза в сутки, перорально) в течение 5 дней после ГСГ проводилась у пациенток с выявленной непроходимостью маточных труб на уровне дистальных отделов. На третьем этапе в зависимости от выявленной патологии 68 пациенткам была произведена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание или лапароскопия, хромосальпингоскопия (37) с использованием эндоскопического оборудования фирмы "Storz".

Продолжительность ГСГ при внутриматочной патологии составила 3-7 минут, для исследования проходимости маточных труб 8-15 минут. Анализ проведенных исследований показал, что на основании ГСГ внутриматочная патология была исключена у 13 обследованных 1-ой группы, у 4 пациенток 2-ой группы и у 52 из 137 женщин 3-ей группы. Полипы эндометрия при ГСГ были выявлены у 21 пациентки, железистая гиперплазия эндометрия – у 12. У 8 больных на основании УЗИ за полипы эндометрия были приняты: подслизистые узлы до 10 мм в диаметре (2), не отторгнувшиеся обрывки эндометрия или сгустки крови – у 6. Аденомиоз при исследовании диагностирован у 16 пациенток, у 3 больных диффузная форма аденомиоза при ГСГ была исключена. Внутриматочные синехии во время ГСГ диагностированы у 16 женщин. ГСГ позволила уточнить топографию субмукозных миоматозных узлов (32), а также дифференцировать субмукозные узлы от интерстициальных миом с центрипетальным ростом (9). У 10 пациенток при ГСГ уточнили расположение интерстициальных и интерстицильно-субсерозных миоматозных узлов перед консервативной миомэктомией. Пороки развития матки выявлены у 18 больных: полное удвоение матки (2), полная перегородка в полости матки (4), неполная перегородка в полости матки (7), рудиментарный рог (1), седловидная матка (4). Трубный фактор бесплодия исключен у 63 пациенток на основании следующих эхо- признаков: накопление контраста в позадиматочном и периовариальном пространствах, регистрации турбулентного тока жидкости в периовариальных пространствах, визуализации маточных труб на всем протяжении и отсутствии дилатации во время пассажа контраста. Эхо- признаками окклюзии маточных труб у 52 больных были: скопление гипоэхогенного содержимого в просвете трубы в различных срезах сканирования, отсутствие накопления контраста в брюшной полости. При проходимых маточных трубах спаечный процесс был заподозрен у 41. Дистанционные спайки при ультразвуковом исследовании определялись как линейные сеп-

ты на фоне свободной жидкости в малом тазу. Периовариальные плоскостные спайки лоцировались как гиперэхогенные точечные включения по периферии или на поверхности яичников. У 3 пациенток за облитерацию маточных труб был ошибочно принят спазм на уровне устьев. Трудности при проведении ГСГ были отмечены у 9 пациенток репродуктивного возраста с конической шейкой матки (4), при наличии перешеечных миоматозных узлов (2) и при внутриматочных синехиях (3). Для достижения дилатации полости матки контрастом мы устанавливали внутриматочный катетер в цервикальном канале и производили инсуфляцию баллона в шейке матки. Для диагностики внутриматочной патологии оптимальными свойствами обладали не баллонные катетеры (подключичные катетеры, катетеры Голштейна). Практически во всех случаях с использованием катетера Фоллея №7 была произведена его замена на другой вид внутриматочного катетера. Наиболее информативной ГСГ была при использовании баллонных катетеров фирмы "Cook" (силиконовый баллонный катетер, катетер Шелкова).

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ

Краснова Н.А., Мельников В.А., Моисеева, И.В. Нечаева М.В. (Самара)

Миома матки является одной из самых актуальных проблем в гинекологии. Более 40% женщин детородного возраста страдает этим заболеванием, что приводит к нарушению менструальной и детородной функции женского организма, большому количеству радикальных оперативных вмешательств, значительно ухудшающих качество жизни.

Многочисленные работы по эпидемиологии миомы матки позволили выявить факторы риска развития данного заболевания, но этиология и патогенез его окончательно не установлены. Вопросы морфогенеза миомы матки разработаны достаточно глубоко. Не вызывает сомнения факт, что миоматозные узлы развиваются из миоцитов стенки сосудов миометрия. С другой стороны, более 60% больных миомой матки страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями. Доказано, что у 48,7% женщин, перенесших гестоз, как и сердечно-сосудистой патологии, признается дисфункция эндотелия, под которой понимают дисбаланс эндотелиальных факторов, регулирующих процессы гемостаза, пролифирации и сосудистый тонус.

В настоящее время для оценки функции эндотелия используются ультразвуковые, доплерографические, сфигмоманометрические и фотоплетизмографические методы исследования параметров гемодинамики. В широкой практике представляется возможным изучить функцию эндотелия методом визуализации просвета плечевой артерии с помощью ультразвука высокого разрешения. Стимулом, вызывающим эндотелийзависимую дилатацию периферических артерий, является реактивная гиперемия за счет устранения созданного манжетой давления 200-300 мм рт. ст.. Принято считать нормальной реакцией плечевой артерии ее дилатацию на фоне реактивной гиперемии более 10% от исходного диаметра.

Целью нашего исследования было выявить влияние перенесенного в анамнезе гестоза на развитие дисфункции эндотелия и миомы матки.

Материал исследования составили 956 женщин, из которых 650 больных с миомой матки – основная группа, 173 женщины, не имеющие гинекологических заболеваний,- контрольная группа, 133 женщины, которым с ранних сроков беременности проводилась профилактика, – опытная группа.

Из методов исследования использованы эпидемиологическое и общеклиническое обследование, ультразвуковое сканирование. Женщинам опытной группы диспансеризация во время беременности проводилась с использованием специальной программы по выявлению гемоциркуляторных нарушений, включающей в себя конъюктивальную биомикроскопию и реовазографию. Профилактика гестоза во время беременности включала в себя применение эластической компрессии нижних конечностей, водной иммерсии, гимнастики, иммунокорректоров (препараты шиповника), дезагрегантов (курантил, трентал), мембраностабилизаторов (фолиевая кислота), антиоксидантов (витамин Е, глутаминовая кислота), вазоактивных препаратов (актовегин, теоникол, никошпан) и физиопроцедур (СМТ с реополиглюкином или сульфатом магния, чрескожная электронейростимуляция на паравертебральный отдел).

Результаты исследования покозали, что в анамнезе у женщин с миомой матки гестоз выявлен в 71,4% случаев, в то время как в группе контроля – только в 13,1% случаев. Причем, у больных, имевших гестоз в анамнезе, миома матки была диагностирована через 10,-7±2,7 лет после родов, а в группе, не имевших гестоза в анамнезе, - через 19,7±3,3 года. Проведение профилактики гестоза с ранних сроков беременности позволило снизить частоту развития миомы матки в 2 раза. Так, только у 14 женщин опытной группы была выявлена миома матки через 16-17 лет после родов, что составило 11,-96±2,7%, а в группе конроля миома матки выявлена и подтверждена у 29 пациенток, что составило 21,80±3,9% (t=2,08, p менее 0,05).

Ультразвуковое исследование диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию показало нарушение функции эндотелия у 87,3±6,5% больных миомой матки и только у 32,6±4,7% женщин группы контроля.

Таким образом, перенесенный во время беременности гестоз является фактором риска развития эндотелиальной дисфункции и может быть одним из пусковым моментов возникновения миомы матки. Профилактика гестоза и новый алгоритм ведения женщин, перенесших гестоз в анамнезе, включающий в себя лечение сосудистых нарушений в послеродовом периоде и углубленное обследование для раннего выявления потологии миометрия, могут быть перспективным подходом для снижения частоты частоты миомы матки.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ «ТИНАКИ» НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Крылова М.А., Поспеева Л.А., Тимошин С.А. (Астрахань)

Воспалительные процессы внутренних половых органов, занимающие до настоящего времени первое место в структуре гинекологических заболеваний, являются одной из ведущих проблем репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста.

Несмотря на определенные возможности медикаментозной терапии больных с хроническими воспалительными заболеваниями женской половой системы, не всегда удается добиться стойкой ремиссии, предотвратить рецидивы заболевания и оказать комплексное влияние на состояние репродуктивной и ряда сопряженных с ней систем.

Достижения последних лет дают основания считать методы физической терапии одним из перспективных направлений современной медицины, учитывая возможности их дифференцированного и целенаправленного действия на различные звенья патогенеза заболевания, повышение адаптационных возможностей при минимальном риске развития побочных эффектов и аллергических реакций.

Наибольшее внимание привлекают методы терапии, базирующиеся на использовании естественных физиологических средств воздействия на организм больного, которые в отличие от фармакологических препаратов при рациональном назначении не вызывают побочных действий.

Этим условиям удовлетворяют местные целебные природные факторы, применение которых оказывает выраженный лечебно-профилактический эффект.

В Астраханской области функционирует Центр реабилитации «Тинаки», терапевтические возможности которого широко используются при различных заболеваниях.

Основными природными лечебными факторами Центра являются: лечебные иловые соленасыщенные среднесульфидные грязи месторождения «Озеро Лечебное» и высокоминерализованная хлоридная натриевая йодо-бромная минеральная вода «Тинакская».

Лечебный эффект этих природных компонентов обусловлен комплексным воздействием на организм ряда факторов (термических, химических, физических, биологических и т.д.), повышающих иммунобиологические процессы, стимулирующих обменные процессы путем усиления микроциркуляции, регионарного лимфо - и кровообращения.

Влияние аппликаций грязи на основные звенья патогенеза воспаления и связанные с ним сдвиги иммуногенеза и биоэнергетики в известной мере обусловлено тепловым фактором, что определяет его роль в общем эффекте пелоидотерапии. В то же время химические ингредиенты пелоида, также обнаруживают выраженную биологическую активность.

Хлоридная натриевая йодо-бромная минеральная вода нормализует центральную и периферическую гемодинамику, оказывает выраженное анальгетическое, сосудорасширяющее, метаболическое, иммуностимулирующее, противовоспалительное (репаративно- регенеративное), коагулокоррегирующее, транквилизирующее, седативное действие, нормализует функцию яичников.

Целью настоящего исследования является изучение эффективности и обоснование целесообразности применения данных природных лечебных факторов в терапии женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Проведено комплексное обследование, лечение и динамическое наблюдение 150 больных хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов в возрасте от 20 до 40 лет. Длительность заболевания колебалась от 2 до 10 лет. Клиническая картина характеризовалась выраженным полиморфизмом симптомов, среди которых превалировали болевой синдром, нарушение менструальной, секреторной и сексуальной функции. 68 женщин (45,3%) страдали бесплодием.

Из них, выделено 25 женщин, страдающих хроническими воспалительными процессами в органах малого таза, осложненных синдромом хронической тазовой боли. Данной группе больных проведено комплексное обследование до, в процессе и после лечения, включающее изучение показателей состояния микроциркуляции с помощью лазерной допплеровской флоуметрии, оценку адаптационных реакций организма, отражающих неспецифическую резистентность, исследование интенсивности боли с использованием комбинированной шкалы, представляющей сочетание визуально-аналоговой (ВАШ) и вербально-ранговой (ВРШ) шкал и Мак-Гиловского опросника боли.

Комплекс лечения в условиях Центра включал: лечебная грязь в виде аппликаций («грязевые трусы»), температура 38-40С. Грязевые аппликации сочетались с влагалищными грязевыми тампонами температурой 40-42С с экспозицией 30-40 минут, затем проводились влагалищные орошения минеральной водой температурой 37-38С. В дни, свободные от грязевых процедур назначались йодобромные ванны температурой 36-37С, продолжительностью 10 минут. Курс лечения составил 10-12 процедур.

Динамический функциональный контроль свидетельствовал об адекватности данной программы восстановительной терапии функциональному состоянию организма всех больных.

Существенное улучшение психоэмоционального состояния, выраженное болеутоление, повышение эластичности тазовых перитонеальных спаек, наступление маточной беременности у больных, страдавших бесплодием, нормализация показателей регионарного кровообращения, редукция гормонального дисбаланса, восстановление менструального цикла позволяют высоко оценить клинический эффект примененных лечебных комплексов.

Таким образом, использование природных лечебных факторов в виде грязе- и бальнеолечения оказывает благоприятный эффект в терапии и реабилитации женщин, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза.

О ВОЗМОЖНОСТИ РАЗРАБОТКИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Кудашкина Н.В., Пушкарев В.А., Раянова Г.М. (Уфа)

По данным мировой статистики среди вагинальных инфекций ведущее место принадлежит бактериальному вагинозу (БВ) и кандидозу, при этом в странах Европы чаще встречается кандидоз, а в США преобладает бактериальный вагиноз. При несвоевременном лечении БВ может привести к ряду осложнений. В ходе наблюдения за детьми от матерей с данной патологией была отмечена высокая частота признаков задержки внутриутробного развития, недоношенности, внутриутробной инфекции, проявляющейся врожденным ринитом, конъюнктивитом, пневмонией. Закономерным исходом беременности на фоне БВ является рождение детей с асфиксией. Эта патология значительно увеличивает риск преждевременного разрыва плодного пузыря, хориоамнионита, самопроизвольного выкидыша, целлюлита культи купола влагалища после гистерэктомии и др. При БВ в 3 – 7 раз увеличивается риск развития послеродового или послеабортного эндометрита, а также воспалительных процессов придатков матки на фоне внутриматочных контрацептивов.

Несмотря на наличие современных противомикробных препаратов, проблему эффективности лечения бактериального вагиноза нельзя считать полностью решенной. Так, через месяц после лечения положительные результаты санации наблюдаются у 70–90% женщин, а в течение последующих шести месяцев рецидивы бактериального вагиноза возникают в 57% случаев. Кроме того, эти препараты вызывают побочные эффекты как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и со стороны центральной нервной системы. В связи с этим, актуальным является создание лекарственного препарата на основе растительного сырья, обладающего противомикробными свойствами. Для этого нами исследована противомикробная активность настоев 21 вида лекарственного растительного сырья (цветков ромашки, календулы, бессмертника, василька, почек березы, сосны, листьев березы, шалфея, эвкалипта, толокнянки, травы спорыша, полыни, зверобоя, донника, чабреца, мать-и-мачехи, чистотела, коры дуба, корневищ с корнями кровохлебки, плодов черемухи, соплодий ольхи) и 18 композиций. В качестве тест-микроорганизмов служили Staphylococcus aureus, Staphylococcus citrus, Candida albicans, Escherichia coli. Микробиологические исследования проводили методом серийных разведений на твердых питательных средах. В результате микробиологических исследований выяснили, что наибольшей противомикробной активностью обладает композиция, состоящая из 7 видов лекарственного растительного сырья (цветков ромашки, почек березы, сосны, коры дуба, соплодий ольхи, плодов черемухи).

Далее нами было проведено фармакогностическое изучение предложенного противомикробного сбора, который представляет собой смесь неоднородных по размеру и окраске частиц, проходящих сквозь сито с диаметром отверстий 5 мм, коричнево-зеленого цвета, с желтыми, коричневыми, белыми, фиолетовыми включениями и цельными березовыми почками. Запах ароматный, вкус водного извлечения горьковато-сладкий, вяжущий. Числовые показатели качества сборов определяли в аналитических пробах образцов разного срока хранения. Влажность сбора составила 7,0%. Содержание общей золы в сборе составило 4,61 0,21%, золы не растворимой в 10% HCI - 1,12 0,18%. Содержание в сборе экстрактивных веществ, извлекаемых водой, составило 20,03±0,92%, извлекаемых 40% этанолом – 18,34±0,87%, 70% этанолом – 14,39±0,66%, 90% этанолом – 9,21±0,11%.

Затем были исследованы качественный состав и количественное содержание основных биологически активных соединений предложенного сбора. Проведенные качественные реакции показали наличие в сборе дубильных веществ конденсированной природы. Количественное определение дубильных веществ проводили с использованием известной методики Государственной фармакопеи XI издания (ГФ XI) и обозначили как содержание суммы окисляемых веществ, которое составило 18,71±2,80%. Количественное определение суммы флавоноидов в прописи сбора проводили спектрофотометрическим методом на СФ-46 с использованием методики, предложенной В.В. Беликовым и соавт. Содержание суммы флавоноидов в сборе составило 4,46±0,51% Количественное содержание аскорбиновой кислоты определялось по методике ГФ XI и оказалось незначительным - 0, 058±0,002%.

Использование растительных сборов ограничивается несовершенством этой лекарственной формы: при их хранении и транспортировке возможна потеря биологически активных соединений, а при домашнем изготовлении настоев – неточность дозировки. Кроме того, поскольку в составе сбора присутствуют компоненты различной плотности, то неизбежно расслоение смеси, и, следовательно, снижается и полнота извлечения действующих веществ. Перспективным подходом к решению задач совершенствования этой лекарственной формы является перевод растительных сборов в различные суммарные препараты, содержащие максимум биологически активных веществ. Поэтому мы поставили перед собой задачу – разработать рациональную лекарственную форму для лечения и профилактики бактериального вагиноза.

Для этого вначале был получен сухой экстракт из противомикробного сбора. В качестве экстрагента использовалась вода очищенная, так как она индифферентна, способна извлечь комплекс биологически активных веществ, максимально приближенный к официнальной лекарственной форме – настою из сбора. Кроме того, этот экстрагент наиболее дешев, доступен и экологически безвреден.

Настой готовился по известной методике ГФ X1 путем теплого настаивания в соотношении сырья и экстрагента 1:10. С целью получения сухого экстракта водное извлечение после стадии очистки (настаивание и фильтрование) сгущалось и высушивалось в вакуум-сушильном шкафу при температуре 50 – 60°С. Выход сухого экстракта составил 12,1±0,3%. При получении сухого экстракта возможна потеря части биологически активных веществ, содержащихся в сборе и обеспечивающих его специфическое действие. Поэтому было проведено качественное и количественное химическое изучение полученного экстракта. На основании проведенных исследований мы предлагаем стандартизировать сухой экстракт по следующим показателям: 1) описание – темно-коричневый аморфный порошок со сладковатым запахом и сладко-горьким вкусом; 2) числовые показатели: содержание дубильных веществ не менее 6,5%; содержание флавоноидов, в пересчете на рутин, не менее 5%; влажность не более 5%; pH водного извлечения – 4,7±0,5.

В качестве лекарственной формы для профилактики и лечения бактериального вагиноза нами выбраны вагинальные суппозитории. Качество вагинальных суппозиториев оценивали по внешнему виду, средней массе, отклонению от средней массы, времени полной деформации, содержанию дубильных веществ. При оценке внешнего вида отмечали цвет, однородность массы на срезе, одинаковую форму и твердость, обеспечивающую удобство применения: суппозитории коричневого цвета торпедовидной формы, с гладкой поверхностью, твердые, однородные на срезе.

В соответствии с требованиями ГФ X1 к суппозиториям определены время полной деформации – для суппозиториев на гидрофобной основе и время растворения – для суппозиториев на гидрофильной основе. Время полной деформации суппозиториев на основе масла какао составило 7,5±1,0 мин, на основе полиэтиленгликоля -1500 составило 44,0±1 мин что соответствовало требованиям ГФ XI. Среднюю массу определяли взвешиванием 20 суппозиториев с точностью до 0,01 г.

Таким образом, нами исследована противомикробная активность 21 вида лекарственного растительного сырья и 18 композиций лекарственных растений; разработана, обоснована и простандартизирована пропись многокомпонентного противомикробного сбора, включающего 7 видов разрешенных в медицине лекарственных растений; предложена методика получения сухого экстракта на основе разработанной прописи многокомпонентного противомикробного сбора и определены его числовые показатели; проведены технологические и биофармацевтические исследования по разработке рациональной лекарственной формы – вагинальных суппозиториев.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Кузнецова Е.П., Пименова Л.И., Леонтьев С.В. (Ижевск)

Течение трубной беременности в отличие от большинства заболеваний женской половой сферы имеет весьма ограниченный временной промежуток, предопределенный известными закономерностями развития плодного яйца в просвете маточной трубы. Широко представленные в литературе клинические и эхографические признаки трубной беременности, имеющиеся у пациенток, госпитализированных в гинекологические стационары, относятся в основном к фазе развернутых проявлений, иными словами – к финальному этапу развития заболевания. Результаты многочисленных исследований клиницистов и патоморфологов показали, что в большинстве (до 92%) случаев он наступает на 7–8-й неделе менструального срока беременности.

Ведущим симптомом с этого момента становятся боли, интенсивность и локализация которых зависят от степени растяжения просвета трубы, типа прерывания (трубный аборт, разрыв трубы) и выраженности гемоперитонеума. Боль и гемодинамические нарушения являются основными причинами обращения женщины за экстренной помощью.

Целью работы явился анализ лечения трубной беременности методом лапароскопии за 4 года работы гинекологического отделения МСЧ №3 г. Ижевска.

Исследование проводились у 332 пациенток в возрасте от 18 до 36 лет, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу трубной беременности. Диагноз был установлен на основании клинического, ультразвукового исследования, качественного и количественного теста на ХГЧ, подтвержден интраоперационно и верифицирован в последующем патогистологически.

Эхографический диагноз у всех пациенток основывался на обнаружении придаткового образования, не связанного с яичником, размерами от 8 до 31 мм. Эхоструктура последнего была представлена несколькими вариантами. У 160 (48,2%) пациенток было обнаружено плодное яйцо с четко визуализируемым эмбрионом и зарегистрирована его сердечная деятельность. Из них у 40 (25,0%) наряду с плодным яйцом имелась интратубарная ретрохориальная гематома, превышающая по своему наибольшему размеру средний диаметр плодного яйца. Кроме того, имелось различное количество свободной жидкости в брюшной полости. Данная эхографическая картина соответствовала трубной беременности с признаками ее прерывания.

У 109 (32,8%) пациенток образование было представлено гематосальпинксом небольшого диаметра. Данный вариант эхографической картины соответствовал неполному трубному аборту и неразвивающейся трубной беременности.

У 63 (18,9%) обследованных изображение придаткового образования вызывало интерес своей специфичностью и наиболее частой встречаемостью. Обнаруженные в нем тканевые структуры расценивались нами как плодное яйцо ранних стадий развития.

Жалоб, за исключением болей и задержки очередной менструации, либо ее нетипичного течения, у пациенток не было, но проведенное качественное и количественное тестирование ХГЧ дало положительный результат у всех 332 (100%) женщин, что в сочетании

с эхографическим заключением послужило показанием к проведению диагностической лапароскопии с переходом в оперативную, подтвердившей наличие трубной беременности.

Для лечения эктопической беременности в современной практике до сих пор применяются оперативные и консервативные методы лечения внематочной беременности.

Оба эти метода имеют свои преимущества и недостатки. Грязнова с соавторами считает, что оперативное лечение внематочной беременности является оптимальным. В современной зарубежной литературе (Gollesky, Goshert и др авторы) есть сведения об успешном применении синтетических гормоноподобных препаратов и метотрексата для лечения трубной беременности.

В нашей стране применяется комплексный подход к лечению внематочной беременности. Он включает: операцию; борьбу с кровотечением, геморрагическим шоком, кровопотерей; ведение послеоперационного периода; реабилитацию репродуктивной функции.

У женщин репродуктивного возраста наиболее перспективным в плане дальнейшего восстановления репродуктивной функции является лапароскопическая операция. Если разрыв маточной трубы не произошел, то плодное яйцо может быть удалено через открытый конец маточной трубы путем отсасывания - сальпингостомия. Сальпингостомия в нашем исследовании была выполнена 63 (18,9%) больным с прогрессирующей беременностью. Пораженная часть маточной трубы может быть иссечена с помощью диатермокоагуляции или, в случае повреждения всей маточной трубы, она может быть удалена полностью - сальпингэктомия. Сальпингэктомия была выполнена– 269 пациенткам (81,1%). Объем кровопотери у данной группы больных составил: до 100 мл у 43 (15,9%) больных, от 100 до 500 мл у 117(43,5%), свыше 500 мл у 109 (40,5%) больных. Максимальная кровопотеря от 1500 до 2350 мл имело место у 4 больных (1,5%).

Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. Все пациентки были выписаны на следующий день.

Таким образом, данный метод хирургического лечения трубной беременности является наиболее перспективным и щадящим. У молодых женщин данный метод является наиболее приемлимым в плане сохранения репродуктивного здоровья. Срок беременности, объем кровопотери не являются противопоказанием к проведению оперативного лечения трубной беременности эндоскопическим доступом.

СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Кузнецова И.В., Вельхиева Р.А., Могиревская О.А. (Москва)

Проблема гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе является одной из актуальных проблем гинекологии в связи с высокой распространенностью этой патологии у женщин переходного возраста. Формы гиперпластических процессов отличаются разным риском злокачественного роста и клиническими особенностями течения. Распространенность гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе варьирует в зависимости от формы и требует дополнительного изучения.

Мы проанализировали результаты морфологических исследований эндометрия, полученного при диагностическом выскабливании либо после гистерэктомии у 3960 женщин в возрасте от 40 до 50 лет, к моменту операции находившихся в пременопаузе. Показаниями к диагностическому выскабливанию служили нарушения менструального цикла, признаки гиперпластического процесса при проведении УЗИ либо предоперационное обследование. Показаниями к гистерэктомии наиболее часто являлись миома матки, аденомиоз, реже-рецидивирующая атипическая гиперплазия эндометрия и другая гинекологическая патология.

В результате проведенного анализа было обнаружено, что распространенность гиперпластических процессов эндометрия возрастала в поздней пременопаузе, достигая максимума в возрасте 47-48 лет. В структуре различных состояний эндометрия гиперпластические процессы встречались у 28% женщин возрастной группы 40-44 лет и у 33% женщин возрастной группы 45-50 лет. Атипическая гиперплазия эндометрия была обнаружена при морфологическом исследовании в 5,8% наблюдений, причем частота ее выявления не увеличивалась с возрастом. Простая и сложная эндометриальная гиперплазия встречалась в 15,1% случаев у женщин 40-44 лет, в 18,4% наблюдений в возрасте 45-50 лет. Эндометриальные полипы были диагностированы у 8,1% женщин 40-44 лет, 8,8% женщин 45-50 лет. По литературным данным частота встречаемости атипической гиперплазии у женщин репродуктивного возраста составляет от 4 до 6%. Очевидно, в пременопаузе частота атипической гиперплазии не увеличивается. При ретроспективном анализе случаев атипической гиперплазии в пременопаузе обнаружено, что у 60,4% женщин гиперпластический процесс носил рецидивирующий характер, и впервые диагноз атипической гиперплазии был поставлен в репродуктивном возрасте. У 10% женщин в возрасте до 40 лет также проводилось диагностическое выскабливание и ставился диагноз сложной эндометриальной гиперплазии. В 29,6% наблюдений атипическая гиперплазия была диагностирована впервые в возрасте 45-49 лет.

В отличие от атипической гиперплазии, простая и сложная эндометриальная гиперплазия имела четко выраженную зависимость от возраста пациенток. Если в репродуктивном возрасте, согласно данным литературы, эндометриальная гиперплазия встречается с такой же частотой, как и атипическая, то в пременопаузе распространенность ее значительно увеличивается. В 27% случаев эндометриальная гиперплазия была диагностирована у женщин, которые в репродуктивном периоде имели нарушения менструального цикла, и у которых до 40 лет была диагностирована та или иная форма эндометриальной гиперплазии без атипии. В 73% наблюдений эндометриальная гиперплазия была впервые диагностирована в периоде пременопаузы. Таким образом, эндометриальная гиперплазия часто являлась результатом физиологической ановуляции в пременопаузальном периоде, что и обусловливало рост ее частоты у данной категории женщин, в то время как формирование атипической гиперплазии не зависело от возрастных колебаний уровня эстрогенов.

Частота встречаемости эндометриальных полипов в репродуктивном возрасте не установлена, но известно, что полипы наиболее распространены в возрастном промежутке от 35 до 50 лет. Мы не обнаружили увеличения частоты эндометриальных полипов на протяжении пременопаузального периода. В 36,9% случаев полипы эндометрия обнаруживались на фоне секреторной трансформации слизистой, в 52,8% - пролиферативной слизистой. В 10,3% наблюдений у женщин в поздней пременопаузе полипы эндометрия выявлены на фоне тонкой слизистой тела матки.

Таким образом, различные формы гиперпластических процессов эндометрия отличаются по распространенности и динамике встречаемости в пременопаузе. Это отражает их существенные различия в патогенезе и характере течения, что должно учитываться при планировании тактики ведения женщин с гиперпластическими процессами эндометрия.

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧЕК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Кузнецова И.В., Гусева Е.В., Николаев С.Н. (Москва)

Вульвовагиниты являются самым распространённым заболеванием у девочек препубертатного возраста и довольно частой проблемой у подростков, живущих половой жизнью. Очаги хронической инфекции в организме поддерживают рецидивирование вульвовагинитов в связи со снижением общей и местной реактивности. Особенно значимы в этом ряду заболевания мочевыводящих путей, поскольку общность эмбрио-и морфогенеза мочевыделительной и половой систем предрасполагают к общности патогенетических механизмов формирования органических и функциональных нарушений. Выявление особенностей течения вульвовагинитов на фоне заболеваний мочевыводящих путей является актуальной проблемой, так как позволяет оптимизировать тактику ведения больных с сочетанной патологией мочевыделительной и половой систем.

Мы обследовали 130 девочек в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Основную группу составили 79 пациенток, наблюдавшихся в кабинете гигиены и физиологии девочки Консультативно-диагностического центра 13 ДГКБ им. Н.Ф.Филатова по поводу заболеваний почек и мочевыводящих путей. Пациентки с вульвовагинитами, не имеющие сопутствующей нефроурологической патологии (51 пациентка) вошли в группу сравнения.

При обследовании использовали следующие методы: бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища; полимеразная цепная реакция отделяемого из влагалища; посев мочи на стерильность; анализ кала на дисбиоз;

клинический анализ крови и мочи; вагиноскопия; цистоскопия.

В результате проведённого обследования 79 пациенток с нефроурологической патологией клинические и лабораторные симптомы вульвовагинита обнаружены у 66 девочек, что составило 83,5%. Таким образом, у подавляющего большинства наблюдаемых детей с патологией почек и мочевыводящих путей имелась вульвовагинальная инфекция. Средний возраст пациенток в группе составил 6,2±3,1 лет, разницы по возрасту между пациентками, имевшими и не имевшими симптомы вульвовагинита, не наблюдалось. Средний возраст в группе девочек, страдавших изолированной вульвовагинальной инфекцией, составил 7,8±3,7 лет (разница между группами недостоверна). Следует отметить, что, несмотря на значительный разброс в возрасте, только 2 девушки из основной группы и 3 девушки из группы сравнения имели менструальную функцию. У 2 девушек 17 лет из группы сравнения наблюдалась аменорея.

Детей из основной группы (79) мы условно поделили на три подгруппы исходя из характера заболевания мочевыводящей системы. В первую подгруппу вошли 13 пациенток страдающие нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, у 9 из которых диагностирован вульвовагинит. Вторую подгруппу (20 детей) составили пациентки с обструктивными уропатиями (гидронефроз-5, пузырно-мочеточниковый рефлюкс-12, удвоение почек-3), среди которых только пять девочек не страдали вульвовагинитами. Третью подгруппу составили пациентки (46) с предварительным диагнозом инфекция мочевыводящих путей, среди них вульвовагинит диагностирован у 42 девочек.

Характер течения воспалительного процесса различался в группах девочек с наличием или отсутствием нефроурологической патологии. Так, в основной группе хроническое течение вульвовагинитов было отмечено у 18 (22,8%) больных, причём у 7 из 1 подгруппы, в то время как в группе сравнения хронические вульвовагиниты встречались почти в 2 раза реже (12,6%). У девочек без сопутствующей нефроурологической патологии течение воспалительного процесса обычно носило острый характер (53% больных), в то время как при наличии заболеваний мочевыделительной системы острый процесс наблюдался только в 17,7% случаев (14 человек), 7 человек, из которых входят в 3 подгруппу.

В спектре инфекционных возбудителей у девочек основной группы чаще встречались представители семейства Enterobacteriaceae (63,3%). E.coli закономерно встречалась в 78%, причём в 80% случаев кишечная палочка выделялась также при исследованиях мочи и кала, и только в 20% инфекционный возбудитель, выделенный при посеве мочи, принадлежал к другому виду. У девочек группы сравнения при влагалищных посевах чаще всего определялась кокковая флора (стафилококки, стрептококки, энтерококки).

Хламидии выделялись из путей девочек с одинаковой частотой, в то время как уреамикоплазменная инфекция достоверно чаще наблюдалась в группе девочек с нефроурологической патологией (17,5% по сравнению с 5,1%).

Таким образом, в наших наблюдениях вульвовагиниты встречались у большинства девочек 83,5% с заболеваниями мочевыводящих путей. Течение вульвовагинитов у данной категории больных имело ряд особенностей, которые проявлялись высокой частотой хронических вульвовагинитов, преобладание E.coli в посевах отделяемого влагалища, мочи и кала, а также относительно частым выявлением уреамикоплазменной инфекции. Поскольку вульвовагинальная инфекция поддерживает воспалительный процесс в мочевыделительной системе, эти особенности необходимо учитывать при планировании лечебных мероприятий, но кроме этого, важным является своевременное выявление обструктивного компонента у девочек с хронической инфекцией мочевых путей (гидронефроз, ПМР, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря), так как при данных заболеваниях имеются условия для персистирования инфекционного процесса.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕВУШЕК С ОЖИРЕНИЕМ

Кузнецова И.В., Евстигнеева Е.Е. (Москва)

Становление менструальной функции является важнейшим этапом формирования репродуктивной системы, которая в юношеском возрасте в процессе функциональной дифференцировки оказывается высоко чувствительной к влиянию повреждающих внешних и внутренних воздействий. Одним из таких неблагоприятных факторов является ожирение. Частота нарушений менструальной функции у девушек с ожирением значительно выше по сравнению с подростками, имеющими нормальный и низкий вес.

Цель исследования: определить структуру и особенности метаболических и эндокринных расстройств у девушек с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 77 девушек в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст 14,16±1,68 лет) с избыточной массой тела или ожирением (ИМТ от 27,29 кг/м2 до 46,85 кг/м2, в среднем 33,41±4,58 кг/м2). При исследовании метаболических показателей проводилась оценка критериев, используемых для верификации метаболического синдрома. Инсулинорезистентность устанавливалась по индексу чувствительности к инсулину ISI < 48 или по индексу инсулинорезистентности HOMAR>3,3 для инсулина. Для верификации нарушений углеводного обмена использовались диагностические критерии сахарного диабета и других категорий гипергликемии, установленные ВОЗ в 1999г. Для диагностики абдоминального ожирения использовался показатель ОТ/ОБ. При ОТ/ОБ > 0,85 констатировали абдоминальную форму ожирения. Диагноз артериальной гипертензии выставлялся в случае, если у девушки АД превышало средние величины на два стандартных отклонения или было более 95 перцентиля возрастной нормы. Дислипидемия устанавливалась, если уровень триглицеридов превышал и/или уровень ЛПВП был ниже соответствующих возрастных нормативов.

Гормональные показатели оценивались по нормативам, соответствующим календарному, биологическому и гинекологическому возрасту девушек. Определялись уровни следующих гормонов: ЛГ (мМЕ/мл), ФСГ (мМЕ/мл), пролактин (мМЕ/л), эстрадиол (пмоль/л), тестостерон (нмоль/л), кортизол (нмоль/л), ДГЭА-С (мкмоль/л), инсулин (мкМЕ/мл), СТГ (мМЕ/л).

Помимо гормональных параметров проводилось исследование концентраций ИФР-I (инсулиноподобного фактора роста I, нг/мл) и ПССГ (половые стероиды связывающего глобулина, нмоль/л).

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ Microsoft Excel, Biostat© Version 4.03.

Результаты. Из обследованных девушек 32 имели регулярные менструации (I группа), у 45 в течение 1,5 лет после менархе цикл не установился (II группа). Средний возраст и ИМТ в группах не различались (13,61±1,24 лет и 14,51±1,85 лет, 32,68±3,80 кг/м2 и 32,93±-5,04 кг/м2 соответственно). В целом инсулинорезистентность была обнаружена у 43,75% девушек с ожирением, в группах этот показатель существенно не различался. Уровень инсулина у 22,92% девушек превышал нормальные значения, не отличаясь в группах. Дислипидемия выявлялась у 45,83%, артериальная гипертензия отмечалась у 33,33%, нарушение толерантности к глюкозе у 14,58%. Метаболический синдром диагностирован у 27,08% (у девушек 1-ой группы в 22,22%, 2-ой – в 30% случаев). Изменение соотношения гонадотропинов (индекс ЛГ/ФСГ >2,5) зафиксировано у 10% девушек с нарушением менструального цикла и у 5,5% девушек с регулярным циклом. Повышение или понижение концентрации пролактина по сравнению с возрастными нормами отмечалось у 20,84% всех девушек. Колебания уровня пролактина носили нестойкий характер и в группах не различались. Повышение концентрации кортизола выявлено у 31,25%, более чем в два раза чаще у девушек с нарушениями менструального цикла. Средний уровень кортизола у девушек с регулярным циклом 335,2+-24,16 нмоль/л был ниже, чем при нарушенном 364,8+23,79 нмоль/л, p<0,5. Одновременно с повышением глюкокортикоидов у 14,58% девушек отмечалось повышение ДГЭА-С. Концентрация тестостерона у 33,33% девушек превышала соответствующие возрастные нормы (достоверных различий между группами не выявлено). Содержание эстрадиола было подвержено колебаниям, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, но в среднем укладывалось в пределы нормы и в группах не различалось. Уровень ПССГ был снижен в обеих группах практически у половины пациенток (у 44,44% и 43,33% соответственно), что приводило к повышению индексов свободных андрогенов и свободных эстрогенов. Индексы свободного тестостерона при нормальном и нарушенном циклах составили 10,67±1,71 и 12,79±2,87 (p<0,6), а индексы свободного эстрадиола 16,22±2,98 и 10,64±1,46 (p<0,07) соответственно. Концентрация ИПФР-I от нормы не отличалась. Повышение уровня СТГ отмечалось только в 1-ой группе (5,55%), снижение – у 10% девушек 2-ой группы. Средний уровень СТГ в I и II группах достоверно различался (6,35±2,63 мМЕ/л и 3,44±0,77 мМЕ/л, p<0,3).

Выводы. Метаболический синдром при ожирении у подростков встречается в 27,08%. Характер и выраженность метаболических нарушений в группах с нормальным и нарушенным менструальным циклом не различаются, также как и уровень инсулина и ИПФР-I. Обе группы характеризуются гиперандрогенией и повышением свободной фракции андрогенов и эстрогенов. Группу девушек с нарушениями менструального цикла отличает снижение концентрации СТГ, большая частота встречаемости гиперкортицизма, повышение соотношения ЛГ/ФСГ, а также достоверно более значительное повышение биологической активности андрогенов. В совокупности выявленные изменения указывают на включение механизмов дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы в формирование нарушений менструальной функции у подростков с ожирением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТУРАЛЬНОГО МИКРОНИЗИРОВАННОГО ПРОГЕСТЕРОНА В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Кузнецова И.В., Санта-Мария Фернандес Д.О. (Москва)

Согласно современным представлениям, ожирение – полиэтилогичное заболевание, характеризующееся избыточным содержанием жировой ткани на 25% и выше от массы тела. В периоде полового созревания частота нарушений менструального цикла у девушек с ожирением достигает 66,7%. Считается, что дисфункция яичников возникает как следствие метаболических расстройств, сопровождающих ожирение или им обусловленных, например активизации обмена стероидов в жировой ткани, гиперинсулинемии, снижении секреции половые стероиды связывающего глобулина. Патологическое становление менструальной функции является крайне неблагоприятным фактором формирования гинекологической эндокринной патологии в репродуктивном периоде и требует наблюдения и коррекции. Однако гормональная коррекция нарушений менструальной функции при наличии ожирения непростая задача, так как большинство препаратов, применяемых с этой целью, негативно влияют на метаболические процессы, усугубляя расстройства жирового и углеводного обмена, а это в свою очередь, ведет к недостаточной или неадекватной реакции на гормонотерапию.

Цель исследования: оценить эффективность натурального микронизированного прогестерона (препарат «Утрожестан») и его влияние на метаболизм у девушек с нарушениями менструального цикла на фоне избыточной массы тела или ожирения.

Материалы и методы: в исследование были включены 28 пациенток в возрасте от 13 до 18 лет (15,4±2,1 лет). Контрольную группу составили 10 здоровых менструирующих девушек с нормальной массой тела. Средний возраст менархе составил 12,1±1,3 года. У 16 пациенток отмечалась олигоменорея; у 7 – на фоне олигоменореи периодически отмечались метроррагии; у 3 диагностированы рецидивирующие пубертатные маточные кровотечения; у 2 – вторичная аменорея. Избыточная масса тела (ИМТ от 26 до 29 кг/м²) зафиксирована у 6 пациентов. Ожирением страдали 22 девушки, причем у 13 из них ИМТ находился в пределах от 30 до 34 кг/м², а у 9 – превышал 34 кг/м². ИМТ в среднем составил 34,0±3,4 кг/м². 23 (82,1%) девушки имели распределение подкожно-жировой клетчатки по андроидному типу, 5 (17,9%) – по гиноидному типу. Соотношение окружность талии/окружность бедер (ОТ/ОБ), в среднем составило 0,88±0,07 кг/м².

Препарат «Утрожестан» применялся перорально или вводился глубоко во влагалище по 100 мг 2 раза в сутки с 16 по 25 день менструального цикла. Длительность лечения составила 6 курсов. Девушки с ИМТ, превышающим 32 кг/м² (11 больных), дополнительно соблюдали гипокалорийную диету.

Исходно и после проведения лечения всем пациенткам был проведен общий и гинекологический осмотр, антропометрия, общее клиническое обследование, УЗИ органов малого таза в динамике. Определялся гормональный профиль (ЛГ, ФСГ, пролактин, тестостерон, эстрадиол), половые стероиды связывающего глобулина (ПССГ). Проводилось биохимическое исследование крови, включая показатели жирового и углеводного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), глюкоза натощак и в ходе проведения перорального глюкозотолерантного теста. Клиническое контрольное обследование проводилось дважды во время проведения терапии, а также для оценки отдаленных результатов через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Exel, STATISTICA 7.0.

Результаты: до лечения на основании оценки гормонального профиля и данных УЗИ у 14 (50%) пациенток (1 подгруппа) были

отмечены признаки формирования синдрома поликистозных яичников. Средний объем яичников у каждой пациентки был больше 10 см³. Уровень ЛГ составил 13,2±1,7 мМЕ/мл и достоверно превышал показатели этого гормона в других группах ($p < 0,001$), концентрация тестостерона в этой группе оказалась выше, чем в группе контроля. У 10 девушек с метроррагиями на фоне олигоменореи или пубертатными кровотечениями признаков гиперандрогении обнаружено не было. При этом у 5 (17,9%) больных (2 подгруппа) с эпизодами олигоменореи нарушения овариальной функции носили характер атрезии фолликулов при нормальном уровне эстрогенов. Средний объем яичников не превышал 10 см3. У 5 (17,9%) больных (3 подгруппа), в их числе 3 девушки с рецидивирующими пубертатными кровотечениями, расстройства менструальной функции сопровождались повторным образованием фолликулярных кист или персистенцией фолликула с повышенным уровнем общего эстрадиола, а также увеличением объема одного из яичников более 10 см³. У 4 больных (4 подгруппа) на фоне резко выраженного ожирения аменорея или олигоменорея с задержками менструаций до 6 месяцев характеризовалась снижением уровня эстрадиола и гипоплазией внутренних половых органов. Средний объем яичников у этих девушек не превышал 8 см³. На фоне терапии Утрожестаном у всех пациенток наблюдалась закономерная менструальноподобная реакция (МПР). После отмены терапии регулирующий эффект препарата, выражающийся в нормализации длительности цикла, сохранился в течение 1-2-х месяцев у 15 (53,6%) больных, 3-х месяцев – 10 (35,7%); 4-х месяцев – 6 (21,4%); 5-ти месяцев – 4 (14,3%), возобновления нарушений менструального цикла за время наблюдения не возникло у 3 (10,7%) пациенток. Регулярный овуляторный цикл возобновился только у одной девушки. Как положительный эффект нами расценивался также факт отсутствия рецидивов пубертатных маточных кровотечений и образования кистозных образований яичников. Результаты гормонального исследования свидетельствовали о приближении к нормальному уровню исходно измененных показателей: уровень ЛГ(мМЕ/л) до лечения составил 8,1±1,9 после лечения 6,8±1,7; ФСГ (мМЕ/л) до лечения 4,4±1,4 после лечения 4,3+ 1,0; Пролактин (мМЕ/л) до лечения 298,8±42,2 после лечения 253- ,5±22,8; Тестостерон (нмоль/л) до лечения 2,4±0,8 после лечения 2,0±0,7; Эстрадиол (пмоль/л) до лечения 199,3±16,9 после лечения 204,3±20,1; ПССГ (нмоль/л) до лечения 54,5±10,1 после лечения 59,8±12,5. Прибавки массы тела на фоне лечения не наблюдалось ни у одной больной. Вес 11 пациенток, соблюдавших гипокалорийную диету во время терапии Утрожестаном, снизился от 6 до 10 кг. Средний уровень глюкозы на фоне терапии существенно не менялся 5,0±0,4 ммоль/л исходно, в конце курса лечения 4,8±0,3 ммоль/л. Уровень ОХС незначительно снизился с 5,1±0,5 ммоль/л до 4,4±0,3 ммоль/л; также как и уровень ТГ с 2,0±0,1 ммоль/л до 1,4±0,1 ммоль/л; уровень ХС ЛПВП не изменился (1,19±0,1 ммоль/л – исходно, 1,16±0,1 – на фоне лечения). Снижение средних величин данных показателей произошло за счет уменьшения последних в группе пациенток, соблюдавших гипокалорийную диету, то есть на улучшение липидного обмена влияла в основном потеря массы тела.

Выводы: Одним из наиболее важных направлений в лечении больных с нарушением менструальной функции на фоне ожирения является комплекс воздействий в первую очередь на коррекцию массы тела и метаболических нарушений, а не сводится лишь к назначению гормонотерапии. Поэтому гормональный компонент лечения не должен оказывать негативного влияния на процесс метаболической коррекции. Натуральный микронизированый прогестерон (препарат «Утрожестан») является метаболически нейтральным препаратом и эффективен при лечении нарушений менструальной функции у девушек на фоне ожирения, что позволяет использовать его как гормональную составляющую комплексного лечения.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Кузьмина С.А. (Саратов)

Эхография является доступным, безвредным, информативным методом диагностики, который достоверно отражает морфологические изменения, происходящие в яичниках при недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла, именуемой сокращенно НЛФ. Однако в доступной литературе не представлены количественные и качественные показатели эхографической структуры желтого тела, характерные для данной патологии. Изложенное определило цель нашего исследования.

Обследовано 60 пациенток с клиническим диагнозом НЛФ. Контрольную группу составили 55 здоровых фертильных женщин с регулярным менструальным циклом. Ультразвуковое исследование яичников выполнялось на аппаратах «Esaote AU-3» Biomedica и «Aloca 1700» с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков в середину лютеиновой фазы на 20-24 день менструального цикла. Вычислялись объем желтого тела, яичника и отношение объема желтого тела к объему яичника, оценивалась структура и эхогенность желтого тела, а также толщина и эхогенность его стенки. Объем определялся с помощью функции обвода ультразвукового сканера, позволяющей его вычислять в одной плоскости сканирования.

Согласно полученным данным, у больных с НЛФ объем желтого тела составил 1,9±0,7 см3, у женщин контрольной группы - 3,3 ±0,6 см3. В последующем вычислялось отношение объема желтого тела к объему яичника. На наш взгляд значение имеют не только абсолютные размеры желтого тела. Учитывая вариабельность объема яичников у женщин в секреторную фазу менструального цикла, важно знать, какую часть желтое тело занимает от объема яичника у каждой конкретной больной. Вычисление отношения объема желтого тела к объему яичника обеспечивало индивидуальный подход. Получены следующие численные значения: у больных с НЛФ отношение объема желтого тела к объему яичника составило 0,16±0,06, у женщин контрольной группы – 0,3±0,07.

Следовательно, показатели отношения объема желтого тела к объему яичника равные, 0,22 и менее, соответствуют НЛФ. Таким образом, снижение показателей отношения объема желтого тела к объему яичника при НЛФ свидетельствует об уменьшении абсолютных размеров желтого тела и его доли в яичнике у данного контингента больных.

Наблюдение за эхографической картиной желтого тела показало, что у 88% здоровых женщин оно имело неоднородную структуру средней эхогенности с гипо- и гиперэхогенными включениями. У 12% пациенток определялась гипоэхогенная неоднородная структура желтого тела. Стенка желтого тела отчетливо визуализировалась у всех наблюдаемых контрольной группы толщиной 2,5±0,5 мм, повышенной эхогенности в 90,5% случаев. Сравнение эхографического строения желтого тела больных с НЛФ и здоровых женщин показало, что оно различно. Были выделены два варианта эхографического строения желтого тела при НЛФ. Первый вариант включал 68,5% пациенток и характеризовался смешанным строением с эхопозитивной зоной в периферических отделах и центрально расположенной кистозной полостью, которая занимала от ¼ до ½ объема желтого тела. При втором варианте, который имел место у 26,3% больных, желтое тело было представлено кистозной полостью однородной внутренней структуры с высоким уровнем звукопроводности в 85,5% наблюдений и неоднородной кистозной структуры с мелкими эхогенными включениями в 14,5% случаев. Стенка желтого тела визуализировалась у 60,5% пациенток с НЛФ, толщина ее составляла 1,2±0,5 мм, причем повышенная эхогенность отмечалась у 78% из них. В 22% случаев стенка имела пониженную эхогенность.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. При недостаточности лютеиновой фазы отмечается уменьшение размеров желтого тела и его составной доли в яичнике со

снижением отношения объема желтого тела к объему яичника до 0,22 и менее.

2. Возможны два варианта эхографического изображения желтого тела при НЛФ, общим для которых является наличие кистозной полости, занимающей от ¼ - ½ до всего объема желтого тела.

3. У больных с НЛФ происходит уменьшение толщины стенки желтого тела, а также снижение ее эхогенности в 22% случаев.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ И НАЛИЧИЕМ АНТИТЕЛ К ZONA PELLUCIDA ЯЙЦЕКЛЕТКИ

Кузьмина Е.А., Шляхтенко Т.Н., Аржанова О.Н., Сельков С.А. (Санкт-Петербург)

Исследования последних лет выявили отчётливую связь между развитием аутоиммунных процессов и репродуктивными неудачами в виде привычного невынашивания, первичного и вторичного бесплодия, неблагоприятных исходов программы ЭКО. Естественная иммунная реакция на различного вида вторжения, такие как введение внутриматочных средств, выскабливание полости матки, биопсия шейки матки, оперативные вмешательства на матке и придатках, может перерасти в патологический ход событий, что нередко оборачивается агрессией против гонад, гамет, их нормального взаимодействия и перемещения, или против эмбриона, то есть развивается аутоиммунный процесс. Один из главных механизмов, сдерживающих его развитие – это защитное действие повышения концентрации половых стероидов. Поэтому почти всегда аутоиммунные реакции развиваются при наличии выраженного гормонального дисбаланса.

Известно, что концентрация половых стероидов в крови у женщин – величина непостоянная, это в какой-то степени определяет периодически возникающую повышенную ранимость человеческого организма по отношению к воздействию различных факторов среды. Экстрагенитальные и урогенитальные воспалительные заболевания инфекционной и неинфекционной этиологии, курсы антибиотико- и гормонотерапии, психоэмоциональные стрессы могут приводить к сбою иммунорегуляторных процессов, что влечёт за собой активацию продукции органоспецифических и неорганоспецифических аутоантител, которые отрицательно воздействуют на органы и ткани собственного организма.

Репродуктивные потери являются одной из важнейших проблем современной медицины. Из числа диагносцированных беременностей от 10 до 20% приходится на неудачное завершение (самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, преждевременные роды). 80%, так называемых, «необъяснимых потерь беременностей», связано с иммунологическими факторами. Иммунологические нарушения разделяют на аллоиммунные, обусловленные реакцией иммунной системы матери на отцовские антигены, антигены плода и аутоиммунные, характеризующиеся синтезом аутоантител, среди которых немаловажную роль играют и антитела к zona pellucida яйцеклетки.

Согласно литературным данным, антитела к zona pellucida находят у 15 – 27% женщин с бесплодием. Бесплодный брак определяется при отсутствии беременности после 6 – 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения. Частота бесплодия колеблется от 10 до 20% супружеских пар. Среди различных причин бесплодного брака в 40% определяется его зависимость от состояния репродуктивной системы мужчины (нарушение сперматогенеза, варикоцеле, крипторхизм, орхит, простатит). Однако, большую часть составляет женское бесплодие, среди причин которого не последнее место занимают иммунологические факторы.

Известно, что блестящая оболочка является неотъемлемой частью женских гамет. Это результат концентрации специального мукополисахарида, который продуцируется гранулёзными клетками примордиального фолликула. Основные функции zona pellucida включают: 1) осуществление питания, 2) возможность осморегуляции, 3) участие в процессе взаимодействия гамет, оплодотворение, 4) защита бластомера до имплантации. Блестящая оболочка является мощным и высокочувствительным фильтром, который призван выбрать и допустить к яйцеклетке оптимальный вариант сперматозоида. В норме на аутоантигенные белки блестящей оболочки аутоантитела не вырабатываются, при сбое иммунной системы их наличие приводит к формированию комплекса: аутоантиген – аутоантитело – система комплемента, который оказывает повреждающее действие на клетки блестящей оболочки, что приводит к разрушению рецепторов для сперматозоидов и снижению их реактивной способности. В результате не происходит адекватной реакции на сперматозоид, исчезает способность выбрать оптимальный вариант мужской половой клетки и возможность оплодотворения.

Клетки гранулёзы участвуют также и в синтезе эстрогенов так как являются стероидпродуцирующими тканями яичников. Таким образом, клетки гранулёзы – это общий источник для создания zona pellucida и синтезирования эстрогенных гормонов.

Целью исследования явилась комплексная оценка функции эстрогенной продукции у женщин с циркулирующими антителами к zona pellucida яйцеклетки.

Для решения поставленной задачи обследовано 30 небеременных женщин, страдающих привычным невынашиванием и бесплодием в возрасте от 22 до 37 лет. Анамнез исследуемых пациенток был отягощен: наружным генитальным эндометриозом, аденомиозом, миомой, туберкулёзом женских половых органов, хроническим эндометритом, кистой яичника, аутоиммунным тиреоидитом, склерополикистозом яичников, хроническим сальпингоофоритом, гиперпролактинемией, микоплазменной и уреаплазменной инфекциями, хламидиозом, краснухой. Клинические наблюдения проводились в отделении патологии беременности ГУ НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН (руководитель – д.м.н. О. Н. Аржанова). Определение антител к zona pellucida осуществляли методом непрямого твёрдофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью тест-систем фирмы «Bioserv – diagnostics» (Германия) в лаборатории иммунологии ГУ НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН (руководитель – проф. С. А. Сельков). Определение уровня эстрадиола (Е2) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови определяли также в лаборатории иммунологии ГУ НИИ АиГ им. Д. О. Отта РАМН.

Анализ уровня антител к zona pellucida показал, что у 20% (6 обследованных женщин) показатели превышали допустимые значения, у 56.6% (17 женщин) распределялись в зоне промежуточных значений, а у 23.3% (7 женщин) соответствовали нормальным показателям.

При анализе показателей уровня Е2 в крови было установлено, что эстрадиол снижен у 1 женщины с нормальными показателями антител к zona pellucida, у 1 женщины с пограничными значениями и 4-х женщин с повышенным уровнем антител к zona pellucida.

Анализ уровня лютеинезирующего гормона показал, что он был снижен только у 4-х женщин с повышенным уровнем антител к zona pellucida и пониженным уровнем Е2 в крови.

В результате проведенной работы обнаружено, что у женщин с повышенным уровнем антител к zona pellucida имеется снижение выработки Е2. Отмечена обратно пропорциональная корреляционная зависимость между повышением уровня антител к zona pellucida и выбросом ЛГ. Таким образом, отслежена чёткая связь между повышением уровня антител к zona pellucida и снижением функции эстрогенной продукции, и, как следствие, снижение выброса ЛГ. Вероятно, наличие антител к zona pellucida снижает эстрогенную продукцию, в частности выработку эстрадиола, так как наличие самой zona pellucida и экскреции эстрогенов связаны с клетками гранулёзы, то есть имеют общий источник происхождения. Тот факт, что повышение концентрации эстрогенов в доминирующим фолликуле совпадает с процессом формирования блестящей оболочки вокруг яйцеклетки, подтверждает это предположение. Возможно антитела к zona pellucida могут оказывать непосредственное влияние и на саму гранулёзу, нарушая образование Е2.

Данные нашей работы свидетельствуют, что наличие антител приводит к нарушению грануляционной ткани, что в свою очередь влечёт за собой снижение Е2, уменьшение выброса ЛГ и дальнейшее отсутствие овуляторного цикла, что приводит к невозможности оплодотворения и полноценной имплантации плодного яйца.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРЫ ЖЕЛТОГО ТЕЛА ПРИ НЛФ

Кузьмина С.А. (Саратов)

Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла, именуемая сокращенно НЛФ, является функциональной овариальной патологией, характеризующейся гипофункцией желтого тела, и встречается у 46,6% женщин с бесплодием и регулярным менструальным циклом (Бодяжина В.И., 1994; Heil B. et al., 1997). Эхография является доступным, безвредным, информативным методом диагностики, который достоверно отражает морфологические изменения, происходящие в яичниках при НЛФ. Однако в доступной литературе не представлены количественные и качественные показатели эхографической структуры желтого тела, характерные для НЛФ. Изложенное определило цель нашего исследования.

Обследовано 60 пациенток с клиническим диагнозом НЛФ. Контрольную группу составили 55 здоровых фертильных женщин с регулярным менструальным циклом. Ультразвуковое исследование выполнялось на аппаратах «Esaote AU-3» Biomedica и «Aloca 1700» с помощью трансабдоминального и трансвагинального датчиков в середину лютеиновой фазы на 20-24 день менструального цикла. При исследовании яичников вычислялись объем желтого тела, яичника и отношение объема желтого тела к объему яичника, оценивалась структура и эхогенность желтого тела, а также толщина и эхогенность его стенки. Объем определялся с помощью функции обвода ультразвукового сканера, позволяющей его вычислять в одной плоскости сканирования.

Изучение эхографической структуры яичников начиналось с оценки количественных показателей. При исследовании желтого тела яичников мы отказались от традиционного измерения диаметра и определяли его объем. Согласно полученным данным, у больных с НЛФ объем желтого тела составил 1,9±0,7 см3, у женщин контрольной группы - 3,3 ±0,6см3. В последующем вычислялось отношение объема желтого тела к объему яичника. На наш взгляд значение имеют не только абсолютные размеры желтого тела. Учитывая вариабельность объема яичников у женщин в секреторную фазу менструального цикла, важно знать, какую часть желтое тело занимает от объема яичника у каждой конкретной больной. Вычисление отношения объема желтого тела к объему яичника обеспечивало индивидуальный подход. Получены следующие численные значения: у больных с НЛФ отношение объема желтого тела к объему яичника составило 0,16±0,06, у женщин контрольной группы – 0,3±0,07. Следовательно, показатели отношения объема желтого тела к объему яичника равные, 0,22 и менее, соответствуют НЛФ. Нижней границей нормы является значение отношения объема желтого тела к объему яичника 0,23. Таким образом, снижение показателей отношения объема желтого тела к объему яичника при НЛФ свидетельствует об уменьшении абсолютных размеров желтого тела и его доли в яичнике у данного контингента больных.

С гистологической точки зрения в формировании и развитии желтого тела выделяют четыре стадии: пролиферации и васкуляризации, железистого метаморфоза или собственно лютеинизации, расцвета, обратного развития или регресса. Наиболее важной в физиологическом отношении является стадия расцвета желтого тела, которая начинается с момента продукции желтым прогестерона и продолжается 10-12дней, если не произошло оплодотворение. С этого периода желтое тело представляет собой временно существующую железу внутренней секреции. Морфологическим субстратом желтого тела на данной стадии развития являются лютеиновые клетки.

Наблюдение за эхографической картиной желтого тела в стадии расцвета показало, что у 88% здоровых женщин оно имело неоднородную структуру средней эхогенности с гипо- и гиперэхогенными включениями. У 12% пациенток определялалась гипоэхогенная неоднородная структура желтого тела. Стенка желтого тела отчетливо визуализировалась у всех наблюдаемых контрольной группы толщиной 2,5±0,5мм, повышенной эхогенности в 90,5% случаев.

Сравнение эхографического строения желтого тела больных с НЛФ и здоровых женщин показало, что оно различно. Были выделены два варианта эхографического строения желтого тела при НЛФ. Первый вариант включал 68,5% пациенток и характеризовался смешанным строением с эхопозитивной зоной в периферических отделах и центрально расположенной кистозной полостью, которая занимала от ¼ до ½ объема желтого тела. При втором варианте, который имел место у 26,3% больных, желтое тело было представлено кистозной полостью однородной внутренней структуры с высоким уровнем звукопроводности в 85,5% наблюдений и неоднородной кистозной структуры с мелкими эхогенными включениями в 14,5% случаев.

Стенка желтого тела визуализировалась у 60,5% пациенток с НЛФ, толщина ее составляла 1,2±0,5мм, причем повышенная эхогенность отмечалась у 78% из них. В 22% случаев стенка имела пониженную эхогенность.

Была изучена диагностическая информативность наиболее значимых эхографических признаков НЛФ, которая продемонстрировала, что достоверным эхографическим критерием НЛФ является наличие кистозной полости в структуре желтого тела с наибольшей чувствительностью 97%, точностью 95% и специфичностью 88%. Также высокая диагностическая значимость определялась у показателей отношения объема желтого тела к объему яичника 0,16±0,06 и толщины стенки желтого тела, равной 1,2±0,5мм.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. При недостаточности лютеиновой фазы отмечается уменьшение размеров желтого тела и его составной доли в яичнике со снижением отношения объема желтого тела к объему яичника до 0,22 и менее.

2. Возможны два варианта эхографического изображения желтого тела при НЛФ, общим для которых является наличие кистозной полости, занимающей от ¼ - ½ до всего объема желтого тела.

3. У больных с НЛФ происходит уменьшение толщины стенки желтого тела, а также снижение ее эхогенности в 22% случаев.

ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЯИЧНИКОВ ПРИ ВТОРИЧНОМ ГИПОГОНАДОТРОПНОМ СОСТОЯНИИ

Кузьмина С.А. (Саратов)

Целью исследования явилось изучение эхографической структуры яичников у больных с гипогонадотропным состоянием.

Обследовано 58 пациенток в возрасте от 18 до 32 лет с гипогонадотропным состоянием и 80 здоровых фертильных женщин с регулярным менструальным циклом (контрольная группа). Использованы следующие методы исследования: общеклиническое, эхографическое, измерение базальной температуры и определение в крови концентрации гормонов - ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола. Для исключения гиперандрогении у женщин с гирсутизмом определялся уровень тестостерона, ДЭА-С.

Эхографическое исследование яичников осуществлялось на 3-5 день от начала менструации или на фоне аменореи с последующим повторением через 2 недели. Использовался ультразвуковой сканер «Aloka-1700» с трансабдоминальным (3,5МГц) и трансвагинальным (5МГц) датчиками. Определяли объем яичников, количество и диаметр фолликулов, а также объем фолликулов с последующим вычислением отношения объема фолликулов к объему яичника. Результаты исследования статистически обработаны по

общепринятым методикам. Определяли среднее значение показателя, среднеквадратичное отклонение, ошибку средней величины. Достоверность различий оценивали с помощью вычисления t-критерия Стьюдента.

Результаты обследования показали, что у всех пациенток с вторичным гипогонадотропным состоянием наблюдалось нарушение менструального цикла, из них по типу олиго-опсоменорей в 38 (65,5%) случаях и по типу аменореи в 20 (34,5%) случаях. Нарушение репродуктивной функции обнаружено у всех наблюдаемых женщин, в том числе у 22 (38%) – первичное бесплодие, у 36 (62%) – вторичное бесплодие. Базальная термометрия выявила монофазный тип температурной кривой, что свидетельствовало об ановуляции. Исследование гормонов в сыворотке крови показало снижение уровня ФСГ, ЛГ и эстрадиола при нормальных значениях пролактина, тестостерона и ДЭА - С.

Исследование структуры яичников на 3-5 день цикла показало уменьшение общего фолликулярного объема до 0,55±0,4 см³ и отношения объема фолликулов к объему яичника до 0,14±0,05 у больных с гипогонадотропным состоянием по сравнению с контрольной группой (1,44±0,4 см³ и 0,25±0,05 соответственно, p<0,05). Среднее количество фолликулов у обследованных составило 5±2 (в контрольной группе 7±2), диаметр фолликулов равнялся 4±2 мм (в контрольной группе 5±3 мм). Объем яичников больных с гипогонадотропным состоянием в среднем был равен 4,22±1 см³, в то время как объем яичников женщин контрольной группы составил 5,7±2,2 см³.

Таким образом, у больных с гипогонадотропным состоянием объем яичников, количество фолликулов и их диаметр в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла достоверно не отличались от нормы (p>0,1). Следовательно, традиционная оценка эхографической структуры яичников не представляет полной информации об овариальной морфологии. Практическое значение имеет определение общего фолликулярного объема и отношения объема фолликулов к объему яичника. Нижней границей нормы являются объем фолликулов 1,04 см³ и отношение объема фолликулов к объему яичника, равное 0,2.

Структура яичников у 41 (70%) больной оставалась без изменений с 3-5 дня цикла с показателями фолликулярного объема 0,55±0,4 см³ и отношением фолликулярного объема к объему яичника 0,14±0,05. У всех пациенток наблюдался ановуляторный цикл, лютеиновая фаза отсутствовала. При динамическом ультразвуковом наблюдении в 30% случаев в одном из яичников идентифицировался лидирующий фолликул диаметром 12±2 мм, размеры которого не достигли стандартов доминантного фолликула. Имела место его персистенция, желтое тело в яичниках не определялось.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1.У больных с вторичным гипогонадотропным состоянием объем яичников, количество фолликулов и их диаметр на 3-5 день менструального цикла достоверно не отличались от нормы (p>0,1).

2. Показатели фолликулярного объема при гипогонадотропном состоянии составили 0,55±0,4 см³. Отношение объема фолликулов к объему яичника соответствовало 0,14±0,05.

3. Нижней границей нормы для здоровых женщин фертильного возраста являются объем фолликулов 1,04 см³ и отношение объема фолликулов к объему яичника, равное 0,2.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИМПТОМНОЙ И БЕССИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Кулагина Н.В., Зуева Е.Е., Комарова Л.С., Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

Патогенез миомы матки является многокомпонентным. В развитии лейомиомы, как и любого процесса опухолевого роста, немаловажную роль играет состояние иммунобиологического надзора. В исследованиях отечественных и зарубежных авторов показано значение иммунной системы, в частности, факторов роста в патогенезе гиперпластических процессов в миометрии (Сидорова И.С., 2002; Тихомиров А.Л., 1998; Hrycek A., 2000). Именно через ростовые факторы опосредовано действие эстрогенов, прогестерона, гонадотропинов и стрессовых гормонов. При этом отмечается нарушение соотношения процессов пролиферации и апоптоза – при развитии опухолевого процесса снижается готовность опухолевых клеток к их запрограммированной гибели.

В ряде опубликованных работ показано, что рост миомы матки можно косвенно прогнозировать по показателям цитотоксической активности натуральных киллеров и по способности лейкоцитов периферической крови продуцировать интерферон g (Шевчукова Н.Ф., Сельков С.А. и др., 1999), а также при наличии высокого уровня незрелых CD38+ (Малышкина А.И. и др., 2005).

Большое прикладное значение имеют работы, посвященные изучению особенностей системного и локального иммунитета у женщин с миомой матки стабильно малых размеров или регрессирующей и быстрорастущей опухолью. Выявление прогностически значимых маркеров клинического течения заболевания позволит практическому врачу правильно выбрать тактику ведения больной, проводить контроль эффективности консервативных методов лечения и, возможно, избежать радикальных хирургических операций у пациенток с миомой матки.

Целью нашего исследования явилась оценка иммунного статуса больных миомой матки с различными вариантами клинического течения на основании анализа субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови.

Материалы и методы: проведено клиническое обследование 46 пациенток с миомой матки в возрасте от 31 до 63 лет (средний возраст 45,7±0,5 лет).

Наряду с клинико-анамнестическими методами в комплекс диагностических мероприятий включалось эхографическое исследование, допплерометрия, ЦДК органов малого таза; раздельное диагностическое выскабливание матки с морфологической оценкой эндометрия.

Вычисление объема матки и миоматозных узлов осуществляли по предложенной G.B.Healy (1989) формуле.

Темп роста узлов миомы или ее регресс оценивали в динамике по данным эхографии, проводившейся каждые шесть месяцев.

Количественное определение основных субпопуляций лимфоциов периферической крови осуществлено методом проточной цитометрии: анализ экспрессии маркеров лимфоцитов и учет результатов проведен на проточном цитофлюориметре DAKO Galaxy (Denmark) с помощью программного обеспечения FlowMax. Минимальное количество анализируемых лейкоцитов составляло не менее 10 тысяч событий, в том числе не менее 2 тысяч лимфоцитов. Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программы STATISTICA 6,0.

Результаты исследования: у 32 пациенток (70%) наблюдалась симптомная миома матки, характеризовавшаяся циклическими и ациклическими кровотечениями, нарушением функции смежных органов, быстрым увеличением размеров опухоли, болевым синдромом, абсолютно большими размерами опухоли, что потребовало в дальнейшем хирургического лечения. У 14 (30%) женщин – миома матки не имела клинических проявлений.

Длительность заболевания по данным анамнеза до 5 лет отмечена у 24 (52,2%) женщин, от 6 до 10 лет – у 16 (34,8%), более 10 лет – у шести (13%) пациенток.

Субсерозная локализация миоматозных узлов обнаружена у четверых больных (8,7%), интрамуральная – у семи (15,2%), субмукозная – у 18 (39,1%) женщин. Сочетание субсерозной и интрамуральной локализации миоматозных узлов выявлено у 17 (37%) пациенток.

Объём матки у обследованных пациенток колебался от 48,98 см3 до 767,62 см3, составляя в среднем 237,12±40,16 см3.

Единичные миоматозные узлы обнаружены у 13 больных (28,3%), по 2 миоматозных узла отмечено у 10 (21,7%), от 3 до 5 узлов – также у 10 пациенток (21,7%) и более 5 узлов – у 13 (28,3%). Быстрый

темп роста опухоли отмечен у 11 (24%) пациенток, медленный - у 22 (48%), не отмечалось увеличения размеров миомы у девяти (20%) больных, у четверых (8%) данных о динамике размеров опухоли нет, так как она обнаружена впервые.

По данным цветового доплеровского картирования выделена группа больных с простой миомой матки, которая составила 37 больных (80%), и группа пациенток с пролиферирующей миомой матки – девять человек (20%). При ЦДК у больных с простой формой миомы отмечено различное количество цветовых сигналов по периферии миоматозного узла, по ходу огибающих сосудов в отсутствие или при единичных сигналах в центре. При этом максимальная систолическая скорость артериального кровотока в огибающих сосудах составляла 17,3±1,4 см/с; индекс резистентности в миоматозных узлах – 0,71±0,05.

У пациенток с пролиферирующим вариантом миомы матки регистрировался интенсивный внутриопухолевый кровоток. Максимальная систолическая скорость артериального кровотока составила – 27,1±3,1 см/с, максимальная скорость венозного кровотока в узлах – 11,5±1,2 см/с. Индекс резистентности в миоматозных узлах составил 0,48±0,04.

При морфологическом исследовании эндометрия у 18 (39,1%) женщин выявлено его соответствие фазе менструального цикла, у семи (15,2%) – обнаружена железистая или железисто-кистозная гиперплазия, у 15 (32,6%) – полип эндометрия и у шести (13,1%) – гипопластичный или атрофичный эндометрий.

Из гинекологических заболеваний наиболее часто миоме матки сопутствовал аденомиоз, отмеченный у 22 (47,8%) больных. Доброкачественные опухоли яичников (кисты) обнаружены у 10 (21,7%) обследованных больных, воспалительные заболевания органов малого таза – у 13 (28,3%) пациенток.

Группы пациенток с бессимптомной формой миомы матки и с выраженными клиническими проявлениями достоверно отличались по содержанию В-лимфоцитов ($p< 0,05$). По другим анализированным популяциям лимфоцитов достоверных различий выявлено не было.

Группы пациенток с простой и пролиферирующей формами миомы матки достоверно отличались по содержанию В-лимфоцитов ($p< 0,007$) и натуральных киллеров ($p< 0,03$).

У пациенток с миомой матки, сопровождавшейся развитием метроррагий, отмечено повышение содержания Т-лимфоцитов и Т-киллеров ($p< 0,05$). У больных с многоузловой формой опухолевого роста обнаружено уменьшение содержания В-лимфоцитов ($p< 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование выявило подавление клеточного звена имунной системы у пациенток с прогрессивным ростом миомы и с осложненным течением заболевания. Дальнейшее изучение иммунного статуса у больных миомой матки возможно позволят выявить прогностическую значимость изменений состояния гуморального и клеточного иммунитета у пациенток с доброкачественными гиперпластическими процессами в миометрии.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С СИМПТОМНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Кулагина Н.В., Кустаров В.Н. (Санкт-Петербург)

Миома матки выявляется у 28-36% пациенток с бесплодием. Только хирургическое лечение подчас полностью не решает проблемы восстановления фертильности, а скорее, наоборот, усугубляет нарушение репродуктивной функции, что может быть обусловлено возможностью потери органа или развитием послеоперационного спаечного процесса и возникновением трубно-перитонеальной формы бесплодия. Как единственная причина бесплодия - миома матки явление редкое. Заслуживает внимания тот факт, что сопутствующая органическая патология органов малого таза (трубно-перитонеальный фактор, малые формы эндометриоза, поликистоз яичников) и функциональные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе отмечаются более чем у 70% больных с бесплодием и миомой матки. Использование гормональной терапии при эндокринном бесплодии или проведение вспомогательных методов репродукции – ЭКО и ПЭ, которым подлежат около 10% женщин с миомой, способствуют возрастанию риска роста миоматозных узлов. Существует и другой аспект проблемы – возможность развития осложнений беременности у женщин с опухолью матки, проявляющихся прерыванием беременности. Частота невынашивания среди общего числа беременных с миомой матки колеблется от 30 до 75%.

Все это диктует необходимость совершенствования хирургических способов лечения миомы матки, способствующих сохранению этого репродуктивного органа и разработке постоперационных реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функциональных нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе и профилактике рецидива миомы матки, который имеет место у 15% прооперированных женщин.

Материалы и методы исследования. Обследование и лечение было проведено у 64 женщин (средний возраст 28±1,5 лет), имевших миому матки, на фоне которой отмечалось нарушение репродуктивной функции.

Страдали бесплодием 40,6% женщин, из них у 25% отмечено первичное и у 15,6% – вторичное бесплодие. Невынашивание беременности отмечено у 28,1% женщин.

Обследование больных включало: эхографическое исследование органов малого таза, исследование функции яичников, включавшее тесты функциональной диагностики, ультразвуковой мониторинг овуляции, определение содержания гормонов в плазме крови, морфологическое исследование эндометрия; проверку проходимости маточных труб в послеоперационном периоде.

Размеры узлов миомы составляли от 4 до 12 см в диаметре. У подавляющего большинства больных узлы были одиночные; у 25% – определялось 2 узла, и у 6,25% пациенток узлы были множественные (до 8 узлов). По расположению в стенке матки интрамурально-субмукозная локализация выявлена у 10,9% больных, интрамурально-субсерозная – у 70,3% и субсерозное расположение узла у 18,7% пациенток.

Показаниями к оперативному лечению явились: бесплодие или невынашивание при наличии миомы матки, сопровождавшейся быстрым ростом или меноррагией у 53,1% пациенток; сочетание миомы с синдромом поликистозных яичников – у 15,6%; необходимость проведения ЭКО и ПЭ – у 9,3% больных, в этих случаях миома матки сочеталась с трубным фактором бесплодия или нарушением сперматогенеза у мужа. У 22% нерожавших женщин репродуктивного возраста показанием явились быстрый рост опухоли или меноррагии.

Удаление миоматозных узлов производилось лапоротомическим доступом по описанной ниже методике. Всем прооперированным пациенткам в следующих после операции менструальных циклах проводилась реабилитационная терапия, включавшая гирудотерапию и транскраниальную электростимуляцию стволовых структур мозга (ТЭС-терапию), осуществляющую регуляцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в результате стимуляции выделения β-эндорфина.

Курс гирудотерапии состоял из 5-6 процедур. Второй этап реабилитации, включавший ТЭС-терапию, проводился в следующем менструальном цикле. Для проведения процедур использовался аппарат «Трансаир-01». Процедуры проводились с 5-го по 9-й день менструального цикла и с 19-го по 23-й день цикла (в периоды максимального выброса β-эндорфина в физиологическом менструальном цикле).

Результаты исследования. Суть предлагаемой методики консервативной миомэктомии сводится к следующему: после вскрытия брюшной стенки матка по-возможности выводится в рану и фиксируется с помощью влажной марлевой салфетки; скальпелем рассекается капсула и узел на ½ его диаметра, пулевыми щипцами или зажимами Мюзо захватывают рассеченные поверхности узла и разво-

дят их в стороны, после чего под контролем зрения узел рассекают на две половины. Далее пулевые щипцы перекладывают на область оснований половин рассеченного узла, одну из половин подтягивают вверх, а затем ножницами или скальпелем вылущивают из ложа в направлении от основания; кровотечения, как правило, не происходит, а в случае его возникновения – останавливают таковое коагуляцией видимого сосуда, либо временной марлевой тампонадой. Аналогично из ложа вылущивают вторую половину узла. Ложе узла зашивают одним рядом узловых швов (в качестве шовного материала используется викрил). При накладывании швов круглую иглу проводят через всю толщу капсулы вылущенного миоматозного узла с одной стороны с вколом иглы у основания капсулы и выколом у края, а затем с другой стороны, но уже в обратном порядке. После завязывания наложенных таким образом нитей, капсула вылущенного узла вворачивается в ложе узла, создает надежный гемостаз и исключает необходимость перитонизации. Удаление швов друг от друга составляет 1-1,5 см, что обеспечивает полноценную репозицию и предупреждает ишемию тканей.

Интраоперационная кровопотеря не превышала 200 мл. У 15,6% попутно производилась клиновидная резекция яичников в связи с их поликистозными изменениями, что было подтверждено в последующем морфологическими исследованиями; у 9,4% пациенток было произведено разделение перитубарных спаек и у 4,7% – коагуляция очагов эндометриоза на брюшине.

Во всех случаях послеоперационное течение было гладкое.

После проведения курса гирудотерапии в первом после операции менструальном цикле у всех пациенток быстро купировались явления послеоперационного отека матки, и в течение 1,5 месяцев матка принимала нормальные размеры, что подтверждалось данными эхографического исследования.

В течение первых двух лет наблюдения беременность наступила у 51,5% пациенток. Среди женщин с наступившей беременностью 27,2% ранее страдали бесплодием, и у 39,4% наблюдалось невынашивание. У 6% пациенток беременность наступила после ЭКО и ПЭ.

У 7,6% женщин роды были спонтанные. Кесарево сечение произведено у 92,4%. Спаечный процесс отсутствовал у 33,3% прооперированных, слабо выраженный спаечный процесс отмечен у 66,7% пациенток.

Таким образом, анализ восстановления или сохранения репродуктивной функции у прооперированных пациенток с миомой матки позволяет полагать, что консервативную миомэктомию по используемой нами методике возможно проводить при наличии значительных размеров опухоли и большого количества миоматозных узлов.

Рекомендуемые в послеоперационном периоде гирудотерапия и ТЭС-терапия позволяют повысить эффективность восстановления репродуктивной функции у данной категории больных. Свидетельством этому является наступление и сохранение беременности в первые два года лечения более чем у 50% больных. Данный комплекс реабилитационных мероприятий позволяет предупредить развитие спаечного процесса или снизить его распространенность, улучшить процессы регенерации в области рубца.

РОЛЬ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ММР-1 И PAI-1 В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В МИОМЕТРИИ

Кулагина Н.В., Морозова Е.Б., Чухловин А.Б., Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

Миома матки развивается в результате пролиферации мышечных клеток и соединительнотканных элементов. При сравнении ультраструктуры коллагеновых фибрилл в ткани лейомиомы и миометрии, установлено, что лейомиома содержит коллагеновые фибриллы нетипичной структуры и ориентации по сравнению с нормальным миометрием. Это обстоятельство может свидетельствовать о вероятной роли матриксных металлопротеиназ (ММР) в патогенезе лейомиомы, в процессах ремоделинга коллагена в опухолевых тканях. Известно более 20 видов ММР, которые осуществляют различные этапы деградации белков экстрацеллюлярного матрикса. Среди них особую роль играет интерстициальная коллагеназа (матриксная металлопротеиназа – 1, ММР-1), которая осуществляет первичную деградацию молекул коллагена. Выявлено достоверное повышение экспрессии mmp1 (специфические мРНК и белки) при лейомиоме. Возникает вопрос о механизмах усиления транскрипции генов ММР. Одним из этих факторов может быть наличие полиморфизма их регуляторных сегментов (промоторных участков). При этом не изменяется первичная структура и активность белкового продукта, однако существенно изменяется продукция мРНК и специфического белка. В связи с этим, у носителей «гиперактивных» промоторных вариантов различных генов может проявляться предрасположенность к различным заболеваниям. Для mmp1 известно 2 генных варианта – наличие 1G и 2G в позиции – 1607. Промотор гена mmp1 в варианте «2G» имеет дополнительный пункт связывания фактора транскрипции Ets, тем самым, определяя высокие уровни синтеза специфической мРНК и, очевидно молекул проэнзима ММР-1.

Также интерес представляет изучение полиморфизма гена PAI-1 (ингибитор активатора плазминогена). PAI-1 в сыворотке крови является основным прямым ингибитором плазминовой системы. Соответственно, повышение продукции PAI-1 является фактором усиления внутрисосудистого тромбообразования. Известно два промоторных варианта PAI-1 4G/5G (позиция-625), из которых аллель 4G-625 характеризуется повышенной экспрессией и ингибированием фибринолиза, тогда как аллель 5G – напротив, умеренной транскрипцией мРНК и, соответственно, невысоким уровнем индукции PAI-1 и более сбалансированным гемостазом. В ряде работ показана связь полиморфизма PAI-1 с ангиогенезом и ростом опухоли: Sourla et al., (2004) показали повышенную экспрессию мРНК PAI-1 для женщин с лейомиомой.

Цель работы: оценить роль генных вариантов ММР-1, PAI-1 у больных миомой матки в прогнозировании опухолевого роста.

Материалы и методы: проведено клиническое обследование 170 пациенток, имевших миому матки, в возрасте от 26 до 71 года (средний возраст 46,6±0,5 года). У 122 (71,7%) женщин имелась симптомная миома, проявлявшаяся гиперполименоррей, быстрым темпом роста опухоли, нарушением функции смежных органов, что потребовало хирургического лечения. У 48 (28,3%) – миома матки была без клинических проявлений.

Комплекс обследования, помимо анамнестического и общеклинического включал эхографическое исследование органов малого таза, проводившееся в динамике каждые полгода, морфологическое исследование эндометрия.

На основании данных анамнеза и клинического обследования, больные были классифицированы по темпам роста, количеству, локализации и размерам новообразований матки, а также сопутствующей патологии.

С целью изучения молекулярно-биологических аспектов патогенеза миомы матки проводилось генотипирование промоторных аллелей mmp1 и pai1. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов крови больных и доноров с применением набора «ДНК-Сорб» (Литех, Москва). Тип промоторного полиморфизма генов ММР-1 (1G/2G), PAI-1 (4G/5G) определяли с помощью аллель-специфической ДНК ПЦР. Специфические праймеры конструировали с помощью программы Primer Express (Applied Biosystems, Германия). Статистический анализ проводился путем непараметрического анализа (тест хи-квадрат), с помощью пакета программ Winstat.

Результаты исследования: выявлено, что быстрый рост миомы достоверно чаще наблюдался у больных с высокой частотой встречаемости аллеля 2G гена mmp1. Указанные различия были достоверными при p=0,02, что говорит о существенной связи между наличием высокоактивного аллеля mmp1 и темпами роста новообразования.

Частота выявления аллеля 2G гена матриксной металлопротеиназы 1 (ММР1) оказалась, в среднем, значительно более высокой у больных с многоузловой формой миомы матки (p=0,01). Это наблюдение

не противоречит ранее упомянутой корреляции данного генного маркера с темпами роста опухоли и, исходя из клонального роста миомы, предполагает усиленную склонность к диссеминации данного новообразования у больных с гиперактивным аллелем ММР-1.

Нами также оценивался общепринятый интегральный показатель – объем матки у женщин с лейомиомой. Этот параметр также оказался достоверно повышенным у пациентов с аллелем 2G гена ММР-1 (p=0,04), что согласуется с ранее описанными нами ассоциациями между носительством данного аллеля и темпом роста опухоли, а также количеством обнаруженных узлов. Эта зависимость, возможно, связана со специфическими функциями mmp-1 в модификации межклеточного матрикса в зонах опухолевого роста.

Кроме того, обнаружена достоверная ассоциация между наличием аллеля 2G mmp1 и повышенной частотой аденомиоза (p=0,0-08). Гиперэкспрессия гена ММР-1 может быть одним из механизмов упомянутой активации коллагенолиза и облегченной диссеминации эпителиальных клеток в зоны эктопического роста. Кроме того, важна роль неоангиогенеза в патогенезе, как миомы, так и эндометриоза. Матриксные металлопротеиназы участвуют в процессах деградации матрикса при росте тканей, тем самым, формируя пространство для прорастания в межклеточном матриксе новых капилляров, которые обеспечивают питание новообразований.

Мы обнаружили достоверную ассоциацию между наличием аллеля 5G PAI-1 и быстрым ростом лейомиомы (p=0,04). При анализе гаплотипов изучавшихся генов у больных мы обнаружили, что сочетание генотипов ММР-1 / 2G и PAI-1 / 5G достоверно коррелировало с темпами роста миомы, и достоверно чаще встречалось у больных с быстрым ростом лейомиомы (p=0,005). Основной механизм данного эффекта может состоять в модулирующем действии промоторных вариантов на процесс фибринолиза. Как известно, функция PAI-1 в существенной степени связана с системой ММР-1. Аллель 4G PAI-1 ассоциирован с подавлением фибринолиза, тогда как аллель 5G характеризуется менее выраженной экспрессией белкового продукта, и, таким образом, меньше ингибируется выработка плазмина (фибринолизина). При образовании же избытка плазмина происходит усиленное образование активной ММР-1 из ее предшественника. В ряде работ выявлено, что у больных лейомиомой наблюдается повышенная экспрессия мРНК PAI-1, что подтверждает роль этого фактора в развитии ремоделинга в ткани матки. Действительно, показана связь повышенной экспрессии PAI-1 с ростом и неоангиогенезом опухолевой ткани.

Таким образом, совокупность имеющихся данных позволяет обосновать полученную нами корреляцию между промоторными генотипами ММР-1, PAI-1, гаплотипом ММР-1 2G/PAI-1 5G с одной стороны и ростом лейомиомы – с другой. Наши данные могут использоваться в прогностических целях при ведении больных миомой матки.

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДОМ ЭКО И ПЭ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кулаков В.И., Серебренникова К.Г., Меняшева В.Ф., Чумакова Н.В., Кузнецова Е.П. (Москва, Ижевск)

Актуальность нашего исследования обусловлена неуклонным ростом опухолевидных образований яичников среди популяции женщин репродуктивного возраста, отрицательным влиянием как самого опухолевидного процесса яичников, так и последствий оперативного вмешательства на яичниках на репродуктивное здоровье, необходимостью разработки алгоритма ведения пациенток после оперативных вмешательств на яичниках по поводу опухолевидных образований и определения оптимального временного промежутка для реабилитации перед проведением ЭКО и ПЭ. Низкая эффективность комбинированного лечения, которая по данным различных авторов составляет от 20 до 30%, диктует необходимость поиска новых клинических подходов в лечении бесплодия у больных с ООЯ.

Цель: Определение эффективности комплексной подготовки больных с ООЯ к проведению вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы: В исследование включено 108 пациенток с опухолевидными образованиями яичников, страдающих бесплодием. В первую группу (n=58) вошли больные с кистами желтого тела и фолликулярными кистами диаметром ≥ 6 см, средний возраст 28,6±1,2 лет. Пациенткам первой группы было проведено оперативное лечение в объеме энуклеации кисты или цистэктомии лапароскопическим доступом с последующим комплексом реабилитационных мероприятий. Вторую группу (n=50) составили больные с фолликулярными кистами и кистами желтых тел, диаметр которых не превышал 6 см, им проводилась комплексная гормоно- (Новинет), энзимо- (Вобэнзим) и иммунотерапия (Виферон), противовоспалительное лечение, а в случае отсутствия регресса ООЯ - аспирация кист трансвагинальным доступом под ультразвуковым контролем с последующим цитологическим, гормональным исследованием и определением опухолевых маркеров в аспирате. 52 и 46 пациенткам исследуемых групп соответственно в течение первого года наблюдения была проведена стандартная процедура экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки. Стимуляция суперовуляции проводилась по «короткому» протоколу рекомбинантными гонадотропинами (Гонал-Ф, Пурегон) на фоне десенситизации агноистами гонадотропин-рилизинг гормона (Декапептил, Диферелин) со 2-го дня менструального цикла. Овуляторная доза хорионического гонадотропина (Хорагон, Прегнил) назначалась при достижении фолликулами диаметра 18-22мм, толщины эндометрия 8-10мм, уровня эстрадиола 300 пмоль/л на каждый лидирующий фолликул. Трансвагинальная пункция фолликулов, аспирация ооцитов, оплодотворение и культивирование эмбрионов осуществлялось по общепринятой методике.

Результаты: У 98 пациентки проведено 112 циклов стимуляции овуляции. Перенос эмбрионов в полость матки был произведен во всех циклах стимуляции. Среднее количество ооцитов, полученных у больных первой группы на цикл стимуляции, составило 6,8±2,4, эмбрионов 4,5±1,8, аналогичные показатели у больных с консервативной тактикой ведения составили 9,7±2,1 и 7,6±1,4. Частота наступления беременности на перенос эмбриона в первой группе составила 21,6% и 25,2% во второй группе.

Выводы: Малоинвазивные методы лечения ООЯ, направленные на сохранение овариального резерва, в комплексной подготовке к ЭКО и ПЭ способствуют повышению эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

ВЛАГАЛИЩНОЕ КОЛЬЦО НОВАРИНГ – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Кулаков В.И., Серов В.Н., Прилепская В.Н., Ревазова Ф.С., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М. (Москва)

Распространение знаний о контрацепции является одним из составляющих этапов программ по сохранению репродуктивного здоровья. Одним из немаловажных аспектов общего, и репродуктивного здоровья в частности, является качество сексуальной жизни. Многочисленными исследованиями показано, что сексуальная неудовлетворенность приводит к значительному снижению качества жизни, как женщин, так и мужчин, способствует снижению самооценки, а также подавленности и разочарованию от жизни в целом.

Одной из причин сексуальных дисфункций у женщин может быть практика прерванных половых контактов с целью предупреждения нежелательной беременности. В этом случае в малом тазу возникают очаги застойного возбуждения, повышенного кровенаполнения и застоя крови в области гениталий. Длительная, на про-

тяжении 5-10 и более лет, практика прерванных половых контактов может приводить к развитию у женщин различных невротических расстройств.

Терапия данных расстройств занимает длительное время, требует терпения не только со стороны женщины и ее врача, а также со стороны сексуального партнера. Одним из немаловажных этапов терапии и в первую очередь профилактики данных сексуальных расстройств может являться грамотно подобранная контрацепция.

Однако не все контрацептивные средства оказывают благоприятное влияние на сексуальную жизнь партнеров. Так, например, при использовании презерватива снижается чуствительность, из-за страха что презерватив может порваться и риска наступления беременности теряется непринужденность половых отношений, также нередки аллергические реакции. По причине низкой контрацептивной эффективности, неэстетичности и возможных аллергических реакций, не все пары предпочитают использование спермицидов. В данной ситуации на первый план выступает гормональная контрацепция, которая имеет ряд неоспоримых преимуществ перед барьерными, внутриматочными и другими методами предупреждения нежелательной беременности.

На протяжении последних десятилетий достигнут значительный прогресс в создании новых средств контрацепции. Основная задача этих исследований - предложить женщинам большой выбор контрацептивных средств, которые бы отвечали требованиям и интересам каждой конкретной женщины. Наряду с повышением контрацептивной эффективности и снижением дозы эстрогенного и гестагенного компонентов в составе таблеток, создано большое число соединений, обладающих лечебными и защитными свойствами. Повышение приемлемости и снижение частоты побочных реакций явилось основными предпосылками к разработке альтернативных методов введения контрацептивных гормонов, что позволило значительно расширить возможности индивидуального выбора врачом и пациенткой контрацептивного средства.

Одним из перспективных альтернативных средств гормональной контрацепции является влагалищное кольцо НоваРинг, которое представляет собой гибкое, прозрачное кольцо, содержащее 2,7мг. этинилэстрадиола и 11,78мг. этоногестрела. По биологическому градиенту путем диффузии из кольца во влагалище ежедневно выделяется 15мкг. этинилэстрадиола и 120мкг. этоногестрела. По результатам крупных многоцентровых исследований доказаны высокая контрацептивная эффективность и приемлемость НоваРинга, а также низкая частота побочных реакций и хороший контроль цикла в процессе применения влагалищного кольца.

Учитывая новизну данного метода контрацепции, представляется немаловажным учитывать сексуальный комфорт при его использовании. В литературе имеются данные о том, что при применении НоваРинга могут усиливаться сексуальные ощущения у партнеров, возможно повышение сексуальной активности женщин, а также увеличение числа оргазмов при половых контактах.

Целью настоящего исследования явилась оценка приемлемости, степени удовлетворенности и удобства применения, в т.ч. и сексуального комфорта, при использовании влагалищного кольца НоваРинг у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы: Исследование проводилось в рамках Всероссийского исследовательского проекта «Новые методы контрацепции и здоровье женщины». Проект проводился в 20 городах России, и в нем приняло участие 1008 женщин в возрасте от 16 до 46 лет (средний возраст 29,4±6,6 лет), которые использовали НоваРинг на протяжении 3-х циклов. Оценка приемлемости и степени удовлетворенности данным методом контрацепции проводилась по данным анкетирования женщин. Оценка возможного влияния данного метода контрацепции на сексуальные взаимоотношения партнеров проводилась с помощью модифицированной анкеты «Сексуальной женской формулы» до и через 3 месяца контрацепции.

Результаты: По данным анкетирования, до участия в проекте гормональную контрацепцию в различные периоды жизни применяли 37,2% женщин, более трети всех опрошенных (36,3% женщин) использовали барьерные методы контрацепции, 21,2% опрошенных применяли календарный метод и прерванный половой акт. При этом только 40% женщин были удовлетворены используемым методом контрацепции.

По результатам анкетирования, проведенного через 3 месяца контрацепции, 88,8% женщин были удовлетворены использованным методом контрацепции. По мнению 44,5% женщин основным положительным преимуществом данного метода контрацепции является отсутствие необходимости ежедневного контроля за применением, а 34% женщин подчеркивали легкость и простоту использования Новаринга.

По результатам анкетирования 78,5% женщин отмечали, что использование НоваРинга положительно влияет на сексуальную жизнь. В процессе контрацепции НоваРингом 13,3% женщин испытывали дополнительные положительные ощущения во время сексуальных контактов. Через 3 месяца применения НоваРинга 75% женщин отметили повышение сексуальной активности, и 86% женщин - повышение степени сексуальной удовлетворенности (оргазм во время полового акта достигался всегда\часто). Интересны результаты опроса половых партнеров: 71% из них не ощущали НоваРинг во время полового акта, а 29% мужчин ощущали - при этом, 53% испытывали нейтральные ощущения, 40% приятные, и только 7% мужчин испытывали дискомфорт при половых контактах. Результаты исследования показали, что 37,6% женщин отметили улучшение сексуальной жизни, у 39,6% повысилась уверенность в себе, а улучшение психологических и сексуальных отношений с партнером отметили 23,2% женщин.

Вывод: Влагалищное кольцо НоваРинг является современным средством гормональной контрацепции и сочетает в себе высокую контрацептивную эффективность, приемлемость, низкий уровень побочных реакций и осложнений. Помимо этого, НоваРинг не создает дискомфорта в интимных отношениях, может способствовать раскрепощению сексуальных партнеров, что в совокупности оказывает положительное влияние на сексуальные взаимоотношения партнеров и несомненно, повышает качество их жизни.

ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Кулаков В.И., Шуршалина А.В. (Москва)

Гистероскопия занимает одно из ведущих мест среди современных методов диагностики в гинекологической практике. Визуализация полости матки позволяет выявить большой спектр внутриматочной патологии, оценить распространенность патологического процесса, а также производить удаление измененной ткани под гистероскопическим контролем.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость гистероскопии при хроническом эндометрите.

Методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни женщин, поступивших в гинекологические отделения НЦ АГ и П РАМН с января 1994 г. по декабрь 2003г.

Результаты: всего у пациенток с хроническим эндометритом было произведено 780 гистероскопий с последующим гистологическим исследованием соскоба эндометрия. Гистероскопия по макроскопическим признакам позволила точно идентифицировать хронический эндометрит только в 32,9%. Наиболее частыми признаками воспалительного процесса в эндометрии являлись: неравномерная толщина эндометрия – 31%, неравномерная окраска – 22%, полиповидные нарастания – 31,2%, гиперемия слизистой оболочки – 12,8%, точечные кровоизлияния – 8%, очаговая гипертрофия слизистой оболочки – 8%. Внутриматочные синехии были выявлены в 12% случаев, аденомиоз в 5,5%, ВМС в 3,5%, остатки костной ткани в 0,6%, послеоперационные лигатуры в 0,25%, пороки развития матки в 2%, полипы цервикального канала в 1,8%. Полипы эндометрия были диагностированы при гистероскопии в 31,2% случаев, а гистологически подтверждены только в 15,5% случаев.

Гистероскопия при хроническом эндометрите не была информативна в 23,3% случаях, когда никаких патологических изменений в эндометрии выявлено не было. В остальных 43,8% случаев при ви-

зуализации полости матки были выявлены различные патологические изменения (чаще всего полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия, внутриматочные синехии), но они не были истолкованы как признаки хронического воспалительного процесса.

Выводы: трудности гистероскопической интерпретации данных связаны прежде всего с отсутствием типичных макроскопических признаков хронического эндометрита, с очаговым характером воспалительного процесса и стертыми формами заболевания. При подозрении на хронический эндометрит гистероскопия необходима для исключения всего спектра внутриматочной патологии, однако во всех случаях для верификации диагноза целесообразно проведение гистологического исследования эндометрия.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Кулаков В.И., Шуршалина А.В. (Москва)

Хронический воспалительный процесс в эндометрии является одной из важных причин бесплодия, неудачных попыток ЭКО и невынашивания беременности.

Цель исследования: на основании ретроспективного анализа оценить вклад хронического эндометрита в нарушение репродуктивной функции.

Методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни женщин, поступивших в гинекологические отделения НЦ АГ и П РАМН с января 1994 г. по декабрь 2003г.

Результаты: всего выявлено 842 случая гистологически верифицированного хронического эндометрита, что составило 2,6±0,2% от числа всех гинекологических больных, поступивших во взрослые отделения Центра. Среди больных с бесплодием частота хронического эндометрита в среднем составила 9,8 ± 0,7% (варьируя от 7,8% до 15,4% в разные годы). Среди женщин с хроническим эндометритом различные нарушения репродуктивной функции выявлены в 82,9% случаев, при этом доля пациенток с бесплодием составила 60,4%. Первичное бесплодие выявлено у 24,8% женщин, длительность бесплодия в среднем составила 6,4±0,45 года, варьируя от 1 до 20 лет. Вторичное бесплодие выявлено у 35,6% женщин, длительность бесплодия в среднем составила 5,3±0,33 года, варьируя от 1 до 22 лет. Неудачные попытки ЭКО и ПЭ были у 21,3% женщин, в среднем 3±0,28 попытки на пациентку (от 1 до 12 попыток), в 2,7% случаев отмечен синдром гиперстимуляции яичников. Невынашивание беременности в анамнезе выявлено у 22,5% женщин, при этом замершие беременности составляли 23,4%, прерывание беременности на поздних сроках 9,1%. В среднем число потерь беременности на пациентку составило 1,8±0,19 (варьируя в разных случаях от 1 до10).

Выводы: полученные результаты подтверждают важную роль хронического эндометрита в развитии патологии репродуктивной функции, при этом детальная оценка состояния эндометрия должна быть обязательным элементом диагностического алгоритма у женщин с нарушениями репродуктивной функции.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В СОЧЕТАНИИ С БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ВЛАГАЛИЩА

Кулинич С.И., Бурдуковская Т.Н, Свердлова Е.С., Софина С.С. (Иркутск)

По данным ВОЗ треть населения планеты инфицирована туберкулезом. Туберкулез уносит больше жизней, чем любая другая инфекция. В нашей стране ежегодно регистрируется 75-85 тысяч впервые выявленных больных туберкулезом, 75% из которых приходится на трудоспособную часть населения. Темпы роста заболеваемости у мужчин и женщин почти равны. Наиболее пораженными являются женщины в возрасте 20-29, 30-39 лет (Максимов С.И.,2003).

По данным авторов частота цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) колеблется от 3,8% случаев в общей популяции до 15,2% среди больных остроконечными кондиломами наружных половых органов и промежности (Shalini R., Amita S.,2000). Дисплазия эпителия шейки матки разной степени выраженности, формируется на фоне различных инфекций и эндогенных состояний организма. К эндогенным факторам относят гормональный дисбаланс, возраст, иммунодефицитные состояния. Лица, инфицированные туберкулезом, подвержены особенно высокому риску развития CIN (Shalini R.,1998).

Значительное повышение сексуальной активности молодёжи, обусловленное, главным образом, социальными мотивами, привело к широкому распространению генитальной HPV- инфекции, которой отводится в настоящее время центральная этиологическая роль в возникновении неоплазий шейки матки (Schiffman M.H., Zur Hausen H.,2002). В ряде работ было показано, что в дополнение к HPV-инфекции требуются другие факторы для развития цервикальной неоплазии, в частности ранее начало половой жизни (до 16 лет) и частая смена половых партнеров (Бохман Я.В., 1999).

Цель нашего исследования: оценить влияние туберкулёзной инфекции на возникновение предраковых процессов в эпителии шейки матки.

Материалы и методы. В период с октября 2004 г. по апрель 2005 г. обследовано 80 женщин больных туберкулёзом г. Иркутска в возрасте от 15 до 24 лет (средний возраст-19,5±2,5 лет). Сбор анамнеза производился посредством анонимного анкетирования. Анкетные данные были дополнены информацией, полученной из медицинской документации, о перенесенных ранее гинекологических и венерических заболеваниях. Обследование включало гинекологический осмотр, бактериоскопическое исследование мазков для идентификации вагинальной микрофлоры, при необходимости бактериологическое исследование. Всем исследуемым была проведена кольпоскопия шейки матки, а также произведено взятие мазков с поверхности экто- и эндоцервикса для цитологической диагностики и при показаниях, прицельная биопсия. Все больные были обследованы на сифилис. У больных было проведено определение и типирование ДНК HPV полимеразной цепной реакцией (ПЦР).

Результаты исследования. Различная патология шейки матки была выявлена у всех пациенток на основании данных кольпоскопии, РАР -мазка и прицельной биопсии: доброкачественные процессы шейки матки - у 57 (71,3%) ; CIN I-II- у 23 (28,8%). В зависимости от обнаружения ВПЧ было сформировано 2 группы. В I группу (основную) включили 39 женщин, у которых был выявлен ВПЧ. Во II (контрольную группу) - 41 женщину без паражения ВПЧ. Частота инфицирования ВПЧ типов 16/18, имеющих высокий онкогенный риск, составила 24,4%. Среди женщин с доброкачественной патологией шейки матки вирус выявлен у 14 (19,1%), среди пациенток с CIN вирус обнаружен у абсолютного большинства у 17 (74%).

Между группами не найдено достоверных различий по возрасту и паритету. Средний возраст в обеих группах составил 21,0±2,3 года; нерожавшие в 1-ой группе - 25 (64,1%), во 2-ой 24(57,9%), рожавшие в 1-ой 14(35,9%), во 2-ой 16(38%).Средний срок заболевания туберкулёзом (лёгких, почек, глаз, костно-суставной формой) в обеих группах составил 1,2±0,7 года.

Проведенный анализ позволил установить статистически достоверные различия между группами по среднему возрасту начала половой жизни (I группа - 16,0±1,0 лет, II группа -17,5±1,6 лет). Полученные результаты согласуются с данными литературы. В I группе 33 из 39 (84,6%)женщин имели более 3 половых партнеров, тогда как во II таковых было только 42,1%.

Установлено, что в I группе практически не использовались презервативы в качестве средства контрацепции, что подтверждает точку зрения о преимущественно половом пути передачи инфекции

и объясняет высокую частоту ассоциации вирусной инфекции с ЗППП. Так, 26 из 39 пациенток I группы (66,7%) имели другие ЗППП, в частности; трихомониаз - у 20 (51,3%), бактериальный вагиноз - у 10 (25,6%), уреаплазмоз- у 5(12,8%), хламидиоз был выявлен у 2человек (5,1%), микоплазмоз -у 2 (5,1%). Во П группе сопутствующие ЗППП были выявлены лишь у 9 из 41 женщины (21,9%), в том числе хламидии - у 4 (9,7%), кандидоз - у 3 (7,3%), бактериальный вагиноз - у 2 (4,9%). Возможность заражения ВПЧ увеличивалась при ассоциации более 2 факторов риска. В данном исследовании в группе инфицированных ВПЧ имели свыше 2 факторов риска 37 (94,9%) больных, а во второй – только 16 пациенток (39,7%).

Представляют интерес данные о влиянии курения. В первой группе курящих было 16 (41,0%) пациенток, а во второй - 8 (19,5%). Интересен и тот факт, что из 16 курящих в I группе у 14(87,5%) пациенток был установлен диагноз CIN I-II.

Заключение. Частота предраковых процессов в эпителии шейки матки у больных туберкулёзом выше, чем в общей популяции. Основным фактором риска заражения ВПЧ и развития дисплазии эпителия шейки матки у молодых женщин, инфицированных туберкулёзом с различной патологией шейки матки, является характер половых связей. Риск инфицирования значительно возрастает при раннем начале половой жизни и увеличении числа половых партнеров для женщин, не использующих барьерные методы контрацепции.

Учитывая ведущую роль немедицинских факторов, действующих на здоровье женщины, следует признать, что в свете современных требований проблема рака шейки матки является не столько медицинской, сколько социальной, особенно у молодых женщин, инфицированных туберкулёзом.

Полученные данные диктуют необходимость пересмотра общепринятой тактики профилактики рака шейки матки у женщин, инфицированных туберкулёзом.

ЦИТОКИНЫ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ ЭПИТЕЛИЯ МАТКИ У ЖЕНЩИН ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кулинич С.И., Бурдуковская Т.Н. (Иркутск)

Цитокины представляют собой группу полипептидных медиаторов, участвующих в формировании и регуляции защитных реакций организма. К цитокинам относятся интерфероны, колониестимулирующие факторы, интерлейкины, хемокины, трансформирующие ростовые факторы, группа фактора некроза опухолей и некоторые другие. (Svare E.I., Kjaer S.K.,2000).

Цитокины в первую очередь регулируют развитие местных защитных реакций в тканях с участием различных типов клеток крови, эндотелия, соединительной ткани и эпителиев (Southern S.A., Herrington C.S., 2001). Воспаление развивается в ответ на повреждение и проникновение в ткани патогенов при участии провоспалительных цитокинов, к которым относятся IL-1, IL-2, TNF, ФНО-а, хемокины и некоторые другие факторы. Существуют также противовоспалительные цитокины, к которым можно отнести IL-4, действие его направлено на уменьшение местной воспалительной реакции (Remmink A.J.,2000).

По данным авторов частота цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) колеблется от 3,8% до 15,2%.(Shalini R., Amita S.,2000). Дисплазия эпителия шейки матки разной степени выраженности, формируется на фоне различных инфекций. Женщины, инфицированные туберкулезом, подвержены особенно высокому риску развития CIN (Shalini R.,1998).

Цель исследования: оценить глубину воспаления в цервикальном канале при дисплазии эпителия шейки матки у женщин, больных туберкулёзом.

Материалы и методы. В исследование включены 42 пациентки с дисплазиями эпителия шейки матки, находившиеся на лечении в Областном противотуберкулёзном диспансере г. Иркутска до начала лечения (основная группа), и 46 пациенток без атипии эпителия при кольпоскопии и цитологических исследованиях и отсутствием ИППП, составляющих контрольную группу.

Обследование пациентов на ИППП было проведено бактериологическим и бактериоскопическим методами ПЦР-диагностики..

Всем женщинам проводилась расширенная кольпоскопия с забором цервикальной слизи в стерильные эпиндорфы. Содержание цитокинов IL-1, IL-4, ФНО-а в цервикальной слизи определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами ООО «Цитокин» (С.-Петербург) согласно прилагаемой инструкции.

В связи с тем, что индивидуальные показатели в выборках имели многократные отличия, статистическую обработку данных проводили на основе логарифмированных величин абсолютных значений концентрации. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования. У 39 (92,8%) пациенток с диагнозом дисплазия эпителия шейки матки выявлен генитальный трихомониаз, у 11 (26,1%) пациенток - сочетание бактериальной и генитальной вирусной инфекций (ВПГ-2, ВПЧ), у 10 (23,8%) пациенток - смешанная бактериальная инфекция.

Кольпоскопические картины у пациенток основной группы были в виде: пунктации у 23 (54,7%) женщин, мозаики у 15 (35,7%), простой лейкоплакии – у 4 (9,52%); зоны атипической васкуляризации – у 2 (4,76%).

Концентрация провоспалительных цитокинов в цервикальной слизи у пациенток основной группы составила: ФНО-а - 317,93 ± 108-,45 пкг/мл, IL-1 – 221,72 ± 42,46 пкг/мл, противовоспалительных - IL-4 – 337,06 ± 125,5 пкг/мл. У здоровых женщин эти показатели составили: IL-1- 48,44 ± 2,5, ФНО-120,43 ± 5,3, IL-4 -626,84 ± 23,7($p < 0,05$).

Выводы. Туберкулёз увеличивает частоту и усиливает степень тяжести дисплазии эпителия шейки матки по сравнению с общей популяцией. У женщин, больных туберкулёзом уровень провоспалительных цитокинов в цервикальной слизи при данном заболевании повышен, а противовоспалительных снижен, что требует проведения противовоспалительного лечения дисплазии эпителия шейки матки с полной эрадикацией возбудителей.

СТРУКТУРА МИОМЫ МАТКИ И ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Курбанова М.Х., Хушвахтова Э.Х., Толибова Л.Х. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Миома матки это доброкачественная опухоль встречающаяся у 16-21% женщин старше 30 лет и примерно у 42% женщин старше 40 лет.

По современным представлениям, миома матки носит дисгормональную природу развития, которая возникает в связи с нарушением в системе гипотоламус-гипофиз-кора надпочечников-яичники, что в свою очередь обуславливает метаболические нарушения, функциональную недостаточность печени, а также нарушения жирового обмена.

В последние годы миома матки все чаще встречается (сочетается) с заболеванием шейки матки которая, также занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии, при этом подвергая женщин в группу высокого риска по развитию рака шейки матки.

С учетом вышеизложенного, целью нашего исследования явилось изучение структуры и частоты сочетания миомы с заболеванием шейки матки у женщин пременопаузального возраста.

В результате клинического исследования 92 женщин, больных миомой матки пременопаузального возраста нами было выявлено, что у 59 из них помимо основного заболевания имело место и патология шейки матки.

Возраст обследованных женщин колебался от 42 до 55 лет у больных с миомой матки (1-группа) и от 41 до 54 лет у пациенток страдающих одновременно миомой и патологией шейки матки

(2-группа). Средний возраст составил 41,7±2,3 лет в первой группе обследованных и 46,9±2,0 во второй.

Анализ структуры экстрагенитальной патологии показал, что общее число пациенток с патологией щитовидной железы составило 61 (66,3%) из них на долю 1-й группы пришлось 15(16,3%). Патология печени имело место в 19,6% и в 32,6% случаях. Больные с ожирением встречались в 53,3% случаев. Патология почек встречалось в 46,69% случаях. Анемия и гипертоническая болезнь у пациенток встречалась с частотой 36,67% и 19,8% соответственно.

Изучение особенностей менструальной функции показало, что возраст менархе был одинаков в обеих исследуемых группах, который колебался от 11 до 18 лет и средний возраст обследуемых женщин составил 14,7±1,9. Нарушение менструального цикла в целом отмечалось у 76 (82,6%) обследованных пациенток. При анализе состояния репродуктивной функции установлено, что число многорожавших женщин составило 69 (75%), кроме этого частота абортов имело место у 51 (55,4%) пациенток, при этом на долю 1-группы пришлось 19 (20,6%).

Бесплодие отмечено в 33 (35,9%) случаев. Структура гинекологической заболеваемости по данным наших наблюдений, было представлено воспалением эндо– и миометрия. Воспаление эндо– и миометрия встречалось в 79(85,9%) случаях. Число патологии молочных желез у обследуемых пациенток в целом составило 56 (60,7%), из них на долю железисто-фиброзной мастопатии пришлось 21 (22,8%), диффузной 18 (19,5%), железисто-кистозной 11 (11,9%) и кистозно-фиброзной 6(6,5%).

Кисты яичников встречались лишь в 13,04% случаев. Патология шейки матки которая соответствовала 2-группе составила 64,1% случаев. При кольпоскопическом исследовании шейки матки выявлен наибольший процент железисто-мышечной гипертрофии 45,6% по сравнению с эндоцервикозом 33.7%, старым разрывом шейки матки 26,1%, эрозией 23,9%, полипом цервикального канала 20,6%, лейкоплакией 14,1%, ретенционными кистами 11,9%.

Верификация диагноза проводилась на основании данных анамнеза, жалоб больных, результатов гинекологического осмотра. Особое внимание уделялось состоянию эндометрия (М-эхо) и росту миомотозных узлов при УЗИ матки, которое проводилось на 5-7, 14-16, 24-27 дни менструального цикла. Всем женщинам проводилась раздельное диагностическое выскабливание.

Лечение миомы матки сочетавшегося с патологией шейки матки проводилось комплексно. Наблюдаемым пациенткам проводилось консервативное, а именно гормональное лечение. При миоме матки на фоне сопутствующих воспалительных процессов наряду с гормональной терапией было назначено комплексное противовоспалительное и иммунокоррегирующее лечение. Назначения гормональной терапии проводилось с учетом тяжести и длительности заболевания, индивидуальной переносимости данного препарата, аллергологического анамнеза, а также состояния шейки матки.

Для подавления роста миоматозных узлов обследуемым женщинам были назначены гормональные препараты прогестинового ряда (17-ОПК, норколут). Опыт ведения больных с миомой матки показал, что началу гормональной терапии обязательно должно предшествовать УЗИ матки и раздельное диагностическое выскабливание для выявления, или исключения злокачественного новообразования эндометрия. В процессе лечения проводился тщательный динамический контроль за состоянием пациенток через 1, 3 и 6 месяцев. Появление признаков свидетельствующих о положительной динамике согласно нашим наблюдениям, наступало уже через 3 месяца от начала приема гормональных препаратов.

Наряду с вышеуказанной терапией основного заболевания проводилось комплексное лечение патологии шейки матки (эндоцервикоз, эрозия, полип шейки матки).

Разработанный комплекс лечебных мероприятий позволил получить хорошие результаты гормональной терапии в 67,4% случаев, частичный эффект - в 17,4%, отсутствие эффекта – в 15,2%. В последней группе женщин было произведено оперативное лечение.

В заключении необходимо отметить, что лечение миомы матки гормональными препаратами у женщин пременопаузального возраста, проводилось с учетом заболевания шейки матки, генитальной и экстрагенитальной патологии.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Курбанова М.Х., Хушвахтова Э.Х., Толибова Л.Х. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Нарушения менструального цикла занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Повышение частоты гистерэктомии по-поводу нарушения менструальной функции с сопутствующими изменениями в эндометрии, связь гиперпластических процессов и рака эндометрия диктуют необходимость динамического наблюдения и лечения этих больных (В.И. Бохман, 1991).

На современном этапе разработаны различные схемы лечения для устранения патогенетических механизмов, способствующих развитию гиперэстрогении.(В.И. Бохман, 1991; Е.М.Вихляева и соавт., 1996; В.Н.Серов и соавт., 1995), однако данные о возможности и длительности консервативного лечения у больных нарушениями менструальной функции, сопровождающиеся длительными и обильными кровотечениями, особенно в перименопаузальном периоде разноречивы.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности гормональной терапии при кровотечениях у больных миомой матки в пременопаузе.

Согласно целям исследования под наблюдением находилось 63 больных с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст составил 47.3+ 1.2 года. Длительность кровотечения колебалась от 7 месяцев до 3 лет.

В анамнезе обследованных установлено позднее менархе у 27.4%, нарушения менструальной функции по типу ювенильных кровотечений у 9.4%, достаточно высока частота бесплодия-12.3%. У 72.4% установлена экстрагенитальная патология. Ведущее место занимает анемия (68.2%), затем гипертоническая болезнь, которая составила 38%, сахарный диабет составил 19%.

Всем пациенткам проводили комплексное клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, флора влагалища на степень чистоты, биохимическое исследование, характеризующую функцию печени, свертывающую систему, содержание сахара в крови, ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез, печени, гистероскопию с помощью гистероскопа фирмы “Karl Storzt” с прицельной биопсией до и после отмены лечения. Длительность наблюдения составила 9 месяцев.

Первая группа – 20 пациенток, которые получали норколут с 5-го по 25 дни менструального цикла по 10 мг в сутки, 2-ая группа 20 пациенток, получавших ригевидон с 5 по 25 день цикла, 3-я группа 23 пациенток, получавших 17-оксипрогестерон капронат (ОПК) по 500 мг 2 раза в неделю непрерывно в течение 6 месяцев.

В процессе наблюдения оценивались как клинические, так и морфологические признаки эффективности проводимого лечения.

К клиническим признакам эффективности относилось восстановление регулярной менструации, либо наступление аменореи (на фоне лечения 17- ОПК), к морфологическим относилось развитие секреторных превращений в гиперплазированном эндометрии. До начала лечения гистероскопическая картина имела следующую характеристику- слизистая неравномерно утолщена с расширенными кровеносными сосудами на поверхности, иногда с кровоизлияниями и заметны обрывки слизистой эндометрия.

На фоне лечения при гистероскопии было выявлено уменьшение складчатости, истончение слизистой, бледно-розовый его оттенок, выраженный сосудистый рисунок.

Патология эндометрия выявлена на УЗИ у всех пациенток и составила 100%. Основными эхографическими признаками гиперпластических процессов были увеличение М-эха в передне-заднем

направлении, средняя толщина его у наших пациенток в среднем составила 42±9.2 мм, с однородной структурой и пониженной эхогенностью. Диагноз подтвержден при гистологическом исследовании соскоба эндометрия в 91% случаев, что и составляет диагностическую ценность УЗИ в выявлении гиперпластических процессов эндометрия. В динамике лечения пациенткам было произведено УЗ исследование срединного М-эха, при котором установлено уменьшение эхографического изображения срединной эхоструктуры до 13±1.2 мм у женщин репродуктивного возраста и 2.3±0.07 мм у женщин в пременопаузе. На фоне лечения при повторном патогистологическом исследовании через 6 месяцев установлено: у 49 (77.7%) больных отсутствовала гиперплазия эндометрия, у 9 (14.2%) отмечена атрофия эндометрия, у 5 (7.9%) несмотря на проведенное лечение патология эндометрия имела место.

В зависимости от получаемого препарата эффективность лечения через 6 месяцев была представлена следующим образом: гиперплазия эндометрия отсутствовала у 80% больных, получавших норколут, у 95%, получавших ригевидон и у 73.9% - 17-ОПК. Из общего количества больных 5 (7.9%) были оперированы, в связи с отсутствием эффекта от проведенного консервативного лечения, по-видимому эти пациентки имели гормонорезестентную форму гиперплазии эндометрия.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что использование гормональных средств у больных миомой матки, сопровождающейся патологией эндометрия способствует нормализации менструальной функции при приеме норколута и ригевидона и аменореи при использовании 17-ОПК.

Гормональное лечение, направленное на нормализацию секреторных превращений в эндометрии позволяет снизить частоту рецидивов кровотечения, рост миомы матки, а следовательно снизить частоту производства органоудаляющих операций, которые безусловно могут повлиять на эндокринно-метаболические параметры вызывая инвалидизацию женщин различных возрастных групп.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Курбанова М.Х., Хушвахтова Э.Х., Толибова Л.Х. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Нарушения менструального цикла занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Повышение частоты гистерэктомии по-поводу нарушения менструальной функции с сопутствующими изменениями в эндометрии, связь гиперпластических процессов и рака эндометрия диктуют необходимость динамического наблюдения и лечения этих больных (В.И. Бохман, 1991).

На современном этапе разработаны различные схемы лечения для устранения патогенетических механизмов, способствующих развитию гиперэстрогении (В.И. Бохман, 1991; Е.М.Вихляева и соавт., 1996; В.Н.Серов и соавт., 1995), однако данные о возможности и длительности консервативного лечения у больных нарушениями менструальной функции, сопровождающиеся длительными и обильными кровотечениями, особенно в перименопаузальном периоде разноречивы.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности гормональной терапии при кровотечениях у больных миомой матки в пременопаузе.

Согласно целям исследования под наблюдением находилось 63 больных с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст составил 47.3+ 1.2 года. Длительность кровотечения колебалась от 7 месяцев до 3 лет.

В анамнезе обследованных установлено позднее менархе у 27.4%, нарушения менструальной функции по типу ювенильных кровотечений у 9.4%, достаточно высока частота бесплодия-12.3%. У 72.4% установлена экстрагенитальная патология. Ведущее место занимает анемия (68.2%), затем гипертоническая болезнь, которая составила 38%, сахарный диабет составил 19%.

Всем пациенткам проводили комплексное клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови, мочи, флора влагалища на степень чистоты, биохимическое исследование, характеризующую функцию печени, свертывающую систему, содержание сахара в крови, ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез, печени, гистероскопию с помощью гистероскопа фирмы “Karl Storzt” с прицельной биопсией до и после отмены лечения. Длительность наблюдения составила 9 месяцев.

Первая группа – 20 пациенток, которые получали норколут с 5-го по 25 дни менструального цикла по 10 мг в сутки, 2-ая группа 20 пациенток, получавших ригевидон с 5 по 25 день цикла, 3-я группа 23 пациенток, получавших 17-оксипрогестерон капронат (ОПК) по 500 мг 2 раза в неделю непрерывно в течение 6 месяцев.

В процессе наблюдения оценивались как клинические, так и морфологические признаки эффективности проводимого лечения.

К клиническим признакам эффективности относилось восстановление регулярной менструации, либо наступление аменореи (на фоне лечения 17- ОПК), к морфологическим относилось развитие секреторных превращений в гиперплазированном эндометрии. До начала лечения гистероскопическая картина имела следующую характеристику- слизистая неравномерно утолщена с расширенными кровеносными сосудами на поверхности, иногда с кровоизлияниями и заметны обрывки слизистой эндометрия.

На фоне лечения при гистероскопии было выявлено уменьшение складчатости, истончение слизистой, бледно-розовый его оттенок, выраженный сосудистый рисунок.

Патология эндометрия выявлена на УЗИ у всех пациенток и составила 100%. Основными эхографическими признаками гиперпластических процессов были увеличение М-эха в передне-заднем направлении, средняя толщина его у наших пациенток в среднем составила 42±9.2 мм, с однородной структурой и пониженной эхогенностью. Диагноз подтвержден при гистологическом исследовании соскоба эндометрия в 91% случаев, что и составляет диагностическую ценность УЗИ в выявлении гиперпластических процессов эндометрия. В динамике лечения пациенткам было произведено УЗ исследование срединного М-эха, при котором установлено уменьшение эхографического изображения срединной эхоструктуры до 13±1.2 мм у женщин репродуктивного возраста и 2.3±0.07 мм у женщин в пременопаузе. На фоне лечения при повторном патогистологическом исследовании через 6 месяцев установлено: у 49 (77.7%) больных отсутствовала гиперплазия эндометрия, у 9 (14.2%) отмечена атрофия эндометрия, у 5 (7.9%) несмотря на проведенное лечение патология эндометрия имела место.

В зависимости от получаемого препарата эффективность лечения через 6 месяцев была представлена следующим образом: гиперплазия эндометрия отсутствовала у 80% больных, получавших норколут, у 95%, получавших ригевидон и у 73.9% - 17-ОПК. Из общего количества больных 5 (7.9%) были оперированы, в связи с отсутствием эффекта от проведенного консервативного лечения, по-видимому эти пациентки имели гормонорезестентную форму гиперплазии эндометрия.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что использование гормональных средств у больных миомой матки, сопровождающейся патологией эндометрия способствует нормализации менструальной функции при приеме норколута и ригевидона и аменореи при использовании 17-ОПК.

Гормональное лечение, направленное на нормализацию секреторных превращений в эндометрии позволяет снизить частоту рецидивов кровотечения, рост миомы матки, а следовательно снизить частоту производства органоудаляющих операций, которые безусловно могут повлиять на эндокринно-метаболические параметры вызывая инвалидизацию женщин различных возрастных групп.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Кустаров В.Н., Борисов А.В., Бокучава Н.В. (Санкт-Петербург)

Проведен анализ состояния здоровья и качества жизни у 70 больных, перенесших симультанную операцию, основным этапом которой было вмешательство на половых органах, сопутствующим – операция по поводу хирургической патологии (1 группа) и у 22 женщин, подвергшихся одноэтапной полостной хирургической операции (2 группа). Как известно, симультанные операции имеют ряд особенностей (длительность выполнения, продолжительность наркоза, медикаментозная нагрузка и др.), которые могут оказать влияние на качество жизни больных.

Первую группу больных составили женщины с миомой матки различной локализации (38), цистаденомой (12), поликистозом яичников (5), генитальным эндометриозом (5), сальпингоофоритом (10) в сочетании с холециститом (26), аппендицитом (18), паховой и пупочной грыжей (26). По поводу указанной патологии выполнена субтотальная ампутация матки (18), консервативная миомэктомия (20), резекция яичников (10), односторонняя овариo- (12) и тубэктомия (10), а также холецистэктомия (26), аппендэктомия (18), грыжесечение с пластикой грыжевых ворот (26).

Во вторую группу вошли больные с миомой матки (10), патологией маточных труб и яичников (12), в связи с чем им проведены субтотальная ампутация матки (4), консервативная миомэктомия (6), резекция яичников и односторонняя овариоэктомия (12).

Оценку качества жизни до и после операции проводили по вопроснику «Качество жизни женщин» НЦАГП РАМН по пятибалльной системе, характеризуя физическую активность, психическое состояние, социальную активность, ролевую и сексуальную функцию с учетом самооценки здоровья и самооценки качества жизни. Показатели качества жизни анализировали через 1 неделю, 1, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты исследования показали, что пациенты с сочетанной гинекологической и хирургической патологией до операции имели более низкие показатели качества жизни, чем больные с заболеваниями только половой сферы. В первую очередь, это относится к психоэмоциональному состоянию женщин с сочетанной патологией (4,06±2,1 балла против 3,3±1,9 баллов). Наличие нескольких заболеваний, требующих хирургического лечения оказывают неблагоприятное влияние на межличностные отношения, они увеличивают частоту конфликтных ситуаций в 64,8±7,6% случаев, пациенты требуют постоянно повышенного внимания к себе (в 72,6±4,9% наблюдений), возникают проблемы в трудовой деятельности, связанные с затруднениями выполнения производственных обязанностей (у 61,2±5,8% больных). Это приводит к нарушению ролевой и социальной функций и, в конечном итоге, низкой оценке своего здоровья (4,07±2,1 балла) и качества жизни (3,27±1,5 балла). Вторая группа больных встречается с теми же проблемами, однако, степень их выраженности достоверно ниже, о чем свидетельствуют полученные данные. Таким образом, исходное состояние параметров качества жизни больных, перед операцией является не равнозначным и зависит от особенностей заболеваний.

В первую неделю после операционного периода выявлены различия некоторых показателей качества жизни у больных сравниваемых групп. Физическая активность после симультанных операций существенно ниже (3,4±1,3 балла), чем после одноэтапных гинекологических операций (2,8±1,1 балла). Психоэмоциональное состояние в эти дни у 78,4±6,8% пациентов первой группы характеризуется большой степенью тревоги, эмоциональной нестабильностью, волнением (2,9±1,1 балла), обусловленными более значительным объемом оперативного вмешательства, беспокойством по поводу прогноза, не всегда полной уверенностью в благоприятном исходе.

По этой причине 86,4% женщин первой группы имеют более низкий показатель самооценки здоровья (3,4±1,3балла) и качества жизни (2,9±1,1балла). В течение последующего месяца качество жизни оперированных больных в обеих группах прогрессивно улучшается, однако физическая активность остается ниже на 11,-1±3,2% у пациентов после сочетанного хирургического лечения. Состояние психоэмоциональной сферы имеет существенные положительные изменения, причем после симультанного вмешательства эти сдвиги выражены в большей степени (76,8±4,3% против 54,6±3,9%), что связано, очевидно, с большей удовлетворенностью пациентов, решившихся на одномоментную ликвидацию гинекологических и хирургических заболеваний. Благоприятное течение послеоперационного периода позволяет пациентам обеих групп реализовать сексуальную функцию, которая несколько ниже после сочетанных операций (2,9±1,1 балла и 2,1±1,3 балла). Все это позволяет пациентам повысить самооценку здоровья (до 2,8±1,06 балла в первой группе и 2,2±¼ балла во второй). Таким образом, уже через один месяц после операции показатели качества жизни больных при симультанном вмешательстве приближаются к уровню аналогичных параметров пациентов после одноэтапного хирургического лечения гинекологической патологии. Наблюдение за больными в течение 6-2 месяцев свидетельствует о том, что при отсутствии операционных осложнений и рецидивов заболеваний, отмечается полное восстановление как психофизического состояния, так и социально-ролевой функции, самооценка качества жизни и здоровья. При отсутствии ожидаемой беременности в первый год после операции параметры качества жизни не улучшаются, а в ряде случаев ухудшаются, поэтому при планировании лечения следует считать обязательным обсуждение с пациенткой всех особенностей операции, возможные осложнения, которые могут изменить тактику хирурга и объем операции, возможные негативные последствия предстоящего лечения, истинную вероятную эффективность планируемого хирургического вмешательства.

Подводя итог, можно прийти к выводу, что при наличии показаний симультанные операции являются хорошей альтернативой одноэтапным операциям, как по объективным, так и по субъективным критериям.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ В ВЫПОЛНЕНИИ МАЛОИНАВЗИВНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кустаров В.Н., Попова С.С. (Санкт-Петербург)

Многочисленные исследования последних лет, посвященные внедрению в деятельность практического здравоохранения новых организационных форм свидетельствуют об их высокой медицинской и экономической эффективности и дневных стационаров в частности. Современный хорошо оснащенный дневной стационар может значительно расширить лечебно-диагностические возможности. Практика свидетельствует о возможности проведения малоинвазивных и оперативных манипуляций в условиях дневного стационара с ранней послеоперационной реабилитацией. Основным условием для более оптимального функционирования дневного стационара нового поколения является наличие мобильного коечного фонда.

Целью настоящего исследования явилось изучение потенциальных возможностей дневных стационаров в выполнении малоинвазивных лечебно-диагностических манипуляций (медицинский аборт, гистероскопия, аблацио эндометрия, пункция кистозных образований яичников под контролем УЗИ).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 435 историй болезни пациенток, находившихся на лечении в гинекологическом отделении Сертоловской городской больницы. Всем пациенткам были произведены малые гинекологические операции

в условиях дневного стационара, из них 72 (16,6%) – медицинский аборт до 12 недель, 117 (26,9%) – удаление остатков плодного яйца и выскабливание полости матки по поводу начавшегося или несостоявшегося выкидыша, 225 (51,7%) – лечебно- диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала и 21(4,8%) – гистероскопия.

Основными показаниями для диагностического выскабливания были метроррагия -127 пациенток (в экстренном порядке как гемостатическая манипуляция), 98 женщинам ДВПМ произведено в плановом порядке с целью предоперационного обследования по поводу симптомной миомы матки. Диагностическая гистероскопия была произведена 21 пациентке с рецидивирующими нарушениями менструального цикла в репродуктивном -14 (66,7%) и перименопаузальном возрасте - 7 (33,3%).

Средние сроки пребывания в дневном стационаре при медицинском аборте составили 2 койко-дня, при несостоявшемся или самопроизвольном выкидыше 4,2 койко-дня, после диагностического выскабливания или гистероскопии – 5,7 койко-дня. Длительность койко-дня зависела, прежде всего, от основного заболевания и наличия осложнений, корреляция с видом малой гинекологической операции отсутствует. В круглосуточном наблюдении нуждались лишь 12 (2,7%) больных: 8 – по поводу тяжелой анемии и 4 - с воспалительными осложнениями на фоне несостоявшегося или самопроизвольного неполного выкидыша. Средняя продолжительность круглосуточного наблюдения составила 7,8 койко-дней в первом случае и 5,6 – во втором. Подавляющее большинство пациенток были отпущены домой через 6-8 часов после инвазивного вмешательства. Контрольный осмотр осуществляли перед уходом домой и на следующие сутки после вмешательства, далее по показаниям.

Больные поступали как в плановом так и в экстренном порядке. 163 (37,4%) женщин поступили по экстренным показаниям с кровотечением или длительными кровянистыми выделениями из половых путей. У 36 (22,2%) из них диагностирован самопроизвольный выкидыш, у 127 (77,9%) метроррагия, связанная с симптомной миомой матки, эндометриозом или патологией эндометрия. Малые гинекологические операции проводились в операционном блоке дневного стационара с использованием общей и местной анестезии по показаниям. Антибактериальная терапия была назначена 5 (1,2%) больным за несколько часов до выскабливания полости матки по поводу метроэндометрита на фоне несостоявшегося или самопризвольного внебольничного выкидыша.

После проведения инвазивных вмешательств при необходимости больные продолжали лечение в условиях дневного стационара. В реабилитационную схему были включены: гирудотерапия от 2 до 4 сеансов, абдоминальная декомпрессия, амплипульс на низ живота и транскраниальная электростимуляция. Гирудотерапия была назначена 28 (23,9%) женщинам после выскабливания полости матки по поводу самопроизвольного прерывания беременности имеющим отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, в частности с привычной потерей беременности или хронической формой ВЗОМТ. При этом следует отметить, что обострения воспалительного процесса, несмотря на отсутствие антибактериальной профилактики, не было зарегистрировано ни в одном наблюдении. Постановка пиявок осуществлялась в гинекологическом кресле эндовагинально, в верхней трети влагалища преимущественно в проекции боковых сводов. На один сеанс ставилось от 2 до 4 пиявок. Длительность процедуры составила в среднем 30-40 мин. Кровянистые выделения из половых путей сохранялись в среднем 6-8 часов после приставки пиявок, дополнительных гемостатических мероприятий не потребовалось ни в одном случае. Помимо профилактики обострения ВЗОМТ большинство пациенток (23(8-2,1%) отметили уменьшение болевого синдрома, который их периодически беспокоил и до беременности. При этом в ряде случаев больные отмечали нормализацию сна и общего самочувствия.

Абдоминальная декомпрессия проводилась на аппарате «Надежда» с разрежением в 9-12 атмосфер. В большинстве случаев ее сочетали с амплипульсом на низ живота. Показанием для назначения этих процедур была субинволюция матки и гематометра на фоне замершей беременности. В общей сложности выполняли 3-4 процедуры абдоминальной декомпрессии с амплипульсом. Процедуры назначались последовательно в течение дня с интервалом в 2-3 часа. Динамическое УЗИ, проведенное этим пациенткам через 2 и 4 недели после инвазивного вмешательства свидетельствовало о нормальных пролиферативных изменениях эндометрия.

С гемостатической целью при дисфункциональных маточных кровотечениях, после диагностического выскабливания полости матки, назначали транскраниальную электростимуляцию мозговых структур. Процедуру проводили на стационарном аппарате «Трансаир» по стандартной методике, в среднем 5-6 процедур по 30 – 40 минут. Показаниями для включения ТЭС в терапевтическую схему были гиперпластические процессы эндометрия в пременопаузальном периоде. Процедура была выполнена 115 (55,6%) пациенткам, у которых после диагностического вмешательства сохранялись кровянистые выделения. Гемостатический эффект от процедуры развивается уже к концу первых суток, прекращение кровянистых выделений в большинстве наблюдений зарегистрировано на 2-е сутки, но для закрепления эффекта требуется еще не менее 3-4 сеансов. При необходимости допустимо двукратное использование процедуры в первые и вторые сутки после выскабливания.

Таким образом, практически двухлетняя практика гинекологического отделения в режиме дневного стационара показала, что малые гинекологические операции могут быть выполнены в условиях дневного стационара. При этом процент осложнений существенно не отличается от осложнений в круглосуточном стационаре. Более того, что касается гнойно-септических осложнений по нашим данным он минимален и не отличается отданных западных исследований. Практика показала, что он напрямую коррелирует лишь с соблюдением принципов асептики и антисептики, с использованием современных препаратов по соответствующим методикам – древним мудрым «золотым стандартом» хирургии. С учетом явных экономических преимуществ и высоких качественных показателях выполнения малых гинекологических операций в условиях дневного стационара предпочтение должно быть отдано последним.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА МАТКИ

Кустаров В.Н., Салуквадзе Т.С. (Санкт-Петербург)

Опущение и выпадение внутренних половых органов является актуальной проблемой современной гинекологии.

Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер, сопровождаясь развитием структурно-функциональних нарушений тазовых органов. Снижение тонуса мышц тазового дна и поддерживающего соединительнотканного аппарата, нарушение их взаимосвязи, повышение внутрибрюшного давления приводит к опущению и выпадению матки.

Опущение гениталий почти всегда сопровождается дисфункцией тазовых органов, прежде всего мочевого пузыря, что связанно с общим эмбриологическим происхождением мочевой и половой систем и их анатомической близостью (Лопаткин Н.А., Шабад А.Л.,1985). Наиболее распространенным проявлением нарушения функции соседних органов и одним из самых частых симптомов генитального пролапса является стрессовое недержание мочи.

Анатомические и функциональные нарушения мочевыделительной системы и кишечника в сочетании с клиническими проявлениями пролапса гениталии (субъективные ощущения выпадения органа, сухость влагалища, диспареуния) приносят женщинам физические и моральные страдания, снижают трудоспособность, сексуальную активность, влияют на качества жизни, что выводит эту проблему за рамки сугубо медицинской.

Учитывая изложенное выше, нам представляется важным изучить качество жизни больных после хирургической коррекции опущения и выпадения матки.

Материалы и методы: ретроспективный анализ качества жизни проведен у 150 больных, после хирургического лечения пролапса матки, в возрасте от 30 до 77 лет.

При изучении качества жизни пациенток после хирургической коррекции опущения и выпадения матки нами исследованы пять наиболее важных компонента: физическое состояние, психическое состояние, социальное функционирование, ролевое функционирование, сексуальное функционирование и субъективная оценка своего состояния здоровья. Оценка проводилось по трехбалльной системе с учетом интенсивности ощущения. Анализ КЖ производился через 1-6 года после оперативного вмешательства.

Алгоритм обследования включал: общеклинические исследования, ультразвуковое сканирование, уродинамические исследования (цистометрия), тесты на удержание мочи, кольпоскопия, цитологическое исследование (наружный зев и церв. канал), бактериологический метод исследования содержимого цервикального канала.

В зависимости от вида хирургического лечения пролапса матки пациентки были разделены на 3 группы: I группу – составили 40 женщин, после влагалищной гистерэктомии; II группу – 60 больных, после «манчестерской» операции и III группу – были включены 50 женщин, у которых была выполнена модификация «манчестерской» операции, (заявление о выдаче патента РФ на изобретение №20041-21528/14, приоритет от 16.05.05г.).Сущность операции: отсепаровка слизистой оболочки стенок влагалища и мочевого пузыря, высвобождение шейки матки, пересечение кардинальных связок и подшивание к передней стенке шейки матки, резецирование излишка слизистой передней стенки влагалища и ушивание передней стенки влагалища, подшивание сводов влагалища циркулярно (4шва) к шейке матки на 1,5-2 см. выше предполагаемого места ампутации элонгированной шейки матки и ампутация шейки матки.

Результаты исследования. Образовательный уровень опрошенных достаточно высок – 61(40,67%) женщин имеют высшее или незаконченное высшее образование, а абсолютное большинство остальных – 89(59,33%), среднее или среднее специальное. Такой уровень образования позволяет сделать вывод об адекватности индивидуальных ответов респонденток и, учитывая метод заполнения анкет (самозаполнение), говорить о репрезентативности полученных результатов.

Физическая активность пациенток в группе с экстирпацией матки была более низкой по сравнению с другими группами. Что, видимо, связано с гормональными изменениями, обусловленными удалением матки. Физическая активность на уровне «высокой степени» имели 5(12,5%) женщин из перовой группы, 6(10,0%) – из второй и 8(16,0%) из третьей группы.

Психическое состояние тоже по некоторой степени зависело от объема операции. Женщины, после влагалищной экстирпации, имели ощущение неуверенности в себе. Однако, психическое состояние было связано и с индивидуально-типологическими особенностями пациенток. Из первой группы 5(12,5%) женщин указывали на выраженные признаки депрессии, нервозности, эмоциональной нестабильности. 4(6,67%) женщины из 2-ой группы и 2(4,0%) пациенток из 3-й жаловались на подавленность, эмоциональную нестабильность. Ощущение неудовлетворенности своей жизни отметили 8(20,0%) респонденток из 1 –й группы, 6(10,0%) больных из 2-й группы и 5(10,0%) из 3-й группы; что было обусловлено социальными факторами.

Социальное функционирование женщин во всех исследуемых группах имела примерно одинаковый уровень. Степень проявления отклонений (желание побыть в одиночестве, нетерпимость к другим людям и т.п.) не превышала низкие показатели.

Анализ ролевого функционирования пациенток на момент опроса свидетельствует, что по большинству предложенных параметров оценки они отрицают наличие проблем. Однако некоторые отмечают повышенную утомляемость после операции, особенно после экстирпацией матки.

Что касается качеством сексуальной жизни, - «дискомфорт во время полового акта»,- является самим распространённым симптомокомплексом расстройств женской сексуальности, который меньшей степени встречается в 3-й группе ($p<0,05$, по сравнению с первой группой). Спектр их весьма вариабелен: от чувства тяжести внизу живота до выраженных острых или тупых болей, а также нестерпимого жжения и зуда. Дискомфорт приводит и к уклонению от половых сношений, отсутствию влечении, чувствам сексуальной неудовлетворенности.

Такие ощущения обусловлено как сухостью влагалища, являющиеся нормальным явлением менопаузы (46,0%) опрошенных женщин менопаузального возраста), так и состоянием шейки матки. Высокая частота рецидива опущения купола и стенок влагалища после влагалищной экстирпаций, рубцовые изменения шейки матки после классической манчестерской операции препятствовали к нормальному сексуальному функционированию.

Абсолютное большинство пациенток после операции не испытывала таких серьезных отклонений в состоянии здоровья, которые бы заставили их оценивать собственное здоровье, как плохое.

Таким образом, уровень КЖ несколько выше после предложенной нами модификации «манчестерской» операции. Указанная операция позволяет четко визуализировать слизистую влагалищной части шейки матки, уменьшает травмирование и предупреждает рубцовые изменения шейки матки после операции. Это создает условия для нормальной сексуальной жизни. Учитывая специфические изменения, происходящие после влагалищной экстирпации матки, влияющие на качество жизни пациенток, эти больные нуждаются в реабилитации после оперативного лечения. А также правильности подбора оперативного лечения, выбора объема.

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Кутлубаева Э.Р., Сапрыкин В.Б. (Оренбург)

В последние десятилетия проблема синдрома поликистозных яичников (СПЯ) все больше привлекает внимание клиницистов и исследователей. Частота СПЯ составляет около 30% больных среди пациентов гинекологов-эндокринологов, а в структуре эндокринного бесплодия достигает 75%.

СПЯ - гетерогенная патология, характеризующаяся ожирением, хронической ановуляцией, гиперандрогенией, нарушением гонадотропной функции яичников, увеличением размеров яичников и особенностями их морфофункциональной структуры. Большое внимание уделяется СПЯ, поскольку речь идет о развитии гипергликемии, дислипидемии, гипертензии и связанных с ними таких заболеваний, как инсулиннезависимый сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. СПЯ часто способствует инсулинорезистентность (ИР), т.е. снижена инсулинозависимая утилизация глюкозы периферическими тканями. Результатом инсулинорезистентности является гиперинсулинемия, играющая важную роль в синтезе андрогенов яичниками. По современным представлениям синтез андрогенов в яичниках (в клетках тека и стромы) происходит под влиянием лютеинизирующего гормона (ЛГ), инсулина, синергичным ему действием инсулиноподобного фактора роста-1 (ИПФР-1), активирующих фермент Р450с17А, участвующий в синтезе тестостерона из предшественников (холестерол – прегненелон – прогестерон –17ОН-прогестерон-андростендион-тестостерон). Понятно, что резистентность к инсулину и, как следствие, гиперинсулинемия играют важную роль в избыточном образовании андрогенов и развитии СПЯ.

У многих женщин с СПЯ (50-80%) отмечается ожирение. В последние годы получены многочисленные данные о важной роли лептина в этиопатогенезе данной патологии. Лептин - продукт гена ob (ген ожирения), белок весом 17 кило Дальтон. Открыт в 1999 году, продуцируется адипоцитами в сытом состоянии. Общее количество лептина в организме прямо пропорционально массе жировой ткани, физиологически выше у женщин, чем у мужчин. Выработка лептина в адипоцитах стимулируется инсулином и в

меньшей степени глюкокортикоидами и зависит от размеров жировых клеток. Лептин проникает в гипоталамус, избирательно рецептируется вентромедиальными ядрами и вызывает насыщение. Важнейший аспект нейроэндокринных механизмов регуляции массы тела состоит в том, что под влиянием лептина в центрах голода уменьшается выработка нейропептида У. Лептин стимулирует продукцию контрарегуляторного по отношению к нейропептиду У, глюкогонадотропного пептида-1, подавляющего аппетит и пищевое поведение. Нейропептид У регулирует аппетит через центральные и периферические механизмы. Сигнал для контроля поступления пищи связан с лептином, который модулирует активность пептидов в гипоталамусе. Однако, роль лептина при ожирении у женщин с СПЯ требует дальнейшего изучения.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей липидного и углеводного обменов, гормонального статуса у женщин с синдромом поликистозных яичников с регулярным менструальным циклом.

Материал и методы исследования: под нашим наблюдением находилась 21 женщина с СПЯ в возрасте от 20 до 30 лет. Были собраны подробный анамнез и жалобы больных, данные объективного осмотра (оценивались степень ожирения с учетом их индекса массы тела (ИМТ), тип ожирения с использованием отношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), степень выраженности гирсутизма по шкале Ферримана-Голлвея), данные тестов функциональной диагностики (ТДФ), гинекологического осмотра, клинического и биохимического исследования крови, бактериоскопии влагалищного отделяемого, данные ультразвукового исследования органов малого таза, обзорной краниографии. Проводилось исследование содержания в сыворотке крови концентраций фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона, тестостерона на 5-7 день самостоятельного или индуцированного менструального цикла методом иммуноферментного анализа по конкурентному типу наборами фирмы “Вектор-Бест” в соответствии с прилагающейся инструкцией. Выявление инсулинорезистентности прово- дилось на основании определения базальной и стимулированной концентрации глюкозы в сыворотке крови при проведении теста толерантности к глюкозе. Все больные были про- консультированы эндокринологом.

Полученные результаты и их обсуждение: из анамнеза – позднее менархе у 19% больных, нарушение менструального цикла по типу вторичной олигоменореи у 47,6% больных, у 14,3% - вторичная аменорея. Из живущих регулярно половой жизнью 18-ти женщин беременность имела место у 7, в 4 случаях завершилась самопроизвольным выкидышем до 7 недель, 3 беременности прерваны искусственным абортом. У всех женщин с нарушением менструального цикла (81%) проводилась медикаментозная регуляция менархеподобных кровотечений в течение последних двух лет среднедозированными оральными контрацептивами (ОК), стимуляция овуляции медикаментозно ни у кого не использовалась.

При обследовании выявлены: гирсутизм – у 52,3% женщин, акне, стрии - у 33,3% пациенток. У 9,5% женщин наблюдалось ожирение 1 степени, у 4,8% - 2 степени, избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9) - у 14,2% больных.

По тестам функциональной диагностики и ультразвуковому исследованию ановуляция имела место у 86% больных, у 9,5% – овуляторные циклы с недостаточностью лютеиновой фазы (ЛФ).

При УЗИ органов малого таза выявлялись увеличенные в той или иной степени поликистозные яичники, гиперплазия эндометрия (м-эхо > 12 мм на 13-15 день менструального цикла) была отмечена у 23,8% больных.

Таблица 1. Содержания гормонов в сыворотке крови.

определяемый гормон	Уровень
Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), мМЕ/л	0,5-8,4
Лютеинизирующий гормон (ЛГ), мМЕ/л	3,5-16,7
Эстрадиол, пг/мл	10.0-78,6
Прогестерон, нмоль/л	0,8-10,6
Тестостерон, нмоль/л	1,9-4,2
Пролактин, мМЕ/л	98,6-906,1

У 19% пациенток с избыточной массой тела выявлены нарушения липидного спектра крови по типу гиперхолестеринемии, повышенного уровня бетта-липопротеидов. Нарушение толерантности к глюкозе наблюдалось у 14,2% больных, из них нормальная масса тела у 4,8%, избыточная – у 9,6%.

Из проконсультированных эндокринологом 19 женщин (90,4%) диффузный зоб 1 степени выявлен у одной; гиперплазия щитовидной железы 1 степени, гипотиреоз - у двух, аутоиммунный тиреоидит 1 степени – у одной.

У больных с синдромом поликистозных яичников с нормальной массой тела (ИМТ 20-24,9) отмечен нормальный или несколько сниженный уровень ФСГ, повышенный уровень ЛГ, тестостерон – на верхней границе нормы, эстрадиол и пролактин в пределах нормы. Выявленные изменения гормонального статуса у пациенток с СПЯ с избыточной массой тела (ИМТ 25-29,9) и ожирением (снижение уровня ФСГ, нормальный или повышенный уровень ЛГ, соотношение ЛГ/ФСГ>3, повышенный уровень эстрадиола, легкая гиперпролактинемия, тестостерон незначительно увеличен или на верхней границе нормы), вероятнее всего объясняются повышением уровня метаболических эстрогенов.

Выводы: 1. Больные с синдромом поликистозных яичников имеют нарушение становления менструального цикла по типу гипоменструального синдрома, относятся в группу высокого риска по невынашиванию.

2. Маркерами синдрома поликистозных яичников являются гирсутизм, акне, стрии; избыточная масса тела не характерна для больных с СПЯ.

3. У пациенток с ИМТ в пределах (20-24,9) отмечается повышенный уровень ЛГ при нормальном уровне ФСГ в сыворотке крови (ЛГ/ФСГ>3).

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НА ФОНЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лапочкина Н.П. (Иваново)

Предменструальный синдром или предменструальная циклическая мастопатия (Goodwin P.J. et al, 1995, 1997) значительно увеличивает риск развития доброкачественных заболеваний молочных желез (Левшин В.Ф., Пихут П.М., 1997). По данным Габуния М.С., Братик А.В., Олимпиевой С.П. (1998) предменструальный синдром может провоцировать патологические процессы в молочной железе.

Целью исследования явилось изучение особенностей предменструального синдрома у женщин с диспластическими заболеваниями молочных желез на фоне гинекологической патологии.

Для выполнения поставленных задач были обследованы 519 женщин, которые распределились следующим образом: первую группу составили 150 больных с диспластическими заболеваниями молочных желез (ДЗМЖ) на фоне гинекологической патологии, 2-ую группу - 107 больных с пролиферативной мастопатией, 3-ю группу - 112 больных раком молочной железы. Возраст обследованных пациенток был от 17 до 60 лет.

В анамнезе жалобы на боли в молочных железах (масталгия) предъявляли 12% больных 1-ой группы, 26,67% - 2-ой, 17,45% больных 3-ей и 3,33% контрольной группы ($p<0,05$).

Предменструальный синдром чаще имел место у женщин с ДЗМЖ и пролиферативной мастопатией, так в 1-ой группе у 125 человек, 85,39%, во 2-ой - у 82 чел., 76,64%, в 3-ей - у 53 чел., 47,32%, в контрольной группе у 62 чел., 41,33% ($p<0,05$).

Смешанная форма предменструального синдрома имела место у 80% больных 1-ой группы, 59,76% - 2-ой, 18,87% - 3-ей и 79,03% - контрольной группы. В понятие «смешанная форма» предменструального синдрома входят явлениями масталгии, психологического

дискомфорта и головная боль. Масталгия чаще имела место у больных раком молочной железы (1-я гр. – 12%, 2-я гр. – 20,73%, 3-я гр. – 37,74%, контр. гр. – 20,97%). Нейропсихическая форма предменструального напряжения чаще имела место у больных с пролиферативной мастопатией (1-я гр. - 5,6%, 2-я гр. - 3,66%, 3-я гр. - 20,7%). Цефалгическая форма предменструального синдрома чаще встречалась у больных с пролиферативной мастопатией и раком молочной железы (1-я гр.- 2,4%, 2-я гр. – 15,85%, 3-я гр. – 22,64%). Нейропсихическая и цефалгическая формы предменструального напряжения отсутствовали у пациенток контрольной группы.

Таким образом, в структуре предменструального синдрома смешанная форма находилась на первом месте в 1-ой, 2-ой и контрольной группах. На втором месте по частоте встречаемости у больных 1-ой группы находилась масталгия, тогда как в 3-ей группе – на первом месте.

Боли в молочных железах, их нагрубание, чувство тяжести (масталгия) чаще отмечали пациентки с миомой матки в сочетание с внутренним эндометриозом, больные с эндометриозом (22,73%), с гиперплазией эндометрия (21,43%) и с воспалительными заболеваниями матки и придатков (13,16%). У большинства женщин 1-ой группы на фоне миомы матки (92,16%), гиперплазии эндометрия (78,57%), воспалительных заболеваний гениталий (73,68%), миомы матки в сочетание с внутренним эндометриозом, эндометриозом (63,64%) преобладала смешанная форма предменструального синдрома.

При гиперплазии эндометрия у женщин с ДЗМЖ предменструальное напряжение проявлялось только в смешанной форме (78,-57%) и в виде масталгии (21,43%). При миоме матки у большинства больных присутствовала смешанная форма (92,16%) предменструального напряжения, у 3,92% женщин была нейропсихическая и у других 3,92% пациенток - масталгия. При миоме матки в сочетание с внутренним эндометриозом и при эндометриозе у женщин преобладала смешанная форма (63,64%) предменструального синдрома, масталгия (22,73%), реже имели место нейропсихическая (9,09%) и цефалгическая (5,45%) формы. При воспалительных процессах матки и придатков предменструальное напряжение у большинства пациенток проявлялось в смешанной форме (73,68%), реже встречались масталгия (13,16%), цефалгическая (5,26%) и нейропсихическая (7,89%) формы.

Таким образом, у больных с гинекологическими заболеваниями чаще встречались смешанная форма предменструального напряжения или масталгия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что предменструальный синдром часто имел место у больных с гинекологическими заболеваниями и увеличивал риск развития дисгормональных заболеваний молочных желез. Поэтому больные с гинекологическими заболеваниями нуждаются в регулярном осмотре молочных желез.

При необходимости выполняется консультация маммолога с прицельной пункционной биопсией и дальнейшим цитологическим исследованием. При цитологическом исследовании возможны следующие варианты: получение серозного содержимого кисты – показано диспансерное наблюдение, при фиброаденоме и/или пролиферации эпителия – секторальная резекция молочной железы с гистологическим исследованием полученного материала и дальнейшим диспансерным наблюдением, при раке – радикальная мастэктомия.

Больные с ДЗМЖ (кистозная, фиброзная, кистозно-фиброзная, фиброаденома), с пролиферативной мастопатией подлежат диспансерному наблюдению, которое заключается в следующем:

1. Выполнение ультразвукового допплеровского исследования молочных желез 2 раза в год; маммография – 1 раз в год (в возрасте старше 40 лет и/или по показаниям);
2. Определение онкомаркеров СА 15-3, ферритина в сыворотке крови два раза в год;
3. Больные с ДЗМЖ должны находиться на диспансерном учете у врача акушера-гинеколога с осмотром 2 раза в год, а с пролиферативной мастопатией - у акушера-гинеколога и маммолога с осмотром в течение 1-го года после операции 4 раза в год, в течение 2-го года после операции 2 раза в год;

Больные с пролиферативной мастопатией должны состоять на учете у врачей - маммолога и акушера-гинеколога.

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Леваков С.А., Сидорова И.С., Али А.Г. (Москва)

Цель: изучить роль вируса папилломы человека в генезе гиперпластических процессов и рака эндометрия.

Вирусные инфекции репродуктивной системы относятся к числу распространенных и представляют определенные диагностические и терапевтические трудности. Возникающие вирусные инфекции половых органов могут протекать в латентной, малосимптомной или клинически выраженной форме. Вирусы, проникшие в половые органы, могут вызвать заболевания влагалища, вульвы, шейки матки. Некоторые виды вирусов проникают в верхние отделы половых путей, вызывая воспалительный процесс или содействуя развитию воспалительной реакции, обусловленной другими возбудителями.

Имеются данные о том, что число людей, инфицированных ВПЧ, за последнее десятилетие в мире увеличилось более чем в 10 раз. Максимальная заболеваемость, обусловленная ВПЧ, наблюдается в возрасте от 18 до 28 лет (следует учитывать дополнительно трансформации ракового характера в старших возрастных группах). Также известно, что для развития злокачественного поражения органов уходить от 0,5 до 30 лет после инфицирования.

На одно из первых мест выходят папиллома вирусные поражения шейки матки, являющиеся предшественником цервикальных интраэпителиальных неоплазий и рака шейки матки. Среди гинекологов выработана четкая диагностическая тактика, позволяющая с высокой достоверностью констатировать поражение шейки матки вирусом папилломы человека (ВПЧ) различных степеней онкогенности и профилактики рака шейки матки. Однако нет единого мнения о роли вируса папилломы человека в развитие гиперпластических процессов и рака эндометрия. Исследования по этому поводу противоречивы и не достаточны, что определяет актуальность выявление роль этого вируса для профилактики РЭ.

Проведено исследование биоптата эндометрия, полученного у больных подлежащих оперативному лечению по поводу атипической гиперплазией эндометрия тяжелой степени и аденокарциномы эндометрия различной степени дифференцировки. В исследование включены больные позднего репродуктивного, пременопазального и раннего постменопазального возраста (от 40 до 55 лет).

Обследовано 47 больных с морфологически верифицированным диагнозом, из которых у 14 больных верифицирована тяжелая атипическая гиперплазия эндометрия, у 11 больных - высокодифференцированная аденокарцинома, у 11 больных - умереннодифференцированная аденокарцинома, и у 11 - низкодифференцированная аденокарцинома эндометрия. Исследование ВПЧ проводилось с помощью ПЦР с использованием праймеров для 16,18,31,33-,35,39,45,51,52,56,58,59,68 серотипов.

Результаты: ВПЧ выявлен в 8 из 14 (57%) биоптатов тяжелой АГЭ, в 4 из 11 (36%) высокодифференцированной аденокарциномы, в 6 из 11 (54%) умеренно-дифференцированной аденокарциномы, в 3 из 11 (27%) низкодифференцированной аденокарциномы. Причем 16 и 18 серотипы встречались во всех препаратов с положительной реакцией на ВПЧ. Серотипы 31,33,45 обнаружились в 4 (36%) препаратах с высокодифференцированной аденокарциномой. Серотипы 58, 68, 59 в 2 (11%) препаратах низкодифференцированной аденокарциномы и в 1 (7%) препарате с тяжелой атипической гиперплазией эндометрия. Остальные серотипы не встречались в препаратах гиперпластического процесса эндометрия ни в препаратах с аденокарциномой.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что ВПЧ может являться пусковым фактором развития гиперпластических процессов эндометрия. На этапе прогрессирования атипической

гиперплазии в аденокарциному эндометрия процент выявления ВПЧ снижается с 57% до 36% в высокодифференцированной аденокарциноме до 27% в низкодифференцированной опухоли.

Этот факт свидетельствует о том, что на начальных этапах злокачественной трансформации железистого эпителия ВПЧ может играть одну из важных ролей в виде «пускового фактора». Снижение же дифференцировки опухоли, прогрессирование злокачественного процесса, в свою очередь, происходит по общим принципам канцерогенеза.

Таким образом, в комплексное лечение гиперпластических процессов эндометрия, особенно на начальных стадиях его развития, необходимо включать, кроме гормонального лечения, противовирусные препараты, подавляющие репликацию вируса папилломы человека.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Левитина Е. И., Рухляда Н. Н., Фридман Д. Б. (Санкт-Петербург)

Маточное кровотечение является одной из наиболее распространенных патологий в гинекологической практике. Около 55% маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста, поступающих в стационар неотложной помощи, не связаны с беременностью. Подобные состояния объединены термином «ургентные негравидарные метроррагии» (УНМ). Подавляющее большинство УНМ (более 90%) вызваны органическими причинами (миома матки, аденомиоз, различные формы гиперплазии эндометрия). Из них около 44% кровотечений, по данным литературы, связаны с аденомиозом. Верифицировать диагноз аденомиоза возможно только после морфологического исследования материала миометрия (препараты удаленной матки, биоптаты миометрия), что не представляется возможным в ходе фракционного кюретажа полости матки. Больные зачастую подвергаются многократным диагностическим выскабливаниям полости матки, несвоевременно определяются показания к радикальному хирургическому лечению. В связи с высоким удельным весом больных с нереализованной репродуктивной функцией в структуре заболеваемости УНМ и аденомиозом, особенно важным является своевременное гистологическое подтверждение диагноза малоинвазивными методами.

Цель исследования: повысить эффективность дифференциальной диагностики маточных кровотечений, не связанных с беременностью, на этапе оказания экстренной специализированной помощи.

Материалы и методы. Наше исследование включает в себя анализ историй болезни и данных обследования 160 пациенток репродуктивного возраста, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в экстренном порядке с сентября 2002 года по февраль 2005 года. Причиной госпитализации у всех обследованных являлось маточное кровотечение. Клинически, а также ретроспективно на основании результатов морфологического исследования гистологического материала были исключены все случаи заболеваний, связанных с беременностью, злокачественными и воспалительными процессами гениталий.

Для проведения анализа нами выделено 3 группы пациенток в зависимости от программы обследования: 1 – фракционный кюретаж полости матки (100; 62,5%, средний возраст 42,5±8 года), 2 – фракционный кюретаж + пункционная биопсия миометрия (30; 18,75%, средний возраст 43,4±4,7 года), 3 – диагностическая гистероскопия с фракционным кюретажем полости матки и пункционной биопсией миометрия (30; 18,75%, средний возраст 43,3±5,76 года).

Результаты. Анализ результатов показал, что основной причиной УНМ являются гиперпластические процессы эндометрия. Гиперплазия эндометрия (железистая, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия) выявлена у 71% больных в первой группе, у 89% больных во второй группе и у 81% женщин в третьей группе. Полипы эндометрия достоверно чаще выявлялись при выполнении гистероскопии (15%, 22% и 32% соответственно, $p<0,001$). Лейомиома выявлена по результатам раздельного диагностического исследования полости матки в 6% случаев в первой группе больных и в 2% случаев в третьей группе, тогда как после исследования биоптатов эндомиометрия данная патология выявлялась достоверно чаще: в 6% случаев во второй группе и в 13% случаев в третьей группе. Аденомиоз по результатам биопсии миометрия был гистологически подтвержден у 44,2% больных во второй группе и у 60,5% больных в третьей группе. Учитывая морфологические критерии аденомиоза, верификация данного диагноза по результатам исследования соскобов эндометрия не представляется возможным. Прицельная пункционная биопсия миометрия показала наибольшую диагностическую специфичность – 0,89.

Нами был проведен анализ чувствительности и специфичности клинических и инструментальных методов диагностики аденомиоза в исследуемых группах больных. На основании полученных данных была разработана система балльной оценки значимости отдельных диагностических методов и определены критерии показаний к выполнению пункционной биопсии миометрия у женщин с УНМ.

Выводы. 1. Пункционная биопсия миометрия является малотравматичной методикой получения материала миометрия для гистологического исследования. Данная методика позволяет повысить эффективность дифференциальной диагностики ургентных негравидарных метроррагий.

2. Высокая частота выявления аденомиоза у женщин с УНМ (52,3%) свидетельствует о важной роли данной патологии в патогенезе УНМ.

3. Пункционная биопсия миометрия позволяет получить качественный материал для гистологического исследования, что дает возможность оценить глубину инвазии аденомиоза и выявить его неманифестные формы (в 21,3% случаев).

3. Наиболее информативным является метод прицельной пункционной биопсии миометрия под контролем гистероскопии (диагностическая специфичность - 0,89).

4. Учитывая роль аденомиоза в патогенезе бесплодия и невынашивания беременности, возможность малотравматичной достоверной диагностики этого заболевания особенно важна для пациенток с нереализованной репродуктивной функцией.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ, ИНФИЦИРОВАННЫХ UREAPLASMA UREALITICUM

Лукач А.А., Ольховикова С.В. (Екатеринбург)

Анализ литературы и собственные данные позволяют нам считать, что патогенез эндометриоза является мультифакториальным с участием инфекционных факторов Транслокация проявляется эндометриозом при имплантации эндометриоидных клеток, при условии иммунных нарушений у данного больного. При нормальной функции иммунокомпетентных клеток (ИКК) не происходит дальнейшего развития эндометриоидных очагов, и они подвергаются элиминации. Инфицированные эндометриоидные клетки подвергаются воздействию ИКК, в результате возникает воспаление, стимулируется ангиогенез, и формируются эндометриоидные очаги.

В настоящее время взгляд на патогенез эндометриоза предполагает, что развитие данной патологии зависит не только от уровня гормонов, но и о нарушения рецепторной чувствительности. Доказательство гормоночувствительности таких заболеваний, как миома матки, эндометриоз, синдром поликистоза яичников привело к разработке и внедрению в клиническую практику аналогов ГнРГ. Агонисты ГнРГ обладают блокирующим влиянием на гипофизарно-яичниковую систему и антипролиферативным эффектом.

Поэтому, на основе анализа литературных данных можно сделать вывод, что в основе эндометриоза лежат несколько факторов. Среди всех факторов наибольшее значение на наш взгляд имеют снижение иммунитета, инфицирование, нарушение рецепторной чувствительности и воспаление. Все эти факторы учитываются нами при построении алгоритма комплексного лечения эндометриоза.

Довольно частой находкой при бактериологическом исследовании является Ureaplasma urealiticum. В этой связи, нами проанализировано состояние иммунной системы у женщин с эндометриозом, инфицированных данным возбудителем.

Цель исследования. Определить состояние иммунитета у больных эндометриозом с сопутствующим уреаплазмозом.

Методы исследования и пациентки.

Для решения поставленных задач под нашим наблюдением находились 142 пациентки больные генитальным эндометриозом. При проведении анализа все обследованные женщины были разделены на две группы. Первая группа (n = 66) – женщины с эндометриозом инфицированные уреаплазмами, вторая - женщины с эндометриозом без уреаплазмоза (n=76).

Комплексные микробиологические и вирусологические исследования проводились в баклаборатории МУ ГКБ № 40.

Иммунологические исследования проведены в городском Центре лабораторной диагностики болезней матери и ребенка. Изучались следующие показатели: дифференцировочные антигены Т-лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, соотношение CD4/CD8); дифференцировочные антигены В-лимфоцитов (CD 20); NK-клетки (CD16); количество сывороточных иммуноглобулинов А, М, G; активность фагоцитоза (моноциты, нейтрофилы), бактерицидная активность, маркер апоптоза CD95. Для оценки степени интоксикации нами высчитывался лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), ЛИИ Рейса – (СЯ% + ПЯ% + Мета% + Миело%)/(Мо% + Лимф% + Эо%), то есть представляющий соотношение гранулоцитов к лимфоцитам и моноцитам.

Результаты и их обсуждение.

При проведении исследования Ureaplasma Urealiticum (соскоб из цервикального канала) выявлена у 66 пациенток, что составило 46,4% от всего числа обследованных женщин.

Лейкоцитарный индекс интоксикации имел тенденцию к возрастанию, в зависимости от степени распространенности эндометриоза. Так, в контрольной группе он оказался равным 1,26±0,02, у больных аденомиозом – 1, 48±0,06, наружным эндометриозом – 1,72±0,09, сочетанным эндометриозом – 2,03±0,08. У пациенток инфицированных уреаплазмозом ЛИИ оказался равным 1,83±0,05, а без инфицирования – 1,47±0,04 ($p<0,001$). В настоящее время известно, что при инфицировании внутриклеточными патогенами активируется преимущественно Т-хелперы первого типа, то есть развивается иммунный ответ с гибелью клетки с деструкцией ее содержимого и инфекционного агента. При внеклеточной локализации развивается Т-зависимый иммунный ответ с помощью Т-хелперов второго типа (специфический механизм защиты антителами). Изучение клеточных факторов иммунитета показало, что соотношение CD4/CD8 было наибольшим у больных с выделением уреаплазм из биоптата оперированных органов (миома, эндометрий) – 2,36±0,06, из цервикального канала – 1,77±0,04, у женщин без уреаплазмоза – 1,45±0,07, по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$, $p<0,01$). При изучении системного иммунитета у женщин с эндометриозом инфицированных уреаплазмами, выявлено снижение показателей CD3, CD8, CD16, по сравнению с группой контроля ($p<0,01$). Из других показателей иммунитета были повышены Ig M ($p<0,05$), а также активность фагоцитоза нейтрофилов ($p<0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показывают, что у женщин с эндометриозом инфицированных Ureaplasma Urealiticum имеет место воспаление, проявляющееся увеличением гранулоцитарных клеток в анализе крови, повышение Ig M и снижение клеточного иммунитета при относительно более высоких факторах гуморального иммунитета.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИЯ

Макаров О.В., Хашукоева А.З., Рехвиашвили С.А., Протопопова Л.О., Бороненкова О.Б., Ибрагимова М.И. (Москва)

На протяжении последнего десятилетия метод фотодинамической терапии (ФДТ) находит все большее применение в современной гинекологии. Преимуществами данного метода является его экономическая выгода, хорошая переносимость, простота методики, а также селективная деструкция патологической ткани. В настоящее время ФДТ активно используется в лечении диспластических процессов шейки матки и эндометрия, а также при раке шейки матки. Однако, эффективность фотодинамической деструкции в лечении фоновых заболеваний шейки матки, а также гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) изучена недостаточно.

Исходя из этого, в основу нашего исследования было положено изучение метода ФДТ в лечении патологии шейки матки и ГПЭ.

Лечебный эффект ФДТ основан на селективном разрушении патологических клеток в результате взаимодействия накапливающегося в клетках слизистой оболочки фотосенсибилизатора (ФС) и поглощаемого им света.

Практическая реализация метода включала в себя 2 этапа. На первом этапе было осуществлено введение ФС на основе хлорина Е6 – Фотодитазина. Второй этап включал в себя облучение лазером (длина волны 662 нм) на аппарате «Аткус-2» при помощи оптических световодов.

Результаты собственных исследований при ФДТ патологии шейки матки: ФДТ была проведена 67 больным фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки в возрасте от 19 до 67 лет. Из них 76% - пациентки с диагнозом эктопия шейки матки, у 13%- лейкоплакия, 8%- эндометриоз и 7%- дисплазия шейки матки 1-2 степени.

Лазерное воздействие осуществлялось через 2 часа после местной аппликации ФС на экзоцервикс или внутривенного введения фотодитазина, плотность энергии при этом составила 80-250 Дж\см2 при мощности лазерного излучения на выходе 1 Вт. При наблюдении за репаративными процессами было отмечено формирование тонкого струпа в зоне облучения через 24 часа после процедуры. Начало краевой эпителизации наблюдалось на 5-8 сутки. Полная эпителизация выявлена через 4-8 недель.

Побочные эффекты наблюдались у 4,48% больных в раннем послеоперационном периоде, и заключалась в кратковременном повышении температуры до субфебрильных цифр, не требовавшее медикаментозной коррекции. Кровянистые выделения в позднем послеоперационном периоде наблюдались у 1 пациентки, что было связано с ранним отторжением струпа вследствие нарушения рекомендованного режима после операции.

Эффективность методики оценивалась на основании данных кольпоскопии и цитологического исследования и составила по нашим наблюдениям 92%.

Таким образом, полученные наблюдения свидетельствуют, что данный метод лечения является высокоэффективным способом терапии фоновых и предраковых заболеваний шейки матки, позволяющим селективно воздействовать на патологический очаг, не вызывая рубцовых изменений шейки матки и сохраняя ее анатомическую целостность. Следовательно, ФДТ является средством выбора при лечении патологии шейки матки, предпочтительным у пациенток репродуктивного возраста.

ФДТ эндометрия в лечении гиперпластических процессов. Фотодинамическая деструкция (ФД) эндометрия была выполнена нами у 10 пациенток перименопаузального периода с морфологически верифицированным диагнозом железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Согласно методике, сеанс облучения

осуществлялся через 2 часа после внутриматочного введения ФС с применением внутриматочного оптического световода под кратковременным внутривенным наркозом. Плотность энергии при проведении процедуры составила 300 Дж\см2, а удельная мощность 0,3 Вт\см2.

Побочный эффект был отмечен в одном наблюдении и заключался в повышении температуры до субфебрильных цифр на 2-е сутки после операции, что потребовало назначения антибактериальной терапии. С целью оценки ФДТ эндометрия проводилось ультразвуковое исследование срединных маточных структур на 7-е и 30-е сутки после процедуры. Показатель М-эха на 7-е сутки варьировал в пределах от 4 до 6мм, что вероятно можно объяснить отеком тканей. Вместе с этим, на 30-е сутки во всех наблюдениях отмечено линейное М-эхо. Нами планируется оценка эффективности лечения через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Безусловно, отсутствие отдаленных результатов исследования в настоящий момент не позволяет нам сформулировать окончательные выводы по данному вопросу. Однако дальнейшие исследования в этом направлении представляются нам перспективными и позволят определить место ФДТ в лечении больных ГПЭ.

ГРАНДАКСИН В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА – ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДНЕВНОГО ТРАНКВИЛИЗАТОРА В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Макарова И.И., Сидорова И.С., Макаров И.О., Овсянникова Т.В. (Москва)

По данным современной литературы в мире все больше и больше женщин, страдающих предменструальным синдромом, обращается за медицинской помощью к врачам, не только акушерам-гинекологам, но и других специальностей.

Клинические проявления предменструального синдрома воспринимаются пациентками как серьезная помеха, снижающая качество жизни: их работоспособность, творческую активность.

Предменструальный синдром (ПМС) – сложный патологический симптомокомплекс, возникающий за 2 – 10 дней до начала менструации и исчезающий в первые ее дни или сразу после окончания, и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. ПМС – один из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов, частота встречаемости которого колеблется в пределах от 20% до 75%. При этом, с возрастом частота проявления ПМС увеличивается. Отмечено также, что за последнее время ПМС все чаще встречается у молодых женщин.

Более трети пациенток, страдающих ПМС, прибегают к самостоятельному хаотичному приему лекарственных препаратов для облегчения своего состояния или обращаются за помощью к врачам. Не менее 4 – 5% женщин страдают от острых проявлений ПМС, приводящих к временной потере трудоспособности.

Каждая пациентка с подозрением на ПМС должна быть проконсультирована неврологом. Женщинам с выраженными психо-эмоциональными нарушениями на основании результатов совместного осмотра с неврологом назначают нейролептики, седативные и психотропные препараты.

Нами обследованы 288 пациенток в возрасте от 19 до 46 лет (в среднем 28 ± 1,5 лет). Средняя длительность существования ПМС – 7 ± 0,6 лет.

Чаще всего среди вегетативных расстройств встречались раздражительность, плаксивость, перепады настроения и бескойство. Реже встречались такие соматические симптомы, как головные боли, головокружение, гипергидроз и вздутие живота.

Для уменьшения степени проявления нейро-вегетативных расстройств и стабилизации психоэмоциональной сферы пациенткам с ПМС в рамках лечения данной патологии назначали дневной транквилизатор Грандаксин, не оказывающий общего угнетающего действия.

Пациентки принимали Грандаксин в течение 12 недель ежедневно. Препарат назначали внутрь два раза в день – утром и в середине дня не позднее чем в 15 – 16 часов в дозе по 50 мг при легкой степени ПМС, по 100 мг два раза в день – при средней степени ПМС и по 150 мг два раза в день – при тяжелой степени ПМС (согласно классификации S.E. Abraham).

Все пациентки были обследованы до и после назначения лечения, и наблюдались амбулаторно.

Всем пациенткам с предменструальным синдромом проводилось клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза по стандартной методике, консультация невролога-вегетолога, а также использовался Менструальный дистресс-опросник Рудольфа Муса (Menstrual distress Questionnaire)

После применения Грандаксина в группе больных с ПМС (288 пациенток), выявлено значительное снижение уровня эмоциональных и вегетативных расстройств. Наиболее заметно произошло уменьшение частоты проявления таких симптомов, как раздражительность (на 39,3%), плаксивость (на 33,7%).

После лечения Грандаксином у больных ПМС значительно уменьшилась тяжесть проявлений ПМС. У целого ряда пациенток с тяжелой и средней степенью тяжести ПМС перешел в легкую степень течения.

Грандаксин, являясь психовегетативным регулятором, снижает проявление эмоционально-вегетативных расстройств, эффективно уменьшает, а в целом ряде наблюдений, полностью купирует психовегетативные проявления предменструального синдрома. Следует отметить, что грандаксин особенно выраженно влияет на уменьшение симптомов раздражительности и плаксивости, однако незначительно уменьшает такие соматические проявления предменструального синдрома, как головокружения, гипергидроз, тахикардию, боли в области сердца. Полученные результаты требуют дальнейшего уточнения. Вероятно, для более полного устранения эмоционально-вегетативных симптомов требуется проведение более длительного курса лечения грандаксином и более полное обследование у терапевта с целью выявления хронических заболеваний у пациенток, которые могут обостряться именно во вторую фазу менструального цикла, маскируясь под предменструальный синдром.

Препарат легко переносится больными. Ни в одном из наших наблюдений не было выявлено отрицательных побочных эффектов от его применения.

Лечение предменструального синдрома должна носить индивидуальный характер, с учетом психосоматической картины заболеваний. Полностью купировать проявления предменструального синдрома назначением только одного курса Грандаксина в течение 2 – 3 менструальных циклов невозможно. Поэтому мы рекомендуем проводить лечение предменструального синдрома курсами по 2 – 3 менструальных цикла с перерывом в 2 цикла.

При обследовании гинекологических больных следует всегда обращать внимание на изменения в их эмоционально-вегетативном статусе, независимо от того, будет у них диагностирован ПМС или нет.

ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ЯТРОГЕННЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акиньшина С.В. (Москва)

Препараты заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в последние десятилетия получили широкое распространение во всем мире, что во многом связано с популяризацией понятия о качестве

жизни. В связи с повсеместным распространением гормональных препаратов, даже незначительное повышение риска, связанное с их применением, может нанести существенный вред здоровью огромному числу женщин.

Первоначально основной целью ЗГТ была борьба с климактерическим синдромом. Обнаружение кардиопротективных свойств естественных эстрогенов и положительного влияния препаратов ЗГТ на липидный профиль у женщин в постменопаузе легло в основу гипотезы об эффективности ЗГТ для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако результаты последних крупных проспективных испытаний, включая Women,s Health Initiative (WHI) и Heart and Estrogen/Progestin replacement Study (HERS), ее не подтвердили. Оказалось, что ЗГТ не эффективна как для первичной, так и для вторичной профилактики ССЗ и увеличивает риск атеротромботических осложнений и венозных тромбозов. При применении ЗГТ риск инфаркта миокарда повышается в 2 раза, риск инсульта – на 40%, венозных тромбозов - в 3-4 раза.

Тот факт, что частота тромбозов при гормональной контрацепции и ЗГТ выше в течение первого года применения препарата, свидетельствует о существовании предрасположенности к развитию тромботических осложнений, прежде всего связанной с наличием скрытой генетической (мутация FV Leiden, мутация протромбина G20210A и др.) или приобретенной тромбофилии, обусловленной антифосфолипидным синдромом (АФС). Тем более риск тромбозов повышается при сочетании дефектов гемостаза при наличии у женщины дополнительных факторов риска (ожирение, старший возраст, хирургическое вмешательство, тромбозы в анамнезе и др.).

АФС и генетические формы тромбофилии выявляются у 7-15% женщин и, следовательно, являются одной из ведущих причин тромботических осложнений при применении ЗГТ, что подтверждают данные наших собственных исследований. В период с 2000 по 2005 год мы обследовали 27 женщин, у которых развились тромботические осложнения на фоне ЗГТ (тромбозы глубоких, тромбофлебит поверхностных вен, инсульт, синдром Бадд-Киари, преходящие нарушения мозгового кровообращения, преходящая слепота). При этом у 75% женщин были выявлены акушерские осложнения в анамнезе (синдром потери плода, гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). В 100% случаев были выявлены различные генетические формы тромбофилии (гомозиготные формы в 20%, комбинированные в 80% случаев).

В 49% случаев обнаружены маркеры АФС: циркуляция ВА и антитела к кофакторам.

Структура тромбофилии у пациенток с клиническими проявлениями на фоне ЗГТ (n=27, средний возраст 58,4 года)

Форма тромбофилии	Число пациенток (%)
Антифосфолипидные антитела	12 (44,5)
Мутация FV Leiden	10 (37)
Мутация протромбина G20210A	5 (18,5)
Полиморфизм тромбоцитарных рецепторов:	
GPIa “807C/T”	7 (25,9)
GPIIIa “1565T/C”	9 (33,3)
GPIdα “434C/T”	2 (7,4)
Полиморфизм генов:	
Ингибитор активатора плазминогена PAI −1(4G/5G)	19 (70,4)
Тканевый активатор плазминогена t-PA I/D	9 (33,3)
Ангиотензин-превращающий фермент АПФ “I/D”	10 (37)
Резистентность к активированному протеину С APC-R	15 (55,5)

Многочисленные и часто противоречивые данные о влиянии женских половых гормонов на функцию сердечно-сосудистой системы поставили в тупик врачей и общественность. В то время как последние клинические испытания свидетельствуют о повышении риска тромботических осложнений при применении ЗГТ, в исследованиях in vitro получены обнадеживающие результаты в пользу вазопротективных и антиатерогенных свойств эстрогенов. Так, естественные эстрогены препятствуют развитию эндотелиальной дисфункции и ремоделированию сосудов, регулируя процессы эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой вазодилатации, ангиогенеза, пролиферации и миграции гладкомышечных клеток и фибробластов.

Такое несоответствие данных экспериментальных и широкомасштабных проспективных исследований стало стимулом для изучения патогенетических механизмов, лежащих в основе тромботических осложнений при ЗГТ.

Поскольку считается доказанной роль воспаления, эндотелиальной дисфункции и нарушений гемостаза свертывающей системы в патогенезе артериальных и венозных тромбозов, а также тесная взаимосвязь этих процессов, в качестве наиболее значимых причин протромботического потенциала препаратов ЗГТ рассматриваются их прокоагулянтные и провоспалительные свойства.

Гормональные препараты обладают одновременно противовоспалительной активностью (за счет уменьшения концентрации клеточных молекул адгезии P-и E-селектина, ICAM-1, VCAM-1, экспрессии провоспалительных цитокинов TNFa, Il-1b, уровня фибриногена, ингибитора плазминогена PAI-1, моноцитарного хемоаттрактанта MCP-1 и вследствие антиоксидантной активности) и противовоспалительными свойствами (вследствие увеличения концентрации острофазовых показателей: С-реактивного белка и фактора FVII, снижения содержания альбумина, увеличения экспрессии тканевого фактора TF). Однако наиболее значимым изменениям подвергается С-реактивный белок (СРБ), уровень которого при ЗГТ повышается в 2 раза. Повышенный уровень СРБ является прогностически неблагоприятным в отношении развития ИМ и сердечной смерти при стабильной стенокардии, при остром коронарном синдроме, является фактором риска ССЗ у здоровых людей в отсутствии других факторов риска.

Биологические эффекты ЗГТ на систему гемостаза схожи с таковыми комбинированных оральных контрацептивов (КОК), однако следует учесть, что у женщин более старшего возраста риск тромбозов выше, поскольку кроме эффектов ЗГТ, возможных скрытых тромбофилических нарушений, накладываются еще и возрастные особенности функционирования системы гемостаза. Показатели гемостаза при ЗГТ изменяются (обычно в пределах нормы), при этом отмечаются как благоприятные эффекты вследствие снижения уровня фибриногена, гомоцистеина, липопротеина а (ЛПа), повышения активности системы фибринолиза, так и неблагоприятные эффекты, проявляющиеся в снижении концентрации антикоагулянтных белков (антитромбина III, протеина С и S, ингибитора пути тканевого фактора TFPI), развитии резистентности к активированному протеину С, увеличении концентрации маркеров тромбофилии (TAT, F1+2, D-димера).

С целью повышения эффективности и безопасности препаратов ЗГТ пристальное внимание уделяется совершенствованию их состава, дозировок и путей введения в организм. Весьма перспективным представляется применение трансдермальных препаратов, которые вследствие отсутствия эффекта первичного прохождения через печень существенно не влияют на уровень СРБ и факторов свертывания крови и не увеличивают риск венозных тромбозов у здоровых женщин.

Причиной осложнений при применении ЗГТ может служить наличие генетической предрасположенности, не проявляющейся клинически, но обуславливающих повышенную чувствительность к провоспалительным и протромботическим стимулам; при этом прием гормонов может стать критическим в отношении развития тромбозов. В качестве основных предрасполагающих факторов можно выделить генетические тромбофилии, полиморфизм генов альфа-рецепторов эстрогенов ЭРа, полиморфизм гена СРБ, PAI-1, ЛПа, а также полиморфизм генов провоспалительных цитокинов (Il-1b, Il-6) и хемокинов (MCP-1), влияющих на развитие APC-R, наиболее опасной в отношении венозных тромбозов. Низкая чувствительность тканей к эстрогенам при определенных вариантах полиморфизма ЭРа может изначально привести к формированию эндотелиальной дисфункции, развитию предрасположенности к ССЗ и повышенной чувствительности к протромботическим эффектам ЗГТ.

Возможность кардиопротективного и эндотелиопротективного эффекта ЗГТ в настоящее время все больше рассматриваются в связи с так называемой концепцией «здорового» эндотелия. При наличии возрастных изменений параметров гемостаза и свойств сосудистой

стенки, определенного преморбидного фона, изначально обуславливающего развитие эндотелиальной дисфункции и повышенной готовности к свертыванию крови, прием гормональных препаратов может оказаться пусковым фактором для развития тромботических осложнений. Очевидно, что больший риск тромботических осложнений наблюдается при приеме ЗГТ по сравнению с препаратами гормональной контрацепции, которые используют в основном молодые женщины с минимальными факторами риска. На успех ЗГТ можно рассчитывать только у более молодых пациенток в перименопаузе без заболеваний коронарных сосудов или других коронарных факторов риска, тогда как у пожилых пациенток с преморбидными состояниями перевешивают отрицательные эффекты ГЗТ.

Подводя итог в отношении места ЗГТ в клинической практике, следует отметить, что ведущим показанием к назначению ЗГТ на сегодняшний день является коррекция климактерического синдрома. Препараты ЗГТ должны применяться в минимально эффективных дозах и в течение как можно более короткого периода времени. Рекомендуемая начальная доза эстрогенов составляет 1-2 мг. Рекомендуемая длительность ЗГТ – 2-3 года. При наличии урогенитальных симптомов препаратом выбора являются местные внутриматочные и вагинальные формы ЗГТ, для которых не было выявлено системных эффектов.

Избежать негативных эффектов ЗГТ возможно лишь при всесторонней оценке факторов риска. Помимо проведения стандартных скрининговых исследований (маммография, УЗИ органов малого таза, гемостазиограмма и т. д.) перед назначением ЗГТ мы рекомендуем:

1) Тщательно исследовать как семейный, так и личный тромботический анамнез, а также, акушерский, поскольку до 70% осложненной беременности (синдром потери плода, тяжелые гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) связана с нарушением системы гемостаза – АФС и наследственными тромбофилиями.

2) Оценить общесоматический анамнез (мигрени, артериальная гипертензия, болезни почек, неврологические симптомы), т. к. клинические проявления АФС чрезвычайно разнообразны. Если у женщин перед назначением КОК достаточно трудно судить о возможном наличии генетических дефектов гемостаза, то у женщин менопаузального возраста отягощенный акушерский и соматический анамнез уже свидетельствует о высоком риске осложнений в случае применения ЗГТ.

3) С нашей точки зрения, в связи со слишком серьезными последствиями тромботических осложнений, скрининг на предмет приобретенной и генетической тромбофилии перед назначением ЗГТ является оправданным, несмотря на дороговизну диагностических мероприятий. При наличии генетических форм тромбофилии и/или АФС ЗГТ абсолютно противопоказана.

4) При отрицательных результатах скрининг-тестов на тромбофилию возможно назначение ЗГТ с последующем контролем маркеров тромбофилии (ТАТ, F1+2, D-димер, антифосфолипидные антитела, протеин С, агрегация тромбоцитов) каждые 3 месяца. При положительных результатах дальнейшая ЗГТ не показана.

5) Проведение скрининга маркеров воспаления (прежде всего СРБ) и исследование мутаций альфа-рецепторов эстрогенов до назначения гормональной терапии поможет выявить женщин с повышенным риском тромботических осложнений ЗГТ даже при отсутствии других факторов риска. Контрольная оценка маркеров воспаления позволит решить вопрос о возможности пролонгирования терапии, что особенно важно в первые месяцы после начала гормональной терапии, когда риск венозных и артериальных тромбозов значительно возрастает.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНОМАЛИЙ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА В ИЗУЧЕНИИ ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Макиян З.Н., Окулов А.Б., Боровая Т.Г., Осипова А.А., Степанян А.А., Адамян Л.В., Бобкова М.В. (Москва)

Аномалии матки и влагалища являются врожденными пороками, формирующимися в критическом периоде внутриутробной жизни женщины, когда наиболее интенсивен процесс закладки и дифференцировки (органогенез) половых органов, то есть с 5-6 по 12-16 недели беременности. Остановка эмбрионального развития на какой-либо стадии приводит к формированию аномалий, соответствующих именно данному периоду эмбриогенеза. Аномалии матки и влагалища являются, по существу, персистирующими формами стадий эмбрионального развития

Успешное лечение мюллеровых аномалий начинается с достоверной идентификации и понимания эмбрионального происхождения пороков развития гениталий (Gell JS США 2003).

В литературе все чаще публикуются различные случаи аномалий матки и влагалища, которые труднообъяснимы с позиции классической теории о внутриутробном развитии и, соответственно, формирования аномалий.

Engmann L, Schmidt, Nulsen J, Benadiva C, США 2004, описывают вариант однорогой матки с замкнутым рудиментарным рогом, при нормальном наружном контуре матки, двумя маточными трубами. Авторы предлагают данный вид аномалии включить в классификацию Мюллеровых аномалий. Л.В.Адамян и Е.А.Богданова также описали аналогичный порок развития и разработали собственную методику его коррекции с использованием гистероскопии и лапароскопии.

Chang AS, Siegel CL, Moley KH, Ratts VS, Odem RR, США 2004, описывают 5 случаев внутриматочной перегородки с удвоением шейки матки и продольной перегородкой влагалища. Считая, что эти случаи вызывают вопросы в отношении классической однонаправленной теории (от каудального к краниальному) мюллерового развития. Авторы поддерживают альтернативную эмбриональную теорию Мюллера и соавт., которые считают, что слияние и резорбция мюллеровых протоков начинаются в области истмуса и продолжаются в обоих направлениях в краниальном и каудальном.

Fatum M, Rojansky N, Shushan A, Израиль 2003. Считают, что случай внутриматочной перегородки с удвоением шейки матки, опровергает классическую теорию однонаправленного каудо-краниального слияния мюллеровых протоков, и поддерживают гипотезу Musset et al.

Накопившиеся клинические варианты, противоречащие классической однонаправленной теории мюллерового развития от каудального к краниальному, побудили различных авторов предложить альтернативную эмбриональную теорию. Согласно мнению авторов, поддерживающих альтернативную теорию Мюллера и соавт., а также Musset et al.: различная степень раздвоения тела матки, шейки матки и влагалища, возможна вследствие разнонаправленного слияния мюллеровых протоков и редукции срединной перегородки от истмуса в сторону тела матки и в сторону влагалища.

Теория И.П.Мюллера, предложена на основании микроскопического исследования эмбрионов более 150 лет назад. Согласно современным представлениям, фаллопиевы трубы, матка и верхняя 1/3 влагалища формируются при слиянии парамезонефральных протоков. Нижние 2/3 влагалища образуются из урогенитального (мочеполового) синуса. Мезонефральные протоки редуцируются у плодов женского пола.

Этиоморфогенез аномалий гениталий практически полностью происходит во внутриутробном периоде, но патогенез и клинические проявления реализуются с началом функции репродуктивной системы. Если на ранних этапах эмбрионального развития морфологические исследования возможны на микроскопическом уровне,

то в диагностике аномалий гениталий в репродуктивном периоде достоверны макроскопические методы визуализации.

Проведено обследование у 268 пациенток с различными аномалиями матки и влагалища: с аплазией матки и влагалища – 42, с атрезией гимена – 15, с частичной аплазией влагалища – 5, с аплазией влагалища и функционирующей маткой – 7, с удвоением матки и влагалища – 21, с внутриматочной перегородкой – 98, с двурогой маткой – 43, с однорогой маткой – 18, с удвоением матки и влагалища и частичной аплазией одного из гемивлагалищ – 15 пациенток, с аплазией шейки матки и цервикального канала при нормальной однополостно матке и влагалище – 4 случая.

В диагностике аномалий гениталий использовались: УЗИ, гистероскопия и лапароскопия, магнитно-резонансная томография (МРТ).

Данные, полученные в ходе обследования и оперативного лечения пациенток с различными аномалиями матки и влагалища, показали несоответствие и противоречия между клиническими вариантами некоторых пороков матки и влагалища и современной теорией эмбрионального развития.

Из различных вариантов удвоения влагалища, более 40 случаев составляет сочетание с полной внутриматочной перегородкой, что подтверждает сомнения авторов: Habana A, Duleba AJ, Dokras A США 2000, Fatum M, Rojansky N, Shushan A, Израиль 2003; Chang AS, Siegel CL, Moley KH, Ratts VS, Odem RR США 2004; Giraldo JL относительно классической теории. Однако случаи аплазии шейки матки и цервикального канала при нормальной однополостной матке и влагалище (наблюдалось 4 случая) не согласуются также и с альтернативной разнонаправленной теорией Мюллера и Musset et al.

Варианты полного удвоения влагалища, начиная с самого преддверия – противоречат представлениям о развитии преддверия влагалища (vestibulum vaginae) и нижних 2/3 влагалища из непарного урогенитального синуса (sinus urogenitalis не может быть раздвоенным, так как формируется в виде мешковидной инвагинации). Описанные случаи указывают о развитии влагалища полностью из парных половых протоков.

Случаи эктопии мочеточника во влагалище, а также сочетание гемиаплазии удвоенного влагалища в 91.5% с унилатеральной аплазией почки, возможно, свидетельствуют о развитии влагалища из мезонефральных протоков. Так как мочеточник развивается в виде дивертикула мезонефрального протока.

Преддверие влагалища (vestibulum vaginae), возможно, соответствует урогенитальному синусу, поскольку нормально развито при всех вариантах аплазии влагалища и атрезии hymen`a (hymen imperforatum).

При аплазии матки и влагалища, маточные рудименты, независимо от степени их недоразвития, сохраняют особенности анатомического строения, отражающие ход эмбрионального развития. При различных вариантах аплазии матки и влагалища, маточные рудименты (выраженные в различной степени – от валикообразных утолщений, до функционирующих с наличием эндометрия, как и при анатомически нормальной матке), во всех 100% случаев обнаруживались в области слияния маточных труб с круглыми связками и собственными связками яичников.

Учитывая анатомические особенности маточных рудиментов можно предположить, что в морфогенезе матки, по-видимому, участвуют две пары половых протоков или эмбриональных зачатков (дериватами которых являются маточные трубы, круглые связки и собственные связки яичников), а также, возможно, мезонефральные протоки и гонадные тяжи.

Проведенный анализ показал необходимость дальнейшего изучения эмбрионального развития гениталий.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ МАТКИ

Макиян З.Н., Осипова А.А., Степанян А.А., Бобкова М.В. (Москва)

Этиоморфогенез аномалий гениталий практически полностью происходит во внутриутробном периоде, но патогенез и клинические проявления реализуются с началом функции репродуктивной системы.

Факторы, оказывающие повреждающее воздействие на развитие половых протоков, влияют также на уже сформированные к 5-6 неделям беременности яичники. Под влиянием тератогенов нарушаются процессы пролиферации и апоптоза, васкуляризации и иннервации, изменяются метаболические свойства клеток гонад и половых протоков.

Проведено исследование причин нарушения генеративной функции у 227 пациенток с аномалиями матки: у 40 больных с седловидной маткой, у 47 с двурогой маткой, у 111 с внутриматочной перегородкой, у 12 с удвоением матки, у 17 с однорогой маткой.

У 30% обследованных женщин с различными аномалиями матки выявлено первичное, у 16% - вторичное бесплодие, у 37% - привычное невынашивание беременности.

Показаниями для рассечения полной и неполной внутриматочной перегородки, а также метропластики по Штрассману у женщин с двурогой маткой являлись бесплодие или привычное невынашивание, при отсутствии сопутствующих причин нарушения фертильности и эффекта от консервативной терапии. Удаление функционирующего рудиментарного маточного рога у женщин с однорогой маткой проводилось во всех случаях в связи с острым болевым синдромом, а также возможностью возникновения грозных акушерских осложнений при возникновении беременности в рудиментарном роге (разрыв маточного рога, кровотечение).

У 46% больных с различными аномалиями матки при оперативном лечении выявлены следующие факторы бесплодия: нарушение проходимости маточных труб у 32%, спаечный процесс в полости малого таза у 27%, хронический эндометрит у 16%, внутриматочные синехии у 4%, полипоз и гиперплазия эндометрия у 7%, фиброз стромы эндометрия у 5%.

Нарушение репродуктивной функции у женщин с удвоением матки, полной внутриматочной перегородкой, двурогой, седловидной маткой обусловлено в большей степени различными сопутствующими эндокринными и функциональными нарушениями: гиперандрогенией в 20%, гипофункцией яичников в 15%, ановуляцией различного генеза в 34% случаев; а также трубно-перитонеальными факторами и патологией эндометрия.

Изучены особенности течения беременности и родов у 107 женщин с аномалиями матки, родивших без предварительной хирургической коррекции. Из наблюдавшихся больных: 36 с седловидной, 45 с двурогой маткой, 9 с полной внутриматочной перегородкой, 5 с неполной внутриматочной перегородкой, 7 с удвоением матки, 5 с однорогой маткой.

Исследование генеративной функции у больных по данным анамнеза показало, что самопроизвольные выкидыши наблюдались у 52,7% обследованных, из них 62% завершились самопроизвольными выкидышами до 12 недель, 16% - с 12 до 28 недель гестации, лишь 7% - преждевременными и 15% - своевременными родами. Потери беременности в 20% случаев были обусловлены гиперандрогенией, в 17% - истмикоцервикальной недостаточностью, а также хронической гиперкоагуляцией, обусловленной наличием антител к хорионическому гонадотропину и волчаночным антикоагулянтом в 35,7% случаев.

Наблюдение беременности у женщин с аномалиями матки показало наличие фетоплацентарной недостаточности у 14% больных, гестозов у 41% больных на фоне антифосфолипидного синдрома.

Перинатальная патология наблюдалась в 54% случаях: морфофункциональная незрелость у 26%, недоношенность у 13%, гипотрофия плода у 7%, пороки развития у 8% новорожденных (пороки сердца, костные деформации, пупочная грыжа).

Таким образом, прогноз репродуктивных исходов у женщин с различными аномалиями матки зависит от анатомической формы порока, а также от сопутствующих эндокринных и функциональных нарушений.

Изучение причин нарушения фертильности у (43) женщин после хирургической коррекции показало: для повышения показателей восстановления репродуктивной функции необходима своевременная коррекция гормональных и функциональных нарушений репродуктивной системы. Целесообразно использование методов вспомогательной репродукции (assisted reproduction): стимуляции овуляции, экстракорпорального оплодотворения.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЖЕНСКИХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Маландин А.Г., Солопова А.Г., Савченко А.А. (Москва)

Проблема профилактики инвазивного рака вульвы (РВ) чрезвычайно актуальна для клинической онкологии и онкогинекологии. Длительное неадекватное лечение дистрофических состояний вульвы нередко приводит к запоздалому выявлению мультицентрического злокачественного роста. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – принципиально новый метод, основанный на повреждении атипичных клеток в ходе фотохимической реакции.

Цель исследования. Изучение возможностей фотодинамической терапии в лечении фоновых процессов и предрака вульвы.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 37 пациенток в возрасте от 53 до 68 лет с подтвержденным на момент исследования диагнозом дисплазии вульвы легкой и умеренной степени, развившейся на фоне дистрофического состояния, имеющего клинические проявления лейкоплакии и крауроза.

В качестве источника лазерного излучения использовалась лазерная установка с длиной волны 670 нм. В качестве фотосенсибилизатора использовался российский препарат Фотосенс (разработка ГНЦ «НИОПИК»). Фотосенсибилизатор вводился однократно системно за 24 часа до начала лазерного воздействия в дозе 0,5 мг / кг.

Применялась методика дистанционного (поверхностного) облучения посредством моноволоконных кварцевых световодов.

Лечение проводилось под общим обезболиванием в виде одного сеанса. С целью оптимизации режимов ФДТ использовалась компьютеризированная флюоресцентная спектрофотометрия. С помощью спектрофотометрии определялось оптимальное время лазерного воздействия, показания к повторным сеансам облучения.

После проведенного лечения реализация процесса ФДТ, в виде некроза патологически измененных тканей, происходила в течение 3 – 4 недель. С 5 – 7 суток осуществлялись аппликации препаратами, способствующими эпителизации, на место лазерного воздействия. На фоне проводимых лечебных мероприятий у всех пациенток наступила эпителизация дефекта на 5 – 8 неделе.

Результаты. Через 5 – 8 недель проводилась оценка эффективности ФДТ. У всех пациенток при контрольном обследовании была отмечена полная регрессия процесса с морфологическим подтверждением отсутствия опухолевых клеток (цитологическое, гистологическое). В процессе проведения ФДТ ухудшения состояния больных и обострения сопутствующей патологии не наблюдалось. Осложнения в форме умеренно выраженного местного воспалительного процесса отмечались в процессе ведения у 3 пациенток.

Заключение. ФДТ показывает высокую эффективность в лечении диспластических процессов вульвы, что позволяет применять его как основной метод при данной патологии в практике гинеколога и онкогинеколога.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Мальцева Л.И., Церетели И.К. (Казань)

Внематочная беременность была и остается одной из важных проблем современного здравоохранения. Особую актуальность представляет проблема разработки рациональных методов реабилитации женщин, перенесших трубную беременность, так как более чем у 50% больных после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция. Частота повторных эктопических нидаций по данным различных авторов составляет 7-17%. Урогенитальная инфекция верхних половых путей с последующим развитием острого или хронического сальпингита является наиболее частой причиной развития трубной беременности.

Целью настоящей работы явилось изучение морфологических особенностей маточных труб при трубной беременности у женщин.

Материалы и методы. Материалом для морфологического исследования явились маточные трубы после лапароскопической тубэктомии у 32 больных трубной беременностью. Материал забирали отступя 10 мм проксимальнее и дистальнее зоны плодовместилища путем поперечного сечения, что исключало непосредственное повреждающее воздействие плодного яйца на эндосальпинкс. Для морфологического исследования был разработан и использован алгоритм, включающий стандартную гистологию, гистохимические методы, окраску по Ван-Гизону и Маллори, а также световую и поляризационную микроскопию. Кроме того, параллельно производили ПЦР, ПИФ-диагностику и бактериологические исследования эндосальпинкса удаленных маточных труб с целью выявления урогенитальной инфекции.

Результат исследования. Острый сальпингит был диагностирован у 19 женщин, при этом, бактериологически в 12 случаях верифицированы микробные ассоциации хламидий с кишечной палочкой и стафилококками. Просвет трубы в истмическом отделе практически отсутствовал за счет выраженной массивной десквамации и некробиотических изменений эпителиальных клеток. Отмечалась выраженная инфильтрация поврежденного эпителия лимфоцитами и сегментоядерными лейкоцитами. На апикальной поверхности эпителиоцитов визуализировалась деструкция и фрагментация микроворсинок, внедрение в отдельные эпителиоциты телец хламидий и образование характерных цитоплазматических включений. Гиперемия, отек и лейкоцитарная инфильтрация в той или иной мере распространялись на все подлежащие слои стенки трубы. Альтерация эпителиального покрова эндосальпинкса сопровождалась эрозивными изменениями с наложением фибрина и склеиванием складок слизистой оболочки.

Хронический сальпингит диагностирован у 7 женщин. Микробиологический спектр был представлен ассоциацией условно-патогенной кокковой флоры в сочетании с уреаплазмами и грибами Candida.

Комплекс макроскопических морфологических признаков включал в себя периваскулярные лимфоцитарные инфильтраты, склероз и спайки слизистой оболочки, липоматоз и дискомплексацию мышечных слоев, артериолосклероз и варикозное расширение выносящих венул, склероз подсерозной основы, деформацию трубы с формированием дивертикулов и микрокист. В подсерозной части стенки трубы наблюдалось повышенное количество лимфоцитов, мастоцитов и макрофагов. В строме слизистой оболочки встречались известковые отложения. Эпителий склерозированного эндосальпинкса местами был в состоянии атрофии, чередовался с участками гравидарного типа. В периваскулярном пространстве сосудов обнаруживались мощные пучки коллагеновых волокон.

Представляли интерес морфологические изменения хориального эпителия и клеток эндосальпинкса непосредственно в зоне имплантации плодного яйца при диагностированном остром генитальном герпесе (2 наблюдения). При микроскопическом исследовании диагностирован гигантоклеточный метаморфоз ворсин

трофобласта, децидуальных клеток, стромы, сосудистых стенок маточной трубы. Часть клеток эпителия хориона была некротизирована. Отмечался очаговый эндоваскулит, выраженная лимфоидно-плазмоцитарная и лимфоидно-макрофагальная инфильтрация клеток эндосальпинкса. Хориальные ворсины были утолщены, интенсивно окрашивались фуксином по Ван-Гизону.

У 4 женщин клинических, микробиологических и морфологических признаков инфекции в маточных трубах не было. В удаленном фрагменте беременной маточной трубы выявлялся отек и разрыхление стромы, полнокровие сосудов. Эпителий эндосальпинкса призматической формы с наличием ресничек на апикальной поверхности. Выявлена мастоцитарная и гистиоцитарно-макрофагальная реакция стромы эндосальпинкса. Децидуальная реакция клеток эндосальпинкса отсутствовала. Преобладал пролиферативный тип строения трубного эпителия.

Таким образом, маточная труба при эктопической беременности не фоне острой или хронической инфекции имеет специфическую картину, обусловленную характером возбудителя. Оценка морфологических изменений эндосальпинкса также является дополнительным фактором диагностики характера микробного или вирусного поражения трубы и может правильно ориентировать врача при проведении реабилитации женщин.

ХАРАКТЕР ИНФИЦИРОВАНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ТРУБНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Мальцева Л.И., Церетели И.К. (Казань)

Патология маточных труб воспалительного характера является одной из наиболее частых причин развития внематочной беременности. Наличие у больных различных видов инфекции урогенитального тракта снижает вероятность благоприятного фертильного исхода, так как вызывает развитие глубоких, иногда необратимых, дистрофических изменений воспалительного характера в эндосальпинксе. Острый сальпингит при трубной беременности наблюдали многие исследователи. В доступной литературе имеются указания на ведущую роль хронического сальпингита в возникновении эктопической беременности.

Целью настоящего исследования явилось изучение спектра и видового состава микроорганизмов, персистирующих в маточных трубах при остром и хроническом сальпингите у женщин с трубной беременностью.

Материалы и методы. За период 2002-2004 г.г. были обследованы 60 больных в возрасте 21-35 лет гинекологического отделения 1 ГКБ г. Тольятти, проходивших курс стационарного лечения по поводу трубной беременности. В 27 случаях трубная беременность была повторной. У двух женщин трубная беременность возникла в третий раз после предыдущих органосохраняющих операций.

Диагноз острого и хронического сальпингита был верифицирован морфологически. Материалом для исследования служил биоптат эндосальпинкса беременной трубы и аспират из непораженной трубы. Бактериологическое исследование тканей проводили с использованием стандартных микробиологических методик. Для диагностики специфических инфекций (хламидийной, уреаплазменной, герпетической) применяли прямую иммунофлюоресценцию (ПИФ) с моноклональной сывороткой «Хламискан», метод ПЦР и ДНК-гибридизации.

Как показало изучение анамнеза, настоящая беременность была первой у 33 (55%) женщин, 15 (20%) имели в прошлом 1 роды и медицинские аборты (от 1 до 3), у 11 – анамнез был отягощен невынашиванием беременности, в том числе привычным (у 4). Из 60 женщин у 48 трубная беременность прерывалась по типу трубного аборта и у 12 – острого разрыва плодовместилища.

Результаты исследования. Проведено 60 лапароскопических операций, в т.ч. туботомия произведена у 26 больных, тубэктомия у 34 женщин. Острый сальпингит морфологически подтвержден у 32 больных. Макроскопические проявления острого сальпингита были представлены нежными мембранозными сращениями в области маточных труб. Двусторонний процесс был у 14 женщин. При цитологическом исследовании аспирата из контралатеральной маточной трубы в мазках обнаружено большое количество нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и эритроцитов в сочетании с дистрофическими и атрофическими изменениями эпителиальных клеток эндосальпинкса. У 28 больных морфологически подтвержден хронический сальпингит, макроскопическими проявлениями которого служили плотные околотубарные спайки, искажающие очертания трубы, вызывающие ее деформацию. Двусторонний процесс был у 11 женщин. При цитологическом исследовании аспирата из контралатеральных маточных труб с признаками хронического воспаления в 9 случаях обнаружена лимфоцитарная реакция и атрофические изменения мерцательного эпителия. Результаты бактериологических исследований эндосальпинкса свидетельствуют о разнообразии видового состава выделенных микроорганизмов. Чаще других выявляли Staphylococcus saprophytis – 18, Staphylococcus epidermidis – 12, Streptococcus негемолитический – 7, Enterococcus saprophytis – 9, Micrococcus saprophytis – 4, грибы рода Candida – 10, Corinebacterium xerons – 1, Escherichia coli – 6, грам-отрицательные инертные палочки – 7. Специфическая инфекция эндосальпинкса обнаружена у 37 женщин (60,1%): у 26 – хламидии, у 9 – уреаплазма, вирус герпеса у 2. Распределение по видовому составу микрофлоры эндосальпинкса в зависимости от остроты воспалительного процесса выглядело следующим образом: при остром сальпингите чаще выявлялись сочетания хламидий и стафилококков (у 14 женщин – 41,9%), хламидий и кишечной палочки (у 5 – 15,9%), герпеса и кокковой флоры (у 2 – 6,1%); при хроническом сальпингите микрофлора эндосальпинкса также отличалась видовым многообразием и была представлена неспецифическими и условно-патогенными микроорганизмами в сочетании с уреаплазмами у 8 (28,4%), грибами Candida у 7 (25%), хламидиями у 2 (7%).

Таким образом, можно полагать, что латентное течение воспалительного процесса в маточных трубах является причиной внематочной беременности у женщин, при этом острый сальпингит наблюдается у 53,3% женщин. В 44% процесс является двусторонним, с развитием дистрофических изменений в маточных трубах, что является причиной их функциональной неполноценности и повышает риск повторной трубной беременности. Атипичное течение воспалительного процесса обусловлено, вероятнее всего, персистенцией в маточных трубах специфических возбудителей – хламидий, уреаплазм, вирусов герпеса и грибов Candida. Это требует особых подходов к диагностике (забор материала для исследования интраоперационно) и реабилитации больных.

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ ПРОГРАММЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Мамонова В.В., Бахарев В.А., Каретникова Н.А., Глинкина Ж.И., Лисова Л.П. (Москва)

В настоящее время нет однозначного мнения о том, могут ли вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) способствовать увеличению частоты генетической патологии в гаметах и у эмбрионов.

В литературе имеются противоречивые данные о генетических нарушениях у детей, рожденных в программах ВРТ. Одни авторы утверждают, что частота пороков развития у детей, рожденных после этих программ достоверно не отличается от общепопуляционной (Wennerholm U.B., 2000). В то же время, другие исследователи отмечают повышение уровня пороков развития в среднем в 2.5 раза у мальчиков, рожденных в программе ИКСИ, по сравнению с девочками (Antoni K., 2001). Некоторые исследователи считают, что хро-

мосомные мутации de novo после ИКСИ встречаются значительно чаще, чем в популяции (Van Sterteghem A., 1997).

Кроме того, возраст супружеских пар, включенных в программы ВРТ, зачастую превышает 35 лет. Эти данные указывают на необходимость проведения профилактических мероприятий у этой группы пациентов.

Наиболее надежным методом диагностики и профилактики врожденных болезней человека является пренатальная диагностика.

В лаборатории клинической генетики ГУ НЦ АГиП РАМН была проведена пренатальная диагностика 36 пациенткам программы ВРТ.

У 30 пациенток (83%) беременность получена после проведения классического ЭКО, у 6 (17%) - ИКСИ. У 3 женщин (8%) диагностировали многоплодие (2 – двойни, 1 - тройня).

Материалом для исследования послужили биоптаты хориона, амниоциты, лимфоциты пуповинной крови плода полученные в I – II триместре беременности. В большинстве случаев (86%) пренатальную диагностику осуществляли во II триместре беременности.

Показаниями для проведения пренатальной диагностики явились: возраст женщины старше 35 лет- 15 (42%); изменения показателей биохимического скрининга– 8 (22%); наличие УЗИ маркеров хромосомной патологии у плода – 4 (11%); сбалансированная хромосомная перестройка у одного из родителей – 2 (5%). Одновременно несколько показаний для поведения инвазивной пренатальной диагностики имели 7 (19%) пациенток.

Следует отметить, что в 3 случаях диагностика проводилась суррогатным матерям, так как возраст биологических матерей превышал 35 лет и/ или были отклонения показателей биохимических маркеров.

Структура выявленных хромосомных нарушений представлена 3 случаями сбалансированных транслокации 45, XY, der (13; 14)(q 10: q 10) mat; 46, XX, t (3; 5)(qter; q 15) pat; 46, XX, t (14; 21)(q 23; q 22) de novo. В одном наблюдении был выявлен мозаичный вариант синдрома Клайнфельтера 46, XY/ 47, XXY (52%/48%). Во всех случаях беременность была сохранена.

С учетом полученных данных (2 случая вновь возникшей перестройки) даже в сравнительно небольшой выборке, можно сделать вывод, что супружеские пары, которые нуждаются в лечении бесплодия методами ВРТ, обязательно должны пройти медико - генетическое консультирование для решения вопроса о необходимости проведения пренатальной диагностики.

ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И ЭНДОСТАТИН В ВЫБОРЕ ОБЪЁМА ОПЕРАЦИИ И ПРОГНОЗЕ У ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Манухин И.Б., Кайтукова Е.Р., Высоцкий М.М., Харлова О.Г. (Москва)

В настоящее время опухоли яичников продолжают оставаться актуальной проблемой современной гинекологии. Не вызывает сомнения, что опухоль не может расти и развиваться без образования в ней новой сети сосудов, т.е. неоангиогенеза. В последние годы, исследователи уделяют внимание более углубленному изучению молекулярных механизмов неоангиогенеза в опухолях яичников, и, в частности, продукции его активатора - фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и ингибитора – эндостатина.

Цель исследования: изучение клинического значения содержания эндостатина и фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови больных новообразованиями яичников.

Материалы и методы исследования. Определение концентрации фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и концентрации эндостатина в сыворотке крови выполнено у 73 больных доброкачественными и у 11 больных злокачественными новообразованиями яичников в возрасте от 16 до 82 лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых женщин.

Результаты. Отмечены достоверные различия средних уровней VEGF между контрольной группой (139пг/мл) и больными доброкачественными (289пг/мл) и злокачественными (613пг/мл) опухолями яичников. Уровни VEGF у больных пограничными и злокачественными новообразованиями яичников были в 2-3 раза выше по сравнению с больными доброкачественными опухолями. При этом концентрация VEGF у больных раком яичников значительно возрастала в более поздних стадиях заболевания: Т1 - 515 пг/мл; Т3 - 986,9 пг/мл. Обнаружена корреляционная зависимость между уровнями VEGF и возрастом пациенток с цистаденомами яичников и раком яичников. Достоверную корреляционную зависимость наблюдали между уровнями VEGF и длительностью постменопаузы у больных цистаденомами яичников. Наиболее низкие уровни эндостатина – ингибитора ангиогенеза, выявлены у больных раком яичников (15,9±2,9 нг/мл), а самые высокие - в контрольной группе (22,8нг/мл). У больных доброкачественными новообразованиями яичников уровни эндостатина, также были низкими (16,4нг/мл).

Выводы. Повышенная экспрессия VEGF у больных новообразованиями яичников подтверждает участие VEGF в активации неоангиогенеза в опухолях яичников. Полученные результаты позволяют рассматривать VEGF, как один из перспективных биологических маркеров для прогноза рака яичников. Высокие уровни VEGF, выше 600 пг/мл, указывают на злокачественный потенциал новообразований яичников, и требуют повышенной онкологической настороженности. У больных раком яичников экспрессия фактора роста эндотелия сосудов отражает степень распространенности опухолевого процесса, что может иметь значение при выборе лечебной тактики у больных с данной патологией. Нормальные уровни VEGF у пациенток с пограничными опухолями яичников позволяют выполнять органсохраняющие операции. Повышение уровней требует выполнения операций, соответствующих таковым при злокачественных опухолях.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРОМ ЛИКОПИД В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРВАПОРИЗАЦИЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Манухин И.Б., Минкина Г.Н., Харлова О.Г. (Москва)

По данным литературы отмечается неуклонный рост числа пациенток с патологией шейки матки, особенно в репродуктивном возрасте. Большинство из них инфицировано онкогенными вирусами папилломы человека.

Цель: улучшение результатов комплексного лечения папилломавирусной инфекции шейки матки, разработка рационального режима иммунокорригирующей терапии.

Материалы и методы исследования: В исследование включили 100 пациенток детородного возраста (20-35 лет) с папилломавирусной инфекцией шейки матки. Клинически ВПЧ-инфекция характеризовалась наличием участков атипичного эпителия на поверхности эктоцервикса и стенках влагалища, что подтверждалось морфологически - умеренным и выраженным койлоцитозом. Были выделены 3 группы: I - 40 пациенток с локальной формой ВПЧ (поражение в пределах эктоцервикса), которым была проведена лазервапоризация в комплексе с приемом 100 мг курсовой дозы ликопида; II группа - 40 женщин, также с локальной формой ВПЧ, получившим деструктивное лечение и 200 мг курсовой дозы ликопида; III - 20 пациенток с распространением проявлений заболевания на стенки влагалища и, получившим помимо лазервапоризации ещё 200 мг курсовой дозы ликопида системно и 10 мг препарата местно в виде вагинальных свечей.

Результаты и их обсуждение: Для оценки эффективности использовали двойной слепой метод: в I и II гр. были включены по 10 пациенток принимавших плацебо. Проводили кольпоскопический,

цитологический контроль, а также оценку иммунного статуса до и после лечения. При краткосрочном наблюдении лечение оказалось эффективным в I гр. в 80%, во II-ой гр. в 93,3%, в 3-й гр. в 75% наблюдений. В группе пациенток, получавших плацебо, т.е. только после деструктивного лечения, клиническая эффективность составила 50-60%.

Выводы: Применение ликопида высокоэффективно в комплексном лечении ВПЧ-инфекции шейки матки. Необходимо рекомендовать его включение в схему лечения с учетом клинических и иммунологических показателей.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Василенко И.А., Есаян Н.Г., Лысенко М.А. (Москва)

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Результаты эпидемиологического анализа свидетельствуют, что частота возникновения эндометриоидных поражений колеблется от 7 до 59%. При этом в течение последнего десятилетия отмечена четкая тенденция к их увеличению (от 12 до 27% оперированных гинекологических больных).

Несмотря на проводимые многочисленные исследования, проблема своевременной диагностики, адекватного лечения и успешного прогнозирования отдаленных результатов у больных с эндометриозом продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных специалистов. В настоящее время изучено состояние многих функциональных систем при этом патологическом процессе. Показано наличие генетических и гормональных нарушений в патогенезе эндометриоза, большое значение придается влиянию факторов внешней среды, перенесенным и сопутствующим заболеваниям, однако многие аспекты этой проблемы все еще ждут своего разрешения. Значительное внимание в последние годы уделяется роли иммунной системы в развитии данного патологического процесса. По мнению ряда авторов, возникновение эндометриоза возможно только у женщин с нарушениями клеточного и гуморального иммунитета. Однако имеющиеся в литературе сведения немногочисленны и довольно противоречивы.

В связи с этим в настоящей работе мы попытались установить и оценить особенности морфофункционального состояния клеточного звена адаптивного иммунитета у больных аденомиозом в зависимости от степени распространения процесса.

Обследовано 36 пациенток, прооперированных в отделении оперативной гинекологии ГУ НЦАГиП РАМН, по поводу аденомиоза различной степени тяжести (основная группа), и 12 гинекологически здоровых женщин (группа сравнения). Диагноз аденомиоза был подтвержден данными анамнеза, гинекологического, ультразвукового и лапароскопического обследования. Степень распространения эндометриоидных поражений оценивали по классификации, предложенной Л.В.Адамян. Обе группы женщин были сопоставимы по возрасту (42,9±1,7 и 41,8±1,3 года), характеру становления менструальной функции, среднему возрасту наступления менархе, паритету.

Материалом для исследования служили образцы перитонеальной жидкости (ПЖ) и периферической крови (ПК).

Морфофункциональное состояние живых функционирующих иммунокомпетентных клеток в режиме реального времени оценивали методом компьютерной лазерной фазометрии (КФМ) на основе диагностического комплекса «Цитоскан» (Москва, Россия). Фенотипический профиль Т- и В-лимфоцитов определяли с помощью набора моноклональных антител методом двухцветной проточной цитометрии на приборе “FACScan” (Becton Dickinson, США). Статистическую обработку данных проводили с определением среднего арифметического, ошибки среднего арифметического и/или среднего квадратического отклонения, достоверность различий вычисляли по t-критерию Стьюдента.

Выявлены и количественно оценены характерные для различных стадий аденомиоза особенности морфофункционального статуса иммунокомпетентных клеток ПЖ и ПК. У пациенток с аденомиозом I-II стадии средние по популяции значения диаметра (D), периметра (P), высоты (H), площади (S) и объема (V) мононуклеаров ПЖ составили (M±δ) 9,9±1,9 мкм; 30,6±7,7 мкм; 2,4±0,4 мкм; 65,6±31,1 мкм2; 73,1±35,7 мкм3, соответственно. При III стадии - отмечено статистически значимое уменьшение средних значений клеточных величин ПЖ: 7,7±2,0; 22,6±6,2; 2,1±0,5; 37,7±19,9; 39,5±-20,4, соответственно.

В ПК у женщин с аденомиозом I-II стадии зарегистрированы следующие показатели мононуклеаров циркулирующей популяции D-7,4±1,9 мкм; P-21,5±5,6 мкм; H-2,0±0,6 мкм; S-34,6±19,0 мкм2, V-33,2±19,0 мкм3. При III стадии - размерные параметры клеток ПК оказались достоверно выше: 8,0±1,9; 23,7±6,9; 2,3±0,4; 40,2±19,9; 46,7±19,3, соответственно.

Следует отметить, что диаметр, периметр и площадь мононуклеаров отражают перестройку популяционного состава иммунокомпетентных клеток, подтвержденную иммунофенотипически. Изменение средних значений этих величин связаны, прежде всего, с дисбалансом субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров/цитотоксических. На увеличение диаметра и площади также оказало влияние несколько повышенное содержание больших гранулярных лимфоцитов, в частности, натуральных киллеров (НК-клеток). Фазовая высота лимфоцитов – показатель, характеризующий способность к пролиферации. Увеличение или уменьшение этого параметра связано со степенью упаковки хроматина в ядре клетки: большая высота соответствует оптически более плотному состоянию ядерных структур и, соответственно, более низкой пролиферативной активности, что и наблюдалось у больных с III стадией аденомиоза.

После хирургического лечения нами зарегистрирована нормализация показателей морфофункционального состояния иммунокомпетентных клеток. Размерные параметры мононуклеаров (D, P, H, S, V) у обследованных пациенток составили 8,2±2,1 мкм; 24,2±7,1 мкм; 2,1±0,4 мкм; 41,8±22,4 мкм2; 42,3±17,9 мкм3 (в подгруппе с аденомиозом I-II стадии) и 8,7±1,9 мкм; 26,0±6,1 мкм; 2,1±0,4 мкм; 49,1±21,9 мкм2; 54,7±22,1 мкм3 (в подгруппе аденомиозе III стадии), соответственно.

Таким образом, полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что нарушение иммунного гомеостаза является одним из важных патогенетических звеньев развития внутреннего эндометриоза. В связи с этим, при выборе лечебной тактики в пред- и послеоперационном периоде следует предусматривать проведение адекватной иммунокоррекции у таких больных.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭТАПА В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Маркова Е.А., Кузнецова Т.А., Востриков В.В., Салфеткина С.В. (Барнаул)

Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий общеизвестна и поиск способов улучшения результативности ВРТ является приоритетным направлением в медицине.

Целью нашего исследования стала оценка целесообразности и эффективности комбинированного эндоскопического обследования в подготовке и последующем ведении пациенток в программах ЭКО.

Проведен анализ результатов комбинированного эндоскопического обследования и лечения на этапе подготовки больных к IVF с оценкой его эффективности в преодолении бесплодия. Исследование проводилось с 1 января по 31 декабря 2004 года на базе клинического гинекологического отделения ОКБ ст. Барнаул

и Сибирского института репродукции и генетики человека. Для корректности исследования были исключены программы донации ооцитов, суррогатного материнства, короткого протокола индукции овуляции, в том числе на фоне оргалутрана.

В исследование вошли 168 пациенток программ IVF по стандартному длинному протоколу индукции овуляции с 21 дня. Во всех случаях осуществлен перенос от 2 до 3 эмбрионов высокого и среднего качества. Случаи переноса эмбрионов невысокого качества в исследование не включались.

В зависимости от объема предварительного обследования и подготовки все пациентки были разделены на три группы. В I группу вошли 40 пациенток (23.8%), которым перед циклом ЭКО проведено комбинированное эндоскопическое обследование. Во II группу были включены 69 женщин (41.0%), которым осуществлялись различные варианты эндоскопического и хирургического лечения с попыткой коррекции репродуктивной функции в анамнезе. В III группу вошли 59 пациенток (35.1%), которым эндоскопическое обследование не проводилось.

Возраст обследованных больных в группах не различался и в среднем составил 32.5±2.2 года. Средняя длительность бесплодия в группах достоверно не отличалась и составила 7.2±1.5 лет. Первичное бесплодие отмечалось в 55% случаев в I группе, в 39.1% – второй и в 27.1% третьей группы. Вторичное бесплодие чаше встречалось во второй и третьей группах: 60.9% и 72.9% соответственно. В анамнезе у каждой пятой пациентки третьей группы были роды, тогда как в I и II группах – лишь у каждой десятой. Аборты в анамнезе отмечены у каждой третьей больной. По причинам бесплодия достоверного различия среди групп не установлено.

Хронические воспалительные процессы придатков и матки в анамнезе отмечены как ведущая гинекологическая патология во всех группах, соответственно: I - 95% и 40%; II – 85.5% и 17.4%; III– 69.5% и 23.7%. Половине пациенток первой группы проводились консервативно-пластические операции на маточных трубах в связи с гидросальпингсом, во второй группе таких пациенток было только 11(15.9%). Таким образом, прогноз коррекции репродуктивной функции анамнестически был хуже у пациенток первой группы.

Показаниями к проведению комбинированного эндоскопического обследования (гистероскопия + манипуляционная лапароскопия) 40 пациенток первой группы были: клинические и УЗ - признаки патологии эндометрия; подозрение на наличие гидросальпингса или наружный генитальный эндометриоз; неудачи в предыдущих попытках ВРТ.

При проведении комбинированного эндоскопического обследования в половине случаев (65%) в ходе гистероскопии выявлена патология эндометрия (хр. эндометрит, гиперпластический процесс эндометрия, синехии полости матки). В ходе лапароскопии в 20% случаев выявлены гидросальпинксы. С целью исключения инфицированности хламидиями эндосальпингса и эндометрия интраоперационно осуществлялся забор материала для исследования методами РИФ и ПЦР. Хламидии обнаружены в 35% случаев, что явилось основанием для проведения специфического лечения.

При обнаружении гидросальпингса с учетом планирования ЭКО произведено 8 тубэктомий. Выполнение данного объема операции преследовало несколько целей: устранение отрицательного влияния гидросальпинкса на процессы нидации и эмбриогенеза, уменьшение риска возникновения эктопической беременности при проведении ЭКО, устранение патологии органов малого таза, способной негативно сказаться на результатах процедуры.

Наружный генитальный эндометриоз эндоскопически диагностирован у каждой десятой (12,5%) пациентки. Проведено комбинированное лечение включающее деструкцию очагов на первом этапе, гормонотерапию, иммунокоррекцию иммуномодуляцию и антиоксидантное лечение на втором этапе.

В зависимости от выявленной патологии эндометрия проводилась при необходимости её хирургическая коррекции и последующая комплексная прегравидарная подготовка.

Эффективность процедур ВРТ оценивалась по количеству беременности на перенос эмбрионов. Положительным результатом - клинической беременностью считался срок более 8 недель. В результате проведения процедур ВРТ беременность наступила: у 15 (37.5%) пациенток первой группы; 21 (30.4%) второй, и в третьей группе беременность диагностирована у 18 (30.5%) женщин. Эффективность программы ВРТ в первой группе, несмотря на более неблагоприятный анамнез и прогноз, оказалась достоверно выше, чем во второй и третьей группах.

Таким образом, комбинированное эндоскопическое обследование и последующая коррекция выявленной патологии способствует повышению эффективности преодоления бесплодия в программах IVF.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА НА ВЫСОКОПОЛЬНОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОМ ТОМОГРАФЕ «MAGNETOM SYMPHONY»

Марченко Н.В., Фокин В.А, Серебрякова С.В., Лыткин М.В. (Санкт-Петербург)

Выбор оптимальной тактики исследования, с получением максимально полной и достоверной информации об имеющейся патологии, существенно облегчают диагностику. Основные требования, предъявляемые к методу исследования, являются неинвазивность, безопасность, высокая информативность.

МР-томография позволяет точно определить характер патологического процесса, его локализацию, взаимосвязь с соседними органами, а также уточнить анатомию внутренних органов малого таза.

Материалы и методы. Основной целью данного исследования явилось оптимизация методики исследования органов малого таза на магнитно-резонансном томографе «Magnetom Symphony», с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла, градиентами 40 мТл/м.

В большинстве случаев применяли катушку Body Coil Array, что существенно повышало качество изображения за счет увеличения соотношения сигнал/шум. Одновременно подключали специальную поверхностную матричную катушку (CP Spine Array Coil), встроенную в стол пациента, которая имеет 6 сегментов (S1-S6), с подключением сегментов S4-S6.

Исследование проводили при положении пациента лежа на спине, руки вытянуты вдоль туловища или сложены на груди, головой вперед.

Первоначальное центрирование проводилось по положению световых маркеров, устанавливаемых на линии, соединяющей крылья подвздошных костей.

Для предварительной ориентации и определения уровня начальной плоскости сканирования применяли быструю поисковую программу (localizer), продолжительностью до 18 секунд. Полученные ориентировочные изображения в сагиттальной, аксиальной и корональной плоскостях используют для позиционирования и выполнения срезов в других последовательностях.

Для уменьшения длительности исследования, а также для последующего оптимального подбора высококачественных и высокоспецифичных, но длительных последовательностей, мы предлагаем использовать, как скрининг, сверхбыстрые протоколы, применяемые для абдоминальной МР-томографии. Эти протоколы обладают достаточной информативностью, выполняются на задержке дыхания, длительность их колеблется от 19 до 31 секунд.

Программы исследования заключаются в получении аксиальных срезов в Т1- и Т2-взвешенных изображениях, корональных и сагиттальных срезов в Т2-последовательности. Качество полученных изображений повышается, при увеличении числа повторений от 2 до 4, однако, при этом увеличивается и время сканирования.

Для решения поставленных задач применяли T2 HASTE последовательности, с временем релаксации (TR) -1100 мсек, толщиной среза 6 мм, полем обзора (FOV) – 350 мм, количество срезов - 25. В данных протоколах время сканирования составляет 27 секунд, и

T1 FLASH – последовательность с параметрами TR-1647 мсек, FOV – 400 мм, толщина срезов 6 мм, количество срезов 15, время сканирования – 23 секунды.

Так как данные протоколы выполняются на задержке дыхания, это позволяет исключить практически полностью появление двигательных артефактов и получить высокоинформативные изображения.

Результаты. В зависимости от выявленных изменений Т1-взвешенные изображения в аксиальной плоскости получали с применением последовательности TurboSE (быстрое спиновое эхо) со следующими параметрами: TR – 694 мсек, время эхо (TE) – 12 мсек, углом отклонения (FA) – 150 градусов, используемая матрица – 216х256, FOV– 220 мм, толщина среза – 4 мм, количество срезов – 15, длительность исследования (TA) составила 2 мин 31 сек.

Как известно, патологические изменения чаще визуализируются на Т2-взвешенных изображениях, поэтому томограммы в корональной (фронтальной) и при необходимости в сагиттальной плоскостях мы рекомендуем получать именно взвешенных по Т2, применяя также TurboSE последовательности с параметрами: TR – 4300 мсек, TE – 136 мсек, FA – 180 градусов, матрица – 420х512 мм, FOV– 280 мм, толщина среза – 4 мм, количество срезов – 19, TA – 6 мин 57 сек (корональная ориентация срезов) и TR – 4600 мсек, TE – 102 мсек, FA – 180 градусов, матрица – 374х512, FOV– 320 мм, толщина среза – 4 мм, количество срезов – 23, TA – 5 мин 17 сек (сагиттальная ориентация срезов).

Для более лучшей визуализации увеличенных лимфатических узлов в полости малого таза мы используем еще один протокол из абдоминальных программ – TIRM (TR – 5000 мсек, FOV – 350 мм, толщиной среза 6 мм, количество срезов от 13, время 25 секунд). Протоколы с жироподавлением в Т1 и Т2 взвешенных изображениях используется нами для проведения дифференциальной диагностики между геморрагией и образованием, содержащим жир.

После выполнения вышеперечисленных последовательностей создается четкое представление о выявленной патологии. Для большей детализации патологического процесса необходимо использовать генитоуринальные протоколы с матрицей 512х512 и более тонкими срезами – 4 мм. Это достаточно длительные, но высоко качественные протоколы. Мы использовали также сагиттальные и трансверзальные протоколы взвешенные по Т2.

Использование парамагнитных контрастных средств позволяет значительно увеличить объем диагностической информации, получаемой при исследовании. Нами используются низкомолекулярные внеклеточные парамагнитные контрастные вещества для внутривенного введения на основе гадолиния (магневист, омнискан- из расчета 0,2 мл/кг) и показаниями к их применению были сложности диагностики и дифференциальной диагностики, невозможность отграничения опухолевого процесса от окружающих ткани, необходимость структурной оценки образования. При наличии данных показаний, выполняли Т1-взвешенные изображения в оптимальных проекциях, после чего внутривенно вводили контрастное вещество и данные протоколы повторяли. Затем производился анализ до- и постконтрастных изображений.

Если пациенты не могут в течение 10-20 мин находиться в неподвижном состоянии (например, из-за выраженного болевого синдрома), что по нашим данным отмечается в 2% случаев, то объем обследования можно ограничить использованием только быстрых протоколов.

Выводы: Таким образом, предложенная нами методика позволяет получать многоплоскостные изображения органов малого таза быстро и качественно, проводить дифференциальную диагностику патологических состояний при помощи различных импульсных последовательностей, избежать основных недостатков, к которым относятся длительное время сканирования и артефакты от дыхательных движений.

СОСТОЯНИЕ КУЛЬТИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Матевосян С.М., Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Сухарева И.Г. (Смоленск)

Общепринятым считается мнение, что при проведении оперативного лечения по поводу различных опухолевых заболеваний следует проводить максимальный объем операции. По нашему мнению, чрезмерная онкологическая настороженность в отношении «здоровой» шейки матки у пациенток, поступающих для плановой гистерэктомии, не оправдана. Это совпадает с мнением ряда отечественных авторов.

При анализе частоты встречаемости патологии культи шейки матки по данным Смоленского областного онкологического диспансера выявлено, что на 1000 операций надвлагалищной ампутации матки, проведенных в Смоленской области в период с 1996-2003 годы, рак культи шейки матки составил 0,1 на 1000 случаев. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (ЦИН) 1 и 2 степени - 1,2 на 1000 женщин и ЦИН 3 степени - 0,5 на 1000 женщин. Частота рака шейки среди женщин такого же возраста без оперативных вмешательств на матке составила 1,1 на 1000 женщин, что почти в 10 раз выше, чем среди пациенток после гистерэктомии.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния культи шейки матки у пациенток после субтотальной гистерэктомии в различные сроки после оперативного лечения. Было выделено 2 группы: 1 группу составили 65 женщин после надвлагалищной ампутации матки, во 2 группу вошли 23 пациентки с не удаленной маткой. Данные акушерского, гинекологического анамнеза достоверно по группам не отличались. Средний возраст составил 50,1±0,3 года, возраст менархе 13,4±0,1; начало половой жизни 18,2±0,1; количество родов на 1 женщину составляло 1,7±0,02; количество абортов 1,1±0,3.

При изучении гинекологического анамнеза отмечено, что большее количество заболеваний имели в анамнезе пациентки, перенесшие оперативное лечение (наиболее часто по поводу миомы матки). При уточнении патологии шейки матки установлено, что только 5% точно помнили название патологического процесса на шейке матки, а по медицинской документации восстановлено лишь половина данных о состоянии шейки матки у этих больных. Так, большинство пациенток перенесли диатермоэлектрокоагуляцию шейки матки (46% в 1 группе и 39% во 2 группе, p>0,01). Реже производились химическая коагуляция и консервативное лечение.

Диагностический алгоритм обследования шейки матки включал: расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и соскобов из цервикального канала, патоморфологическое исследование биоптатов как с целью выявления патологического процесса, так и для выяснения пролиферативной активности.

Подавляющее большинство пациенток в обеих группах имели нормальную или близкую к нормальной кольпоскопическую картину. К норме мы относили как наличие оригинального сквамозного эпителия, так и типическую трансформацию.

Таблица 1.
Кольпоскопические картины

Кольпоскопическая картина	1 группа (n=65)	2 группа (n=23)
Эктопия без зоны трансформации	1,6%	1,9%
Эктопия в стадии завершенной эпидермизации	14,6%	27,1%
Мозаика, пунктация	1,6%	3,8%
УБЭ и лейкоплакия	1,6%	5,7%
Немые I негативные зона	0	1,9%
Оригинальный сквамозный эпителий	81,6%	62,6%

Данные кольпоскопии среди пациенток с культей шейки матки были более благоприятными, что можно объяснить предоперационным обследованием с включением расширенной кольпоскопии и санацией шейки матки.

Структура цитологических заключений пациенток представлена по классификации Папаниколау. ПАП 1 реакцию имели 50,4% из 1 группы и 43,1% пациенток из 2, ПАП 2 реакцию - 45,6% и 49,6% соответственно, ПАП 3 -3,9% и 9,7%, соответственно. То есть, не-

благоприятные цитологические заключения у больных во 2 группе встречались почти в 3 раза чаще, чем в 1 группе. Причем, цитологические признаки ЦИН были подтверждены в 1 группе морфологически только в одном случае, а во 2 группе у всех больных.

При изучении состояния эндоцервикса выявлено, что признаки пролиферации призматического эпителия цервикального канала имелись у 46,5% пациенток из 1 группы и у 38,7% женщин из 2 группы. По нашему мнению, такая высокая пролиферативная активность у пациенток с удаленной маткой связана с воздействием половых стероидов на эндоцервикс как на орган мишень. Особенно это явно выявлялось в первые 6 месяцев после операции, и прослеживалась явная тенденция падения пролиферативной активности прямо пропорционально сроку после операции.

До сих пор одним из основных методов диагностики патологических состояний шейки матки остается патоморфологическое исследование. Забор биопсии проводили по показаниям тем пациенткам, у которых имелись кольпоскопические и цитологические отклонения от нормальной картины. Патоморфологические заключения биоптатов шейки матки были следующими: железистый эндоцервикоз с эпидермизацией и образованием микрокист, папилломавирусное поражение покровного эпителия, выражавшееся в паракератозе, гиперкератозе, койлоцитозе, цервикальной интраэпителиальной неоплазии различно степени тяжести. У пациенток с не удаленной маткой значительно чаще были обнаружены морфологически неблагоприятные признаки. Это еще раз подтверждает наше мнение о том, что чрезмерная онкологическая настороженность не оправдана в отношении больных, подготовленных к плановому оперативному лечению по поводу различных гинекологических заболеваний, не связанных с патологией шейки матки.

Для подтверждения полученных данных, а также с целью эпидемиологического скрининга нами проведено у всех пациенток сравниваемых групп тестирование на ДНК ВПЧ методом полимеразной цепной реакции для выявления ВПЧ-носительства и формы ПВИ. Важно отметить, что ПВИ среди пациенток с не удаленной маткой определялась в 3 раза чаще, чем среди пациенток после субтотальной гистерэктомии.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие выводы.

Сохранение шейки матки во время гистерэктомии имеет не только социальные, но и медицинские аспекты для улучшения качества жизни женщин.

Не выявлено повышения риска развития онкологической патологии у пациенток при сохранении шейки матки.

Проведенные дооперационное обследование и санация шейки матки позволяют снизить в 2 раза патологические фоновые и в 3 раза предраковые заболевания, а также частоту латентной формы ПВИ, считающейся основным актом в развитии канцерогенеза.

В алгоритм предоперационного обследования гинекологических больных, готовящихся для плановой субтотальной гистерэктомии, рекомендуем включать тестирование на ДНК ВПЧ и, в случае выявления ПВИ, санацию шейки матки, что позволяет почти в 3 раза снизить риск развития данной патологии в послеоперационном периоде.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА-1 И 2 ТИПА В МАТКЕ И ЯИЧНИКАХ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Медведев Б.И., Зайнетдинова Л.Ф., Романенко О.А., Андреева Н.Н. (Челябинск)

Цель исследования: определить характер микрофлоры цервикального канала, частоту персистенции вируса простого герпеса (ВПГ) 1,2 типа и характер морфологических изменений в эндометрии и яичниках у женщин при трубно-перитонеальном бесплодии.

Проведено клинико-лабораторное обследование 90 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, обратившихся в областной центр планирования семьи и репродукции. Возраст пациенток был от 19 до 41 года. Длительность бесплодия до 3 лет была у 37,6%, от 3 до 5 лет - 42,9%, от 7 до 12 – у 19,48% женщин. Первичное бесплодие выявлено у 54,5% женщин, вторичное – 45,5%.

В комплекс обследования женщин были включены общеклиническое, клинико-лабораторное и гинекологическое исследования, ультразвуковое сканирование, гистеро- и лапароскопия, микробиологическое и иммунологическое обследование, морфологическая оценка биоптатов эндометрия и яичников.

Микробиологическое обследование включало оценку микробиоценоза влагалища и культуральное исследование посевов содержимого цервикального канала.

Индикация хламидий, микоплазм, уреаплазм, ВПГ-1,2, ЦМВ в разных отделах половой системы проводилась методом ПИФ и ПЦР. Материал биоптатов эндометрия и яичников исследовали на наличие ВПГ-1,2 с помощью метода ПЦР.

С помощью клинико-анамнестического метода выявлено, что инфекции, передающиеся половым путем, отмечены в анамнезе у 40,3% больных. При этом, по данным анамнеза, из цервикального канала выделены ЦМВ - у 18,2%, ВПЧ – у 5,2%, ВПГ-1,2 –у 20,7%, манифестные проявления генитального герпеса отмечены - у 9% пациенток.

При поступлении в стационар у всех женщин проводился анализ микрофлоры влагалища, цервикального канала, а также целенаправленные исследования для выявления ВПГ-1,2 в эндометрии и яичниках.

При исследовании микробной флоры влагалища были выявлены грамотрицательные и грамположительные палочки у 65,5% обследованных женщин, кокки – у 24,1%,«ключевые» клетки – у 3,4%.

Бактериологическое исследование цервикальной слизи выявило рост следующих микроорганизмов: Staph. aureus – у 6,25%, Gardnerella vaginalis –у 6,25%, Staph. epidermidis 104–у 8%,102– у 6%; Corynebacterim xerosis 106–у 9,4%, Staph. saprophitis 104 – у 6,25%, Esch.. coli 106 –у 4%, 102 –у 2%; Str. viridans 102 –у 3,1%, Ent.faecalis 104 –у 3,1%, Ent.zymogenes 106 –у 3,1%. Микст-инфекция обнаружена у 12% больных. У 49,3% пациенток роста микробной флоры не обнаружено. В основном это были женщины, обследованные и санированные амбулаторно.

Возбудители заболеваний, передаваемых половым путем, выявлены в соскобах из цервикального канала у 47,05% женщин. Это были: Chlamydia trachomatis в 8,8%, Ureaplasma urealiticum – 14,7%, Mycoplasma hominis – 8,8%, Gardnerella vaginalis – 16,2%, Trichomonas vaginalis- 2,9%, Candida albicans – 5,9%, Neisseria gonorrhoeae– 2,9%, HSV1,2 – 13,2%, CMV – 14,7%, HPV – 2,9%.

При целенаправленном исследовании биоптатов эндометрия для выявления ВПГ-1,2 с помощью ПЦР генетический материал вируса обнаружен у 25% больных, а в ткани яичников- у 14,8%.

Гистероскопическое исследование позволило выявить хронический эндометрит у 90,3% женщин, аденомиоз – 22,58%, синехии в полости матки – 9,7%, облитерацию устьев маточных труб – 9,7%, полип эндометрия – 9,7%, гиперплазию эндометрия – 6,45%. При манипуляционно-диагностической лапароскопии хронический сальпингоофорит обнаружен у 88,9% больных. При этом у 36,1% из них проходимость маточных труб была сохранена, а у 63,9% имело место нарушение проходимости труб в различных отделах. Спаечный процесс выявлен у 52,7% женщин, эндометриоз брюшины малого таза, крестцово-маточных связок, яичников – 22,2%, поликистозные яичники – 24,9%, киста яичника – 16,6%, периметрит – 11,1%, миома матки – 8,3%, перигепатит – 5,5%. Во время лапароскопии у 90% больных была восстановлена проходимость маточных труб. При выраженных анатомических, воспалительных и рубцовых изменениях маточных труб, спаечном процессе 4 степени производили тубэктомию с последующим планированием экстракорпорального оплодотворения.

При гистологическом исследовании биоптатов эндометрия хронический эндометрит диагностирован у 89,8% женщин. У 59,2% из них - вне активности воспалительного процесса, 26,5% - с мини-

мальной степенью активности, 8,2% - умеренной степенью активности, у 6,1% - высокой степенью активности. У 8,2% больных хронический эндометрит сочетался с очаговой железистой гиперплазией эндометрия, у 2% женщин была выявлена только железистая гиперплазия эндометрия.

Гистологическое исследование биоптатов яичников позволило диагностировать фиброз коркового слоя яичников у 34,2%, периоофорит - 31,6%, кистозно-атрезированные фолликулы - 34,2%, хронический оофорит - 21%, очаговую стромальную гиперплазию яичников - 8%, эндометриоз яичников - 2,6%, серозную цистаденому - 2,6%, СПКЯ - 10,5%. Оогенез был сохранен в 52,6%, нарушен – 47,4% случаев. Морфологические изменения в яичниках при персистенции ВПГ-1,2 характеризовались кистозной атрезией фолликулов, нарушением оогенеза, поликистозными яичниками. В эндометрии, при этом, наблюдалась картина хронического эндометрита умеренной или минимальной степени активности или гиперплазия эндометрия.

Таким образом, частота выявления ВПГ-1,2 в эндометрии и яичниках при бесплодии у женщин составляет соответственно 25 и 14,8%, при этом, морфологически выявляется хронический эндометрит умеренной или минимальной степени активности, а в яичниках изменения, отражающие нарушение оогенеза.

ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ БЕСПЛОДИЕ: ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Медведева Е.Н., Анненкова Т.В., Пехото О.К. (Орел)

Частота трубно-перитонеального бесплодия колеблется от 30 до 85%. Анализ эффективности восстановления репродуктивной функции у этих больных указывает на несомненную пользу хирургических методов лечения, наиболее перспективным из которых является лапароскопия. Однако, несмотря на продолжающееся совершенствование методик реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, успехи в этом направлении не столь значительны, как хотелось бы. Частота наступления беременности при проходимых маточных трубах и I степени распространения спаечного процесса в малом тазу составляет около 60%, не превышает 30% при II степени спаечного процесса и резко снижается при нарушении проходимости маточных труб. Добиться наступления беременности удается лишь у 5-12% женщин с III-IV степенью распространения спаечного процесса и наличием сакто- и гидросальпинксов.

Цель исследования: совершенствование тактики ведения женщин с трубно-перитонеальным бесплодием.

Материал и методы исследования: изучена частота наступления беременности у 134 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием, лечившихся в Орловском областном клиническом роддоме с 1998 по 2002 гг. Возраст обследованных составил в среднем 32-,3±3,4 года, длительность бесплодия – 5,3±2,3 года. Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Мужской фактор у супружеских пар был исключен по данным спермограммы. Диагноз трубно-перитонеального бесплодия подтверждали в ходе лапароскопии, после чего производили адгезиолизис и, при необходимости, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

Результаты исследования: спаечный процесс I степени распространения в малом тазу без нарушения проходимости маточных труб выявлен у 12,3% женщин, II степени – у 16,9%, III степени – у 55,4% и IV степени – у 15,4% пациенток. Нарушение проходимости маточных труб имела каждая пятая больная при спаечном процессе II степени распространения (в виде спаек в области фимбрий) и каждая из обследованных женщин при III-IV степени спаечного процесса (в виде сакто-и гидросальпинксов). Всем пациенткам в раннем послеоперационном периоде было проведено восстановительное лечение с использованием физических и медикаментозных методов для достижения противовоспалительного и дефиброзирующего эффектов. Период ожидания наступления беременности после окончания лечения составил 24 месяца. Частота наступления беременности прослежена у 102 пациенток. Беременность наступила у 14,2% пациенток со спаечным процессом в малом тазу I степени распространения, у 11,4% – при II степени, у 4,2% – при III степени и ни у одной женщины при IV степени распространения спаечного процесса. Максимальная накопленная частота беременностей была отмечена к 8-10 месяцу ожидания.

Выводы: реальные возможности восстановления репродуктивной функции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в условиях областного клинического Центра составляют 29,8%. Наилучшей результативности хирургической помощи в плане наступления беременности удается добиться при I-II степени распространения спаечного процесса в малом тазу и сохраненной проходимости маточных труб (25,6%). Для достижения беременности у пациенток с III- IV степенью распространения спаечного процесса в малом тазу и нарушением проходимости маточных труб по типу сакто- и гидросальпинксов более целесообразно использовать программу экстракорпорального оплодотворения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Калоева З.В., Фомичев В.В., Сухарева И.Г. (Смоленск)

Проблема вирусной инфекционной патологии остается актуальной и сложной для решения. В результате исследований последних лет выяснена вирусная этиология рака шейки матки, определена роль герпесвирусной и цитомегаловирусной инфекций в патологии беременности. Однако если поражения гениталий вирусом простого герпеса имеют четкую клиническую картину и определенные диагностические критерии, то цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) остается для многих клиницистов «тайной за семью печатями». Это обусловлено краткосрочным и бессимптомным течением острого процесса, минимальными клиническими проявлениями, преимущественно хронической длительно текущей формой или латентным вирусоносительством, а также необходимостью проведения иммунологического исследования для постановки диагноза ЦМВИ.

Целью исследования явилось изучение эффективности лечения цитомегаловирусной инфекции различными вируссупрессивными препаратами.

Для решения поставленной цели мы провели сравнительный анализ эффективности монотерапии цитомегаловирусной инфекции отечественным противовирусным препаратом Панавир - первая группа - и вируссупрессивной терапии препаратом Валтрекс (валацикловир, GSK) – вторая группа. В исследование были включены 70 пациенток репродуктивного возраста с установленной цитомегаловирусной инфекцией, из них 35 женщин получали Панавир и 35 - Валтрекс. Данные возраста, акушерско-гинекологический анамнез, показатели гомеостаза в обеих группах были репрезентативны и достоверно не отличались ($p>0,05$). Диагноз был поставлен на основании положительных тестов на вирус ЦМВИ, определяемых методом полимеразной цепной реакции и высоких цифр специфического IgG. Пациентки первой группы получали внутривенно струйно препарат Панавир в виде 0,004% раствора в количестве 5 мл, первые 2 инъекции с перерывом 48 часов, остальные 3 - с перерывом 72 часа, всего 5 инъекций. Во 2 группе назначалась длительная вируссупрессивная терапии препаратом Валтрекс первые 5 дней по 500 мг 2 раза в день, и далее в течение 1 месяца по 500 мг 1 раз в сутки.

Оценка эффективности терапии проводилась на основании анализа субъективных ощущений, уменьшения выделений из половых путей, данных гинекологического осмотра уменьшения гиперемии наружных половых органов и влагалища, исчезновения признаков эндоцервицита при расширенной кольпоскопии, а также результатов иммунологического исследования.

Среди пациенток 1 группы уменьшение субъективной симптоматики имело место на 2,7±0,1 сутки, во второй группе на 5,4±0,1 ($p<0,05$). При проведении осмотра наружных половых органов и расширенной кольпоскопии установлено, что уменьшение серозно-гнойных выделений имело место в 1 группе на 5,1±0,1 сутки, а во 2 группе на 7,1±0,09 сутки.

При анализе иммунологических показателей достоверное снижение содержания специфического IgG у пациенток, получавших Панавир, происходило на 12,1±0,1 сутки (с 198 МЕ/мл до 102 МЕ/мл), при вируссупрессивной терапии препаратом Валтрекс - на 22-,3±0,2 сутки.

Наблюдение за пациентками проводилось в течение 6 месяцев после проведенной терапии. Нами не было выявлено каких-либо проявлений цитомегаловирусной инфекции, и титры специфического IgG у пациенток обеих групп оставались диагностическими.

Таким образом, полученные результаты подтверждают высокую эффективность монотерапии цитомегаловирусной инфекции отечественным противовирусным препаратом ПАНАВИР.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД В ДИНАМИКЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Мешкова И.П., Уварова Е.В., Суркова Л.В., Озерова О.Е., Панов В.О. (Москва)

Цель исследования: изучить особенности роста и развития молочных желез на фоне заместительной гормональной терапии у больных с различными формами дисгенезии гонад.

Материалы и методы: в процессе динамического наблюдения обследовано 33 девочки, в их числе 19 больных имели синдромом Тернера при кариотипе 45Х0, и 8 при мозаичном варианте кариотипа, 5 девочек чистую форму дисгенезии гонад при кариотипе 46 ХХ и 1 при кариотипе 46 ХУ. Возраст обследованных колебался от 11 до 27 календарных лет и в среднем составил 17,5±3,7 лет. Все пациентки в течение двух лет получали заместительную гормональную терапию трансдермально (Дивигель) либо перорально (Фемостон 2/10), содержащими 17-Р эстрадиол или эстрадаол валерат. При использовании дивигеля 1 гр. в непрерывном режиме в каждые 19-28 дней добавлялся таблетированный прогестаген-дидрогестерон (Дюфастон) по 10-20 мг/сутки. В соответствии с видом стартовой терапии половыми стероидами все больные рандо-мизированы на 2 группы. В первую группу (n=19) включены пациентки, стартовая терапия у которых проводилась препаратами синтетических эстрогенов. Девочки второй группы (n=14) в качестве препаратов заместительной гормональной терапии использовали «натуральные» эстрогены». Эффективность проводимой терапии оценивалась при помощи комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов (эхомаммография, рентгеновская маммография, магнитно резонансная маммография). Эхомаммография выполнялась на современных аппаратах ультразвуковой диагностики с использованием линейных датчиков (частота 7,5 Мгц) 1 раз в 6-9 месяцев. Рентген-маммографию проводили 1 раз в 12 месяцев в течение 3-х лет. Магнитно-резонансную томо-графиювыполняли на МР томографе Magneton Harmoni (Simens, Germani).

Результаты исследований: полученные данные указывали на то, что, на фоне проводимой терапии у девочек всех групп отмечалось нагрубание и увеличение размеров молочных желёз до Маз (по Таннеру). По данным эхомаммографии: в 1-ой группе больных толщина молочных желез по квадрантам в среднем составила 12,-2±2,4мм ($p=0,008$); стромально-железистого комплекса 2,6±0,6мм. Перигландулярная строма в ареолярной области обнаружена лишь в одном случае из 15. А также у одной из девочек была обнаружена фиброаденома 0 25 мм, у другой- множественные мелкие кисты одной молочной железы (0 2-4 мм). Во 2-ой группе толщина молочных желез по квадрантам в среднем оказалась несколько ниже, чем в 1-ой - 9,2±2,3мм. Вместе с тем толщина стромально-железистого комплекса во 2-ой группе была выше, чем в 1-ой -3,7±0,7мм. Более того, у 12 из 14 больных второй группы определялась перигландулярная строма в ареолярной области являющаяся наиболее объективным критерием полноценного структурного развития ткани молочной железы. Кроме того, сетчатый тип строения определялся у 4-х пациенток только 2-ой группы.

По результатам рентгеновской маммографии в 1-ой группе обследуемых были получены следующие данные: признаки фиброзно-кистозной мастопатии с мелко-кистозным компонентом и крупнопетлистой деформацией стромы обнаружены у 4-х пациенток, фиброз стромы - у 3-х из их числа. Фиброз в ареолярных зонах выявлен у 1-ой пациентки, фиброзно-жировая трансформация - в 2-х случаях, в одном случае выявлены множественные мелкие кисты обоих молочных желез ǿ 3-5 мм. У одной пациентки - выраженная гиперплазия железистого компонента с наличием незаполненных кистозных полостей и крупнопетлистой деформацией стромы. Во 2-ой группе патологии в молочных железах выявлено не было, у 2-х пациенток в возрасте 14 и 15 лет определялась хорошо сформированная железистая ткань.

Исследования молочных желез методом магнитно-резонансной томографии: в 1-ой группе обследуемых были получены следующие данные железистая ткань и протоки в виде фрагментов и как следствие задержка развития молочных желез выявлено у 5-ти пациенток, в основном жировой тканью молочные железы представлены в 2-х случаях, расширения протоков от 2-х до 7 мм - у одной пациентки, в одном случае выявлены кисты обеих молочных железах ǿ 2-7 мм, в 2-х случаях - фиброаденомы ǿ 12-29мм. Во 2-ой группе образований в молочных железах выявлено не было. У остальных пациенток молочные железы представлены - железистой тканью, протоками и опорной стромой. При сопоставлении полученных данных: на МР-маммографии: нормальное развитие молочной железы наблюдается у 10-ти девочек, у одной из них объем железистой ткани снижен, на УЗИ у этих 10-ти девочек определяется в двух случаях в основном жировая ткань, в одном (там, где объем железистой ткани снижен) - однородная железистая ткань, у двоих сетчатый тип строения, в других 7-ми случаях данные совпадают (в основном опорная строма, железистая ткань и протоки в ареолярной области).

На рентгеномаммографии у пациентки с однородной железистой тканью по УЗИ выявлено снижение объема железистой ткани, на МР-маммографии определяется хорошо сформированная железистая ткань; у 4-х девочек - фиброзно-жировая трансформация с фиброзом стромы (по УЗИ - преобладает жировая ткань). При нормальной картине МРТ и УЗИ в одном случае по рентгеномаммографии определялась выраженная гиперплазия железистого компонента с наличием незаполненных кистозных полостей и крупнопетлистой деформацией стромы, а в другом - кистозные полости в обеих молочных железах, в остальных случаях фиброз стромы или крупнопетлистая деформация стромы.

При определении задержки развития молочных желез при МР-маммографии у 7-ми девочек (в основном определяющаяся наличием протоков в виде фрагментов и в 2-х случаях с преобладанием жировой ткани) по рентгеномаммографии определяется фиброзно-кистозная мастопатия с крупнопетлистой деформацией стромы, что по УЗИ соответствует в основном опорной строме и слабо выраженной перигландулярной строме.

При определении образований на МР-маммографии у одной пациентки выявлены множественные кисты молочных желез ǿ2-7мм, что подтверждается и рентгенмаммографией (на УЗИ кисты выявлены только в одной молочной железе, размерами 3-4мм), у одной пациентки фиброаденома выявлена при всех методах исследования ǿ 2,9см (МРТ и УЗИ). В одном случае образование молочной железы было выявлено только методом МР-маммографии ǿ 1,2 см, в трех случаях незаполненные кистозные образования молочных желез, выявляемые рентгенмаммографией не были подтверждены УЗИ и МРТ исследованиями, у одной из этих 3-их девочек на МР-маммографии были выявлены расширенные протоки до 0,4см, а у другой по УЗИ - мелкосетчатый рисунок.

Выводы: Эхо-маммография является базовым методом исследования, учитывая простоту, безопасность, экономичность и возможность многократного применения. Метод позволяет различать структурные элементы молочной железы. В том числе формирующуюся железистую или перигландулярную ткани, а также наличие образований (кисты, фиброаденомы).

Рентген-маммография является золотым стандартом для исследования молочных желез с преобладанием фиброзной или жировой ткани и, соответственно, образований на этом фоне.

На МР-маммографии визуализируется весь массив молочной железы и дифференцируются ее все структурные элементы, а также диагностируются кистозные и солидные образования за счет многослойности и многопроекционности визуализации, отсутствие радиационного фактора. К недостаткам следует отнести длительность исследования (30-40 мин.), вынужденное положение тела в замкнутом прстранстве, высокая стоимость исследования, а также при подозрении на патологические образования - введение контраста.

ПРИМЕНЕНИЕ АГОНИСТОВ И АНТАГОНИСТОВ ГнРГ В ПРОГРАММЕ ЭКО У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ

Милютина М.А. (Москва)

Диагностические критерии, определяющие сниженную реакцию яичников в протоколах стимуляции суперовуляции, до настоящего времени четко не определены. Наиболее часто слабым ответом на стимуляцию считают рост и созревание не более 3 фолликулов размером > 17мм при применении индукторов фолликулогенеза в наиболее распространенных протоколах. По данным литературы у 10-30% больных в первом лечебном цикле не удается обеспечить созревание более 3 фолликулов или получить их вообще. Пациентки, для которых требуется применение больших доз гонадотропинов (для созревания более 3 фолликулов требуется более 450 IU), длительная стимуляция или, у которых в день введения триггера овуляции пиковая концентрация эстрадиола в сыворотке крови не превышает 500 pg/ml, также могут относиться к категории со слабым ответом на стимуляцию.

При наличии «бедного» ответа яичников, независимо от причин их ослабленной реакции на стимуляцию овуляции в стандартных протоколах, негативное влияние на результаты ЭКО состоит в затруднении или даже невозможности проведения этапа переноса эмбрионов. Поэтому снижается как показатель частоты наступления беременности на стимулированный цикл (за счет прерывания процедуры из-за невозможности получения хотя бы единственного эмбриона хорошего качества), так и показатель частоты наступления беременности на перенос эмбрионов (за счет переноса 1 или 2 эмбрионов и отсутствии возможности отбора эмбрионов лучшего качества).

Известно, что эффективность стимуляции суперовуляции во многом зависит от схемы введения препаратов. Различные схемы стимуляции только гонадотропинами или на фоне десенситизации гипофиза агонистами ГнРГ и антагонистами ГнРГ имеют свои преимущества и недостатки и могут существенным образом повлиять на исход лечения бесплодия методом ЭКО. Единого мнения о тактике проведения повторных циклов ЭКО у пациенток со сниженным ответом на стандартные дозы гонадотропинов не существует. Многие врачи – клиницисты прибегают к простому увеличению ежедневной дозы гонадотропина, несмотря на то, что доказательства целесообразности таких действий не были получены. Некоторые авторы предлагают как вообще отказаться от применения агонистов ГнРГ, так и использовать короткие(flare – up) протоколы или ограничивать их назначение с 21 –го дня предшествующего цикла до 1-2 дня лечебного цикла (в прерванном режиме). Использование антагонистов ГнРГ для улучшения результатов лечения пациенток со слабым ответом на стимуляцию также широко обсуждается. По некоторым данным улучшению ответа яичников может способствовать применение эстрогенов и прогестерона в предшествующих циклах. Однако показатели наступления беременности по-прежнему остаются низкими в сравнении с показателями пациенток с адекватным ответом на стимуляцию.

Целью настоящего исследования явилось сравнение эффективности применения схемы стимуляции суперовуляции с антагонистами ГнРГ и длинного протокола с агонистами ГнРГ в программе ЭКО у пациенток со сниженным ответом яичников на стимуляторы суперовуляции.

Материалы и методы: В исследование были включены 29 пациенток в возрасте до 38 лет, с регулярным менструальным циклом, имеющие в анамнезе не менее 1 попытки ЭКО со сниженным ответом яичников на стимуляторы суперовуляции (в том числе пациентки после оперативных вмешательств на яичниках, и пациентки, не имеющие видимых причин, негативно влияющих на овариальный резерв), которые эмпирически были разделены на 2 группы. При анализе клинико-лабораторных характеристик не выявлено статистически значимых различий в возрасте, длительности бесплодия, гормональных и эхографических параметрах пациенток обеих групп. Первичное бесплодие отмечено у 6 (42,9%) женщин первой группы и 6 (40%) женщин второй, вторичное - у 8 (57,1%) и 9 (60%) пациенток соответственно. В первой группе (n=14) проводилась индукция суперовуляции с применением антагонистов ГнРГ, введение которых начиналось по достижении фолликулами диаметра 14 мм. Во второй группе (n=15) - протокол с предварительной десенситизацией гипоталамо-гипофизарной системы агонистами ГнРГ с 21-23 дня цикла. В качестве индуктора овуляции в обеих группах применялся рекомбинантный ФСГ в индивидуально подбираемых дозах. В качестве триггера овуляции использовался препарат человеческого хорионического гонадотропина. Для поддержки лютеиновой фазы в обеих группах через 24 часа после трансвагинальной пункции фолликулов назначали микронизированный прогестерон – утрожестан в дозе 600мг/сутки в сочетании с 5000 МЕ ХГ в день переноса эмбрионов и 1500 МЕ ХГ на 2, 5 и 9-й день после него. Конечная эффективность лечения с применением в схемах индукции суперовуляции двух типов аналогов ГнРГ оценивалась по частоте наступления беременности на цикл стимуляции и на перенос эмбрионов. С целью диагностики беременности всем пациенткам через 14 дней после переноса эмбрионов определяли сывороточную концентрацию β-ХГ. Тест считали положительным при уровне β-ХГ более 20 МЕ\л. («биохимическая» беременность).

Результаты: Продолжительность применения антагонистов ГнРГ составила 3,43±0,51 дня. Продолжительность применения агонистов ГнРГ – 24,13±2,07 дня. Общая продолжительность стимуляции суперовуляции составила соответственно 10±1,67 и 11,49±1,99 дня. Суммарная доза гонадоторопинов, потребовавшихся для стимуляции, в 1 группе составила 25,84±7,52 ампулы (1938±564 МЕ), во второй группе 31,87±7,06 ампулы (2390±529 МЕ). Не выявлено статистически значимых различий в количестве аспирированных фолликулов, числе полученных ооцитов. Частота отмены лечебных циклов до этапа переноса эмбрионов вследствие прекращения стимуляции суперовуляции из-за отсутствия роста фолликулов, ооцитов при пункции, дробления эмбрионов составила 28,5% в первой группе и 26,7% во второй группе. В группе пациенток, получавших агонисты ГнРГ наступило 3 беременности, из них 2 клинических и 1 биохимическая. В группе, получавшей антагонисты ГнРГ – 1 биохимическая беременность.

Выводы: Среди пациенток с однократно отмеченной сниженной реакцией яичников на стимуляторы овуляции ее частота при повторном проведении стимуляции суперовуляции составляет в среднем 86,2%. Индивидуализация подбора адекватной схемы стимуляции может улучшить результаты проведения программы ЭКО, но показатели частоты наступления беременности у данной группы больных остаются низкими. Полученные нами данные свидетельствуют о повышении частоты наступления беременности в группе

больных, получавших агонисты ГнРГ по сравнению с антагонистами ГнРГ, однако, эти различия не являются статистически достоверными.

Таким образом, нечеткость диагностических критериев, определяющих «бедный» ответ на стимуляцию, отсутствие комплексной оценки овариального резерва, позволяющей прогнозировать реакцию яичников на введение индукторов, затрудняют выбор наиболее эффективного и безопасного протокола индукции овуляции, что в конечном итоге ухудшает результаты лечения бесплодия у данного контингента больных и требует дальнейших исследований.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НИЗКОДОЗИРОВАННЫМИ КОМБИНИРОВАННЫМИ ОРАЛЬНЫМИ КОНТРАЦЕПТИВАМИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Минаева М.Н., Мамасьян О.В., Вожова М.П., Бахметьева Н.Н. (Воронеж)

Ранняя профилактика рака шейки матки всегда останется актуальным вопросом гинекологической практики. В связи с этим врожденная патология шейки матки постоянно привлекает значительный интерес акушеров-гинекологов. В настоящее время нет однозначного подхода ни к этиопатогенетической трактовке этой патологии, ни к выбору методов лечения. Причинами возникновения врожденной патологии считают как гормональную недостаточность, так и такие повреждающие факторы, как раннее начало половой жизни, вирусная, хламидийная и неспецифическая инфекция. Выбор радикальных методов лечения ограничен необходимостью обязательного сохранения генеративной функции.

Цель исследования: изучение лечебного эффекта низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) у пациентов с врожденной патологией шейки матки.

Материал и методы: в исследование включено 120 нерожавших женщины в возрасте 17-23 лет, живущих регулярной половой жизнью, имевших эктопию шейки матки, выбранных из обратившихся на прием, во время профосмотров и пожелавших использовать низкодозированные КОК в качестве средства контрацепции. Контрольная группа сформирована из 50 аналогичных пациенток, но не получавших этот препарат. Краткая клиническая характеристика обследованных женщин представлена в табл. 1.

Таблица 1. Краткая клиническая характеристика обследованных женщин

Признак		Исследуемая группа (получавшие низкодозированные КОК) n = 120	Контрольная группа n = 50
Возраст (лет) (M±m)		19,6±0,20	19,2±0,25
Возраст (лет) (M±m)	menarche	13,0±0,07	12,9±0,11
	начала половой жизни	15,5±0,10	15,5±0,18
Продолжительность (дни) (M±m)	цикла	27,4±1,23	27,9±1,30
	менструации	4,07±0,09	3,9±0,09
Болезненность менструации (%)	да	16	16
	нет	84	84
К-во половых партнеров (M±m)		2,7±0,28	2,7±0,46

У всех женщин проведено обследование на урогенитальную инфекцию, всем проведены бакпосевы и посевы на флору (пациентки с выявленными заболеваниями воспалительного генеза не были включены в исследование).

Всем пациенткам проведены следующие исследования: онкоцитологическое исследование, расширенная кольпоскопия, определение уровня ФСГ, ЛГ, тестостерона. Эти исследования проводились через 3, 6 и 12 месяцев после начала приема низкодозированных КОК.

Результаты: У большинства обследованных (95%) обнаружены циркулярные эктопии, расположенные вокруг наружного зева. Цитологическое исследование не выявило случаев атипических изменений и воспалительного процесса. При расширенном кольпоскопическом исследовании диагностировалась эктопия, нормальная зона трансформации и их комбинации (табл.2):

Таблица 2. Данные кольпоскопического исследования

Кольпоскопическая картина	Частота (%)			
	исходная	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
эктопия	27,5%	14,2%	4,2%	0,8%
зона трансформации	15,0%	35,0%	24,2%	17,5%
лейкоплакия	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%
комб. эктопии и зоны трансформации	57,5%	26,7%	20,8%	3,3%
оригинальный эпителий	0,0%	15,8%	50,8%	78,3%

Процесс эпителизации начался уже спустя 3 месяца после начала приема препарата. По истечении 6-и месяцев контрацепции низкодозированными КОК полноценная эпителизация врожденной эктопии наступила у 61 (50,8%) пациентки, а через 12 месяцев уже у 94 пациенток имелся нормальный эпителий. Цитологический контроль не выявил случаев атипической метаплазии.

При исследовании гормонов крови было установлено: у пациенток с врожденной патологией шейки матки имело место относительное (нижняя граница нормы) снижение ФСГ, ЛГ и повышение уровня содержания тестостерона (верхняя граница нормы) (табл.3).

Таблица 3.
Данные исследования гормонального статуса (M±m)

Вид гормонального исследования	исходное	через 3 мес.	через 6 мес.	через 12 мес.
ФСГ	2,4±0,009	2,8±0,025	4,2±0,038	5,0±0,028
ЛГ	2,5±0,017	2,8±0,036	4,6±0,130	9,3±0,137
тестостерон	1,8±0,013	1,6±0,009	1,4±0,011	1,1±0,018

Изменение содержания гормонов крови началось спустя 3 месяца приема препарата, и было максимальным спустя 12 месяцев. При этом отмечена тенденция увеличения содержания ФСГ, ЛГ и снижения уровня тестостерона. Изменения носили статистически значимую (t=0,027) достоверность по сравнению с контрольной группой.

У всех пациенток отмечена 100% контрацептивная эффективность низкодозированных КОК. У 12 (10%) пациенток отмечались мажущие кровянистые выделения, которые полностью исчезли через 2-3 месяца.

Выводы: при использовании низкодозированных КОК у пациенток с врожденной патологией шейки матки наступила полноценная эпителизация эктоцервикса со смещением зоны стыка в область наружного маточного зева. При этом имелась тенденция к нормализации гормонального баланса организма.

Современные низкодозированные гормональные оральные контрацептивы помимо основного своего действия обладают свойством вызывать полноценную эпителизацию врожденных эктопий шейки матки, поэтому их следует считать препаратами выбора для лечения этой патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Минкина Г.Н., Шабалова И.П., Чепурная Ю.Г., Минкина О.В., Гаврикова М.В. (Москва)

Цитологическое исследование цервикальных мазков уже более полувека является наиболее распространенным и экономически эффективным методом профилактики рака шейки матки. Вместе с тем, традиционное цитологическое исследование ассоциируется с высоким уровнем ложноотрицательных и ложноположительных результатов. Новая методика производства цитологических цервикальных препаратов из жидкостного образца – жидкостная тонкослойная цитология, призвана улучшить качество цервикальных

мазков и повысить эффективность цитологической диагностики.

Цель: Изучить эффективность жидкостного цитологического метода исследования при различных порогах чувствительности, с учетом степени тяжести плоскоклеточных интраэпителиальных поражений (ПИП)

Материалы и методы: В исследование включены 647 пациенток в возрасте от 16 до 72 лет, обратившихся в специализированный кабинет патологии шейки матки в 2003-2004 г.г. В программу обследования всех пациенток впервые был включен жидкостный цитологический тест. Клеточный материал, собранный с экто- и эндоцервикса с помощью цервикальной щетки, помещался в контейнер со стабилизирующим раствором (система CITOSCREEN) и направлялся в лабораторию, где с помощью специального оборудования готовили тонкослойные цитологические препараты. На основании последующего кольпоскопического исследования 323 пациенткам произведена прицельная биопсия. Цитологические и гистологические заключения классифицировались согласно Бетесда системе и были сопоставлены между собой.

Результаты и их обсуждение: Из 323 гистологических диагнозов 156 (48,3%) составили ПИП. Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести (В-ПИП) выявлены у 48 (14,8%) пациенток: 13 случаев ЦИН 2, 30 - ЦИН 3, 3 - CIS, 2 случая микроинвазивного рака, у 1 пациентки обнаружен инвазивный рак. Плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени тяжести (Н-ПИП) диагностированы у 108 (33,4%) пациенток: в 75 случаях – признаки ВПЧ инфекции (койлоцитоз, кондилома), в 33 - ЦИН 1.

У 167 (51,7%) пациенток плоскоклеточные интраэпителиальные поражения гистологически обнаружены не были. Из них в 116 случаях (35,9%) морфологические данные соответствовали эктопии шейки матки или нормальной зоне трансформации; у 51 (15,7%) пациентки выявлены реактивные изменения эпителия (в 28 случаях гиперкератоз, в 21 - паракератоз, в 2 – цервицит).

На основании цито-гистологических сопоставлений полное совпадение диагнозов констатировано у 139 (43,0%) из 323 пациенток.

Принимая за порог чувствительности метода наличие в мазках атипичных плоских клеток неопределенного значения (АПКНЗ), жидкостным методом выявлено 73 (67,5%) из 108 Н-ПИП и 43 (86%) из 48 В-ПИП, что составило 116 (74,4%) из 156 ПИП всех степеней тяжести, выявленных гистологически. У 40 (22,6%) из 156 пациенток с ПИП мазки оказались ложнонегативными, причем, у 7 - (4,5% всех ПИП) при В-ПИП в гистопатологическом диагнозе и в 40 наблюдениях (25,6% всех ПИП) - при Н-ПИП. 21 гистологический диагноз «Н-ПИП» и 3 «В-ПИП» цитологически имели реактивный характер и были отнесены к «негативным» заключениям по ПИП.

При пороге чувствительности метода Н-ПИП, в тонкослойных цитологических препаратах диагностировано 68 (63%) из 108 Н-ПИП, 41 (85,4%) из 48 В-ПИП, что составило 109 (69,8%) из 156 ПИП всех степеней тяжести. При данном пороге чувствительности количество ложнонегативных цитологических результатов составило 47 (30%) из всех 156 ПИП, выявленных гистологически. Две трети (32 случая) ложнонегативных заключений с диагнозом «норма» (негативные по ПИП), при данном пороге чувствительности, получены из-за недооценки признаков доброкачественной ВПЧ-инфекции и ЦИН 1. У 5 пациенток с гистологическим диагнозом «Н-ПИП» и у 3 с «В-ПИП» цитологически диагностированы «АПКНЗ», что составило 8 (8,5%) всех ложнонегативных заключений при данном пороге чувствительности. В то же время у цитолога возникли подозрения на возможность наличия в мазке плоскоклеточной атипии. У 7 (4,5% всех ПИП) пациенток пропущены тяжелые интраэпителиальные поражения.

Принимая за порог чувствительности В-ПИП, методом жидкостной цитологии выявлено 26 (54%) из 48 В-ПИП. 22 (45%) случая из 48 В-ПИП, выявленных гистологически, оказались ложнонегативными, причем в 5 случаях с заключением «негативный по ПИП», в 2 «АПКНЗ», в 15 «Н-ПИП». Следовательно, у 5 из 48 пациенток с тяжелым поражением плоского эпителия цитологический тест не выполнил своей главной задачи – выявить заболевание на стадии предракового процесса, который можно лечить максимально эффективно и бережно.

Специфичность метода жидкостной цитологии колебалась от 65,3% при пороге чувствительности АПКНЗ до 97,4% при пороге чувствительности В-ПИП.

Прогностичность положительных результатов теста (PPV) закономерно увеличивалась пропорционально специфичности: от 66,6% при пороге чувствительности АПКНЗ до 78,8% при пороге чувствительности В-ПИП. Чем специфичнее тест, тем выше прогностическая ценность его положительного результата.

Прогностичность отрицательных результатов теста (NPV) возрастала прямо пропорционально чувствительности: от 73,3% при пороге АПКНЗ до 92,4% при пороге чувствительности В-ПИП.

Выводы: Чувствительность жидкостного цитологического метода в диагностике всех плоскоклеточных интраэпителиальных поражений составляет 74,4%, специфичность – 65,0%, а в идентификации поражений высокой степени тяжести – 89,0% и 86,0% соответственно (порог чувствительности – атипичные плоские клетки неопределенного значения).

СПЕКТР ВЫСОКОКАНЦЕРОГЕННЫХ ТИПОВ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА У ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ЦИТОЛОГИЧЕСКИМИ АТИПИЯМИ

Минкина Г.Н., Шипулина О.Ю., Минкина О.В., Гаврикова М.В., Фириченко С.В. (Москва)

В настоящее время убедительно доказана причинно-следственная связь между высококанцерогенными типами ВПЧ (ВКР ВПЧ) и возникновением интраэпителиальных поражений и рака шейки матки – второго по распространенности злокачественного новообразования у женщин. На сегодняшний день выделено свыше 100 типов ВПЧ, каждый из которых имеет номер в соответствии с порядком его идентификации. Генитальный тракт поражает более 30-ти из всех выделенных и описанных типов с различным онкогенным потенциалом.

До недавнего времени молекулярно-биологические технологии позволяли идентифицировать ограниченное число вирусных типов, важных с точки зрения онкологической опасности. Последующие исследования и совершенствование тест-систем в настоящее время дают возможность идентифицировать целый спектр типов ВПЧ высокого канцерогенного риска. Считается, что при одновременном присутствии сразу нескольких высококанцерогенных типов ВПЧ значительно снижается скорость элиминации вируса, увеличивается вероятность персистирующей инфекции, ведущей к вирусной интеграции и повышается риск возникновения цервикального рака. В последние годы появились немногочисленные исследования, анализирующие роль моно-инфекции ВПЧ и ассоциациированной инфекции в индукции атипий шейки матки.

Цель: Изучить и проанализировать распространённость 14 высококанцерогенных типов ВПЧ в структуре цервикальных цитологических атипий.

Объект и методы исследования: Объектом исследования явились 397 пациенток с цитологическими цервикальными атипиями в возрасте от 15 до 67 лет. Цитологическую диагностику осуществляли с использованием метода жидкостной тонкослойной цитологии (система CYTOSCREEN). Исследуемый материал, собранный с экто- и эндоцервикса с помощью специальной пластиковой щетки, помещался в контейнер со стабилизирующим раствором и направлялся для последующей обработки в цитологическую и молекулярно-биологическую лаборатории. Цитологические заключения трактовались согласно терминологии Бетесда системы и были сопоставлены с результатами последующего ВПЧ-тестирования. ВПЧ ДНК-тестирование на присутствие 14 типов вирусов папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВПЧ ВКР – 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 70) осуществлялось при помощи ПЦР тест-системы «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин» из остаточного жидкостного материала. Для идентификации конкретных онкогенных типов ВПЧ использовали типоспецифичные ПЦР тест-системы «АмплиСенс ВКР генотип».

Результаты и их обсуждение: С помощью метода жидкостной цитологии у 109 (27,5%) обследуемых женщин были обнаружены атипичные плоские клетки неопределённого значения (АПКНЗ), у 231 (58,2%) – плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени тяжести (Н-ПИП), у 52 (13,1%) – плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени тяжести (В-ПИП) и у 5 (1,3%) – рак шейки матки. ВПЧ ВКР позитивными из них оказались 232 (59,3%) пациентки: 41,3% пациенток с АПКНЗ, 58,9% – с Н-ПИП, 88,5% – с В-ПИП и 100% – с цервикальным раком.

Далее мы воспользовались жидкостным цитологическим материалом 155 ВКР-позитивных пациенток для идентификации конкретных онкогенных типов ВПЧ. Анализ результатов генотипирования позволил выявить превалирующие высококанцерогенные типы ВПЧ, как у пациенток с присутствием одного вирусного типа, так и при различных ассоциациях онкогенных типов. Наиболее часто были обнаружены: 16 тип – у 76 (49,0%) из 155 пациенток, 31 тип у 38 (24,5%) и 33 тип, обнаруженный в 25 (16,1%) случаях. В меньшем количестве случаев определялись 56 и 52 типы ВПЧ (12,3% и 11,6% соответственно). Практически в равном числе случаев были обнаружены 39, 51 и 45 типы ВПЧ (8,8%, 8,8% и 6,5%). Другие онкогенные типы были найдены у незначительного числа пациенток: 58 тип – у 9 (5,8%), 59 и 66 типы – в 6 (3,9%) случаях каждый, а такой тип, как 35 – в 5 (3,2%) случаях. Ни в одной из исследуемых проб не были обнаружены только 53 и 70 типы ВПЧ.

Результаты дальнейшего анализа продемонстрировали, что у 37,2% ВКР-позитивных пациенток присутствовал только один тип вируса. У 62,8% пациенток одновременно определялись несколько генотипов: у 43 (18,0%) – 2, у 14 (5,9%) – 3, у 7 (3,0%) – 4, у 1 (0,4%) – 5 и еще у 1 (0,4%) пациентки одновременно присутствовали 7 типов ВПЧ.

Далее нами проведен анализ частоты встречаемости онкогенных типов вируса у пациенток с различными цитологическими заключениями. Среди 155 ВПЧ ВКР-типированных пациенток 23 (14,8%) составили пациентки с диагнозом АПКНЗ, 91 (58,7%) - с Н-ПИП, 38 (24,5%) - с В-ПИП и 3 (1,9%) пациентки с цервикальным раком.

При цитологическом диагнозе АПКНЗ количество образцов с моно-ВКР типом в три раза превышало количество образцов с ассоциацией высококанцерогенных типов (73,9% и 26,1%). Доминирующее положение занимал 16 тип (30,4%), все прочие онкогенные типы (18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58) равномерно определялись у незначительного числа пациентов.

При цитологических заключениях Н-ПИП и В-ПИП количество проб с моно- и ассоциированными ВПЧ ВКР типами практически совпадало: при поражениях низкой степени тяжести – 55,0% и 43,9%, при поражениях высокой степени тяжести – 52,6% и 47,4% соответственно. Наиболее часто при Н-ПИП обнаруживались 16 и 31 типы ВПЧ (41,8% и 26,4% соответственно), при В-ПИП – 16 тип ВПЧ (73,7%). Другие онкогенные типы определялись в меньшем количестве случаев.

Малое количество тестированных образцов с цервикальным раком (3 пробы) не позволяет достоверно судить о характере и распределении высококанцерогенных типов ВПЧ при данной цервикальной патологии, однако в двух из трёх случаев был обнаружен 16 тип ВПЧ, в одной пробе в виде ассоциации с 33 типом, в другой пробе в виде моно-типа. В третьем жидкостном цитологическом образце в виде моно-типа присутствовал редкий 39 тип ВПЧ.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало разнообразие онкогенных вирусных типов у пациенток с цитологическими цервикальными атипиями. Доминирующее положение среди ВПЧ ВКР типов занимает ВПЧ 16. К числу распространенных, хотя и значительно реже встречающихся, относятся 31 и 33 вирусные типы. При пограничном состоянии цервикального эпителия (АПКНЗ) чаще обнаруживается присутствие одного вирусного типа, при поражениях низкой и высокой степени тяжести частота ассоциированной ВПЧ ВКР-инфекции значительно возрастает. Анализ распространённости конкретных онкогенных типов ВПЧ в структуре различных атипичных поражений шейки матки демонстрирует отсутствие зависимости распределения ВПЧ ВКР типов от тяжести поражения.

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ НА БАЗЕ ЖИДКОСТНОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗЦА

Минкина О.В., Минкина Г.Н., Студеная Л.Б., Калинина В.С., Гаврикова М.В. (Москва)

Как известно, традиционный цитологический мазок, наряду с предоставлением информации о состоянии эпителиальных клеток, позволяет идентифицировать ряд инфекционных агентов, диагностировать влагалищные дисбиозы и оценить степень воспалительной реакции. В связи с этим представляется целесообразным изучить аналогичные возможности тонкослойного цитологического мазка и сравнить их с результатами традиционной диагностики.

Исследование тонкослойных цитологических мазков, как альтернативных традиционным, стало возможным несколько лет назад в результате разработки и появления на медицинском рынке новой технологии приготовления цито-препаратов – жидкостной тонкослойной цитологии. Основная идея предлагаемого метода заключается в том, что клеточный материал, полученный с поверхности шейки матки и из цервикального канала посредством щеточки, переносится сразу не на стекло, как в случае приготовления традиционного мазка, а вместе с собирающим приспособлением погружается в подготовленный стабилизирующий раствор, таким образом, обеспечивая полный перенос и сохранность материала.

Цель: Оценить и сравнить возможности традиционного и тонкослойного цитологических препаратов в диагностике вагинального биотопа

Материалы и методы: Сравнительный анализ результатов бактериоскопического исследования традиционных и тонкослойных мазков осуществлен у 156 пациенток в возрасте от 16 до 69 лет, посетивших кабинет врача-гинеколога. Порядок забора клеточного материала для микроскопического исследования был строго рандомизирован. Пациенткам с четным порядковым номером первым собирался материал для традиционного мазка, с нечетным – для тонкослойного.

Для традиционного цитологического препарата использовались одноразовые приспособления: щетка Cervex Brush (для сбора клеток из цервикального канала) и пластиковый шпатель Эйра (для сбора клеток с поверхности эктоцервикса). Далее использовали сухую фиксацию препаратов, все мазки маркировались и для дальнейшей обработки и интерпретации отправлялись в лабораторию.

Для приготовления тонкослойного препарата методом жидкостной цитологии использовалась система CYTOSCREEN. После забора клеточного цервикального материала съемная головка пластиковой щетки помещалась во флакон со стабилизирующим раствором Cytoscreen. Флаконы с жидкостными клеточными образцами отправляли для дальнейшей обработки также в цитологическую лабораторию.В лабораторных условиях при помощи специального оборудования (шейкер, нефелометр, центрифуга) из полученной суспензии клеток готовится стандартный цитологический препарат. В результате серии процедур (отделения клеточного материала от щетки, определения плотности клеточной взвеси, дальнейшего разведения в соответствии с группой плотности, центрифугирования и автоматического нанесения клеточной суспензии на стекло) получали препараты, в которых клетки располагались равномерным монослоем.

Для окраски традиционных и тонкослойных микропрепаратов использовали комбинированную окраску Май–Грюнвальда–Романовского-Гимзы по Паппенгейму. При микроскопическом анализе традиционных препаратов зона исследования составила 24-50 мм, при микроскопии тонкослойных препаратов зона исследования составляет 17-20 мм в диаметре.

Результаты и их обсуждение: Исследование традиционных цитологических мазков показало, что у 110 (70,5%) пациенток микроскопическая картина соответствовала нормальному состоянию

биоценоза генитального тракта. Признаки воспаления обнаружены у 25 (16,0%) пациенток; дрожжеподобные грибы рода Candida присутствовали в 8 (5,1%) мазках, причем в 4-х случаях сопровождались признаками воспаления; анаэробные бактерии рода Mobiluncus обнаружены в 1 (0,6%) препарате; микроорганизмы рода Leptotrix – у 3-х (1,9%) пациенток; «ключевые» клетки, являющиеся одним из диагностических критериев бактериального вагиноза, идентифицированы в 9 (5,8%) случаях, причем в 1 мазке в сочетании с выраженным воспалением.

В результате исследования тонкослойных цитологических препаратов у 98 (62,8%) обследованных пациенток диагностирован нормоценоз; у 37 (23,7%) - присутствовали признаки воспаления; у 10 пациенток (6,4%) обнаружены грибы рода Candida (в 4-х случаях с явлениями воспаления); у 7 (4,5%) пациенток – микроорганизмы рода Leptotrix, причем в 2-х мазках в сочетании с «ключевыми» клетками; бактерии рода Mobiluncus – в 3-х (1,9%) цитологических препаратах (в 2-х случаях одновременно с признаками воспаления, а в 1-м – с «ключевыми» клетками); «ключевые» клетки обнаружены у 7 (4,5%) пациенток.

На основании проведённого исследования мы оценили количество и характер совпадений и несоответствий результатов микроскопического исследования, проведенного на базе двух цитологических методик. При сопоставлении данных бактериоскопии традиционных и тонкослойных микропрепаратов полное совпадение наблюдалось у 106 (67,9%) пациенток, наиболее часто при диагнозах нормоценоза и воспаления. В остальных случаях микроскопические признаки воспаления и инфекционные агенты (Candida, Leptotrix, Mobiluncus) чаще визуализировались в тонкослойных мазках (+ 11,6%), «ключевые» клетки – в традиционных (+1,3%).

Инфекционные агенты и микроскопические признаки воспаления чаще визуализировались в тонкослойных мазках. Это можно объяснить лучшим качеством тонкослойного цитологического препарата. Исключение составили «ключевые» клетки, которые присутствовали в несколько большем количестве традиционных мазков. Однако окраска по методу Романовского не позволяет достоверно судить об их истинном характере и для подтверждения диагноза «бактериальный вагиноз» необходим повторный визит пациентки для проведения дополнительных тестов. В этом плане жидкостная цитология обладает несомненным преимуществом перед традиционной методикой, так как дает возможность приготовить необходимое количество мазков из однократно полученного жидкостного образца. У наших пациенток истинный характер «ключевых» клеток был впоследствии подтвержден путем окраски по Граму дополнительно приготовленных тонкослойных мазков.

Выводы: Тонкослойный цитологический мазок более информативен, по сравнению с традиционным цито-препаратом, в оценке степени выраженности воспалительной реакции, в идентификации морфотипов бактерий и дифференциальной диагностике влагалищных дисбиозов.

РОЛЬ КАМПИЛОБАКТЕРА В БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Минуллина Н.К., Минуллин И.К.

В настоящее время проблема инфекционных заболеваний нижнего полового тракта остается достаточно актуальной. Продолжается изучение спектра микробных агентов, вызывающих воспалительные и дисбиотические процессы в шейке матки и влагалище. С учетом высокой тропности кампилобактера к плоскому и цилиндрическому эпителию, не исключена этиопатогенетическая значимость данного агента в участии и поддержании дисбиоза влагалища. Нами было обследовано 25 женщин с бактериальным вагинозом, подтвержденным клиникой и лабораторными данными (наличие гомогенных выделений с запахом, ключевых клеток, положительная проба с КОН и смещение pH в щелочную сторону). Для выявления кампилобактера были использованы методы ПЦР, иммуногистохимии и окраска по Грамму. Мазки брались из шейки матки и влагалища. У 7 женщин кампилобактер был выявлен из цервикальногоканала шейки матки и влагалища, у 5 – только из влагалища. Все женщины были обследованы на инфекции, передаваемые половым путем. Из выявленных инфекционных агентов, при наличии кампилобактеров. наибольший процент составили хламидии, вирус простого герпеса. Таким образом, не исключена возможность участия кампилобактера в поддержании дисбиотических процессов во влагалище.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММ ВРТ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА

Мишиева Н.Г., Назаренко Т.А., Кузьмичев Л.Н., Белоусова Н.Ю., Сурмава Х.Р. (Москва)

Женщины старшего репродуктивного возраста имеют меньшую способность к зачатию по сравнению с пациентками активного репродуктивного возраста, что связано с ухудшением качества ооцитов, нарушением рецепторной способности эндометрия, отрицательным влиянием сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Известно, что возраст женщины является основанием использования ВРТ для достижения беременности, однако и эти методы не являются эффективными, а частота наступления беременности не превышает 10-12% на попытку. До сих пор не установлены достоверные критерии, с помощью которых можно прогнозировать возможность получения качественных ооцитов у этой группы женщин, ведутся дебаты о значимости используемых схем стимуляции суперовуляции и эмбриологических модификаций для повышения эффективности программ ВРТ. Нерешены вопросы о том, в каких случаях получение собственных ооцитов невозможно и необходимо использовать донорские яйцеклетки. Разногласия ученых по указанным вопросам обусловлены различным генетически детерминированным репродуктивным потенциалом у женщин одного и того же возраста, а также вариабельностью показателей у одной и той же женщины в разных менструальных циклах.

Учитывая вышеизложенное, целью исследования явилась оценка эффективности методов ВРТ в лечении бесплодия у женщин старшего репродуктивного возраста на основании изучения состояния овариального резерва и особенностей этапов программы ЭКО.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 158 женщин в возрасте от 38 до 45 лет. Причиной обращения явилось бесплодие длительностью от 4 до 9 лет. Все пациентки имели регулярный менструальный цикл, а при предварительном обследовании у них диагностирована овуляция на основании использования общепринятых тестов (УЗ мониторирование, тест на овуляцию «Клиаплан»). У 69% больных был выявлен ряд гинекологических заболеваний и их сочетаний, что может быть причиной бесплодия (спаечные процессы в малом тазу, отсутствие одной или обеих маточных труб, миома матки, эндометриоз), у 20% женщин диагностирован лишь один трубно-перитонеальный фактор бесплодия, у 11% общепринятые методы обследования не позволили установить причину бесплодия. Всем женщинам проводили общепринятое клиническое и гинекологическое обследование. С целью определения овариального резерва (ОР) исследовали следующие показатели: 1)концентрации ФСГ, ЛГ, Е2 на 2-3 день менструального цикла (м.ц), 2)ультразвуковые и допплерометрические параметры яичников в начале м.ц. - объём яичников(ОЯ) и количество антральных фолликулов в них, индекс пульсации (Р) и индекс резистентности (R). 3) уровень ингибина-В на 2-3-й день м.ц. методом ИФА с помощью коммерческих наборов фирмы DSL (США). Всем пациенткам проводили индукцию суперовуляции в программе ЭКО. Проведено 105 циклов индукции суперовуляции. 55 циклов с использованием длинного протокола с аГнРГ. 50 циклов - с использованием короткого протокола с ант-ГнРГ. 53 женщинам введение индуктора в дозе 225-300 мг ЕД в день («чистая» схема) осуществляли в течение 7-9 дней, однако ответной реакции

яичников на зарегистрировали. У 48 женщин использовали вспомогательный хетчинг с применением бесконтактного ультрафиолетового лазера. В процессе проведения программы ЭКО оценивали параметры фолликулогенеза, число и качество ооцитов, количество полученных эмбрионов и их качество по общепринятым критериям. У 53-х пациенток старшего репродуктивного возраста применили донорские ооциты, полученные у молодых женщин в возрасте до 35 лет, отобранных с использованием требований к донорам ооцитов. Для стимуляции суперовуляции у доноров ооцитов использовали длинный протокол с а-ГнРГ, реципиента готовили назначением эстрогенов в фолликулиновую фазу цикла с присоединением гестагенов в лютеиновую фазу цикла. В случае наступления беременности введение препаратов продолжали до 9-12 недель.

Результаты проведенного исследования показали неоднородность женщин старшего репродуктивного возраста по функциональному состоянию репродуктивной системы.

Полученные данные позволили разделить пациенток на 3 группы. I группа(n=88): ФСГ<10 МЕ/л, ингибин-В–35-40 пг/мл, ОЯ–5-7 мл, число антральных фолликулов в каждом яичнике–4-5. II группа (n=40): ФСГ–10-15 МЕ/л, ингибин В–30-35 пг/мл, ОЯ–3-5 мл, число антральных фолликулов–2-3. III группа(n=30): ФСГ>15 МЕ/л, ингибин-В<30 пг/мл, ОЯ<3 мл, число антральных фолликулов–0-1. Пытаясь установить значимость представленных параметров в дефиниции ОР и в прогнозе ответа яичников на введение индукторов, мы применяли метод корреляционного анализа с вычислением коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R), оценивающий связь показателя с числом полученных ооцитов. «Очень сильную связь» обнаружили между уровнем ингибина-В и числом ооцитов, «сильную» - между уровнем ФСГ, ОЯ, числом полученных ооцитов. «Слабая» связь обнаружена между уровнем Е2 и числом ооцитов, связи не выявлено между допплерометрическими показателями и числом полученных ооцитов. Параметры, имеющие «очень сильную» и «сильную» связь с числом полученных ооцитов, были определены как маркеры ОР, причем эти показатели коррелировали между собой (ранговый коэффициент корреляции Спирмэна составил -0,32). Для достижения беременности у пациенток I группы использовали схемы индукции с аГнРГ и ант-ГнРГ, у женщин остальных групп с антГнРГ. Следует отметить, что из женщин II группы лишь у 17 (42,5%) зарегистрирована реакция яичников в ответ на введение индуктора, у остальных 23 (57,5%) либо не было реакции, либо получали один ооцит (4 женщины) плохого качества, не способный к оплодотворению. У пациенток III группы (n=30) ни в одном случае не было получено адекватной реакции яичников на введение гонадотропинов. Представленные данные продемонстрировали зависимость результатов лечения от параметров ОР пациенток. Кроме того, показано, что эффективность лечения у пациенток I группы не зависила от используемой схемы индукции суперовуляции. Эта группа женщин оказалась перспективной для получения собственных ооцитов и достижения беременности, хотя частота беременности оказалась не более 15%, что в два раза ниже таковой у молодых пациенток. II группу пациенток можно считать условно перспективной, так как у 17 женщин (42,5%) был получен рост фолликула и качественные ооциты, хотя частота наступления беременности составила лишь 5%, у 23 (57,5%) яичники не отвечали на индукцию овуляции, либо полученные ооциты оказались непригодными к оплодотворению. III группа женщин – не перспективна для получения собственных ооцитов. Следовательно, 33,5% пациенткам старшего возраста целесообразно рекомендовать использование донорских ооцитов, при этом частота наступления беременности в два раза превышает таковую при использовании собственных ооцитов даже у перспективных пациенток (14,7% и 23,3% соответственно). В исследовании показано, что частота наступления беременности не зависит от используемого протокола индукции (14,6% с аГнРГ и 15% с антГнРГ). Также не получено достоверных различий в частоте наступления беременности при использовании хетчинга и без него (17,5% и 12,% соответственно).

Следовательно, проведенное исследование продемонстрировало низкую эффективность лечения бесплодия у женщин старшего репродуктивного возраста с использованием собственных ооцитов, причем состояние овариального резерва определяет характер ответной реакции яичников на введение гонадотропинов и возможность получения качественных ооцитов.

Выводы: 1. Пациентки старшего репродуктивного возраста с сохраненным ритмом менструации не однородны по функциональному состоянию репродуктивной системы. Совокупность параметров овариального резерва (базальные уровни ФСГ, ингибина-В, антимюллеров гормон, объем яичников и число антральных фолликулов в них) определяют репродуктивный потенциал женщины и прогнозируют возможность получения беременности с использованием собственных ооцитов.

2. Женщины, имеющие следующие параметры овариального резерва: ФСГ<10 МЕ/л, ингибин-В 35-40 пг/мл, объем яичников 5-7 мл, число антральных фолликулов 4-5 являются перспективными для лечения бесплодия методом ЭКО, хотя частота наступления беременности не превышает 15%. При уровнях ФСГ - 10-15 МЕ/л, ингибин-В - 30-35 пг/мл, при объеме яичников - 2-3 мл, числе антральных фолликулов - 2-3, у 42,5% можно получить собственные ооциты, способные к оплодотворению, частота беременности не превышает 5% на попытку, у других пациенток, имеющие указанные характеристики (57,5%) получить качественные ооциты не удалось. Пациентки с уровнями ФСГ>15 МЕ/л, ингибин-В < 20 пг/мл, объемом яичников <3 мл и числом антральных фолликулов 0-1 не перспективны для стимуляции яичников и получения собственных ооцитов.

3. 33,5% женщин старшего репродуктивного возраста нуждаются в использовании донорских ооцитов. При применении ооцитов, полученных от молодых, здоровых, специально отобранных доноров частота беременности повышается в два раза.

4. Модификации схем индукции суперовуляции и использование вспомогательного хетчинга не повышают эффективность программы ЭКО, успех лечения определяется состоянием овариального резерва пациенток.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДОППЛЕРОМЕТРИЯ И ЭХОГРАФИИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Мовсисян Э.Т., Кучукова М.Ю., Хужокова И.Н. (Москва)

Гистерорезектоскопические электрохирургические вмешательства, имеющие в своей основе, термическое повреждение тканей, независимо от деструктивной или реконструктивной направленности операции, характеризуются изменением кровоснабжения органов малого таза. В то же время ЦДК в сочетании с трансвагинальным УЗИ позволяет обеспечить неинвазивное и высокоэффективное динамическое наблюдение за состоянием матки и яичников после электрохирургического-термического воздействия на эндометрий и миометрий в раннем и отдаленном периодах

Целью настоящей работы являлась оценка изменений кровоснабжения матки и эхографической характеристики матки и яичников после гистерорезектоскопических операций на основании до- и послеоперационного проведения допплерометрии и эхографии, в качестве возможного критерия эффективности вмешательства.

Нами было обследовано 27 пациенток с патологическими маточными кровотечениями в возрасте от 32- до 75 лет, обратившиеся в отделение гинекологии больницы им С.П.. Боткина. С учётом окончательно установленного диагноза все пациентки разделены на следующие группы: I группа – больные с полипом эндометрия, II группа – с субмукозной миомой матки, III группа – с сочетанной патологией, IVгруппа – больные с гиперплазией эндометрия. В зависимости от нозологических форм выполнялись: аблация эндометрия, резекция полипов и субмукозных миоматозных узлов, разделение синехий, сочетание резекций узлов и полипов с аблацией эндометрия.

Кровоток маточных артерий у пациенток всех групп регистрировался с помощью аппарата ESAOTE S. p. A. AU4 до оперативного вмешательства, на 1-ые сутки, через 1 месяц, через 3 месяца.

В ходе проведенных исследований установлено, что скорость артериального кровотока и индексы периферического сопротивления снижаются по мере деления сосудов на более мелкие ветви. У больных с полипом эндометрия после гормональной терапии визуализация базальных и спиральных артерий представляет собой трудности, и фактически зарегистрировать кровоток в данных артериях не удалось.

Визуализация сосудов в миоматозном узле зависит не только от их размеров, но и от локализации. Кровоснабжение миоматозных узлов осуществляется из сосудов представляющих собой ответвление терминальных сосудов маточной артерии. При ЦДК чаще видны сосуды, располагающиеся по периферии миоматозного узла, т. к. они являются продолжением аркуатных и конечных миометральных сосудов. В центральной части миоматозных узлов сосуды визуализировались значительно реже. И частота визуализации внутриопухолевых сосудов и артерий, снабжающих миоматозные узлы кровью, в режиме ЦДК характеризуется большим разбросом от – 52% - до- 100%. Сама визуализация внутриопухолевых сосудов в миоматозных узлах и в полипах не имеет важного диагностического и прогностического значения, а необходима только для быстрой и надёжной регистрации кривых скоростей внутриопухолевого кровотока в миоматозных узлах и в полипах.

При исследовании учитывались не только количественные, но и качественные характеристики КСК, которые являются не менее важными показателями кровотока, чем определение его численных параметров. При обследовании у некоторых больных было обнаружено снижение или полное отсутствие диастолического кровотока (компонента), что свидетельствует о повышении периферического сопротивления,и говорит о снижении кровоснабжения дистальнее точки произведенного измерения.

У большинства больных на допплеровской кривой выявляются пики систолической скорости, полого переходящие к скоростям диастолической фазы сердечного цикла. Для КСК маточной артерии типичен более заострённый характер пиков и высокие показатели ИП, ИР и СДО, по сравнению с аркуатными и радиальными артериями.

У большинства больных с сосудистой патологией в фазе ранней диастолы регистрируется обратный (реверсный) ток крови. У некоторых больных на кривой определяется дикротическая выемка.

Допплерометрическими характеристиками кровотока в исследуемых сосудах явилось изменение показателей ИП, ИР и СДО по сравнению с исходными (до операции) и, их колебания в динамике после электрохирургического вмешательства.

У больных с полипом эндометрия до операции ИП 2,29±1,03, ИР 0,63±0,2, СДО 0,91±0,38; на 1-ые сутки ИП 2,22±1,27, ИР 0,44±0,29; СДО 0,93±0,34; через месяц ИП 1,43±0,3; ИР 0,8±0,77; СДО 0,68±0,-34; через 3 месяца ИП 1,4±0,31; ИР 0,67±0,18;СДО 1,33±0,62.

У больных II группы до операции ИП 2,1±0,65, ИР 0,67±0,26, СДО 1,36±0,75; на 1-ые сутки ИП 2,18±1,07,ИР 0,57±0,17, СДО 1,05±0,55, через 1 месяц ИП 2,01±0,83, ИР 0,65±0,23, СДО1,2±0,55, через 3 месяца ИП 2,3±1,1; ИР 0,65±0,2; СДО 1,14±0,87.

У больных с сочетанной патологией до операции ИП 2,95±1,81, ИР 0,38±0,21, СДО 1,27±0,38, на 1-ые сутки ИП 1,87±0,22, ИР 0,44±-0,22, СДО 0.91±0,19; через 1 месяц ИП 1,51±0,3, ИР 0,4±0,26, СДО 0,-87±0,13, через 3 месяца ИП 4,56±2,53, ИР 0,62±0,24, СДО 1,27±0,53.

У больных с гиперплазией эндометрия до операции ИП 1,5-3±0,04, ИР 0,49±0,19, СДО1,5±0,70, на 1-ые сутки ИП 1.02±0,03, ИР0,62±0,49, СДО 0,95±0,42, через 1 месяц ИП1,23±0,24, ИР 0,47±-0,34, СДО 0,71±0,15, через 3 месяца ИП 2,29±0,49, ИР 0,5±0,24, СДО 0,72±0,31.

Динамическое наблюдение за состоянием матки и яичников после электрохирургического термического воздействия на эндометрий и миометрий в раннем и отдалённых периодах проводилось с помощью того же аппарата с использованием трансвагинального сканирования, что значительно повышает разрешающуюся способность ультразвукового исследования женских внутренних половых органов, так как применялись

трансдьюсеры более высокой частоты (5- 7,5МГц) и они непосредственно подводятся к изучаемому объекту. При УЗИ измеряли общие размеры матки, толщину эндометрия, эхо- признаки миометрия, а также состояние яичников. На первые сутки после операции у больнах отмечалось наличие гематометры различных размеров. В течение нескольких недель и месяцев у больных с аблацией эндометрия определяется наличие фиброзной ткани в эндометрии, что свидетельствует о процессе струпообразования. У женщин репродуктивного возраста толщина М (эха) варьирует от 1,23-до7,9 мм в зависимости от фазы менструального цикла, у женщин пременопаузального возраста М(эхо)- щелевидная, а у большинства женщин постменопаузального периода М (эхо) отсутствует.

У всех больных после резекции субмукозных миоматозных узлов и полипов эндометрия на первые сутки отмечается уменьшение размеров матки, чего не наблюдалось у больных после аблации эндометрия.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует, что после деструктивных и реконструктивных электрохирургических внутриматочных вмешательств наблюдается изменение кровообращения в маточной артерии, что проявляется изменениями показателей ПИ, ИР и СДО на 1 сутки, через месяц и через 3 месяца после операции.

ЛЕЙОМИОМА ТЕЛА МАТКИ: ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ СТЕРОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Могиревская О.А., Кондриков Н.И., Самойлова Т.Е., Шамаракова М.В., Аль-Сейкал Т.С. (Москва)

Лейомиома тела матки является одной из наиболее частых мезенхимальных новообразований. Данная доброкачественная опухоль наблюдается преимущественно у женщин позднего репродуктивного возраста и в пременопаузе. Несмотря на значительную частоту развития опухоли, которая нередко сопровождается клинической симптоматикой (кровотечения, боли, нарушение функции соседних органов), патофизиологические основы развития лейомиомы тела матки и в настоящее время остаются недостаточно изученными. Не исключается, что в патогенезе развития лейомиомы тела матки важное значение имеют стероидные гормоны, особенно прогестерон (M.S. Rein, 2000).

Цель исследования состояла в изучении экспрессии стероидных рецепторов в центральном и периферическом отделах лейомиом, удаленных при консервативной миомэктомии на 7 – 13 дни менструального цикла у 14 женщин 34 – 41 лет, в том числе у 7, которым перед оперативным лечением в течение 3 месяцев проводили терапию препаратом с антипрогестогенным действием (мифепристон, 50 мг в день). Для иммуногистохимического исследования отбирали образцы ткани лейомиомы, имевшей межмышечное расположение, диаметром 6-8 см. У 7 женщин, не получавших какого-либо лечения перед консервативной миомэктомией, одновременно с опухолевой тканью, для исследования были взяты фрагменты миометрия. Фрагменты миометрия и лейомиомы фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина и подвергали парафиновой проводке. При исследовании использовали антитела к рецепторам эстрогенов и прогестерона фирмы «Daco Cytomation» (Дания), применяли стрептавидин-биотиновый метод, срезы докрашивали гематоксилином. Анализ иммуногистохимической проводили на основании специальных программ на анализаторе изображения фирмы «Karl Zeiss» (Германия). Экспрессию рецепторов эстрогенов и прогестерона (ER и PgR) в каждом срезе определяли в 10 полях зрения при увеличении х 400. Результат иммуногистохимической реакции оценивали на основании баллов (S. Detre и соавт., 1995), с последующим статистическим анализом.

При морфологическом исследовании центральные и периферические узлы лейомиомы характеризовались вариабельным числом мышечных пучков, идущих в различном направлении. Между мышечными пучками и вокруг гладкомышечных клеток располагалась волокнистая соединительная ткань, в основном рыхлая, а также кровеносные сосуды. Васкуляризация миометрия была более интенсивной по сравнению с тканью лейомиомы. В лейомиоме женщин, получавших мифепристон, отмечалась тенденция к усилению гиалиноза и дистрофических изменений в виде вакуолизации цитоплазмы и пикноза ядер клеток.

Экспрессия ER и PgR в центральном отделе не отличалась от таковой в периферическом отделе лейомиомы. Экспрессия ER в ядрах клеток в миометрии (5,7±3,2 баллов) была достоверно ниже, чем в лейомиоме (7,6±3,7 баллов), в том числе и у женщин, которым проводили лечение мифепристоном (6,6±2,7 баллов). Экспрессия PgR в ядрах клеток миометрия (11,3±3,6 баллов) и лейомиомы (12,9±4-,8 баллов) была выше, чем показатели экспрессии ER. Достоверное снижение экспрессии PgR наблюдали в клетках лейомиомы женщин, которым перед оперативным лечением назначали мифепристон (8,2±3,2 баллов).

Таким образом, экспрессия ER и PgR, несмотря на значительную вариабельность, в лейомиоме превышает таковую в миометрии, что согласуется с данными других исследователей (D.D. Brandon и соавт., 1995; B.Viville и соавт., 1997 и др.). Применение мифепристона способствует снижению экспрессии стероидных рецепторов, особенно PgR. Принимая во внимание указания, что гормональная среда в лейомиоме может находиться в состоянии гиперэстрогении, а также на гиперчувствительность опухолевой ткани в отношении эстрогенов и возможность митогенности действия эстрогенов через воздействие на некоторые факторы роста и межклеточный матрикс (влияние на коллаген типа I и III и каннексин щелевидных межклеточных контактов), нельзя исключить важного значения эстрогенов и ER в росте лейомиомы тела матки. В регулировании роста опухоли, по-видимому, участвуют также прогестерон и PgR. Учитывая наши наблюдения и указания в литературе, в лейомиоме экспрессия PgR значительно превышает таковую ER. Вероятно, высокая экспрессия PgR в лейомиоме препятствует быстрому росту опухоли под воздействием эстрогенов. Не вызывает сомнения необходимость продолжения накопления фактического материала для выяснения значения стероидных гормонов и экспрессии ER и PgR в механизмах роста лейомиомы тела матки.

РИСК ФОРМИРОВАНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

Мороз Н.Н., Тихоновская О.А., Бухарина И.Ю. (Томск)

Цель исследования – оценить риск воздействия хронического течения иксодового клещевого боррелиоза (ИКБ) на репродуктивную функцию женского организма.

Проведено обследование и наблюдение в течение 2-х лет 36 женщин (основная группа) с хроническим течением ИКБ. Набор клинического материала осуществлялся путем вероятностной выборки. В исследовании участвовали женщины репродуктивного возраста с впервые установленным диагнозом хронической формы ИКБ, живущие в Томске и Томской области не менее 10 лет, не имеющие в анамнезе нарушения менструального цикла (НМЦ) и бесплодия и не принимавшие оральные гормональные контрацептивы в период наблюдения. Диагноз ИКБ был основан на клинико-эпидемиологических данных и подтверждался серологически.

Группу сравнения составили 128 женщин с бесплодием, не имеющих в анамнезе клещевые нейроинфекции.

Осмотры пациенток проводились каждые 2 месяца, с наибольшим акцентом на исследовании менструальной (длительность, характер, наличие болевого синдрома, ациклические нарушения) и репродуктивной функций. Для клинической оценки состояния овариально-менструального цикла использовали тесты функциональной диагностики (ТФД), определение содержания гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ и пролактина) и прогестерона (на 20-22 дни менструального цикла) радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов. Всем женщинам проводилось эхографическое исследование органов малого таза. Проходимость маточных труб оценивали методом компьютерной кимопертубации либо посредством гистеросальпингографии. Лапароскопия (эндоскопическая стойка фирмы «Stors», Германия), показаниями для которой были первичное и вторичной бесплодие, проводилась в плановом порядке эндоскопической бригадой гинекологической клиники СибГМУ.

Эффекты воздействия ИКБ на показатели репродуктивной функции оценивали по величине атрибутивного и относительного рисков.

Средний возраст больных составил 30,72±6,87 лет. У 32 женщин (88,9%)диагностировано рецидивирующее течение хронической формы ИКБ и у 4 (11,1) - ремитирующее. Преобладающее поражение ЦНС установлено у 30 (83,3%), опорно-двигательного аппарата – у 14 (38,8%), сочетанное вовлечение в патологический процесс этих систем установлено у 10 (27,8%) женщин. В 38,8% случаев зарегистрировано серопозитивное течение инфекции.

С момента заболевания у 24 пациенток (66,7%) были отмечены НМЦ, при этом наиболее чаще олигоменорея - 14 (58,3%). Среди наблюдавшихся женщин 19 (52,8%) планировали беременность. Бесплодие, преимущественно вторичное (63,6%), было диагностировано у 11 пациенток (57,9%). Преобладающим фактором бесплодия в являлся эндокринный - 72,7 на 100 женщин (при 53,9 на 100 женщин в группе сравнения; $\chi 2 \geq 3{,}841$; $p<0{,}05$). Трубный фактор бесплодия, напротив, был более характерен для пациенток, не имеющих ИКБ в анамнезе и составил 9,1 на 100 женщин (при 65,6 на 100 женщин в группе сравнения, $\chi 2 \geq 3{,}841$; $p<0{,}05$).

Оценка показателей гормонального статуса выявила снижение уровня прогестерона до 7,69±1,23 нг/мл в основной группе (при 49,69±11,13 нг/мл в группе сравнения, $p<0{,}05$) при нормогонадотропном состоянии.

В структуре эндокринного фактора олигоменорея и нарушения менструальной функции и/или овуляции составляют 75 на 100 женщин и 87,5 на 100 женщин, что значимо выше аналогичных показателей в группе сравнения (32,8 на 100 женщин и 31,25 на 100 женщин, соответственно, $\chi 2 \geq 3{,}841$; $p<0{,}05$).

Дополнительная вероятность развития бесплодия (атрибутивный риск), связанная с воздействием хронического течения ИКБ для женщин репродуктивного возраста Томска и Томской области, составляет 40,9%. Риск формирования бесплодия (относительный риск) в группе женщин с хроническим течением ИКБ в 3,4 раз выше, чем в группе без воздействия данного фактора. При оценке показателей, характеризующих взаимосвязь между хроническим течением ИКБ и частотой эндокринного фактора бесплодия, установлено, что атрибутивный риск составляет 18,8%; относительный риск – 1,35.

Преобладание в структуре эндокринного фактора бесплодия, олигоменореи и нарушения менструальной функции и/или овуляции говорит о наиболее высоком влиянии данной патологии на регуляцию процессов овуляции, что, принимая во внимание вовлечение в патологический процесс при ИКБ нервной системы, вероятнее всего свидетельствует о поражении центральных звеньев регуляции менструальной и репродуктивной функций женского организма.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Московкина А.В., Бичуль О.К., Орлов В.И. (Ростов-на-Дону)

До настоящего времени роль уреа- микоплазм в развитии патологических процессов генитального тракта до конца не выяснена. В связи с этим особое внимание в нашем исследовании было уделено изучению частоты распространения генитальных микоплазм у девочек- подростков.

Следует отметить, что широкое распространение урогенитальных микоплазм и их частое выявление у практически здоровых людей затрудняет решение вопроса о самостоятельной роли этих микроорганизмов в этиологии и патогенезе заболеваний урогенитального тракта. Вышесказанное указывает на необходимость дальнейшего изучения этого вопроса с использованием не только качественных, но и количественных критериев оценки патологических процессов, вызванных генитальными микоплазмами

Нами проведено обследование 40 девочек-подростков с вторичной аменореей и 42 пациенток с олигоменореей. В контрольную группу вошло 20 подростков с нормальным менструальным циклом.

Изучение частоты распространения генитальных микоплазм у здоровых подростков и подростков с нарушениями менструального цикла выявило, что наиболее часто в клинических образцах обнаруживалась U.urealiticum (35,00% и 41,46%, соответственно). В отличие от этого колонизация слизистых M.genitalium отмечалась практически в 2,5 раза реже (15,00% и 15,85%, соответственно). Крайне редко у пациенток контрольной группы (10,00%) и группы с олигоменореей (9,52%) регистрировалась M.hominis и лишь в единичных случаях (5,00%) этот микроорганизм удалось обнаружить у подростков с аменореей.

Определение частоты выделения генитальных микоплазм в зависимости от характера нарушений менструальной функции, выявило существенное снижение вегетации этих микроорганизмов у подростков с аменореей продолжительностью более года (44,44%). Выделение уреа- микоплазм у обследуемых этой группы отмечалось в 1,5-2 раза реже, чем у здоровых подростков (60,00%), пациенток с олигоменореей (66,67%) и аменореей менее 1 года (77,27%). Объясняется это, по-видимому, тем, что генитальные микоплазмы наиболее часто встречаются при изменениях микробиоценоза, носящих невоспалительный характер, т.е. при вагинозах. Клиническое обследование и изучение структуры микробиоценоза генитального тракта девочек-подростков выявило, что длительные нарушения менструальной функции по типу аменореи в большинстве случаев сопровождались интенсивным размножением условно-патогенных микроорганизмов (стрептококков, энтерококков и представителей семейства энтеробактерий), вызывающих воспалительные процессы и вытесняющих другие группы микроорганизмов из микробного спектра генитального тракта, в частности уреа- микоплазмы.

При изучении интенсивности колонизации обследуемых биотопов уреа- микоплазмами была выявлена следующая закономерность. У подростков контрольной группы во всех случаях вышеперечисленные микроорганизмы выделялись в количестве <10 3 ЦОЕ/мл. В отличие от этого, у пациенток с нарушениями менструального цикла регистрация генитальных микоплазм в количестве, превышающем нормальные показатели (>104 ЦОЕ/мл), отмечалась в 25,00%-50,00%. В группе подростков с олигоменореей частота выделения данных микроорганизмов в титре более 104 ЦОЕ/мл во всех случаях была реже, чем с показателями, соответствующими норме. У пациенток с аменореей интенсивная колонизация уреамикоплазмами слизистых колебалась от 33,33% до 50,00%.

Данные, полученные в результате проведенного исследования, указывают на недостаточную информативность методов, констатирующих сам факт вегетации генитальными микоплазмами обследуемых биотопов. В связи с тем, что уреа- микоплазмы довольно часто колонизируют слизистые генитального тракта здоровых девочек-подростков для оценки степени участия этих микроорганизмов в развитии патологического процесса, в каждом конкретном случае, требуется определение их количества в исследуемых образцах.

РАДИОТЕРМОМЕТРИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ПЕРИОДА

Мустафин Ч.К., Павлова Е.А, Царькова М.А. (Москва)

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа доброкачественных заболеваний молочных желез, которые диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. Ранняя диагностика заболеваний молочной железы в настоящее время является одной из самых актуальных проблем.

Появившийся в последнее время метод микроволновой радиотермометрии основан на измерении интенсивности собственного электромагнитного излучения внутренних тканей пациента в диапазоне сверхвысоких частот, которое пропорционально температуре тканей. Так как биоткани относительно прозрачны для электромагнитных волн радиодиапазона, это позволяет измерять температуру тканей на глубине нескольких сантиметров.

Согласно существующим представлениям, изменение температуры тканей обычно предшествует структурным изменениям, которые обнаруживаются при общепринятых методах исследования молочной железы - УЗИ, маммографии, пальпации. Поэтому, радиотермометрия представляет интерес для ранней диагностики заболеваний. Кроме того, метод радиотермометрии по своему принципу действия абсолютно безопасен и безвреден для пациентов и обслуживающего персонала, так как при исследовании производится измерение интенсивности собственного электромагнитного излучения тканей человека.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 35 женщин в возрасте от 18 до 45 лет.

Для исследования применялся компьютеризированный диагностический комплекс РТМ-01-РЭС. С помощью специального датчика снимались показатели внутренних температур в симметричных точках на каждой молочной железе. Собственное излучение тканей молочной железы в дециметровом диапазоне регистрировалось и изображалось в цветовой гамме в виде поля внутренних температур. Анализ полученных результатов проводился с помощью компьютерной диагностической экспертной программы. Температура измеряется в 9-ти точках молочной железы, в аксилярных областях и двух опорных точках, что позволяет обследовать всю область молочной железы. Обследование проводится в положении пациенток лежа на спине, руки под головой. Это нормирует расположение измеряемых точек, повышает общую точность измерений благодаря естественному уплощению молочной железы.

Ткань молочных желез является мишенью для действия половых гормонов, гормонов других эндокринных желез, которые принимают активное участие в формировании и развитии молочных желез. В течение менструального цикла происходят циклические процессы пролиферации эпителия в альвеолах и протоках молочных желез, меняется проницаемость базальных мембран, клеточного состава стромы, наблюдается изменение тонуса сосудов и соотношения объема артериовенозного кровотока в каждой альвеоле, в межальвеолярных протоках и соединительнотканной строме, составляющей основу всей железы в целом. Постоянная изменчивость морфофункциональных структур и высокая степень чувствительности к гормональным воздействиям приводят к частому возникновению различных заболеваний молочных желез.

При проведении радиотермометрического исследования в 1 фазу менструального цикла было выявлено:

1. температура молочной железы ниже, чем температура тела;
2. Разница температур между соседними квадрантами одной молочной железы и одноименными квадрантами противоположной молочной железы не более 0,2-0,3 С;
3. температура сосково-ареолярного комплекса выше, чем температура ткани молочной железы на 0,5С;
4. температура в 1 фазу менструального цикла ниже на 1С, чем температура во 2 фазу менструального цикла.

В лютеиновую фазу под влиянием прогестерона происходят пролиферативные изменения в протоках и эпителии молочных желез, в клетках накапливается секрет, наблюдается отечность стромы и усиливается кровенаполнение что может проявляться в виде предменструального напряжения молочных желез.

При РТМ-исследовании во 2 фазу менструального цикла выявлено:

1. температура молочной железы ниже/равна температуре тела;
2. разница температуры между соседними квадрантами одной молочной железы и одноименными квадрантами противоположной молочной железы не более 0,3-0,4 0С;
3. температура сосково-ареолярного комплекса выше, чем температура ткани молочной железы на 1С;

Исходя из вышесказанного, проводить РТМ-исследование предпочтительнее в 1 фазу менструального цикла.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ФЕРТИЛОСКОПИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В., Баканова Д.Н. (Москва)

Трубно-перитонеальные факторы и патология эндометрия являются частыми причинами нарушений репродуктивной функции у пациенток с бесплодием.

Исследование состояния органов малого таза проводится с помощью косвенных методов (гистеросальпингография, эхогистеросальпингоскопия), и методов прямой визуализации (лапароскопия).

В последние годы в клиническую практику внедряется метод фертилоскопии, который позволяет визуализировать органы малого таза и их анатомо-функциональные взаимоотношения. Метод отличает простота и удобство выполнения.

Целью нашего исследования явилось изучение диагностической ценности фертилоскопии при обследовании пациенток с бесплодием.

В исследование было включено 50 женщин репродуктивного возраста (от 23 до 44 лет), страдающих бесплодием неясного генеза. Длительность бесплодия (первичного или вторичного) составляла от 1 до 20 лет.Всем пациенткам проводилась: гистеросальпингография, эхогистеросальпингоскопия, фертилоскопия и лапароскопия. Оценивались чувствительность (вероятность положительного результата диагностического теста при наличии болезни), специфичность (вероятность отрицательного результата диагностического теста в отсутствии болезни) и прогностическая ценность (вероятность наличия или отсутствия заболевания при известном результате диагностического теста) вышеуказанных методов для выявления спаечного процесса в малом тазу и при оценке проходимости маточных труб. Расчет проводился с помощью построения четырехпольных таблиц. Диагностическая лапароскопия использовалась в качестве референтного метода.

Установлена высокая диагностическая информативность фертилоскопии при диагностике трубно-перитонеальных факторов бесплодия, сопоставимая по результатам с диагностической лапароскопией. При выявленном спаечном процессе в малом тазу чувствительность (Чв) фертилоскопии = 95,7%, а специфичность(Сп)= 100%. Прогностическая ценность положительного результата теста (+Пц)= 100% также, а отрицательного (-Пц) = 12,5%.

При оценке проходимости маточных труб Чв = 100%, Сп = 80%, +Пц = 75%, а –Пц = 12%.

При проведении ЭхоГсс при спаечном процессе:

Чв = 64,3%, Сп = 75%, +Пц = 90%, а –Пц = 62,5%. ЭхоГсс при оценке проходимости маточных труб: Чв = 77,8%, Сп = 53,8%, +Пц = 53,8%, -Пц = 23%.

ГСГ для оценки проходимости маточных труб: Чв = 70%, Сп = 63,6%, +Пц = 63,6%, -Пц = 30%. При спаечном процессе: Чв = 53,8%, Сп =16,7%, + Пц = 58,3%, а -Пц = 85,7%.

Таким образом высокие критерии чувствительности, специфичности и прогностической ценности оказались у метода трансвагинальной гидролапароскопии, что свидетельствует об информативности и диагностической точности метода, и что позволяет рекомендовать его к использованию в качестве скрининг-метода при обследования пациенток с бесплодием неясного генеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ РИЛИЗИНГ-СИСТЕМЫ «ЕВРА» У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Назарова Н.М., Куземин А.А., Яглов В.В. (Москва)

Цель: Анализ эффективности и приемлемости трансдермальной контрацептивной системы Евра у женщин репродуктивного возраста.

Методы: Проанализированы результаты наблюдений за 20 женщинами репродуктивного возраста (18-40 лет), использующих трансдермальную систему Евра. Система представляет собой пластырь содержащий 600мкг этинилэстрадиола и 6 мг норэльгестромина. По дозировкам поступающих в кровь гормонов система соответствует микродозированным оральным контрацептивам. Помимо общеклинического исследования, производили измерение АД, массы тела, анализ крови на гемостаз, липидный спектр крови, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты: Эффективность применения трансдермальной системы составила 100%. Ни у одной пациентки, использующей Евра беременность в течение 6 месяцев наблюдения не наступила. Характеризуя переносимость трансдермальной системы необходимо отметить, что в процессе ее использования у 8 пациенток были отмечены следующие побочные реакции: мастодиния – у 2, головная боль - у 2, межменструальные кровянистые выделения в течение первого месяца применения контркацептива – 1, аллергические реакции в виде кожной сыпи – у 2, прибавка массы тела (+3 кг) в течение первого месяца применения – у 1.

Анализ индивидуальных показателей АД до начала применения системы Евра и на фоне ее аппликаций свидетельствовал о том, что ее использование практичеки не влияло на АД. Ни у одной пациентки не было отмечено повышения АД.

Выводы: Трансдермальная контрацептивная система Евра является высокоэффективным методом контрацепции у женщин репродуктивного возраста. Побочные реакции, наблюдающиеся у небольшого числа пациенток, имели транзиторный характер и не требовали дополнительного лечения. Данная система со многих точек зрения будет способствовать повышению приемлемости контрацепции для ряда категорий женщин.

ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН- ЖИТЕЛЬНИЦ ЗОБНО-ЭНДЕМИЧНОГО РЕГИОНА

Налбандян И.В., Горин В.С., Тихонова О.В., Грециенгер И.Ю. (Новокузнецк)

На протяжении всей жизни человека нормальный уровень тиреоидных гормонов является необходимым условием гармоничного функционирования организма. Взаимоотношения между яичниками и щитовидной железой (ЩЖ) в разные возрастные периоды, уровень связи, на котором они осуществляются, привлекают пристальное внимание исследователей. Известно, что связь между ЩЖ и гонадами существует в течение всей жизни женщины. Изменения состояния ЩЖ отражается на менструальной и репродуктивной функциях женщины.

В России более 50% территории традиционно считаются эндемичными по зобу. У женщин детородного возраста, проживающих в йододефицитных регионах, на первый план выступает нарушение функции репродуктивной системы. Это является частой причиной бесплодия или спонтанных абортов. Полноценное развитие половой системы происходит под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза и при нормальном функционировании ЩЖ. При заболеваниях ЩЖ, помимо изменений в балансе половых стероидов, имеет место расстройство гормональной функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.Это свидетельствует о действии гормонов ЩЖ на уровне центральных эндокринных механизмов. Дефицит йода - одна из главных причин возникновения эндемического зоба. Гиперплазия тиреоидной ткани - ответная реакция ЩЖ на недостаток тиреоидных гормонов. Известно, что даже субклинические формы гипотиреоза могут явиться причиной нарушения менструального цикла, бесплодия и развития гиперпластических процессов эндометрия. При первичном гиплтиреозе нарушения менструального цикла наблюдаются у 33-80% больных. Менструальные нарушения находятся в прямой зависимости от тяжести гипотиреоза и мо-гут проявляться самыми разнообразными расстройствами, включая развитие стойкой аменореи.

С целью уточнения влияния гипофункции ЩЖ на гипоталамо-гипофизарно-овариальную систему обследовано 45 женщин репродуктивного возраста с первичным гипотиреозом, имеющих диффузное увеличение ЩЖ. Обследование включало определение содержания пролактина, ФСГ, ЛГ,эстрадиола, тиреотропных гормонов и ТТГ в крови, трансвагинальное УЗИ гениталий, гистероскопию.

Все пациентки обратились с жалобами на дисфункциональные маточные кровотечения, сопровождающиеся слабостью, головокружением, сердцебиениями и другими признаками анемии или основного заболевания; бесплодием или же спонтанными абортами.

Проведение дифференциальной диагностики было направлено на исключение миомы матки, аденомиоза, аденокарциномы эндометрия, внематочной беременности, плацентарного полипа, коагулопатии. По показаниям с лечебно-диагностической целью пациенткам было проведено фракционное выскабливание полости матки с гистологическим исследованием эндометрия. Выскабливание полости матки проводилось после

проведения гистероскопии. Гистероскопия проводилась под внутривенной анестезией (кеталар, диприван, кетамин) или под парацервикальной анестезией (новокаин, лидокаин).Для производства гистероскопии использован гистероскоп фирмы «Карл Шторц» с водопромывной системой.

При гистероскопии у 42 (93,3%) женщин была выявлена патология эндометрия: очаговая гиперплазия эндометрия у 23 (51,1%); субмукозная локализация миоматозных узлову 8 (17,8%);остатки децидуальной ткани- у 3 (6,7%), у одной из них после самопроизвольного аборта с выскабливанием полости матки, у двух- в позднем послеродовом периоде; децидуальный эндометрит- у 1 (2,2%); аденомиоз - у 2 (4,4%); только у одной женщины патологии эндометрия не было выявлено. Результаты гистологического исследования соскобов были следующими: у 12 (26,7%) – железисто-фиброзный полип эндометрия, у 9 (20%)-железистая гиперплазия эндометрия, у 7 (15,5%)-базально-функциональный полип эндометрия и у 1 (2,2%)-базально-функциональный полип эндометрия сочетался с железисто-фиброзным полипом цервикального канала, у 4 (8,8%)-остатки децидуальной ткани, у 2 (4,4%)- железисто-кистозная гиперплазия эндометрия; у 2 (4,4%)- железистая гиперплазия с признаками дисплазии, у 1 (2,2%)-гипопластический эндометрий, у 1 (2,2%)-эндометриальная стромальная саркома и у 1 (2,2%)-патологии эндометрия не обнаружено.

Таким образом, у значительной части больных гистероскопия позволила установить диагноз патологических процессов, его локализацию, распространенность и выполнить прицельную биопсию для исследования эндометрия у женщин, имеющих диффузное увеличение ЩЖ и клинику гипотиреоза.

Несомненно, что гистероскопия должна быть включена в алгоритм обследования женщин с патологией ЩЖ, что позволит оптимизировать ведение данной категории больных при корригирующей функцию ЩЖ терапии.

НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Нарзуллаева Е.Н., Джураева О.Я. (Душанбе, Республика Таджикистан)

В гинекологии до настоящего времени остаются весьма актуальными вопросы, связанные с диагностикой и лечением острых гинекологических заболеваний, миомы матки и бесплодия. Это обусловлено тенденцией роста, этих заболевании преобладанием латентных, стертых, атипических форм и частыми послеоперационными осложнениями.

В связи с широким внедрением видеолапароскопической техники в гинекологическую практику существенно изменился образ клинического мышления, врачи подходы к диагностике и лечению.

Видеолапароскопическая техника является наиболее перспективным направлением в оперативной гинекологии в диагностике и выборе патогенетически обоснованного метода лечения.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения при некоторых заболеваниях органов малого таза.

Материалы и методы исследования.

Нами за период 2001-2005гг. в условиях Медико-санитарная часть Таджикского алюминиевого завода и Центрально-районная больница г. Турсунзаде, 242 пациентам в возрасте от 16 до 66 лет с диагностической и лечебной целью были выполнены различные оперативные вмешательства с применением малоинвазивных технологий:

Диагностическая видеолапароскопия - 76.

Видеолапароскопические операции - 41.

Операции из мини-доступа - 60.

истероскопия - 65.

Всем пациентам при поступлении были произведены общеклинические методы исследования и ультразвуковое исследование, 36 пациентам пункция заднего свода.

Диагностическую видеолапароскопию мы проводили как первый этап оперативного вмешательства с целью уточнения диагноза, при неясных клинических ситуациях в экстренном порядке в условиях операционной; под общей анестезией с помощью видеолапароскопической стойки производства фирмы «Азимут» в условиях искусственного пневмоперитонеума с инсуфляцией углекислого газа в брюшную полость до 8-10 мм. рт.ст. Обзор и ревизию органов брюшной полости мы проводили по часовой стрелке. При выявлении острого гинекологического заболевания, требующего

оперативного вмешательства под визуальным контролем накладывали дополнительные троакары в обеих подвздошных областях и операцию продолжали под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Из 76 больных, которым было произведено диагностическая лапароскопия у 44 пациентов выявлено:

внематочная беременность - 17
острый аппендицит - 11
апоплексия яичников - 5
перекрут ножки кисты яичников - 5
разрыв кисты яичника - 3
фибромиома матки с некрозом миоматозного узла - 1
гидросальпинкс с перекрутом трубы -1
кистома яичника с прорастанием в матку - 1

У 32 пациентов выявлены заболевания непотребовавшие оперативного вмешательства. Таким образом 32 пациентам благодаря лапароскопическому исследованию удалось избежать неминуемой операции.

Видеолапароскопические операции были произведены по следующим показаниям:

внематочная беременность - 4
ДХС - 10
Операции по поводу бесплодия - 10
Киста яичника - 12
Ампутация матки - 3

По поводу бесплодия были произведены следующие виды операций: сальпингоовариолизис, сальпингостомия, фимбриолизис, каутеризация яичников. Всем женщинам, которые оперированы по поводу бесплодия с диагностической целью для уточнения уровня окклюзии маточных труб была произведена хромосальпингоскопия, путем введения контрастного вещества метиленового синего в полость матки.

По отдаленным послеоперационным результатам у 3-х больных наступила беременность. Мини доступом нами произведено 60 операций. Этим доступом мы делали поперечный разрез до 3-х сантиметров выше лона, рану расширяем специальными тарными ранорасширителями до нужного размера.

Выполненные операции из минилапаратомного доступа:

Киста яичника - 15
Внематочная беременность - 20
Апоплексия яичника - 7
Перекрут кисты яичника - 7
Ампутация матки - 5
Тубоовариальное образование - 7

Следует отметить, что при ампутации матки, последняя из брюшной полости выводится путем марцелляции с использованием марцелятора производства НПФ «Крыло» (г. Воронеж, Россия).

Послеоперационные результаты:

	LS	mini	Традиционные
Раневая инфекция	-	-	4 (8%)
Кровотечение	-		1 (2%)
Релапаратомия	-	-	1 (2%)
Релапароскопия	-	-	
Конверсия	-	-	-
Послеоперационные грыжи	-	-	2 (4%)
Спаечная болезнь	-	-	7(14%)
Грубые рубцы	-	-	8(16%)
Летальность	-	-	-
Средний койко-день	2,5	3,8	8.3

Как видно из таблицы, после лапароскопических операций и операций из мини-доступа осложнений не отмечается. Среднее пребывание больного в послеоперационном периоде в 2-3 раза меньше чем после традиционно проделанных.

Также нами было произведено 65 пациентам гистероскопия. Показаниями к гистероскопии служили расстройства менструальпога-ццкла, бесплодие, безуспешная попытка удаления ВМС обычным способом и др. Гистероскопию производили в условиях операционной под в\венным наркозом с помощью оптического прибора гистероскопа с применением гибких и жестких инструментов. В полость матки вводили жидкость (0,9% раствор натрия хлорида или 5% раствор глюкозы) для создания пространства в полости матки с целью выполнения внутриматочных манипуляций. С лечебной целью было произведено 36 гистероскопий, по поводу:

Удаления полипа полости матки - 7
Удаление лигатуры после операции кесарево сечения -18
Удаление ВМС-3
Синехии полости матки - 8

С диагностической целью было произведено 29 гистероскопий, при которых были выявлены:

Субмукозная миома матки - 3
Эндометриоз - 3
Полип слизистой матки - 7
Хронический эндометрит - 16

У всех пациенток вовремя гистероскопии мы брали соскобы из полости матки с последующим пато-гистологическим исследованием с целью выявления ранних стадий гиперпластических процессов матке.

Пато-гистологические результаты:

Железистая гиперплазия эндометрия - 5
Хронический эндометрит - 40
Хронический воспалительный процесс с образованием полипа - 7
Хронический воспалительный процесс с кистозными расширениями которых желез - 13

В заключении следует отметить, что преимуществами малоинвазивной хирургии по данным нашего исследования являются:

Сокращение времени пребывания больного и сроков реабилитации
Малая травматичность и незначительный болевой синдром.
Минимальный риск развития спаечного процесса и инфекции.
Отсутствие послеоперационных грыж.
Косметический, эстетический и экономические эффекты.

В целом малоинвазивная хирургия является методом выбора диагностики и хирургического лечения больных репродуктивного возраста, обеспечивающая как эффективность терапии, так и благоприятное течение послеоперационного периода с минимальным риском развития осложнений, нарушающих детородную функцию.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАННЫХ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОК С КИСТАМИ И КИСТОМАМИ ЯИЧНИКОВ

Наседкин А.Г. (Томск)

Для больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников характерно отсутствие специфической симптоматики. Отмечено, различные нарушения менструального цикла (НМЦ) встречаются у 25% женщин, снижение детородной функции - у 26% (Адамян Л.В., Белоглазова С.В., 1999; Духин А.О., 1997; Biagotti R. et al., 1999; Schulman M. et al., 1994); боли внизу живота - у 47-70,9% (Гатаулина Р.Г., 2001). Наличие других жалоб в научной литературе освещено противоречиво. Так, Вишневская Е.Е. (1994) отмечает, что у больных с кистомами встречаются нейроэндокринные и психо-эмоциональные жалобы. Однако, их частота, продолжительность, степень выраженности не исследованы. Вместе с тем, опухоли могут занимать различный объем яичника от небольшой его части до всего яичника, что, казалось, должно приводить к более выраженной клинической картине.

Целью настоящего исследования явилось изучение нарушения здоровья женщины, связанное с возникновением в яичниках опухолевидных образований и доброкачественных опухолей.

Материалы и методы: обследовано 67 женщин в возрасте 15-65 лет, 53 с кистами (I группа) и 14 с кистомами (II группа). Возраст обследованных составил в I группе: 15-20 лет-11 (во II-й - 2); 21-30 лет - 17 (во II-й - 2); 31-40 лет - 8 (во II-й - 2); 41-50 лет - 12 (во II-й - 6); 51- 65 лет - 5 (во II-й - 2). У всех женщин проводился тщательный

сбор анамнеза: особенности течения беременности и родов у их матерей; характер менструальной, половой, секреторной, детородной функций, продолжительность жалоб, оценка объективных данных (рост, масса тела, характер оволосения, состояние молочных желез), гинекологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение: особенность течения беременности у матерей пациенток I группы заключалась в том, что 7,8% имели угрозу прерывания (0% - во II-й), 5,9% страдали токсикозом I половины беременности (7% - во II-й), 5,9% имели поздний гестоз (0% - во II-й). Срочные роды у матерей пациенток I группы составили 91,5%, преждевременные - 8,5%, в II-й - соответственно 92,9% и 7,1%. В состоянии асфиксии в I группе родилось 15,6% новорожденных, с внутричерепной травмой - 4,4%, во II-й - 7,1% и 0% соответственно. Детские инфекции перенесли 74,5% девочек I группы и 92,9% - II-й; сочетание двух и более инфекций отмечено соответственно в 39,2% и в 42,9%. У девочек обеих групп наблюдались частые простудные заболевания (I группа - 34,6%, II-я - 42,9%) и ангины (I группа - 30,8%, II-я - 35,7%).

Менархе у пациенток I группы наступило до 11 лет – в 7,7% случаев, с 11,1- 15 лет – в 84,6%, после 15 лет - в 7,7%; соответственно во II-й: в 0%, в 92,9%, в 7,1%. Месячные установились сразу у девочек I группы - в 71,2%, спустя год – в 5,8%, через 2-8 лет – в 9,6%, не установились на момент обследования - в 13,5%; соответственно во II-й: в 84,6%, в 7,7%, в 7,7%.

Половую жизнь женщины I группы начали до 14 лет – в 1,9%, в 14-20 лет в 90,4%, после 20 лет - в 7,7%; соответственно во II-й – в 0%, в 76,9%, в 23,1%. Предохранялись от беременности различными методами 80,8% обследованных I группы, и 100% - II-й.

Детородная функция: имели беременность 61,2% обследованных I группы и 91,7% II - й. Срочные роды отмечены у женщин I группы в 42,85%, во II-й в 92,3%, преждевременные - соответственно в 2% и в 7,7%. Самопроизвольное прерывание беременности наступило у пациенток I группы в 6,1%, во II группе в 41,7%. Медицинские аборты имели 44% пациенток I группы и 83,3% II-й.

При оценке объективных данных средний рост составил 164,-6±5,6 см у пациенток I группы и 171,0±9,1см у пациенток II-й, вес – 59,8±11,1 и 77,3±18,8 кг соответственно. Избыточный вес зафиксирован у 11,3% пациенток I группы и у 21,4% II-й.

Основными жалобами больных I группы были НМЦ в течение 1-12лет (32,7%): удлинение менструального цикла (11,3%), укорочение - (9,4%), гиперполименорея (18,9%); во II-й - в течение 1-3 лет (21,4%) были: удлинение менструального цикла (14,3%) и гиперполименорея (7,1%).

Болевой симптом у пациенток I группы отмечен в 77,4%: длительностью от нескольких часов до месяца в 58,5% случаев, свыше одного месяца до 1,5 лет - у 18,9%, боли превалировали во время месячных у 47,2%, постоянные боли пациентки не отмечали; во II-й в - 53,8%, причем боли во время месячных отмечали 14,3%, периодические боли внизу живота были у 50%.

У большинства женщин обеих групп имелись психо-эмоциональные, нейро-вегетативные жалобы в различных соотношениях и различной степени выраженности (в I группе у 84,9%, во II-й у 85,7%). У пациенток обеих групп превалировали психо-эмоциональные жалобы, а именно: плаксивость (I группа в 54,72%, II-я в 50%), раздражительность (I группа - 52,83%, II-я - 42,86%), утомляемость (I группа - 49,1%, II-я - 42,86%), снижение работоспособности (I группа - 41,51%, II-я - 42,86%), сниженное или первоначально низкое либидо (I группа - 35,85%, II-я - 50%), лабильность настроения (I группа - 35,85%, II-я - 35,71%), навязчивые идеи (I группа - 30,19%, II-я - 7,14%).

На втором месте по частоте встретились нейро-вегетативные жалобы: головная боль (I группа - 45,28%, II-я - 35,71%), приливы (I группа -35,84%, II-я - 35,71%), сердцебиение (I группа - 33,96%, II-я - 28,57%), нарушение сна (I группа -33,96%, II-я - 28,57%), повышенная возбудимость (I группа - 30,8%, II-я - 21,43%), сухость кожи (I группа - 28,3%, II-я - 21,43%), непереносимость высокой температуры (I группа - 24,52%, II-я - 24,52%), сонливость (I группа - 25,53%, II -я 28,57%), потливость (I группа - 20,75%, II-я - 21,43%), зябкость (I группа - 15,09%, II-я - 7,14%), тошнота (I группа - 15,09%, II-я - 21-,43%), приступы удушья (I группа - 13,21%, II-я - 7,14%), отечность (I группа- 11,32%, II-я - 7,14%), брадикардия (I группа - 7,55%, II-я - 7,14%), зуд тела (I группа - 3,77%, II-я - 7,14%), гусиная кожа (I группа - 1,89%, II-я - 7,14%).

Таким образом, у матерей пациенток I группы отмечалось более неблагополучное течение I и II половины беременности и состояние новорожденных. У девочек I группы частота детских инфекций была выше, менархе начиналось в более раннем возрасте и у них преобладали различные нарушения менструального цикла. Однако, сочетание детских инфекций, простудных заболеваний, а в детородном возрасте преждевременные роды и самопроизвольное прерывание беременности превалировали во II группе. При выявлении исследуемой патологии у женщин I группы отмечены НМЦ, а во II-й - болевой симптом. Для пациенток обеих групп был характерен высокий процент психо-эмоциональных, нейро-вегетативных жалоб. Однако, если первые встретились почти в равной степени в обеих группах, то вторые - чаще в I группе.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Насырова С.Ф., Амерханова Г.А., Гадыльшина С.А. (Уфа)

Диагностика и лечение патологических процессов шейки матки относятся к актуальным вопросам современного акушерства и гинекологии. Это обусловлено высокой частотой данной патологии, значительной вероятностью озлокачествления и недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Современная тактика распознавания патологических процессов шейки матки складывается из комплекса диагностических мероприятий, среди которых особое значение имеют цитологический и гистологический методы исследований.

Онкоцитологический метод основан на морфологическом исследовании эпителиальных клеток слизистой оболочки шейки матки. Точность этого метода достигает 80%. Его широко используют при массовых профилактических осмотрах. Один из основных его недостатков — невозможность прицельного цитологического обследования. Гистологический метод диагностики на сегодняшний день является наиболее точным. Однако вследствие инвазивности его нельзя использовать при массовых профилактических осмотрах. Область его применения — уточнение в сомнительных случаях кольпоскопического и (или) цитологического диагноза.

Нами проведен анализ 3126 случаев заболеваний шейки матки. Всем женщинам проводились кольпоскопическое, цитологическое и гистоморфологическое исследования. По данным кольпоскопического исследования, эктопия шейки матки диагностирована в 2424 (77,5%) случаях, законченная зона трансформации с множественными кистозно-расширенными железами – в 279 (8,9%) случаях, лейкоплакия шейки матки обнаружена в 238 (7,7%) случаях, мозаика, пунктация, ацетобелый эпителий, атипичные сосуды, немые йод-негативные зоны выявлены в 185 (5,9%) случаях. При цитологическом исследовании лейкоплакия была выявлена в 243 (7,8%) случаях, признаки ВПЧ-инфекции (койлоциты, гиперплазия парабазальных клеток, признаки паракератоза) обнаружены в 205 (6,6%) случаях, дисплазия шейки матки диагностирована в 108 (3,5%) случаях, в одном случае (0,03%) – подозрение на рак шейки матки, у остальных 2569 (82,1%) женщин в мазках обнаружены клетки многослойного плоского и цилиндрического эпителия без признаков атипии. Результаты гистологического исследования: стационарный эндоцервикоз диагностирован в 1331 (42,5%) случае, эпидермизирующийся эндоцервикоз – в 918 (29,3%) случаях, лейкоплакия шейки матки выявлена в 706 (22,6%) случаях, железисто-кистозная гиперплазия шейки матки диагностирована в 33 (1,1%) случаях, дисплазия различной степени тяжести выявлена в 121 (3,9%) случае, в том числе в 2 случаях - с подозрением на рак шей-

ки матки. Следует отметить, что в 59 случаях при гистологическом исследовании дисплазия диагностирована у женщин, которым на основании кольпоскопического и цитологического исследований был выставлен диагноз «эктопия шейки матки», а в 6 случаях – у женщин с законченной зоной трансформации с множественными кистозно-расширенными железами. Рак in situ диагностирован в 8 (0,3%) случаях и рак шейки матки I – II стадии – в 8 (0,3%) случаях.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что морфологические методы исследования являются достоверными и значимыми в диагностике патологии шейки матки, что необходимо учитывать при лечении заболеваний шейки матки.

ДИСПЛАЗИИ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Насырова С.Ф., Амерханова Г.А. (Уфа)

Рак шейки матки продолжает занимать одно из первых мест в структуре онкологической заболеваемости женского населения. Исследования последних лет показали, что заболевание, как правило, развивается на фоне предшествующих доброкачественных и предраковых процессов шейки матки. На сегодняшний день установлено, что обязательным этапом малигнизации плоского эпителия является дисплазия. Возрастной пик развития дисплазии шейки матки приходится на 31 - 40 лет (умеренная форма) и 40 - 50 лет (резко выраженная). Дисплазия локализуется идентично преинвазивной карциноме в зависимости от возраста: у молодых - на эктоцервиксе и в области переходной зоны, после 40 лет - в канале (изолированно) или с переходом на шейку матки (сочетанно).

Нами обследована 121 пациентка с патологией шейки матки в возрасте от 18 до 65 лет. Всем им проведено комплексное обследование, включая кольпоскопическое, цитологическое, гистологическое. На основании данных кольпоскопического исследования эктопия и эктропион шейки матки выявлены в 59 случаях (48,8%), лейкоплакия – в 17 (14,0%), законченная зона трансформации с множественными кистозно-расширенными железами – в 6 (5,0%), мозаика, пунктация, ацето-белый эпителий, аномалии сосудов, немые йод-негативные зоны обнаружены в 39 случаях (32,2%). Результаты цитологического исследования показали: лейкоплакия шейки матки диагностирована у 13 (10,7%) обследованных, дисплазия различной степени тяжести – у 43 (35,5%), в остальных 65 (53,8%) случаях при цитологическом исследовании обнаружены клетки многослойного и цилиндрического эпителия без признаков атипии. Результаты гистологического исследования выявили: в возрасте до 20 лет дисплазия легкой степени обнаружена у 1 (0,8%) пациентки, дисплазия средней степени – у 1 (0,8%), дисплазия тяжелой степени – у 2 (1,6%). В возрасте 20 – 24 года дисплазия легкой степени выявлена у 8 (6,6%) женщин, средней степени – у 7 (5,8%) и тяжелой степени – у 1 (0,8%) женщины. В возрасте 25-34 года результаты гистологического исследования были следующими: легкая дисплазия – у 14 (11,6%) женщин, дисплазия средней степени тяжести – у 8 (6,6%) и тяжелая дисплазия - у 17 (14,0%) пациенток. В возрастной группе от 35 до 44 лет легкая дисплазия диагностирована в 15 (12,3%) случаях, умеренная дисплазия – в 11 (9,1%), тяжелая дисплазия – в 12 (9,9%). У женщин в возрасте 45-54 года выявлено: дисплазия легкой степени – 6 (5,0%) случаев, средней степени – 7 (5,8%), тяжелой степени – 3 (2,5%). У пациенток старше 55 лет легкая дисплазия выявлена у 5 (4,1%) женщин, умеренная дисплазия – у 3 (2,5%), тяжелая дисплазия в данной возрастной группе не выявлена.

Биопсия шейки матки чаще всего проводилась с помощью радиохирургического аппарата или при помощи скальпеля.

Результаты наших исследований показали, что чаще всего дисплазии шейки матки выявлялись у пациенток репродуктивного возраста: 25-34 года (32%) и 35-44 (31%), что, несомненно, свидетельствует о необходимости своевременной профилактики данной патологии, раннего выявления, лечения и диспансерного наблюдения этого контингента женщин.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРОМБОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Немченко О.И., Уварова Е.В., Федорова Т.А., Василенко И.А. (Москва)

Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) по-прежнему остается актуальной у девушек в связи с достаточно высокой их частотой в структуре гинекологических заболеваний (18-38%) и отчетливой тенденцией к хронизации процесса, особенно при сочетании с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта.

Как известно, все фазы воспалительного процесса сопровождаются неспецифическими реактивными изменениями в периферической крови. Эти изменения касаются также форменных элементов, в том числе тромбоцитов, которые участвуют в обеспечении процессов коагуляции, репарации сосудистой стенки, депонировании и транспорте биологически активных веществ. Полиморфность тромбоцитов, высокая реактивность и возбудимость в ответ на любые изменения в организме позволяет использовать оценку их состояния при обследовании больных с отклонениями в системе гемостаза на фоне различных, в том числе гинекологических заболеваний. Данные о физиологических вариациях функциональной активности тромбоцитов могут служить объективным критерием не только для диагностики патологических состояний, но и для оценки эффективности действия различных лечебных мероприятий.

Для профилактики рецидивов хронических ВЗОМТ у девочек используют иммуномодуляторы, витаминно-минеральные комплексы, антигомотоксичекую терапию, преформированные физические факторы, а также эфферентные методы лечения, в том числе плазмаферез. Лечебный эффект плазмафереза (ПА) обусловлен многими механизмами: удалением из кровеносного русла токсических веществ, аутоантител, иммунных комплексов, компонентов разрушенных тканей и клеток; повышением функциональной активности кроветворных, стромальных и иммунокомпетентных клеток, деблокированием фагоцитирующей системы, улучшением микроциркуляции и реологических свойств крови. Как было показано ранее, в результате элиминации токсических веществ, циркулирующих иммунных комплексов, эндотоксинов и бактериальных антигенов происходит повышение активности мембранных рецепторов.

Целью исследования явилось изучение результатов компьютерной динамической фазометрии (КДФМ) тромбоцитов для экспресс-диагностики эффективности терапевтических программ с включением дискретного ПА у девочек с хроническими ВЗОМТ.

Материалы и методы. Были обследованы 28 девушек с хроническими ВЗОМТ, для терапии которых использовался лечебный ПА. Возраст больных колебался от 11 до 18 лет и составил в среднем 15 лет. Группу контроля составили 24 практически здоровые девочки аналогичного возраста. Воспалительный процесс придатков матки с явлениями маточных кровотечений пубертатного периода выявлен у 13 больных, и с проявлениями дисменореи - у 8 девочек. Наличие эндоскопических признаков хронических ВЗОМТ позволили во всех случаях подтвердить диагноз. Всем девочкам был проведен прерывистый ПА с малым объемом плазмоэксфузии. При наличии маточных кровотечений пубертатного периода воспалительного генеза ПА был проведен вне кровотечения. Объем эксфузии плазмы составлял 30-40% объема циркулирующей плазмы. Плазмовозмещение в зависимости от клинических и лабораторных

данных проводили кристаллоидными и коллоидными растворами в соотношении к объему эксфузии 1,2:1. Количество сеансов ПА подбиралось индивидуально и составило от 2 до 4. Оценка тромбоцитарного звена гемостаза с помощью КДФМ проводилась до начала терапии и после её окончания (т.е. через 7-8 дней).

Эффект лечебного плазмафереза оценивался полным при исчезновения болевого синдрома, улучшении общего и психоэмоционального состояния, нормализации, восстановлении менструальной функции, отсутствии обострений и сохранении трудоспособности в течение 12 месяцев. При отсутствии положительных изменений хотя бы в одном из перечисленных параметров эффект лечения расценивался неполным. Длительность наблюдения после проведенного курса лечения составила в среднем 1,2±0,2 года.

Результаты. Полный лечебный эффект ПА был у 10 девушек (35,7%), неполный положительный клинический эффект у 17 пациенток (60,7%), отсутствие выраженного эффекта наблюдали у 1 девушки (при ВЗОМТ с проявлениями маточных кровотечений пубертатного периода). Длительность ремиссии основного заболевания составила в целом 12±2 месяца (исходно составляла 6±2 месяца).

Анализ результатов обследования девочек с хроническими ВЗОМТ показал, что данные КДФМ тромбоцитов отличаются от аналогичных показателей здоровых девочек. Тяжесть состояния пациенток соответствовала выраженности отклонений размерных параметров тромбоцитов: У девочек с длительными маточными кровотечениями (более 2-4 недель) отмечено большее увеличение диаметра, периметра, площади и уменьшение фазовой высоты клеток по сравнению с девочками с кровотечениями до 2 недель, ВЗОМТ без маточных кровотечений пубертатного периода и, тем более девочками контрольной группы. У всех девочек с ВЗОМТ выявлено изменение морфологического состава популяции тромбоцитов, проявившееся снижением процента дискоцитов, т.е. клеток покоя, в отдельных случаях до 34% (при нормативных показателях 69-70%), увеличением количества дискоэхиноцитов, т.е. активированных тромбоцитов I-го и особенно II-го порядка до 28 и 22% (при норме 15-25% и 10-15% соответственно). Наиболее значимым отклонением явилось значительное повышение процента дегенеративно измененных и функционально неполноценных клеток от 6 до 18% (при норме от 0 до 4%). Выявленные изменения клеточного звена гемостаза обладали высокой диагностической и прогностической значимостью.

У 27 девочек при контрольной ДКФМ тромбоцитов на 7 сутки терапии отмечено улучшение размерных параметров и соотношения функциональных классов тромбоцитов до нормативных значений у здоровых девочек. Отсутствие улучшения параметров ДКМФ наблюдали у девушки с ВЗОМТ с проявлениями маточных кровотечений пубертатного периода, что коррелировало с отсутствием значимых клинических изменений. Важно отметить, что отсутствие рецидивов маточных кровотечений в ближайшие 2 месяца отмечено у всех девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода.

Заключение. Таким образом, анализ эффективности проведенного лечения с включением курса плазмафереза у девочек с ВЗОМТ позволяет сделать вывод, что данная терапия способствует увеличению продолжительности стадии ремиссии и значительно улучшает течение ВЗОМТ. Установлено также, что положительному эффекту лечебных мероприятий соответствует картина стабилизации клеточных размеров до контрольных значений и нормализация соотношений функциональных классов тромбоцитов, являющихся морфологическим субстратом системы гемостаза.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Нестеров Ф.В., Холодков В.А. (Курган)

Частота распространенности опущения стенок влагалища по различным оценкам колеблется до 50%, причем передняя стенка влагалища наиболее частая локализация пролапса. Выраженное опущение передней стенки влагалища ведет к увеличению объема остаточной мочи, развивается затрудненное мочеиспускание и восходящая мочевая инфекция. Нередко отмечается дискомфорт и расстройства сексуальной функции и как следствие снижение качества жизни. Для хирургической коррекции пролапса предложено более-100 различных методик и их модификаций, но до последнего времени чаще применяется передняя кольпоррафия. Эффективность этой операции не превышает 70%, достигая частоты рецидивирования с течением времени до 40%. Современным направлением в улучшении результатов хирургического лечения пролапса стенок влагалища и профилактики рецидивов является применение синтетических материалов в качестве протезирования и дополнения собственной несостоятельности тканей. Для хирургической коррекции опущений стенок влагалища нами использована проленовая сетка. За 3-х летний период нами оперировано 49 больных различных возрастных групп с выраженными формами пролапса стенок влагалища.

Реконструктивные операции на передней стенке влагалища дополняли фиксацией полипропиленового протеза трапециевидной формы к сухожильным дугам тазовой фасции, а 12 больным дополнительного наложен проленовый слинг. Всем оперированным больным выполнена задняя кольпоррафия с дополнительным укреплением задней стенки влагалища лоскутом проленовой сетки. Время послеоперационного наблюдения составило до 3 лет.

Все больные, перенесшие пластические операции с использованием синтетических протезов удовлетворены их результатами, у них отсутствовали функциональные нарушения и рецидивы пролапса и как следствие улучшилось качество жизни. У 1 больной имелся пролапс сетки на передней стенке влагалища, который устранен дополнительными швами. Нами замечено, что наиболее выраженный клинический эффект получен при комбинированной методике операции - это проленовый слинг и протезирование передней и задней стенок влагалища.

Таким образом, применение проленовой сетки в хирургии пролапса стенок влагалища и недержания мочи является эффективным методом хирургической коррекции, прост в выполнении при минимальных осложнениях в условиях обычных стационаров.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ВАГИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НОВАРИНГ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Нестеровская И.В., Осипова А.А. (Москва)

Проблема оптимального выбора средств контрацепции, позволяющих сохранить репродуктивное здоровье, является крайне актуальной и обусловливает поиск инновационных методов контрацепции. В настоящее время разработано гормоносодержащее влагалищное кольцо НоваРинг, представляющее собой принципиально новый метод контрацепции. НоваРинг – гибкое прозрачное кольцо, выполненное из эватана (этинилвинилацетат) диаметром 54 мм и толщиной в сечении 4 мм. Каждое кольцо содержит 2,7 мкг этинилэстрадиола и 11,78 мкг этоноргестрела.

Сочетание этих гормонов обеспечивает уровень стероидных гормонов в крови оптимальный для достижения контрацептивного эффекта. По суточному выделению эстрогенного компонента НоваРинг соответствует ультрамикродозированным оральным контрацептивам. Гестогенный компонент представлен высокоэффективным гестагеном последнего поколения – этоноргестрелом, являющимся биологически активным метаболитом дезогестрела. Также как и дезогестрел, этаногестрел обладает высокой гестагенной активностью, эффективно подавляет овуляцию, повышает вязкость шеечной слизи.

С целью оценки эффективности и безопасности гормональной вагинальной системы НоваРинг было проведено исследование с применением общеклинических, ИФ, биохимических, вирусологический, бактериологических, ультразвуковых, статистических методов, использованы анкеты оценки сексуального функционирования и психоэмоционального статуса.

В исследование были включены 19 женщин репродуктивного возраста (18-45 лет). Длительность применения НоваРинг составила 3 месяца. Результаты клинических исследований подтвердили высокую контрацептивную эффективность НоваРинг (100%), в большинстве циклов (98%) наблюдались закономерные менструальноподобные кровотечения. Межменструальные выделения отмечены лишь у одной женщины (2%) и не явились причиной отказа от дальнейшего применения НоваРинг. Ультразвуковое исследование матки и придатков на фоне применения кольца НоваРинг не выявило изменений состояния половых органов ни у одной пациентки.

К настоящему времени результаты кольпоскопических, цитологических и микробиологических исследований на фоне использования НоваРинг свидетельствуют об отсутствии патологических изменений в цитологических мазках шейки матки и нарушении микробиоценоза влагалища у пациенток. В ходе исследования не установлено отрицательного атерогенного воздействия препарата НоваРинг на липидный спектр крови, показатели системы гемостаза находились в пределах возрастных нормативных значений. По результатам исследования нагрубание в молочных железах отмечали 2% пациенток, головные боли – 2%, тошнота не наблюдалась ни у одной из женщин. Ни одной женщиной не было отмечено неудобство при половых контактах. Не было ни одного случая экспульсии кольца, ни одна женщина не отказалась от дальнейшего использования кольца по причине появления побочных реакций. К настоящему времени клинически значимой прибавки массы тела не наблюдала ни одна женщина, использующая кольцо НоваРинг. Большинство женщин (98%) отмечали удобство применения НоваРинг.

Таким образом, можно отметить, что гормональное контрацептивное кольцо НоваРинг представляет собой принципиально новый метод контрацепции. Влагалищный метод введения позволяет достичь существенных преимуществ: выделение малых доз гормонов, отсутствие суточных колебаний экскреции гормонов, эффект первичного прохождения чрез печень и желудочно-кишечный тракт, отсутствие необходимости ежедневного контроля за применением, неинвазивность метода, возможность использования у нерожавших женщин (в отличие от ВМС), введение кольца самой пациенткой, что, вне сомнений, обусловливает высокую приемлемость данного гормонального средства. Полученные результаты исследования подтверждают высокую контрацептивную эффективность и безопасность вагинальной гормональной системы НоваРинг.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ПРОЛАПСОМ МАТКИ

Нечайкин А.С., Пешев Л.П., Андреева Н.А., Беликова Е.В. (Саранск)

Пролапс матки – одна из серьезных проблем современной гинекологии, требующая неотложного решения. Несовершенство предоперационной подготовки и недостаточная эффективность применяемых операций, высокая частота рецидивов заболевания вынуждают изыскивать новые пути воздействия на патологический процесс. В настоящее время довольно широкое применение в клинике нашел способ терапевтического воздействия на патологически измененные ткани световой энергией оптического квантового генератора – лазера.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения пролапса матки и мочевого пузыря путем включения в предоперационную подготовку больных гелий-неонового лазерного излучения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 73 больные пролапсом матки. Для решения поставленной задачи все пациентки (в зависимости от применявшихся методов лечения) были условно разделены на 2 группы. В первую группу вошли 32 больные, которым применяли только традиционное лечение (группа сравнения), включавшее в себя хирургическое, местное и общее консервативное лечение. Вторую группу составили 41 пациентка, которым лечение традиционными методами дополнено лазеротерапией. Лазерным лучом длиной волны 632,8 нм облучали переднюю стенку влагалища. Плотность мощности на выходе световода составляла 10 мВт/см2., расстояние от оптического квантового генератора до биологического объекта 20 – 30 см.; экспозиция облучения 4 минуты. Курс лечения включал 5 – 7 процедур до операции и 5 – 6 процедур в послеоперационном периоде.

Оценку эффективности лечебных мероприятий осуществляли по динамике электрофизиологических показателей функционального состояния мочевого пузыря, регистрируемого методом вагинальной электроцистографии. Функциональные резервы мочевого пузыря выявляли по характеру изменения его биоэлектрической активности (БАМП) после проведения гидравлической пробы (ГДП). К клиническим показателям относили длительность пребывания больной в стационаре, клинические исходы. Анализ отдаленных результатов проводили в течение 5 лет с момента лечения по активному вызову и самостоятельному обращению пациенток в стационар после операции.

Результаты и их обсуждение. Анализируя динамику электрофизиологических показателей функционального состояния мочевого пузыря при использовании различных методов лечения (традиционная терапия и лазеротерапия), выявили, что интенсивность БАМП наиболее быстро нормализовалась у больных второй группы на фоне лазерного облучения: биоэлектрическая активность мочевого пузыря увеличилась на 25,9%, в то время как традиционная терапия способствовала увеличению ее интенсивности лишь на 12,0%, причем, у 27 (81,8%) пациенток. Наиболее демонстративно эти изменения проявлялись при проведении гидравлической пробы, при которой биоэлектрическая активность мочевого пузыря повышалась во второй группе больных на 50,2%, а в группе сравнения – на 17,9%. Функциональный резерв мочевого пузыря возрастал более выражено во второй группе пациенток на - 75,9% Традиционная терапия способствовала повышению функционального резерва лишь на 35,1%.

Длительность пребывания больных в стационаре из группы сравнения составила 22,37±0,49 суток, тогда как в группе пациенток с применением лазерных лучей койко-день уменьшился в 1,3 раза. В группе сравнения полное выздоровление наступило у 29 (93,9%), улучшение – у 2 (6,1%) женщин; в группе больных с применением лазеротерапии полное выздоровление наступило у 41 (100%) пациентки. Частота рецидивов пролапса гениталий у пациенток из группы сравнения составила 7 (21,2%) случаев, при использовании лазерных лучей – 3 (7,3%) случаев.

Использование лазеротерапии в комплексном лечении пролапса матки позволило увеличить количество выздоровлений на 6,0%, сократить сроки лечения на 5,1 суток, снизить количество рецидивов на 13,9%.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности использования лазерного излучения в комплексном лечении больных пролапсом матки.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Новиков М.А., Заруба М.Ю., Ряховский А.Н., Краснолуцкий Н.А. (Липецк)

В настоящее время в практической деятельности врача гинеколога все больший удельный вес занимает лапароскопический метод оперативного лечения, так как имеет ряд преимуществ по сравнению с лапаротомией. Это небольшая травматизация тканей, ранняя активизация больных, сокращение сроков пребывания в стационаре, а также косметический эффект.

Материалы и методы: Отделение гинекологии развернуто на 60 коек. В 2004 году в гинекологическом отделении МЛПУ МСЧ «Свободный сокол» выполнено 353 операции. Из них лапароскопическим доступом в 241 наблюдении, что составило 68,3%. Ежегодно отмечается рост абсолютного числа лапароскопических операций: 2001 г.-18; 2002г. – 155; 2003- 175; 2004- 241. Лапароскопическая

стойка функционирует ежедневно, а в дни ургентных дежурств больницы – круглосуточно. Возраст варьировал от 16 до 45 лет. Операции выполнялись как в планово, так и в экстренном порядке, под эндотрахеальным наркозом. Средняя длительность операции составила 30±5 минут.

Результаты: из 241 операции в плановом порядке выполнено 180 (74,7%), в экстренном – 61 (25,3%).

Плановые операции:

1.Бесплодие – оперировано 144 женщины в возрасте от 18 до 38 лет. Первичное бесплодие в 81 случае, вторичное- в 63. Сочетанная форма бесплодия установлена у 36 больных. Средняя длительность пребывания в стационаре 2,7 дня.

По поводу кисты яичника оперировано 9 больных, 27 пациенткам выполнена хирургическая стерилизация. Средняя длительность лечения в этой группе больных составила 3,0 дня.

Экстренные операции – 61. Среднее пребывание 6,1дня.

Внематочная беременность – 32, в 7 случаях выполнено трудное кесарево сечение (6,8 к/дня).

Апоплексия яичника – 7 (6,1к/дня).

Киста яичника – 11 (6,4 к/дня).

Пельвиоперитонит – 1 (19,0 к/дня).

Сроки пребывания в стационаре больных, оперированных методом лапароскопии разнятся с таковыми у женщин, перенесших лапаротомию (внематочная беременность – 10,1 к/дня, киста яичника – 12,0 к/дня, апоплексия яичника – 10,0 к/дня и т.д.).

Осложнение после лапароскопической операции было в одном наблюдении – кровотечение из культи яичника после резекции последнего. Оперирована повторно лапароскопически. Выписана с выздоровлением.

ВЫВОДЫ: Лапароскопический доступ оперативного лечения в гинекологии является более предпочтительным. Широкое внедрение лапароскопии в условиях гинекологического отделения МЛПУ МСЧ «Свободный сокол» позволило нам снизить сроки пребывания больных в стационаре, время действия наркоза, а также расход медикаментов, в частности антибиотиков, в послеоперационном периоде за счет сокращения сроков реабилитации больных.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНИАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Новикова Н.В., Чижова Г.В. (Хабаровск)

Бесплодие у женщин относится к числу наиболее важных и актуальных проблем современной гинекологии. В 40% случаях бесплодие у женщин – трубно-перитониального генеза. Проведение реконструктивно-пластических операций у данной группы больных сопряжено с образованием новых спаек. Поэтому порой целенаправленная хирургическая коррекция является дополнительным фактором для спайкообразования тем самым, ухудшая исход лечения.

По данным В.И. Кулакова (1998) процент образования послеоперационных спаек после реконструктивно-пластических операциях колеблется от 55 до 95 и зависит от характера оперативного вмешательства, операционного доступа, использованного метода профилактики и технических средств.

Согласно классической теории патогенеза, пусковым моментом образования послеоперационных спаек является повреждение брюшины, которое приводит к ишемии, способствует снижению местной фибринолитической активности ткани с последующей воспалительной реакцией. Воспалительная реакция после травмы брюшины регулируется при участии эндогенных химических медиаторов с активацией систем кининов, компонентов комплемента, простагландинов и систем свертывания крови под контролем иммунокомпетентных клеток. При этом происходит выпотевание серозно-геморрагического экссудата через поврежденную поверхность брюшины, коагуляция белковых компонентов и образование фиброзных сращений между органами брюшной полости. Если фибринолитическая активность брюшины сохранена, то в течение 24-72 часов после операции осуществляется лизис фибринозных сращений и нормальное заживление брюшины. При снижении фибринолитической активности брюшины фиброзные сращения между органами брюшной полости персистируют и за счет накопления в них фибробластов и прорастания капилляров переходят в фиброзные соединительно-тканные спайки.

В последние годы ряд авторов считают, что в патогенезе развития послеоперационных спаек главная роль принадлежит наследственной предрасположенности, связанной с «металлолигантным гомеостазом», или «фенотипом быстрого ацетилирования. У людей с медленным фенотипом ацетилирования в связи с низкой активностью фермента N-ацетилтрансферазы происходит накопление субстратов ацетилирования. Эти субстраты связываются с ионами меди, что ведет к снижению активности ферментов лизилоксидазы и пролилоксидазы. Вследствие этого нарушается гидроксилирование коллагена, блокируется переход растворимых форм коллагена в нерастворимые, не образуются поперечные связи и снижается процесс формирования коллагеновых волокон. Биодеградация коллагена преобладает над его синтезом, воспалительный процесс протекает вяло и спайки не образуются. При быстром фенотипе ацетилирования отсутствует избыток субстратов. Ионы меди и железа не связываются с субстратами, активность ферментов лизилоксидазы и пролилгидроксидазы повышается. В результате чего происходит ускоренное образование коллагена. Его синтез превалирует над разрушением, воспалительный процесс протекает бурно с образованием спаек.

Целью настоящей работы явилось изучение причин женского бесплодия и вторичного спаечного процесса в послеоперационном периоде для выработки комплексной профилактики и рациональной терапии.

Для решения поставленной задачи было обследовано 67 женщин с диагнозом бесплодие в возрасте от 21 до 38 лет. Лапароскопическое обследование позволило установить наиболее частое сочетание нескольких факторов, приводящих к бесплодию. Выявленная высокая частота (67%) сочетания спаечного процесса и поликистоза яичников позволяет судить о дисфункции яичников на фоне хронического воспаления. Всем больным проведены реконструктивно-пластические операции.

В результате проведенных нами исследований быстрый тип ацетилирования выявлен у 68%женщин с бесплодием, а медленный – у 32%. Следовательно, у большинства прооперированных женщин сохраняется высокий риск повторного развития спаечного процесса. В этой связи важным компонентом комплексной пре- и послеоперационной реабилитации является терапия, направленная на снижение спаечного процесса, возможно и за счет сдвига скорости ацетилирования.

Основополагающим принципом профилактики рубцово-спаечного процесса после реконструктивных операций мы считаем раннее и интенсивное начало реабилитационных мероприятий. Первый этап начинается уже в операционной и заключается в тщательном промывании и оставлении в брюшной полости антисептика, в том числе с компонентом активного вещества, влияющего на скорость ацетиляторной реакции. В представленном исследовании использовался раствор изониазида.

В послеоперационном периоде назначались дезагреганты, нестероидные противовоспалительные средства, местная терапия, гормональная коррекция. Фоновым препаратом для сдвига метаболизма в промежуточный тип была пантотеновая кислота (1-3 курса).

Таким образом, предложенный подход к прогнозированию и профилактике спаечного процесса у женщин с бесплодием является перспективным резервом для улучшения показателей репродуктивного здоровья.

К ВОПРОСУ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, АНТЕНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ КОТОРЫХ СОВПАЛО С АВАРИЕЙ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Новицкая И.А., Иванян А.Н., Бельская Г.Д., Александров А.Г., Дадашин Д.В. (Смоленск)

Сохранение репродуктивного здоровья молодежи является одной из наиболее важных задач современной медицины. В настоящее время, в связи с неблагополучной демографической ситуацией в стране, данная проблема приобретает не только медицинскую, но и особую социальную значимость, так как подростковый возраст особенно важен для формирования репродуктивной функции и наиболее подвержен воздействию неблагоприятных факторов.

Среди этих факторов особое значение имеет радиационный (эндогенной и экзогенной природы), в связи с тем, что многие регионы центральной России подверглись загрязнению малыми дозами радиации после аварии на Чернобыльской АЭС. Одним из наиболее опасных воздействий ионизирующего излучения на организм является поражение половых желез, что влияет на гармоничность физического развития в детском возрасте и периоде полового созревания, становление менструальной и генеративной функции, развитие гинекологических заболеваний и фертильность в репродуктивном периоде.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния репродуктивного здоровья 100 девушек-подростков, внутриутробно облученных в момент аварии на Чернобыльской АЭС и проживающих в радиоактивно загрязненных районах Калужской области (Жиздринском, Ульяновском и Хвастовичском). Эти девочки составили основную группу. В контрольную группу вошли 100 девочек-подростков, проживающих в чистых от радиации районах (Бабынинском, Барятинском и Медынском).

На основании ретроспективного анализа медицинской документации, достоверных различий в параметрах физического развития новорожденных девочек (вес, рост, окружность головки и груди), а также состояния при рождении (оценка по шкале Апгар) установлено не было. В то же время интересно отметить, что среди девочек, облученных внутриутробно, в 7% случаев выявлены врожденные аномалии и пороки развития, что значительно выше, чем в контрольной группе (4%) и в общей популяции. В структуре врожденных пороков развития встречались: вывихи и дисплазии тазобедренных суставов – 2 случая, врожденный порок сердца, аномалия развития матки, аномалия развития почек, катаракта, стридер – по 1 случаю.

Оценка дальнейшего физического развития девочек производилось с помощью перцентильных номограмм роста и веса, рекомендованных Национальным Центром Статистики Здоровья (США). Установлено, что доля девочек с нормальным физическим развитием, облученных внутриутробно, и девочек контрольных районов, родившихся в те же сроки, в отдельные годы отличается, однако в целом до 1998 года была фактически близка. Начиная с 1998 года, доля девочек с нормальным весом в основной группе была значительно ниже, чем в контрольной, и к 2003 году она составила 56%. В контрольной группе нормальный вес отмечен у 74% девочек.

При анализе характера впервые выявленных заболеваний в динамике с 1987 по 2003 год установлено, что уровень заболеваемости девочек, облученных антенатально и постоянно проживающих в зоне воздействия малых доз радиации, был значительно выше, чем в контрольной группе. В структуре патологии преобладали острые и хронические заболевания органов дыхания (72% и 69%), дискинезия желчевыводящих путей (35% и 6%), функциональная кардиопатия (28% и 3%). Реже выявлялась вегето-сосудистая дистония (16% и 12%) и астенический синдром (10% и 6%).

Особое внимание уделяли исследованию состоянию щитовидной железы. Отмечено, что к 17-летнему возрасту у 100 девочек, облученных внутриутробно, выявлено 18 случаев патологии щитовидной железы (18%). Основную массу заболеваний составлял диффузный зоб 1 и 2 степени, причем 14 случаев установлены с 6-летнего возраста. Встречались также узловой зоб, гипоплазия щитовидной железы, гипотиреоз и аутоиммунный тиреоидит (по 1 случаю). В контрольной группе заболевания щитовидной железы зарегистрированы у 8% девушек и представлены диффузным зобом 1-2 степени.

В целом, при анализе распределения подростков по группам здоровья установлено, что к третьей группе здоровья (наличие хронических заболеваний) относится 34% девочек основной группы и 20% - контрольной.

Для выявления особенностей становления репродуктивной системы изучали степень развития вторичных половых признаков, сроки менархе, характер менструальной функции. При проведении исследования использована оценка полового развития девушек по стандартам М.В.Максимовой. Исследование степени выраженности вторичных половых признаков показало, что снижение показателей формулы нормального развития встречались с одинаковой частотой в основной и контрольной группах (15% и 16% соответственно).

При опросе было установлено, что девушки основной группы почти в 2 раза чаще предъявляли жалобы на различные нарушения со стороны репродуктивной системы (41% и 23% соответственно). При осмотре патологические изменения кожных покровов (бледность, аллергические высыпания, акне) выявлялись с одинаковой частотой в обеих группах.

Все девушки-подростки имели женский тип телосложения, развитие по гиперстеническому типу было отмечено у 16% в основной группе и у 13% - в контрольной; по астеническому типу – у 18% и 13% соответственно. Гирсутизм 1 степени (по шкале Барона) выявлен у 8% и 6% обследованных девушек.

Анализ сроков наступления и установления менархе свидетельствует о более поздних сроках в основной группе. Менархе в возрасте 15-16 лет в основной группе установлено у 17% девочек, в контрольной – у 7%. Отклонения в становлении менструального цикла также чаще встречались у девочек основной группы. Менструальный цикл установился в течение года у 79% пациенток этой группы и у 84% - контрольной.

Результаты изучения длительности менструального цикла показали, что у девушек основной группы имеется тенденция к укорочению менструального цикла, у 12% девушек этой группы длительность менструального цикла составила менее 21 дня. В контрольной группе таких отклонений зарегистрировано не было.

Среди нарушений менструального цикла выявлено, что у 2% антенатально облученных девочек отмечалась аменорея, у 12% - гиперполименорея. В контрольной группе эти нарушения не установлены. Дисменорея встречалась с одинаковой частотой у девочек обеих групп (14% и 12%).

Таким образом, изучение физического развития, соматического статуса и менструальной функции показало, что у девушек, облученных антенатально, чаще встречаются экстрагенитальные хронические заболевания, в том числе и патология щитовидной железы, имеются нарушения в становлении и продолжительности менструального цикла, преобладает гиперменструальный синдром (гиперполименорея). Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии радиоактивного воздействия в антенатальном периоде на состояние репродуктивного здоровья девушек-подростков.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И СЕПТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Нуруллина Д.В., Вахитов Р.А. (Казань)

До настоящего времени выбор тактики лечения больных гнойно-воспалительными заболеваниями остается важной научной и практической проблемой. Отсутствие эффекта или недостаточный

эффект от применения консервативной терапии является показанием для хирургического лечения. Традиционное хирургическое вмешательство остается одним из основных методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний. Одним из наиболее сложных вопросов является выбор объема оперативного вмешательства. В каждой конкретной клинической ситуации объем оперативного вмешательства должен быть продуман и максимально индивидуализирован с учетом инициального момента заболевания, тяжести, распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующей гинекологической патологии, возможного риска возникновения различных гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, возраста женщины и сохранения ее детородной функции. Мы считаем нецелесообразным выполнение надвлагалищной ампутации или экстирпации матки при отсутствии признаков ее воспалительного поражения. Наш опыт показал, что при наличии гнойного тубоовариального образования с одной стороны достаточно удаление этого тубоовариального образования с обязательным удалением маточной трубы с другой стороны. При этом удаление неизмененных яичников у женщин детородного возраста нецелесообразно. Необходимо во время выполнение операции введение больших доз цефалоспоринов в сочетании с метрагилом. Взятие гнойного материала на бактериологический посев и чувствительность к антибиотикам - обязательно.

В нашей клинике радикальные хирургические вмешательства (экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с двухсторонним удалением придатков) производится только в следующих клинических ситуациях: септические состояния больной; разлитой перитонит; первичное вовлечение в воспалительный процесс матки (эндометрит, панметрит), в том числе после родов, кесарева сечения, абортов, внутриматочных лечебно-диагностических манипуляций или вследствие применения ВМК; множественные тубо-овариальные абсцессы в малом тазу с выраженными инфильтративными изменениями параметральной клетчатки; сопутствующие заболевания тела и шейки матки (миома матки, аденомиоз, дисплазия шейки матки). При необходимости повторного оперативного вмешательства у больных ранее прооперированных в других лечебных учреждениях, при наличии гнойного расплавления тканей передней брюшной стенки по ходу операционной раны необходимо иссечение некротизированных участков с наложением массивных швов. Также обязательным является дренирование брюшной полости, в том числе и по Брауде с оставлением резиновой перчатки и позадиматочного пространства. При разлитых перитонитах выполняется санация брюшной полости 0,02 – 0,05% водным раствором хлоргексидина в объеме 3 – 5 литров. На заключительном этапе операции для профилактики и лечения пореза кишечника важна интубация тонкого кишечника. В отдельных случаях при прорыве гноя в полостные органы (в мочевой пузырь, в кишечник) на операцию приглашаются абдоминальные хирурги и урологи. Интенсивную терапию в раннем послеоперационном периоде в этой группе больных следует проводить в условиях реанимационного отделения. В качестве до и послеоперационного лечения мы применяем комплексную консервативную терапию, которая в первую очередь включает применение антибактериальных препаратов, вводимых преимущественно внутривенным путем в сочетании с внутримышечным. В последние годы особое значение среди возбудителей воспалительного процесса занимает анаэробная микрофлора, а также грамотрицательные и грамположительные аэробы. Вследствие этого необходимым является использование ни только антибиотиков широкого спектра действия, но и метрагила. Важнейшими из направлений терапии являются также коррекция нарушений иммунного гомеостаза, реологии крови, комплексная детоксикация, применение озонированных растворов, оксигенации в условиях барокамеры, воздействие на активность медиаторов и модуляторов воспаления, гепатопротекторов, средств, направленных на профилактику и лечение лекарственного дисбактериоза, УФО крови, а также внутривенное введение в больших дозах витаминов группы В и С. Считаем обязательным у таких больных использование подключичного катетера с первого дня поступления в стационар.

Подводя итог, следует отметить, что больные с данной патологией должны сразу направляться на стационарное лечение в условиях специализированного клинического учреждения, так как предыдущие нерадикальные оперативные вмешательства в условиях районной больницы, как правило, приводят к ухудшению состояния пациенток и необходимости повторной операции в худших условиях. Кроме того, применение методов профилактики спаечного процесса в брюшной полости делает возможным использования в будущем ЭКО для восстановления детородной функции.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Озолиня Л.А., Лапина И.А., Кашежева А.З. (Москва)

Вступление: Значение проблемы венозных тромбозов обусловлено увеличивающейся распространенностью тромботических поражений, нередко приводящих к гибели пациенток. В практике гинеколога с проблемой тромбоэмболических осложнений приходится сталкиваться при злокачественных новообразованиях, при развитии опухолевых процессов органов малого таза, при бесконтрольном и неадекватном назначении гормональной терапии, а также в послеоперационном периоде.

При развитии опухолевых процессов в органах малого таза резко возрастает коагуляционный потенциал тканей и снижается активность факторов фибринолиза

Все гинекологические больные, особенно подвергающиеся оперативному лечению, в той или иной степени являются тромбоопасными, так как у большинства из них отмечаются гиперкоагуляционные сдвиги в системе гемостаза и могут наблюдаться нарушения венозного кровотока в нижних конечностях и малом тазу.

Цель: определить является ли гипергомоцистеинемия одной из причин развития гиперкоагуляционного состояния, которое может привести к развитию тромбоза перед операцией, во время оперативного вмешательства, а также в послеоперационном периоде у больных миомой матки.

Методы: нами проведено обследование 40 женщин в возрасте от 40 до 55 лет, больных миомой матки. Первую группу составили 20 пациенток, которым было произведено оперативное лечение в объеме надвлагалищной ампутации матки или экстирпации матки без придатков, во второй группе 20 женщинам была произведена тотальная гистерэктомия. Уровень гомоцистеина определялся до операции, а также на 3 и 10 день послеоперационного периода. Все пациентки были предварительно обследованы на наличие мутаций фермента метилентетрагидрофолатредуктазы. Уровень гомоцистеина определялся методом хроматографии.

Результаты: до операции средний уровень гомоцистеина составил 16.3±4.2 мкг/л, что соответствует умеренной гипергомоцистеинемии. На 3 день после операции средний уровень гомоцистеина в первой группе составил 49.4±5.7 мкг/л, во второй группе 59.1±6.2 мкг/л, на 10 день - 34.7±3.7 мкг/л и 53.5±5.9 мкг/л, соответственно. Показатели уровня гомоцистеина после операции соответствуют гипергомоцистеинемии высокой степени.

Выводы: полученные нами результаты дают основание предположить, что одним из этиопатогенетических факторов, вызывающих тромботическое состояние в послеоперационном периоде, является гипегомоцистеинемия. Данные нашего исследования требуют дальнейшего уточнения в русле понимания механизма развития гипергомоцистеинемии и выработки критериев применения корригирующей гемостаз терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ИСКУССТВЕННЫМ АБОРТОМ

Омарова Г.К. (Алматы, Республика Казахстан)

Искусственный аборт является значительным стрессом, приводящим к сдвигам в нейро-гормонально-иммунологическом статусе и способствует развитию ряда гинекологических заболеваний, нейроэндокринных и психовегетативных нарушений, изменению циклических процессов в молочной железе, снижению репродуктивного здоровья женщин [О.И. Линева 1995; Н.А. Каюпова, Х.М Бикташева, 1997, О.Б. Шаларь, 2002; О.Г. Фролова и др., 2003]. В республике Казахстан отмечается рост удельного веса женщин, прервавших первую беременность, составляя 11,1% [Х.М Бикташева, 2003].

Цель работы: изучение иммунного статуса нерожавших женщин, прервавших беременность в I-ом триместре и разработка комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья в постабортном периоде.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы показатели иммунной системы у 79 нерожавших женщин, прервавших первую и повторные беременности в 1-ом триместре гестации. Иммунологические исследования проводились в динамике: до операции искусственного прерывания беременности, на 2-е, 8-е и 30-е сутки постабортного периода. Обследованные женщины были разделены на 2 группы: группа сравнения – 42 женщины, получавшие традиционную антибактериальную терапию (Доксициклин) в течение 7 дней; основная группа – 37 женщин, которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий, включающий помимо антибактериальной терапии, гормональную (Триквилар) в течение 3 месяцев, иммуномодулирующую терапию (Индуктор интерферона бактериальный жидкий) №5 через 1 сутки, антистрессовые витамины (Аэровит) в течение 1 месяца.

Выбранный комплекс обследования включал определение содержания Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), цитотоксических клеток (CD8+), натуральных киллеров (CD16+), иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+, В-лимфоцитов (CD72+), сывороточных иммуноглобулинов основных классов (IgA, IgM, IgG, IgE), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), НСТ-теста, фагоцитоза с латексом: спонтанного и индуцированного липополисахаридом (ЛПС).

Результаты исследования и обсуждение. Сравнительный анализ показателей иммунного статуса нерожавших женщин в постабортном периоде показал, что после искусственного аборта возникает вторичный иммунодефицит, который не устраняется даже спустя месяц после операции.

Анализ показателей лейкоцитов и лейкоцитарной формулы выявил, что на 2-ые сутки постабортного периода в группе сравнения отмечалось достоверное повышение количества лейкоцитов на 18% ($P<0,01$), палочкоядерных нейтрофилов на 37,6% ($P<0,05$), снижение эозинофилов в 2,0 раза ($P<0,01$) по сравнению с исходными показателями до операции, тогда как в основной группе - лишь на 11,9% ($P>0,05$), на 31,0% ($P<0,05$), в 2,1 раза ($P<0,05$) соответственно, что отражает степень воспалительной реакции организма на оперативное вмешательство.

Следует отметить, что на 8-е и 30-е сутки постабортного периода наблюдалось достоверное различие показателей абсолютного количества лимфоцитов ($P<0,01$), палочкоядерных нейтрофилов ($P<0,05$) между сравниваемыми группами за счет более выраженного увеличение абсолютного количества лимфоцитов и снижения палочкоядерных нейтрофилов в основной группе на фоне проводимой реабилитационной терапии, что характеризует более выраженное купирование воспалительной реакции в основной группе на фоне проводимой реабилитационной терапии.

Анализ абсолютного количества субпопуляции Т-лимфоцитов (CD3+), CD4+ в основной группе не выявил достоверных различий в течение всего постабортного периода по сравнению с показателями до операции, тогда как в группе сравнения отмечалось прогрессивное снижение данных показателей на 8-е сутки после аборта - на 20,0% ($P<0,01$) и 68,9% ($P<0,01$) соответственно, на 30-е сутки после аборта – снижение количества CD3+ на 23,5% ($P<0,05$). Причем, различия между группами имеют достоверный характер за счет более выраженного снижения количества CD3+, CD4+ в группе сравнения ($P<0,05$).

Проведенный анализ абсолютного количества цитотоксических клеток (CD8+), Т-натуральных киллеров (CD16+) на 8-е сутки постабортного периода выявил достоверные различия показателей ($P<0,01$) между сравниваемыми группами за счет снижения этих показателей в группе сравнения в 1,9 и 1,7 раза соответственно.

Сравнительный анализ иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+ выявил, что на 8-е сутки постабортного периода отмечается достоверное различие показателей CD4+/CD8+ ($P<0,05$) между исследуемыми группами за счет более выраженного повышения этого показателя в группе сравнения за счет увеличения количества цитотоксических клеток.

Оценка абсолютных показателей CD72+ обнаружила, что на 8-е и 30-ые сутки постабортного периода отмечается достоверное различие абсолютных показателей CD72+ ($P<0,05$) между сравниваемыми группами за счет более выраженного снижения их количества в группе сравнения на 38,7% и 20,0% соответственно относительно предыдущих суток исследования, тогда как в основной – на 20,8% и 2,6%, что вероятно свидетельствует об активации их миграции в регионарные лимфатические узлы из костного мозга.

Анализ концентрации сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM, IgE в исследуемых группах выявил, что на 8-е и 30-е сутки постабортного периода отмечается достоверное различие концентрации IgG, IgA ($P<0,01$) между сравниваемыми группами за счет более низкой концентрации в основной группе, что вероятно является следствием их кумуляции в иммунных комплексах. Данное предположение подтверждается анализом концентрации ЦИК: на 8-е и 30-е постабортного периода отмечается достоверное различие концентрации ЦИК ($P<0,01$) между сравниваемыми группами за счет более выраженного повышения ЦИК в основной группе. Обращает на себя внимание факт более низкой концентрации иммуноглобулина IgE в основной группе на 30-е сутки после аборта относительно группы сравнения, что коррелирует с показателями количества эозинофилов в аналогичные сутки постабортного периода и свидетельствует о более быстром и выраженном купировании аллергического компонента воспаления.

При анализе состояния неспецифических факторов иммунитета выявлено, что на 30-е сутки постабортного периода отмечается достоверная разница между сравниваемыми группами в количестве НСТ-положительных нейтрофилов ($P<0,01$), индуцированных ЛПС, и в фагоцитозе стимулированных нейтрофилов ($P<0,01$) за счет более низких показателей индуцированных тестов в группе сравнения. При этом коэффициент стимуляции нейтрофилов ЛПС в реакции НСТ-теста на 30 сутки составил в группе сравнения – 1,42, в основной группе - 2,21, а в реакции фагоцитоза латекса - 1,47 и 2,2 соответственно. Эти данные свидетельствует о более быстром восстановлении резервного потенциала фагоцитов в основной группе.

Проведенные иммунологические исследования позволили оценить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий в постабортном периоде. Действие реабилитационных мероприятий на иммунную систему характеризовалось более ранней и выраженной активацией клеточного и гуморального иммунитета, нормализацией количественных параметров регуляторных субпопуляций Т-клеток, восстановлением относительного содержания Т- и В-лимфоцитов, повышением уровня факторов местной защиты. Активизация иммунного статуса, мобилизация защитных сил организма способствовали также уменьшению частоты осложнений после аборта

Таким образом, значительные отклонения в иммунном статусе у нерожавших женщин, искусственно прервавших беременность, диктует необходимость выделения их в группу высокого риска по развитию постабортных осложнений, включения их в контингент диспансерного наблюдения с применением рекомендуемых нами

информативных методов исследования и проведения комплекса реабилитационных мероприятий с учетом иммунологического статуса, состояния репродуктивной функции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Омарова Г.К., Абенова М.Т., Нашекенова З.М. (Алматы, Республика Казахстан)

Искусственное прерывание беременности оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщины, особенно на ее репродуктивную систему [Н.А. Каюпова, Х.М. Бикташева, 1997; О.Г. Фролова с соавт., 2003]. Особое внимание заслуживает тот факт, что в последние годы отмечается негативная тенденция к росту удельного веса первобеременных и нерожавших молодых женщин в возрасте 19-25 лет, прибегающих к аборту [О.Б. Шаларь, 2002; Ф.Д. Каримова,2001]. В республике Казахстан удельный вес женщин, прервавших первую беременность, составляет 11,1% [Н.А. Каюпова, Х.М. Бикташева, 2003].

При искусственном прерывании беременности (ИПБ) слизистая эндометрия подвергается комплексной сосудисто-мезенхимальной реакции на повреждение ткани. Эта реакция направлена на восстановление дефекта слизистой матки за счет компенсаторно- приспособительных процессов эндометриального эпителия, а именно реактивно-воспалительных и регенераторно-гиперпластических.

Целью нашего исследования явилась цитологическая оценка эффективности комплексной реабилитационной терапии у женщин после искусственного аборта.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 68 нерожавших женщин, прервавших первую и повторные беременности. Обследованные женщины были разделены на 2 группы: 1-я группа (группа сравнения) – 30 женщин с традиционным ведением постабортного периода, 2-я группа (основная группа) – 38 женщин, которым проводилась комплексная реабилитационная терапия после аборта. Группа сравнения (30 женщин) получала традиционную антибактериальную терапию (Доксициклин) в течение 7 дней.

Разработанная нами программа реабилитации сводилась к тщательной предоперационной подготовке с включением предварительной санации влагалища, адекватному обезболиванию, дифференцированному подходу к методу прерывания беременности, проведению комплекса реабилитационных мероприятий в постабортном периоде. Основная группа (38 женщины) с 1-го дня постабортного периода получала комплекс реабилитационных мероприятий, включающий помимо антибактериальной терапии, гормональную (Триквилар) в течение 3 месяцев, иммуномодулирующую терапию (Индуктор интерферона бактериальный жидкий) №5 через 1 сутки, антистрессовые витамины («Аэровит») в течение 1 месяца.

С целью оценки степени выраженности воспалительной реакции и регенерационно-восстановительных процессов эндометрия в постабортном периоде нами проводилось цитологическое исследование аспиратов из полости матки (метроаспиратов) у 68 нерожавших женщин, прервавших беременность в первом триместре гестации в динамике: на 2-3, 7-8, 13-14, 21-22-е сутки постабортного периода. Цитологический метод исследования аспиратов из полости матки является информативным, атравматичным методом оценки эффективности комплексной реабилитационной терапии в постабортном периоде. Взятие метроаспиратов возможно в амбулаторных условиях без специальной предварительной подготовки женщин.

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенного анализа нами выявлено, что на 2-3 сутки постабортного периода в цитограммах обеих групп преобладала картина выраженного воспаления и воспалительной атипии: все поля зрения в микропрепаратах были покрыты нейтрофильными лейкоцитами, плазматическими и гистиоцитарными клетками. На фоне элементов воспалительной инфильтрации обнаруживали в небольшом количестве эндометриальные клетки с признаками воспалительной атипии, где сочетание дегенеративных, репаративных и пролиферативных изменений приводят к нарушению ядерно-цитоплазматического соотношения в пользу ядра. Отмечается псевдостратификация клеток (нагромождение), «смазанный» рисунок хроматина, вакуолизация цитоплазмы клеток, что соответствует фазе деструкции эпителия.

На 7-8 сутки постабортного периода в цитограммах мы наблюдали реактивные изменения защитного характера, которые были обусловлены появлением метаплазированных и многоядерных клеток типа «инородных тел» (синцитиоподобных). Кроме того, увеличивается количество лимфоидных элементов и стромальных клеток, что характеризует фазу лимфоидной реакции эпителия. Следует отметить, что вышеописанная цитограмма отмечалась у 68% женщин основной группы, тогда как в группе сравнения – у 25% ($P<0,01$).

На 13-14 сутки постабортного периода в цитограммах наблюдались признаки простой пролиферации железистого эпителия, которые характеризовались однотипностью клеточных элементов, располагающихся в виде железисто-папиллярных структур. Клетки имели кубическую (в виде «пчелиных сот») и /или цилиндрическую форму. Ядра клеток имели округлую форму, располагались эксцентрично. В цитоплазме определялись признаки секретирования. Встречаются отдельные крупные клетки по типу фибробластов, которые свидетельствуют о фазе рубцевания. Данные цитограммы наблюдались у 86% женщин основной группы, тогда как в группе сравнения – у 42%. Кроме того, у 27% женщин основной группы отмечается картина слабовыраженного воспаления, тогда как в группе сравнения – у 66,6% женщин выявляется картина выраженного и умеренного воспаления, у 16,7% - цитограмма слабовыраженного воспаления эндометрия.

На 21-22 сутки постабортного периода наблюдалось отсутствие воспалительного фона в микропрепаратах у 86,8% женщин основной группы, тогда как ни у одной женщины группы сравнения подобной цитограммы не было. У 50% женщин группы сравнения выявлена картина умеренно и слабовыраженного воспаления эндометрия, у 8,4% - оставалась картина выраженного воспаления эндометрия, тогда как у женщин основной группы - у 13,2% картина слабовыраженного воспаления слизистой матки. Следует отметить, что у 58% женщин основной группы в цитограмах наблюдались чистый фон, эндометриальные клетки с ровными округлыми мономорфными ядрами, равномерная структура хроматина, в железистоподобных комплексах наличие секрета, что свидетельствует о фазе секреции. Тогда как у женщин группы сравнения подобных цитограмм не наблюдали. Почти у всех женщин группы сравнения в цитограммах фон составляли единичные нейтрофильные лейкоциты, элементы крови, бесструктурные массы, эпителиальные клетки с признаками регенерации – сохраняется грубая структура хроматина, наслоение клеток друг на друга.

Полученные данные свидетельствуют, что аспирационная биопсия из полости матки в постабортном периоде позволяет на клеточном уровне диагностировать воспалительный процесс в эндометрии даже при отсутствии клинических проявлений. Выявленные отклонения в цитограммах метроаспиратов у женщин после искусственного аборта свидетельствует о высокой частоте воспалительных осложнений после аборта и снижении репродуктивного здоровья.

У больных основной группы, получавших комплексную реабилитацию, включающую трехфазный низкодозированный эстроген-гестагенный оральный контрацептив, иммуномодулятор, антибиотик широкого спектра действия, антистрессовые витамины, в постабортном периоде отмечается более раннее и быстрое купирование воспаления слизистой матки, повышение пролиферативной активности эпителия по сравнению с контрольной группой с традиционным ведением постабортного периода.

Таким образом, нерожавшие женщины, прервавшие беременность, должны быть отнесены к группе риска по развитию послеабортных осложнений, и им своевременно должны проводиться реабилитационные мероприятия с учетом состояния репродуктивной функции.

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Осипова А.А., Остроумова О.Д., Синицына А.В., Маилова К.С., Чупрынин В.Д. (Москва)

В течение последнего десятилетия диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) тесно связаны с определением инсулинорезистентности (ИР), которая генетически детерминирована и патогенетически связана с гиперандрогенией при данной патологии. К настоящему времени накоплена практика использования различных методов определения инсулинорезистентности.

Метод гиперинсулинемического эугликемического клампирования, представленный DeFronzo с соавт. в 1979 году, признан «золотым стандартом» диагностики инсулинорезистентности. С данной техникой принято сравнивать другие методы измерения. В то же время в связи с его длительностью и сложностью проведения, а так же достаточной дороговизной, рутинное использование его в клинике не нашло применения. Наряду с этим в мировой практике используются и другие тесты - инсулинотолерантный тест (insulin tolerance test - ITT), инсулиночувствительный тест (insulin sensitivity test - IST), постоянная инфузия глюкозы с моделью оценки (continuos infusion of glucose with model assessment - CIGMA) и интравенозный глюкозотолерантный тест с частыми заборами крови (frequently sampled intravenouse glucose tolerance test - FSIGTT). Все эти методы требуют постоянного интравенозного доступа и многочисленных венепункций, что безусловно ограничивает их широкое внедрение в практику.

Кламп-тест предусматривает постоянную инфузию инсулина в кубитальную вену. Уровень глюкозы сыворотки поддерживается в нормальных концентрациях с помощью различной по скорости интравенозной инфузии глюкозы в контралатеральную кубитальную вену. Производится забор нескольких образцов крови для мониторирования уровня глюкозы крови до установления его значений на предопределенном постоянном нормальном уровне. Теоретически интравенозная инфузия инсулина должна полностью подавить продукцию эндогенной глюкозы печенью, не влияя при этом на возможность теста определить чувствительность тканей-мишеней к инсулину. Чувствительность может быть более точно оценена при использовании радиоактивной глюкозы, что дает возможность определить долю скелетной мускулатуры и печени в общей инсулинчувсвительности тканей организма. Степень ИР обратно пропорциональна уровню потребления глюкозы тканями-мишенями (в первую очередь скелетной мускулатурой) во время клампирования. Следовательно, чем меньше глюкозы усваивается тканями во время процедуры, тем выше степень ИР. И наоборот инсулин-чувствительные пациенты демонстрируют повышенную утилизацию глюкозы.

Таким образом, кламп-тест является высокочувствительным количественным методом измерения инсулинорезистентности, в том числе при определении метаболических нарушений у пациенток с СПКЯ.

ДИАГНОСТИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Осипова А.А., Синицына А.В., Остроумова О.Д., Средняков А.В., Чупрынин В.Д. (Москва)

Данные современных исследований свидетельствуют о том, что у примерно 50% женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) определяется инсулинорезитентность различной степени выраженности. Установлено, что раннее выявление и лечение инсулинорезистентности в данной популяции снижает частоту и тяжесть сахарного диабета, дислипидемии, гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее исследование были включены 25 пациенток репродуктивного возраста с СПКЯ. Проведено общеклиническое обследование, исследование гормонального статуса (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, Т4, Т общий, Т свободный, ДГАС, 17-онП, Е2), УЗИ органов малого таза, определение ИМТ и др. С целью выявления инсулинорезистентности было обследовано 15 пациенток. Нарушения углеводного обмена выявляли с помощью стандартного двухчасового перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), так же было проведено определение инсулинрезистентности с помощью эугликемического гиперинсулинемичекого клампирования у трех больных.

При проведении ПГТТ с определением уровня инсулина были получены следующие результаты: нарушенная толерантность к глюкозе у 13,3% пациенток, постпрандиальная гиперинсулинемия - у 56,4%, нарушения углеводного обмена отсутствовали у 30,3% пациенток. При этом метаболические нарушения были выявлены у пациенток с СПКЯ как в группе с избыточной массой тела, так и в группе с нормальным ИМТ. При проведении эугликемического гиперинсулинемичекого клампирования у больных с СПКЯ была показана усвояемость глюкозы в пределах нормы. Так, у пациентки с СПКЯ и нормальной массой тела, не имеющей признаков нарушения углеводного обмена, количество усвоенной глюкозы в виде 10% раствора составило 5,7 мл на кг массы тела за 1 час исследования, у пациентки с СПКЯ и нормальной массой тела, с выявленной постпрандиальной гиперинсулинемией- 3,6 мл на кг, в то время как усвояемость глюкозы тканями у женщины с нормальным углеводным обменом, не страдающей СПКЯ была 3,0 мл на кг.

Таким образом, полученные результаты исследования не показали наличия метаболических нарушений в группе обследованных женщин. Предварительные данные по использованию эугликемического гиперинсулинемичекого клампирования позволяют предположить высокую информативность и точность данного количественного метода в выявлении инсулинорезистентности в сравнении с непрямыми методами определения (ПГТТ, HOMA-IR) у больных с СПКЯ, что позволит оптимизировать лечебную тактику и повысить эффективность восстановления репродуктивной функции.

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ЛЕВОНОРГЕСТРЕЛ-РИЛИЗИНГ СИСТЕМА - КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Острейкова Л.И., Прилепская В.Н. (Москва)

Во всем мире быстрыми темпами увеличивается число женщин, достигших возраста пременопаузы. Длительность пременопаузы составляет в среднем 4 года, однако ее наступление еще не означает полного прекращения функции яичников. По данным литературы, от 30% до 80% женщин в периоде пременопаузы, при регулярном ритме менструации сохраняются овуляторные циклы, при физиологической олигоменорее частота овуляторных циклов может составлять 25-34%. По статистике стран Западной Европы 50% женщин в возрасте 40-44 лет и 30% в возрасте 45-54 лет сексуально активны, имеют сохраненный менструальный цикл. Следовательно, женщины

в пременопаузе нуждаются в надежной профилактике нежелательной беременности, применять которую ВОЗ рекомендует вплоть до менопаузы и в течение года после нее. К сожалению, до сих пор остается проблематичным оптимальный выбор средств и методов контрацепции у женщин в пременопаузе. При решении вопроса о методах контрацепции у женщин в пременопаузе необходимо учитывать особенности этого периода. У женщин в пременопаузе часто отмечаются дисфункциональные маточные кровотечения, меноррагии, приводящие к анемии. В периоде пременопаузы могут возникать симптомы климактерического синдрома, диагностируются гиперпластические процессы эндометрия, не редки случаи предменструального синдрома, дисменореи, миомы матки, что определяет необходимость выбора лечебных средств с учетом их влияния на данные патологические состояния. В последние годы большое внимание уделяется применению у женщин в пременопаузе внутриматочной левоноргестрел-рилизинг системы (ЛНГ-ВМС) в связи с ее высокой контрацептивной эффективностью, лечебными свойствами при некоторых гинекологических заболеваниях, а также возможностью использования в качестве гестагенного компонента заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Левоноргестрел-рилизинг система – это Т-образное устройство с резервуаром, содержащим 52 мг левоноргестрела, выделяющегося в полость матки со скоростью 20 мкг в сутки.

Цель исследования: Разработать принципы и обосновать критерии выбора показаний для применения ЛНГ-ВМС с целью контрацепции и в качестве компонента заместительной гормональной терапии у женщин в пременопаузе.

В зависимости от данных обследования пациентки были разделены на две группы: I группа – 35 фертильных женщин в пременопаузе (средний возраст 45,1±3,4 лет) с сохраненным, овуляторным менструальным циклом. II группа – 25 женщин в пременопаузе (средний возраст 48,±3,9 лет) с олигоменореей, ановуляцией и симптомами климактерического синдрома. У пациенток I группы ЛНГ-ВМС была использована с целью контрацепции, а у пациенток II группы – в качестве гестагенного компонента ЗГТ в сочетании с эстрогенами- препарат Климара.

Результаты исследования поддтвердили высокую контрацептивную эффективность ЛНГ-ВМС. Наиболее частыми побочными реакциями являлись: ациклические кровянистые выделения (34,3%), масталгия (8,6%), acne vulgaris (5,7%). Побочные реакции наблюдались в основном в первые месяцы применения ЛНГ-ВМС. По истечение первых 6 месяцев контрацепции частота, продолжительность ациклических кровянистых выделений уменьшалась и в последующем развивалась олиго-и аменорея. Олигоменорея наблюдалась у 42,9% пациенток и у 45,7% наступила аменорея через 12 месяцев исследования. Аменорея не послужила причиной отказа от дальнейшего использования ВМС, так как все пациентки расценивали это как положительный эффект метода.

В результате исследования выявлены терапевтические эффекты ЛНГ-ВМС. Начиная с первого месяца контрацепции, наблюдалось значительное ослабление болевых ощущений во время менструальноподобной реакции (34,3%), а через 6 месяцев после введения системы отмечено исчезновение симптомов дисменореи. У женщин с предменструальным синдромом наблюдалось значительное улучшение общего состояния. К концу года использования контрацептива симптомы предменструального синдрома сохранялись только у 5,7% пациенток, в то время как до использования ЛНГ-ВМС они были отмечены у 48,6% женщин. Объем и длительность менструальных кровотечений у пациенток с меноррагией (31,4%) постепенно сокращался уже с первого месяца. Через три месяца после введения ЛНГ-ВМС средняя продолжительность менструальноподобного кровотечения составила 4,2±0,7 дня, через полгода – 3,1±0,4 дня. К концу года контрацепции менструальноподобные кровотечения стали скудными и менее продолжительными и составили в среднем 1,2±0,5 дня (P0-12<0,01). У 31,7% женщин с меноррагией была диагностирована анемия. Через 12 месяцев у всех женщин отмечено повышение уровня гемоглобина в среднем на 23,3±1,1%. Влияние ЛНГ-ВМС на структуру эндометрия у пациенток I и II группы является однонаправленным и проявляется в торможении гиперпластических и пролиферативных процессов.

Заключение: Левоноргестрел-рилизинг система - эффективный и приемлемый метод контрацепции и гестагенный компонент в составе заместительной гормональной терапии у женщин с климактерическим синдромом, которая способствует значительному снижению выраженности вегетососудистых (92%) и психоневрологических (85%) нарушений (P<0,001). Заместительная гормональная терапия с ЛНГ-ВМС не оказывает влияния на показатели липидного спектра крови и параметры гемостазиограммы (P>0,05; P>0,05). Критериями выбора показаний для применения ЛНГ-ВМС у женщин в пременопаузе с целью контрацепции является сохраненный овуляторный менструальный цикл; в качестве компонента заместительной гормональной терапии – наличие симптомов климактерического синдрома, ановуляция и олигоменорея. Наиболее обосновано при данных показаниях применение ЛНГ-ВМС у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия и молочных желез, при меноррагии и анемии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОЙ СФЕРЫ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ И СПОСОБЫ ИХ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Пальчик Е.А., Котова С.Ф., Дуянова О.П. (Орёл)

В структуре гинекологической патологии детей и подростков воспалительные процессы составляют 42,3-85,0% (О.В. Зубакова, В.Ф. Коколина, 2000). Вульвовагиниты занимают первое место среди всех воспалительных заболеваний половой сферы и составляют 55-77% (Ю.А.Гуркин, 1998). Причём, в возрасте от 10 до 16 лет неспецифические воспалительные процессы встречаются с частотой от 6 до 11,6%.

Клиническое значение этих воспалительных поражений определяется не только их частотой, но и тем, что они могут быть причиной серьёзных нарушений основных функций женского организма в зрелом возрасте (В.Ф. Коколина, 1993).

В связи с этим целью проведённого исследования явилось изучение клинико-этиологических особенностей течения воспалительных процессов вульвы, влагалища и шейки матки у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья, разработка критериев ранней диагностики и тактики наблюдения данной категории детей в амбулаторно-поликлинических условиях.

На первом этапе исследования было изучено состояния здоровья девочек-подростков в возрасте от 10 до 16 лет 11 месяцев 29 дней, определялись факторы риска, влияющие на их репродуктивное здоровье, уточнялась структура экстрагенитальной и генитальной патологии. Было обследовано 1100 девочек указанного возраста. В работе участвовала 561 девочка (51,0±3,0%), не имевшая в анамнезе половых контактов, 539 сексуально-активных подростков (49±3-,0%) из исследования были исключены.

На втором этапе применялся многофакторный многоальтернативный статистический анализ причинно-следственных связей и факторов риска формирования генитальной патологии, развития воспалительных процессов нижнего отдела гениталий у девочек в зависимости от возраста и состояния здоровья, особенности течения вульвовагинитов и цервицитов в подростковом возрасте.

На третьем этапе на основании статистической обработки и создания прогностических таблиц составлен алгоритм ведения детей групп риска по формированию генитальной патологии в амбулаторно-поликлиническом звене. Для более точной характеристики влияния факторов риска использовался многофакторный многоальтернативный статистический анализ. Были разработаны макеты статистических таблиц, включающие 288 ведущих факторов, имеющих только высокие информативность (J>1) и достоверность (p<0,05).

Согласно статистическому и клинико-лабораторному динамическому наблюдению за девочками подросткового возраста (n=1100) отмечена четкая тенденция снижения уровня здоровья и рост инфекционной патологии у них, независимо от возрастного аспекта.

Состояние здоровья девочек 10-11 лет (n=41) с воспалительным процессом наружных гениталий характеризовалось значительными отклонениями. У большинства из них регистрировались нарушения в двух (85,4±11,0%) и трех (14,6±11,0%) функциональных системах одновременно.

Сочетанная генитальная патология (нарушения менструальной функции, отклонения в половом развитии) диагностирована у трети больных вульвовагинитом (31,7±14,5%). Цервицит выявлялся у 14,6±11,0% девочек.

Определяя значимость факторов, воздействующих на состояние здоровья девочек в данной возрастной группе и на развитие у них воспалительных процессов гениталий, установлено, что факторами высокого риска является группа клинико-лабораторных факторов, которые помогают прогнозировать течение воспалительного процесса, формирование осложнений. Причем медико-биологические факторы в этом возрасте имеют большую значимость и несут отрицательное воздействие на репродуктивный компонент здоровья. Своевременная коррекция нарушений, лечебные мероприятия, проводимые совместно педиатром и гинекологом, будут способствовать укреплению репродуктивного здоровья и профилактике осложненных форм заболеваний половой сферы.

В возрастной группе 15-16 лет воспалительные процессы нижнего отдела генитального тракта диагностированы у 94 девочек (51,6±7,4%). У половины подростков с вульвовагинитами (51,6±1-2,5%) диагностирована сочетанная гинекологическая патология, хронические аднекситы выявлялись у 18,8±9,8%.

Необходимо отметить низкую медицинскую активность и в этой возрастной группе. Генитальная патология у 76,6±10,6% девочек была выявлена впервые на профилактическом осмотре.

Как оказалось, у 2/3 девочек с генитальной патологией, независимо от возраста, имелись осложнения в антенатальном периоде (вульво-вагинальный кандидоз у матери в 53,5±9,3%; многоводие – 17,9±7,1%; длительный безводный период – 21,4±7,6%), а также в раннем детстве (инфекционная патология у 57,8%±9,2% детей, заболевания ЛОР-органов у 35,7±8,9%).

Среди факторов риска, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье и способствующих формированию воспалительной генитальной патологии во всех возрастных группах, лидировали: низкий уровень санитарной культуры почти у трети семей больных девочек (J=6,7), низкий уровень гигиенических навыков, прослеживающийся во всех возрастных группах (J=8,7). Установлено, что некоторые неблагоприятные факторы, способствующие формированию генитальной патологии у девочек подросткового возраста, являются относительно управляемыми и могут быть устранены при своевременном их выявлении. Это будет способствовать укреплению здоровья и профилактике гинекологических заболеваний в старшем возрасте.

Таким образом, клинические признаки вульвовагинита схожи во всех возрастных группах с незначительными различиями в характере секреции и наличии субъективных данных (в младшей возрастной группе более выражены).

Изучение особенностей течения неспецифических воспалительных заболеваний влагалища у девочек подросткового возраста позволило разработать алгоритм профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлиническом звене, что поможет избежать осложненных форм заболеваний, снизить экономические затраты на лечение данного контингента.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Панов В.О., Шимановский Н.Л., Волобуев А.И., Сергеев П.В. (Москва)

Важной задачей диагностики заболеваний молочной железы (МЖ) является раннее выявление характера новообразований для правильного выбора лечения. Рентгеновская маммография (РМ) позволила значительно улучшить выявляемость опухолей МЖ. Но РМ не позволяет точно определять размер опухоли и наличие множественности опухолей, а в 5 – 15% РМ вообще не выявляет клинически не проявляющийся рак МЖ (РМЖ). При высокой плотности МЖ (из-за развитой железистой ткани или наличия выраженного отека) РМ может не определять даже пальпируемые опухоли. Ультразвуковая маммография (УЗМ) позволяет дополнительно оценить размер опухоли, более точно установить ее органотопию. Внедрение цветового и энергетического доплеровского картирования кровотока повысило специфичность УЗМ: интенсивный локальный кровоток в объемном образовании обычно рассматривается как патогномоничный маркер его злокачественности. В последнее время существенное развитие получила магнитно-резонансная томография (МРТ) МЖ и, особенно, магнитно-резонансная маммография (МРМ) с введением магнитно-резонансных контрастных средств (МРКС) или МРМ с контрастным усилением (МРМКУ). В то же время отметим, что дифференциация жировых долек, кист, содержащих жидкость, мягкотканных объемных образований и т.д. не представляет проблемы и для МРМ без введения МРКС или МРМ без контрастного усиления (МРМБКУ). Иногда, МРМБКУ целесообразно проводить для исключения наличия объемного образования МЖ (например, при назначении заместительной гормональной терапии (ЗГТ) или для наблюдения за динамикой эффективности лечения масталгий, связанных в той или иной степени с отеком тканей МЖ - в этом случае очень эффективны импульсные последовательности (ИП) с подавлением сигнала жира). Однако, МРМКУ существенно повышает специфичность метода: в злокачественных образованиях (ЗО) после введения МРКС значительно быстрее (уже в первые 1-2 минуты) интенсивность сигнала достигала максимума, чем в доброкачественных образованиях (ДО). ДО МЖ (фиброаденомы, фиброзо-кистозные образования, рубцы и т.д.) и очаги мастита имеют другую динамику накопления МРКС: максимальная интенсивность их МР-сигнала, как правило, не превышает максимум для ЗО и достигается через большее время после введения МРКС. Следует учитывать, что нормальная ткань МЖ в зависимости от фазы менструального цикла при МРМКУ накапливает МРКС по-разному. Так во время менструации могут возникать ложно-положительные очаги с высоким относительным контрастом. В то же время само по себе накопление МРКС в тех или иных образованиях МЖ не всегда позволяет дифференцировать ЗО и ДО. Достоверность диагноза повышается при наблюдении за кинетикой контрастирования – скорости увеличение МРТ-сигнала (накопление МРКС) на Т1 взвешенных изображениях (Т1ВИ) и скорости его снижения (вымывание МРКС). Это связано с тем, что опухолевый процесс характеризуется активным ангиогенезом и, часто, повышенной сосудистой проницаемостью, что обуславливает более активную динамику изменения МРТ-сигнала, связанную с повышением скорости накопления и высвобождения МРКС. Для оценки сосудистой фазы доставки МРКС в опухоль или перфузии ткани опухоли можно использовать ИП, которые чувствительны к величине тканевой перфузии (с получением Т2*-взвешенных изображений – Т2*ВИ), обычно это эхо-планарные ИП. Так оказалось, что представленность сосудов в карциномах и фиброаденомах примерно одинакова, но в карциномах микрососуды в основном локализованы на периферии опухоли, а в фиброаденомах они распределены равномерно. Т1ВИ чувствительны к наличию МРКС в межтканевой жидкости, помогают оценивать проницаемость капилляров и выход МРКС обратно в сосудистое русло, а степень изменения сигнала при перфузии зависит от внутрисосудистой концентрации МРКС, размера микрососудов и их содержания в элементарном объеме ткани. В этом отношении особенно перспективным представляется использование более эффективных МРКС (одномолярное МРКС Гадовист 1,0 Schering-Германия). И если для изучения кинетики пассажа МРКС, вполне достаточном для дифференциальной диагностики ДО и ЗО МЖ, могут быть использованы МР-томографы со средней (0,35-0,5 Тл) и даже низкой (<0,35 Тл) напряженностью магнитного поля, то для перфузионных исследований подходят

только сверхпроводящие МР-томографы с напряженностью поля не менее 1,0 Тл. Известно, что, чем выше напряженность магнитного поля, тем эффективнее действие МРКС. Следовательно, при использовании низкопольных и среднепольных МР-томографов для проведения МРМКУ предпочтение должно быть отдано более эффективным МРКС. С другой стороны возможности МРКС с удвоенной концентрацией гадолиния (Гадовист 1,0) для дифференциальной диагностики при динамической и перфузионной МРМКУ еще не совсем ясны и требуют дальнейшего изучения. Все виды кривых изменения сигнала при МРМКУ делят на 3 типа по характеру хода кривых в среднюю и позднюю фазы после введения МРКС: I тип – кривая постоянного роста, II тип – кривая с формированием плато, III тип – кривая вымывания с выраженным максимумом и быстрым снижением амплитуды МР-сигнала. Тип I был разделен на 2 подтипа Ia и Ib, которые соответствовали в постконтрастную фазу прямой линии или наклонной линии с плавно уменьшающейся скоростью нарастания МРТ-сигнала (последнее характеризует постепенное насыщение). При сопоставлении клинического диагноза (данных гистологии) и формы кривых было выявлено, что кривая I типа преимущественно соответствует ДО, кривая II типа – предположительно ЗО, кривая III типа – ЗО МЖ. Наличие кривой III типа независимо от других критериев представляет собой наиболее достоверный патогномоничный показатель ЗО. Динамические МР-параметры (кольцевидное накопление контраста, раннее максимальное контрастирование (пиковое время) и феномен быстрого вымывания) позволяют четко выделять ЗО МЖ. Следовательно, на основании данных динамической МРМКУ можно получать относительно неинвазивные in vivo критерии для отбора больных для традиционной химиотерапии или антиангиогенной терапии. Возможно, динамическая МРМКУ может быть эффективна в оценке результатов антиангиогенной терапии. Накопленный опыт позволяет сформулировать следующие показания для проведения МРМ и МРМКУ: 1). Определение состояния МЖ после консервативной терапии. 2). Оценка характера рубцевания после оперативных вмешательств или уточнение результатов биопсии (в случае трудности установления окончательного диагноза). 3). Трудности в диагностике при наличии силиконовых имплантатов. 4). Мониторинг эффективности неоадъювантной терапии. 5). Наличие нескольких очагов (в той же самой или другой МЖ) и оценка степени увеличения размеров опухоли. 6). Исследование неизвестной первичной опухоли. 7). Скрининговые исследования пациенток с высоким врожденным риском возникновения рака МЖ. 8). Особенно сложные для диагностики клинические случаи (скрытые, клинически не проявляемые опухоли). Эти показания относятся прежде всего к женщинам с развитой железистой тканью.

При МРМ желательно использовать специализированные катушки для МЖ, ИП и методы, позволяющие подавлять сигнал от жировой ткани, а также обеспечить относительную иммобилизацию МЖ (обычно за счет компрессии). Компрессия МЖ при МРМКУ не должна нарушать кровообращение в них. При выборе катушек для МРМ предпочтение следует отдавать тем, которые могут быть использованы для проведения пункций и биопсий под контролем МРТ. Отсутствие такой специализированной катушки не должно быть препятствием для проведения МРМ: могут быть использованы катушки для МРТ брюшной полости, плоские спинальные катушки и даже кольцевидные (loop) катушки, обычно предлагаемые производителями для исследования плеча. Для этого «нетрадиционного» использования неспециализированных катушек для МРМ следует подготовить специальный матрасик (или другое приспособление) для укладки женщины в положении «на животе» с физиологичным расположением МЖ. При любых показаниях к МРМ рекомендуется следующий общий алгоритм ее проведения: до введения контраста используют быстрые ИП инверсия-восстановление и/или спиновое эхо с подавлением сигнала от жировой ткани с получением Т2ВИ при толщине срезов не более 3-4 мм и максимально возможным разрешением (желательная размерность матрицы - до 512 или даже 1024 пиксел). Т2ВИ в ИП инверсия-восстановление с коротким временем инверсии TI (90-150 мсек), чаще называемой STIR, позволяют получать эффективное подавление сигнала жира даже на низкопольных МРТ-системах. Не менее интересна методика подавления сигнала жировой ткани на низкопольных аппаратах с помощью DIXON-методики, однако ее возможности в МРМ пока малоизучены. При проведении динамической МРМКУ используют двумерную 2D или трехмерную 3D ИП градиентное эхо с получением серии Т1ВИ (желательно с подавлением сигнала жира). Временное разрешение должно составлять не более 1–2 мин (желательно не более 1 мин 30 сек). Рекомендуется получение 1 изображения до введения и как минимум до 5-7 сканирований после введения МРКС с последующим вычитанием из изображений после введения МРКС первого изображения. Субтракция необходима, так как даже при использовании специализированной катушки для МРМ, получить гомогенное и эффективное подавление сигнала жира на Т1ВИ не всегда удается, и очаговое накопление МРКС может быть не выявлено на фоне яркого МР-сигнала жира. При выборе проекций исследования предпочтение отдается коронарной и аксиальной, так как МЖ – парный орган. При наличии одной МЖ (после односторонней мастэктомии) вполне может быть использована и сагиттальная проекция. Артефакты физиологических движений (сокращения сердца и дыхательная экскурсия) можно достаточно эффективно подавить наложением сатурационного среза на переднюю часть грудной клетки с захватом сердца. Поле зрения следует оптимизировать между достаточным разрешением и необходимостью захвата в область исследования не только собственно тканей МЖ, но и лимфатических узлов подмышечной области, ретромаммарной клетчатки и передней стенки грудной клетки. Чаще всего поле зрения должно составлять не более 36 см.

Согласно имеющимся сведениям вследствие неспецифического повышения диффузионных процессов во вторую половину менструального цикла и во время менструации возможно получение ложно положительных результатов МРМКУ-диагностики РМЖ. Поэтому МРМКУ в общем рекомендуют проводить на 6-18 день менструального цикла. Гормональные контрацептивы как правило не влияют на точность МРМКУ, а интенсивная ЗГТ может быть причиной неспецифического увеличения контрастирования МЖ. Поэтому для повышения достоверности диагностики РМЖ с помощью МРМКУ необходимо проводить ее в указанные дни менструального цикла, и у женщин, принимающих препараты для ЗГТ, через 6-12 недель после ее прекращения. Однако не всегда ЗГТ может быть срочно прекращена: в этом случае очаговое накопление МРКС на фоне ЗГТ следует рассматривать как патогномоничный признак недоброкачественности поражения МЖ, требующий срочных дополнительных диагностических мероприятий и, если не прекращения, то существенной коррекции ЗГТ.

В большинстве случаев инвазивный РМЖ характеризуется локальным и быстрым увеличением МР-сигнала. Часто увеличение сигнала очага неоднородно, звездообразно, иногда этот рак относится к протоковому или сегментарному. При ЗО контрастирование особенно сильно выражено и оно быстрее начинается на периферии поражения. Некоторые опухоли (слизеобразующие, папиллярные, медуллярные, протоковые и даже иногда рак in situ) имеют хорошо различимые контуры. Однако полностью видимые границы новообразований встречаются редко (<2%). Более часто (5 – 10%) при МРМКУ злокачественные образования имеют на Т1ВИ диффузное увеличение МР-сигнала. Вместе с тем такой же характер визуализации может быть, если карцинома окружена сильно контрастируемой ДО. В этом случае раковую опухоль становиться возможным дифференцировать от окружающей ткани только на фоне введения двойных-тройных доз МРКС или использования более эффективных МРКС. МРТ-сигнал большинства РМЖ быстро увеличивается, достигая максимума к 2-3-й минуте после внутривенного введения МРКС. В дальнейшем либо сигнал выходит на плато, либо быстро начинает снижаться (феномен вымывания) с 3 по 7 мин после введения МРКС. Тем не менее, в 5 – 10% случаев в инвазивных ЗО сигнал увеличивается медленно, что может быть причиной ошибок при постановке диагноза. Такое замедление встречается при дольковых карциномах, канальцевых карциномах

низкой степени злокачественности, папиллярных или медуллярных карциномах, а также при некоторых протоковых инвазивных карциномах. Полное отсутствие увеличения сигнала после введения МРКС при РМЖ встречается редко (<2%). Отсутствие увеличения сигнала иногда наблюдается также в случае слизеобразующих карционом. Несмотря на отмеченные исключения МРМКУ является наиболее чувствительным методом выявления инвазивных злокачественных образований в МЖ. Только этот метод дает возможность определить точное количество очагов и выявить очаги небольшого размера. Раннее обнаружение рецидива РМЖ после курса лучевой терапии имеет исключительную важность, так как стадия опухолевого процесса связана с уровнем выживаемости. В этом отношении МРМКУ имеет неоспоримое преимущество, так как с помощью РМ после курса лучевой терапии МЖ в 19–50% рецидив опухоли не выявляется. Дольковая карцинома МЖ in situ (ДКИС) легко перерождается в инвазивный РМЖ, который может развиваться как в той же самой, так и в другой МЖ. ДКИС как предшественник инвазивной карциномы представляет собой очень гетерогенную группу опухолей. Около 40-50% всех ДКИС характеризуется таким же быстрым увеличением МРТ-сигнала как и инвазивные карциномы, другие 40% ДКИС имеют атипичное замедленное повышение МР-сигнала. Обычно ДКИС не вызывает сомнения, если контрастирование неоднородно и относится либо к протоку, либо к сегменту МЖ. В случае диффузного (атипичного) контрастирования такой диагноз можно ставить, если подозрения на ДКИС подтверждаются также данными РМ. В последние годы благодаря внедрению методов РМ частота диагноза ДКИС возросла с 1% до 15-25% от всех диагностируемых раков МЖ.

Фиброзо-кистозные изменения МЖ не связаны с риском ракового перерождения. После введении Магневиста эти образования не накапливают МРКС и сигнал в них либо не увеличивается, либо увеличивается медленно, если исследование совпадает с правильной фазой менструального цикла. Тем не менее, аденоз, который можно рассматривать как гиперпластическое изменение, имеющее минимальный риск ракового перерождения, характеризуется большой вариабельностью увеличения МР-сигнала – в основном оно имеет диффузный характер и происходит медленно, но может быть и быстрым, характеризуясь очаговостью. Поэтому фиброзо-кистозные изменения с атипиями или ДКИС, надежно трудно дифференцировать от описанных доброкачественных изменений. Следовательно, повышение МР-сигнала в доброкачественных образованиях нельзя рассматривать как фактор риска. Кисты часто связаны с доброкачественными образованиями МЖ. На Т2ВИ они хорошо визуализируются, имея высокую интенсивность сигнала. На Т1ВИ величина сигнала зависит от количества воды, белков и ли компонентов крови. Кисты, как правило, не накапливают МРКС. Однако в редких случаях транзиторно может быть увеличение контрастности вокруг кисты при наличии выраженного воспаления, которое, как отек тканей МЖ, легко диагностируется при МРМ без введения МРКС на изображениях с подавлением сигнала жира. Наиболее часто встречающаяся ДО МЖ представляет собой фиброаденому. Папилломы возникают значительно реже. У женщин в период постменопаузы фиброаденомы или папилломы не контрастируются и потому могут быть легко диагностированы с помощью МРМКУ. Однако у молодых женщин и у тех, которые принимают ЗГТ, доброкачественные опухоли обычно накапливают МРКС, но этот процесс идет медленно. В связи с тем, что некоторые злокачественные опухоли также характеризуются низкой скоростью увеличения сигнала, само по себе такое замедление не может быть достаточным доказательством отсутствия злокачественности образования. Кроме того, некоторые доброкачественные опухоли очень быстро и сильно накаливают МРКС. В очень редких случаях для некоторых фиброаденом также описан феномен быстрого вымывания. И все же диагноз фиброаденомы наиболее вероятен при наличии слабого накопления МРКС, отчетливых внешних и внутренних границ образования. МРТ рубцов МЖ сильно зависит от предшествующих лечебных мероприятий и времени, которое прошло после их осуществления. В необлученных МЖ недавно возникшие рубцы накапливают МРКС вариабельно. Это накопление, которое обычно обусловлено гранулезной тканью заметно уменьшается через 3–6 месяцев. Поэтому для контроля корректности хирургической биопсии МРТ лучше проводить как можно раньше (желательно - в первые часы) после хирургического вмешательства. Последующая динамическая МРМКУ в первые недели и месяцы может быть низкочувствительной и малоспецифичной для дифференциальной диагностике грануляционной ткани и остатков неопластического процесса. Через 3-6 месяцев различия на МРТ-изображениях между рубцовой и злокачественной тканями обычно снова достаточно выражены, чтобы вновь появившиеся участки, активно накапливающиеся МРКС, рассматривать с подозрением. Большинство гранулем накапливает МРКС интенсивно и иногда быстро. Если гранулемоподобные образования вызывают подозрения в отношении их злокачественности, рекомендуется провести МРМКУ через 3–6 месяцев. Злокачественные образования имеют тенденцию к росту, а гранулемы не изменяют своих размеров и их способность накапливать МРКС заметно не изменяется. У женщин, которых лечили консервативными методами, включая радиотерапию, изменения в накоплении МРКС могут наблюдаться в течение 12 месяцев. Облучения ткань МЖ не накапливает МРКС (за редким исключением) только через 12–18 месяцев после лечения, что объясняют развитием посттерапевтического фиброза. На этой стадии различия между рубцовой тканью и рецидивом опухолевого процесса с помощью МРМКУ определяются легко. Очень полезно применять МРМКУ после лечения для выявления даже маленьких рецидивирующих ЗО.

МРМКУ все шире применяется для получения клинически важной информации, которая не может быть получена с помощью других методов лучевой диагностики. Динамическая МРМКУ позволяет не только дифференцировать ДО и ЗО МЖ, но также определять степень злокачественности поражения и прогнозировать его развитие. Основным преимуществом МРМКУ является практически 100% чувствительность для выявления инвазивного рака и ДКИС. Особенно важно, что МРМКУ позволяет идентифицировать клинически скрытые ЗО МЖ, не определяемые с помощью РМ, определять более точно стадию ракового процесса и более правильно планировать лечение. Важным преимуществом МРМКУ по сравнению с РМ является также отсутствие ионизирующего облучения. В то же время следует отметить, что МРМКУ относится к новым и дорогостоящим методам, которые находятся на стадии развития и совершенствования. Клиницисты нуждаются в стандартизации как применяемых терминов, так и параметров, используемых при проведении МРМКУ. В любом случае уже сейчас ясно, что МРМКУ при наличии соответствующих условий, без сомнения является методом выбора при дифференциальной диагностике заболеваний МЖ у женщин с развитой железистой тканью.

ИНФЕКЦИЯ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ КАК ФАКТОР РИСКА ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕПАТИТАМИ (ГВ И ГС)

Парфенова Г.В., Коновалов В.И., Цуцор В.Б., Цуцор В.В. (Екатеринбург)

Известно, что инфекция половых путей оказывает влияние на характер и течение фоновых заболеваний шейки матки.

Цель исследования: изучить характер инфекции половой системы у больных фоновыми заболеваниями шейки матки (ФЗШМ), страдающих гепатитами (ГВ и ГС).

Под наблюдением находилось 100 женщин, страдающих ФЗШМ, из них 55 - с ГВ, 45 - с ГС. Все пациентки после собранного акушерско-гинекологического и соматического анамнеза были обследованы с применением различных методов исследования: общеклинического, гинекологического, бактериоскопического, цитологического, ПЦР, расширенной кольпоскопии, морфологического.

Результаты исследования: у больных ФЗШМ ГВ и ФЗШМ ГС доминировала патогенная флора в сочетании с гонорейно-трихо-

монадной инфекцией и грибами рода Candida. Причем, у этих же больных преобладала инфекция «второго поколения». Так, в группе больных ФЗШМ ГВ хламидийная и уреаплазменная инфекция обнаружена почти у каждой третьей больной. Обращает внимание частота встречаемости вирусной инфекции. Так, цитомегаловирус выявлен у 7 (13%) больных, ВПГ2 - у 5 (9%), папилловирус - у 6 (11%). В группе больных ФЗШМ ГС хламидии выявлены у каждой третьей больной, уреаплазмоз у каждой четвертой. Вирус ВПГ2 обнаружен у 4 (9%), ЦМВ - у 9 (20%), папилловирус - у 5 (11%).

У всех больных ФЗШМ ГВ и ГС доминировала смешанная инфекция, почти у каждой второй. Условно-патогенная флора встречалась редко. Существенным является факт наличия смешанной инфекции в этих группах больных. Так, у большинства обследованных отмечено сочетание 3-х и 4-х инфекций.

Определенный интерес представляют полученные нами данные изучения РН вагинального секрета у обследованных больных. В обследованных группах больных ФЗШМ ГВ и ГС отмечено значительное повышение РН вагинального секрета.

Полученные нами данные свидетельствуют о дестабилизации экосистемы влагалища у больных ФЗШМ ГВ и ГС. При дестабилизации экосистемы происходит резкое снижение количества лактобацилл, увеличение РН-влагалищного секрета, что мы выявили у обследованных больных.

Результаты исследования свидетельствуют о большой роли инфекции половой системы в генезе фоновых заболеваний шейки матки у больных, страдающих ГВ и ГС.

Полученные нами данные свидетельствуют о снижении иммунитета у больных, страдающих ФЗШМ ГВ и ГС и высокой инфицированности половой системы. Это необходимо учитывать при лечении таких больных.

ХАРАКТЕР ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ (ГВ И ГС)

Парфенова Г.В., Коновалов В.И., Цуцор В.В., Цуцор В.Б. (Екатеринбург)

Проблема сочетания фоновых заболеваний шейки матки и вирусных гепатитов В и С (ГВ и ГС) у молодых женщин является актуальной. В настоящее время в Российской Федерации сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с гепатитами (ГВ и ГС).

Цель исследования: изучить характер фоновых заболеваний шейки матки (ФЗШМ) у больных, страдающих гепатитами ГВ и ГС.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 100 женщин, страдающих гепатитами ГВ – 55 и ГС – 45 больных.

Все обследованные женщины были молодого возраста. Обследование больных проводилось комплексно. Для установления этиологического диагноза, а также оценки фазы вирусного процесса (репликация, интеграция) проводилось выявление маркеров HBV и HCV методом иммуноферментного анализа.

Состояние шейки матки изучалось при простой кольпоскопии, цитологии с шейки матки, проточной цитометрии влагалища, расширенной кольпоскопии, прицельной биопсии.

Результаты исследования: при кольпоскопии эктопия разных размеров и формы диагностирована у 11(20%) больных (ГВ) и у 5(11%) ГС. Она характеризовалась участками ярко-красного цвета, расположенными, преимущественно, вокруг наружного зева, и имела четкие контуры. Эктопии с зоной превращения обнаружены соответственно у 5 (9%) больных ГВ и у 3 (7%) ГС. Воспалительные процессы в шейке матки, экзо- и эндоцервицит мы выявили у 19 (35%) больных ГВ и у 14 (31%) ГС. Истинная эрозия шейки матки диагностирована нами у 7 (12%) ГВ и у 14 (31%) ГС. Эндометриоз шейки матки отмечен нами у 4 (7%) ГВ и у 2 (4%) ГС. Полипы шейки матки мы обнаружили у 9 (16%) ГВ и у 13 (29%) ГС.

Анализируя результаты полученных данных характера фоновых заболеваний шейки матки у больных, страдающих гепатитами ГВ и ГС, следует отметить разнообразие их вариантов и разную встречаемость в группах. Чаще всего у этих больных встречались воспалительные процессы в шейке матки и, реже, эктопии.

Полученные нами данные необходимо учитывать при разработке методов лечения у таких больных.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ

Пашков В.М., Лебедев В.А. (Москва)

Постоянное развитие новых технологий в медицине позволяет пересмотреть известные постулаты диагностики и лечения различных заболеваний. В частности, усовершенствование эндоскопических технологий обеспечило развитие качественно нового метода лечения - эндохирургии, одним из важных разделов которой является гистерорезектоскопия.

Гистерорезектоскопия выполнена 53 пациенткам в возрасте от 27 до 46 лет (средний возраст - 42.22±1.14 лет). Большинство пациенток (60.38%) были старше 35 лет (36-46 лет). До 35 лет их было соответственно 39.62%, однако необходимость в тотальной аблации слизистой возникла только у 3 пациенток этой возрастной группы.

Комплекс диагностических и лечебных мероприятий составили: а) детальное клиническое исследование с изучением анамнеза, особенностей менструальной и репродуктивной функций; б) трансвагинальное ультразвуковое сканирование; в) гистероскопия и гистерорезектоскопия; г) гистологическое исследование соскобов или макропрепаратов, удаленных во время операции (гистерорезектоскопия).

При изучении клинических данных особое внимание уделяли перенесенным в прошлом соматическим и гинекологическим заболеваниям (в том числе, потребовавших хирургического вмешательства), длительности основного заболевания, особенностям предшествующей консервативной терапии, методам контрацепции и сопутствующим нейроэндокринным нарушениям.

Во время эхографического исследования применяли высокочастотный трансвагинальный преобразователь (7,5 МГц).

Гистероскопию и гистерорезектоскопию осуществляли с помощью эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия), для растяжения полости матки использовали стерильные растворы хлористого натрия (0.9%) или глицина. В качестве анестезиологического пособия применяли внутривенный наркоз. Тотальную аблацию эндометрия осуществляли с помощью электрода-петли или электрода-шара в режиме работы электрохирургического комплекса «резание+коагуляция». «Локальную» резекцию слизистой тела матки осуществляли только с помощью электрода-петли (безусловно, не затрагивая большую часть слизистой).

Длительность эндохирургической операции варьировала от 8 до 30 минут (составив в среднем 18,57+3,05 минут) и зависела, главным образом, от объема хирургического вмешательства. Так, продолжительность «локальной» резекции полипа слизистой тела матки не превысила 15 минут (в среднем – 12,46+1,32 минут). Средняя продолжительность тотальной аблации эндометрия составила 22,-34+2,15 минуты.

Гистерорезектоскопию производили по следующим показаниям:

1) атипическая гиперплазия эндометрия в позднем репродуктивном периоде и пременопаузе - 9.43%;

2) атипическая гиперплазия эндометрия в репродуктивном периоде при отсутствии эффекта от гормональной терапии в течение 6 месяцев - 5.66%;

4) аденоматозные полипы эндометрия в позднем репродуктивном периоде и пременопаузе - 18.87%;

5) железисто-фиброзные и фиброзные полипы эндометрия, удаление «ножки» которых с помощью кюретажа оказалось невозможным - 33.96%;

6) железистая гиперплазия эндометрия в пременопаузе при наличии противопоказаний к гормональной терапии -16.98%;

7) рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия в пременопаузе -15.09%.

При выборе объема эндохирургического вмешательства учитывали результаты гистологического исследования эндометрия, возраст больной, ее преморбидный статус. Тотальная аблация слизистой тела матки выполнена у 35 (66.04%) пациенток (морфологический предрак в позднем репродуктивном периоде и пременопаузе, рецидивирующая железистая гиперплазия в пременопаузе, наличие противопоказаний к гормональному лечению впервые диагностированной железистой гиперплазии в пременопаузе). У 18 (33.96%) женщин произведена «локальная» резекция слизистой тела матки (пациентки репродуктивного возраста с железисто-фиброзными или фиброзными полипами с неудаленной во время кюретажа «ножкой»).

В раннем послеоперационном периоде исследовали электролитный баланс крови, а также оценивали гемодинамические показатели. Ближайшие результаты эндохирургического вмешательства оценивали в течение нескольких часов (суток) после операции (т.е. в течение пребывания пациентки в стационаре) и далее через 30 дней. Отдаленные результаты изучали спустя 3-6-9 месяцев от момента гистерорезектоскопии (так называемые ближайшие отдаленные результаты) и далее через 12 месяцев с полугодичным интервалом.

В отдаленном послеоперационном периоде (спустя 3 месяца после гистерорезектоскопии) обращали внимание на изменения менструальной функции, состояние матки по данным объективного исследования и данным трансвагинальной эхографии, по показаниям выполняли контрольную гистероскопию. Ведущими критериями эффективности эндохирургического лечения считали: устранение ациклических маточных кровотечений или гипер/поли/менореи; формирование аменореи (маточная форма); отсутствие изменений маточного эха при динамическом трансвагинальном ультразвуковом сканировании; неизмененная слизистая (по данным контрольной отдаленной гистероскопии).

Изучение результатов гистерорезектоскопии обнаружило следующее:

1) у всех 18 пациенток репродуктивного возраста с фиброзными или железистыми полипами эндометрия в течение 6 месяцев наблюдения не зарегистрировано ни одного случая рецидива патологического образования;

2) у 16 из 35 больных (45.71%), которым выполнена тотальная аблация слизистой, наступила аменорея; у 15 (42.85%) пациенток менструации стали скудными и короткими;

3) у 4 (11.42%) больных, которым произведена аблация эндометрия только с помощью электрода-шара, через 3-6 месяцев отмечен рецидив гиперпластического процесса; всем больным выполнена повторная гистерорезектоскопия (резекция слизистой + деструкция труднодоступных участков) - у 1 пациентки наступила аменорея и у 3 - менструации стали скудными и короткими.

Все пациентки после резекции полипа эндометрия выписаны домой на вторые сутки, после тотальной аблации – в течение третьих-четвертых суток.

В наших исследованиях не отмечены такие осложнения гистерорезектоскопии как травматические повреждения, кровотечение, инфицирование и стеноз шеечного канала. Интенсивность и длительность кровянистых выделений из половых путей в послеоперационном периоде зависели от объема хирургического вмешательства и конкретной клинической ситуации.

Следует отметить, что эффективность гистерорезектоскопии при полипах на фоне неизмененной слизистой составила 100%; при гиперплазии эндометрия (в том числе, атипической) - 92.45% (повторная операция позволила повысить этот показатель до 100%).

Таким образом, с внедрением в практическую медицину гистерорезектоскопии стало возможным осуществлять органосберегающее хирургическое лечение больных гиперпластическими процессами в эндометрии, что позволяет избежать как применения далеко не безразличных экзогенных гормонов, так и радикального хирургического вмешательства.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Пашков В.М., Попова Н.Г. (Москва)

Сохранение репродуктивной функции у женщин фертильного периода жизни представляет одну из актуальных проблем современной гинекологии, поэтому при хирургических вмешательствах на матке возникает необходимость в применении органосохраняющих операций.

Миома матки является наиболее частой доброкачественной опухолью женских половых органов и в 35% наблюдений требует хирургического лечения. По данным литературы, из ста миллионов женщин репродуктивного периода каждая пятая подвергнута тотальной гистерэктомии, причем около 65% пациенток в момент операции находились в возрасте 30-40 лет (Савицкий Г. А., Скопичев В. Г., 2000 г.). Внедрение современных технологий значительно широко увеличивает возможности хирурга в использовании органосохраняющих операций. В связи с чем, частота применения подобных операций за последние 10 лет возросла на 30-40% (Адамян Л. В., 1998; Brill A. I., 1997, Isaacson K., Lethaby A., 2000).

Цель исследования: разработать систему дифференциального подхода к хирургическому лечению больных миомой матки, с учетом возраста пациенток, величины и локализации узлов миомы, сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных патологий, заинтересованности женщины в сохранении менструальной и репродуктивной функции.

Результаты собственных исследований: в основу настоящей работы положен анализ клинических наблюдений за 137 больными в возрасте от 24 до 49 лет. Все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 68 (49,4%) больных, подвергшиеся радикальным операциям. В 23 (16,5%) наблюдениях выполнена субтотальная гистерэктомия, в 45 (32,9%) наблюдении – тотальная гистерэктомия. Во вторую группу включены больные, которым было произведено органосохраняющее хирургическое лечение. В 30 (21,89%) случаев произведена трансцервикальная миомэктомия, в 32 (23,36%) наблюдений – лапароскопическая миомэктомия или электромиолизис, у 30 (38,77%) больных – миомэктомия в процессе мини-лапаротомии.

Следует отметить, что средний возраст больных в группе органосохраняющих операций достоверно отличался от среднего возраста больных в группе с радикальными операциями, соответственно составил 33,5±1,02лет и 46,9±1,02 лет. Во второй группе преобладали в основном женщины репродуктивного периода жизни (98,4%), при этом наименьший возраст отмечался у больных в группе лапароскопических операций. Основными жалобами больных миомой матки были длительные и обильные менструации 49,-05%, боли в нижних отделах живота 30,19%, межменструальные выделения 2,83%. У женщин, подвергшихся радикальным операциям, вторичная анемия установлена в 57,84%.

При анализе генеративной функции, необходимо отметить, что количество беременностей, закончившихся родами в группе с радикальными операциями, было больше (95,6%), чем в группе с органосохраняющими операциями (67,2%). Всем больным проведено трансвагинальное ультразвуковое исследование. Гистероскопия выполнена в 54,72% наблюдений, при этом подслизистая миома матки обнаружена в 36,79% случаев.

Показаниями к радикальным операциям служили: миома матки больших размеров (15,09%), множественные миоматозные узлы 6,6%, сочетание подслизистой миомы матки с яркой клинической картиной заболевания (мено - и метроррагии, приводящие к анемии) (15,09%), Необходимо отметить, что при решении вопроса об определении объема радикальной операции определяющим фактором было наличие патологии шейки матки. Органосохраняющие операции проводились при наличии заинтересованности женщины репродуктивного возраста в сохранении генеративной и менструальной функции. При выборе метода органосохраняющего лечения

особое внимание уделялось расположению миоматозных узлов. Показаниями к гистерорезектоскопии в наших исследованиях служили подслизистые миоматозные узлы у женщин репродуктивного периода 30 (21,89%). Преимуществами этого метода является относительная простота, безопасность и, вместе с тем, высокая экономичность метода, при величине матки до 10 недель беременности и диаметре узлов не более 65 мм. Показаниями к лапароскопическим операциям явились подбрюшинные миоматозные узлы на неглубоком (менее 15 мм) и \ или не широком (менее 30 мм) основании. В 50% при межмышечной локализации узлов произведен лапароскопический электромиолизис. Показаниями для лапарокопического электромиолизиса явились: межмышечные узлы миомы, расположенные в зоне сосудистых сплетений или узлы миомы, расположенные в непосредственной близости к единственной маточной трубе. Кроме этого, в 25% случаев одновременно с лапароскопической миомэктомией и в 12,5% наблюдений с лапароскопическим электоромиолизисом проводилась трансцервикальная миомэктомия. Показаниями к сочетанным операциям явились наличие подбрюшинных и подслизистых узлов миомы. Среди преимуществ традиционной лапароскопии необходимо выделить возможность более детально осмотреть органы брюшной полости, а также с высокой степенью точности оценить топографические взаимоотношения между маткой, ее придатками и патологическими образованиями. Вместе с тем, применение традиционной лапароскопии позволяло удалять узлы миомы из труднодоступных мест - задней и боковых стенок матки. Показаниями к мини-лапаротомии и миомэктомии являлись миома матки больших размеров в 33,3% случаев, миома матки с подбрюшинным ростом узлов на широком и глубоком основании в 46,3% наблюдений, сочетание подбрюшинной миомы матки с мено- и метроррагиями, приводящими к анемии - в 13,16% случаев, сочетание подбрюшинной миомы матки с бесплодием - у 3,18% больных. Преимуществами этого метода являются возможность бережного извлечения образований матки, эстетичность разреза, отсутствие необходимости в применении дорогостоящей эндоскопической аппаратуры. Мини-лапаротомия способствует анатомичному сопоставлению раневых поверхностей на матке после удаления межмышечных и подбрюшинных опухолей с широким и глубоким основанием и более благоприятному заживлению, формированию полноценного рубца.

Длительность операции зависела от ее вида: длительность гистерорезектоскопии в среднем составила 35±2,0 минут, количества этапов (лапароскопические операции в 37,5% проводились в два этапа: электродеструкция или электродиссекция узлов и гистерорезектоскопия), при этом длительность операции увеличивалась от 50±1,0 до 67±1,0 минут; длительность радикальных операций составила в среднем 85 минут.

При анализе величины кровопотери, наблюдалось достоверное ($p<0,05$) снижение кровопотери в группе больных с органосохраняющими операциями 70±5,0 мл, по сравнению с радикальными операциям (250±4,0 мл). В тоже время, при проведении гистерорезектоскопии кровопотери не отмечалось. При анализе длительности пребывания больных в стационаре, установлено значительное ее уменьшение после выполнения органосохраняющих операций (после мини-лапаротомии и миомэктомии – 9,3±0,2 дней, лапароскопической миомэктомии или электромиолизиса – 6,7±0,1 дней, гистерорезектоскопии- 5,5±0,1 дней), после радикальных операций – 12±0,2 дней. При этом наименьшая отмечена в группе больных после гистерорезектоскопии.

Таким образом органосохраняющее хирургическое лечение является методом выбора хирургического лечения больных миомой матки репродуктивного периода, заинтересованным в сохранении менструальной и генеративной функции.

СОЧЕТАННАЯ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Пекарев О.Г., Любарский М.С. (Новосибирск)

Проблема гнойно-септической патологии остается одной из самых актуальных в акушерско-гинекологической клинике. Ежегодно более 1,5 миллионов россиянок прерывают беременности путем как артифициального аборта, так и в поздние сроки. Несмотря на широкие возможности контрацепции и планирования семьи количество абортов существенно не изменяется.

В структуре гнойно-септических послеабортных осложнений на долю острого неспецифического метроэндометрита приходится до 30%. В то же время, полное выздоровление при послеабортных воспалительных процессах по данным разных авторов наступает не более, чем в 60-70% случаев. Последствия перенесенного аборта для женского населения России неутешительны – это и временная нетрудоспособность, и возможная инвалидизация, и угроза развития бесплодия трубно-перитонеального генеза. Именно это заставляет искать новые подходы для лечения послеабортных гнойно-септических процессов, и только уточненные патогенетические механизмы лимфостимулирующих инъекции могут явиться единственно надежным базисом для разработки новых эффективных методов санации очага воспаления. Появление новых данных о высокой значимости нервно-регуляторных механизмов способствуют новым попыткам целенаправленного воздействия на иннервационные характеристики лимфатического региона малого таза.

В этой связи, нами апробирован и внедрен в практику комплексный подход к терапии, а именно, сочетание лимфостимуляции и энтеросорбции на фоне стандартно проводимой терапии.

Под наблюдением находились, были обследованы и пролечены 149 пациенток с острыми неспецифическими метроэндометритами после медицинского аборта.

Все пациентки были разделены на три группы в зависимости от метода лечения:

1 группа (основная) – 50 больных, которым в комплексную терапию послеабортного метроэндометрита была включена сочетанная лимфостимулирующая и энтеросорбентная терапия.

2 группа (контрольная) - 49 больных, которым в комплексном лечении применяли только лимфостимулирующие инъекции без энтеросорбции.

3 группа (контрольная) - 50 больных, которым проводилось традиционное комплексное лечение послеабортного метроэндометрита.

Группы формировались идентично по возрасту, стадии воспаления, тяжести и длительности заболевания. Для контроля лабораторных и ультразвуковых исследований использовали параклинические данные 20 здоровых женщин детородного возраста на 3 сутки после артифициального аборта.

Исходя из поставленных задач, был модифицирован и применен в гинекологической клинике метод лимфостимулирующей терапии, а также метод сочетанной лимфостимулирующей и энтеросорбентной терапии, который включил в себя лимфостимулирующие инъекции и энтеросорбцию как два патогенетически обоснованных воздействия, обуславливающих эндоэкологическую санацию воспалительного региона. Оба метода патогенетически обоснованы и соответствуют концепции академика Ю.И.Бородина о том, наиболее полная реабилитация организма может быть достигнута лишь в том случае, когда в комплекс лечебных мероприятий будут включены методы введения лекарственных средств, позволяющие быстро и в полной мере восстановить эндоэкологическую ситуацию в перецеллюлярных пространствах пораженных клеток (Бородин Ю.И., 2003).

В основной группе женщинам с диагнозом «метроэндометрит» проводились на фоне традиционной терапии интерспинальные лимфостимулирующие инъекции в проекции L1-L5, в состав кото-

рых входил один из антибактериальных препаратов. На курс лечения требовалось обычно 5 процедур. Параллельно осуществлялась энтеросорбция препаратом СУМС-1 в дозе 10 г. трижды в сутки. Каких-либо побочных эффектов или осложнений проводимой терапии нами отмечено не было.

Преимущества проведения сочетанной лимфостимулирующей и энтеросорбентной терапии наглядно отмечены при изучении продолжительности «купирующей терапии». Под «купирующей терапией» понималось исчезновение болевого синдрома, белей и признаков общей интоксикации организма. В основной группе ее продолжительность у подавляющего числа пациенток 48 (96,±3,6%) была в пределах 5 суток. В группах сравнения только у 42 (85,7±5,0%, $p<0,05$) и 28 человек (56,0±7,01%, $p<0,05$) к этому времени отмечалась стойкая тенденция к купированию процесса и нормализации состояния.

Статистически достоверная разница выявлена и при учете терапевтического эффекта у пациенток 1, 2 и 3 групп ($p<0,05$) в последующие 6-8, 9 и более суток лечения.

Указанные параметры четко коррелировали с длительностью проводимой антибактериальной терапии. В среднем, на курс лечения у больных основной группы применялось 5,58±0,17 лимфостимулирующих инъекций, в состав которых входили антибактериальные препараты. Тогда как продолжительность антибактериальной терапии во второй и третьей группах 6,36±0,19 и 7,94±0,22 дней.

Это привело к существенной экономии антибиотика (2,84 раза на примере гентамицина, учитывая длительный постантибиотический эффект аминогликозидов), улучшению качества жизни пациенток за счет однократности (1 раз в сутки) применения процедуры, и сокращению более чем на 4 дня (с 14,74±0,44 до 10,38±0,33) продолжительности пребывания пациенток основной группы в гинекологическом стационаре в сравнении с традиционной терапией послеабортных метроэндометритов.

Полученные результаты были достигнуты без ущерба для качества лечения. Нормализация температуры наступила достаточно быстро у пациенток как основной, так и контрольных групп. В то же время обращает на себя внимание статистически достоверное различие между группами при оценке этого показателя на 2-3 и между первой и третьей группами на 4-6 сутки ($p<0,05$). Очевидно, что тенденция к более быстрой нормализации температуры тела отмечена все же у пациенток основной группы. Очевидно, что такая существенная разница в температурной реакции у больных в послеабортном периоде обусловлена активной санацией очага воспаления и элиминацией токсических продуктов, которые играют роль пирогенов. На следующем уровне, вероятно опосредованно, происходит снижения синтеза интерлейкина-1, интерлейкина-6, фактора некроза опухоли, определявших возникновение лихорадки (Кетлинский С.А., 1995; Федотова Т.В., 2001, Назарова Т.М., 2002).

При всем при этом, максимальный терапевтический эффект получен также у пациенток основной группы. Особо следует отметить, что количество случаев генерализации инфекции, т.е. выхода за пределы очага воспаления в группе пациенток, получавших сочетанную лимфостимулирующую и энтеросорбентную терапию терапию, было в 3 раза меньше, чем в группе с лимфостимулирующими инъекциями и в 9 раз меньше, чем в группе с традиционной терапией.

Несмотря на проводимое лечение, у 9 (18%) больных 2-й группы на 4-5 сутки пребывания в стационаре появились признаки воспаления придатков матки с одной или обеих сторон, и у 1 (2%) больной этой же контрольной группы - признаки параметрита. Во второй группе наблюдалось распространение воспалительного процесса за пределы матки в виде обострения хронического правостороннего аднексита у 3 пациенток (6,12%). В основной группе отмечен лишь один случай обострения хронического аднексита (2,0%). Выздоровление в данной группе пациенток наступило в 98% случаев, что достоверно выше, чем у пациенток из группах контроля (92% - в группе, где проводилась лимфостимуляция без энтеросорбции и 68% - в группе контроля). Достоверно сократились сроки наступления клинического и лабораторного выздоровления, а также в среднем на двое суток длительность антибактериальной терапии.

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что метод сочетанной лимфостимулирующей и энтеросорбентной терапии является патогенетически обоснованным, безопасным, экономичным и высоко эффективным методом санации воспалительного очага при терапии острого неспецифического послеабортного метроэндометрита.

ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Пивень Л.А., Маринкин И.О. (Новосибирск)

На основании 20-ти лет собственного клинического опыта предложены подходы к комплексному лечению различных вариантов фибромиомы матки у женщин репродуктивного возраста.

1). Одиночные небольшие (до 2 см) интерстициальные, интерстицио-субсерозные фиброматозные узлы матки, без клинического проявления.

Микродозированные оральные контрацептивы («НОВИНЕТ», «Логест», «Мерсилон», «Линдинет – 20»).

2). Одиночные небольшие (до 3 см) интерстициальные, интерстицио-субсерозные фиброматозные узлы матки, без клинического проявления.

Агонист гонадотропин релизинг-гормона “Диферелин” 3,75 мг в/м 3 месяца.

Профилактика рецидива роста фибромиомы матки микродозированными комбинированными оральными контрацептивами («НОВИНЕТ», «Логест», «Мерсилон», «Линдинет – 20»).

3). Субкозная фибромиома матки.

Агонист гонадотропин релизинг-гормона 3 месяца.

Гистероскопическое удаление субмукозного фиброматозного узла.

Профилактика рецидива роста фибромиомы матки микродозированными комбинированными оральными контрацептивами.

4). Множественная фибромиома матки с интерстициальной, субмукозной локализацией узлов.

Агонист гонадотропин релизинг-гормона 3 месяца.

Органосохраняющая операция полостным доступом.

Профилактика рецидива роста фибромиомы матки микродозированными комбинированными оральными контрацептивами.

5). Интерстициальная, интерстицио-субсерозная фибромиома тела матки с фиброматозными узлами до 5 см в диаметре.

Агонист гонадотропин релизинг-гормона 3 месяца.

Органосохраняющая операция лапароскопическим доступом.

Профилактика рецидива роста фибромиомы матки микродозированными комбинированными оральными контрацептивами.

6). Интерстициальная, интерстицио-субсерозная фибромиома тела матки с фиброматозными узлами более 5 см в диаметре.

Агонист гонадотропин релизинг-гормона 3 месяца.

Органосохраняющая операция полостным доступом.

Профилактика рецидива роста фибромиомы матки микродозированными комбинированными оральными контрацептивами.

Оперативное лечение выполняется через 2-3 недели после последней инъекции диферелина. Следует отметить значительное облегчение технического выполнения консервативной миомэктомии после гормональной подготовки агонистами.

Применение у больных с фибромиомой матки консервативных методов лечебного воздействия с использованием агонистов ГнРг и микродозированных комбинированных контрацептивов позволило перейти от тактики пассивного наблюдения к активному вмешательству и добиваться в ряде случаев стабилизации роста опухоли, расширить возможности органосохраняющих операций, шире применять эндоскопический доступ и снизить риск возникновения рецидивов после таких операций у женщин репродуктивного возраста.

На основании собственного опыта считаем, что проведение консервативной миомэктомии лапароскопическим доступом особенно при интерстициальной локализации узлов требует хорошего оборудования, большого опыта и высокого мастерства и не рационально у женщин, не выполнивших свою репродуктивную программу. Необходимо расширять показания к эндоскопическому удалению миоматозных узлов на начальных стадиях заболевания, когда опухолевые узлы имеют еще небольшие размеры, что позволит избежать тех технических трудностей, которые возникают при лапароскопическом удалении больших узлов и ограничивают возможности данного доступа при лечении больных с фибромиомой тела матки.

При множественной фибромиоме, при больших размерах узлов более рациональным является лапаротомический доступ, при этом через небольшой поперечный разрез можно провести консервативную миомэктомию любой сложности за меньшее время, с меньшей кровопотерей и с более качественным ушиванием матки, чем при лапароскопии.

Для снижения числа послеоперационных осложнений особенно при больших множественных фибромиомах матки необходима гормональная предоперационная подготовка агонистами ГнРГ и совершенствование техники оперативного вмешательства. Это относится к выбору места разреза на матке, его направлению, целесообразности удаления избытка мышечной ткани, способу удаления узлов, гемостазу и методики ушивания матки.

Сегодня фактически не существует технических противопоказаний к миомэктомии. Показанием к органосохраняющей операции служит не возраст, а наличие менструаций. У женщин до 40 лет целесообразно сохранение и восстановление менструальной и детородной, а после 40 лет - лишь менструальной функции.

По технике выполнения консервативно-пластические операции более сложны, чем радикальные, и к ним следует подходить с большим вниманием, осторожностью, имея хорошую хирургическую подготовку. В руках недостаточно опытного врача данные операции могут дать значительно более высокий процент послеоперационных осложнений.

В современной оперативной гинекологии недостаточно уделяется внимание радикальным операциям с сохранением менструальной функции с целью профилактики развития дисфункции яичников в случаях диффузного фиброматоза, множества узлов, разбросанности их по миометрию. В своей практике мы испробовали следующие разновидности подобных операций:

Миометрэктомия по Абурелу.

Миометрэктомия по Келли-Кова-Кроссену.

Межпридаточная гистерэктомия с сохранением миометрального лоскута (по Сырбу).

Радикальная миометрэктомия по Дюку.

Следует отметить, что эти операции все сильно кровоточивы, с высокой опасностью кровотечения в послеоперационном периоде. На основании собственного опыта мы рекомендуем применять радикальную миометрэктомию по Дюку, как более физиологичную.

Современное лечение фибромиомы матки у женщин репродуктивного возраста должно строиться на принципах терапии, полностью или частично сохраняющей орган и его функцию, а это обуславливает необходимость уточнения показаний и противопоказаний к хирургическому лечению, выбора оперативного доступа, разработки методов восстановительной хирургии и противорецидивной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Плёхова В.И., Головченко О.В., Шевченко Е.В. (Белгород)

В настоящее время проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных образований органов малого таза остается весьма актуальной. В последние годы во всех странах мира отмечено повышение частоты ВЗМП на 13% в общей популяции женщин репродуктивного периода (Краснопольский В.И., Стрижаков Н.А.) и на 25% у женщин, не использующих внутриматочные контрацептивы, причем в три раза увеличилась частота тубооваариальных образований воспалительной этиологии (Савельева Г.М., Антонова Л.В.).

Частота гнойных форм, для которых требуются оперативные вмешательства, по данным Р.В.Пилинга и данных Американского центра контроля за заболеваемостью составляет 15-20%, они приводят к потере специфических женских функций и стойкой инвалидизации. Именно это обстоятельство делает данную проблему не только научной, но и социальной.

Лапараскопия заняла прочные позиции как один из основных методов лечения ГВ ЗПМ. Адамян Л.В., Козаченко А.В. убеждены в том, что лапароскопия является методом выбора в современных условиях развития медицины для диагностики, лечения и реабилитации женщин репродуктивного возраста с наличием ОВЗПМ.

Применение лапараскопии в качестве хирургического доступа позволяет быстро и правильно поставить диагноз, провести дифференцированную диагностику, определить степень деструктивного процесса и характер поражения соседних органов, произвести дренирование тазового абсцесса с последующим разделением спаек и удалением некротических тканей.

Оперативная лапараскопия в адекватном и достаточно радикальном объеме соответственно принципам общей хирургии в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной, симптоматической терапией позволяет ускорить выздоровление больных, сократить срок их пребывания в стационаре, уменьшить число послеоперационных осложнений даже, несмотря на щадящий объем оперативного лечения.

У женщин с нереализованной функцией позволяет обеспечить адекватность операции, сохранить по возможности детородные органы, достичь полноценной реабилитации, в том числе генеративной функции, а у больных переходного и менопаузального возраста – высокого качества жизни (Л.В.Адамян, В.И. Кулаков).

По частоте, тяжести и продолжительности, вызываемых ими расстройств в репродуктивном возрасте женщин, эта патология занимает одно из первых мест.

Цель исследования: Целью нашего исследования явилось изучение возможности проведения лапароскопических операций у больных с гнойными тубооваариальными образованиями.

Материал и методы: Группу исследования составили 76 женщин репродуктивного возраста с гнойными тубооваариальными образованиями, с клиническим диагнозом:

пиосальпинкс – 18 (23,6%)

тубооваариальное образование – 51 (67,1%)

пиовар – 7 (9,3%)

Обращает на себя внимание развитие воспалительного процесса на фоне ВМС - 40% и сезонные возникновения, обращения по болезни (осень-зима) – 70-80%.

По нашим данным бактериологического исследования в возникновении ОВЗПМ большое значение имеют ассоциации микроорганизмов (гонококков, стрептококков, стафилококков, хламидий, кишечной палочки, анаэробов), чем отдельные культуры. Эти данные соответствуют результатам исследований проведенными отечественными учёными (Савельева Г.М., Цвелёв Ю.В., и др.)

Следует подчеркнуть, что в тех случаях? когда преобладали гнойно-некротические изменения, в бактериологических исследованиях превалировали анаэробы.

В рамках данного исследования выявлено ряд факторов способствующих развитию ОВЗПМ. Условно мы разделили их на две группы: медицинские, социальные.

Социальные факторы имели место в 75% исследуемых пациентках.

К ним относятся:

низкий уровень жизни
алкоголизм
наркомания
вредные условия труда.

Мы убеждены в том что, оказывая положительное влияние на социальные факторы, реально изменим количество ОВЗПМ в сторону снижения.

Объем оперативного вмешательства:

удаление придатков матки с одной стороны;
удаление придатков матки с двух сторон;
удаление маточной трубы с одной стороны;
удаление маточной трубы с двух сторон;
удаление яичника;
резекция яичника и удаление пиогенной капсулы.

Оперативные вмешательства сопровождались дренированием брюшной полости (области малого таза).

При оперативном лечении использовался доступ

лапароскопический – 15 (17%);
чревосечение – 61 (83%).

Лапароскопия проводилась по обычной методике под общей анестезией с использованием рекомендаций, полученных Центром акушерства, гинекологии и перинаталогии отделения оперативной гинекологии (Адамян Л.В.) с использованием аппаратуры и инструментария фирмы Karl Stortz, «Аксиома» С-Петербург.

В случаях обнаружения межкишечных абсцессов был переход к чревосечению.

Длительность лапароскопий (в зависимости от объема операции) – от 35мин до 2часов 55мин. Средняя продолжительность чревосечения – 1час 20мин.

Во всех случаях оперативных вмешательств проводилась предоперационная подготовка с использованием инфузионной, дезинтоксикационной и антибактериальной терапии с применением цефалоспоринов, применялся внутритканевой электрофорез, также проводилась интраоперационная антибиотикотерапия (в/в меронем, в/в капельно метрогил 100,0 мл).

Результаты исследования: При лапарскопическом доступе в послеоперационном периоде отмечена нормализация температуры тела на 2-3 сутки, купирование пареза кишечника – на 3 сутки на фоне применения прозерина, убретида, гипербарической оксигенации, электростимуляции кишечника. Методы стимуляции кишечника применялись в соответствии со степенью выраженности пареза. Нормализация общего анализа крови (снижение лейкоцитоза, нормализация лейкоцитарной формулы), стабилизация психоэмоциональной сферы – на 3-4 сутки.

Срок пребывания в стационаре после операции – 7 койко-дней.

Больные, перенесшие чревосечение находились под наблюдением в условиях палаты интенсивной терапии в течение 3 суток, что требует большего количества материальных затрат.

В течение 7-10 суток в данной группе больные испытывали четко дифференцируемый дискомфорт в области оперативного доступа. Это ограничивает физическую активность, препятствует быстрому восстановлению психоэмоционального статуса, по сравнению с лапароскопическим доступом Средние сроки послеоперационного пребывания – 10-12 суток (после чревосечения).

При анализе катамнестических данных отмечено в двух случаях после эндоскопической операции по поводу ХВЗПМ спонтанное наступление беременности, что позволяет говорить о восстановлении репродуктивной функции в полном объеме.

Выводы: На основании проведенного исследования можно сделать вывод об эффективности и рациональности оперативного эндохирургического вмешательства при выявлении гнойных тубоовариальных образований (пиосальпинкс, пиовар) у женщин репродуктивного возраста.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ГИСТЕРОСКОПИИ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА

Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Зубарев А.Р., Ермишина Н.В., Ким Ю.Е. (Москва)

Несмотря на несомненный прогресс эндоскопических и ультразвуковых методов обследования проблема диагностики внутреннего эндометриоза матки остается одной из наиболее актуальных в оперативной гинекологии. Диагноз внутреннего эндометриоза матки на дооперационном этапе является «диагнозом трех дополнительных методов»: гистероскопии, эхографии органов малого таза и, в некоторых случаях, – гистеросальпингографии. Именно их комплексное применение обычно дает наиболее достоверный результат, но процент ошибочной позитивной или негативной диагностики даже при их сочетанном применении остается достаточно высоким. Совершенствование методов как таковых заставляет периодически заново оценивать специфичность, чувствительность и надежность их применения.

Цель исследования: изучить возможности изолированного и комплексного использования УЗИ органов малого таза (двухмерного, трехмерного сканирования, допплерометрии, ЦДК), гистероскопии и гистеросальпингографии в дооперационной диагностике аденомиоза.

Материалы и методы исследования: обследованы 103 женщины в возрасте от 34 до 56 лет (47,44±1,6 лет), страдающих ациклическими маточными кровотечениями и менометроррагиями. У 57% больных имели место также межменструальные тазовые боли, у 63% - альгоменорея, у 39% - диспареуния, у 27% - первичное или вторичное бесплодие. Эхографические исследования проводили при помощи ультразвукового аппарата «Voluson-730» с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков с частотой волновых колебаний 7,5 МГц. Гистероскопию выполняли при помощи гистероскопа фирмы «Karl Storz» на 6-7 день менструального цикла, либо при кровотечении с целью гемостаза. Гистеросальпингография проводилась по традиционной методике на аппарате фирмы «Philips».

Результаты исследования верифицированы при морфологическом исследовании удаленной матки, причем в 55 наблюдениях тотальная или субтотальная гистерэктомия была выполнена при чревосечении, а в 48 наблюдениях – при лапароскопии.

Результаты исследования и их обсуждение: Специфичность двухмерного УЗ сканирования в диагностике аденомиоза составила 47%, чувствительность - 75%, надежность - 64%. Ошибочно диагноз аденомиоза по данным двухмерного УЗ сканирования был поставлен в 12 наблюдениях при наличии выраженного сосудистого рисунка, гипертрофии миометрия и наличии множественных миоматозных узлов, затруднявших выявление эхографических критериев, характерных для внутреннего эндометриоза матки. Ложноотрицательные результаты имели место в случаях сочетания очаговой формы аденомиоза с миомой матки.

Сочетанное применение двухмерной эхографии и допплерографии с оценкой функционального состояния кровообращения в маточных артериях не сопровождалось значительным улучшением показателей диагностики. Применение ЦДК не столько улучшает возможность позитивной диагностики аденомиоза, сколько позволяет проводить дифференциальный диагноз с миомой матки и верифицировать случаи, когда миометрий воспринимается как

неоднородный вследствие обильной васкуляризации. При анализе полученных результатов допплерометрического исследования кровотока в маточных артериях у больных аденомиозом, подтвержденном морфологическим исследованием миометрия, отмечается увеличение сосудистой сопротивляемости в зависимости от прогрессирования заболевания, но не от формы аденомиоза. У больных аденомиозом матки отмечается затруднение оттока периферической крови и повышение сосудистого тонуса – застойное полнокровие. При наличии миомы матки отмечено снижение ПИ и ИР – 1,82 и 0, 63 по сравнению с нормальным состоянием миометрия во вторую фазу менструального цикла: 1,57 – 2,28 и 0,85 соответственно, по данным литературы. При наличии аденомиоза, в том числе и в сочетании с миомой матки, показатели резистентности в маточной артерии повышаются, особенно при «чистой» форме аденомиоза: ПИ 2,96 и ИР 0,88 (0,68–0,77 – пределы нормальных значений по данным литературы).

УЗИ с трехмерной реконструкцией изображения позволяет поставить диагноз аденомиоза с чувствительностью 87%, специфичностью - 57% и надежностью - 79%. К признакам аденомиоза при трехмерной реконструкции изображения относят увеличение матки, в основном передне-заднего её размера (93%), преимущественное увеличение толщины одной из стенок матки (87%); наличие в миометрии зоны повышенной эхогенности (91%), занимающей более половины толщины стенки матки; обнаружение в области эхогенной зоны анэхогенных включений диаметром 2-6 мм (45,9%) и в ряде случаев жидкостных полостей диаметром от 6 до 3,3 мм, содержащих мелкодисперсную взвесь (19,3%); появление в месте расположения патологического образования множественных средней и низкой эхогенности близко расположенных полос, ориентированных перпендикулярно к плоскости сканирования (53%); выявление в области переднего фронта сканирования зоны повышенной эхогенности и анэхогенной – в области дальнего фронта (73%); изменение контуров и формы полости матки при псевдорентгеновском изображении (69%). Благодаря трёхмерной эхографии значительно улучшается визуализация внутренней поверхности матки – эндометрий виден в реальном объёмном изображении, что позволяет оценить форму полости матки, чёткость её контуров, визуализировать эндометриоидные гетеротопии недоступные при гистерографии во фронтальной плоскости, особенно при повышенной контрастности исходных эхограмм (наличие жидкости в полости матки – кровотечение). В сравнении с двумерным сканированием и гистерографией 3D эхография значительно расширяет представление о распространённости гетеротопий и образований, выявленных при гистероскопии, посредством построения объёмных полупрозрачных изображений в режиме псевдорентгеновского сканирования, одновременно являясь неинвазивным исследованием. А также позволяет провести дифференциальный диагноз узловой формы внутреннего эндометриоза, диффузного аденомиоза и миомы матки.

В ходе эндоскопического исследования признаки внутреннего эндометриоза идентифицировались после предварительного раздельного выскабливания функционального слоя эндометрия и характеризовались визуализацией в стенках полости матки эндометриоидных ходов, неровностью внутренней поверхности стенок полости матки по типу «булыжной мостовой», ребристость, повышенная плотность стенок матки. При гистероскопии чувствительность метода составила 85%, специфичность – 72%, надежность – 78%.

Для гистеросальпингографии показатель чувствительности составил 81,4%, специфичности - 74%, надежности - 77,7%.

Показатели диагностики аденомиоза при сочетанном применении гистероскопии и двухмерного УЗ сканирования были следующие: чувствительность – 80%, специфичность – 59,5%, надежность – 72%. Для комплексного применения гистероскопии, двухмерного УЗИ, УЗИ с трехмерной реконструкцией изображения – 82,3%; 66%; 74,3% соответственно.

При применении всех методов чувствительность диагностики составила 89,5%, специфичность – 67,7%, надежность – 76,5%. Однако, точность определения формы заболевания и его распространённости оказалась ниже - 71%. Несколько худшие результаты в диагностике аденомиоза получены при миоме матки. Так при отсутствии миомы диагноз внутреннего эндометриоза правильно поставлен в 88,8% и при её наличии – в 82,3%.

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что комплексное клинико-инструментальное обследование больных с подозрением на аденомиоз, включающее эндоскопические (гистероскопию) и лучевые методы диагностики (гистеросальпингографию, ультрасонографию), особенно трансвагинальное ультразвуковое сканирование с трёхмерной реконструкцией полученного изображения и допплерометрией кровотока позволяет с высокой точностью диагностировать аденомиоз тела матки, дифференцировать его формы, провести дифференциальный диагноз с миомой матки.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л., Сибирская Е.В. (Москва)

Сахарный диабет 1 типа чаще всего манифестирует в молодом возрасте. В классификации ВОЗ (1999) сахарный диабет 1 типа определяют как диабет с деструкцией β-клеток, следствием которой является постоянная потребность в экзогенном инсулине. Несмотря на то, что создание и совершенствование препаратов инсулина позволило многим пациенткам сохранять двухфазный менструальный цикл и беременеть, проблему коррекции негативного влияния сахарного диабета на репродуктивную систему женщины нельзя считать решенной.

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

Материалы и методы исследования: Проведено обследование 100 женщин в возрасте от 18 до 45 лет (32,2±1,8 лет), страдающих сахарным диабетом 1 типа, с длительностью заболевания от 2 месяцев до 32 лет (14,5±6,8 лет). Гинекологическое обследование включало анализ анамнестических данных, осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза с ЦДК в динамике менструального цикла, тесты функциональной диагностики. У пациенток с нарушениями менструального цикла на 5-7 день менструального цикла определяли концентрацию ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, ДГЭА-сульфата, ТТГ, 17-гидроксипрогестерона в сыворотке крови (ИФА). У 30 женщин в возрасте до 35 лет, больных сахарным диабетом 1 типа, отобранных методом случайной выборки, определяли в сыворотке крови содержание антиовариальных антител методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа. Контрольную группу (n=10) составили практически здоровые женщины в возрасте до 30 лет, которым также производилось определение содержания антиовариальных антител в сыворотке крови.

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

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

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

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

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

При статистическом анализе нами были выявлены следующие взаимосвязи: прямая зависимость частоты нарушений менструального цикла от длительности заболевания сахарным диабетом ($\chi2$=40,8), большая частота нарушений менструального цикла у женщин с более ранним дебютом основного заболевания ($\chi2$=75,81), сильная прямая зависимость частоты нарушений цикла и степени тяжести диабета ($\chi2$=32,4), большая частота нарушений менструального цикла у пациенток с потребностью в более высоких дозах инсулина ($\chi2$=6,8).

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

Выводы: Более чем половина женщин, больных сахарным диабетом 1 типа, имеют нарушения менструального цикла, причем частота нарушений зависит от длительности, времени дебюта и степени тяжести заболевания. Концентрация антиовариальных антител в сыворотке крови больных зависит от степени тяжести сахарного диабета 1 типа.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Подзолкова Н.М., Созаева Л.Г., Кижаев Ю.Е. (Москва)

По данным литературы за последнее 10-летие возросла частота вирусно-бактериальных инфекций, лечение которых представляет значительные трудности в связи с формирующейся устойчивостью к лекарственным препаратам и особенностями иммунных реакций макроорганизма. Среди инфекций, приводящих к различным патологическим состояниям шейки матки, влагалища и ано-генитальной области следует выделить ВПЧ-инфекцию, которая характеризуется высокой контагиозностью и способностью инициировать цервикальную интраэпителиальную неоплазию и рак шейки матки. В настоящее время для лечения ВПЧ-инфекции широко применяются криодеструкция, лазеровапоризация, радиохирургия в сочетании с цитотоксическими, химическими и иммуномодулирующими препаратами. Однако, учитывая высокую частоту рецидивов, вопрос рационального лечения папилломавирусной инфекции остается актуальным.

Цель исследования: изучение эффективности комплексного лечения ВПЧ-поражений слизистой шейки матки и влагалища с применением препарата «Панавир».

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 женщин в возрасте от 21 до 40 лет (M=27,4±1,2) с клинически и лабораторно подтвержденной ВПЧ-инфекцией шейки матки и влагалища. Длительность клинических проявлений заболевания колебалось от 4 до 12 месяцев. В качестве методов обследования пациенток нами применялись расширенная кольпоскопия, бактериоскопия вагинальных мазков, окрашенных по Грамму, ПЦР-типирование, кольпоцитология по Папаниколау, патоморфологическое исследование биоптатов слизистой шейки матки и микробиологическое исследование вагинального секрета. В составе комплексной терапии ВПЧ-инфекции на первом этапе проводилась санация вульво-вагинального тракта интравагинальным применением препарата «Бетадин» («EGIS», Венгрия) в виде свечей 2 раза в день в течение 10 дней. Параллельно назначался препарат «Панавир» курсом в 5 инъекций 5 мл 0,004% раствора с интервалом 48 ч. В дальнейшем проводилось контрольное микробиологическое и бактериоскопическое исследование вагинального секрета. На втором этапе под местной анестезией проводилось радиохирургическое удаление патологически измененной слизистой шейки матки, а также имеющихся остроконечных кондилом с использованием аппарата «Сургитрон» («Эллман», США) с последующими аппликациями защитного геля «Панавир» 1 раз в день в течение 10 дней. Эффективность лечения оценивалась через 2, 6, 12 месяцев после окончания комплексного лечения. На время обследования и лечения пациенткам были рекомендованы барьерные методы контрацепции. Статистическую обработку полученных данных проводили по общепринятому методу вариационной статистики. Значимость расхождения между сравниваемыми данными оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. Указания на ВПЧ-инфекцию гениталий в анамнезе имелись у 21 больной, причем у 10 из них наблюдалось спонтанная регрессия единичных остроконечных кондилом ано-генитальной области. В остальных случаях для лечения ВПЧ-инфекции шейки матки и влагалища применялись цитотоксические и химические препараты (5 фторурацил, солкодерм) с рецидивом заболевания через 3 месяца по окончании лечения. У 7 пациенток при осмотре диагностирован эрозированный эктропион на фоне рубцовой деформации шейки матки. При ПЦР-типировании ВПЧ 16 и 18 типов выявлен у 9 пациенток, ВПЧ 31 типа – у 8, ВПЧ 11 типа диагностирован в 1, ВПЧ 33 типа – в 4 случаях, а у 3 женщин определялся ВПЧ 6 типа. При бактериологическом и бактериоскопическом исследованиях у 20 женщин имела место смешанная вирусно-бактериальная инфекция, при этом сочетание ВПЧ-инфекции с бактериальным вагинозом выявлено в 48% случаев, с вагинальный кандидоз – в 27%, с микрококками – у 10% пациенток и наконец, в 15% случаев одновременно с ВПЧ-инфекцией выявлен стрептостафилококк. При расширенной кольпоскопии у всех пациенток были выявлены немые йод-негативные зоны, при этом мозаика наблюдалась у 21 женщины, пунктация – у 18, ацето-белый эпителий выявлен в 12 случаях, лейкоплакия – в 2, плоская кондилома – у 1 пациентки. При исследование мазков по Папаниколау (Pap-smear test) I Pap-класс выявлен у 2 пациенток, II Pap-класс – у 6, III Pap-класс – в 17 и IV Pap-класс в 1 случае. При морфологическом исследовании биоптатов шейки матки у всех пациенток был выявлен койлоцитоз, причем у одной из них – цервикальная интраэпителиальная неоплазия II степени.

При оценке эффективности проведенной комплексной терапии ВПЧ-инфекции через 2, 6, 12 месяцев нормальная кольпоскопическая картина наблюдалась у 21 пациентки. При ПЦР-типировании рецидив ВПЧ-инфекции отмечен в у 2 пациенток с рубцовой деформацией шейки матки, при этом на фоне сохраняющейся эктопии цилиндрического эпителия в обоих случаях был выявлен ВПЧ 11 типа. У 2 пациенток кольпоскопически оставались участки нежной мозаики и ацето-белого эпителия на фоне рубцовой деформации шейки матки. Всем пациенткам с рубцовой деформацией шейки матки была рекомендована пластическая операция шейки матки по Ельцову-Стрелкову в модификации. При PAP-тестировании PAP-класс I–II типов выявлен в 98%. В ходе исследования побочных эффектов и индивидуальной непереносимости препарата «Панавир» отмечено не было.

Обсуждение. Проведенные исследования показали, что ВПЧ как моноинфекция встречается достаточно редко, чаще всего это смешанная инфекция с преобладанием условно патогенной микрофлоры: аэробно-анаэробной ассоциации с высоким индексом колонизации вагинального биотопа, который усугубляет нарушения

местного иммунитета и нормоциноза влагалища. Полученные данные подтверждают эффективность комплексных методов лечения вирусно-бактериальной инфекции шейки матки и влагалища в модели антисептик+иммуномодулятор с последующим радиохирургическим воздействием на патологически измененные ткани, которая в наших исследованиях составила 94,7%, тогда как при изолированных хирургических, цитостатических и химических методах лечения без применения иммуномодуляторов составляет не более 84%. Выявление ВПЧ 11 типа после проведенного лечения, по-видимому, свидетельствует о погрешностях в ПЦР-диагностике на этапе обследования

Выводы: 1) при ВПЧ-инфекции целесообразно назначать комплексную терапию вирусно-бактериальной инфекции в модели: антисептик + иммуномодулятор с последующей хирургической и иммуномодулирующей вируссупресивной терапией кондилом; 2) использование препарата «Панавир» может быть рекомендовано в составе комплексного лечения женщин с ВПЧ-инфекцией; 3) следует рекомендовать обследование на вирусно-бактериальную инфекцию УГТ с последующим контролем излеченности проводить в одной лаборатории, на единых тест-системах с соблюдением всех правил забора и транспортировки биологического материала.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ АДЕНОМИОЗА, ВЗГЛЯД ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВРЕМЕНИ

Подина Н.В., Гаспарян С.А. (Ставрополь)

Лечение больных аденомиозом представляет сложную и далеко не решенную проблему. Как известно эндометриоз является показанием к хирургическому лечению. Аденомиоз – это единственная форма, когда возможно провести оптимальную, консервативную терапию. В прошедшие 50 лет, медикаментозное лечение больных эндометриоидной болезнью претерпело значительные изменения и к настоящему времени объективно стало эффективнее, но и сложнее. Гормональная терапия является основной в консервативной терапии аденомиоза. При лечении больных аденомиозом применяются разнообразные схемы и способы введения гормональных препаратов.

С момента распространения гормональных, пероральных эстроген-гестагенных препаратов их стали широко применять для лечения аденомиоза. Для лечения аденомиоза применяют монофазные эстроген-гестагенные препараты. Следует отметить, в настоящее время у больных аденомиозом терапия ОК не рассматривается как патогенетическая и во многом представляет историческое значение.

Историческое значение имеет широко применявшаяся раннее терапия андрогенами, не только из-за недостаточной эффективности, но и за счет большого числа разнообразных побочных эффектов.

Прогестагены - или чистые гестагены - синтетические аналоги прогестерона. Для лечения больных аденомиозом применяют большое число прогестагенов, с различными формами и способами введения (пероральный, внутримышечный - депопированный, подкожным, внутриматочным). Каждый метод со своими преимуществами и неудобствами.

В 70-80 годы прошлого столетия были популярны и считались «золотым стандартом», вызывая предполагаемую победу над эндометриозом препараты, обладающие антигонадотропным действием, вызывающим в организме гормональный профиль «псевдоменопаузы». Синтетические стероиды, производные 17-α этинилтестостерона. Препараты группы даназола. Антипрогестагены- препараты предложенные для лечения аденомиоза: одним из препаратов является норстероид третьего поколения гестринон. Перспективным считается применение антипрогестагена- мефипристона, обладающего одновременно антипрогестероновой и антиглюкокортикоидной активностью, не вызывая снижение минеральной плотности кости и без выраженной гипоэстрогении, Большим достижением фармакотерапии аденомиоза аявляется применение агонистов гонадотропин- рилизинг- гормонов (а-ГнРГ). При использовании агонистов в организме возникает состояние «псевдоменопаузы», правильнее сказать индуцируется состояние гипогонадотропного гипогонадизма, или так называемая «медикаментозная гипофизэктомия». В 1993 году впервые появились публикации о применении группы препаратов - анти ГнРГ. Действие препарата основано на классической конкурентной блокаде рецепторов эндогенных гонадотропинов. К антиГнРГ относится цетрореликс. В литературе имеются публикации об использовании антиэстрогеннов в лечении больных аденомиозом: Среди препаратов широкое применение получили: тамоксифен. Более новые, перспективные лекарства, которые являются «чистыми антиэстрогенами», селективные модуляторы рецептора эстрогена (SERMs), которые являются лишенными агонистического эффекта на эндо- и миометрий - Raloxifene. Очень перспективной и привлекательной является возможность лечения аденомиоза с использованием Селективных стимуляторов прогестероновых рецепторов: SPRMs. Asoprisnil - новый селективный модулятор рецептора стероида. SPRMs - показывают многообещающие результаты в терапии аденомиоза. В самое последнее время появились сообщения о применении ингибиторов ароматаз. В настоящее время используются ингибиторы третьего поколения – анастразол, летрозол. Их терапевтический потенциал достаточно велик. Возможно перспективными, окажутся препараты, влияющие на пролиферацию и миграцию эндотелиоцитов, на ангиогенез, на тканевые факторы роста. Многие последние изучения показали увеличенное содержание различных протеаз в эктопированном эндометрии. Перспективным направлением является использование в терапии аденомиоза: ингибиторов ММР - ONO 4817- в теч. 4 нед от 50 мг/кг в день. Значительное увеличение выработки цитокинов, таких как, фактор некроза опухоли (TNF-alpha) в эктопированом эпителии, что способствует гетеротопии эндометрия, увеличивает выработку ММР, стимулирует ангиогенез. Воздействие на данный цитокин, с помошью ингибитора фактора некроза опухоли (TNFalpha- белок 1) INFLIXIMAB- также является достаточно перспективным для долгосрочного лечения аденомиоза. Известно, что ангиогенез имеет основное значение в патогенезе эндометриоза. Использование ингибиторов ангиогенеза- можно добавить в список препаратов, для терапии аденомиоза: TNP-470, ENDOSTATIN. Данные ингибиторы снижают значительно ангиогенез, препятствуют и предотвращают прогрессирование аденомиоза. Перспективным в лечении аденомиоза, являются препараты, в значительной степени ингибирующие стимулированную факторами роста, пролиферацию клеток. Применение АЛЬФА- 2b-ИНТЕРФЕРОНА, подавляющего синтез ДНК, в клетках эктопированного эндометрия, приводит к значительному уменьшению развития аденомиоза. Область применения вышеизложенных препаратов может иметь главное и ведущее значение в ближайшем будущем, способствующем предотвращению развития эндометриоза.

Очень интересна и значима область возможной терапии аденомиоза без подавления овариальной функции, без прямого воздействия на гипоталамо - гипофизарно - яичниковую ось, с выраженным локальным действием на гетеротопический эндометрий. Левоноргестрел-содержащая внутриматочная система является выгодной альтернативой системного приема прогестерона, достаточно-эффективной терапией меноррагий и дисменореии, ассоциированных с аденомиозом Основной эффект обусловлен локальным действием левоноргестрелла, освобождающимся в дозе 20мкг в сутки, достаточной для создания высокой концентрации гормона в эндометрии.

Проводиться исследование с оценкой эффективности применения ЛНГ-ВМС «Мирена» для лечения менометроррагий и вторичной дисменореи, обусловленных аденомиозом 1 и 2 ст.

Дизайн: не сравнительное, продолжающееся, экспериментальное изучение.

43 ЛНГ-ВМС «Мирена» были введены впервые 7 дней менструального цикла; возрастной диапазон больных от 28 до 49 лет.

Ежемесячная менструальная кровопотеря была оценена (в% соотношении) через 3, 6 и 12 месяцев после введения ЛНГ-ВМС. Отмечено уменьшение объема и длительности менструа-

ций на 78-83,4-94,7%, впервые 3 – 6 -12 месяцев соответственно. Использование ЛНГ - ВМС приводит к снижению объема и длительности менструаций, возникновению олиго - и аменореи. Спустя 6 месяцев, после постановки ЛНГ-ВМС «Мирены», аменорея была выявлена у 10 (23,25%) пациенток, олигоменорея отмечена у 21 (48,83%) больных, 12 (27,92%) пациенток отмечали сохраненные, правильные менструальные циклы. Все пациентки сообщили о значительном уменьшении боли уже спустя 1 месяц, после введения рилизинг внутриматочной системы и полное отсутствие болевого синдрома через 6 и 12 месяцев. Отмечена положительная динамика в снижении болевого индекса - БИ - 8, через один месяц и БИ- 1, через 12 месяцев. При проведении ультразвуковой экспертизы в течение 12 месяцев, отмечено: значительное уменьшение толщины эндометрия и размеров матки; у 12 пациенток в первые три месяца наблюдения обнаружены ретенционные, бессимптомные кисты яичников, спонтанно регрессировавшие в последующие 6 месяцев наблюдения. Уровни гемоглобина были улучшены от 102 г/л до 135г/л через 1 и12 месяцев. Показатели сывороточного железа увеличились от 9,6 мкмоль\л, изначально, до 28,6 мкмоль/л, через 12 месяцев.

Заключение: ЛНГ-рилизинг система, выделяющая 20мкг левоноргестрела в сутки, является безопасным и эффективным методом лечения менометроррагий и дисменореи, обусловленными аденомиозом, эта система обеспечивает альтернативу к гистерэктомии, в особенности у пациенток, не реализовавших генеративную функцию. Включение ЛНГ-ВМС «Мирена» в терапию аденомиоза, станет новым, перспективным методом лечения этого заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ Г.ТЮМЕНИ. ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Полякова В.А., Винокурова Е.А., Баширов М.И. (Тюмень)

Актуальность и важность изучения причин развития послеоперационных осложнений не вызывает сомнений. Поисками путей снижения послеоперационной летальности, профилактических мероприятий возможных осложнений, разработкой методов быстрого восстановления трудоспособности в послеоперационном периоде необходимо заниматься врачам стационаров и женских консультаций. Проведен анализ осложнений после оперативного лечения в гинекологических стационарах г.Тюмени за 2003 год, данные были представлены всеми гинекологическими отделениями, за исключением ГКБ№2. При выполнении медицинских абортов выявлены следующие осложнения. В гинекологическом отделении ГКБ№3 – 2,4% осложнений (неполный медицинский аборт и метроэндометрит после аборта - по 3 случая). В гинекологическом отделении роддома №2 –1,8% осложнений (метроэндометриты и неполные аборты – 29 случаев, один случай перфорации матки). В гинекологическом отделении роддома №3 – 0,7% (неполный медаборт – 3 случая, и метроэдометрит – 7 случаев). В отделениях ГКБ №3 и роддома №3 внедрена постабортная реабилитация, включающая однократное введение антибактериального препарата группы аминогликозидов пролонгированного действия в день аборта, и назначение в течение 3 месяцев оральных контрацептивов в сочетании с поливитаминным минералосодержащим препаратом. В гинекологических отделениях родильного дома №3 и ГКБ №3 выполняются гинекологические операции лапаротомическим доступом. Количество за 2003 год: в роддоме №3 – 296 оперативных вмешательств, в ГКБ №3 – 57. Частота осложнений составила – 4,4% и 0,4% (соответственно). На протяжении последних лет возросло количество выполняемых лапароскопических операций. За период за 2003 года произведено оперативных вмешательств лапароскопическим доступом в роддоме №3 – 296 (в экстренном порядке – 5%), в ГКБ №3 – 210 (в экстренном порядке – 46%). Частота осложнений: роддом №3 – 1%, ГКБ №3 – 0,4%. На базе гинекологических отделений ГКБ №3 и роддома №3 разработаны и внедрены сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии 2 рационализаторских предложения по профилактике гемостазиологических сдвигов при лапароскопических операциях на придатках матки, и при обширных операциях на матке с помощью комплекса витаминов-антиокисдантов селмевит. Благодаря данным внедрениям тромбогеморрагических осложнений и летальных исходов при оперативных вмешательствах лапаротомическим и лапароскопическим видами доступа не было.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Пономарева О.В. (Москва)

В ЮЗАО г. Москвы более 3 лет с нашим участием работает программа по раннему выявлению болезней молочных желез. Проводимая работа по профилактике и раннему выявлению патологии со стороны молочных желез на уровне первичного звена практического здравоохранения включает активное участие акушера-гинеколога, который проводит оценку состояния репродуктивной системы, комплекс обследования, включающий осмотр и пальпацию молочных желез, гинекологическое исследование. В 2003 году количество осмотров увеличилось в 1,5 раза по сравнению с 1998 годом (167956 осмотров и 92606 соответственно). За период 1998-2003 отмечен рост выявленной доброкачественной патологии молочных желез. В 1998 г. доброкачественная патология была выявлена у 4,0%; в 2003 г. – у 5,4%; рак молочной железы в 2003 г. был выявлен у 290 пациенток (0,17%).

Нами обследовано 450 женщин с подозрением на патологию молочных желез направленных врачами женской консультации.

Нарушения репродуктивной системы акушером-гинекологом выявлены у 54,8% женщин, 45,2% были практически здоровыми.

На основании клинического, маммографического, либо ультразвукового исследования молочных желез, которое проводилось маммологом, в зависимости от показаний и с учетом возраста пациентки было установлено, что у 25,8% патологии со стороны молочных желез нет, в 74,2% случаев были диагностированы различные ее формы.

Среди женщин с установленной патологией диффузная кистозная мастопатия выявлена - у 70,3%; киста молочной железы – у 12,6%; фиброаденома – у 8,7%; фиброаденоз – у 6,9%; внутрипротоковая папиллома – у 1,5%. Полученные в ходе работы данные по структуре доброкачественных болезней молочной железы согласуются с результатами исследований ряда авторов (В.А. Полякова,2001, А.В. Пулик с соавт.,2001, В.П.Харченко, Н.И.Рожкова, 2000, Л.Д. Линденбратен с соавт.,1997).

Социально-бытовые условия обследованных пациенток можно отнести к благополучным: большинство имели специальное, в том числе высшее образование, работали в различных сферах деятельности, состояли в браке, преимущественно считали свои жилищные условия хорошими. Основная доля женщин указала на полноценное и достаточное питание, и большинство пациенток оценили свое материальное благосостояние как удовлетворительное.

При статистической обработке полученных результатов, которая проводилась с использованием стандартных пакетов: электронных таблиц “Microsoft Excel 98” и статистического пакета “Statgraphics” у обследованных женщин были выявлены факторы риска, влияющие на уровень доброкачественных заболеваний молочных желез. Основными из них были: возраст женщины (старше 40 лет); раннее менархе (моложе 11 лет); поздний возраст первых родов (старше 30 лет); отсутствие беременностей; отягощенная наследственность (онкопатология у близких родственников); заболевания репродуктивной системы; экстрагенитальная патология; избыточный вес.

В ходе работы был поведен анализ результатов диспансерного наблюдения 50 женщин позднего репродуктивного возраста основной группы, регулярно наблюдавшихся в течение 3 лет. Средний возраст женщин составил 45,8±0,28 лет. Ведущее место в структуре выявленной патологии занимала диффузная кистозная мастопатия – 54%, кисты молочных желез были выявлены у 24% пациенток, фиброаденома у 12%, фиброаденоз у 10% женщин. Каждой женщине проводилось регулярно контрольное маммографическое и ультразвуковое исследование, по показаниям производилось цитологическое исследование (у 16%). Прооперированы 2 пациентки, у которых была диагностирована фиброаденома, требующая оперативного лечения. 20% женщин получали консервативное лечение (мастодинон), в результате которого была отмечена положительная динамика течения болезни (улучшилось самочувствие, уменьшились боли в молочных железах, исчезло чувство страха связанное с болью). Наряду с врачом маммологом 26% женщин этой группы наблюдались у акушера-гинеколога, поскольку имели нарушения со стороны репродуктивной системы.

Таким образом, динамическое наблюдение женщин с патологией молочных желез является важным фактором профилактики онкологических заболеваний.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СЕКРЕТА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Пономарева Ю.Н., Белокриницкая Т.Е., Ладыгина Н.М., Бунина Е.Н. (Чита)

Известно, что система цитокинов во многом определяет характер межклеточных взаимодействий цервиковагинального биотопа, механизмы реализации эндокринных эффектов, а также имеет важное значение в развитии, клинических проявлениях и исходе различных патологических процессов цервикального эпителия.

С целью изучения особенностей локальной продукции цитокинов при генитальных инфекциях, связанных с неопластическими изменениями эпителия шейки матки, нами проведено сравнительное исследование содержания интерлейкина-1β (IL-1β), фактора некроза опухолей-α (TNFα) и трансформирующего фактора роста-β (TGFβ) в цервикальном секрете пациенток с предраковыми поражениями шейки матки, ассоциированными с папилломавирусами (HPV), хламидийной (CT), герпетической (HSV) и цитомегаловирусной (CMV) инфекцией.

В проспективное клинико-иммунологическое исследование были включены 180 пациенток с предраком шейки матки, которые находились на обследовании и лечении в Читинском областном онкологическом диспансере в 1998-2004 гг.

Средний возраст обследованных женщин составил 38,7+16,1 года. Диагностика заболеваний шейки матки включала клинические данные, кольпоскопию, цитогистологические и иммуногистохимические методы исследования. Определение патологических процессов цервикального эпителия проводилось в соответствии с общепринятой Международной статистической классификацией болезней (1992). Контрольную группу составили 50 здоровых женщин (средний возраст 36,4+13,0 года), сопоставимых по данным анамнеза, и не имеющих в настоящее время генитальных инфекций и изменений на шейке матки.

Материалом для исследования служили шеечная слизь и соскобы цервикального эпителия и эрозивно-язвенных поражений шейки матки, которые забирались до проведения комплексного обследования и лечения.

Определение IL-1β, TNFα и TGFβ (пкг/мл) в цервикальной слизи проводили с помощью стандартных коммерческих наборов для иммуноферментного анализа компании «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). ПЦР-диагностику HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33 типов, Chlamydia trachomatis, CMV-500, HSV-430 I и II типов проводили по общепринятой методике с применением соответствующих тест-систем «АмплиСенс-100-R» (Москва).

Нами обнаружено, что при диспластических изменениях шейки матки HPV выявлялись в 64,6±21,1% случаев. Превалирующим было поражение шейки матки канцерогенными 16, 18, 31 и 33 типами HPV, низкоонкогенные 6 и 11 типы HPV при предраковых изменениях шейки матки составили лишь 9,4±3,8%. В 23,0±11,9% наблюдений HPV-инфицирование протекало как моноинфекция, однако в большинстве наблюдений папилломавирусы сочетались с другими возбудителями. При цервикальной дисплазии HPV-инфекция в 42-,3±9,6% случаях имела ассоциированный характер, при этом чаще всего, в 19,7±5,5% наблюдениях она сочеталась с CMV, в – 12,2±5,1% с CT и в 10,4±3,1% – с HSV.

При исследовании содержания цитокинов в цервикальном секрете пациенток с предраком шейки матки было выявлено, что инфицирование HPV низкого онкогенного риска сопровождалось однократным увеличением продукции всех исследуемых цитокинов по сравнению с показателями здоровых женщин. При HPV высокого риска по сравнению с контрольной группой продукция TGFβ и IL-1β увеличилась соответственно в 4 и 2,5 раза, тогда как содержание TNFα снизилось в 1,4 раза.

Хламидийная, герпетическая и цитомегаловирусная инфекция характеризовались однонаправленным повышением уровня IL-1β и TNFα по сравнению с контролем с наиболее высокими концентрациями этих цитокинов при HSV и CMV по сравнению с CT: в 2 раза увеличилось содержание IL-1β и TNFα при HSV и CMV, однократно – при CT. В свою очередь, хламидийное поражение шейки матки сопровождалось увеличением содержания TGFβ в 4,5 раза по сравнению со здоровыми женщинами, при инфицировании HSV и CMV продукция этого ростового фактора не изменялась.

Выявленные закономерности содержания цитокинов в цервикальном секрете при дисплазии шейки матки на фоне генитальных инфекций демонстрируют выраженные нарушения локальных защитных реакций, что, возможно, впоследствии может инициировать прогрессию предраковых поражений шейки матки в более тяжелые состояния. Полученные нами результаты могут быть использованы для оценки состояния клеточного иммунитета и прогноза развития цервикальной пренеоплазии.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН

Попова И.Б., Минаев Н.Н. (Воронеж)

Одной из актуальных проблем современности стало увеличение продолжительности жизни. Увеличивается и число женщин, находящихся в периоде постменопаузы. В Западной Европе количество женщин, достигших периода менопаузы, к 1996 году составляло 60 млн. человек, а к 2001-му году превысило 100 млн. человек. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в 21 веке будет дальнейшее увеличение продолжительности жизни человека: к 2015 году 46% женского населения мира будут состоять из женщин старше 45 лет. Это значит, что современная женщина одну треть своей жизни будет проводить в условиях измененного гомеостаза.

Физиологическое течение климактерия нередко осложняется менопаузальным синдромом, который характеризуется разнообразными расстройствами, связанными с дефицитом половых гормонов. Клиническими проявлениями эстрогенного дефицита, оказывающими значительное влияние на качество жизни женщин пери- и постменопаузального возраста, являются вегето-невротические и психо-эмоциональные нарушения (ранние нарушения), урогенитальные расстройства и дистрофические изменения кожи (средневременные нарушения), возрастание риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца, остеопороза (поздневременные нарушения). Тяжелые формы менопаузального синдрома

встречаются у 34,5%, средней тяжести -47,6. Распространенность вегето-сосудистых и психо-эмоциональных нарушений составляет 40-60%, урогенитальных расстройств - 35-40%.

Применение эстрогенов совместно с прогестагенами или без них вызывало не мало споров с момента широкого распространения этого метода лечения. Хотя такая терапия первоначально проводилась для коррекции симптомов климактерического синдрома (приливов и атрофии влагалища), исследователи вскоре обнаружили ее другие благоприятные эффекты, в том числе снижение угрозы остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний. Однако вместе с этими преимуществами появились и сведения о новых возможных рисках, включая инфаркт миокарда, ишемический инсульт, рак молочной железы, рак матки и тромбоэмболию.

Цель альтернативной терапии состоит в достижении положительного терапевтического и профилактического эффекта без риска развития рака в репродуктивных органах с минимальными побочными эффектами. Кроме того, многие негормональные факторы, в первую очередь полноценное питание, физическая культура, режим труда и отдыха, также хорошо влияют на самочувствие и метаболизм и должны быть обязательно учтены при назначении медикаментозной терапии.

В настоящее время в качестве альтернативы гормонотерапии для коррекции климактерического синдрома активно применяют препараты действующие на эстрогенные рецепторы, среди которых выделяют 2 основных вида: 1 - Селективные эстроген-рецепторные модуляторы - это группа препаратов, обладающих преимущественно антиэстрогенным эффектом на молочные железы и матку с одновременным эстрогеноподобным эффектом на костную, сердечно-сосудистую и другие системы. 2 - Натуральные продукты: фитоэстрогены и фитогормоны.

Перспективным является применение препаратов класса STEAR-ткане-селективной регуляции эстрогенной активности, т.е. препаратов, которые в различных тканях образуют метаболиты, обладающие различными свойствами — эстрогенными, прогестагенными и андрогенными.

Представители данной группы препаратов (Климадинон, Ливиал (тиболон)), тканеселективно превращаясь в различные метаболиты, проявляют эстрогенную и андрогенную активность на уровне головного мозга, костной ткани, гестагенную — на уровне эндометрия, антиэстрогенную — на уровне молочной железы. Кроме способности воздействовать на гормональные рецепторы, препараты класса STEAR в тканях оказывают влияние на ферментативные системы, в частности, ингибируют сульфатазу в молочной железе, т.о. препятствуя переходу эстрона сульфата в эстрон и в дальнейшем — в активный эстрадиол, то есть обладают антиэстрогенным действием в молочной железе, что особенно важно при лечении климактерического синдрома у женщин с дисгормональными заболеваниями МЖ. В отличие от комбинированной ЗГТ, препараты класса STEAR не повышают маммографическую плотность и не снижает диагностическую ценность этого метода, что особенно важно при длительном применении препаратов.

Суммируя литературные данные можно представить следующие биологические эффекты фитоэстрогенов:

Незначительное повышение синтеза эстроген-связывающего протеина, что ведет к некоторому снижению уровней свободного эстрадиола и прогестерона.

Связываясь с эстрогенными рецепторами, фитоэстрогены вытесняют эстрадиол из связи с рецепторами, что может частично объяснять их антипролиферативный эффект.

Фитоэстрогены являются ингибиторами ферментов, участвующих в функции рецепторов, контролирующих факторы роста.

Фитоэстрогены устраняют активность свободных радикалов, способствуют снижению окисления ЛПНП и снижают концентрацию ЛПНП. По-видимому, фитоэстрогены увеличивают число рецепторов к ЛПНП в печени.

Продукты, богатые фитоэстрогенами, содержат также грубые волокна растительного происхождения, которые способствуют связыванию стероидов в кишечнике и их выделению.

Изофлавины и лигнаны противомикробным, противораковым и противовоспалительным действием. Применение фитоэстрогенов у женщин в менопаузе приводит к достоверному снижению климактерических симптомов (но в меньшей степени, чем использование стероидных гормонов), а также к выраженной стабилизации липидного профиля.

Длительное употребление продуктов, богатых фитоэстрогенами и растительными волокнами, способствует уменьшению проявлений климактерического синдрома, является профилактикой остеопороза, а также злокачественных опухолей молочной железы, легких, толстого кишечника и прямой кишки, снижает частоту сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, по данным экспериментальных исследований, фитоэстрогены благодаря своей активности и механизму действия имеют большое будущее в медицине. Однако многие исследования в этой области еще не совершенны и требуют уточнения с применением слепых плацебо-контролируемых исследований.

Кроме того, социальные и психологические проблемы пациенток не могут быть решены с помощью гормонов. В этих случаях необходимо использовать другие методы и средства, в частности различные методы психотерапии (рациональную, суггестивную, семейную), адаптации и реабилитации, а также психофармакотерапию.

Для лечения женщин с климактерическими расстройствами применяются различные группы психотропных препаратов: нейролептики, транквилизаторы, ноотропы, антидепрессанты, стимуляторы, тимолептики и т.д. С целью коррекции вегетативно-сосудистых проявлений применяют микродозы нейролептиков (хлорпротексена до 50 мг/сут, этаперазина 5-10 мг/сут). Эти же препараты хорошо снижают зуд половых органов и других частей тела. Финлепсин 200-400 мг/сут, как эмоциональный стабилизатор и антипароксизмальное средство эффективны в отношении любых пароксизмальных проявлений, в том числе приливов, вегетативно-сосудистых кризов, приступов мигрени, дисфорий. Успокаивающим и вегетативно-стабилизирующим действием, но без миорелаксирующего и гипнотического эффекта, обладают дневные транквилизаторы (рудотель, гидазепам, грандаксин), что актуально для работающих женщин.

Широко применяют также вегетотропные средства, как беллоид, белиаскол, микстура Кватера, препараты никотиновой кислоты. Ноотропы повышают умственную и физическую работоспособность, улучшают память, снимают вегетативные симптомы. При астеническом синдроме предпочтение отдается транквилизаторам и биогенным стимуляторам (настойка женьшеня, китайского лимонника, элеутерококка). При повышенной возбудимости, раздражительности, плаксивости, тревоге, страхе эффективны транквилизаторы с седативным действием (реланиум, седуксен 15-20 мг/сут; феназепам 1-3 мг/сут).

В случаях, когда большое беспокойство доставляют нарушения сна, то применяют транквилизаторы-гипнотики (радедорм 5-10 мг н/ночь, донормил, имован 1 таб н/ночь). В ряде случаев одних транквилизаторов недостаточно, требуется их сочетание с нейролептиками, антидепрессантами, но при этом следует помнить о потенцировании действия одних препаратов другими.

Депрессивные нарушения купируются антидепрессантами трициклической и тетрациклической структуры (амитриптилин 25-100 мг/сут, ципрамил 20-80 мг/сут, флюанксол 10-15 мг/сут, леривон 20 мг/сут). При затянувшихся депрессиях с ипохондрической фиксацией эффективно применение (мелипрамина 50-100 мг/сут, ремерона 30 мг/сут).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ УЧАСТИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В ФОРМИРОВАНИИ ОЧАГОВ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Посисеев Д.В., Назаров С.Б., Анциферова Ю.С. (Иваново)

Несмотря на многолетние исследования, патогенетические механизмы развития эндометриоза остаются до конца не установленными. Согласно наиболее распространенной трансплантационной теории, выдвинутой Sumpson J.A. в 1927 г., эндометриоз развивается вследствие ретроградного заброса менструальной крови в перитонеальную полость через фаллопиевые трубы, в результате чего жизнеспособные фрагменты эндометрия, содержащиеся в менструальной крови, имплантируются на поверхности органов или тканей брюшной полости. Однако, несмотря на то, что ретроградная менструация является столь широко распространенной, у большинства женщин эндометриоз не развивается, то есть, по-видимому, существуют дополнительные неизвестные факторы, участвующие в формировании эндометриоидных очагов в перитонеальной полости. В настоящее время широкое распространение получила гипотеза о том, что повышенная жизнеспособность эндометриальных клеток обусловлена нарушением иммунного ответа в эндометрии. Считают, что эндометриальные лейкоциты участвуют в регуляции процессов пролиферации, дифференциации и репарации эндометрия за счет секретируемых ими цитокинов, в частности, за счет IL-6. Известно, что усиление синтеза IL-6 может напрямую регулировать экспрессию эндометриальными клетками матриксных металлопротеиназ, которые, в свою очередь, являются физиологическими регуляторами ремоделирования экстрацеллюлярного матрикса. Все это свидетельствует о возможном участии IL-6 в процессах, обеспечивающих инвазивность эндометриальных клеток при эндометриозе. Однако для уточнения роли IL-6 в регуляции инвазивных свойств эндометрия особый интерес представляет изучение локальной продукции IL-6 на разных стадиях развития очагов эндометриоза, что, в силу этических причин, невозможно провести у человека. В связи с этим целью нашей работы было на экспериментальной крысиной модели эндометриоза установить динамику продукции IL-6 различными типами иммунокомпетентных клеток, инфильтрирующих эндометриоидную ткань, для уточнения иммунных механизмов, лежащих в основе усиления инвазивности эндометриальных клеток при эндометриозе.

Материалы и методы. В работе были использованы линейные крысы Wistar. Для хирургического индуцирования эндометриоза был использован метод Vernon M.W.и Wilson E.A. (1985), заключающийся в аутотрансплантации эндометрия из левого рога матки самок крыс на брюшину путем подшивания эндометрия. Эндометриальные имплантаты удаляли с брюшины на 7, 14 и 21 день после проведения операции. В качестве контроля использовали нормальную эндометриальную ткань, удаленную из рога матки до проведения аутотрансплантации (0 день). Выделение иммунокомпетентных клеток эндометриальной ткани проводили стандартным безферментативным механическим методом с последующим центрифугированием в тройном градиенте плотности фиколл-верографина (d1=1,06, d2=1,078, d3=1,10). Клетки собирали в интерфазе фиколл-верографин 1,078 и 1,10, отмывали фосфатным буфером, и использовали в дальнейшем для исследования внутриклеточного синтеза IL-6 методом проточной цитометрии. Для оценки внутриклеточной экспрессии цитокина проводили предварительную процедуру пермеабилизации клеточной мембраны с использованием коммерческого набора Cell Permeabilization Kit Fix & Perm (Calteg Laboratories, USA). Уровень внутриклеточного синтеза IL-6 оценивали с помощью моноклональных антител, меченных FITC (Biosource, USA) методом проточной цитометрии. Относительное содержание IL-6 - позитивных клеток оценивали в лимфоцитарном и макрофагальном гейтах, которые устанавливались на основании данных прямого FSC и бокового SSC светорассеяния. Для построения гейтов клетки окрашивали анти-CD45 антителами. Уровень CD45+ клеток в лимфоцитарном гейте составлял в среднем 92,46±0,58%, в макрофагальном гейте - 87,72±3,44%.

При анализе полученных результатов было установлено, что уровень внутриклеточного синтеза IL-6 лимфоцитами, выделенными из эндометриального трансплантата на 7 день после операции, повышался по сравнению с таковым в лимфоцитах интактного эндометрия, однако это изменение не было статистически достоверным. На 14 день после операции количество лимфоцитов, экспрессирующих внутриклеточно IL-6 достигало максимальных значений, значительно превышая показатели как нормального эндометрия, так и имплантированного эндометрия, полученного на 7 день после операции. На 21 день после проведения операции количество лимфоцитов, синтезирующих IL-6, несколько снижалось, но продолжало оставаться повышенным по сравнению с нормальным эндометрием. Динамика изменения синтеза IL-6 эндометриальными макрофагами в процессе инвазии эндометриальной ткани в брюшину была другой. Так, уже на 7 день после трансплантации продукция IL-6 эндометриальными макрофагами возрастала практически в 2 раза, при этом позитивное окрашивание на данный цитокин отмечалось более чем у 80% клеток. На 14 день после операции уровень IL-6-позитивных макрофагов снижался до контрольных значений, а на 21 день этот показатель продолжал снижаться и достигал минимальных значений, которые были достоверно ниже контрольных показателей.

Выявленные нами различия в динамике изменения продукции IL-6 лимфоцитами и макрофагами позволяет высказать предположение о том, что на разных этапах формирования очага эндометриоза разные популяции иммунокомпетентных клеток приобретают наибольшую значимость в регуляции процессов роста эндометриального трансплантата. Как известно, макрофагальные клетки участвуют в развитии неспецифического иммунного ответа, а лимфоциты осуществляют развитие адаптивного антигенспецифического иммунного ответа. На ранних этапах формирования эндометриоидной ткани основным источником IL-6 являются фагоцитарные клетки, которые без предварительной сенсибилизации первыми реагируют на изменение гомеостаза в организме. Синтезируемый макрофагами IL-6 с одной стороны, может запускать продукцию в эндометриальном имплантате различных протеолитических ферментов, например, матриксных металлопротеиназ, а с другой стороны - усиливать активацию и продукцию цитокинов лимфоцитами. На более поздних стадиях формирования эндометриоидного очага основным источником цитокинов, регулирующих клеточный рост и инвазию, по-видимому, являются лимфоциты, которые обеспечивают высокую продукцию IL-6 в ткани имплантировавшегося эндометрия, участвуя, таким образом, в усилении инвазии очага эндометриоза в брюшину.

(Работа поддержана грантом Президента РФ НШ-2245.2003.4)

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ РЕБЕНКА

Посисеева Л.В., Борзова Н.Ю. (Иваново)

С целью установления особенностей репродуктивного здоровья супружеских пар с перинатальной смертностью (ПС) в анамнезе обследовано 415 супружеских пар: основная группа (n=315) - с ПС ребенка, контрольная (n=100) - с рождением живого здорового ребенка.

Среди заболеваний гениталий у женщин с ПС достоверно чаще выявлялись хронические воспалительные заболевания матки и придатков (56,6%), патология шейки матки (34,7%), недостаточность лютеиновой фазы цикла (НЛФ, 34,0%); у мужчин - хронический простатит (38,7%), варикоцеле (5,7%). У большинства обследо-

ванных женщин отсутствовали грубые гормональные нарушения, отмечена высокая частота выявления хламидийной инфекции (56,5%), L – формы гонококка (16,4%), стрептококка серогруппы А (59,8%), кишечной палочки (32,9%), энтерококка (41,4%), эпидермального стафилококка (34,3%). У мужчин с ПС ребенка в анамнезе чаще, чем у мужчин контрольной группы, выявлялись нарушения спермограммы (68,4%), в виде астенозооспермии (38,4%), олигозооспермии (7,1%), воспалительных изменений (40,1%), повышения вязкости (13,0%), агглютинации сперматозоидов (12,1%), снижения количества лецитиновых зерен (22,8%), отмечена высокая частота выявления хламидиоза (54,0%), L-формы гонококка (13,7%).

Для более точной оценки состояния репродуктивной системы у женщин проводилось определение в менструальной крови уровня альфа-2-микроглобулина фертильности (АМГФ) и растворимого антигена лейкоцитов – 2 (РАЛ-2), у мужчин - АМГФ, слюноспермального глобулина (ССГ), глико-спермального глобулина (ГСП), РАЛ-1 и РАЛ - 2 в сперме. Нами установлена связь между содержанием АМГФ в менструальной крови и функциональным состоянием яичников и эндометрия, что позволяет диагностировать нормальную функцию яичников, НЛФ, ановуляцию, бывшую в данном цикле беременность. У 69,9% пациенток с ПС выявлена НЛФ, у 18,5% - ановуляторные циклы. Нами разработан способ диагностики хронического эндометрита по содержанию РАЛ-2 в менструальной крови, что позволило выявить эту патологию у 76,4% женщин с ПС ребенка в анамнезе. Наличие хронического эндометрита может являться, с одной стороны, причиной внутриутробного инфицирования плода, плаценты, формирования фетоплацентарной недостаточности (ФПН), с другой - вызывать поражение рецепторного аппарата эндометрия, способствуя снижению его функциональной активности, что и было подтверждено парными исследованиями содержания АМГФ в менструальной и уровня прогестерона - в периферической крови. Недостаточная трансформация эндометрия в сочетании с другими неблагоприятными факторами приводит к формированию ФПН, перинатальной заболеваемости и смертности.

Выявлены значительные нарушения белкового состава спермы у абсолютного большинства мужчин с ПС ребенка в анамнезе. Нами установлена связь АМГФ с фертильностью у мужчин, рождением детей с грубыми ВПР и здоровьем ребенка на первом году жизни, предложены способы диагностики нарушения фертильности по содержанию ССГ (у 78,4% мужчин с ПС), хронического простатита по уровню РАЛ-2 в эякуляте (у 44% обследованных с ПС). С недостатком АМГФ, РАЛ-1 и, вероятно, ГСП нарушается миграция и выживаемость сперматозоидов в женском половом тракте, что приводит к формированию неполноценного плодного яйца и его гибели, либо к рождению больного ребенка.

В целом, структурная и функциональная патология репродуктивной системы (с учетом белков генеративной системы) выявлена у 91,3% женщин и 93,5% мужчин из супружеских пар с ПС ребенка в анамнезе. Это свидетельствует о высокой вовлеченности в данный патологический процесс репродуктивной системы не только матери, но в значительной степени - отца, что требует проведения адекватной реабилитации обоих супругов перед последующим деторождением.

Работа поддержана грантами Президента РФ по государственной поддержке научных школ НШ - 2245.2003.4.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Посисеева Л.В., Малышкина А.И. (Иваново)

Цель исследования: изучить возможности применения препарата с иммуномодулирующей активностью «Полиоксидоний» в консервативном лечении женщин с миомой матки малых размеров и нарушенной репродуктивной функцией.

Материал и методы. В исследование включены 20 женщин репродуктивного возраста с миомой матки малых размеров (основная группа) и 31 фертильных здоровых женщин (контрольная группа). Наряду с общеклиническими, специальными гинекологическими методами обследования были использованы иммунологические методы: оценка экспрессии активационных и адгезивных молекул на поверхности периферических лимфоцитов с использованием моноклональных антител («Клоноспектр», Москва), методом проточной цитометрии на аппарате «FACScan»), иммуноферментные методы.

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин с миомой матки малых размеров не отличался от такового у женщин контрольной группы и составил 31,1±0,9 года. Более половины женщин с миомой матки малых размеров имели в анамнезе самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды (55,0%, $p<0,001$), каждая третья пациентка - перинатальные потери (35,0%, $p<0,001$), 2% женщин – внематочную беременность. У пациенток с миомой матки значительно чаще, чем в контроле, выявлены антитела (IgM, IgG) против вируса простого герпеса II типа и цитомегаловируса (90,0%, $p<0,001$ и 40,0%, $p<0,05$ соответственно), что объясняется высокой частотой генитального и назо-лабиального герпеса у женщин данной группы. Полученные нами данные подтверждают роль генитальной инфекции, в особенности, вирусной, как «триггерного» фактора развития миомы матки (А.Л.Тихомиров, 1998). Общие размеры матки к моменту обследования соответствовали 5-6 недельному сроку беременности у 65,0% больных, 7-9 недельному сроку – у 35,0%. В 70,0% случаев была установлена межмышечно-подбрюшинная локализация миомы, у 30,0% - межмышечная. 20,0% больных отмечали болезненные менструации, 20% - нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи.

При иммунологическом обследовании было установлено высокое содержание активированных лимфоцитов и естественных киллеров в периферической крови женщин с миомой матки, что можно расценивать как активацию системного иммунного ответа клеточного типа на стимуляцию инфекционным агентом.

Заслуживает особого внимания установленный нами факт значительного повышения CD38 – позитивных Т-лимфоцитов в периферической крови женщин с миомой матки малых размеров. Известно, что CD38 молекула экспрессируется на поверхности незрелых лимфоцитов или на поверхности активированных клеток (А.А.Ярилин, 1999). Ранее было показано, что содержание в периферической крови Т-лимфоцитов с фенотипом CD38+, равное или превышающее 23%, является прогностическим признаком быстрого роста миомы матки (А.И.Малышкина и соавт., 2004). Известно, что наиболее потенциально способными к росту являются единичные, небольшие, впервые выявленные миоматозные узлы (А.Л.Тихомиров). По нашим данным, наиболее высокие индивидуальные уровни CD38-позитивных клеток в периферической крови отмечены у женщин с единичными миоматозными узлами, выявленными лишь при обращении пациенток в консультативно-диагностическую поликлинику.

Полиоксидоний (получен и исследован в ГНЦ Институт иммунологии Минздрава России, разрешен к применению с 1996г., регистрационный номер 96/302/9, ФС 42-3906-00, выпускается НПО «Петровакс Фарм», г.Москва, Россия) назначали в суппозиториях по 0,06г. первые трое суток ежедневно на ночь после очищения прямой кишки, затем через день, всего 10 раз одновременно с назначением этиотропного антибактериального и/или противовирусного лечения. Иммунологическое обследование больных, проведенное через две недели после лечения, выявило нормализацию показателей популяционного состава и параметров активации периферических Т-лимфоцитов. Набольшее влияние данный препарат оказал на динамику показателей CD 38-позитивных Т-лимфоцитов в периферической крови. Отмечено снижение его индивидуальных уровней в 2-5 раз, среднее значение снизилось с 31,64±2,9% до 20,7±4,8%, что соответствует нормативным значениям и служит благоприятным прогностическим признаком в плане роста опухоли.

Нами прослежены отдаленные результаты проведенного лечения. Все больные отмечали улучшение общего самочувствия, повышение работоспособности, отсутствие заболеваемости острыми

респираторными инфекциями в течение 6-12 месяцев по окончании лечения. Больные, предъявлявшие при первом обращении вышеописанные жалобы, отмечали нормализацию менструальной функции, исчезновение болевого синдрома. Ни у одной больной в течение 24 месяцев динамического наблюдения не отмечено увеличения размеров имеющихся и образования новых миоматозных узлов. Случаев повторных репродуктивных потерь у наших пациенток не отмечено, у 5 пациенток родились здоровые доношенные дети, 15 женщин в настоящее время планируют беременность.

Таким образом, положительный клинико-лабораторный эффект, достигнутый при применении препарата «Полиоксидоний» у женщин репродуктивного возраста с межмышечной миомой матки малых размеров, позволяет рекомендовать его к применению у данного контингента больных с целью профилактики прогрессирования заболевания, восстановления и сохранения репродуктивной функции пациенток.

Работа поддержана грантами Президента РФ по государственной поддержке научных школ НШ - 2245.2003.4 и молодых кандидатов наук МК-1270.2004.7.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОНТРАЦЕПЦИИ

Прилепская В.Н., Назарова Н.М. (Москва)

Новыми технологиями в гормональной контрацепции является разработка альтернативных – пролонгированных методов. Преимуществами гормональных рилизинг-систем являются: длительная контрацепция, выделение гормонов по биологическому градиенту, точность дозирования, отсутствие колебаний уровня гормонов и необходимости ежедневного самоконтроля, а также непероральный путь введения препаратов.

Цель: Анализ эффективности и приемлемости трансдермальной контрацептивной системы Евра, влагалищного кольца Нова Ринг и внутриматочной рилизинг-системы «Мирена» у женщин репродуктивного возраста.

Методы: Проанализированы результаты наблюдений за 80 женщинами репродуктивного возраста (18-40 лет), 20 использующих трансдермальную систему Евра, 30 – влагалищное кольцо Нова Ринг и 30 внутриматочную систему «Мирену». Трансдермальная система представляет собой пластырь содержащий 600мкг этинилэстрадиола (ЕЕ) и 6 мг норэльгестромина. Каждое кольцо Нова Ринг содержит 2,7 мг ЕЕ и 11,78 мг этоногестрела. По дозировкам поступающих в кровь гормонов системы соответствует микродозированным оральным контрацептивам. Внутриматочная система «Мирена» содержит 52 мг левоноргестрела, который в полость матки выделяется со скоростью 20мкг\сут. Помимо общеклинического исследования, производили измерение АД, массы тела, анализ крови на гемостаз, липидный спектр крови, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты: Эффективность применения гормональных рилизинг-систем составила 100%. Характеризуя переносимость рилизинг-систем необходимо отметить, что в процессе их использования были отмечены побочные реакции : при использовании «Мирены» наиболее часто отмечались ациклические кровянистые выделения (23%), частота которых значительно уменьшается к 6-му месяцу использования. Частота побочных реакций при применении влагалищной системы была минимальной и составила 13%, при использовании трансдермальной системы – 12%. Анализ индивидуальных показателей АД до начала применения систем и на фоне их свидетельствовал о том, что их использование практически не влияло на АД, а также массу тела, гемостаз. Выводы: Гормональные рилизинг-системы представляют собой качественно новые методы, сочетающие не только высокую контрацептивную эффективность, длительность и удобство применения, а также целый ряд лечебных свойств.

ВОЗМОЖНОСТЬ И ПРИНЦИПЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Прокопьева Т.А. (Ижевск)

Современные методы лечения злокачественных новообразований приводят к утрате качественных характеристик жизни. У больных раком шейки матки (РШМ) выключение функции яичников вследствие хирургического и/или лучевого лечения, обеспечивающих радикальность терапии, вызывает сложный комплекс сдвигов в нейроэндокринной регуляции функций организма, основным проявлением этих нарушений является постовариоэктомический синдром (ПОЭС), характеризующийся нейро-вегетативными, психоэмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями.

Складывающаяся ситуация требует выработки мер, защищающих онкологическую больную от агрессии специального лечения. Исходя из генеза расстройств, наиболее эффективным патогенетически обоснованным методом лечения является заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Учитывая онкологическую настороженность и современное понимание основных закономерностей и типов гормонального канцерогенеза, вопрос о показаниях к ЗГТ и ее последствиях требует пристального внимания и нуждается в глубоком изучении. Поэтому целью настоящей работы явилось определение возможности применения и выработка принципов ЗГТ у женщин после радикального лечения РШМ на основании изучения особенностей проявления и частоты формирования ПОЭС, оценки изменения гормонального статуса, а также изучения состояния костной ткани.

Обобщены результаты клинических наблюдений за 76 пациентками репродуктивного возраста (36 пациенток) и периода менопаузального перехода (40 пациенток) с ПОЭС, получавших ЗГТ после комбинированного лечения рака шейки матки (хирургическое вмешательство и радиотерапия). Гормональная терапия проводилась препаратами: прогинова, цикло-прогинова, климен, гинодиан-депо («Шеринг», Германия), фемостон («Солвей Фарма», Нидерланды), ливиал («Органон», Нидерланды). Диагноз рака шейки матки установлен на основании гистологического заключения послеоперационного и биопсийного материала. У всех пациенток опухоль имела строение плоскоклеточного рака разной степени дифференцировки. По стадиям больные распределились следующим образом (Figo, 1989): Ia – 5; Ib – 61; IIa – 10.

У всех женщин после радикального лечения РШМ в течение 1-3 лет формировался комплекс нарушений (нейровегетативных и психоэмоциональных), частота и тяжесть проявлений которых зависела от периода жизни пациенток на момент завершения специального лечения. В наибольшей степени тяжесть (средняя и тяжелая) этих синдромов по модифицированному менопаузальному индексу Купермана (версия Е.В.Уваровой, 1983) отмечалась в группе пациенток менопаузального перехода (87,5% и 69,8% соответственно), несколько ниже она в репродуктивном периоде (59,4% и 58,3%). Частота обменно-эндокринных нарушений в сроки до 1 года отмечена у пациенток периода менопаузального перехода в 40,6%, репродуктивного – в 25% случаев. В репродуктивном периоде обменно-эндокринные нарушения наиболее интенсивно формировались в сроки от 1 года и более и по тяжести проявлений соответствовали постменопаузе. Атрофия слизистой влагалища наиболее интенсивно (1-2 балла, Bachman J.A., 1994) формировалась у пациенток периода менопаузального перехода (48,9%) по сравнению с пациентками репродуктивного периода (30,0%). Наряду с этим, темпы формирования атрофии влагалища у пациенток репродуктивного периода в сроки до 3 лет (78,3%) достоверно выше, чем этот показатель для периода менопаузального перехода ($p<0,05$). Уровни гонадотропных (ФСГ и ЛГ) и стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон) в течение 3-6 мес после хирургического и лучевого выключения функции яичников приблизились к показателям постменопаузы. Во всех возрастных группах отмечено значительное

снижение минеральной плотности костной ткани. Частота остеопении и остеопороза у женщин репродуктивного (30,0% и 11,7%) и периода менопаузального перехода (42,7% и 14,6%) определили высокий риск переломов и требовали незамедлительного патогенетического лечения.

Небходимым моментом до принятия решения в отношении ЗГТ должна стать уверенность, что в наиболее главных органах-мишенях (молочная железа, эндометрий и яичники, если предпринята лучевая терапия) отсутствуют изменения, предшествующие злокачественному процессу. Вопросы вероятности рецидива РШМ достаточно хорошо изучены, четко определены критерии прогноза, на основе которых можно вполне убедительно обосновывать противопоказания к ЗГТ. Необходимо лишь оговорить, что сама по себе ЗГТ не способна увеличить риск рецидива, но может иметь непредсказуемый эффект на фоне рецидива заболевания. Обоснование же показаний к ЗГТ формируется из временных и постоянных нарушений, обусловленных дефицитом эстрогенов.

Предпринимая решение в отношении ЗГТ, необходимо одновременно обозначить ряд принципиальных положений:

выбор препарата должен быть строго дифференцирован соответственно периоду жизни пациентки и ее индивидуальным особенностям, т.е. ЗГТ должна иметь максимальную физиологическую направленность;

выбор препарата должен предусматривать результаты гормонального обследования пациентки;

при выборе препарата необходимо четко обозначить вариант терапии: будет ли ЗГТ использоваться в качестве самостоятельного лечения или же станет компонентом комплексной терапии;

выбор стратегии ЗГТ: кратковременной (коррекция нейровегетативного и психоэмоционального симптомокомплексов) и долговременной (купирование обменно-эндокринного симптомокомплекса: гиперлипидемии, атеросклероза, остеопороза, урогенитальной атрофии).

Этапы формирования показаний для ЗГТ при благоприятном прогнозе, и у пациенток с неблагоприятными прогностическими признаками должны отличаться, при последнем варианте целесообразен комплексный диагностичекий мониторинг в течение 2 лет с предварительным обоснованием ЗГТ, далее определение перспективы прогноза в излеченности онкологического заболевания и окончательное обоснование ЗГТ.

ЗГТ показана пациенткам с клинически выраженным ПОЭС, с остеопорозом. Продолжительность ЗГТ зависит от показаний: для купирования ПОЭС – 1-2 года, лечение остеопороза – минимум 3 года. Эффект ЗГТ должен оцениваться через 0,5 года при лечении ПОЭС, через 1 год – при лечении остеопороза. При отсутствии эффекта дальнейшее продолжение ЗГТ нецелесообразно. ЗГТ может быть предложена только тем пациенткам, которые дают согласие на контролируемое наблюдение.

Как показывает практика, с учетом значимости и глубины тех или иных нарушений, ЗГТ показана 70-80% больных РШМ после радикально проведенного лечения. Однако, по целому ряду противопоказаний гормональная коррекция может быть проведена не более 40% больных.

Таким образом, необходимость ЗГТ у пациенток, перенесших радикальное лечение по поводу РШМ, на примере проведенного исследования в достаточной мере аргументирована (в том числе и за счет ее высокой эффективности). Основополагающей базой успешного решения многих задач в этой проблеме с одной стороны должна стать адекватная терапия РШМ, обеспечивающая стабильное излечение, с другой, современный арсенал необходимых диагностических методов (сонография, маммография, двухфотонная рентгеновская абсорбциометрия, количественное определение гонадотропных, стероидных гормонов, липопротеидов и др.) и огромная ответственность.

МАРКЕРЫ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ И ЦИТОКИНЫ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ

Пугач Н.А., Медведев Б.И., Теплова С.Н. (Челябинск)

Внутриматочная патология, ее диагностика и лечение продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой. К наиболее распространенным патологическим состояниям матки относятся гиперпластические процессы в эндометрии. Особого внимания заслуживают длительно существующие часто рецидивирующие гиперпластические процессы тесная связь которых с развитием инвазивного рака матки отмечена в 20-30% наблюдений. Несмотря на длительную историю изучения гиперпластических процессов и предраковых состояний эндометрия, ряд положений о предраке эндометрия и связи гиперпластических процессов и рака продолжают оставаться дискуссионными.

Согласно гистологической классификации ВОЗ, выделяют три основных вида гиперпластических процессов эндометрия: эндометриальные полипы, эндометиральная гиперплазия, атипическая гиперплазия. При эндометриальной гиперплазии злокачественная трансформация возможна в 1-3% случаев, при наличии атипии- в 8-29%. В 12-м издании руководства “Novak’s Gynecology” указано, что у пациенток с атипической гиперплазией, диагностированной в материале соскоба, в 25% случаев обнаруживают высокодиф-ференцированную аденокарциному при тщательном исследовании удаленной матки.

В клиническое исследование было включено 80 женщин с верифицированным морфологически ГПЭ. Всего в исследование было включено 39 пациенток (48,75%) с эндометриальной гиперплазией, 36 (45%) с эндометриальными полипами и всего 5 случаев (6,25%) атипической гиперплазией. Среди обследованных женщин с ГПЭ в репродуктивном периоде жизни находились 52 женщины (65%), в пременопаузе – 12 женщин (15%), в менопаузе – 16 женщин (20%). Обследование пациенток проводилось по общепринятой схеме, начиная со сбора жалоб, анамнеза, с учетом сопутствующих общесоматических и гинекологических заболеваний, особенностей менструальной и половой и репродуктивной функции, результатов гинекологического, лабораторных и ультразвуковых методов исследования, гистероскопии и эхогистероскопии В соответствии с программой диагностического обследования, у всех пациенток проводилось инструментальное генитальное исследование: эхография(100%), эхогистероскопия(100%), гистологическое исследование эндометрия, материал для которого забирали при гистероскопии(-58,75%) или раздельном диагностическом выскабливании(41,25%).

Во время введения 0,9% физиологического раствора в полость матки при эхогистероскопии жалобы на незначительные болезненные ощущения распирающего характера, которые были кратковременными и прекращались по окончании обследования предъявляли – 4(6,6%) пациентки. По нашим данным, эхогистероскопия надежно выявляет полипы эндометрия, которые были установлены у 36 женщин и наличие которых в дальнейшем было подтверждено в 97,8% гистероскопически, в одном случае при гистероскопии обнаружен субмукозный миоматозный узел. Эндометриальная гиперплазия эхогистероскопически выявлена у 39 женщин, что было в дальнейшем подтверждено при гистероскопии и гистологически в 100% случаев.

При проведении метода эхогистероскопия проводился забор аспирационной жидкости из полости матки для исследования содержания уровня цитокинов в эндометрии у всех женщин. Для нашего исследования были взяты такие цитокины, как: ГФНО-альфа, лактоферрин (ЛФ), эпидерамльный фактор роста (ЭФР). Имеются явные отличия в группах с патологией эндометрия в сравнении с контрольной группой по уровню ЭФР. Средний уровень содержания ЭФР в аспирате из эндометрия у пациенток а АГЭ более чем в девять раз превышает показатель у здоровых женщин. При ЭГ почти в три раза показатели выше нормальных и незначительное

повышение ЭФР отмечается при. На это нужно обратить особое внимание и это может быть ранним диагностическим признаком при гиперпластических процессах эндометрия и соответственно ранней диагностики рака эндометрия.Установлен рост количества ЛФ в 4 раза при АГЭ в сравнении с контрольной группой здоровых женщин, при этой форме ГПЭ частота выявления железодефицитной ане-мии составляет 60%. При ЭГ лактоферрин повышен в два раза, и железодефицитная анемия у данных женщин обнаружена в 30%. Учитывая роль ЛФ в процессах транспорта железа, следует, вероятно расценивать локальный подъем данного белка при ГПЭ в качестве одного из маркеров изменения обмена и транспорта железа в организме.Учитывая, что ФНО-альфа важнейший провоспалительный цитокин и активатор ролиферативных особенностей эпите-лиальных клеток, значения его при гиперпластических процессах эндометрия распредели-лись соответственно значениям при воспалительных проявлениях эндомет-рия. При ЭГ выявлено 23% хронических эндометритов и ФНО-альфа повышен на 5,87 пг/мл., чем у здоровых женщин; при ЭП хронические эндометриты обнаружены у 20% женщин, при АГЭ -у 22% и показатели ФНО-альфа распределились соответственно 11,55 пг/мл. и 15,64 пг/мл.

Показано, что гипер-и неопластические процессы в слизистой оболочке матки возникают на фоне прогрессирующего снижения способности клеток к апоптозу и контролируются продуктами генов – протоонкогенов и антионкогенами (p53, Ki67, PCNA). Активирует пролиферацию ген Ki 67, кодирующий ядерный белок– маркер пролиферации, участвующий в митотическом делении клеток. Маркер клеточной пролиферации является также PCNA-пролиферативный клеточный ядерный антиген, который экспрессируется в ядрах некоторых секреторных клеток. Наряду с протоонкогенами имеются гены- антионкогены, которые оказывают понижающее действие на пролиферацию клеток через продукцию регулирующих белков. Ген p53 относится к наиболее изученным в настоящее время антионкогенам. Указанные предпосылки послужили основанием для определения продуктов генов –онкогенов и антионкогенов в клетках эндометрия у женщин с ГПЭ. Нами были оценены следующие маркеры пролиферации в биоптатах эндометрия-Ki67 и PCNA, а также антионкоген, обладающий проапоптогенным эффектом – белок p53. Максимальные показатели экспрессии белков-маркеров пролиферации клеток эндометрия обнаружены у больных ЭГ в сопоставлении с больными, имеющими полипы эндометрия и в сравнении с контрольной группой здоровых женщин с высокой степенью достоверности. Эти различия касались и экспрессии Ki67 и PCNA. У больных с полипами эндометрия уровень клеток, экспрессирующих эти маркеры также был достоверно более высоким, чем в контрольной группе. Однотипные изменения по количеству клеток эндометрия, экспрессирующих белок p53, установлены в обеих группах женщин с ГПЭ, они были выше, чем в контрольной группе, но не отличались между собой. Достоверных различий по соотношению клеток с маркером Ki67 и p53 у больных с группой здоровых женщин не выявлено. Соотношение PCNA/p53 оказалось максимальным в группе с ЭГ по отношению к контролю. В контроле соотношения клеток с маркерами пролиферации готовности к апоптозу колеблется около 1, отражая, вероятно, оптимальный баланс функции генов, регулирующих пролиферацию и апоптоз в эндометрии.

Мы провели корреляционный анализ между числом клеток эндометрия с маркерами пролиферации и апоптоза, выявляемых гистологически, с уровнями биологически активных веществ, находящихся в полости матки и влияющих на рост, пролиферацию клеток. У здоровых женщин в контрольной группе имеется всего одна достоверная ($p< 0,005$) сильная ($r =- 0,975$) обратная корреляционная связь меду содержанием лактоферрина и ЭФР в полости матки. У больных ЭГ имеется связь между уровнями ТНФ и ЛФ ($r=0,87$), при этом различия выявляются на уровне достоверности при $p=0,54$.У больных с ЭП установлена достоверная ($p=0,019$), отрицательная и сильная ($r= -0,886$) связь между уровнем ЭФР и численностью клеток, экспрессирующих p53. При ЭП и ЭГ имеется иной, чем в норме, уровень взаимосвязей между факторами, способствующими пролиферации и апоптозу на локалном уровне, а также и с клетками, экспрессирующими белки-антионкогены. Таким образом определение уровня цитокинов в эндометрии является ранним диагностическим признаком пролиферативных процессов эндометрия, что приводит к более точному и своевременному обнаружению атипических гиперплазий, снижению рака эндометрия и оценке эффективности терапии.

РЕДКИЕ ФОРМЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ЖЕНЩИН

Пушкарев В.А. (Уфа)

Злокачественные новообразования представляют собой одну из важнейших медицинских и социальных проблем во всём мире. Онкологические заболевания – основная причина смерти среди женщин в возрасте 25-64 лет. Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы составляют примерно 40-45% всех локализаций рака у женщин. В последние десятилетия отмечается значительное увеличение заболеваемости раком тела матки (РТМ), занимающее 1-е место среди злокачественных опухолей женской половой системы.

РТМ относится к гормонозависимым опухолям женской репродуктивной системы. Частыми причинами этих опухолей являются ановуляция, хроническая гиперэстрогения, бесплодие, миома матки, генитальный эндометриоз. Они сочетаются с метаболическими нарушениями (ожирение, гиперлипидемия, сахарный диабет).

Согласно последней классификации ВОЗ (1994) выделяют две группы эндометриальных карцином: эндометриоидные и неэндометриоидные (редкие), включающие серозно-папиллярный, светлоклеточный, муцинозный, плоскоклеточный смешанный и недифференцированный рак.

В Республике Башкортостан за период с 1975 по 2004 годы удельный вес РТМ среди всей онкологической патологии повысился с 2,3% до 3,5%. Частота взятия на учёт женщин с данной патологией в запущенной форме, т.е. в 3-4 стадиях заболевания, практически не изменилась.

С целью изучения медико-социальных аспектов больных РТМ, в том числе их редкими формами, проведено углубленное исследование женщин с данной патологией, госпитализированных в Республиканский онкологический диспансер (1367 чел.).

В результате анализа полученных данных установлено, что среди обследованных преобладали женщины в возрастных интервалах 61-70 лет (36,0%), 51-60 лет (29,9%) и 41-50 лет (17,6%). Средний возраст составил 63,2±3,4 лет.

Наиболее частой гистологической формой РТМ являлась аденокарцинома – у 1242 (90,9%) женщин, средний возраст которых составил 64,2±3,6 лет; железисто-плоскоклеточный рак – у 54 (4,0%), средний возраст – 58,2±2,1 лет; светлоклеточная мезонефроидная аденокарцинома – у 27 (2,0%), средний возраст – 58,8±2,2 лет; недифференцированный рак – у 23 (1,7%), средний возраст – 55,6±2,-9лет; аденоакантома – у 21 (1,5%), средний возраст - 55,8±2,8 лет.

Основная часть больных редкими формами РТМ имели высокий уровень образования – средне-специальное (60,0%) и высшее (24,8%). Только каждая четырнадцатая (7,2%) женщина имела начальное или неполное среднее образование.

Большой процент обследованных женщин (47,2%) жили в полных сложных по своей структуре семьях (супружеская пара с детьми, прародители или другие родственники), а каждая четвёртая (26,4%) проживала в полной простой семье (супружеская пара с детьми) Довольно высоким (26,4%) оказался удельный вес женщин, проживающих только с супругом, что можно объяснить возрастом респонденток, когда их дети, образуя собственную семью, уходят жить отдельно. Более половины (53,6%) пациенток на момент опроса состояли в браке, каждая четвёртая (26,4%) была вдовой, каждая восьмая (12,8%) – в разводе, остальные (7,2%) никогда не были в браке.

Около ⅔ (65,6%) из числа больных на момент госпитализации находились на пенсии по возрасту. Только каждая третья респондентка (32,2%) работала, из них каждая седьмая (15,2%) была занята умственным трудом, а каждая девятая (11,2%) тяжёлым физическим трудом.

Около ⅔ респонденток (65,6%) на момент опроса проживали в своих квартирах со всеми удобствами, а 27,2% - в частном доме с частичными коммунальными удобствами. Лишь 31,2% женщин в качестве основного источника дохода назвали один, прежде всего зарплату. Остальные указали на сочетание нескольких источников, в том числе пенсии по возрасту и инвалидности.

Среди важнейших элементов образа жизни человека наличие вредных привычек поведенческого характера занимают ведущую позицию. Негативные отношения к психоактивным веществам и отказ от их употребления являются важными составляющими самосохранительного поведения, формирующими здоровье. Опрос показал, что наиболее распространённой из них является курение, т.к. только в половине (51,2%) семей наших респонденток никто не курит. В 8,8% курящими оказались сами женщины, а в остальных (40,0%) случаях они оказались в роли пассивных курильщиков. Из числа курящих женщин почти ⅔ (63,6%) выкуривали в день от 6 до 10 сигарет, каждая пятая (18,2%) – до 20 и более.

Злоупотребление алкоголем происходит практически в каждой четвертой семье (24,8%) обследованных женщин. В ¾ случаях таковыми являлся супруг, в остальных случаях другие члены семьи. Среди респонденток, злоупотребляющих спиртными напитками, себя признала лишь 1 (0,8%) женщина, а основное большинство (89,6%) отнесли себя к модели ритуального употребления алкоголя, т.е. только по праздникам.

Характеризуя микроклимат в семье, около ¾ опрошенных пациенток (76,8%) отметили о преобладании добрых взаимоотношений между членами семьи, что объясняется, по всей видимости, заболеванием опрошенных, когда близкие особенно внимательно начинают относиться друг к другу.

В общепринятой структуре образа жизни особое место занимает медицинская активность человека, которая представляет комплекс медицинских факторов, связанных с его установками по отношению к своему здоровью, его действиями, направленными на укрепление здоровья. Сюда входят уровень санитарной грамотности, гигиенические навыки и привычки, профилактическая активность, своевременное обращение за медицинской помощью при заболеваниях или ухудшении здоровья, выполнение назначений и рекомендаций врача и т.д.

Установлено, что обследованные женщины в основном большинстве имели довольно низкую медицинскую активность в отношении своего здоровья. Так, 74,4% из них ни разу не приходили медицинские осмотры с профилактической целью у врача акушера-гинеколога. Остальные проходили осмотр с частотой или 1 раз (23,2%) или 2 раза (2,4%) в год. Из числа респонденток, осмотренных врачом акушером-гинекологом, у каждой третьей с момента осмотра до диагностики настоящего заболевания прошло от 6 до 12 (33,6%) или более 12 месяцев (36,0%). В то же время у каждой шестой женщины (16,0%) данный срок составил 3-6, или даже менее 3 месяцев (14,4%). Это может свидетельствовать о низком уровне квалификации специалистов или низких диагностических возможностях на местах.

Многие обследованные женщины (73,6%) никогда не состояли на диспансерном учёте у врача акушера-гинеколога по поводу гинекологических заболеваний, у 16,0% пациенток срок наблюдения составил всего один год и менее, у 10,4% респонденток продолжительность наблюдения составила более 1 года.

О низком уровне гигиенических знаний, низкой медицинской активности женщин свидетельствует и тот факт, что удельный вес обратившихся к врачу акушеру-гинекологу в срок до 2-х месяцев после появления первых признаков заболевания составил 21,6%.

В итоге почти 4/5 больных РТМ поступили в гинекологическое отделение онкодиспансера лишь через 2 и более месяцев с момента появления первых признаков заболевания. В результате обследования только около половины больным (53,6%) был поставлен диагноз рак тела матки I-ой (32,0%) и II-ой (21,6%) стадии.

Таким образом, исследования, отражающие медико-социальные аспекты заболеваемости раком тела матки, в частности его редких морфологических форм, дают возможность разработать научно-обоснованные медико-организационные мероприятия, направленные на профилактику данной патологии, а также своевременное их выявление на основании повышения уровня гигиенических знаний женщин репродуктивного и перименопаузального возрастов.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ТРОМБОФИЛИЯ

Пшеничникова Т.Б. (Москва)

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее актуальных проблем гинекологической эндокринологии. СПКЯ характеризуется нарушением менструального цикла в сочетании с клиническими и/или биохимическими проявлениями гиперандрогении и эхографическими признаками поликистозных яичников (ПКЯ), существующими с пубертатного периода. В начале 80-х годов появились данные о метаболических нарушениях у женщин, страдающих СПКЯ. Речь идет о нарушениях углеводного и жирового обмена (гипергликемия, дислипидемия), то есть метаболическом синдроме (МС), который способствует развитию инсулиннезависимого сахарного диабета (ИНСД), атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Прогресс в области теоретической и практической гемостазиологии позволил по-новому взглянуть на проблему бесплодия у пациенток с СПКЯ, МС. Генетические формы тромбофилии очень распространены и весьма характерны для МС. Наличие генетических форм тромбофилии, особенно их сочетание с антифосфолипидным синдромом, однонаправленность действия различных форм тромбофилии может быть причиной клинически не диагностированных ранних преэмбрионических потерь. Также следует отметить, что женщины с СПКЯ, МС при наличии скрытой тромбофилии входят в группу высокого риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний, тромботических и тромбоэмболических осложнений, в том числе в пред- и послеоперационном периоде.

Целью исследования явилось определение клинического значения выявления различных форм тромбофилии у женщин с бесплодием, МС и СПКЯ для оптимизации ведения женщин с СПКЯ, МС, бесплодием.

Материалы и методы. Первично обследованы 54 женщины с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), метаболическим синдромом (МС) в возрасте от 18 до 35 лет. Комплексная консервативная терапия, направленная на коррекцию метаболических нарушений и стимуляцию овуляции, оказалась эффективной у 4 (7,4%) женщин. Остальным 50 пациенткам проведено хирургическое лечение (каутеризация яичников) с гистологическим исследованием ткани яичников. 1-ю группу составили 15 больных с нормальной массой тела (индекс массы тела- ИМТ<25), 2-ю- 35 пациенток с ожирением (ИМТ>27) или избыточной массой тела (25>ИМТ<26-,9). Кроме того, в исследование включено 24 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (контроль).

Проводилось исследование системы гемостаза (АЧТВ, ПИ, степень агрегации тромбоцитов с различными агонистами, РКМФ, определение ВА, парус-тест, тромбоэластограмма); выявление генетических форм тромбофилии методом ПЦР; определение концентрации АФА и АТ к кофакторам в плазме крови; определение циркуляции молекулярных маркеров тромбинемии и фибриноообразования (ТАТ, F1+2, PF4, Д-димер). Лапароскопию с каутеризацией поликистозных яичников производили 50 больным по общепринятой методике.

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенного нами обследования в предоперационном периоде (лапароскопическая каутеризация яичников) мультигенная форма тромбофилии была выявлены у всех 50 женщин (100%). Сочетание мультигенной формы тромбофилии и АФС обнаружено в 40% слу-

чаев. Следует отметить, что особенностью структуры генетических форм тромбофилии явилось выявление полиморфизма «675 4G/5G гена PAI-1 в 92% случаев, при чем в структуре полиморфизма гена PAI-1 преобладает гомозиготная форма полиморфизма гена PAI-1 (4G/4G). Установлено, что PAI-1 играет важную роль в процессах инвазии трофобласта, имплантации. Также известно, что полиморфизм в гене PAI-1 4G/5G ассоциируется с повышенным риском тромбозов. Мы считаем, это наблюдение важно, поскольку у женщин с СПКЯ традиционно фактором бесплодия до последнего времени считались лишь гормональные причины. В то же время с учётом «тромбофилической составляющей» открываются новые резервы оптимизации ведения женщин с СПКЯ, направленные на устранение тромбофилии, как дополнительного (а в ряде случаев, возможно, основного?) фактора бесплодия включением противотромботических препаратов.

Поскольку в ряде исследований было показано, что беременность не наступала у большинства женщин с СПКЯ, несмотря на нормализацию веса, восстановление овуляторного цикла (после консервативного и хирургического лечения), то мы считаем, что возможно основным фактором бесплодия у таких женщин являются клинически не диагностированная скрытая тромбофилия, которая приводит к ранним преэмбрионическим потерям. Учитывая выше сказанное, мы считаем необходимым проведение скрининга на наличие скрытой тромбофилии. В нашем исследовании у всех 50 женщин показанием для лапароскопии при СПКЯ явились бесплодие, неэффективность консервативных методов стимуляции овуляции. Учитывая, что наличие мультигенной или комбинированной формы тромбофилии связано с повышенным риском тромбозов и тромбоэмболий, мы считаем, что необходимым этапом пред- и послеоперационной подготовки женщин с СПКЯ с реально существующей тромбофилией является противотромботическая профилактика низкомолекулярным гепарином (фраксипарин, фрагмин, клексан).

ОЦЕНКА КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ КАК ФАКТОРОВ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С СЕРОЗНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ В КЛИМАКТЕРИИ

Репина Н.Б., Куликов Е.П., Шильцова Н.С., Кузнецова О.В. (Рязань)

Цель: Оценить клинико-анамнестические данные как факторы риска послеоперационных осложнений у женщин с серозными опухолями яичников в климактерическом возрастном периоде.

Материалы и методы исследования: Материалом для нашей работы послужили 120 пациенток с серозными опухолями яичников в климактерическом возрастном периоде (с доброкачественными опухолями (ДОЯ)-40; с серозными раками (ЗОЯ)-80).

Результаты и их обсуждение: Показаниями к госпитализации в стационар явились: обращение с жалобами -61, выявленное объемное образование на профилактическом осмотре и при УЗИ – 41, ургентные ситуации – 9, увеличение живота, самостоятельно обнаруженное пациенткой -9. У 58 пациенток (48,3%) показания к госпитализации носили сочетанный характер. У всех больных было проведено оперативное лечение. Длительность периода предоперационной подготовки (к\день до операции) у больных с ЗОЯ в 2,5 раза продолжительнее (10,4 и 4,1 соответственно). Объём оперативных вмешательств был следующий: экстирпация матки с придатками у женщин с ДОЯ-1, у пациенток с ЗОЯ-52; экстирпация матки с одним из придатков выполнена только в группе женщин с ЗОЯ-3; надвлагалищная ампутация матки с двумя придатками у пациенток с ДОЯ-9, а у пациенток с ЗОЯ-15; а с одними придатками 16 и 1 (соответственно у женщин с ДОЯ и ЗОЯ); удаление придатков 6 и 9 (соответственно у женщин с ДОЯ и ЗОЯ); удаление придатков с одной стороны и резекция второго яичника выполнены только в группе у пациенток с ДОЯ-8.

Анализ преморбидного фона во всех группах позволил выявить следующие сведения о структуре и частоте перенесенных и сопутствующих заболеваний: наблюдалось существенное преобладание сердечно-сосудистой патологии (в основном, это была артериальная гипертензия). Заболеваемость у пациенток с ЗОЯ превышала таковые показатели в группе женщин с ДОЯ на 19%. Ревматические болезни в группах женщин с ЗОЯ и ДОЯ были выявлены в 10% и 12,5% соответственно. Хронический гастрит и хронический холецистит были доминирующими в структуре болезней органов пищеварения. У пациенток с ЗОЯ превалировал хронический гастрит (46,25%), а у пациенток с ДОЯ хронический холецистит (40%). Сахарный диабет в группах пациенток с ДОЯ наблюдался чаще (22,5% и 6,25% соответственно в группе с ЗОЯ). Варикозное расширение вен нижних конечностей у пациенток с ЗОЯ встречалось чаще в 1,8 раз по сравнению с женщинами, имеющими ДОЯ (соответственно 13,7%;7,5%). Заболевания почек (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь) у пациенток с ДОЯ и ЗОЯ выявлены одинаково часто. Нарушение жирового обмена (ожирение) у пациенток с ДОЯ наблюдалось в 1,9 раза чаще по сравнению с пациентами, имеющими ЗОЯ.

В результате анализа перенесенных и сопутствующих заболеваний показано, что для пациенток с серозными опухолями яичников характерна высокая соматическая отягощенность. Достоверных различий между группами не выявлено.

Данные по исследованию репродуктивной функции свидетельствуют о том, что в группе пациенток, имеющих ДОЯ в среднем, на каждую больную приходилось 4-5 беременностей. При этом, преимущественным исходом беременности явились искусственные аборты в 2,4 раза превышающие количество родов (3,6:1,5 соответственно). Среднее число беременностей на одну женщину в группе пациенток с ЗОЯ составило 3,3. Этот показатель на 0,8 ниже относительно группы пациенток с ДОЯ. Количество родов по сравнению с абортами было только на 0,4 единицы ниже (1,4:1,8 соответственно). В группе женщин с ЗОЯ отмечается большой процент отсутствия беременностей (бесплодие и нежеланная беременность, отсутствие половой жизни).

Среди гинекологических заболеваний у женщин с ДОЯ преобладали миома матки (55% и 35% соответственно), эндометриоз (27,5% и 17,5% соответственно), опухолевидные образования яичников (37,5% и 12,5% соответственно). В группе пациенток с ЗОЯ превалировали патология шейки матки (85% и 75% соответственно), хронические воспалительные заболевания придатков (60% и 45% соответственно). Патология молочных желез встречалась практически с одинаковой частотой в обеих группах.

Обращает на себя внимание значительное количество перенесенных оперативных вмешательств. Так у женщин с ЗОЯ имели место аппендэктомия 16, холецистэктомия 18, тонзилэктомия 12, операции на молочной железе 7, все эти показатели примерно одинаковы и в группе пациенток с ДОЯ. Частота оперативных вмешательств на внутренних половых органах в группе пациенток с ЗОЯ (27,5%) в 1,5 раз превышала показатели в группе женщин с ДОЯ. Повторное поражение оперированного ранее яичника встретилось одинаково часто в группах больных с опухолями яичников. Это указывает на малую эффективность консервативных операций на яичниках.

Таким образом, для пациенток с ДОЯ характерны искусственные аборты, как исход беременности, превышающие количество родов более чем в два раза, а также дисгормональные заболевания матки и яичников. Клиническая характеристика больных с ЗОЯ показала более часто встречающееся снижение репродуктивной функции и более высокий процент перенесенных оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы.

Был проведен анализ послеоперационных осложнений в исследуемых группах, который показал: что осложнения хирургического лечения со стороны органов дыхания выявлены только в группе пациенток с ЗОЯ (5%), со стороны органов кровообращения (нарушения

ритма, ишемия миокарда, инфаркт миокарда) у женщин с ЗОЯ и ДОЯ соответственно в 12,5 и 7,5%, кровотечение в послеоперационном периоде в обеих группах составило 2,5%, а ТЭЛА выявлена только в группе женщин с ЗОЯ (2,5%). Патология со стороны органов ЖКТ, такая как парез кишечника и кишечная непроходимость составили соответственно 7,5 при ЗОЯ и 5% при ДОЯ, а обострение хронических заболеваний в 3 раза чаще выявлены у пациенток с ЗОЯ. Осложнения со стороны мочевыделительных органов (пиелонефрит, цистит) наблюдались в 10% при ЗОЯ и в 7,5% при ДОЯ. Гнойные осложнения выявлены одинаково часто (по 5%). Осложнения, потребовавшие реанимационных мероприятий встретились только в группе пациенток с ЗОЯ. Сочетание нескольких осложнений у одной больной у пациенток с ДОЯ составило 35%, а у пациенток с ДОЯ 12,5%.

При ретроспективном анализе материала прослеживается, что послеоперационные осложнения встречаются практически одинаково часто в обеих группах, как и соматическая отягощенность. Наиболее тяжёлые осложнения отмечены в группе больных с ЗОЯ, но адекватная оценка функциональных резервов организма и тщательная предоперационная подготовка женщин (более длительный к\день) со злокачественными новообразованиями яичников позволили снизить количество и степень тяжести послеоперационных осложнений в этой группе больных, несмотря на расширенный объём операций по сравнению с группой пациенток с ДОЯ. Необходимо отметить, что вероятность развития послеоперационных осложнений у тех больных, у которых хроническая соматическая патология протекала субклинически достоверно выше.

Таким образом, результаты изучения роли анамнестических данных в развитии послеоперационных осложнений у пациенток с доброкачественными и злокачественными серозными опухолями яичника дают возможность предположить суммарное влияние различных факторов. Можно отметить, что несмотря на единство общей конечной «программы» (формирование синдрома канкрофилии), возрастные изменения в центральных и периферических отделах трёх основных гомеостатов – репродуктивного (гонадотропины и половые стероиды), энергетического (нарушенная толерантность к глюкозе и инсулинорезистентность, свободные жирные кислоты и гормон роста) и адаптационного (глюкокортикоиды) – немало различаются в существенных деталях.

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ КАК ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА КЛЕТОЧНОЙ ИНВАЗИИ ПРИ СЕРОЗНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

Репина Н.Б., Ухов Ю.И., Гуревич Л.Е., Виноградов И.Ю. (Рязань)

Матриксные металлопротеиназы (ММР-зы) объединены в большое семейство цинксодержащих эктрацеллюлярных эндопротеаз, которые связаны с клеточной мембраной, обладают способностью разрушать ЕСМ (экстрацеллюлярный матрикс), активно участвуют в морфогенезе многих органов и тканей человека. Опорная функция ЕСМ является одной из наиболее важных, но он выполняет и много других функций - обладает способностью модулировать рост клеток и дифференцировку тканей. Баланс между клеточными элементами и окружающим ЕСМ обеспечивает гомеостаз органов и тканей, который нарушается при различных патологических состояниях. Для того чтобы преодолеть ЕСМ, мигрирующие клетки связываются с ним, выделяют и фокусируют на своей поверхности эндопротеазы (в частности, металлопротеиназы) или активаторы протеиназ (такие как урокиназа), разрушают его компоненты и мигрируют за его пределы. ММР-2 и 9 способны разрушать колллагены соединительной ткани. Металлопротеиназы секретируются в клетках в виде проэнзимов, которые путем протеолитического расщепления амино-терминальных пропептидов с помощью плазмина, катепсина, трипсина, альфа-1-хематрипсина переходят в активную форму. ММР-зам принадлежит важная роль в стимуляции инвазивных свойств опухоли и формировании сети новых сосудистых коммуникаций. Из описанных матриксных металлопротеиназ человека ММР-2 (желатиназа А) и ММР-9 (желатиназа В) играют ключевую роль при деградации коллагена IV типа, который является основным компонентом базальных мембран. ММР-2 и ММР-9 в большом количестве продуцируют клетки злокачественных опухолей разных типов, что обеспечивает им способность к инвазии и метастазированию. ММР-2 индуцирует миграцию клеток эпителия, интенсивно ее экспрессируют и компоненты стромы многих типов опухолей. Между индукцией активности ММР-9 и увеличением проницаемости клеток эндотелия существует непосредственная связь. Клетки эндотелия одновременно экспрессируют ММР-2 и ММР-9, которые подобны по структуре и каталитической активности, но отличаются по типу регуляции и ответу на регуляторные сигналы. ММР-9 часто локализуется в солидных опухолях и в клетках стромы опухолей и обычно выделяется при активации клеток эндотелия.

Ослабление межклеточной адгезии и увеличение подвижности клеток, деградация ЕСМ путем увеличения экспрессии и активации ММР-з являются теми основными механизмами, которые способствуют развитию резистентности иммунных механизмов организма к росту и инвазии опухоли.

Цель: определить экспрессию матриксных металлопротеиназ 2 и 9 типов для более точной и объективной оценки инвазивного потенциала опухоли.

Материалы и методы: ИГХ путём были исследованы 35 серозных опухолей яичников, из которых 10 доброкачественных, 4 пограничных и 21 карцинома (10 из них взяты в группе женщин с «+» 5-летней выживаемостью, а 11 – с «-» 5-летней выживаемостью). В качестве контроля использовали ткань нормальных яичников - 6, полученную при выполнении диагностических биопсий или при аутопсии у пациентов без патологии яичников.

Результаты и их обсуждение: Экспрессия ММР-2. В клетках эпителия нормальных яичников и серозных цистаденом яичников ММР-2 не экспрессировалась.

Из пограничных опухолей только в одной (1/4, или 25%) в папиллярных структурах, расположенных на периферии, а особенно в гроздьевидных комплексах и группах клеток, которые отделялись от основного узла в просвет кистозных полостей, наблюдалась интенсивная экспрессия ММР-2. В злокачественных опухолях 1 группы ММР-2 экспрессировали клетки всех 10 опухолей (100%), но интенсивность экспрессии была не велика, она выявлялась в единичных клетках. Очаговая экспрессия наблюдалась в клетках, локализованных зоне роста опухоли (0-1 балла). Только в двух опухолях этой группы (20%) имелась достаточно большая популяция клеток, которые экспрессировали ММР-2. Эти клетки располагались как в зоне инвазии, так и в других участках опухоли. В злокачественных опухолях 2 группы интенсивная экспрессия ММР-2 наблюдалась в 7 из 11 опухолей (63,6%), а в остальных 4 (36,4%) опухолях экспрессия ММР-2 отсутствовала.

Экспрессия ММР-9. В клетках эпителия нормальных яичников ММР-9 не экспрессировалась. Из 8 серозных аденом 2 (25%) и 1 из 4 (25%) пограничных слабо экспрессировали ММР-9. В злокачественных опухолях 1 группы ММР-9 экспрессировали клетки всех 10 опухолей (100%), но интенсивность экспрессии не превышала 0,5-1,5. В злокачественных опухолях 2 группы достаточно интенсивная экспрессия ММР-9 наблюдалась в 6 опухолях (54,5%), в которых индекс пролиферации был самым высоким. В 4 случаях (36,3%) экспрессия ММР-9 была слабой – 1 балл, а в 1 (9,2%) вообще отсутствовала.

Таким образом, наиболее агрессивные клеточные клоны характеризуются интенсивной экспрессией в клетках опухоли матриксных металлопротеиназ 2 и 9 типов.

Критически важная роль деградации внеклеточного матрикса под действием матриксных металлопротеиназ делает очень актуальной проблему эффективной противоопухолевой терапии и поиск соответствующих ингибиторов металлопротеиназ.

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛОДОВЫЕ ПОТЕРИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Рустамова М.С., Муминова Ш.Т., Истамова Г.Д., Медведева В.С., Орипова Г.Н. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Инфекции, передаваемые половым путем относятся к актуальной проблеме современной перинаталогии и имеет большое медико-социальное значение (ВОЗ; В.И. Кулаков).

Цель настоящего исследования состояла в изучении влияния заболеваний, передаваемых половым путем на уровень репродуктивных плодовых потерь.

Под наблюдением в консультативно-диагностической поликлинике НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии находились 104 небеременных женщин с невынашиванием в анамнезе. Возраст обследованных колебался от 18 до 40 лет, причем большинство (65.4%) пациенток были в возрасте от 20 до 35 лет.

Анамнестические данные показали, что у 49.0% женщин он был отягощен гинекологическими и у 97.1% - акушерскими осложнениями. Изучение гинекологического анамнеза показало, что в прошлом 65.4% больных перенесли инфекционно-воспалительные заболевания, которые имели хроническое течение. Одна треть (29.8%) женщин указали на первичное и/или вторичное бесплодие.

Всем пациенткам производились общеклинические обследования, серологическая реакция Вассермана, бактериоскопическое исследование мазков из уретры, влагалища и шейки матки, бактериологическое исследование из цервикального канала, а также мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Кроме того, серологическим исследованием выявляли специфические антитела против вирусных (цитомегаловирус - ЦМВ и простой герпес), хламидийной, трихомонадной инфекций. Иммуноферментным методом определяли наличие хламидий, микоплазм и уреаплазм в соскобах из шейки матки и уретры.

Полученные результаты показали, что у более половины (59.6%) обследованных женщин выявлена инфицированность урогенитального тракта. Причем, наиболее часто в организме обнаружены цитомегаловирус (66.1%) и хламидии (50%). Частота выявления микоплазмы и кандиды была одинаковой (11.3%). Трихомонадный кольпит и уреаплазмы диагностированы у 6 (9.7%) и у 3 (4.8%) женщин, соответственно. Гарднереллез и вирус простого герпеса были установлены у одной (1.6%) женщины. Положительные результаты реакции Вассермана получены у 2 (3.2%) больных. У 27.4% пациенток была выявлена микст-инфекция, то есть сочетание нескольких урогенитальных возбудителей (ЦМВ с трихомонадами, ЦМВ с уреаплазмой или ЦМВ с хламидиями и микоплазмой и т.д.). В 14,5% случаях обнаружены ассоциации урогенитальной инфекции с другими микроорганизмами (кишечная палочка, стафилококками или стрептококками и т.д.)

Таким образом, у небеременных женщин, страдающих невынашиванием беременности, выявлена высокая частота и широкий спектр урогенитальных инфекций. Также установлен высокий процент микст-инфекции и ассоциации с другими микроорганизмами.

Анализ менструальной функции женщин с урогенитальной инфекцией показал, что у большинства обследованных пациенток менструальный цикл был нормальным. Лишь 4.8% отметили позднее наступление менархе и 16.1% - дисменорею, причем у большинства (60%), боли во время менструации появились после начало половой жизни.

При изучении детородной функции выяснилось, что в анамнезе у обследованных больных всего было 179 беременностей, т.е. 2.9 беременности на одну женщину. Более половины (55.9%) беременностей прервались самопроизвольно в ранние (5-15 недель) и поздние (16-22 недель) сроки беременности. Неразвивающаяся беременность диагностирована в 18.5% случаев. Преждевременными родами завершились 10.6% беременностей. Срочных родов было лишь у 11.7% пациенток. Частота эктопической беременности и искусственных абортов составили 1.1% и 2.2% соответственно. Репродуктивные плодовые потери и мертворождение установлены в 84.5% и 21.9% соответственно.

Следовательно, несмотря на сохранившую менструальную функцию, у инфицированных женщин выявлены нарушения генеративной функции, которые проявлялись ранними и поздними выкидышами, преждевременными родами. Одновременно установлен высокий уровень репродуктивных плодовых потерь, в том числе неразвивающихся беременностей и мертворождений.

При изучении клинических проявлений урогенитальной инфекции у небеременных женщин выяснилось, что эта патология не имеет специфических признаков и у большинства протекает бессимптомно и стерто. Лишь 33.9% больных имели жалобы на обильные выделения из половых путей, чувство зуда и жжения в области вульвы, ощущение дискомфорта в области наружных половых органов, сопровождающиеся признаками кольпита (гиперемия, отечность), а также дизурическими явлениями. При наличии микст-инфекции в сочетании с кандидами выделения из половых органов приобретали творожистый характер. При трихомонадном кольпите у всех пациенток выделения из гениталий были обильными, пенистыми, гнойными, зеленоватого цвета. Больные, инфицированные гарднереллами, указывали на выделения серого цвета со специфическим запахом тухлой рыбы.

Явления кольпита выявлено у 64.5% обследованных женщин, эндоцервицит и эрозия шейки матки обнаружены соответственно у 11.3 и 38.7% пациенток. Кольпоскопическим методом у одной женщины была диагностирована дисплазия шейки матки и у 2 - эктопия шейки матки. Одна треть (30.6%) больных с урогенитальной инфекцией жаловались на явления цистита, причем более чем половина (52.6%) из них указали на хроническое его течение с частыми рецидивами.

При гинекологическом обследовании у всех обследованных женщин с урогенитальной патологией были выявлены ВЗМП - воспалительные заболевания матки (62.9%) и придатков (53.2%). Необходимо отметить, что ВЗМП у всех обследованных женщин протекали в хронической форме и были установлены при обращении к врачу или при производстве УЗИ.

Таким образом, урогенитальная инфекция протекает латентно и сопровождается воспалительными заболеваниями матки, придатков, шейки матки, влагалища и мочевыводящих путей.

Принцип реабилитации обследованных женщин включал: обследование женщин на выявление и верификацию инфекционного агента, определение чувствительности к антибиотикам, назначение иммуномодулирующей (циклоферон, иммунал, иммунафан, ацикловир), антибактериальной (эритромицин, ровомицин, вильпрофен, клиндомицин) терапии и санации гениталий (орошение мирометином, хлоргексидином и влагалищные свечи – клион-Д, бетадин). После чего назначалась рассасывающая (плазмол, экстракт плаценты) и физиотерапия. Обязательным условием являлись лечение полового партнера и применения контрацепции в период обследования и терапии.

Показатель микробиологической и клинической эффективности лечения составил 76%. 90% пациенток отметили об исчезновении болевого синдрома.

Исходы беременности 21 женщины, которые забеременели после реабилитационной терапии показали, что в 81% случаев беременность закончилась рождением жизнеспособного новорожденного, причем срочными родами закончились 66.7%, а преждевременными – 23.8%. Неразвивающаяся беременность диагностирована у 2 женщин.

Резюмируя полученные данные, следует отметить, что инфекционное поражение репродуктивной системы женщины оказывает влияние на репродуктивные плодовые потери. В связи, с чем возникает необходимость внедрения лабораторного скрининга вирусно-бактериальных инфекций у всех женщин, страдающих невынашиванием, проведения реабилитационных мероприятий с целью оздоровления супружеской пары и снижения потерь беременности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОЖЕВОЙ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ CIN III И МИКРОИНВАЗИВНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Савченко А.А. (Москва)

Цель. Изучить отдаленные результаты, а так же непосредственную эффективность и безопасность ножевой ампутации шейки матки как метода лечения CIN III и плоскоклеточного рака шейки матки IA1

Материалы. Всего в гин.отд ОКД №1 г.Москвы с 1997 по 2002гг выполнено 534 ножевые ампутации шейки матки. По поводу CIN III выполнено 416 операции, по поводу рака шейки матки IA1ст – 118 операций. Средний возраст больных составил 32 года (от 18 до 74 лет). Все пациентки прослежены от 24 до 96 месяцев, медиана наблюдения 56 месяцев.

Методы. Выполнялась ножевая ампутация шейки матки по разработанной и применяемой в ОКД №1 методике позволяющей удалять 2/3 цервикального канала. Безрецидивный периода рассчитывался моментным методом Каплана-Мейера $\hat{S}(t)=П(1-dt/nt)$.

Результаты. Диаметр удаляемого конуса 2 до 5,2 см, среднее значение 3,5±0,59см, наиболее часто встречаемый диаметр (мода) 4см. Длина удаляемого конуса от 1,0см до 3,5см, средне значение 2,3±0,57см, наиболее часто встречаемая длина конуса (мода) 2,0см. Средняя продолжительность операции составила 18±4,6мин, наиболее частая продолжительность (мода) 15мин, минимальная продолжительность 12мин, максимальная 30мин. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 65±3,5мл, наиболее частая кровопотеря (мода) 50мл, минимальная кровопотеря 30, максимальная – 150мл. В 95% наблюдений кровопотеря составила от 58мл до 72мл. Интраоперационные осложнения – задняя кольпотомия в 2 (0,37%) случаях. Осложнения распознаны в ходе операции. Произведено ушивание задней стенки влагалища. Послеоперационный период протекал гладко. Нормальное заживление. В послеоперационном периоде кровотечения наблюдались в 7 (1,3%) случаях, что потребовало в 2 случаях выполнить экстирпацию матки. У двух женщин (0,3%) развился эндометрит на фоне хронического воспаления. Таким образом, всего наблюдали 13 (2,43%) осложнений.

Лечебная эффективность составила 97,64%, только у 11 (2,06%) женщин в линии резекции выявлена дисплазия 3 и рак in situ.

Отдаленные результаты оценены у 453х женщин. Из исследования выбыло 81 женщина, процент выбывания 18%. Рецидивы развились у 5 больных (в 1,1% случаев), в сроки от 6 до 54 месяцев (через 6, 11, 13, 36 и 54 месяца после АШМ), женщины оперированы в возрасте 42,4±3,75 лет. В трех случаях диагноз при выписке «рак ин ситу», в двух случаях плоскоклеточный рак 1А1 стадии. Четверо женщин после выявления рецидива радикально оперированы (гистерэктомия). В удаленном препарате выявлен рак ин ситу у 3х больных и плоскоклеточный инвазивный рак с инвазией до 3мм у 1й больной. Все четверо излечены, им выполнена гистерэктомия, наблюдаются после второй операции в течение 21, 36, 69 и 72 месяцев, без рецидива. Вероятность рецидива через 6 месяцев равна 0,22%, через 11 месяцев – 0,44%, через 13 – месяцев 0,66%, через 3 года – 0,93%, через 54 месяца – 1,3%. В одном случае мы наблюдали неблагоприятный исход. Больная оперирована в возрасте 41 года, рецидив развился через 11 месяцев, выполнена радикальная гистерэктомия. В удаленном препарате инвазивный малодифференцированный рак. Несмотря на проводимую лучевую и химиотерапию быстрое прогрессирование и смерть через 14 месяцев после второй операции. Это единственный случай неблагоприятного исхода. Вероятно, несмотря на большой объем удаленного конуса шейки матки и отсутствии патологии в линии резекции, было распространение опухоли по лимфатическим сосудам. Так же, такой быстрый рост опухоли мог быть обусловлен низкой степенью дифференцировки опухоли. Вероятность неблагоприятного исхода составила 0,22%. В наблюдаемой группе две женщины погибли от других причин. Одна женщина умерла через пол года после АШМ от механической желтухи, вторая погибла в дорожно-транспортном происшествии. Вероятность погибнуть от других причин составила 0,44%.

Заключение.

1. Ножевая ампутация шейки матки с удалением 2/3 цервикального канала непродолжительная по времени (18±4,6мин), относительно безопасная операция с низким уровнем интраоперационной кровопотери (65±3,5мл), невысоким уровнем послеоперационных осложнений (2,43%).
2. Обладает высокой эффективностью. В 97,64% патологический очаг удален в пределах здоровых тканей.
3. Обеспечивает низкую вероятность развития рецидивов (1,3%).
4. Наличие опухолевой патологии в линии резекции (2,06%) а так же возможность развития инвазивного рака с неблагоприятным исходом (0,22%) указывает на то, что даже при начальном процессе распространенность по цервикальному каналу может превышать 3см. Это диктует необходимость тщательного контроля и наблюдения.

ВЛИЯНИЕ АМПУТАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

Савченко А.А., Чабров А.М., Макацария А. Д. (Москва)

Цель. Изучить влияние ножевой ампутации шейки матки (АШМ) с удалением 2/3 цервикального канала при CIN III и раке шейки матки IA1 на репродуктивную функцию.

Материалы и методы. Изучена репродуктивная функция у 224 женщин которым по поводу CIN III (n=189/85%) и рака шейки матки 1А1 (n=35/15%) в гинекологическом отделении ОКД №1 г.Москвы с 1997 по 2002г выполнена ампутация шейки матки. Репродуктивная функция оценивалась до и после АШМ. Средний возраст женщин на момент операции составил 30±3,9 лет (от 18 до 39 лет. Излеченность (отсутствие патологии в линии резекции) составила 97,64%. Вероятность рецидива составила 1,3% при медиане наблюдения 56 месяцев.

Результаты. До АШМ у 160 женщин было 192 родов, не имели детей 64 (28,6%) женщины. Всего было 320 беременностей, которые в 192 (60%) случаях закончились родами, в 112 (35%) случаях абортами, в 12 (3,8%) случаях самопроизвольным выкидышем, в 4 (1,2%) случаях была внематочная беременность. В 170 (88,5%) случаях роды через естественные родовые пути, в 22 (11,5%) случаях родоразрешение кесаревым сечением. Преждевременные роды были у 42 (21,9%) женщин, роды в срок у 150 (78,1%) женщин.

После операции АШМ было 44 беременности, которые у 28 (63,6%) женщин закончились родами, у 8 (18,2%) женщин беременность закончилась медицинским абортом, у 6 (13,6%) женщин были самопроизвольные выкидыши, у 2 (4,5%) женщин были внематочные беременности. У 26 (92,9%) женщин родоразрешение путем кесарева сечения, у 2 (7,1%) самостоятельные срочные роды через естественные родовые пути. Роды в срок мы наблюдали у 22 (78,6%) женщин, преждевременные роды были в 6 (21,4%) случаях.

Заключение.

1. После операции АШМ родоразрешение в большинстве случаев осуществлялось путем кесарева сечения (92,9%).
2. После АШМ роды естественным путем возможны, перенесенная АШМ не является противопоказанием для родов через естественные родовые пути.
3. АШМ не повлияла на количество преждевременных родов.
4. После АШМ отмечено увеличение доли самопроизвольных выкидышей с 1,2% до 4,5%.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТКАСТРАЦИОННОГО СИНДРОМА

Сапрыкин В.Б., Сапрыкина Л.В. (Оренбург)

Одной из наиболее актуальных проблем гинекологии в настоящее время является посткастрационный синдром (ПКС). Это обусловлено высокой распространенностью гистерэктомии (с придатками или без) среди других оперативных вмешательств на органах малого таза. Если в репродуктивном периоде склоняются к максимально органосохраняющему объему по отношению к яичникам, то в пременопаузальном возрасте, как правило, мнение хирургов в пользу овариэктомии, что связано с «онкологической настороженностью».

С вопросами реабилитации женщин после овариэктомии сталкивается любой практикующий гинеколог, занимающийся вопросами качества жизни. Общепринятым считается назначение в послеоперационном периоде заместительной гормонотерапии (ЗГТ). Как правило, это - монотерапия, или данный препарат назначается с одновременным лечением сопутствующей патологии. Отказ женщин от ЗГТ мотивирован канцерофобией, нежеланием переносить побочные эффекты, такие как: повышение массы тела, тошноту и т.д., и наличием противопоказаний к ЗГТ. Большинство побочных эффектов, возникающих в первые месяцы приема препараты (тошнота, нагрубание молочных желез) связаны с возникновением дефицита магния на фоне приема эстрогенсодержащих препаратов. Т.е. комплексное назначение ЗГТ и препаратов содержащих магний позволило бы достичь позитивного отношения женщин к приему экзогенных гормонов, с одной стороны, и улучшения ее субъективного состояния, с другой стороны.

Т.о. целью данного исследования было изучение качества жизни женщин пременопаузального возраста с ПКС при монотерапии ЗГТ и на фоне одновременного приема ЗГТ и магнесодержащего препарата.

Было обследовано 60 женщин с ПКС, средний возраст которых составил 47,6±1,4 года. Объем операции: двусторонняя аднексэктомия (5), ампутация матки с придатками (33), экстирпация матки с придатками (23). Диагноз ПКС ставился на основании анамнестических данных (перенесенная овариэктомия), характерных жалоб пациентки, изменений в гормональном статусе (повышение уровня гонадотропных гормонов и снижение концентрации половых гормонов в сыворотке крови). Пациентки были разделены на 2 группы: 1- получавшие комбинированный двухфазный препарат «Фемостон» с заместительной целью в непрерывном режиме (n=30), 2- получавшие наряду с ЗГТ магнесодержащий препарат - «Кардиомагнил» (n=30). Группы были сопоставимы по возрасту, объему операции, показаниям к хирургическому лечению и сопутствующей патологии. Предпочтение «Фемостона» другим гормональным препаратам было обусловлено его доступностью в аптечной сети, относительно невысокой стоимостью, малым количеством побочных эффектов и противопоказаний по сравнению с прочими препаратами, применяющимися с целью ЗГТ. Выбор «Кардиомагнила» был мотивирован тем, что наряду с магнием он содержит низкие дозы аспирина (75 мг). Аспирин в данной дозировке обладает не только противовоспалительным эффектом, но и снижает спонтанную и индуцированную агрегацию тромбоцитов.

Всем пациенткам в предоперационном периоде проводилось стандартное обследование применительно к конкретной патологии репродуктивной сферы. Кроме того, было проведено антропометрическое исследование, заключающееся в измерении индекса массы тела и отношения окружности талии к окружности бедер. Данное исследование повторяли через 1 и 6 месяца от начала приема препаратов.

До операции индекс массы тела в обеих группах составлял 30-,5±0,8, что в 86% случае расценивалось как ожирение различной степени тяжести. При этом у 95% женщин с повышенной массой тела был выявлен мужской, или абдоминальный тип ожирения (отношение окружности талии к окружности бедер >0,85).

Антропометрические данные, полученные через 1 месяц от момента начала приема препаратов, выявили, что у 1 женщины 1 группы было повышение массы тела на 12% (повышение ИМТ с 24 до 27,4), хотя это не было статистически достоверным. Однако этот факт вызывал негативное отношение пациентки к приему ЗГТ. Во второй группе не было зарегистрировано повышение ИМТ. Из других побочных эффектов зарегистрированных в первой группе были: тошнота с эпизодическими случаями рвоты (6,7%, n=2) и масталгия (10%, n=3). Во второй группе был отмечен только единичный случай масталгии. Через 6 мес. ИМТ стал практически идентичен дооперационному уровню и составил 30,5±0,8 и 30,4±0,7 в контрольной и исследуемой группе соответственно. Из побочных эффектов, отмечаемых в первой группе, у 1 пациентки сохранялись периодические эпизоды масталгии. Т.е. отмечалось снижение побочных эффектов ЗГТ в 1-ой группе на фоне временного показателя и стабильность минимальных негативных явлений на фоне комбинированной терапии.

Т.о. полученные результаты свидетельствуют о необходимости коррекции традиционной терапии (ЗГТ) ПКС магнесодержащими препаратами, с целью снижения длительности и тяжести течения периода адаптации к приему экзогенных гормонов на фоне резкого выключения стероидогенной функции яичников.

ВАРИАНТЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Саркисов С.Э., Куковенко Е.М., Хужокова И.Н., Торчинава И.Р. (Москва)

С целью оптимизации лечения полипов эндометрия нами проводилось их эндохирургическое удаление с использованием новой модификации гистероскопа фирмы «Олимпас».

Эта модель по конструкции имеет принципиальные отличия от применяемых в современной гистероскопической практике инструментов, и представляет собой жесткий, двухканальный постоянно-проточный эндоскоп с диаметром наружного ствола 8 мм. Телескоп вмонтирован в металлический корпус, имеет диаметр 2 мм и угол зрения 5 градусов. Гистероскоп оснащен прямым рабочим каналом диаметром 4 мм для введения жестких эндохирургических инструментов с браншами длиной от 5 до 10 мм. Гистероскоп предназначен как для диагностической, так и для диапевтической гистероскопии.

Гистероскопическое удаление полипов эндометрия диаметром до 10 мм выполнялось одномоментно непосредственно до или после кюретажа. Полипы удаляли жесткими эндохирургическими щипцами путем откручивания. Эвакуировали удаленный полип из полости матки с помощью эндохирургических щипцов. Основание ножки полипа обрабатывали токонесущим эндохирургическим зажимом (мощность 70-80 Вт) в режиме «коагуляции» по монополярной методике. Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде пациенткам с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов назначалась антибактериальная терапия в течение 5 – 7 дней.

Удаление крупных полипов, размерами более 2 см, с выраженным фиброзным компонентом, располагающихся на широком основании, имеет свои особенности и зависит от возраста больных и наличия менструальной функции.

Пациенткам с сохраненной менструальной функцией и крупными полипами эндометрия на широком основании размерами от 2 до 5 см при невозможности их удаления во время гистероскопии и кюретажа назначалась гормональная терапия аналогами гонадотропин-рилизинг гормона в течение 2 месяцев с целью супрессии эндометрия. Гистероскопическая полипэктомия у данных больных осуществлялась в один или два этапа путем комбинированного применения петлевой гистерорезекции и инструментального эндохирургического удаления ножки полипа с помощью гистероскопа новой конструкции, а также электрохирургической коагуляции основания полипа по монополярной методике в режиме «коагуляции» (мощность 60 – 70 Вт).

Аналогично, как правило, в два этапа удалялись крупные полипы эндометрия на широком основании у пациенток в постменопаузе без предварительной супрессии эндометрия.

Благодаря внедрению в нашу практику методики комбинированного применения петлевой гистерорезекции и инструментального гистероскопического удаления полипов с помощью усовершенствованной модели гистероскопа нам удалось уменьшить количество этапов гистерорезектоскопической полипэктомии до двух. На первом этапе с помощью петлевой гистерорезекции удалялась большая часть полипа. Уровень интравазации в 1000 мл служил сигналом для прекращения операции. На втором этапе мы удаляли оставшуюся часть полипа с помощью петлевого электрода гистерорезектоскопа и жестких эндохирургических щипцов, введенных в операционный канал гистероскопа, с последующей коагуляцией основания токонесущими инструментами.

У больных с полипами эндометрия, имеющими узкое основание или ножку, полипэктомия выполнялась при помощи жестких гистероскопических ножниц или щипцов, которыми полип пересекался непосредственно у основания с последующей электрохирургической деструкцией его ложа. При полипах на ножке размерами более 3 см начинали операцию с резектоскопии, при которой большая часть полипов удалялась путем его резекции, затем оставшуюся часть полипа удаляли с помощью нового гистероскопа. Такая тактика определялась возможными трудностями, связанными с извлечением крупных полипов из полости матки.

Таким образом, сочетанное применение гистерорезектоскопии и инструментального удаления полипов эндометрия с помощью новой модификации гистероскопа имеет ряд преимуществ: сокращает число этапов хирургического вмешательства и позволяет гарантированно произвести полипэктомию с электрохирургической деструкцией основания полипа, что позволяет в дальнейшем избежать их рецидивирования.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТИЛЛЯЦИЙ ЙОДА В ПОЛОСТЬ МАТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Семенова Е.Д., Кипич Н.В. (Санкт-Петербург)

Проблема аномальных маточных кровотечений у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия, несмотря на длительную историю изучения, продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей.

Появление новых направлений в лечении больных с гиперпластическими процессами эндометрия, тактики их ведения еще далеки до окончательного решения. Это обусловлено, прежде всего, отсутствием четких представлений о патогенезе развития этой патологии и, наконец, возрастным периодом жизни пациентки.

Одним из самых распространенных методов лечения гиперпластических процессов эндометрия остается гормонотерапия, которая проводится после лечебно-диагностического выскабливания слизистой оболочки матки, являясь в перименопаузе практически единственной альтернативой радикальному хирургическому лечению. Однако наличие большого количества противопоказаний ограничивает применение гормональной терапии и диктует необходимость поиска других методов лечения.

Исходя из этого, целью исследования явилось изучение воздействия внутриматочных инстилляций 10% раствора йода по методу Грамматикати для предотвращения избыточного разрастания функционального слоя эндометрия у женщин пожилого возраста. Концентрированные растворы йода разрушающе действуют на эндометрий, приводя к более быстрой его атрофии, действие всасывающегося при этом йода вызывает дистрофические изменения и гибель фолликулярного аппарата яичников. Внутриматочные введения йода оказывают удовлетворительный гемостатический эффект при дисфункциональных климактерических кровотечениях, хотя первоначально метод применяли только для лечения воспалительных заболеваний.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ наблюдений за 36 женщинами, поступившими в гинекологическое отделение клиники МАПО города Санкт-Петербурга для раздельного выскабливания полости матки и цервикального канала. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 24 пациентки (67%) в пременопаузе (средний возраст – 47,3±2,9 лет), а вторую – 12 пациенток (33%) в менопаузе (средний возраст – 55,0±4,9 лет). По результатам гистологического исследования железисто-кистозная гиперплазия эндометрия выявлена у 30 (83%) женщин, железистые полипы эндометрия у 6 (17%) пациенток. Все женщины, находящиеся в пременопаузе, были направлены для диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала в связи с маточными кровотечениями.

У пациенток в менопаузе были отмечены кровянистые мажущие выделения, что явилось причиной для госпитализации в гинекологическое отделение.

У 10 (28%) пациенток в анамнезе производились диагностические выскабливания, по результатам гистологии которых выявлялась железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, в связи с чем они получали гормональную терапию (5- комбинированными оральными контрацептивами, 5-гестагенами), без стойкого положительного эффекта.

Среди сопутствующей генитальной патологии у 24 (67%) женщин превалировала миома матки, размерами до 7 недель беременности. Из соматических заболеваний чаще отмечалась гипертоническая болезнь (31%), аутоиммунный тиреоидит (14%).

Инстилляции 10% йода осуществляли ежедневно, сразу после проведения раздельного выскабливания полости матки и цервикального канала. Раствор 10% йода в количестве 2 мл вводили в полость матки по катетеру. Скорость введения составляла 1 мл/мин. Количество процедур варьировало от 5 до 12. Побочных эффектов не отмечено ни у одной пациентки.

Эффект от введения йода оценивали в зависимости от возраста пациентки, количества процедур и гистологической структуры по данным ультразвукового исследования малого таза (толщина маточного М-эха) и клинической картине (по характеру менструальной функции). УЗИ малого таза проводили с использованием мультичастотного трансвагинального датчика при помощи аппарата фирмы Siemens.

Результаты: Из 10 пациенток, находящихся в пременопаузе, в возрасте до 48 лет с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия – в двух случаях наступила менопауза (толщина эндометрия по данным УЗИ составила 3 мм), у 5 женщин месячные стали скудными (толщина эндометрия по данным УЗИ перед месячными составила 5-7 мм), у 5 пациенток сохранялись длительные кровянистые выделения (у 2 из них пришлось прибегнуть к гормональной терапии овидоном, одной женщине рекомендовано оперативное лечение в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии (трансплантация донорской почки в анамнезе).

После введения йода 12 женщинам с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия в пременопаузе в возрасте после 48 лет у 1 месячные прекратились (толщина эндометрия по данным УЗИ составила 3 мм), а у 11 женщин месячные стали скудными (толщина эндометрия по данным УЗИ составила у них от 5 до 7 мм).

После введения 10% йода в полость матки 12 женщинам с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия в менопаузе у 9 женщин прекратились кровянистые выделения, у 2 – приходили скудные месячные с задержками (толщина эндометрия по данным УЗИ составила менее 6 мм), а у 1 пациентки пришлось прибегнуть к оперативному лечению, в связи с продолжающимися кровянистыми выделениями на фоне приёма антикоагулянтов по поводу протезирования митрального клапана (произведена экстирпация матки с придатками).

Из полученных результатов можно сделать следующие выводы:

Введение йода в полость матки женщинам в возрасте до 48 лет не приводит к стойкому прекращению менструальной функ-

ции, однако более чем у половины пациенток приводит к уменьшению кровопотери во время месячных.

Введение йода женщинам после 48 лет в пременопаузе с гиперпластическими процессами в эндометрии в 90% приводит к уменьшению кровопотери во время месячных.

Введение йода женщинам в менопаузе после 48 лет с гиперпластическими процессами в эндометрии чаще приводит к атрофии эндометрия и стойкому прекращению кровянистых выделений.

Инстилляции 10% раствора йода после тщательного выскабливания полости матки у женщин после 48 лет являются хорошей альтернативой гормонотерапии при лечении гиперпластических процессов эндометрия. Процедура хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО РАНЕЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Семиошина О.Е., Озолиня Л.А. (Москва)

Неизменно актуальной проблемой практической гинекологии по-прежнему остается задача эффективного лечения и реабилитации больных с неопухолевыми заболеваниями шейки матки с целью профилактики рака данной локализации, в связи с тяжестью вызываемых сопутствующей патологией нарушений репродуктивного здоровья женщины.

Особую научно-практическую ценность на сегодняшний день имеют исследования, направленные на изучение причин, способствующих столь широкому распространению заболеваемости шейки матки. Анализ литературы свидетельствует об известных, доказанных или предполагаемых причинах возникновения и персистенции патологического очага на шейке матки. Однако, сведения о факторах риска рецидивирования заболевания, причинах нарушения или затруднения эпителизации после предшествующего лечения немногочислены. В то же время, каждая третья пациентка (34,8% о общего количества обследованных больных с патологией шейки матки) ранее уже подвергалась деструктивному лечению, а некоторые по два и более раз.

В связи с этим, нами предпринята попытка подробного изучения наиболее значимых для патогенеза рецидивирования заболевании шейки матки после проведенного ранее лечения факторов риска, что позволило оптимизировать диагностический поиск и повысить эффективность лечения этого довольно сложного контингента больных. Для этой цели были отобраны 86 пациенток с рецидивирующей эктопией шейки матки в соответствии с анамнестическими данными о факте предшествующего лечения (ср.возраст 36,3+1,3 лет, что обуславливает актуальность их оздоровления и восстановления репродуктивного здоровья). Контрольную группу составили не традиционно здоровые женщины, а 34 пациентки, эффективно пролеченные ранее по поводу различной патологии шейки матки в анамнезе.

Тщательный анализ анамнестических данных и историй болезни обследованных пациенток позволил утверждать, что рецидивирование патологического процесса на шейке матки – процесс длительный, зависит от метода деструктивного воздействия, но в большей степени определяется рядом других факторов (сопутствующей патологией, недостатками в процессе осуществления лечебных мероприятий, моделью преобладающего сексуального поведения). Так, больных с рецидивом отличало от эффективно пролеченных большее количество пациенток с экстрагенитальной патологией, сопутствующей и имевшей место в анамнезе (52,5% и 29,4% соответственно), с отягощенным гинекологическим анамнезом (бесплодие, невынашивание, воспалительные заболевания гениталий и/или дисгормональные состояния); чаще подвергшихся оперативному лечению в анамнезе, в т.ч. уже после проведенного лечения патологии шейки матки, больший процент курящих (48,8% против 23,5%), достоверно большее количество вмешательств на шейке матки после предыдущего лечения (аборты, роды, РДВ, внутриматочный контрацептив длительного использования).

Рецидивирующий характер патологии шейки матки чаще сопровождался рядом факторов (возможно, являлся результатом их действия) – деформацией наружного зева, гипертрофией шейки матки (67,6%/79,1% и только 11,7%/35,3% в группе эффективно пролеченных), гормональным дисбалансом, качественными и количественными изменениями цервико-вагинальной флоры (69,7% против 17,6%), микстинфицированием урогенитального тракта различными микроорганизмами (64% и 11,8% соответственно), в т.ч. возбудителями половых инфекций (69,7% и только 5,9%), длительной их персистенцией (вследствие отсутствия лечения женщины и/или ее партнера, неэффективности или недостаточности предпринятого лечения на фоне отсутствия мер защиты по распространению инфекции и большого количества новых половых партнеров уже после проведенного лечения шейки матки). Выявлено, что 72,8% пациенток с рецидивированием заболевания до проводимого лечения шейки матки вообще не были обследованы на урогенитальные инфекции, у 87,6% не проводили бактериологического исследования содержимого влагалища и цервикального канала, только 4,3% обследованных определяли чувствительность выделенной флоры к предлагаемым для лечения антибактериальным препаратам. При лечения специфических инфекций не обеспечивалась иммуномодулирующая поддержка (в 94% случаев), не проводилась коррекция вагинальной (67%), и, тем более, кишечной флоры (84%). Со слов большинства пациенток, им не проводилось контроля излеченности от ИППП, не осуществлялась коррекция имевшейся на тот момент дисгормональной патологии. Т.е., в большинстве случаев лечение шейки матки у больных с рецидивирующей патологией было локальным, сводилось к деструкции непосредственно патологического очага, без учета фона, на котором возникло заболевание шейки матки, без воздействия на возможные звенья патогенеза заболевания, что не могло не отразиться, по нашему мнению, на эффективности последующего деструктивного лечения шейки матки. Вместе с тем, отсутствие единого мнения об этиологии и патогенезе рецидивирования заболевания требует от врача проведения полного комплекса и объема лечебных мероприятий.

В то же время, частая смена половых партнеров, в т.ч. после проведенного лечения, неосведомленность женщин о состоянии здоровья их сексуальных партнеров, пренебрежение методами контрацепции, с одной стороны, могло способствовать вирусной и бактериальной контаминации, распространению генитальной инфекции и обусловить неэффективность лечебных мероприятий, с другой стороны, привести к присоединению уже травматического фактора в патогенез рецидивирования заболеваний шейки матки, связанного с абортами, родами. Становится очевидной необходимость грамотного консультирования по вопросам контрацепции и защиты от инфекции, передаваемой половым путем.

Поведенческие факторы отразились и на дисциплине посещения врача. Эффективно пролеченные ранее женщины обращались к своему лечащему врачу в 2 раза чаще, чем из группы с рецидивирующим процессом. Высокий процент онкопатологии, не уменьшающая частота запущенных случаев рака шейки матки свидетельствуют о поздней обращаемости женщин за помощью, нерегулярностью обследования. Поэтому, с целью своевременной диагностики и последующего адекватного лечения любых фоновых заболеваний необходимо повышать социальную культуру женского населения.

Таким образом, имеющими отношение к этиологии рецидивов можно считать неблагоприятный преморбидный фон, значительное количество сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, травмирующих влияний на шейку матки, высокую частоту выявляемости сексуально-трансмиссивных инфекций, достоверное изменение гормонального и иммунного фона, биоценоза влагалища, деформацию наружного зева. Необходимым условием успешного лечения должна стать качественная диагностика не только заболевания шейки матки, но и сопутствующих

нарушений и их обязательная адекватная коррекция до, в ходе и после проведения деструктивных методов лечения и последующий динамический контроль с целью своевременного обнаружения рецидива.

Необходимость лечения патологических состояний шейки матки с целью профилактики рака данной локализации требует учета всех возможных этиологических факторов и, соответственно, воздействия на все возможные звенья патогенеза заболевания, является, таким образом, одновременно возможностью коррекции сопутствующей патологии, своего рода этапом восстановления и улучшения репродуктивного здоровья женщины в целом.

ПОДГОТОВКА ЭНДОМЕТРИЯ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТОДАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Серебренникова К.Г., Чумакова Н.В., Меняшева В.Ф., Протопопова Т.А. (Москва)

Проблема восстановления фертильности в программах вспомогательных репродуктивных технологий определяется наличием генетически полноценного эмбриона, адекватного развития эндометрия и созданием в организме матери локальной иммуносупрессии. В связи с этим, важное значение имеет подготовка эндометрия к успешной имплантации путем циклического воздействия стероидных гормонов, являющихся основными регуляторами морфологических изменений эндометрия в течение менструального цикла и в периимплантационном периоде.

Цель исследования – оценить эффективность подготовки эндометрия к циклам экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО и ПЭ) при лечении бесплодия у пациенток со сниженным овариальным резервом.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения бесплодия методом ЭКО и ПЭ у 62 пациенток. Критерием включения в группы лечения явилось снижение овариального резерва яичников, подтвержденное результатами гормонального профиля (ФСГ, эстрадиол), ультразвукового исследования и по показаниям допплерометрии. Причинами снижения овариального резерва яичников в 68% случаев явилось проведенное ранее оперативное лечение в объеме одно- или двухсторонней цистэктомии или резекции яичников, в 26% случаев – синдром преждевременного истощения гонад, в 6% случаев – синдром резистентных яичников. В I группу включено 35 пациенток, получавших циклическую гормональную терапию препаратами Фемостон 2/10 и Дюфастон 10мг в течение 2-3 менструальных циклов перед проведением ЭКО и ПЭ. Во II группу включено 27 пациенток, не получавших ЗГТ. В процессе стимуляции суперовуляции и в посттрансферном периоде пациентки обеих групп получали препараты Прогинова/Дивигель с 3-го дня менструального цикла и Дюфастон со дня проведения трансвагинальной пункции. Стимуляция суперовуляции в программе ЭКО и ПЭ проводилась по короткому протоколу с применением препаратов Диферелин, Гонал-Ф, Хорагон.

Результаты. Средний возраст пациенток в группах исследования составил 32,8±4,7 лет ($p<0,05$). Средняя длительность бесплодия составила 6,2±3,2 лет. 52,4% обследованных не имели ранее беременности. При назначении гормональной терапии с целью подготовки к ЭКО и ПЭ выявлено достоверное увеличение толщины эндометрия, улучшение его структуры и васкуляризации ($p>0,05$).

Средняя суммарная доза рФСГ, продолжительность стимуляции суперовуляции (11,8±1,2 дней и 12,2±1,8 дней), количество аспирированных фолликулов, число полученных ооцитов (6,7±2,5 и 5,7±2-,8) и эмбрионов (5,9±1,5 и 4,2±1,3) в I и II группах достоверно не различалась ($p<0,05$). Частота наступления беременности у пациенток I группы составила 29,5%, у пациенток II группы – 21,1% на перенос.

Выводы. Оптимизация подготовки эндометрия путем назначения эстроген и прогестаген содержащих препаратов перед проведением циклов ЭКО и ПЭ у пациенток со сниженным овариальным резервом достоверно влияет на частоту имплантации и наступления беременности.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТКАНЕ-СЕЛЕКТИВНОГО РЕГУЛЯТОРА ЭСТРОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ (STEAR) ЛИВИАЛА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОФИЗИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОЖИ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Серов В.Н., Жаров Е.В., Губанова Е.И., Голубева О.Н., Поминальная В.М. (Москва)

Известно, что на состояние кожи значительное влияние оказывают половые гормоны, рецепторы к которым обнаружены в ядрах эпидермиса, фибробластах дермы, сальных и потовых железах, волосяных фолликулах, эндотелии сосудов. Причем, гистологические и морфо-функциональные изменения кожи у женщин в постменопаузе определяются уровнем эстрогенов, андрогенов и прогестерона, то есть гормональное влияние на состояние кожи не ограничивается только эстрогенами.

В связи с изложенным, целью исследования явилось изучение влияния ткане-селективного регулятора эстрогенной активности (STEAR) препарата ливиал, дериваты которого при приеме внутрь обладают эстрогенным, прогестагенным и слабым андрогенным влиянием, на гистологические и биофизические характеристики кожи у 25 женщин в постменопаузе.

Продолжительность исследования составила 6 месяцев, в течение которого оценивалось состояние кожи до начала приема ливиала и на фоне проводимой терапии, а методы исследования включали: осмотр кожи («Скинскоп», Япония); гистологическое исследование кожи, полученной с помощью панч-биопсии; определение эластичности, влажности и жирности кожи in vivo («Корнеометр», Франция); изучение микрорельефа кожи («CkinChip», Франция).

Результаты изучения микрорельефа кожи у женщин в постменопаузе крайне немногочисленны, поэтому в процессе лечения результаты классических гистологических методов сопоставлялись с новыми неинвазивными технологиями исследования кожи.

При этом до начала терапии гистологические изменения структуры кожи у обследованных женщин в постменопаузе захватывали все ее слои – эпидермис, дерму и гиподерму. В эпидермисе выявлялись уменьшение толщины слоя и нарушение морфологии клеток, ядерная атипия, а также исчезновение меланоцитов. В дерме отмечались явления атрофии, сокращения числа фибробластов и коллагена, тучных клеток, кровеносных сосудов, сглаживание рельефа сосочкового слоя. Отмечено, что возрастные изменения захватывали и придатки кожи – наблюдалось поседение и выпадение волос, замедление роста ногтей, снижение секреции сальных желез.

Результаты изучения микрорельефа кожи до начала лечения показали, что наиболее ранние признаки старения кожи выявляются в периоральной области и на губах. С возрастом губы бледнеют, становятся сухими и морщинистыми, уменьшаются в объеме и удлиняются. Изучение клинических признаков старения, микрорельефа губ позволили выделить у большинства обследованных больных 2-3 стадию возрастных изменений губ по классификации Губановой Е.И. – Левэк (2004).

Перечисленные изменения были связаны не только со старением кожи, но и инволюционными процессами зубочелюстной системы. Уменьшение тонуса, плотности и объема мышц рта, особенно верхней части круговой мышцы, приводили к деформации носогубного треугольника, подбородка и формированию так называемого «старческого рта» (Калвелис Д.А., 1957).

Визуальная оценка состояния губ по представленной классификации в сопоставлении с изменениями текстуры кожи в других областях тела (щека, предплечье, голени), отражавшие выраженную

ее сухость с избыточным скоплением роговых чешуек, позволили объективно оценивать результаты проводимого лечения.

Анализ материалов по оценке изменений текстуры кожи различных областей тела в процессе терапии ливиалом выявили положительные качественные и количественные изменения. Так, в роговом слое эпидермиса (стратум корнеум) исчезала исходная сухость кожи за счет улучшения гидратации, что приводило к существенному повышения ее тургора, особенно, к концу периода исследования. Результаты повторного гистологического исследования кожи по окончанию лечения ливиалом выявили у всех обследованных увеличение толщины эпидермиса кожи в пределах 5-7%, повышение содержания коллагена I и III типа, нарастание числа эластических волокон и усиление васкуляризации дермы. После лечения большинство из обследованных пациенток заявили также об улучшении качества волос и ногтей.

Таким образом, препарат ливиал именно благодаря своему ткане-селективному механизму действия (STEAR) обеспечивает положительные морфо-функциональные изменения кожи, что является дополнительной мотивацией его длительного применения у женщин в постменопаузе. Изменение текстуры кожи, подтвержденное с помощью современных неинвазивных методик, позволяет судить об эффективности проводимой терапии и своевременно ее корригировать.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Серов В.Н., Жаров Е.В., Чантурия Н.Г. (Москва)

В РФ урогенитальная хламидийная инфекция (УГХИ) среди ИППП занимает ведущее место и составляет до 20,0% - 30,0% (Курносенко И. В., 2001; Козлова В. И., Пухнер А. Ф.,2003). У женщин хламидии ответственны за целый ряд поражений, локализующихся на разных уровнях репродуктивной системы, к их числу относятся, прежде всего, уретральный синдром, эндоцервицит (Пушкарь Д. Ю. и соавт., 2002;Francis C. et al., 1998). Кроме того, хламидии часто вызывают воспалительные заболевания органов малого таза, при этом они выявляются в 50,0 -70,0% (Wiesenfield Harold C. et al.,2002). Исходом ВЗОМТ у больных с УГХИ часто бывают поражения маточных труб, которые и служат основной причиной бесплодия или внематочной беременности (Yeong C. T. et al., 2000; Rodriguez R. et al., 2001). Кроме того, хламидиоз характеризуется поражениями не только мочеполовой системы, но также наличием и ряда серьезных перинатальных и экстрагенитальных заболеваний (Бочкарев Е. Г.,2000; Heal Clare et al., 2002).

Целью исследования явилось повышение эффективности терапии больных с урогенитальной хламидийной инфекцией за счет использования азитрала.

В течение 2004-2005 г.г. проведено обследование 30 студенток нескольких ВУЗов г. Москвы с различными формами урогенитального хламидиоза: эндоцервицит, уретрит, цистит, бартолинит, проктит. Их возраст колебался от 17 до 25 лет и в среднем составил 21,8±1,7 года.

У большинства больных (76,7%) различные формы УГХИ были выявлены в результате диспансерного обследования, только у каждой четвертой (22,3%) пациентки диагноз был установлен после активного обращения в поликлинику с различными жалобами.

Среди обследованных 36,7% состояли в браке, один партнер в течение года также был у 53,3% больных, 10,0% пациенток сообщали о двух и более партнерах в течение последнего года, у 13,3% больных с УГХИ при активном опросе были выявлены ано-генитальные половые контакты.

Для диагностики урогенитального хламидиоза применялся метод прямой иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител, что исключало возможность ложноположительных результатов. Методика ПЦР помогала обнаружить у больных с УГХИ в материале из уретры, цервикального канала и прямой кишки специфические участки ДНК хламидий. Критериями исключения из исследования являлись положительная реакция Вассермана, наличие ВИЧ-инфекции и вируса простого герпеса.

Клиническая картина у большинства больных (75,2%) с УГХИ развивалась латентно, а заболевание чаще всего выявлялось при диспансеризации, у каждой четвертой (24,8%) больной отмечалось острое начало заболевания с повышением температуры до субфебрильных цифр, познабливания, появления незначительных болей внизу живота и обильных, иногда с примесью крови, серозно-гнойных выделений из половых путей. Перечисленные формы УГХИ у каждой третьей больной сочетались, при этом в основной симптомокомплекс входили, помимо патологических белей, дизурические расстройства различной степени выраженности.

По литературным данным для лечения больных с УГХИ используются нескольких групп антибактериальных препаратов – макролиды, тетрациклины, фторхинолоны, окончательный выбор которых должен определяться чувствительностью к ним возбудителей (Сидоренко С. В., 2001;Mazzoli S. et al.,1995).

В последние годы широкое распространение получил азитрал (азитромицин) – макролидный антибиотик широкого спектра действия, являющийся первым представителем новой подгруппы азалидов. Препарат превосходит эритромицин по фармакокинетике в несколько раз (Яковлев В.П. и соавт., 2003), что обеспечивает ему преимущество при лечении урогенитального хламидиоза (Козлова В. И., Пухнер А. Ф.,2003). Для уточнения представленных литературных данных проведено определение чувствительности штаммов хламидий, выделенных из различных очагов поражения, к антибактериальным препаратам в группе из 30 больных с хламидийным эндоцервицитом, который у 11 больных сочетался с уретритом и циститом, а у 7 - с проктитом, у 5 - бартолинитом.

Наиболее активным в отношении возбудителя УГХИ из трех исследованных антимикробных препаратов оказался азитрал (100-,0%), в то время как к эритромицину были чувствительными 56,0%, доксициклину – 74,0% его штаммов. Кроме того, МПК 90 для азитрала, а также диапазон ее колебаний также были самыми низкими: 0,007 мг/л и 0,006 - 0,056 мг/л, соответственно.

Всем пациенткам проводился комплекс патогенетической терапии, включавший иммунотерапию, ферментотерапию, стимуляторы кровообращения, местное лечение, физиотерапию. В качестве этиотропного средства использовался препарат азитрал: при остром процессе у 19 больных – 1,0 г однократно; при сочетанных поражениях мочеполового тракта у 11 больных – 1,0 г - в первый день, во 2 и 3 дни по 0,5 г сутки (курсовая доза 2,0 г); при сочетании эндоцервицита, цистита с бартолинитом и/или проктитом – использовалась пульс-терапия – 1,0 препарата в 1, 7 и 14 дни лечения (курсовая доза 3,0 г).

В результате проведенного лечения у 27 пациенток было зарегистрировано клиническое выздоровление, у 3 - значительное клиническое улучшение. При контрольных лабораторных исследованиях в следующем за антибиотикотерапией цикле, элиминация возбудителя была зарегистрирована у 28 из 30 пациенток.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать азитрал препаратом выбора для лечения УГХИ и рекомендовать его для широкого внедрения в гинекологическую практику.

ХАРАКТЕР ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ, ВЫЗВАННЫЙ АМАСТИГОТНЫМИ (БЕЗЖГУТИКОВЫМИ) ФОРМАМИ TRICHOMONAS VAGINALIS В СОЧЕТАНИИ С CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Скворцова И.Ю, Рубаник Л.В., Капитулец Н.Н., Полещук Н.Н., Воскресенский С.Л. (Минск, Республика Беларусь)

В последнее десятилетие изменились клинические проявления практически всех инфекций. Они стали малосимптомными, чаще протекают в виде вялотекущих или скрытых процессов. В гинекологической и венерологической практике особое место стали занимать такие возбудители как хламидии, герпесвирусы и трихомонады. Последние изменили свои биологические и морфологические свойства, стали высокоустойчивыми к препаратам нитроимидазолового ряда. При этом встречаемость вагинальных трихомонад резко снизилась. Все больше выявляются уретральные и, так называемые, амастиготные (безжгутиковые) формы паразита. (Полещук Н.Н. и др., 2004г; Козлюк А.С. и др., 2001).

Анализ показывает, что трихомонадная инфекция, как правило, сочетается с хламидийной и/или герпетической, папилломавирусной инфекциями и редко выявляется как моноинфекция. Следует отметить, что в большинстве случаев при современной форме трихомонадной инфекции классические ярко выраженные клинические признаки воспаления отсутствуют. Намного реже отмечаются обильные, гноевидные, с неприятным запахом, желто-зеленые и пенистые выделения. Отёк и гиперемия слизистой влагалища не выражены. Зуд в области наружных половых органов отмечается редко, умеренный. Клиническая картина воспалительного процесса вызванного уретральными трихомонадами, и их амастиготными (нетипичными) формами, в сочетании с хламидиозом, в литературе описаны фрагментарно и не систематизированы. Целью данной работы являлось охарактеризовать особенности клинических признаков воспалительного процесса у женщин репродуктивного возраста с хронической трихомонадно-хламидийной инфекцией.

Нами проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 177 женщин, имеющих репродуктивные проблемы. В анамнезе у 57,06% женщин были неразвивающиеся беременности, у 28,25% - самопроизвольные выкидыши, у 5,65% - перинатальные потери, у 9,04% - внематочная беременность (трубная, шеечная, яичниковая). Причем у 53,11% женщин неудачно закончилась первая беременность. После прервавшейся беременности все пациентки были обследованы на ИППП в различных центрах и лабораториях, где у них выявили C.trachomatis, U.urealyticum, M.hominis. Однако женщины указывали на отсутствие какого-либо положительного клинического эффекта после 1-2 курсов проведенной антибиотикотерапии. Часто после лечения симптоматика усугублялась появлением дисбиоза.

Проведенное нами комплексное лабораторное обследование, включало культуральный метод, ИФА, РИФ, ПЦР. У 92,66% выявлена трихомонадно-хламидийная инфекция, и в 7,34% случаев - хламидийная моноинфекция. Забор биологического материала у женщин производили в конце 2-ой фазы менструального цикла. Из обследования исключали пациенток с визуальными и микробиологическими признаками кандидоза и бактериального вагиноза, а также тех, кто получал антибактериальные препараты менее чем за один полный менструальный цикл до проводимого обследования.

Пациентки жаловались на не обильные, а умеренные, но постоянные вагинальные выделения, незначительный зуд, ощущение «покусывания», и легкое жжение наружных половых органов или прианальной области (87,0%). Выделения и дискомфорт наружных половых органов усиливались после коитуса (51,41%), за 1-2 дня до начала менструального цикла (63,28%). Наиболее распространенными и выраженными были дизурические расстройства (90,96%) в виде разной интенсивности зуда, жжения и болезненности в области уретры, мочевого пузыря, которые усиливались после мочеиспускания. Редко женщины указывали на обострение цистита в предменструальный период (37,29%). Мочеиспускания учащались до 4-6 раз (24,29%) в ночное время. Женщин беспокоили появившиеся в последние 6-12 месяцев заболевания (79,1%) тазовые боли. Боли внизу живота носили циклический, персистирующий характер и становились интенсивнее в перименструальный период, редко были острыми приступообразными с иррадиацией в прямую кишку, брюшную полость, требующие применения спазмолитических и анальгетических препаратов. К ним иногда присоединялась диспаурения (31,07%). У 67,23% пациенток менструации стали затяжными, обильными, нарушалась их цикличность у 42,94%, нередко возникали контактные кровотечения (у 28,81%). Особую тревогу вызвал длительный (от 2-6 месяцев до 1 года) субфебрилитет (37,2-37,7°С) во вторую фазу менструального цикла у 38,42% пациенток, а у 16,-95% женщин температура тела была постоянно субфебрильной. Не меньшее беспокойство оказывало наличие кожных высыпаний на лице, груди, спине и внутренних поверхностях бедер у 20,9% женщин, которые оставались, несмотря на лечение у дерматологов и неоднократные посещения косметолога. У 9,04% пациенток были жалобы на болезненность и ограничение подвижности в одном из крупных суставов: локтевом, голеностопном, коленном, тазобедренном и в области крестца. Иногда их беспокоили периодические боли (тяжесть) в икроножных мышцах или в мышцах плечевого пояса. Помимо описанных жалоб у женщин была выражена раздражительность, нервозность, нарушен сон, снижена трудоспособность.

Из анамнеза стало известно, что все пациентки ранее (2-5 лет назад) неоднократно обращались к гинекологу по поводу появления кратковременных неприятных влагалищных выделений, болевого синдрома, расстройств менструальной и репродуктивной функции. Они проводили назначенные им вагинальные санации фитопрепаратами, неоднократно принимали препараты нитроимидазолового ряда, после чего наступало кратковременное облегчение.

При гинекологическом обследовании у пациенток с трихомонадно-хламидийной инфекцией обнаруживались умеренные, жидкослизистые, реже слизисто-мучнистые выделения, с беловато-серым, иногда желто-зеленым оттенком. Они имели характерную студенистую консистенцию, редко с наличием незначительного пенистого компонента. Выделения не обильные, спускались в виде ленточки из цервикального канала, с характерной тягучестью. Они скапливались в заднем своде влагалища, мацерировали эпителий влагалищной части шейки матки и слизистой заднего свода влагалища, иногда вызывая его частичную, локальную десквамацию. Редко слизистая влагалища была незначительно гиперемирована, выявлялись единичные петехиальные элементы. Влагалищная часть шейки матки была гиперемирована вокруг наружного зева с характерной мозаичной пятнистостью (от бледно-розового до малинового оттенка), иногда с эктропионом. При взятии материала ложкой Фолькмана обращала на себя внимание легкая ранимость слизистой. Вокруг зоны гиперимии часто были скопления мелких, закрытых желез в виде просяного зерна. В уретре выявлялась отечность слизистой, при пальпации определялась умеренная инфильтрация и болезненность. Устья парауретральных желез чаще были гиперимированы, от них порой исходила очень тонкая полоска белесоватых выделений. Даже при отсутствии всех этих проявлений косвенным признаком наличия T.vaginalis, является неэффективность 1-2 курсов противохламидийной антибиотикотерапии. Известно, что невозможно элиминировать C.trachomatis без предварительной элиминации T.vaginalis.

Следует отметить, что у женщин с хламидийной моноинфекцией, при гинекологическом осмотре слизистая влагалища и влагалищной шейки матки часто была без видимых изменений. При назначении 1-2 курсов антибиотикотерапии возбудитель элиминировался и наступало клиническое выздоровление.

Проведенные исследования позволили заключить, что клиническая картина воспалительного процесса, вызванного T.vaginalis в сочетании с другими патогенами изменилась. Особое внимание следует обращать на совокупность таких клинических признаков, как усиление болезненности в области мочевого пузыря и уретры после мочеиспускания, дизурические расстройства, учащение мочеиспускания в ночное время. Характерные вагинальные выделения - умеренные, постоянные, жидко-слизистые, иногда студенистые, беловато-серого оттенка, редко пенистые. Гиперемия слизистой шейки матки вокруг наружного зева имеет пятнистую, мозаичную картину. Кровоточивость при заборе материала повышена. Патогномоничным может быть такой признак как усиление после коитуса периодического, легкого дискомфорта наружных половых органов. Важное диагностическое значение имеет наличие неразвивающейся беременности в сроке 5-9 недель в акушерском анамнезе, особенно, если эта беременность была первой. Помимо урогенитальной симптоматики на наличие скрытой трихомонадной инфекции могут указывать такие косвенные признаки, как длительный стойкий субфибриллитет (37,1-37,8°С). Наличие кожных высыпаний на лице, груди, спине, внутренних поверхностях бедер распространенного характера. Ограничение подвижности и ассимитричная болезненность в одном и/или нескольких крупных суставах летучего характера.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОК С ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Скориченко Т.В., Гурьева В.А., Костюченко Г.И. (Барнаул)

По мнению ряда авторов A.E. Hak, K.H. Polderman, I.C. Westendorp et all., 2001 г. помимо генетических дефектов ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина, и пищевого дефицита витаминных кофакторов, половые стероидные гормоны также могут изменять сывороточные уровни гомоцистеина. У женщин до менопаузы уровень гомоцистеина в плазме низкий, а после менопаузы он повышается, что свидетельствует о тесной связи обмена гомоцистеина и уровня эндогенных эстрогенов (Mijatovie V, van dcr Mooren MJ). Однако в ряде статей Nora H. Farag, 2003г. публикуется мнение об отсутствии связи между эстрогенами (эндогенными и экзогенными) и гомоцистеином. В тоже время повышение концентрации гомоцистеина плазмы у женщин в постменопаузе рассматривают как самостоятельный фактор риска сердечно-сосудистых заболевании и тромбоза. Исследований гипергомоцистеинемии у пациенток после билатеральной овариоэктомии не проводилось.

Цель исследования изучить взаимосвязь гомоцистеина с уровнем эстрадиола в крови и сравнить эффективность гомоцистеинкоррегирующей и заместительной гормональной терапии на выраженность проявлений постовариэктомического синдрома.

Обследовано 70 пациенток, которым было проведено оперативное лечение в объеме гистеровариэктомии. В зависимости от риска атеротромботических осложнений были выделены две группы. В первую группу вошли 35 женщин с наличием тяжелой экстрагенитальной патологии (гипертоническая болезнь 2-3 ст., ожирение 3-4 ст., варикозная болезнь вен н/к с ХВН). Средний возраст женщин в этой группе составил 48,2±0,97лет. Во вторую группу были включены 35 женщин с менее выраженным риском атеротромботических осложнений (гипертоническая болезнь 1 ст., ожирение 1-2 ст., варикозная болезнь вен н/к без ХВН) средний возраст, которых не различался- 47,84±0,82 лет. Наличие и степень выраженности проявлений постовариэктомического синдрома оценивали в баллах, используя модифицированный менопаузальный индекс Куппермана.

Изучались гонадотропные гормоны (ФСГ, ЛГ), эстрадиол, а также уровни гомоцистеина в сыворотке крови, которые определяли иммуноферментным методом при помощи диагностических наборов фирмы: «Алкор-био» г.Санкт-Петербург, «Estradiol Elisa» Homan Italia, а также «Аксис» Норвегия. Обследование проводилось в динамике: за 2-3 дня до оперативного вмешательства, повторно, спустя 1 месяц после операции и через 2 месяца на фоне лечения. С целью изучения взаимосвязи уровня эстрогенов и гомоцистеина было проведено исследование их до оперативного вмешательства и после.

Исходно перед операцией у 58% пациенток первой группы и 63% пациенток второй группы содержание гомоцистеина не превышало допустимых значений в этом возрасте и составляло от 8,0 до 11,5 мкмоль/л соответственно. Гипергомоцистеинемия наблюдалась в первой гуппе у 42% (???), во второй –у 35% женщин (???). Изучение уровня эстрадиола выявило, что у женщин с гипергомоцистеинемией он был в 1,45 раза ниже чем у женщин с нормальной концентрацией гомоцистеина в крови и составил в первой группе 97,04±15,61 пг/мл при Гц 9,42±0,32 мкмоль/л, во второй- 66,85±5,85 пг/мл при Гц 12,75±0,29 мкмоль/л ($p<0,05$). Рассчитанная корреляционная связь показала, что имеется слабой силы обратная связь между уровнем эстрогенов и гомоцистеина в крови.

После операции у пациенток произошло снижение эстрадиола: в первой группе в 4,9 раза и составило 15,52±1,6 пг/мл.($p<<0,001$), во второй группе в 4,8 раза соответственно и составило 19,69±2,-54 пг/мл.($p<<0,001$). При этом наблюдалось возрастание уровней гонадотропных гормонов у пациенток первой группы ФСГ увеличился в 4,4 раза (с 13,12±3,51мМЕ/мл до 58,65±5,73 мМЕ/мл, ЛГ – в 3,9 раза (с 5,64±1,22 мМЕ/мл 22,33±2,38 мМЕ/мл соответственно. У пациенток второй группы ФСГ увеличился в 4,4 раза (с 16,76±4-,64мМЕ/мл до 74,73±7,79 мМЕ/мл, ЛГ – в 4 раза (с 8,40±2,33 мМЕ/мл до 34,47±4,19 мМЕ/мл).В послеоперационном периоде произошло повышение гомоцистеина у пациентов, при исходно высоком эстрадиоле на фоне его снижении после овариоэктомии. У 73% пациенток первой группы отмечалос достоверное повышение уровня гомоцистеина с 10,3±0,48 мкмоль/л до 12,45±0,69 мкмоль/л при исходном эстрадиоле 78,28±16,12 пг/мл. У 78% пациенток второй группы повышение уровня гомоцистеина наблюдалось с 10,61±0,-61мкмоль/л до 12,92±0,86 мкмоль/л при исходном эстрадиоле 81-,34±15,97 пг/мл.

В послеоперационном периоде коэффициент корреляции составил -0,76 при t-3,8 что свидетельствует о сильной обратной связи между уровнями гомоцистеина и эстрадиола в сыворотке крови. Проведенное исследование соотношения уровня эстрогенов и гомоцистеина в крови указывает, что снижение эстрогенов у женщин в перименопаузальном возрасте после гистеровариэктомии обуславливает гипергомоцистеинемию.

Степень тяжести ПОЭС не имела особых различий в группах сравнения: 19,96±1,02 мМЕ/мл у пациенток первой группы и 24,4±-1,35мМЕ/мл у пациенток второй группы, и обусловлена была преимущественно за счет нейро-вегетативных и психо-эмоциональных симптомов.

В связи с противопоказаниями к ЗГТ у пациенток первой группы, учитывая высокий риск атеротромботических осложнений, а также имеющуюся гипергомоцистеинемию и данные о стимулирующем действии фолиевой кислоты на продукцию эстрогенов, была назначена фолатная с целью лечения ПОЭС.

Фолатная терапия проводилась препаратом «Ангиовит» в течение двух месяцев. Витаминный комплекс «Ангиовит» содержит в своем составе фолиевой кислоты-5 мг., витамина В6-4 мг. и В12-6 мкг.

Во второй группе у женщин с постовариэктомическим синдромом, в связи с отсутствием противопоказаний к назначению ЗГТ проводили лечение «Климодиеном».

Спустя два месяца, на фоне приема «Ангиовита» наблюдалось достоверное снижение уровня гомоцистеина с 12,12±0,54 мкмоль/л до 9,43±0,34 мкмоль/л ($p<<0,001$) и повышение содержания эстрадиола с 12,81±1,57 пг/мл до 23,39±2,95 пг/мл ($p<0,001$). Наметилась некоторая тенденция к снижению уровня ФСГ и ЛГ ($P>0,05$);

Для более глубокого изучения эффективности фолатной терапии в зависимости от уровня эстрадиола в крови пациенток с по-

стовариэктомическим синдромом распределили на подгруппы в зависимости от уровня эстрадиола в крови. В первую подгруппу вошли пациенты с уровнем эстрадиола 5,65±0,82 пг/мл, во вторую – с уровнем 15,02±1,09 пг/мл и третью – с уровнем эстрадиола 24,57±0,96 пг/мл. Через 2 месяца терапии ангиовитом более значительное повышение содержание эстрадиола - в 3,0 раза наблюдалось в первой подгруппе пациенток (с 5,65±0,82 пг/мл до 17,56±3,97 пг/мл, P<0,05). Во второй подгруппе пациенток повышение эстрадиола произошло в 1,8 раза (с 15,02±1,09 пг/мл до 27,42±5,45 пг/мл, P <0,05). В третьей подгруппе с исходным уровнем эстрадиола 24,57±0,96 пг/мл имелась только тенденция повышения, но достоверных изменений концентрации эстрадиола в крови не отмечалось..

У пациенток второй группы на фоне фармакологической коррекции ПОЭС «Климодиеном» отмечалось недостоверное снижение уровня гомоцистеина с 12,11±0,88 мкмоль/л до 10,93±0,64 мкмоль/л. Однако это подтверждало обратную взаимосвязь. Уровень эстрадиола повысился с 19,69±2,54 пг/мл до 90,34±9,31 пг/мл; уровни гонадотропных гормонов достоверно снизились и составили: ФСГ 32,34±4,89 мМЕ/мл; ЛГ 13,86±2,05 мМЕ/мл(p<0,05). На фоне приема ЗГТ произошло достоверное снижение ММИ с 24,4±1,35 баллов до 6,45±1,14 баллов (p<<0,001).Таким образом, полученный эффект стимулирующего влияния фолатной терапии на уровень эстрадиола в крови пациенток с удаленными яичниками представляется нам как альтернатива терапии ПОЭС у пациенток с риском сердечно-сосудистой патологии, при которой ЗГТ не является препаратом выбора.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МАТРИЧНОГО ПЛАСТЫРЯ НА ЭНДОМЕТРИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сметник В.П., Зайдиева Я.З., Балан В.Е., Гус А.И., Хоецян С.Р. (Москва)

В настоящее время основным методом профилактики, коррекции и лечения климактерических расстройств является заместительная гормональная терапия (ЗГТ) различными аналогами половых стероидных гормонов, при отсутствии противопоказаний. Однако у большинства женщин в постменопаузе имеются соматические заболевания, такие как заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, гиперинсулинемия, гипертензия, нарушение системы гемостаза и высокий риск развития венозного тромбоза. Наличие этих заболеваний ограничивает возможности использования традиционных пероральных форм гормонотерапии.

Благодаря успехам фармакологии, созданы новые формы гормональных препаратов, позволяющих обеспечить максимум положительного эффекта в плане лечения климактерических расстройств и снизить негативные эффекты на жизненно важные органы и системы женского организма. В этом плане заслуживают внимание парентеральные формы, в частности трансдермальные, низкодозированные препараты и использование прогестагенов 4-го поколения. Цель любой гормонотерапии должна состоять в определении наиболее приемлемой дозы, типа и пути введения стероидных гормонов, которые обеспечат оптимальный клинический успех с минимальными побочными эффектами.

Внедрение в практику трансдермальных терапевтических систем (пластыря) для введения эстрогенов и гестагенов крупное достижение в области гормональной терапии. Такой вид терапии позволяет обеспечить выделение и поддержание в организме постоянной контролируемой дозы, относительно постоянных уровней в течение длительного периода времени, достижение оптимального клинического результата при минимальной концентрации лекарственного вещества с минимальными побочными и метаболическими эффектами. Кроме того, новые матричные системы парентерального введения гормональных препаратов, при которых исключен эффект первичного прохождения гормонов через печень, позволяют снизить частоту побочных эффектов, повышают приемлемость и продолжительность применения гормонотерапии.

Целью настоящего исследования явилась оценка состояния эндометрия на фоне нового комбинированного матричного пластыря, содержащего комбинацию различных доз эстрогенов (эстрадиола) и одинаковые дозы гестагенов (НЭТА) у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы: Клиническая эффективность трансдермального гормонального препарата, с помощью пластыря выделяющего эстрадиол и норэтистерона ацетат, при климактерическом синдроме (КС) изучена в рандомизированном, двойном слепом, плацебоконтролируемом исследовании у 52 женщин постменопаузального возраста. Для уточнения показаний и определения противопоказаний для ЗГТ все пациентки исходно проходили клинико-лабораторное обследование, включающее изучение анамнеза, гинекологическое исследование, маммография, определение гормонального и липидного спектра крови. Состояние эндометрия в динамике оценивалось исходно, через 6 и 12 мес. с помощью ультразвукового сканирования органов малого таза влагалищным датчиком и вакуум-кюретажа эндометрия кюреткой Pipelle. Применяемые препараты: 1. Эстрадиол/НЭТА- ТТС 1, размером 20 см², 2. Эстрадиол/НЭТА- ТТС 2, размером 27 см². 3. Два плацебо пластыря (20 см² и 27 см²), Препараты Эстрадиол/НЭТА ТТС (Эстрадиол/НЭТА ТТС 1 и 2) имеют одинаковое содержание эстрадиола (2%) и НЭТА (10%), но отличаются по размеру, соответствующему стандартной дозе (скорость выделения эстрадиола 50 μг/штамп матрицы) и низкой дозе (скорость выделения эстрадиола < 50 μг/штамп матрицы). Пластырь Эстрадиол/НЭТА-ТТС наклеивался на дорсальную поверхность бедра, попеременно на правую и левую стороны, дважды в неделю (1-ая: сроком на три дня, 2-ая: на 4 дня), в течение 3-х циклов лечения продолжительностью 28 дней каждый. Через 3 лечебных цикла женщины, вошедшие в группы плацебо, были переведены на один из двух вариантов лечения активным препаратом. На этапе рандомизации выбыли 5 пациенток, классифицируемые как withdrawals – выбывшие. Таким образом, анализ данных проведен у 47 пациенток.

В зависимости от эффективности лечения, показателей уровня гормонов крови, данных ультразвукового исследования и гистологического исследования эндометрия (Pipelle), индивидуальных дневников кровотечения, пациентки были разделены на условные 3 группы: 1 гр. – составили 7 пациенток, не отметившие положительного эффекта на фоне лечения в течение 3 мес. терапии. Во 2 группу вошли 18 пациенток (38,3%), у которых эффективность терапии составила менее 50%. В 3 группу включены 22 пациентки (46,8%) с выраженным положительным эффектом в плане лечения КС.

Результаты: Средний возраст женщин на момент обследования и назначения ГТ составлял 52,06±0,79 года (от 44 до 62 лет), длительность менопаузы 3,68±0,31 года (с колебаниями от 1-го года до 11 лет). В данном исследовании неблагоприятных изменений состояния эндометрия отмечено не было, что подтверждалось данными морфологического и ультразвукового исследования. Сравнительное изучение М-эха во всех группах выявило достоверные различия между группами p=0,0422, p=0,021, p=0,0158, соответственно. Средние значения М-эха в первых двух группах составили 0,31±0,14 см (от 0,2 до 0,5). В третьей группе М-эхо составило 0,49±0,21 см (от 0,3 до 0,7). Сравнительное изучение гистологического исследования эндометрия не выявило достоверных различий между группами. У подавляющего большинства (92,7%) выявлена атрофическая слизистая. Согласно записям индивидуальных дневников кровотечения статистический анализ выявил достоверное различие в трех исследованных группах. Кровотечение «прорыва» достоверно чаще отмечено в 3-ей группе пациенток, по сравнению со 2 группой (p=0,0083) пациенток в течение всего (12 мес.) периода наблюдения. Статистический анализ индивидуальных дневников кровотечения между 1 и 2 группами (p>0,05), и 1 и 3 группами пациенток (p>0,05) не выявил достоверных различий. В 1 гр. у 6 пациенток (12,7%) наблюдались умеренные кровянистые выделения в течение от одного до четырех из 12 циклов терапии. Во 2 гр. кровотечения «прорыва» наблюдались у 10 пациенток (21,24%) максимально в течение четырех циклов терапии. И в 3 гр. у 21 пациентки (44,6%) наблюдались умеренные кровянистые выделения максимально в течение 8 циклов терапии. В 21,24% (10 пациенток) случаев кровотечений «прорыва» не было.

Заключение: Результаты проведенного клинического исследования комбинированного гормонального трансдермального пластыря позволяют сделать следующие выводы:

1. В 78,76% случаев (37 пациенток) наблюдались скудные кровотечения «прорыва» в течение первого года терапии. Наиболее часто они встречались у женщин 3-ей группы (44,6%), которые применяли пластырь, высвобождающий более высокую дозу эстрадиола, в сравнении с двумя другими группами. В 21,24% (10 пациенток) случаев кровотечений «прорыва» не было.

2. Оба препарата, содержащие стандартную и низкую дозы гормонов обладают выраженным антипролиферативным эффектом в слизистой оболочке матки. Гиперпластических процессов в эндометрии в течение года наблюдения не обнаружено.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МАТРИЧНОГО ПЛАСТЫРЯ НА СИМПТОМЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сметник В.П., Зайдиева Я.З., Балан В.Е., Хоецян С.Р. (Москва)

Многоплановость изучения эффектов современных режимов заместительной гормонотерапии (ЗГТ) представляется весьма актуальной, что обусловлено неуклонным увеличением женщин в постменопаузе. С возрастом у женщин в постменопаузе повышается частота соматических заболеваний, таких как заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, инсулинорезистентность, варикозная болезнь. При хроническом течении этих заболеваний не имеются противопоказания к ГТ, но ограничиваются возможности использования традиционных пероральных форм гормонотерапии.

В настоящее время при выборе гормональной терапии у женщин в постменопаузе основные акценты делаются не только на снижение дозы гормонов, но и пути их введения. С фармакологической точки зрения трансдермальное поступление прогестагенов является более разумным, так как вызываемые ими иногда печеночные побочные эффекты нежелательны. Парентеральный вид терапии позволяет обеспечить выделение и поддержание в организме постоянной контролируемой дозы, поддержание относительно постоянных уровней в течение длительного периода времени, достижение оптимального клинического результата при минимальной концентрации лекарственного вещества с минимальными побочными и метаболическими эффектами.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность матричного пластыря, содержащего комбинацию различных доз эстрогена (эстрадиола) и одинаковые дозы гестагена (НЭТА) на симптомы климактерического синдрома у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы: Клиническая эффективность трансдермального препарата, с помощью пластыря выделяющего эстрадиол и норэтистерона ацетат при климактерическом синдроме (КС) изучена в рандомизированном, двойном слепом, плацебоконтролируемом исследовании у 47 женщин постменопаузального возраста. Для уточнения показаний и противопоказаний для ГТ все пациентки исходно проходили клинико-лабораторное обследование, включающее изучение анамнеза, гинекологическое исследование и ультразвуковое сканирование органов малого таза с помощью влагалищного датчика, вакуум-кюретаж эндометрия кюреткой Pipelle, маммография, определение гормонального и липидного спектра крови. Тяжесть заболевания оценивали в баллах с помощью менопаузального индекса Куппермана (МИ) с выделением 11 основных симптомов КС – приливы жара, парестезии, нарушение сна, нервозность, депрессия, головокружение, слабость, артралгии и миалгии, головные боли, сердцебиение, ползание мурашек. Во время лечения пациентки ежедневно регистрировали частоту и степень тяжести симптомов КС.

Применяемые препараты: 1. Эстрадиол/НЭТА- ТТС 1, размером 20 см². 2. Эстрадиол/НЭТА- ТТС 2, размером 27 см². 3. Два плацебо пластыря (20 см² и 27 см²),

Препараты Эстрадиол/НЭТА ТТС (Эстрадиол/НЭТА ТТС 1 и 2) имеют одинаковое содержание эстрадиола (2%) и НЭТА (10%), но отличаются по размеру, соответствующему стандартной дозе (скорость выделения эстрадиола 50 μг/штамп матрицы) и низкой дозе (скорость выделения эстрадиола < 50 μг/штамп матрицы).

Пластырь Эстрадиол/НЭТА-ТТС наклеивался на дорсальную поверхность бедра, попеременно на правую и левую стороны, дважды в неделю (1-ая: сроком на три дня, 2-ая: на 4 дня), в течение 3-х циклов лечения продолжительностью 28 дней каждый. Через 3 лечебных цикла женщины, вошедшие в группы плацебо, были переведены на один из двух вариантов лечения активным препаратом.

В зависимости от эффективности лечения, показателей уровня гормонов крови, данных ультразвукового исследования и гистологического исследования эндометрия (Pipelle), индивидуальных дневников кровотечения, пациентки были разделены на условные 3 группы: 1 гр. – составили 7 пациенток, не отметившие положительного эффекта на фоне лечения в течение 3 мес. терапии. Во 2 группу вошли 18 пациенток (38,3%), у которых эффективность терапии составила менее 50%. В 3 группу включены 22 пациентки (46,8%) с выраженным положительным эффектом в плане лечения КС.

Результаты: Средний возраст женщин на момент обследования и назначения ЗГТ составлял 52,06±0,79 года (от 44 до 62 лет), длительность менопаузы 3,68±0,31 года (с колебаниями от 1-го года до 11 лет). Исходно по данным индекса Куппермана у 2 пациенток (4,2%) отмечалась легкая степень климактерического синдрома (КС), у 32 пациенток (68,1%) КС средней тяжести и у 13 пациенток (27,6%) тяжелая форма КС, что явилось основным показанием для назначения ЗГТ.

В 1 гр. только у 2 (4,2%) пациенток отмечен частичный положительный клинический эффект, а у 5 (10,5%) пациенток сохранялись жалобы на климактерические расстройства до 6-9-ти месяцев приема препарата. Во 2 гр. у 9 (18,9%) пациенток отмечен положительный клинический эффект на 3-4-ом месяце приема, у 5 (10,5%) пациенток на 6-ом месяце приема, и у 4 (8,4%) пациенток через 9-12 месяцев терапии.

В 3 группе положительный клинический эффект был отмечен у 12 пациенток (44,1%) на 2-ой месяц приема препарата, и отсутствие жалоб на симптомы КС на 5-6-ом месяце приема препарата. 10 пациенток (21%) уже на 2-ой месяц приема отмечали полное купирование клинических проявлений КС.

На этапе набора три клинические группы были идентичны по уровню фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и эстрадиола (Е2). Исходно уровень ФСГ составил 85,26±3,56 МЕ/л (27- 138), а уровни Е2 – 13,67±0,76 пмоль/л (от 10 до 37). На фоне лечения во 2 и 3-ей группах значение Е2 на 24-ой неделе достоверно повысилось ($p<0,001$), а значение ФСГ достоверно снизилось($p<0,001$), в то время как в 1 группе значительных изменений ФСГ не наблюдалось.

В 1 группе ФСГ на 24 неделе терапии составил 75,71±14,56 МЕ/л (от 12 до 129), Е2 - 27,86±11,7 пмоль/л (от 10 до 94), во 2 гр. 42,78±5,7МЕ/л (12 – 94), 36,67±6,16 пмоль/л (от10 до 93); и в 3 группе 29,05±4,47 МЕ/л (7 -66) и 47,52±8,29 пмоль/л (10 -133) соответственно.

Заключение: Результаты проведенного клинического исследования комбинированного гормонального трансдермального пластыря позволили сделать следующие выводы:

1. Используемые препараты эффективно купируют симптомы климактерического синдрома у женщин в постменопаузе. Эффект препарата, содержащего стандартную дозу гормона выше в сравнении с препаратом с низкой дозой.

2. Препараты в основном хорошо переносились больными. Только в 6,3% (3 пациентки) случаев отмечались кожные аллергические реакции.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В., Подмаренкова Л.Ф., Фоменко О.Ю., Чупрынин В.Д. (Москва)

Общепризнано, что основным методом лечения пролапса гениталий является хирургический. Однако, хирургические методы лечения пролапса гениталий, направленные на коррекцию основных проявлений заболевания, являются конечной целью лечения и не предусматривают восстановления нормального функционального состояния тазовой диафрагмы в целом (ее электрофизиологических характеристик) и, тем более, не дают ответов на вопрос о причинах, вызвавших пролапс.

Нами доказано, что в большинстве случаев пролапс гениталий у молодых женщин является системным заболеванием. Поэтому, ведущими являются вопросы не только о причинах, вызвавших пролапс, но и о его механизмах развития.

Материалы и методы: Обследовано 10 больных с пролапсом гениталий. Средний возраст больных составил 41,8+2,9 лет. Мы исключили из исследования больных с тяжелыми формами пролапса гениталий, т.к. тяжелые запущенные формы заболевания сами по себе усугубляют «порочный круг» электрофизиологических нарушений тазового дна. В 80% случаев пролапс гениталий был представлен цисто-ректоцеле 2-3 степени, гистеропролапсом 2-3 степени. Неполное выпадение матки имели 20% больных. Степень пролапса гениталий и сроки его манифестации не зависели от возраста пациенток.

Исследовались функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна. Методами исследования явились: электромиография мышц тазового дна, электроманометрия, сфинктерометрия.

Обсуждение результатов: 1) Фоновая и произвольная электрические активности были снижены у всех пациентов и составили 23,8+ 1.3 мкВ (норма – 31-50 мкВ) и 130 мкВ (норма 154 – 212 мкВ) соответственно. Различий от возраста в группах не выявлено. Однако, имелись четкие прямые корреляции показателей фоновой и произвольной электрофизиологических активностей мышц тазового дна со степенью пролапса гениталий (p=0,006). Результаты позволяют сделать вывод, что пролапс гениталий является результатом снижения электрофизиологических характеристик мышц тазового дна.

2) Фоновая активность пуборектальной петли составила 23,7 мкВ. Тяжелые степени пролапса гениталий сопровождались большим снижением фоновой активности пуборектальной петли до 20 мкВ (p=0,013). Имелась взаимосвязь между показателемя фоновой активности пуборектальной петли с фоновой активностью мышц тазового комплекса (p=0,000), что отражало общность и единство компонентов диафрагмы таза в целом. Других закономерностей между электрофизиологическими характеристиками мышц тазового дна со степенью пролапса гениталий не отмечено.

3) Отсутствие релаксации пуборектальной петли в момент натуживания выявлено у всех больных с 23,7 до 30 мкВ, что на фоне снижения показателей фоновой и произвольной электрической активности мышц тазовой диафрагмы свидетельствовало о дискоординации последней. Подобные проявления могли быть результатом включения компенсаторных механизмов отдельных элементов тазового комплекса в условиях релаксации мышц тазового дна.

4) При электроманометрии выявлено увеличение амплитуды ректо-анального рефлекса внутреннего сфинктера до 28,5 + 5,3 мм.рт. ст.(20-26 мм.рт. ст.), характеризующее не только вовлеченность в процесс произвольной поперечно-полосатой мускулатуры мышц тазового дна, но и гладких мышц внутреннего сфинктера. Это отражает многофакторность процесса у больных с пролапсом гениталий.

5) Повышение порога чувствительности прямой кишки в среднем до 12,5 (15-37 мл) свидетельствовало о гиперчувствительности рецепторного аппарата прямой киши.

6) У всех больных при сфинктерометрии отмечено снижение тонуса на 3 и 9 часах до 310,0 (норма 360-420) при сохранном тонусе на 6 и 12 часах – 316,0 (270-325), что свидетельствовало о релаксации мышц тазового дна. Сохранение тонуса на 6 и 12 часах могло быть обусловлено сохранностью фиброзных компонентов сухожильного центра промежности, что исключало генез о травме в родах и повреждении тазового дна. Данное предположение подтверждало и то, что больные, у которых при электроманометрии отмечен больший прирост амплитуды наружного сфинктера не могли дать адекватное максимальное сокращение сфинктера на 3 и 9 часах (p=0,046). Это дополнительно свидетельствовало о релаксации тазовой диафрагмы. Подобных корреляций не отмечено с показателями максимального сокращения сфинктера на 6 и 12 часах. Показатели фоновой электрической активности наружного сфинктера коррелировали с его тонусом на 3 и 9 часах, его амплитудой (p=0,006), показателями фоновой электрической активности мышц тазового дна, а также показателями фоновой активности пуборектальной петли (p=0,013), что характеризовало тазовое дно как единый морфо-функциональный комплекс. Подтверждением этого явилась обратная корреляции длительности ректоанального рефлекса наружного сфинктера с показателями максимального сокращения сфинктера на 6 и 12 часах (p=0,046).

7) Выявлена взаимосвязь величины тонуса на 3 и 9 часах с тонусом и максимальным сокращением на 6 и 12 часах (p=0,046), т.е. имелась максимальная заинтересованность сектора «3-9» мышц тазового комплекса в генезе пролапса гениталий.

Выводы: 1) Пролапс гениталий у молодых больных развивается на фоне снижения фоновой и произвольной электрофизиологических характеристик мышц тазового дна и является результатом их снижения.

2) Наружный сфинктер, мышцы тазового дна, компоненты пуборектальной петли являются единой функциональной системой.

3) Сохранение тонуса и произвольной электрофизиологической активности мышц тазового дна на 6 и 12 часах при сниженных показателях на 3 и 9 часах ставят под сомнение генез о травме в родах, как причине пролапса гениталий у молодых больных. Вовлечение в процесс гладких мышц внутреннего сфинктера прямой кишки отражает генерализованный процесс.

4) Отсутствие релаксации пуборектальной петли в момент натуживания на фоне снижения электрофизиологических характеристик мышц тазового дна свидетельствует о диссенергии элементов тазовой диафрагмы у молодых больных с пролапсом гениталий и отражает заинтересованность нейро-рефлекторных механизмов.

МЕТОД РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПО ПЕРИНЕОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ – КАК ВЫБОР ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТОВ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д., Макиян З.Н. (Москва)

Проблема несостоятельности поддерживающих структур тазового дна особенно актуальна у молодых женщин с наследственными коллагенопатиями. Если основной удельный вес пролапса гениталий в популяции приходится на возраст 50 лет, то у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани - на возраст 30-45 лет.

Под наблюдением в клинике находилось 269 больных с синдромом ДСТ. Средний возраст гинекологических больных – 42,9 года. Пациентки в возрасте до 30 лет составили 13,9%. Из 269 больных полное и неполное выпадение матки имели 49,2%, опущение стенок влагалища – 50,8% женщин. Синдром ДСТ у гинекологических больных был представлен недифференцированными формами ДСТ в 96,6% случаев. В 43,3% случаев обнаружен пролапс митрального клапана.

Чем выраженней были проявления ДСТ, тем более тяжелыми формами был представлен пролапс гениталий. Особенностями течения пролапса гениталий у женщин с дисплазией соединительной ткани явились: 1) ранняя манифестация, 2) быстрое формирование (1-3 года после родов), 3) преобладание апикальных, осложненных форм, которые сопровождаются синдромом протрузии и релаксации тазового дна и сопутствующей тазовой патологией. В группе с выраженными проявлениями ДСТ кольпоперинеолеваторопластика (как дополнительный этап) потребовалась в 66% случаев, в то время как в группе с маловыраженными проявлениями ДСТ – в 94,2% случаев. Такое соотношение объяснялось тем, что в группе выраженными проявлениями ДСТ пролапс гениталий сопровождался протрузией и релаксацией мышц тазового дна при сохранности архитектоники элементов тазовой диафрагмы, в то время как в группе с незначительными проявлениями ДСТ преобладала рубцовая деформация промежности с изменениями анатомии мышц тазового дна.

Пролапс гениталий развивается на фоне и является результатом снижения фоновой и произвольной электрофизиологических характеристик мышц тазового дна. При описании синдрома дисплазии соединительной ткани мы обратили внимание, что частота недержания газов у женщин с пролапсом гениталий при синдроме ДСТ может достигать 36% при анатомически интактном наружном сфинктере прямой кишки. Причем, имелась взаимосвязь между частотой недержания газов и выраженностью проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне. Так, частота недержания газов у больных в группе с выраженными проявлениями ДСТ достигала 54% против 37,8% в группе с умеренными проявлениями ДСТ и 23,5% в контроле. Подобные проявления могут явиться результатом релаксации, как поперечно-полосатой мускулатуры мышц тазового дна, так и гладкой мускулатуры внутреннего сфинктера прямой кишки. При исследовании запирательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна выявлено увеличение амплитуды ректо-анального рефлекса внутреннего сфинктера до 28,5 + 5,3 мм.рт.ст.(норма 20-26 мм. рт. ст.), а также отмечено снижение тонуса на 3 и 9 часах до 310,0 (норма 360-420) при сохранном тонусе на 6 и 12 часах при сфинктерометрии.

Кроме того, магнитно-резонансная томография показала, что тяжелые формы синдрома ДСТ сопровождаются максимальным истончением леваторной тарелки вплоть до 0.5 см.

Хирургический метод лечения является ведущим методом лечения пролапса гениталий. То, что основными принципами коррекции пролапса гениталий у женщин с синдром ДСТ являются операции с жесткой фиксацией, дополненные комбинированными технологиями (Burch, MacCall, TVT и т.д.), обсуждалось нами неоднократно. Учитывая синдром релаксации тазового дна, вопрос о выборе вида вспомогательных технологий и тактике их применения является принципиальным.

Обсуждение результатов: Мы считаем, что основной этап хирургического лечения пролапса гениталий должен в большинстве случаев дополняться кольпоперинеолеваторопластикой (КПЛП). Однако вопрос о времени выполнения (одномоментно, отсрочено) и объеме (КПЛП трансвагинальным доступом, расширенная КРЛП (чрезпромежностная с/или без- сфинктеропластики) должен решаться индивидуально.

В большинстве случаев для больных с ДСТ не характерна рубцовая деформация промежности и повреждение сфинктера прямой кишки. Сохранение тонической и произвольной активности на 6 и 12 часах свидетельствуют о сохранности сухожильного центра промежности. Вместе с тем, налицо синдром протрузии и релаксации тазового дна, который сопровождается недержанием газов при интактном сфинктере. Учитывая, что базовый этап коррекции пролапса гениталий у больных с ДСТ в 89% случаев предполагает гистерэктомию, считаем одномоментное выполнение КПЛП нецелесообразно. Нецелесообразным считаем, также, и выбор КПЛП трансвагинальным доступом. Вескими аргументами являются: 1) недостаточность объема трансвагинальной КПЛП при сопутствующей релаксации наружного и внутреннего сфинктера прямой кишки у больных с недержанием газов при синдроме ДСТ, 2) нарушение биоценоза влагалища после основного этапа – гистерэктомии, 3) затруднение периода реабилитации, в следствие расширения зоны хирургического вмешательства в послеоперационный период, особенно важный для больных с ДСТ, 4) специфика синдрома ДСТ, требующая электромиостимуляции мышц тазового дна до операции, с целью формирования условно-регуляционных единиц у женщин с релаксацией промежности по принципу обратной связи. Кроме того, в основе подходов к коррекции пролапса гениталий при синдроме ДСТ лежат операции с жесткой фиксацией, которые сами по себе изменяют мышечно-энергетические оси тазового дна и требуют адаптации на уровне тазового комплекса.

В связи с вышеперечисленным считаем, что основными подходами к тактике ведения больных с синдромом ДСТ должны являться: 1) применение электромиостимуляции (ЭМС) мышц тазового дна с последующим выполнением базового этапа с жесткой фиксацией, 2) и, через 6 месяцев - расширенная кольпоперинеолеваторопластика – как дополнительный этап.

Расширенная кольпоперинеолеваторопластика подразумевает чрезпромежностный доступ поперечным дугообразным разрезом (для большего доступа и визуализации ректальных дужек) с последующим расщеплением ректовагинальной перегородки до уровня проекции сводов, и рассечением стенки влагалища в сагитальном направлении, пликацией ректальных дужек, ретрагированной перириктальной фасции в несколько слоев. Для ушивания леваторов продолжают отсепаровку более латерально. Иглой Эммета леваторы подтягивают кверху и плицируют, производят пликацию наружного сфинктера (при указаниях на недержание газов). Перед ушиванием кожи промежности возможно дополнительное наложение швов на m. Bulbospongiosus.

Подобные подходы к хирургии тазового дна позволяют: 1) выделить и ушить все слои ректовагинальной перегородки, 2) адекватно скоррегировать ректоцеле при его наличии, 3) увеличить толщину леваторной тарелки, 4) удлинить ось влагалища, 5) укрепить сухожильный центр промежности, 6) восстановить перинеальный изгиб влагалища.

Выводы: 1) Больные с пролапсом гениталий при синдроме ДСТ требует индивидуальных подходов к выбору метода вспомогательного этапа хирургического лечения с учетом вспомогательных методов исследования анатомического и функционального состояния тазового дна.

2) Методом выбора вспомогательной коррекции дефектов тазового дна у больных с синдромом ДСТ является расширенная кольпоперинеолеваторопластика, подразумевающая реконструкцию промежности в 2-3 слоя.

3) Выполнение вспомогательного этапа у больных с пролапсом гениталий при дисплазии соединительной ткани целесообразно выполнять после базового этапа через 6 месяцев, после предварительной электромиостимуляции мышц тазового дна с целью образования условно-рефлекторной связи по принципу обратной.

4) Недержание газов у больных с пролапсом гениталий при анатомически интактном сфинктере является патогномоничным симптомом ДСТ.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Соколова Е.А., Богатова И.К., Астраух Н.В. (Иваново)

Актуальность исследования обусловлена ростом заболеваемости раком шейки матки у женщин репродуктивного возраста и у молодых нерожавших женщин, а фоновые процессы шейки матки являются источником развития предраковых изменений и рака шейки матки. Следовательно, своевременная диагностика и лечение фоновых процессов, в том числе эктопии шейки матки, является реальной профилактикой рака шейки матки.

Цель исследования: выявить изменения иммунного ответа у подростков с эктопией шейки матки.

Материалы и методы исследования: нами проведено обследование 86 девушек-подростков (36 – с эктопией шейки матки, 50 – практически здоровых) и 57 женщин фертильного возраста (32 - с эктопией шейки матки, 25 – практически здоровых). Для верификации диагноза эктопии шейки матки использовали результаты клинического обследования, кольпоскопической и цитогистологической диагностики. Иммунологическое обследование включало определение экспрессии CD – маркёров на поверхности периферических лимфоцитов методом проточной цитометрии; бактерицидной активности нейтрофилов в спонтанном и стимулированном зимозаном НСТ-тесте; уровня цитокинов (фактор роста фибробластов (ФРФ), интерферон (ИНФ) α, γ) в сыворотке крови методом ИФА, иммуноглобулинов класса G, A, M и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Уровень апоптоза лимфоцитов оценивали по связыванию клетками Аннексина V с параллельной окраской пропидием иодидом.

Результаты и обсуждение: в периферической крови подростков с эктопией шейки матки в сравнении с показателями практически здоровых девушек отмечалось повышенное содержание CD56+ лимфоцитов популяции естественных киллеров и сниженное количество HLA-DR-позитивных лимфоцитов, тогда как для женщин с эктопией шейки матки было характерно повышение уровня активированных лимфоцитов CD25+ и естественных киллеров CD16+. Кроме того, в периферической крови подростков с эктопией отмечалось повышение количества клеток, находящихся на ранних этапах апоптоза (Аннексин V+/ пропидиум иодид -) по сравнению с таковым у здоровых подростков. Напротив, у женщин с эктопией шейки матки наблюдалось повышение уровня клеток, находящихся на поздних этапах апоптоза (Аннексин V+/ пропидиум иодид +), в сравнение с показателями здоровых женщин. Бактерицидная активность нейтрофилов в спонтанном и стимулированном зимозаном НСТ-тесте в группе девушек-подростков с эктопией шейки матки не имели достоверных отличий от показателей здоровых подростков. Состояние фагоцитарного звена иммунитета в группе женщин с эктопией шейки матки характеризовалось повышением НСТ - позитивных нейтрофилов в спонтанном НСТ - тесте. Достоверных различий со стороны показателей иммуноглобулинов A, M, G и ЦИК в группах практически здоровых девушек и подростков с эктопией шейки матки не выявлено. В то время, как у женщин фертильного возраста с патологией шейки матки наблюдалось повышение уровня иммуноглобулина G. Уровень цитокинов в сыворотке крови у подростков с эктопией шейки матки характеризовался снижением содержания ИФНγ на фоне тенденции к повышению уровня ИФНα. В группе женщин с эктопией шейки матки отмечалось снижение показателей ИФНα и тенденция к снижению уровня ИФНγ. Показатель ФРФ в группе подростков с эктопией шейки матки по сравнению с группой здоровых девушек не имел достоверных изменений. У женщин с патологией шейки матки отмечалась тенденция к снижению уровня ФРФ.

Выводы: развитие эктопии шейки матки у девушек-подростков происходит на фоне повышения в периферической крови количества CD56+ естественных киллеров и уровня лимфоцитов, находящихся на ранних этапах апоптоза, снижения экспрессия маркеров поздней активации лимфоцитов и содержания сывороточного ИФНγ. Отличительной чертой иммунного ответа женщин активного репродуктивного возраста с эктопией шейки матки является увеличение уровня активированных CD25+ лимфоцитов и популяции CD16+ естественных киллеров, повышение содержания сывороточного иммуноглобулина G и усиление поздних этапов апоптоза периферических лимфоцитов при сниженной продукции ИФНα. Полученные результаты свидетельствуют о разных иммунных механизмах, лежащих в основе развития эктопии шейки матки, у девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста.

ОЦЕНКА ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ЯИЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Соломатина А.А., Михалева Л.М., Пашкова А.В., Воробьева Н.Н., Шабрина О.В. (Москва)

Эндометриоз яичников представляет собой одну из самых интересных, мало изученных проблем в современной гинекологии и является весьма распространенным заболеванием. До сих пор неясно, все ли эндометриоидные яичниковые образования одинаковы, или существует различие в их строении, которое можно диагностировать на дооперационном этапе.

Целью исследования явилось сопоставление различных вариантов морфологического строения эндометриоидных кист яичников с клиническими проявлениями и результатами дополнительных методов обследования для выявления возможного различия.

Всего нами было обследовано 289 больных с эндометриозом яичников, которые были разделены на две группы по результатам морфологического исследования. Для этого в операционном материале с помощью морфометрии с использованием анализатора изображения по программе Leica Qwin исследовались качественные и количественные параметры сосудов в гистопрепаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, а также комбинированной окраской по ван Гизон. Оценивались объемная плотность сосудов на стандартную площадь, площадь и толщина стенки сосудов, площадь просвета сосудов. Электронная микроскопия была проведена 104 (36%) больным на микроскопе JAM-100C по стандартной методике. Для оценки пролиферативной активности эпителиальных клеток в исследуемых яичниковых новообразованиях было проведено иммуногистохимическое исследование. Использовались первичные моно- и поликлональные антитела: к ядерному белку пролиферирующих клеток PCNA (ready-to-use, DAKO), к антигену CA-125 (в рабочей концентрации 1: 100, Novocastra), к фактору VIII Виллебранда (ready-to-use, Immunon), к маркеру эндотелиальных клеток CD31(ready-to-use, DAKO). Результаты реакций оценивались в случае ядерной локализации продукта по проценту окрашенных ядер на 300 клеток. При цитоплазматической и мембранной локализации продукта - полуколичественным методом в баллах от 0 до 6 по общепринятой методике с учетом количества окрашенных клеток. 0 баллов выставлялось в случае отсутствия окраски; 1 балл – до 10%; 2 балла – до 20%; 3-4 балла – 20-50%; 6 баллов – более 50% окрашенных клеток. Кроме того, оценивалась степень выраженности окраски, как слабая - продукт реакции был светло-коричневого цвета, умеренная - коричневого цвета и выраженная - определялось окрашивание темно-коричневого цвета. Всем пациенткам помимо общеклинического обследования проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) до оперативного лечения на аппарате ACUSON 128XP/10 (США) с применением трансабдоминального и трансвагинального датчиков с частотой 3,5 и 7,5мГц соответственно. При ЦДК визуально оценивали характер интраовариального кровотока, определяли наличие или отсутствие локусов васкуляризации, их количество, а также распределение в перифолликулярных или стромальных регионах яичника. Расчитывали максимальную артериальную скорость (Vmax), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ).

У большинства больных (185-64%) определяли концентрацию опухолеассоциированного антигена CA-125 в плазме крови до операции с помощью диагностического набора фирмы «Hoffman La Roche» (Швейцария).

Согласно результатам морфологического исследования, эндометриоидные яичниковые образования различны по морфологическому строению. Первую группу составили 75 пациенток с железисто-кистозным вариантом эндометриоидного образования, из них у каждой третьей наблюдалось сочетание кисты и очагов железистого эндометриоза в строме яичника. Во 2 группу вошло 214 пациенток с кистозным типом кисты, только у 1 – в сочетании со стромальными очагами в неизмененной ткани яичника.

Для железисто-кистозного варианта (1 группа) при гистологическом исследовании характерным являлось наличие в его стенке многочисленных желез и цитогенной стромы с разнообразными клеточными элементами, эпителия пролиферирующего типа, большого количества артериол с тонкой гладкомышечной стенкой по данным морфометрии. Для кистозного варианта (2 группа) было свойственно отсутствие желез, фиброзированная строма, а также фиброзный и дистрофический эпителий. При морфометрии в стенке кисты определялись отдельные сосуды с утолщенными склерозированными стенками.

Электронная микроскопия свидетельствовала о том, что для железисто-кистозного варианта характерны пролиферирующие полиморфные клетки с крупными ядрами и развитыми органеллами, а также многочисленные очаги кровоизлияний, при кистозном – клетки небольшие с дистрофическими ядрами, определялась гипертрофия и гиперплазия коллагеновых фибрилл.

Проведенные иммуногистохимические исследования с целью определения пролиферативной активности в клетках эпителия эндометриоидного яичникового образования показали различную выраженность экспрессии PCNA. При железисто-кистозном варианте была выявлена более высокая пролиферативная активность эпителиоцитов, составляющая 35,3-55,3%, при кистозном варианте выраженность экспрессии PCNA была 9,0 - 21,7%, что достоверно ниже в 2,5 – 3,9 раз ($p<0,05$). Оценка факторов VIII и CD31 в эндотелии многочисленных кровеносных сосудов показала их наличие при железисто-кистозном варианте эндометриоза, в то время как в образованиях кистозного характера отмечалась незначительная экспрессия исследуемых факторов.

Изучение содержания опухолеассоциированного антигена СА-125 в тканях эндометриоидных образований для определения пролиферативной активности выявило, что уровень экспрессии антигена в эпителиоцитах во всех случаях железисто-кистозного варианта составил 6 баллов и характеризовался умеренной и высокой интенсивностью окрашивания. Выраженность экспрессии данного антигена в кистозном варианте оказалась значительно ниже и составила 2-3 балла, продукт иммуногистохимической реакции имел окраску слабой степени выраженности.

Общеклиническое обследование показало, что яичниковые образования железисто-кистозного варианта характеризовались небольшими размерами (до 4 см), тонкой стенкой, частым сочетанием с другими формами наружного эндометриоза инфильтративного характера (у каждой третьей больной) и выраженным спаечным процессом в малом тазу, активным высокоскоростным, низкорезистентным кровотоком в стенке и неизмененной строме яичника (Vmax ср.= 20 см/сек, ИР ср.= 0,49), повышенными значениями СА-125 в сыворотки крови пациенток (от 66,2 до 213,4 ЕД/мл), выраженной клинической симптоматикой в виде болевого синдрома (76%), нарушений менструального цикла (65,3%), бесплодия (72%), частыми рецидивами (30,6%).

Для кистозного варианта эндометриоидной кисты было характерным отсутствие пролиферации в тканях, единичные сосуды с толстыми стенками или их отсутствие, большие размеры (более 4,5 см), утолщенная стенка, редкое сочетание с другими формами наружного эндометриоза только поверхностного характера (10,3%) и невыраженный спаечный процесс в малом тазу. У каждой третьей больной при УЗИ с ЦДК определяются отдельные локусы низкоскоростного высокорезистентного кровотока в области ворот яичника (Vmax ср.= 10 см/сек, ИР ср.= 0,64), у большинства – имеют место аваскулярные новообразования. В сыворотке крови пациенток с кровотоком в стенке кисты отмечалось незначительное повышение СА-125 (от 22,4 до 82,3 ЕД/мл), наиболее низкие значения опухолеассоциированного антигена были получены у больных с аваскулярными эндометриоидными образованиями кистозного варианта (от 20 до 39,4 ЕД/мл). Клиническая симптоматика при кистозном характере строения кисты была невыраженная, у каждой второй – заболевание протекает бессимптомно.

Таким образом, сопоставляя данные морфологического строения эндометриоидных яичниковых образований с клиническими проявлениями заболевания и результатами дополнительных методов исследования нами выявлена прямая корреляционная зависимость между пролиферативной активностью эндометриомы, выраженностью клинической симптоматики, активностью кровотока новообразования и концентрацией опухолеассоциированного антигена СА-125 в тканях кисты и крови пациенток.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОГО И РЕЦИДИВНОГО РАКА НАРУЖНЫХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Солопова А.Г., Маландин А.Г., Макацария А.Д. (Москва)

Введение. Основной причиной низких отдаленных результатов при инвазивном раке вульвы (РВ) является поздняя диагностика, отсутствие схем адекватного лечения, а, кроме того, пожилой возраст основной массы больных и выраженная сопутствующая патология.

Цель исследования. Изучение возможностей и преимуществ фотодинамической терапии в лечении инвазивного РВ.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели были обследованы 72 пациентки в возрасте от 45 до 79 лет.

В первую группу было включено 58 пациенток с диагнозом первичного РВ. У 12 пациенток была выявлена 1 стадия процесса, у 29 – 2 стадия, у 17 – 3 стадия. В 54 случаях имел место плоскоклеточный рак, в 3 случаях – базальноклеточный, в 1 случае – рак Педжета. Во вторую группу вошло 14 пациенток с местными (12 больных) и регионарными (11 больных) рецидивами РВ после радикального (4 пациентки) и нерадикального (10 пациенток) лечения.

В качестве источника лазерного излучения использовалась лазерная установка с длиной волны 670 нм. В качестве фотосенсибилизатора использовался российский препарат Фотосенс (разработка ГНЦ «НИОПИК»). Фотосенсибилизатор вводился однократно системно за 24 часа до начала лазерного воздействия в дозе 0,5 мг / кг. Применялись методики дистанционного (поверхностного) и интерстициального (внутритканевого) облучения посредством моноволоконных кварцевых световодов.

В основном лечение проводилось под общим обезболиванием в виде одного сеанса. Дистанционное облучение в зоне местного процесса у пациенток обеих групп проводилось на всю поверхность наружных половых органов с учетом возможности мультицентрического роста опухоли. В случае глубины опухолевой инвазии более 5 мм дистанционная ФДТ дополнялась интерстициальным облучением. При противопоказании к общему обезболиванию по соматически отяжеленному статусу лазерное облучение проводилось в течение 3 – 4 сеансов без общего обезболивания. Суммарная световая доза вводилась фракционно, с меньшей плотностью энергии и с менее выраженным болевым синдромом. Аналгезия: ненаркотические аналгетики.

При воздействии на узловые регионарные метастазы и рецидивы применялась методика интерстициального облучения. С целью оптимизации режимов ФДТ использовалась компьютеризированная флюоресцентная спектрофотометрия.

Результаты. В результате проведенного лечения полная регрессия (ПР) местного процесса в I клинической группе достигнута в 97,9% случаев наблюдения, частичная регрессия (ЧР) – в 2,1% случаев, во II клинической группе для местного процесса ПР – 91,7% случаев, ЧР – 8,3% наблюдений. При облучении регионарных метастазов эффективность воздействия зависела от величины опухолевого узла и глубины его расположения. В I клинической группе была получена ПР 73,7% опухолевых узлов и ЧР – 26,3%. Во II клинической группе для регионарных метастазов и рецидивов ПР – 72,7%, ЧР – 27,3%. Результаты подтверждены клинически и морфологически.

Заключение. ФДТ показывает высокую эффективность в лечении инвазивного рака вульвы, что позволяет рекомендовать метод при данной патологии в онкологической практике как самостоятельно, так и в сочетании с традиционными методиками.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Солопова А.Г., Туквадзе Е..Т., Маландин А.Г., Макацария А.Д. (Москва)

Гранулезоклеточная опухоль (ГКО) – редко встречающееся образование яичника (1-2% всех опухолей яичника и 5-10% всех раков яичника). Диагностика ГКО представляет значительные трудности. Основная проблема диагностики – многообразие внутреннего строения (от полностью солидного до кистозного).

Методы исследования. Проанализированы результаты МР-томографии у 17 больных ГКО в возрасте от 50 до 65 лет. МР-томографию проводили на аппарате Magneton "Harmony" фирмы "Siemens" как без применения контрастных веществ, так и с применением контрастного усиления (КУ) Омнисканом (фирма "Никомед-Амершам").

Всем больным проведено хирургическое лечение. У всех больных диагноз ГКО был подтвержден гистологически. У каждой больной изучали основные МР-характеристики опухоли (размер, объем поражения, локализацию) и сопоставляли их с данными, полученными при осмотре макропрепарата, а также с гистологическим заключением.

Результаты. При МР-исследовании у всех обследуемых опухоль была односторонняя, в 9 наблюдениях располагалась справа от матки, слева – в 8 наблюдениях. Размеры составляли от 4,5 см до 25 см в диаметре. При превышении размеров опухоли более 10 – 12 см, отмечалась ее неправильная форма с неровными или бугристыми контурами, при визуализации небольших опухолей была характерна овальная форма новообразования с ровными четкими контурами. В 8 наблюдениях были выявлены солидно-кистозные образования с мелкими и более крупными полостями неправильной формы (диаметр от 0,5 до 1,5 см) и «зернистым» солидным компонентом. В 2-х наблюдениях новообразование имело кистозно-солидное строение с крупными кистозными полостями (0,5 – 8 см в диаметре) и множеством перегородок. В 4-х случаях опухоль визуализировалась как солидное образование зернистой или губчатой структуры, размерами не превышающее 6,5 – 7 см, овальной формы с ровными четкими контурами. В 2-х случаях выявлялись зоны некроза с обширными кровоизлияниями.

Кистозные опухоли выглядели как многокамерные толстостенные (более 5 мм, чаще 6-8 мм) образования с неравномерно утолщенными септами. Кистозное однокамерное образование с тонкой капсулой наблюдалось в 1 случае, и у 2-х больных было выявлено кистозное однокамерное образование с неравномерно утолщенной капсулой и неоднородным содержимым.

При проведении КУ для всех ГКО, независимо от характера структуры образования, отмечалось усиление солидного (мягкотканного) компонента и септ, что позволило высказать предположение об увеличении злокачественного потенциала ГКО. Данные были подтверждены морфологически после хирургического вмешательства.

Обсуждение. В случае злокачественного варианта течения объемного процесса при ГКО обычно возникают трудности в проведении дифференциальной диагностики с раком яичников при помощи УЗ метода визуализации. При анализе МР-томограмм должны учитываться следующие отличия ГКО: во-первых, отсутствие явлений внутрикистозного роста опухоли (мягкотканный компонент не вдается в просвет кист, стенки их прослеживаются в полном объеме, а форма более правильная, характерная для фолликулярных полостей); во-вторых, отсутствие признаков инвазивного распространения (наличие четкого во всех участках контура опухоли, отсутствие "тяжистости" и ограниченной нечеткости поверхности новообразования). При использовании КУ с Омнисканом точнее определяется степень распространения процесса из-за усиления контрастирования нормальных и патологически измененных тканей.

Заключение. МРТ – высокоинформативный неинвазивный метод определения точной локализации и характера патологических овариалтьных образований, что делает возможной эффективную дооперационную диагностику гранулезоклеточных опухолей яичников.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА

Степанова О.С., Ишпахтин Ю.И., Грибань А.Н. (Владивосток)

Диагностика, профилактика и лечение эндометриоза в настоящее время продолжают оставаться актуальными, так как частота выявления этой патологии достигает 50% у женщин репродуктивного возраста. Целью исследования было уточнение значения эндоскопических методов диагностики и лечения при наружном генитальном эндометриозе.

Проведено хирургическое лечение наружного генитального эндометриоза больных в возрасте до 30 лет – 24, 30-40 лет – 14; 40-50 лет – 4. Длительность заболевания составила менее одного года – 23, до 3-х лет – 8, более 3-х лет – 12. У 23 процесс протекал бессимптомно. У 10 хирургическому лечению предшествовала гормональная терапия (эстроген-гестагенами, норколутом). Вмешательство осуществляли лапароскопическим доступом. Тяжесть процесса оценивали по классификации Американского Обществ фертильности. I-я стадия выявлена у 14, II-я – у 9, III-я – у 7, IV-я – у 1. У 12 женщин эндометриоидные очаги имели множественную локализацию. Наиболее часто поражались париетальная брюшина (22 случая), яичники (17 случаев), в том числе у 14 обнаружены эндометриоидные кисты, ретроцервикальный эндометриоз диагностирован у 10 больных, причем у 4-х из них в процесс была вовлечена прямая кишка. Аденомиоз, как операционная находка был обнаружен у 12 пациенток. Удаление эндометриоидных гетеротопий производилось путем их иссечения, моно- и биполярной коагуляцией, при поражении яичников выполняли их резекцию в пределах здоровых тканей, вылущивали капсулу эндометриоидной кисты с последующей коагуляцией ложа с целью гемостаза. Очаги эндометриоза на париетальной брюшине, крестцово-маточных связках иссекались и коагулировались.

Мы рассматриваем лапароскопическую операцию как первый этап лечения в случаях наружного и внутреннего эндометриоза, а также при невозможности радикального удаления всех эндометриоидных очагов. 28 больных нуждались в дальнейшей терапии, которая начиналась в послеоперационном периоде и продолжалась от 3 до 6-9 месяцев.

Основой второго этапа лечения явились антигонадотропины (даноген, данол), также применялись агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (золадекс). Консервативная терапия на втором этапе носила комплексный характер и включает применение агониста гонадотропин-рилизинг-гормона и анксиолитика грандаксина.

Проведена оценка эффективности лечения. В данных случаях проведена контрольная лапароскопия через 6 месяцев после операции и медикаментозного лечения. Отмечено существенное улучшение. Исследование отдаленных результатов в восстановлении репродукции оперированных женщин позволит оценить преимущества метода.

ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИАТАМИ НА РАЗВИТИЕ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ 14-18 ЛЕТ, ПОСТУПИВШИХ В РЕЖИМНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Супряга А.А., Миров И.М. (Рязань)

В настоящее время приобрела особое значение проблема употребления подростками, в том числе и девушками, наркотических веществ, в частности опиатов. Известно отрицательное влияние наркотизации девушек-подростков на показатели их общефизического развития и становления репродуктивной системы (Ю.А. Гуркин, 2000). Выраженность отрицательного воздействия наркотизации на организм девушки может зависеть от длительности и регулярности применения различных опиатов, что имеет место как при аддиктивном поведении, так и при формировании физической зависимости.

Проведено обследование 320 воспитанниц режимно-воспитательного учреждения. Из 320 обследованных 147 девушек – подростков, в возрасте 16–18 лет (средний возраст составил 17,1±0,3 года), злоупотребляли опиатами до заключения. Все они, как правило, являются выходцами из неблагополучных семей и имеют дефекты воспитания по типу гипопротекции. При патохарактерологическом обследовании с помощью патодиагностического опросника А.Е. Личко (ПДО Личко) выявлены эпилептоидные черты у 147 (100%) воспитанниц, употреблявших наркотики до заключения. У 134 (91,16%) воспитанниц выявлены черты неустойчивой акцентуации характера. Более редко отмечаются истероидные - у 73 (49,66%) воспитанниц, лабильные - у 15 (10,2%) воспитанниц, и даже сенситивные черты - у 3 (2,04%) воспитанниц. В данном случае речь идёт о том, что наркомания вызывает эпилептоидизацию личности, сохраняющуюся даже на фоне полного отказа от злоупотребления опиатами (т.к. в режимно-воспитательном учреждении употребление наркотиков полностью исключается).

У 78 (53,08%) девушек из 147 обследованных (1-ая группа) после начала употребления опиатов не отмечалось значимой наркотической зависимости. Применение опиатов было чаще не регулярным, а ситуационным и только в компаниях. Употребление наркотиков продолжалось, как правило, не более 6–12 месяцев. Основные показатели полового развития (состояние молочных желез и выраженность полового оволосения) соответствовали возрастной норме (по шкале М. В. Максимовой, 2000). Ни у одной из воспитанниц данной группы не было отмечено признаков задержки полового развития (ЗПР). У 41 девушки наблюдался гипоменструальный синдром в виде олигоопсоменореи (менструальная функция у этих воспитанниц восстановилась самостоятельно через 4 месяца после вынужденного прекращения приёма наркотиков), остальные 37 имели вторичную аменорею, наступившую после приема наркотиков еще до поступления в воспитательную режимно-воспитательное учреждение. У 24 девушек ее длительность составила от 6 до 12 месяцев (менструальный цикл у них восстановился самостоятельно через 4-5 месяцев пребывания в колонии), а у 13 - свыше 12 и до 18 месяцев (менструальный цикл у них восстановился самостоятельно через 4-6 месяцев после вынужденного прекращения аддиктивного поведения). Все 13 начали употреблять опиаты в первый год после менархе. Аменорея у них наступила через 4–12 месяцев аддиктивного поведения. Для части этих девушек условия жизни во время пребывания в воспитательной колонии (регламентированный распорядок дня, достаточный сон, регулярное трехразовое питание) оказались более благоприятными, чем это было ранее.

У 36 (24,49%) девушек – подростков из 147 обследованных (2-ая группа) наблюдалась индивидуальная психическая зависимость от наркотиков. У них также показатели полового развития находились в пределах возрастной нормы. Все эти девушки употребляли опиаты не только в компании, но и индивидуально. У 18 подростков из обследованных второй группы отмечалась вторичная аменорея в течение 6 –12 месяцев (цикл у них восстановился самостоятельно после заключения под стражу и, связанного с ним прекращения аддиктивного поведения, через 5-6 месяцев), а у двоих вторичная аменорея продолжалась 16 и 17 месяцев (цикл у них восстановился самостоятельно через 5 и 7 месяцев нахождения в режимно-воспитательном учреждении). У остальных 16 девушек данной группы длительность вторичной аменореи составила более двух лет (максимум 2 года 9 месяцев). Все 16 начали применять инъекции героина в первые 6 месяцев после менархе, а двое из них до менархе находились под наблюдением нарколога в связи с хроническим алкоголизмом. Менструальная функция у этих воспитанниц также восстановилась самостоятельно, но через 7-10 месяцев пребывания в режимно-воспитательном учреждении.

У всех обследованных первой и второй групп (77,57%) менструации восстановились самостоятельно после прекращения употребления наркотиков, через 4-10 месяцев нахождения в режимно-воспитательном учреждении.

Физическая зависимость имела место у 33 (22,43%) воспитанниц из 147 обследованных (3-я группа). У всех наблюдались четко выраженные признаки абстинентного синдрома, все они имели признаки задержки полового развития 1 –2 степени. Длительность вторичной аменореи в среднем составила 2,8 + 0,2 года. После проведения комплекса коррегирующих мероприятий: смягчения условий содержания,назначения модифицированной схемы циклической витаминотерапии с метаболическим компонентом (рационализаторское предложение №1180, 2005), фитотерапии (первая и вторая недели: отвар шалфея лекарственного, душицы, зверобоя, настойка родиолы розовой спиртовая; третья неделя: отвар из листа крапивы двудомной, малины обыкновенной, травы тысячелистника, настойка родиолы розовой; четвёртая неделя: настойка родиолы розовой), физиолечения (электросон-форез с бромом) - у 30 девушек менструации возобновились через 8 – 12 месяцев от начала пребывания в данном учреждении. У троих воспитанниц возобновления менструаций в течение 12 месяцев не наступило.

Данные настоящего исследования свидетельствуют о том, что употребление наркотиков и стрессовые ситуации отрицательно сказываются на становлении репродуктивной системы. Начало употребления наркотиков в ранние сроки после менархе (в течение первого года) приводит к наиболее неблагоприятному влиянию на состояние репродуктивной системы с наличием вторичной аменореи длительностью более двух лет. Нерегулярное, ситуационное употребление наркотиков длительностью не более 6 – 12 месяцев ведет к наличию гипоменструального синдрома в виде олигоопсоменореи у 52,56% (41 девушка из 78 первой группы). У остальных обследованных даже такая наркотизация вызывает вторичную аменорею длительностью от 6 до 18 месяцев. При наличии психической зависимости от наркотиков длительность вторичной аменореи часто превышает два года. Однако, у этих девушек, так же как и у не имевших психической зависимости, восстановление менструальной функции происходит самостоятельно, но уже после вынужденного прекращения наркотизации в связи с поступлением в РВУ. При физической зависимости у всех обследованных наблюдалась длительная (более двух лет) вторичная аменорея и ЗПР 1 –2 степени. У большинства из них удается добиться восстановления менструальной функции через 8 –12 месяцев пребывания в РВУ только на фоне коррегирующих мероприятий (циклической витаминотерапии с метаболическим компонентом и фитотерапией). Однако, у 3 воспитанниц из 33 (9,03%), страдающих физической зависимостью от наркотиков, и к этому времени восстановления менструальной функции не произошло, что требует дополнительной реабилитационной терапии. Вышеизложенное может явиться одним из направлений воспитательной разъяснительной работы по отрицательному воздействию наркотизации на становление репродуктивной системы девушек-подростков.

РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НАТУРАЛЬНЫМИ И СИНТЕТИЧЕСКИМИ ЭСТРОГЕНАМИ В РАЗВИТИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТЕРНЕРА

Суркова Л.В., Уварова Е.В., Мешкова И.П., Озерова О.Е. (Москва)

Особенностью современной стратегии заместительной гормональной терапии у девочек с первичным дефицитом эндогенных эстрогенов является тактика, направленная не только на достижение роста и развития матки, но и моделирование формы и размеров молочных желез. В этой связи чрезвычайно актуальным является вопрос о выборе наиболее оптимального вида заместительной гормональной терапии у данной категории больных, притом особого внимания заслуживает стартовая терапия половыми стероидами, обеспечивающая моделирование гормональных изменений аналогичных физиологическому половому созреванию.

Цель исследования: изучить особенности влияния различной (синтетические, натуральные эстрогены) стартовой гормональной терапии на структуру молочных желез у девочек с первичным эстрогенным дефицитом при синдроме Тернера.

Материалы и методы: в процессе динамического наблюдения в течение 2-х лет было обследовано 47 больных с синдромом Тернера в возрасте от 11 до 19 календарных лет (13,4+2,82 года). Из их числа 28 девочек с кариотипом 45XO и 19 с кариотипом 45XO/46XX. Все пациентки на протяжении 2-х лет получали терапию препаратами натуральных эстрогенов в непрерывном режиме в трансдермальной форме (Дивигель 1 грамм ежедневно на область молочных желез либо на надлобковую область) и добавлением дидрогестерона (Дюфастон) 10-20 мг/сутки в секвенциальном режиме либо в пероральной форме (Фемостон 2/10). Однако исходная (стартовая) терапия у обследованных нами больных проводилась препаратами как натуральных (17β-эстрадиол, эстраднола валерат), так и синтетических (этинилэстрадиол в составе комбинированных оральных контрацептивов) эстрогенов. Учитывая это, пациентки были рандомизированы на 2 группы. В 1 группе (19 человек) стартовое восполнение дефицита эстрогенных влияний проведено синтетическими эстрогенами. Во 2 группе (18 человек) аналогичный период времени применяли препараты, содержащие т.н. «натуральные» эстрогены.

Объективизация результатов лечебного воздействия производилась с учетом степени развития вторичных половых признаков по Таннеру, данных соматоскопии, и пальпации молочных желез, секторальную эхомаммаграфию проводили каждые 3 месяца, рентгеновскую маммаграфию 1 раз в 9-12 месяцев.

Результаты исследований: на фоне проводимой терапии у девочек обеих групп отмечалось увеличение размеров молочных желёз до стадии Маз (по Таннеру). В 1 группе Ма среднее через 3 месяца терапии составило 2,3, через 6 месяцев 3,3, через 12 месяцев 4. Во 2 группе средние размеры Ма по Таннеру через 3, 6 и 12 месяцев терапии составляли 1,9, 2,6 и 4,2 соответственно. Мастодиния в течение первых 3-х месяцев терапии наиболее часто (11 из 19 человек) возникала у больных, принимавших синтетические препараты. Продолжительность мастодинии колебалась от 6-ти до 8-ти месяцев, В ряде случаев (4 девочки) выраженность болевого синдрома была существенной, что потребовало дополнительного назначения специфических растительных препаратов. Среди девочек 2-ой группы симптомы мастодинии (n=4) были незначительными по интенсивности и непродолжительными по длительности (возникнув в первые 2-3 месяца терапии, практически исчезали к 4-5 месяцу лечения). Обратило на себя внимание что в 1 группе обследованных динамика роста молочных желез в начале заместительной терапии была более выраженной, однако сопровождалась увеличением частоты мастодинии, Именно в этой группе спустя 2 года от старта лечения обнаруживались изменения в молочных железах, расцениваемые как отклонение от физиологической нормы (по данным эхо- и ренттен-маммаграфии).

По результатам эхомаммаграфии уже спустя 6 месяцев терапии в структуре молочных желез отмечали появление объективных критериев формирования структуры молочной железы: перигландулярной стромы (n=6) и даже сетчатого типа строения железисто-стромального комплекса спустя 12 месяцев терапии (n=7). Однако именно среди девочек этой группы после 2 лет лечения были диагностированы изменения в молочных железах. Так, по данным ренттенмаммаграфии, в 4-х случаях - обнаружены признаки фиброзно-кистозной мастопатии, из них у 3-х девочек с крупнопетлистой деформацией и фиброзом стромы железы, и фиброзом в ареолярных зонах - у 1-ой из их числа. У одной пациентки (по данным эхомаммаграфии) выявлены множественные, мелкие кисты молочных желез от 3 до 5 мм, а у двоих больных гиперплазия стромального компонента.

Несмотря на относительно невысокие темпы роста молочных желез во 2-ой группе обследованных, формирование структуры молочной желез протекало аналогично таковому в физиологическом пубертате. Исходно формирование ткани железы (по данным эхографии) протекало за счет развития преимущественно стромального компонента. Так появление хорошо развитой опорной стромы отмечали у 10 девочек из 18 спустя первые 6 месяцев терапии. Появление перигландулярной стромы, как объективного критерия развития железистой ткани молочной желез, обнаруживали у подавляющего большинства девочек лишь спустя 12 месяцев терапии. В 3-х случаях спустя 12 месяцев от начала терапии удавалось визуализировать мелкосетчатый тип строения стромально-железистого комплекса, что расценивалось нами как законченный процесс формирования полноценной структуры молочной железы. Несмотря на то, что развитие и формирование молочной железы у больных 2-ой группы протекало замедленными темпами по сравнению с 1-ой группой, именно у них, последовательность формирования стромально железистого комплекса, перигландулярной стромы, появления сетчатого рисунка была сохранена и не отличалась от таковой при физиологическом пубертате. Кроме того, спустя 2 года от начала терапии результаты эхо- и рентген-маммаграфии девочек, использовавших стартовую терапию «натуральными» эстрогенами, не выявили патологических изменений в структуре молочных желез.

Выводы: таким образом, в настоящее время у больных с первичным дефицитом эстрогенов препаратами выбора для заместительной гормональной терапии целесообразно использование «натуральных» эстрогенов, оптимально стимулирующих половое созревание и формирование молочных желез в отличие от синтетических аналогов.

К ВОПРОСУ О ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ, НЕ РОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Сухарева И.Г., Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю., Фомичев В.В., Ячменев Н.П. (Смоленск)

Причины возникновения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у нерожавших женщин, несмотря на большое количество исследований в этой области, до сих пор остаются недостаточно изученными. В последнее время отмечается неуклонный рост патологии шейки матки в популяции нерожавших женщин 18-28 лет, что определяет актуальность настоящего исследования и его клинический интерес, прежде всего, для практического здравоохранения.

На современном этапе накоплено достаточно материала, свидетельствующего о прямом влиянии на формирование вышеуказанной гинекологической патологии таких факторов как раннее начало половой жизни и беспорядочные половые связи. В связи с этим, не вызывает сомнений более детальное изучение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки у пациенток молодого возраста с нереализованной репродуктивной функцией, поскольку ве-

роятность их неблагоприятного влияния на течение беременности и родов чрезвычайно высока. Актуальны также разработка новых, более рациональных подходов к комплексу диагностических мероприятий и выработка тактики лечения больных с различными формами патологических изменений шейки матки.

Целью исследования явилось изучение структуры патологических изменений шейки матки в группе нерожавших женщин 18-28 лет и выбор методов рациональной терапии, в зависимости от формы и степени патологических процессов.

Проведено обследование 60 нерожавших пациенток в возрасте 18-28 лет, обратившихся к врачу гинекологу по разным причинам (профосмотр, жалобы на боли, нарушение менструального цикла, консультации по поводу контрацепции и др.). Обследуемые были распределены на группы в зависимости от состояния шейки матки: I группа - клинически здоровые (25–41,7%), II группа - с эктопией шейки матки (24-40%), III группа – с изменениями шейки матки, обусловленными ВПЧ-поражением (11-18,3%).

При обследовании нами использовались такие методики как: анализ жалоб и анамнеза, осмотр шейки матки при помощи зеркал и бимануальное гинекологическое исследование, микроскопическое исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища, цитологическое исследование мазков-отпечатков шейки матки и соскоб из цервикального канала, патоморфологическое исследование биоптата из шейки матки.

Всем обратившимся были проведены тестирование на ДНК ВПЧ методом ПЦР, а также простая и расширенная кольпоскопия, являющаяся скрининговым методом диагностики при поражениях шейки матки. Проводилось иммунологическое исследование: определение секреторного иммуноглобулина А в цервикальном секрете.

Результаты наших исследований показали, что в I группе 2 пациентки (8%) оказались инфицированными низкоонкогенным типом ВПЧ 6/11 (латентная форма).

Во II группе кольпоскопическая картина у 16 женщин (66%) характеризовалась смещением границы между ЦЭ и МПЭ на 1-2 мм кнаружи, что расценено как физиологическая норма. У 8 больных (33%) выявлены большие эктопии до 5 см в диаметре в стадии начальной эпидермизации.

Пациентки с изменениями шейки матки на фоне ПВИ в зависимости от степени распространенности процесса распределились следующим образом:

I степень – 5 человек (45,5%) - патологический процесс занимал 1/3 эктоцервикса;

II степень – 6 человек (54,5%) - патологический процесс занимал 1/2 эктоцервикса.

Были обнаружены следующие кольпоскопические признаки у пациенток 3 группы:

1) эктопия с зоной трансформации в виде немых йод негативных зон - у 4 (36,3%);

2) эктопиия + мозаика – у 3 (27,3%);

3) эктопия +пунктация – у 2 (18,4%);

4) УБЭ (уксусно-белый эпителий) – у 2 женщин (18,2%).

Среди женщин с изменениями шейки матки выявлены:

цилиндрический эпителий (железисто-сосочковая форма) – у 12 пациенток (34,2%),

цилиндрический эпителий (железисто-сосочковая форма с участками эпидермизации) – у 8 (22,9%),

цервикоз (железисто-сосочковая псевдоэрозия с эпидермизацией и воспалением шейки матки) – у 4 (11,5%),

ВПЧ–поражение шейки матки – у 11 пациенток (31,4%).

Патоморфологические признаки ВПЧ представлены явлениями акантоза, паракератоза, койлоцитоза, явлениями базально-клеточной активности.

Согласно результатам цитологического исследования, больные разделились на три группы (окрашивание по Папаниколау):

ПАП I – 27 (45%) – атипических клеток нет; нормальная цитологическая картина;

ПАП II – 32 (53.3%)- изменение морфологии клеток, обусловленное воспалением;

ПАП III – 1 (1,7%) наличие в мазках единичных атипических клеток.

При бактериоскопическом исследовании и ПЦР-диагностике в I группе пациенток у 1 выявилась сопутствующая патология – трихомониаз, у 2- явления бактериального вагиноза.

Во II группе у 12 пациенток с эктопией шейки матки обнаружен трихомониаз и у 4 –бактериальный вагиноз.

В III группе с поражениями шейки матки на фоне ПВИ: у 7 больных выявлен трихомониаз, у 3- бактериальный вагиноз.

Содержание секреторного иммуноглобулина А в отделяемом из цервикального канала составило:

в I группе (с неизмененной шейкой матки) – 1,75 – 2,5;

во II группе (с эктопиями) – 1-1,2;

в III группе (с изменениями шейки матки на фоне ПВИ) – 0,7.

Все обследованные находились под наблюдением гинеколога в течение года. Из них, у 15 пациенток с бактериальным вагинозом проведена санация влагалища и восстановление микробиоценоза, у 10 с выявленным трихомониазом проведена соответствующая терапия.

Всем больным с поражениями шейки матки на фоне ПВЧ проведено деструктивное лечение – лазерная вапоризация, радиохирургическая фульгурация и противовирусная терапия (Виферон, Панавир).

За время наблюдения эктопия уменьшилась в 2 раза - у 15% пациенток (4), незначительное уменьшение эктопии – у 30% (7), не произошло изменений – у остальных 55% (13).

Проведенное нами исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Изменения шейки матки на фоне ПВИ, учитывая онкогенный характер вируса, требуют обязательного деструктивного лечения.
2. Подобная тактика рекомендована при эктопии большого диаметра в случае отсутствия эпителизации в течение 1 года, т.к. чем больше площадь эктопии, тем больше зона трансформации, и, следовательно, выше вероятность возникновения дисплазии покровного эпителия.
3. ВПЧ-инфицирование эктопии на фоне неизмененной шейки матки, а также маленькие физиологические эктопии требуют лишь динамического наблюдения, т.к. не исключена возможность развития ПВИ.
4. Учитывая корреляцию уровня местного иммунитета с глубиной поражения шейки матки (незначительное снижение его у женщин с эктопиями и более значимое с ВПЧ-поражением), целесообразно рекомендовать использование в комплексе с деструктивным лечением локальной иммунотерапии.

МЕТОДЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ДЕРМОГРАФИИ И АРД-КОМПЛЕКСА В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Талызина Е.А., Киреева Е.А., Рачкова Е.В., Щепин М.В. (Владивосток)

Известно, что диагностика острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов в некоторых случаях по-прежнему существенно затруднена. Вместе с тем, принимая затяжное течение, эта патология приводит к нарушению менструальной, половой и генеративной функций. Вскоре обнаруживаются изменения со стороны нервной, эндокринной и сосудистой систем.

Для проведения топической диагностики, оценки резервных возможностей организма и динамического контроля здоровья мы применяли метод компьютерной дермографии (КД) и АРД-комплекс.

Обследовано 35 девочек в возрасте 12-16 лет, поступивших в стационар с направительным диагнозом: острый сальпингоофорит. Съем КД и АРДК производился не позднее 2-х суток от начала заболевания, преимущественно в его острый период, когда у больной имелись выраженные признаки воспаления. Диагноз подтвердился в 88% случаев. Расхождение клинического диагноза с КД- и АРД-комплексным исследованием составило 4 случая из общего числа наблюдений. Двум больным диагностирован острый аппендицит, одной – острый пиелонефрит, у другой была обнаружена киста яичника. Сложностью диагностики явилась одинаковая (либо «близкая») сегментарная иннервация в системе люмбально-сакральных сегментов, где преобладает адренергическая система.

Во всех случаях по КД и АРДК определялись признаки воспаления: наличие артерио-венозного рассогласования по сосудистым графикам F2 и F3: недостаточность ангиотома-А и усиление ангиотома-В в сегментах L2 – S5. Снижение артериального тонуса сопровождалось явлениями дистонии и общей симпатотонии. Диагноз «острый сальпингоофорит» подтвержден другими исследованиями.

Таким образом, чем более выражен воспалительный процесс, тем более выражено артерио-венозное рассогласование по сосудистым графикам. В целом по выходному документу КД и АРД Комплекса представляется возможным судить о фазе (стадии) воспалительного процесса, состоянии резервных возможностей организма, истощении или напряжении механизмов адаптации. Метод КД и АРДК рекомендовать в качестве дополнительного скрининг-метода при диагностике заболеваний гениталий.

ОЗОНОТЕРАПИЯ- ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ В РЕШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРОБЛЕМ

Тарасенко Л.П., Тыщенко О.Г. (Барнаул)

Ухудшение репродуктивного здоровья населения требует еще более пристального внимания медиков в плане внедрения новых, наиболее эффективных и безопасных методов лечения.

В первую очередь это лечение женщин детородного возраста с проблемами репродукции – невынашивание беременности, бесплодие, рождение плодов с внутриутробными пороками развития. При выявлении причин этих проблем ведущее место занимают бактериальные инфекции (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы), токсоплазмы и вирусные инфекции (вирус простого герпеса, вирус папиломы человека).

Озонотерапия все прочнее занимает свое почетное ведущее место в санации очагов хронической инфекции различной локализации и этиологии. Этот, хорошо зарекомендовавший себя, метод лечения активно применяется в санатории «Барнаульский» с 2001г. В гинекологическом центре в лечении женщин всех возрастных групп озонотерапия применяется с 2003г.

В первую очередь это борьба с урогенитальными инфекциями; а их более 20, которые приводят к вульвовагинитам, нарушениям менструального цикла, патологиям шейки матки, нарушениям репродуктивной функции, невынашиванию беременности, к хроническим неспецифическим вагинитам и дискомфорту в сексуальной сфере.

Озонотерапия широко и эффективно применяется нами в лечении тазовых и влагалищных болей различной этиологии в виде местных орошений озонированными растворами, влагалищных озонированных масляных тампонов и местных блокад озоном.

Хорошие результаты мы наблюдали в лечении вирусной инфекции после внутривенных капельных инфузий озонированных растворов с 0,9% раствора NaCl.

Вагинальные манипуляции с озоном применялись нами для лечения вульвовагинитов, бактериальных вагинозов, т.к. озонотерапия является не только надежным средством санации урогенительного тракта, но и служит восстановлению собственных защитных возможностей организма, способствуя повышению местного иммунитета. Здесь необходимо отметить положительные результаты в лечении вагинитов беременных. При лечении озоном мы отмечали улучшение общего состояния и гинекологического статуса пациенток в 100% случаев, что наблюдалось клинически и подтверждалось анализами.

Велика роль хронической инфекции, особенно в сочетании с ВПЧ, в возникновении экзо - и эндоцервицитов. Для лечения мы использовали влагалищные масляные озонированные тампоны (оливковое, льняное масло).

В отдельных случаях, когда выявлялась бактериальная инфекция, женщины получали только местное лечение, в других случаях, при выявлении еще и вирусной инфекции в крови, назначали комплексное лечение озоном: местное и парентеральное введение озона.

Особую тревогу вызывает проблема здоровья девочек-подростков, т.к. к репродуктивному возрасту они подходят с высоким уровнем соматической патологии, в структуре которой преобладают хронические заболевания легких, верхних дыхательных путей, почек, желудочно-кишечного тракта и другие.

В структуре этих болезней значительное место занимают хронические инфекции миндалин, аденоиды, обладающие выраженным неблагоприятным действием на гипоталамо-гипофизарную систему, вызывая значительные нарушения регуляции репродуктивной функции.

Рост заболеваний органов пищеварения, почек, анемий способствует астенизации подростка, что вызывает истощение адаптационных механизмов и приводит в конечном результате к различным нарушениям в становлении репродуктивной системы: задержке полового развития, нарушениям менструального цикла или отсутствию менархе.

Озонотерапия широко используется нами как самостоятельный метод лечения, так и в сочетании с другими физиотерапевтическими методами (магнито-, лазеротерапия), преформированными факторами (грязе-, пантолечение).

Приоритетным направлением является для нас лечение озоном как монотерапия, или в сочетании с физиотерапевтическими факторами без назначения лекарственных средств. К медикаментозным средствам мы обращаемся в исключительных случаях: при длительных хронических процессах, часто рецидивирующих, острых и подострых течениях.

Озонотерапия потенцирует лечебное действие лекарственных веществ, что способствует уменьшению лекарственных доз и укорочению курса лечения.

При отсутствии противопоказаний озонотерапию проводили согласно общепринятых методик с низкой и высокой концентрацией озона в нарастающем и убывающем режиме (от 1,5 до 5-7-8 мг/л) курсом от 5 до 8-10-15 процедур. Озон получали через аппарат «Медозонс».

При обследовании пациенток до и после лечения нами использовались следующие методы диагностики:

общие клинические анализы крови;

коагулограмма;

биохимические анализы крови;

ультразвуковое исследование женщин (по показаниям) на аппарате АЛОКА-4000 (Япония) с помощью вагинального датчика;

исследование флоры влагалища и цервикального канала при помощи бактериоскопического метода;

исследование мазков из влагалища методом ПЦР на ВПЧ, ВПГ, хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, кандиды;

исследование крови методом ИФА на вирусоносительство – ЦМВ, ВПГ, токсоплазмы;

для определения патологического процесса шейки матки применяли кольпоскопическое исследование при помощи кольпоскопа «Олимпус», (Япония). Расширенную кольпоскопию проводили по общепринятым методикам;

Нами было пролечено 109 женщин различных возрастных групп:

синдром потери плода различных сроков беременности – 21,

экзо- и эндо цервициты – 14,

хронические заболевания матки и придатков – 18,

хронические вагиниты, (в т.ч. неспецифические, кандидозные и др.) – 31

планирование беременности – 9,

проблемные беременные – 10,

осложненное послеоперационное течение – 4

Побочных реакций, осложнений, непереносимости при озонотерапии не наблюдалось. Следует особое внимание обратить на озонотерапию в плане предгравидарной подготовки.

Преимущество озонотерапии перед другими методами – это высокая эффективность, простота применения, хорошая переносимость, безопасность, экономическая целесообразность.

Таким образом, применение озонотерапии как самостоятельного метода лечения, так и в комплексе с другими видами лечения, повышает резистентность организма, улучшает репродуктивную функцию, снижает риск перинатальных потерь.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, МЕТОДЫ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА

Тер-Овакимян А.Э., Косаченко А.Г., Элибекова О.С., Кашкаева Н.М. (Москва)

В структуре острых гинекологических заболеваний апоплексия яичника (АЯ) занимает третье место и составляет 17,1%. Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится 0,5-2,5%.

Цель исследования: оценка состояния репродуктивной системы женщин с апоплексией яичника в зависимости от клинической формы и тактики ведения в период от 6 месяцев до 3 лет наблюдения.

Произведено обследование и лечение 79 больных с апоплексией яичника. При анализе клинической картины острое начало заболевания было отмечено в 17 (21,5%) случаях, относительно стертое течение – в 62 (78,5%). В зависимости от метода лечения пациентки разделены на две группы. I группу составили 20 женщин, которым проводилось хирургическое лечение лапаротомическим доступом. II группу составили 59 женщин, которым проводилось эндоскопическое хирургическое лечение. При анализе клинической картины острое начало заболевания было отмечено в 17 (21,5%) случаях, относительно стертое течение – в 62 (78,5%).

По данным ретроспективного анализа выявлено, что 31 пациентка была ранее пролечена по поводу апоплексии яичника консервативно (условно – болевая форма). Консервативное ведение было обусловлено следующими факторами: удовлетворительным состоянием больной, отсутствием гемодинамических нарушений, нормальными лабораторными показателями, маловыраженным болевым синдромом, купирующимся частично самостоятельно или с помощью медикаментозной терапии. Таким образом, при консервативном ведении больных с данной патологией, в 39,3% случаев отмечается рецидив заболевания.

Клинические формы апоплексии яичника определялись объемом кровопотери. Среди обследованных нами женщин с апоплексией яичника легкая форма заболевания (условно – «болевая») была выявлена у 59 больных (74,7%), средняя – у 13 (16,5%), тяжелая – у 7 (89%).

Объем оперативных вмешательств при апоплексии яичника в зависимости от доступа: в 1 группе - удаление яичника – 10%, ушивание яичника – 60%, резекция яичника – 30%; во 11 группе – ушивание яичника – 64,4%, резекция яичника – 10,2%, санация брюшной полости и малого таза – 25,4%. Следует отметить, что при лапаротомии минимальный объем оперативного вмешательства не проводился, а в случаях хирургического лечения с помощью лапароскопического доступа удаление яичника не производилось.

Интраоперационно, у больных с легкой (условно – «болевой») формой АЯ, спаечный процесс 0-1 степени выявлен у 2 (8%) больных, 1-11 степени - у 3 (12%) больных, 111-1У степени – у 20 (70%). У всех пациенток с легкой формой АЯ, пролеченных ранее консервативно по поводу этого же заболевания, был отмечен спаечный процесс 111-1У степени. У больных со средней и тяжелой формами АЯ, спаечный процесс 0-1 степени наблюдался в 13 (24,1%) случаях, 1-11 степени имел место в 33 (61,1%) случаях, 111-1У степени – в 8 (14,8%). Таким образом, у больных с легкой формой апоплексии яичника, пролеченных ранее консервативно, спаечный процесс органов малого таза встречался не только чаще, но и был более выражен.

Характер менструального цикла у пациенток с апоплексией яичника после лечения. Сравнительная характеристика менструального цикла пациенток до начала заболевания и после лечения показала, что в 1 группе количество больных с регулярным менструальным циклом уменьшилось на 20,0% за счет увеличения частоты олигоменореи на 15,0% и появления больных с дисменореей (5,0%). После лапароскопических операций менструальный цикл восстановился у 6,8% пациенток. После консервативного лечения больных с АЯ менструальный цикл существенно не изменился.

Консервативное лечение получали ранее 31 (100%) пациентка с легкой формой апоплексии яичника. Отдаленные результаты показали, что 13 (41,9%) женщин предъявляли жалобы на бесплодие. Результаты лечебно-диагностической лапароскопии: непроходимость или затрудненная проходимость маточных труб выявлена у 13 (100%) женщин, спаечный процесс в малом тазу диагностирован у 11 (84,6%) женщин, наружный генитальный эндометриоз – 3 (23,1%) женщин.

Репродуктивная функция. Лапарскопию, как метод лечения, выбрали 59 (100%) женщин с легкой формой апоплексии и нереализованной репродуктивной функцией. Прослежены отдаленные результаты эндоскопического лечения у всех женщин. Только 8 (13,6%) пациенток в дальнейшем обратились по поводу бесплодия. Среди пациенток 1 группы, прооперированных по поводу легкой формы апоплексии яичника лапаротомическим доступом (n=12) у 58,3% (7 чел.) в период до 3 лет после лечения диагностировано бесплодие, что в 5,7 раза чаще, чем после хирургических вмешательств лапароскопическим доступом.

Таким образом, при использовании лапароскопического доступа частота тяжелой формы апоплексии яичника была в 2 раза реже, а частота легкой формы увеличивается до 79,7%. Это позволило с учетом эндоскопического доступа в 100% случаев выполнить органосохраняющие операции.

Маточная беременность у больных с АЯ после консервативного лечения наступает на 23,1% (в 1,5 раза) реже, чем после хирургического лечения и на 33,0% (в 1,7 раза) реже после лапаротомии, чем после лапароскопии.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА НА СИСТЕМНОМ И ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЯХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ

Тетелютина Ф.К., Стяжкина С.Н., Ребро Н.А. (Ижевск)

Распространенность воспалительных заболеваний органов малого таза в Удмуртской Республике составляет 30 на 1000 женщин. Они занимают одно из первых мест в структуре гинекологических заболеваний и за последние десятилетия не только не имели тенденции к снижению, а, наоборот, неуклонно растут. Хроническое воспаление половых органов у женщин вызывает стойкий болевой синдром, нарушение менструальной, секреторной и половой функций, является причиной бесплодия, внематочной беременности, нарушений гормонального и иммунного статуса, психо-эмоциональных нарушений.

Применение медицинского озона основано не неспецифическом саногенном действии озона (бактерицидное, вирицидное, фунгицидное действие), противогипоксическом и иммуномодули-

рующем эффекте, активации про- и антиоксидантных систем, восстановлении микроциркуляции и др.

Цель исследования: Повышение эффективности лечения и реабилитации больных хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов у женщин на основе включения в лечебный комплекс озонотерапии.

Было обследовано 60 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями внутренних женских половых органов. Первую группу составили 30 женщин, которые получили комплексное консервативное лечение. Во второй группе (30 женщин) помимо традиционного лечения проводилось внутривенное введение 400 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 1000-1200 мкг/л ежедневно или через день на курс 5-10 процедур.

Для оценки эффективности лечения проводили лабораторные исследования (полный анализ крови, микроскопия мазка, бактериологическое исследование, обследование на ИППП, оценка иммунологического статуса на системном и локальном уровнях), ультразвуковое исследование.

Полученные результаты. До лечения в обеих группах наблюдались изменения показателей иммунного гомеостаза: снижение общего количества CD3 клеток за счет снижения абсолютного и относительного количества CD4 клеток, некоторое повышение CD8, снижение ИРИ. При анализе местного иммунитета наблюдалось снижение фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа, нормальное значение НСТ-теста и индекса активации нейтрофилов (ИАН) в базовых условиях, резкое снижение НСТ-теста и ИАН в стимулированных условиях, снижение секреторного Ig A.

При обследовании на ИППП методом ПЦР-диагностики у 57 женщин (95,0%) обнаружены вирусные инфекции (ЦМВ, ВПЧ, ВПГ).

При лечении нормализация результатов иммунного ответа на системном и локальном уровнях с использованием озонотерапии наблюдалось через две недели у 28 из 30 женщин, что составило 93,3%.

В то время, как в группе сравнения у 2 женщин (6,6%) отмечалась нормализация показателей системного иммунного ответа на фоне снижения параметров местного иммунного ответа. У 24 женщин (80,0%) не наблюдалось значимых изменений в показателях иммунограмм. У 4 женщин (13,4%) на фоне клинического выздоровления (исчезновение болей, гиперсекреции) наблюдалось ухудшение иммунной защиты, что проявлялось общей слабостью, сонливостью, заболеванием ОРВИ.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные позволяют заключить, что применение озонотерапии в комплексной терапии хронических воспалительных заболеваний у женщин положительно сказывается на результатах лечения. Даная терапия является методом выбора у пациенток с хроническим сальпингоофоритом, так как способствует коррекции показателей иммунной системы, чего не наблюдается под влиянием традиционной терапии.

НОВЫЙ АСПЕКТ ПАТОГЕНЕЗА ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Ткаченко Л.В., Курушина О.В. (Волгоград)

В настоящее время проблема предменструального синдрома (ПМС) привлекает к себе внимание врачей различных специальностей. По данным различных авторов от 25 до 55% женщин репродуктивного возраста страдают от этого недуга (Е.М.Вихляева,1998; В.П.Сметник 2002). Вместе с тем, по мнению ряда авторов, болевой синдром является практически облигатным при различных формах ПМС, но до настоящего времени изучение состояния антиноцицептивной системы при ПМС не проводилось.

Цель: изучение состояния активности антиноцицептивной системы и алгических феноменов у женщин с ПМС.

Материал и методы: обследовано 76 пациенток, страдающих ПМС. Методом тензоальгометрии измерялись болевые пороги в актуальных, нейтральных зонах с расчетом суммарной средней величины. Оценка степени боли проводилась с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для выявления психо-эмоциональных нарушений применяли сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Наблюдение проводилось во время трех менструальных циклов.

Результаты: доминирующими среди болевых синдромов выявлены цефалгии (100%) и масталгии (74%).Синдром первичной фибромиалгии выявлен у 86% пациенток. Феноменологическим ядром синдрома фибромиалгии является генерализованная боль, ассоциирующаяся с комплексом симптомов вегетативной дисфункции и с эмоциональными нарушениями.

Средний уровень болевых порогов был ниже, чем у здоровых (184,3±17,3 мкА) и составил - 163,1±15,2 мкА. Выраженность болевого синдрома по ВАШ составила 7,8±1,2 балла при цефалгии и 6,9-+0,8- при масталгии. Сопоставление усредненных профилей теста СМОЛ показывает их повышение во вторую фазу менструального цикла, причем наибольшие изменения касались шкалы тревожности, «невротической триады».

Заключение: болевые и психоэмоциональные нарушения являются ведущими среди клинических проявлений, определяют тяжесть ПМС, отрицательно влияют на качество жизни и уровень социальной адаптации пациенток. Выявленная тенденция к снижению болевых порогов у женщин, страдающих ПМС, свидетельствует о нарушении функций антиноцицептивной системы в целом и коррелирует с тяжестью психоэмоциональных проявлений. У страдающих ПМС болевые пороги значительно ниже и, как следствие, раздражители, являющиеся подпороговыми для здоровых женщин, у пациенток с ПМС вызывают выраженные болевые ощущения. Врожденная или приобретенная недостаточность антиноцицептивной системы, вероятно, может быть одним из существенных звеньев патогенеза данного синдрома.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ АНОВУЛЯЦИЕЙ

Томилова М.В., Кузнецова И.В. (Москва)

Известно, что отсутствие овуляции является фактором риска развития гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ). Однако, не у всех пациенток, страдающих ановуляцией, развиваются структурные изменения эндометрия. Целью исследования было изучение клинических и морфологических особенностей состояния эндометрия у пациенток репродуктивного возраста с хронической ановуляцией. В результате обследования было отобрано 117 женщин, страдающих хронической ановуляцией. В исследование не были включены пациентки, страдающие гипо- и гипергонадотропной аменореей, гиперпролактинемией, органическими заболеваниями репродуктивной системы.

Проводилось общеклиническое обследование, гинекологическое обследование, УЗИ в динамике, исследование гормонального профиля: ЛГ, ФСГ, тестостерон (Т), эстрадиол (Э) и половые стероиды связывающий глобулин (ПССГ) на 5-7 день от начала спонтанной менструации или менструальноподобной реакции, или на фоне аменореи. Изучались графики ректальной температуры за шесть и более циклов. Взятие материала для гистологического исследования проводилось в условную вторую фазу цикла, или на фоне аменореи, или во время ДМК. По показаниям проводились раздельное диагностическое выскабливание с гистероскопией. Остальным пациенткам для изучения состояния эндометрия проводилась пайпель биопсия.

Диагноз хронической ановуляции ставился на основании отсутствия признаков овуляции в течение 6 и более циклов. Признаком ановуляции считалось: по результатам УЗИ отсутствие желтого тела при динамическом наблюдении, отсутствие повышения ректальной температуры во второй половине цикла минимум на 0,3

градуса. Отсутствие секреторной трансформации эндометрия на фоне задержки менструации при гистологическом исследовании подтверждало диагноз ановуляции. После обработки результатов исследования, пациентки были разделены на четыре группы. Первую группу составили женщины с яичниковой гиперандрогенией. Вторая группа – пациентки с фолликулярными кистами. Третья группа – пациентки с выраженной гипоэстрогенией. Четвертая группа – пациентки, у которых гормональные нарушения выражены минимально.

Группа пациенток у которых клинически и лабораторно было выявлено наличие яичниковой гиперандрогении составила 50 человек, средний возраст их 27,5±0,8 года, средний индекс массы тела (ИМТ) 26,6±0,8 кг/м2., что не имело значительных отличий от других групп. У больных были обнаружены внешние проявления гиперандрогении – телосложение по мужскому типу, гиперандрогенная дермопатия, гирсутное число более 12. При гормональном исследовании уровень ЛГ превышает норму, или на верхней границе нормы (14,1±0,7 мМе/л), соотношение ЛГ/ФСГ выше 2,5 (3,0±0,2), уровень общего Т и индекс свободного Т повышены, соответственно 2,9±0,1 нмоль/л, 10-,6±0,5. Все эти показатели были достоверно выше, чем в других группах ($p<0,05$). Содержание ПССГ в крови снижено (28,5±1,0 нмоль/л), в связи с чем, индекс свободного Э оказался выше, чем в других группах 10,5±0,5, $p<0,05$, несмотря на нормальный уровень общего Э.

Почти у половины больных обнаружены ГПЭ: простая гиперплазия эндометрия (ПГЭ) у 16%, атипическая гиперплазия (АГЭ) – у 32%. Эндометрий в стадии пролиферации (ПЭ) выявлен у 24% женщин, эндометрий без признаков функциональной активности у 28%. У всех пациенток отмечены нарушения менструального цикла. Среди пациенток с гиперпластическими процессами у 75% обнаружена олигоменорея, причем среди пациенток с атипической гиперплазией еще чаще (87,5%). У пациенток без гиперплазии не было выявлено корреляций между типом нарушения менструального цикла и гистологическим строением эндометрия. Чаще, чем в группах 2 и 3 нарушения цикла начались с менархе (72% женщин, $p<0,05$). К моменту обследования длительность нарушений цикла была в среднем 11,8±0,8 года, причем среди пациенток с гиперплазиями этот показатель составил 14,1±1,6 года.

Следует отметить, что ГПЭ чаще встречались у пациенток в возрасте 28-38 лет, средний возраст 30,0±1,5 года, что выше, чем в среднем по группе и чем у пациенток без гиперплазии (средний возраст 25,2±1,5 года). При анализе гормональных параметров внутри группы обнаружено, что у пациенток с гиперплазиями больше выражены гормональные изменения, чем у пациенток без гиперплазий. Это проявляется в более выраженном повышении индексов ЛГ/ФСГ (соответственно 3,6±0,3 и 2,7±0,3), Т/Э (11,6±0,7 и 9,3±1,2), Т/ПССГ (12,1± 1,2 и 8,9± 0,6). Кроме того при ГПЭ в большей степени снижено содержание ПССГ (соответственно 23,8±2,2 нмоль/л и 32,5±1,8 нмоль/л).

Вторая группа состояла из 25 человек более старшего возраста (34,0±1,4 года, $p<0,05$). Средний ИМТ 24,0±0,7кг/м2. Чаще, чем в других группах встречалась олигоменорея, чередующаяся с эпизодами ациклических кровотечений (91,7%, $p<0,05$). Нарушения цикла начались в более старшем возрасте, по сравнению с группами 1 и 3 (25,8±2,1года). При ультразвуковом исследовании у всех пациенток обнаружены фолликулярные кисты яичников или персистирующие фолликулы, размеры М-эхо больше, чем в других группах (10,5±1,1мм, $p<0,05$). По данным гормонального исследования содержание в крови Э (451,0±25,2 пмоль/л), ПССГ (67,4±4,8 нмоль/л) достоверно выше, чем в других группах, отношение Э/ПССГ (7,7±0-,8) выше чем в группе 3 и 4, но ниже чем в группе 1. У большинства пациенток выявлена гиперплазия эндометрия (ПГЭ – 76,0%, АГЭ – у 16% пациенток) и только у 8,0% пациенток - эндометрий в стадии пролиферации.

Группа пациенток с гипоэстрогенией состояла из 16 женщин более молодого возраста (25,8±1,7 года), ИМТ 25,5±1,0 кг/м2. ГПЭ у этих женщин не встречались (у 62,5% обнаружен эндометрий без признаков функциональной активности, у 37,5% – ПЭ). Одинаково часто встречается олигоменорея и олигоменорея в сочетании с вторичной аменореей. При ультразвуковом исследовании размеры матки меньше нормы и меньше чем в других группах. Среднее М-эхо 5,8±0,2 мм, что меньше чем у пациенток 2 и 4 групп, и чем у пациенток 1 группы, имеющих ГПЭ. Гормональный профиль отличался выраженной гипоэстрогенией. Уровень Э и соотношение Э/ПССГ (соответственно 91,8±10,5 пмоль/л и 2,0±0,3) было ниже, чем в других группах.

В четвертую группу вошли 26 пациенток средний возраст их 29,8±1,4 лет. ИМТ у пациенток с ГПЭ выше, чем у женщин без гиперплазии (соответственно 31,9±1,9 и 23,7±2 кг/м2). При гистологическом исследовании у большинства пациенток (61,5%) выявлена ПГЭ, у 38,5% больных ПЭ. Более чем у половины пациенток (66,7%) нарушения цикла начались с менархе. Длительность нарушений цикла на момент обследования 10,6±1,2 лет, различий между пациентками с ГПЭ и без ГПЭ не выявлено. У большинства пациенток с ПГЭ (87,5%) отмечена олигоменорея в сочетании с ДМК. При гормональном исследовании выявлено повышение индекса свободного Э, причем у больных с ПГЭ в большей степени, чем у больных с ПЭ (соответственно 9,9±1,1 и 3,9±0,2) и те же изменения с индексом свободного Т (6,3±0,9 и 3,0±0,1).

Таким образом, ГПЭ наиболее часто встречаются у пациенток возрастной группы 30-35 лет. При этом для пациенток с гиперандрогенией имеет значение длительность нарушений цикла, а для пациенток с гиперэстрогенной и нормоэстрогенной ановуляцией – не имеет. При анализе характера нарушений менструального цикла, отмечено, что ГПЭ практически не встречаются у пациенток с аменореей, ПГЭ чаще обнаруживается у пациенток с олигоменореей в сочетании с ДМК, а АГЭ чаще выявляется у пациенток с олигоменореей. Корреляция между повышением ИМТ и частотой ГПЭ выявлена только у пациенток с нормоэстрогенной ановуляцией. По результатам гормонального исследования обнаружено, что у пациенток с ГПЭ нарушения выражены в большей степени. Индекс свободного Э при ГПЭ повышен во всех группах, причем у больных с АГЭ в большей степени. Среди больных с гиперандрогенией, у которых АГЭ встречается наиболее часто, обращает на себя внимание также повышение ЛГ/ФСГ, Т/Э, Т/ПССГ и повышение индекса свободного Э за счет значительного снижения ПССГ.

СОВМЕЩЁННАЯ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ И КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

Труфанов Г.Е., Рязанов В.В., Дергунова Н.И., Бойков И.В., Михайловская Е.М., Ипатов В.В. (Санкт-Петербург)

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ-КТ) с 18F - фтордезоксиглюкозой в диагностике патологических образований матки и яичников.

Материалы и методы. Обследовано 19 пациенток с первичными злокачественными опухолями, отдаленным и регионарным метастатическим поражением, доброкачественными образованиями матки и яичников. Исследование проводили на аппарате “Биограф”. Всем больным было выполнено ПЭТ-КТ исследование (через 90 минут после внутривенного введения 300 - 420 МБк 18F - фтордезоксиглюкозы).

Результаты. Злокачественные опухоли шейки и тела матки были выявлены у 5 пациенток, у 3 из них было выявлено метастатическое поражение других органов. Доброкачественные образования матки были определены у 2 пациенток. Злокачественные опухоли яичников были выявлены у 4 пациенток, у 2 из них были выявлено метастатическое поражение. Доброкачественные образования яичников были определены у 8 пациенток.

Злокачественные новообразования помимо типичных структурных признаков, выявляемых при КТ, характеризовались значитель-

ным повышением метаболизма 18F – фтордезоксиглюкозы (SUV 7–35). У одной больной раком шейки матки определялось метастатическое поражение лимфоузлов парааортальной, подмышечной, надключичной групп, печени, легких, костей таза и позвоночника. У другой больной, обследованной после резекции основного опухолевого узла тела матки, определялось поражение лимфоузла клетчатки малого таза, отчетливо выявляемое только при ПЭТ, без структурных (КТ) изменений. Метастатическое поражение поясничных позвонков было определено у 2 –х пациенток раком яичников.

У двух пациенток были выявлены фиброаденомы матки, характеризующиеся снижением накопления радиофармпрепарата в определяемых при КТ образованиях. Доброкачественные кистозные образования яичников, выявленные у 3 пациенток характеризовались как образования однородной структуры жидкостной плотности с понижением метаболизма 18F - фтордезоксиглюкозы. У 5 пациенток, находящихся в менструальном периоде определялось повышение метаболизма глюкозы в матке и в одном из яичников, обусловленное физиологическими особенностями в этом периоде.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о высокой информативности совмещенной ПЭТ-КТ в дифференциальной в диагностике в патологических образований матки и яичников.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Турлакова А.В., Агаркова Л.А., Чернявская О.В., Холопов А.В., Соснин А.А., А.В.Якубов (Томск)

Частота вмешательств в оперативной гинекологии, выполняемых лапароскопическим доступом, в настоящее время значительно возросла. Анестезиологическое обеспечение вышеуказанных операций имеет ряд особенностей, связанных в частности с необходимостью индуцирования пневмоперитонеума, усилением диффузии двуокиси углерода в кровь и положением Тренделенбурга на операционном столе. Используемая анестезия должна максимально нивелировать нежелательные эффекты проводимого вмешательства, а также быть легкоуправляемой и физиологичной.

Целью нашего исследования являлась клиническая оценка эффективности низкопоточной анестезии закисью азота по закрытому контуру при гинекологических операциях лапароскопическим доступом.

Исследование проводилось у 54 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, без сопутствующих нарушений эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, во время плановых операций, выполнчемых по поводу бесплодия, обусловленного трубно – перитонеальным фактором. Все обследованные были разделены на две равнозначные группы: 1 группу составили 27 женщин, у которых применениялась сбалансированная внутривенная анестезия в сочетании с подачей закиси азота по полуоткрытому контуру, во 2 группу входило 27 пациенток, операция которых проводилась под общей комбинированной анестезией в условиях реверсивного контура.

Премедикацию осуществляли за 30 минут до поступления больных в операционную внутримышечным введением фулседа 5 мг, кеторола 10 мг. На операционном столе после введения атропина и фентанила проводилась индукция рекофолом 1,5 – 2,5 мг/кг. Миоплегия создавалась дитилином 1,5 мг/кг. После интубации проводилась денитрогенизация подачей 100% кислорода по полуоткрытому контуру с использованием клапана Рубена в течение 5 – 6 минут. Искусственную вентиляцию легких осуществляли смесью закиси азота 1,5 – 2 л/мин с кислородом 500 мл/мин, наркозно – дыхательным аппаратом «Delta-Libra». При снижении концентрации кислорода в дыхательном контуре до 30% устанавливалась стабильная подача газа в объеме 0,3 – 0,4 л/мин (4 мл/кг массы тела), а концентрация закиси азота постепенно уменьшалась с постепенным переходом на минимальный газоток. Поддержание анестезии осуществлялось введением рекофола 60 мл/час.

В результате проведенного исследования установлено, что клинические показатели адекватности анестезии у пациенток обеих исследуемых групп не имело различий.

При этом следует отметить, что расход наркотических, гипнотических средств и миорелаксантов при анестезиологическом обеспечении пациенток второй группы был достоверно ниже, чем в основной группе. Также отмечено раннее восстановление сознания у пациенток второй группы, что соответствовало 3 – 4 минуте. Кроме этого, наблюдалось раннее восстановление рефлексов, мышечного тонуса, что сказывалось на времени экстубации. Побочных явлений и осложнений, связанных с применением этой методики, не наблюдалось.

Таким образом, низкопоточная анестезия закисью азота при гинекологических операциях лапароскопическим доступом является легкоуправляемой, физиологичной и экономически выгодной в сравнении с общепринятыми методиками.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Турсунова Д.Т., Мухамадиева С.М., Муджидинова Ш.М. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Климактерический период и сопряженные с ним проблемы относятся к пограничным состояниям клинической медицины, в связи с чем женщины в пери и постменопаузальном возрасте нуждаются в комплексном обследовании и наблюдении врачами ряда смежных специальностей. Вместе с тем основная ответственность в постановке диагноза и выборе метода лечебного воздействия ложится на гинеколога, учитывая определяющую роль эстрогенного дефицита в патофизиологии множества изменений, характерных для климактерического периода.

Сложная биологическая трансформация женского организма на фоне возрастного снижения и последовательного выключения яичников включают перестройку центральной вегетативной нервной системы, эмоционально-аффективных и обменно-трофических нарушений при климактерическом синдроме.

Исследованиями установлено, что у 51% женщин отмечается тяжелое течение КС, у 33% проявления носят умеренный характер, и только в 16% КС протекает легко. В Таджикистане недостаточно работ, касающихся проблем пери-и постменопаузального возраста. Это определило цель настоящего исследования: представить медико-социальную характеристику женщин старшей возрастной группы и оценить проявления климактерического синдрома.

По специально разработанной карте и анкете проведена оценка 50 женщин в возрасте 42-63 лет. Карта обследования состояла из блоков, отражающих медико-социальные аспекты, состояние репродуктивной системы, наличие соматических и гинекологических заболеваний, паритет и контрацептивный анамнез. Наличие и выраженность симптомов климакса оценивали по менопаузальному индексу Купермана в модификации Е.В.Уваровой, в основу которого положена оценка нейро-вегетативного, обменно-эндокринного и психоэмоционального симптомокомплексов.

Результаты исследований показали, что среди женщин изучаемой группы каждая вторая (52%) была в возрасте 45-49 лет, каждая третья (36%) - 50-56 лет, 8% составили пациентки 42-44 лет и 4% - 57-63 лет. При этом большинство были таджичками и узбечками (92%), остальные 8% - русскоязычной национальности. Каждая вторая пациентка (56%) были городскими жительницами, остальные 44% - сельскими; домохозяйки составили 56%. Установлено, что в браке состояли 82% женщин, не состояли 2%, вдов было 10%, разведенных – 6%.

Исследования показали, что соматическими заболеваниями страдали 76% женщин, среди которых наиболее часто гипертонической болезнью (42.1%), заболеваниями почек (39.4%), болезнями

желудочно-кишечного тракта (15.7%). Больше половины пациенток (56%) перенесли в прошлом инфекционные заболевания. Среди пациенток старшей возрастной группы гинекологические заболевания имели 84%: каждая вторая страдала миомой матки (59.5%), каждая третья нарушениями менструального цикла (35.7%), хроническим метороэндометритом (28.5%), имела доброкачественные заболевания шейки матки ((35.7%).

Анализ менструальной функции показал, что менархе в срок (11- 15 лет) указали 74% пациенток, позднее начало менструации (16-19 лет) – 26%.

В момент исследования нормальный менструальный цикл имели 18% женщин, нарушение цикла – 50%, в менопаузе находились 32%.

Нарушение менструального цикла в течение года имели 2% больных, от 1 года до трех лет – 14%, 5лет -1 и 14 лет – 1.

Каждой третьей было произведено оперативное вмешательство: надвлагалищная ампутация матки и экстирпация в 16.6% случаев, из которых 71.4% - с придатками; цистэктомия и тубэктомия в 7.1%.

Изучение репродуктивного анамнеза показало, что среди женщин старшей возрастной группы 64% имели в прошлом многократные роды, каждая третья - от 2-х до 3-х родов, 4% - одни роды и 2% не имели детей.

Самопроизвольные выкидыши в различных сроках отмечены в прошлом у каждой третьей пациентки (32%), медицинские аборты произвели 64.6%. Контрацептивный анамнез представлен следующим образом: не использовали в прошлом методы предохранения от беременности 46% женщин; среди использовавших (66%) большинство имели ВМС (81.4%), гормональные методы использовали 14.8%, ДХС – 2%.

Оценка нейровегетативных расстройств показала, что повышение АД имели 42% женщин, большая часть которых (42%) – в тяжелой степени (АД 160/100 мм.рт.ст. Пониженное АД >было в 28% случаев, причем 64.2% - легкой форме (АД < 100/70 мм.рт.ст.).

Головной болью страдали 80% пациенток, среди которых 60% - в легкой форме (редкие боли). Вестибулопатии были выражены у каждой третьей пациентки (38%), сердцебиение в покое отметили 60%, непереносимость высокой температуры – 36%, судороги/ онемение – 56%, потливость – 36%,отечность – 44%, повышенную возбудимость – 32%, сонливость – 26%, нарушение сна-60%, приливы жара/холода – 48%, приступы удушья – 28%.

Оценка метаболических/эндокринных нарушений показала, ожирением страдали 24% женщин, мышечно-суставными болями -46%, указали на жажду 34%, атрофия гениталий была у 4% пациенток.

Анкетирование показало, что среди психоэмоциональных нарушений утомляемость беспокоила 35% женщин, снижение памяти -28%, слезливость/возбуждение -17%, настроение (лабильное, депрессии, меланхолия) – 36%, изменение аппетита (повышенное, снижено, потеря) – 35%, на состояние либидо (угнетение, отсутствие, повышенное) указали 17.1%.

По шкале оценки модифицированного менопаузального индекса нейроветативные расстройства были выражены слабо в 90%, умеренно - 10%, метаблические в слабой форме – 80%, психоэмоциональные – слабо в 80%, умеренно – в 20%. Среди женщин, находившихся в менопаузе нейровегетативные расстройства были выражены в 100% случаев, психоэмоциональные -93%, метаболические – 75%.

Таким образом, пацентки перименопаузального и постменопаузального возраста имеют региональные особенности и составляют группу риска по развитию климактерического синдрома, тяжесть которого зависит от социального положения женщин, профессии, наличия соматических и гинекологических заболеваний, репродуктивного и контрацептивного анамнеза. Профилактика тяжелых форм климактерического синдрома необходима в репродуктивном возрасте и у женщин пременопаузального возраста.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Тухватуллина Л.М., Антропова Е.Ю., Данилова О.В. (Казань)

Среди гинекологической заболеваемости женщин позднего репродуктивного и пременопаузального периода миома матки является самой частой патологией, составляя 18 – 22%. Установлено, что миома матки возникает в результате патологических состояний, обусловленных эндокринно - обменными и хроническими инфекционно - гипоксическими состояниями миометрия.

Миома матки представляет собой неоднородную доброкачественную опухоль, которая различается размерами, локализацией, темпами роста, соотношением паренхимы и стромы, морфогистогенезом и клиническими проявлениями. Известен традиционный взгляд на дисгормональную природу миомы матки. Основной причиной ее возникновения является гиперэстрогения, гипергормонемия, в том числе недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла, хроническая ановуляция и повышенная продукция гонадотропных гормонов. Сохраняют свою актуальность вопросы онкологической настороженности у женщин с растущей или не регрессирующей миомой матки в перименопаузальном периоде, из-за возможности сочетания миомы матки с другими патологическими состояниями - пролиферативными изменениями шейки матки, эндометрия, яичников, а также саркомой матки.

Под нашим наблюдением находилось 131 больная миомой матки, состоящие на диспансерном учете в женской консультации №9 г. Казани. Пациентки были в трех возрастных группах: поздний репродуктивный –57,25%, пременопаузальный – 25,19%, постменопаузальный – 17,56%.Всем проведено клинико-лабораторное обследование, УЗИ органов малого таза, кольпоскопия, онкологическое исследование мазков с поверхности шейки и из цервикального канала.

При простой и расширенной кольпоскопии у больных репродуктивного возраста доброкачественные изменения влагалищной части шейки матки были выявлены у 76%; полипы цервикального канала (14,6%), завершенная зона трансформации (57,4%), лейкоплакии (9,8%), эктопии (18,2%). В основном доброкачественные изменения относились к фоновым процессам и не были связаны с пролиферацией. Сочетание патологии шейки матки с миомой и отсутствие существенных различий в изменениях шейки матки у больных этой группы связаны с перенесенными воспалительными процессами и инвазивными вмешательствами (ИППП, эндоцирвицит, бактериальный вагиноз, разрывы в родах, повреждения во время аборта, введение внутриматочного контрацептива и лечебные мероприятия).

У больных в пре – и постменопаузальном возрасте преобладали пролиферативные изменения (85,7%): лейкоплакия, йодонегативные участки, атипия сосудов. У 4,3% в постменопаузальном периоде выявлено злокачественное изменение эпителия шейки матки (рак in situ) в виде грубой пунктуации и йодонегативной зоны на зоне трансформации. Диагноз подтвержден цитологическим и гистологическим исследованием. Всем проведена соответствующая терапия. У больной раком шейки матки in situ в сочетании с миомой матки проведено хирургическое лечение в виде гистерэктомии.

Таким образом, у 93,1% пациенток была выявлена ненормальная кольпоскопическая картина, и только у 6,1% - оригинальный сквамозный эпителий; сочетание с раком шейки матки составило 1,3%, предраком – 34,8% и фоновыми заболеваниями – 63,9%; в основе развития их важное значение имеют нарушение гормонального гомеостаза и иммунного статуса, перенесенные мочеполовые инфекционные и травматические поражения в прошлом.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МАТОЧНОГО И ОПУХОЛЕВОГО КРОВОТОКА В ДИНАМИКЕ НЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Тухватуллина Л.М., Антропова Е.Ю., Коробов В.В. (Казань)

Высокая частота миомы у женщин репродуктивного возраста требует внедрения различных методов лечения с сохранением детородной функции. Частота миомы матки составляет 10-30% среди женщин репродуктивного возраста. Использование адъювантного воздействия при лечении больных лейомиомой (ЛМ) матки, позволяет оценить его в качестве альтернативы хирургическому лечению. Первые упоминания об эффекте медикаментозного воздействия при лейомиоме матки относятся к 1946 году (Goodman); в 1983 году выявлен регресс ЛМ под влиянием а-ГнРГ (M.D.Fillcori, D.A.Hall,J.S.Loughlin и соавторы), в 1986-89гг.- под влиянием гестринона (E.M.Couthino). Современная терапевтическая концепция требует особого внимания раннего выявления опухоли. С этой целью, наряду с клиническими методами используются УЗИ, ЦДК, спиральная КТ. УЗИ позволяет оценить размеры, локализацию и эхогенность опухоли, ЦДК и спиральная КТ – интенсивность маточного и опухолевого кровотока с дифференциацией простой и пролиферирующей лейомиомы. Данные методы исследования позволяют также оценить эффективность проводимой терапии (прогестагенами, антипрогестагенами, антигонадотропинами и агонистами либеринов, а также левоноргестрелвыделяющей внутриматочной системой и эмболизацией маточных артерий).

Цветное допплеровское картирование (ЦДК) используется многими авторами для оценки эффективности консервативного лечения больных миомой матки (Митьков В.В., Медведев М.В., 1997). При исследовании трансвагинального доплеровского картирования внутриопухолевый кровоток в миоматозных узлах обычно регистрируется в 87-90% наблюдений. При этом четкий внутриопухолевый кровоток в центре узла отмечается в 37% случаев, в остальных наблюдениях регистрируются отдельные точечные сигналы. У больных миомой матки отмечается снижение показателей сосудистой резистентности в маточных артериях, а также в сосудах миоматозных узлов по сравнению с сосудами неизмененного миометрия.

Цель: оценка эффективности адъювантных и альтернативных методов лечения ЛМ матки с изучением маточного и опухолевого кровотока.

Методы и материалы: всего обследовано 20 женщин в возрасте 33+1,5 года с наличием множественной ЛМ матки с различной локализацией. Всем больным, на амбулаторном этапе, предложена гистерэктомия, от которой они отказались по разным причинам, в основном в связи с желанием сохранить репродуктивную функцию. Больным проведено полное клинико-лабораторное исследование с использованием УЗИ органов малого таза, допплерометрии маточных и опухолевых сосудов, определением содержания ЛГ, ФСГ, ПРЛ, эстрадиола, прогестерона, ТТГ, Т4 св., опухолевых маркеров – СА-125, СА-19-9 в сыворотке крови. Контрольное исследование проводилось через 1, 3, 6 месяцев.

I группу составили 10 женщин в возрасте 34+2,6 года с наличием множественной ЛМ матки с центропитальным ростом одного из узлов, выраженным геморрагическим синдромом в виде мено- и менометроррагии и анемией, размерами матки от 12 и более недель беременности; II группу составили 12 женщин в возрасте 32+-2,4 года с субсерозно-интерстициальной миомой, менее выраженным геморрагическим синдромом и анемией, размерами матки до 12 недель; III группу составили 8 женщин в возрасте 31+1,6 года с субсерозно-интерстициальной ЛМ с болевым и геморрагическим синдромом, анемией, планировавшие беременность в ближайшие 6 месяцев, размер матки от 12 и более недель.

Больным: I группы в первой фазе менструального цикла проведена эмболизация маточных артерий (ЭМА); II группы была введена леваноргестрелвыделяющая система (ЛНГ-ВМС) Мирена; III группы был назначен Золадекс (агонист гонадотропин-рилизинг гормона) п/к 3,6 мг каждые 28 дней в течение 3-5 месяцев.

Результаты: В I группе с помощью ЦДК было констатировано уменьшение объема матки от первоначального (564,2 см3), через месяц после ЭМА – 455,2 см3, через 3 месяца – 394,1 см3, при уменьшении объема отдельных узлов опухоли с 65,2 до 40,9 см3. Через 3 месяца наблюдалось восстановление менструальной функции, у 6 пациенток отсутствовал болевой синдром, у всех улучшились гематологические показатели. Ультразвуковая допплерография (УЗД) с исследованием кровотока маточных и опухолевых артерий позволила выявить отсутствие изменения интенсивности кровотока; превышение скорости кровотока в левой маточной артерии по сравнению с правой у 9 из 10 пациенток, как до так и после лечения. До лечения индекс сосудистой резистентности (IR) в маточных артериях составил 0,65±0,08 – 0,71±0,07, в артериях опухоли 0,54±0,08, через 3 месяца IR увеличился в маточных артериях до 0,90±0,07 – 0,92±0-,06 а в опухолевых - до 0,63±0,07. Пиковая систолическая скорость кровотока в артериях опухоли составила 24,9 см/с.

Во II группе больных двух летний опыт наблюдения показал, что через год у 45% наступила аменорея, уровень гемоглобина крови нормализовался у 95%, симптомы ПМС отсутствовали у 60%. Объем матки до лечения составлял в среднем 291см3, через год - 125 см3, что составляет 43% от первоначального объема, через 2 года – 109 см3 (62%); уменьшение объема узлов на 43% через год и 87%-черз 2 года. При ЦДК IR в маточных артериях до лечения составил в среднем 0,61±0,05 – 0,68±0,04, в опухолевых сосудах - 0,40±0,06, через год после лечения IR увеличился в маточных артериях до 0,69+0,05 – 0,74±0,04, в опухолевых – до 0,45±0,04, через 2 года показатели IR оставались прежними.

В III группе применение Золадекса привело к уменьшению объема матки в среднем от 586,1 см3 на 8,1% через месяц, 50,8% через 3 месяца и к шестому месяцу – до 289,5 см3 (49,4% от первоначального объема). Применение Золадекса позволило избежать хирургического лечения у 5 из 8 пациенток, у 2-х произошел некроз узла им была проведена операция, одной – лапароскопическая миомэктомия (через 6 месяцев наступила беременность с самопроизвольным родоразрешением здоровой девочкой). IR до лечения в маточных артериях составил в среднем 0,72±0,06 – 0,76±0,04 в опухолевых 0,52±0,02, через 3 месяца наблюдалось увеличение IR до 0,81+0,05 – 0,84±0,04 и 0,61±0,04, через 6 - до 0,94±0,07 0,99±0,05 и 0,68±0,04 соответственно. После первого месяца лечения отмечалось уменьшение интенсивности кровотока как в маточных так и в опухолевых артериях.

Выводы: результаты применения данных адъювантных методов лечения лейомиомы привели к уменьшению выраженности симптомов заболевания, уменьшению размеров миоматозных узлов, уменьшение меноррагии, улучшению гематологических показателей, возможность наступления и планирования беременности в ближайшие 3-6 месяцев, снижение вероятности рецидива после консервативной миомэктомии. Изучение показателей кровотока в опухолевых и маточных артериях выявили закономерное повышение индекса резистентности и уменьшение интенсивности артериального кровотока, что объясняет уменьшение объема матки и узлов на фоне представленной выше терапии снижением васкуляризации матки. Оцененный с помощью ЦДК уровень васкуляризации позволяет прогнозировать течение ЛМ матки для назначения адекватной терапии. Это, в свою очередь, позволяет снизить процент хирургического вмешательства с удалением матки у женщин репродуктивного возраста.

ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК

Уварова Е.В., Бейтуганова А.З, Байбарина Е.Н., Немченко О.И. (Москва)

Одной из актуальных проблем акушерства и перинатологии является беременность высокого риска. Патологическое течение беременности как правило приводит к нарушению постнатальной адаптации новорожденных, высокой перинатальной заболеваемости и смертности, формированию патологических изменений со стороны различных органов и систем, в дальнейшем, нередко приводя к снижению репродуктивного потенциала девочек.

Было проведено изучение течения беременностей у матерей девочек, особенностей родов, а также проведена оценка физического развития, становления и состояния репродуктивной системы девочек.

Половое созревание оценивалось по методике Таннера, с учетом стадии развития вторичных половых признаков: молочных желез (Ма), волосяного покрова на лобке (Р), в подмышечных впадинах (Ах), а также наступления менструации (Ме) и обозначалось половой формулой. У менструирующих девочек отмечали возраст менархе, длительность установления ритма менструаций, продолжительность цикла, длительность менструальных выделений, наличие болевых и вегето-сосудистых расстройств. Наряду с этим, для комплексной оценки полового развития девочек применялась методика суммирования баллов (Л.Г.Тумилович и соавт.), обозначающих степень развития каждого из вторичных половых признаков с учетом поправочного коэффициента.

Проведенный мониторинг осложнений различных периодов раннего онтогенеза 65 девочек в возрасте 7-16 лет выявил осложнения антенатального периода. Беременность у матерей этих девочек протекала с явлениями гестоза в 52,4% случаев, угрозой спонтанного аборта и преждевременных родов в 31,2%, анемией в 8,3%, инфекциями в 5,0%, ОРВИ в 3,1% случаев. Нарушение маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики отмечено также у большой части матерей (около трети).

Самопроизвольные роды отмечены в 53,5% случаев, среди которых 62,5% протекали с осложнениями и почти в 2 раза меньше (37,5%) – без осложнений. Роды, в основном, были осложнены нарушением родовой деятельности, несвоевременным излитием околоплодных вод с продолжительным безводным промежутком, преждевременной отслойкой и инфарктом плаценты, гипоксией и асфиксией плода. В 46,5% случаев были проведены оперативные роды, причем больше чем у половины по экстренным показаниям. Основными показаниями к операции явились отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, тяжелые формы гестоза, кровотечения во время беременности и родов, клинически узкий таз, острая гипоксия плода и другие.

При комплексной оценке физического развития выявлено, что 68,8% девочек имели гармоничное физическое развитие, 22,2% - дисгармоничное и 9,0% - резко дисгармоничное. Адекватное возрасту половое созревание имели 78,8% респонденток. Отклонения в половом развитии, в основном, обусловлены его отставанием. Самый высокий уровень гармонично развитых девочек обнаружен в возрасте 10 лет, а самый низкий – в 13 лет.

Гинекологические заболевания у девочек представлены нарушениями менструального цикла по типу дисменореи и олигоменореи (29,2%) и воспалительными заболеваниями половых органов (8,9%).

Таким образом, полученные данные определяют необходимость выявления групп риска, которые требуют повышенного внимания во время беременности, а также проведения адекватной предгравидарной подготовки.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЯИЧНИКОВ

Уварова Е.В., Краснова Н.А., Лопатина Т.В., Роговская С.И., Емец Р.Н. (Москва)

В 70-е годы стала развиваться концепция гормонального генеза эктопий. Под действием эстрогенов резервные клетки дифференцируются в многослойный плоский эпителий, а под воздействием андрогенов и прогестерона – в цилиндрический эпителий. В свете этой концепции врожденные эктопии рассматриваются не как патологическое состояние, а как вариант нормы. С возрастом, благодаря естественным процессам становления репродуктивной системы, врожденные эктопии спонтанно исчезают.

Среди молодых нерожавших женщин и девушек-подростков на долю эктопий приходится 85-90% от всех патологических изменений шейки матки.

Поскольку эпителий влагалища и шейки матки является эстрогензависимой тканью, то нестабильность гормональной регуляции могут сказаться на защитных свойствах слизистой половых путей. Это подтверждается данными ряда исследований. Так, оценка гормонального статуса девочек, страдающих вульвовагинитами, показала, что заболевание протекает на фоне снижения функциональной активности яичников и надпочечников, бактериальный вагинит в 9% случаев развивался на фоне нарушений менструального цикла, а в 6% случаев установлен диагноз эрозии шейки матки.

Согласно проведенным в США крупным эпидемиологическим исследованиям в группе девушек в возрасте 10-19 лет, за последние годы увеличилась распространенность дисплазии покровного эпителия шейки матки. Например, в исследовании ряда авторов за период от 1984 г. до 2001 г. она составляла 1,9% – 10,5%. Сравнение частоты положительных Пап-тестов в одной клинике в разные периоды времени (1987-1991 и 1996-1999) также выявило существенный рост числа диагностированных дисплазий CIN-1 у девушек моложе 20 лет. По данным Utagawa M.L. et al. (1998) частота дисплазии CIN-1 в 1987 г. составляла 0,5%, а в 1995 г. – свыше 2%, то есть выросла в 4 раза.

Целью данного исследования явилось изучение состояния шейки матки у девочек, не имевших половых контактов, с различными нарушениями менструального цикла. Нами проведено клиническое обследование 45 девочек, из них 29 – с маточными кровотечениями пубертатного периода и 14 – с дисфункцией яичников по типу олигоменореи, включающее общеклиническое, гормональное, бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое исследования и расширенная кольпоскопия. Возраст пациенток колебался от 12 до 18 лет, в среднем составив 15,6 лет±0,4 года. Средний возраст менархе составил 13,4 лет±0,6 года.

Следует отметить, что большинство девочек до наступления менархе имели высокий инфекционный индекс. У всех девочек обеих групп в анамнезе указано на перенесенные детские инфекции, в структуре которых преобладали ветряная оспа, корь, скарлатина. Анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии выявил, что наиболее частой патологией оказались ВСД (25,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта (24,4%), хронический тонзиллит (21,2%), хронический бронхит (16,6%), заболевания костно-мышечной системы (10,3%), у двух девочек в анамнезе имелась черепно-мозговая травма.

У половины девочек исследование уровня базальной секреции гонадотропинов и эстрадиола не обнаружило отклонений от нормативных показателей. В группе девочек с маточными кровотечениями выявлена тенденция к гипоэстрогении, в отдельных случаях отмечено незначительное повышение уровня гонадотропных гормонов.

Микробиологическое исследование показало незначительный рост представителей нормального микробиоценоза (лакто- и бифидобактерий) и преобладание в вагинальном биотопе неспецифической условно-патогенной микрофлоры в умеренном и

большом количестве (стрептококков группы В, эпидермального стафилококка, энтерококков, кишечной палочки), в трех случаях был обнаружен рост грибов рода Candida, в одном варианте микрофлора была представлена морфотипами гарднерелла, бактероидов, грамположительных кокков, при полном отсутствии лактобактерий. Ни у одной девочки ПЦР-диагностика ИППП не выявила наличие хламидийной, микоплазменной, трихомонадной и гонорейной инфекции, вируса простого герпеса 1 и 2 типа и вируса папилломы человека, в том числе с онкогенными свойствами.

Расширенная кольпоскопия у 11(24%) пациенток не выявила изменений на шейке матки, у 16 (35,5%) - характеризовалась наличием эктопии без признаков воспаления. У 9 (20%) девочек определялась нормальная зона трансформации с различной степенью зрелости метапластического эпителия, а у 7 (15,5%) – сочетание эктопии и нормальной зоны трансформации с признаками хронического экзо- и эндоцервицита. В 2-х случаях обнаружена атипическая плоскоклеточная метаплазия с ацето-белым эпителием и йод-негативными участками, в одном из них выявлена мозаика и пунктация. Необходимо отметить, что при проводимой ранее вагиноскопии не было выявлено атипических изменений (ацетобелый эпителий, йод-негативные участки, мозаика, пунктация). По данным цитологического исследования у больных с признаками воспаления при расширенной кольпоскопии выявлены признаки цитолиза и преобладание промежуточных клеток, а в отдельных случаях клеток парабазальных и базальных слоев, у девочек с признаками гиперкератоза – большое количество безъядерных клеток («чешуек»), поверхностных и промежуточных клеток.

В результате проведенного исследования обнаружено, что у девочек, не имевших половых контактов, могут выявляться фоновые заболевания шейки матки.

Учитывая полиэтилогичность изменений покровного эпителия шейки матки можно предположить, что существование врожденных эктопий можно принимать как норму только в случаях нормального протекания пубертатного периода, отсутствия воспалительного агента и всех отягощающих факторов современной жизни, а именно, раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, широкое распространенность инфекции передающейся половым путем, функциональную незрелость нейроэндокринной и иммунной систем формирующегося организма.

Поскольку, микробиоценоз влагалища и зрелость вагинального эпителия в большей степени определяются биологическим возрастом, отражающим истинную гормональную насыщенность организма, лечение у девочек с различными нарушениями менструального цикла является сложной задачей, требует дифференцированного подхода и использования комплекса терапевтических мероприятий, направленных, как на регуляцию менструальной функции, так и на восстановление биоценоза влагалищной среды, обеспечивающий его колонизационную резистентность.

Таким образом, можно предположить, что длительно существующий, некорегированный гормональный дисбаланс, сопровождающийся нарушением колонизационной резистентности влагалища и, как правило, сопутствующая экстрагенитальная патология и высокий инфекционный индекс у данного контингента девочек может служить одной из причин развития патологических изменений на шейке матки, поскольку цилиндрический и незрелый метапластический эпителии являются наиболее уязвимыми для воздействия воспалительного агента, что увеличивает риск развития диспластических изменений.

Девочки-подростки с нарушениями менструальной функции, вне зависимости от наличия или отсутствия половой жизни, должны быть выделены в группу возможного риска развития патологических изменений на шейке матки, что свидетельствует о необходимости разработки программы лечебно-профилактических мероприятий в целях своевременного выявления патологии (дисплазии и неоплазии) шейки матки в более старшем возрасте.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМАКСА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Узденова З.Х., Шаваева В.А., Тогузаева З.Х., Лигидова А.Т., Губжокова Е.Б. (Нальчик)

Среди патологических состояний репродуктивной системы полипы эндометрия занимают ведущее место в связи с тем, что могут приводить к длительным кровотечениям, анемии, бесплодию, являются фоном для развития злокачественных опухолей. Этой проблеме придается большое значение как в нашей стране, так и за рубежом, что обусловлено не только высокой частотой среди всех заболеваний, но и сложностями подбора адекватной терапии в каждом конкретном случае.

В последние годы отмечена тенденция к увеличению числа женщин, страдающих полипами эндометрия. По данным литературы патология эндометрия встречается от 6 до 20% с возрастом частота увеличивается. Анализ заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия по женским консультациям г. Нальчика с 1998 г. по 2004 г. выявил рост заболеваемости данной патологией, особенно среди женщин активного репродуктивного возраста (28,5%).

Выявление у женщин репродуктивного возраста гиперпластического процесса эндометрия и эндоцервикса в сочетании с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) вызывает особую настороженность. Для ПВИ гениталий характерно наличие кандилом, диагностируемых как самостоятельное заболевание, так и в сочетании с дисплазией шейки матки различной степени тяжести(68%). По данным ряда авторов, у женщин с раком шейки матки в 95% случаев выявляется папилломавирусная инфекция. Особую значимость решение этой проблемы приобретает у молодых женщин, так как стоит вопрос не только о сохранении здоровья, но и восстановлении репродуктивной функции.

Целью исследования явилось изучение частоты выявляемости полипов эндометрия в сочетании с ПВИ и повышения эффективности лечения полипов эндометрия иммуномаксом у женщин репродуктивного возраста.

Методы исследования: общеклинический, клинический, простая и расширенная кольпоскопия, микроскопический, УЗИ, гистероскопия, морфологический, определение ДНК возбудителей бактериальных и вирусных инфекций полимеразной цепной реакцией (ПЦР).

При подозрении на полипоз эндометрия гистероскопия проводилась на 5-8 день менструального цикла с обязательным обследованием на ИППП и папилломавирусную инфекцию онкогенные типы. Гистероскопия выполнялась нами с учетом всех правил, показаний, противопоказаний, условий подготовки больных к исследованию.

Показаниями гистероскопии являлись: полипы эндометрия по данным УЗИ, подозрение на наличие субмукозного узла, гиперпластические процессы цервикального канала, контрольное исследование после гормонального лечения.

По данным гинекологического отделения МУЗ Городская клиническая больница №2 г. Нальчика проведено проспективное исследование 64 пациенток с полипами эндометрия в возрасте от 24 до 48 лет. У 62 больных обнаружены онкогенные типы ПВИ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 и др., чаще встречались 16,18,35 типы, относящиеся к высокой степени риска онкогенности.

Следует подчеркнуть, что в 97% случаев гистероскопическая картина совпала с результатами гистологии. По гистологической картине среди всех полипов выявлено: плацентарных - 4,6%, стромальных - 1,6%, функциональных – 14%, базальных – 23,4%, железисто-фиброзных – 51,6% в т. ч. с эпидерзацией – 20,3%, аденоматозных полипов - 4,7%. При гистероскопии у 36% пациенток произведена коагуляция ножки полипа. По результатам контроля через 6 месяцев рецидивов полипов после коагуляции не отмечалось.

Все пациентки до обследования не получали гормональных, противовирусных и иммуномодулирующих препаратов. При выявлении патогенных и условно-патогенных инфекций проводилось лечение с учетом чувствительности к антибиотикам, на фоне иммуномодулирующих, противовирусных и противогрибковых препаратов, эубиотиков, витаминотерапии, местной санации.

После получения результата гистологического обследования назначалось гормональное лечение и обработка остроконечных кандилом «Феризолом» или «Солковагином», «Солкодермом». Иммуномодулирующая терапия проводилась препаратом иммуномакс по общепринятой схеме. Всем пациенткам назначался этинилэстрадиол в сочетании с дезогестрелом в виде «Мерсилона» или «Новинета», по обычной контрацептивной схеме 6-9 месяцев, в дополнение к нему с 12 по 21 таблетку рекомендовали препарат «Дюфастон», содержащий дидрогестерон по 10 мг 2 раза в день, в течение 3-х первых циклов после лечебно-диагностического выскабливания.

Согласно полученным данным, у больных, обследованных через 6 - 9 – 12 месяцев приема гормонального лечения, во всех случаях не наблюдалось рецидива как кандилом, так и полипов эндометрия. Таким образом, при обнаружении у женщин полипов эндометрия необходимо обследование на онкогенные типы ПВИ, их лечение и предупреждение о необходимости постановки на «Д» учет по месту жительства с обязательным контролем кольпоскопической картины шейки матки и толщины эндометрия по данным УЗИ. Использование микродозированных КОК предпочтительней в сочетании с дидрогестероном в условную 2-ю фазу, что является этиопатогенетически обоснованным лечением и профилактикой рецидивов полипов эндометрия. При выявлении онкогенных типов ПВИ необходима иммуномодулирующая терапия препаратом иммуномакс. Гистероскопия значительно расширяет диагностические возможности при выявлении внутриматочной патологии, позволяет проводить хирургическое органосохраняющее лечение и контролировать эффективность проводимого лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Уланкина О.Г., Лагутин А.С. (Москва)

Целью исследования явилось изучение современных методов лечения гиперпластических процессов эндометрия и подготовки слизистой оболочки тела матки для электрохирургической деструкции.

Возраст исследуемых больных колебался от 40 до 52 лет. Наиболее часто встречаемая жалоба – это различные нарушения менструальной функции (обильные длительные менструации, болезненные менструации, нерегулярные менструации, переходящие в кровотечения, ациклические кровяные выделения из половых путей). Большинство пациенток имеют сопутствующую соматическую патологию, что затрудняет подбор гормональных препаратов, и их применение в течение длительного времени.

Больным были выполнены ультразвуковое сканирование органов малого таза и гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием.

По данным гистероскопии полипы эндометрия были обнаружены у 45%. Во всех случаях полипы имели признак органоидности строения – наличие тонкого основания – «ножки». У 55% при гистероскопии была установлена диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия. В ряде случаев отмечалось сочетание полипов с гиперплазией эндометрия, субмукозной миомой, аденомиозом.

За 100% верификацию диагноза принималось гистологическое исследование соскобов.

Диагностическая значимость положительных результатов гистероскопии при полипах эндометрия независимо от морфотипа патологического образования составила 88,1%, при очаговом и диффузном гиперпластическом процессе эндометрия – 84,5%.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) развиваются вследствие пролиферативных изменений желез и стромы эндометрия и обусловлены избыточной и продолжительной эстрогенной стимуляцией. ГПЭ характеризуются высокой частотой рецидивирования. Раннее выявление и лечение больных с данной патологией играет важную роль в профилактике рака эндометрия, которому гиперпластический процесс может предшествовать или служить фоном для его развития.

Пациенткам, у которых гиперплазия эндометрия была впервые выявлена, проводилось лечение агонистами – ГнРГ. Единственным российским препаратом этой группы является Бусерелин («Фарм-Синтез», г. Москва). Терапевтический эффект при применении этого лекарственного средства проявляется в блокаде гонадотропной функции гипофиза и снижении половых гормонов до постменопаузальных значений. Одной из отличительных особенностей Бусерелина является его безопасность, так как этот препарат не оказывает значительного влияния на функцию печени, почек, желудочно-кишечного тракта, коагуляционных свойств крови, систему гомеостаза, что расширяет возможности его применения.

Бусерелин применялся в суточной дозе 900-1200мкг в форме назального спрея или в виде пролонгированного препарата Бусерелин-депо 3.75 мг для внутримышечного введения 1 раз в 28 дней.

Лечение Бусерелином проводилось в течение 6 месяцев с динамическим ультразвуковым контролем через 1,2,4,6 месяцев. Только у двух пациенток из 100 на фоне приёма препарата менструальная функция сохранилась, став значительно скуднее. У 18% были незначительные климактерические симптомы.

Следует отметить, что высокие результаты получены нами при лечении гиперплазии эндометрия у пациенток с аденомиозом. У женщин с величиной до 6-7 недель беременной матки к концу лечения матка стала нормальных размеров или значительно уменьшилась. После отмены препарата в течение года при динамическом наблюдении не отмечено ни одного рецидива гиперпластического процесса. У большинства исследуемых больных (96%) менструации возобновились, но стали менее обильными и длительными чем прежде.

Таким образом, Бусерелин высокоэффективный препарат в лечении гиперпластических процессов эндометрия и аденомиоза.

Неоднократные маточные кровотечения, онкологическая настороженность при длительно существующих пролиферативных процессах эндометрия вынуждают применять более активную тактику при лечении рецидивирующих гиперпластических процессов. Динамику патологического процесса эндометрия у этой группы женщин отражали предыдущие диагностические выскабливания, число их достигало 5. У большинства из них с момента первого гистологически подтверждённого выявления гиперплазии эндометрия прошло более 3 лет.

Бусерелин применяется в нашей клинике также с целью предоперационной подготовки перед электрохирургической деструкцией эндометрия (рецидивирующая гиперплазия и полипы эндометрия), резекцией субмукозных узлов 0, I и II типа. Препарат назначается сроком на 2 месяца для супрессии эндометрия, что значительно улучшает условия и качество оперативного вмешательства. По показаниям приём препарата больные продолжают в течение 2-4 месяцев после малоинвазивных вмешательств.

В зависимости от гистероскопического и патоморфологического заключения о состоянии эндометрия осуществлялся выбор метода электродеструкции. У пациенток с полипами эндометрия или сохранившейся после выскабливания фиброзной ножкой полипа, с субмукозными миоматозными узлами 0, I и II типа была выполнена резекция и вапоризация патологического образования. У больных с диффузной и очаговой гиперплазией гиперплазией эндометрия произведена аблация эндометрия. Иногда при резекции субмукозных миоматозных узлов требуется два и более этапа гистерорезекции, что чаще всего связано с расположением узла относительно полости матки (I и II типа) или с высокой интравазацией раствора глюкозы в сосудистое русло.

Бесспорно, электродеструкция эндометрия в сочетании с правильной предоперационной подготовкой (препаратом Бусерелин)

является щадящей, менее травматичной, сохраняющей исходное «качество жизни» операцией, обеспечивающей уменьшение длительности операции, объёма интраоперационной кровопотери, более быстрое выздоровление больных, значительно укорачивает послеоперационный период.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКЦИИ В БРАКЕ

Ульянова И.Л., Ткачева Е.В. (Владивосток)

Фундаментальные исследования в области биологии, генетики, медицины привели к лучшему пониманию сложных процессов, лежащих в основе репродукции, позволили усовершенствовать диагностику причин бесплодия, способствовали разработки и внедрению современных репродуктивных технологий. Бесплодие в браке - проблема, которая зависит от состояния обоих супругов, а также от социальных факторов. По мере развития медицинской науки меняются медицинские аспекты данной проблемы.

В краевом клиническом центре охраны материнства и детства нами разработана программа «Рождение здоровых и желанных детей». С 2001 года мы занимаемся обследованием и лечением супружеских пар с проблемой бесплодия в браке. Работа с обоими супругами позволяет наметить общий план обследования и последовательность диагностических процедур, с этой целью нами разработан «Маршрут» для пациентов. В дальнейшем обследование ведут параллельно гинеколог и андролог.

Восстановление репродуктивной функции складывается из оценки состояния репродуктивной функции пациентов с помощью стандартного алгоритма обследования, диагностики факторов бесплодия, проведения поэтапной терапии в зависимости от клинической формы заболевания. Поскольку у каждого супруга может быть выявлено несколько причин, вызывающих нарушение репродуктивной функции, то лечение мы начинали с причины, имеющей первостепенное значение. Вначале устраняли анатомические нарушения, затем функциональные.

Этапы ограничены временем - по 6 месяцев каждый, и направлены на выполнение конкретной задачи в процессе обследования и лечения для скорейшего восстановления репродуктивной функции. С 2001 года нами обследовано 2537 пар, из них 52% жители города Владивостока и 48% жители Приморского края. Нами выявлены следующие причины бесплодия у супружеских пар:

Трубные факторы – 24,3%
Нарушение овуляции - 31,4%
Эндометриоз – 14,9.%
Другие причины – 8,2%
Бесплодие неясной этиологии – 21,2%
Сочетанные факторы – 64,2%
Обоюдное бесплодие - 24,8%

Среди причин, приводящих к бесплодию, нами выявлены основные: нарушение овуляции, трубные факторы, обоюдное бесплодие. К другим состояниям, связанным с нарушением фертильности мы отнесли аномалию развития половых органов, маточные факторы, шеечные факторы, иммунологическое бесплодие. Встречались ситуации, когда причину бесплодия выяснить не удавалось, несмотря на самое тщательное обследование это так называемое бесплодие неясной этиологии. В нашем случае оно встречалось в 21,2%.

Несмотря на тщательное клиническое обследование, использование современных лабораторных технологий для проведения инфекционного, гормонального, иммунологического скрининга, ультразвукового исследования, эндоскопических технологий эффективность лечения бесплодия остается низкой. По данным нашего анализа наступление беременности колебалось от 11,9% до 16,2%.

Многообразие факторов, приводящих к бесплодию в браке, и особенно их сочетание вызывают особые трудности при выборе лечебной тактики. В нашем случае сочетанные факторы встречались в 64,2%. Вероятно этим обусловлена стабильно низкая эффективность лечения бесплодия.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТИРЕОИДИТОВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Ухова А.Ю., Аристархов В.Г. (Рязань)

Хорошо известен факт значительного преобладания тиреоидной патологии у женщин по сравнению с мужчинами, частота которой по разным нозологическим формам колеблется от 3 до 20 раз (Falk, 1997).

На основании ретроспективного анализа собственного материала, включающего 1900 заключений по ТАБ щитовидной железы без специального выбора установлено, что соотношение общей патологии у мужчин и женщин составляет 1:13, а в группе “тиреоидиты” 1:19. Изучение возрастной динамики тиреоидитов у мужчин (n =32) и женщин (n = 535) показало, что если у мужчин частота заболеваемости с возрастом уменьшается и они преобладают у лиц молодого возраста, то у женщин они отличаются стабильно высокими показателями с 10 до 40 лет, затем резким пиком подъема в возрасте 40-50 лет и последующим падением в пожилом и старческом возрасте. Проведен анализ тяжести течения заболевания у женщин по трем степеням активности процесса на основании цитологической картины ТАБ. Он показал, что во всем возрастном диапазоне от 10 до 80 лет активные диффузные и узловые формы аутоиммунного тиреоидита также приходятся на возраст 40 – 50 лет (35% и 36%). Это позволяет заключить, что период перименопаузы является критическим для реализации тяжелых проявлений заболевания. Дисгормональные процессы этого периода, сопровождающиеся усилением выработки гонадотропных гормонов гипофиза влияют, с одной стороны на активность аутоиммунного процесса, а с другой стороны стимулируют реактивную перестройку тиреоидного эпителия. Это может быть связано с близкой химической структурой ФСГ, ЛГ и ТТГ, что косвенно подтверждается известными фактами влияния на щитовидную железу ХГТ, которое наблюдается в частности при трофобластической болезни.

ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПРОГНОЗ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Фадеева Н.И., Маркова Е.А., Кузнецова Т.А., Шмонова Л.В. (Барнаул)

Целью исследования явилась оценка влияния состояния щитовидной железы на репродуктивный прогноз у пациенток с бесплодием на фоне доброкачественных опухолей (ДОЯ) и опухолевидных образований яичников (ООЯ).

Проведено полное клиническое обследование 146 пациенток с бесплодием и наличием ДОЯ или ООЯ. Исследование тиреоидной системы включало: УЗИ щитовидной железы, определение в сыворотке крови ТТГ, Т3, Т4, антител к микросомальной фракции тиреоцитов, антител к тиреоглобулину, при необходимости – пункционную биопсию щитовидной железы с цитологическим исследованием пунктата, консультацию эндокринолога. В зависимости от состояния тиреоидной системы все больные были разделены на две группы: первая группа - 53 женщины, у которых была выявлена патология щитовидной железы; вторая группа – 93 пациентки без патологии щитовидной железы.

Морфологические изменения в щитовидной железе у пациенток первой группы были представлены малообъемными формами: гиперплазия щитовидной железы I-II степени выявлена в 79,2% случаев, в том числе, в 19% случаев ассоциированна с гипертрофической

формой аутоиммунного тиреоидита, в 3,8% - с атрофической формой этого заболевания; диффузно-узловой зоб I-II степени встречался в 9,4% случаев; единичные кисты щитовидной железы - в 7,6%. При исследовании функции щитовидной железы у половины больных (51,0%) первой группы выявлено ее снижение.

Структура ДОЯ и ООЯ у пациенток с патологией щитовидной железы значительно отличалась от таковой у женщин с отсутствием морфофункциональных изменений в тиреоидной системе. У больных первой группы достоверно чаще ($p \leq 0,05$) встречались эндометриомы (47,2% и 15,1%) и фолликулярные кисты (32,1% и 17,2%), тогда как у пациенток с интактной щитовидной железой чаще других образований выявлялись кисты желтого тела (26,9%), в 1-ой группе они составили 2%.

У больных с гиперплазией щитовидной железы I-II степени и гипотиреозом преобладали фолликулярные кисты (42,9%) и эндометриомы (38,1%). Одинаково часто встречались серозные цистаденомы и полиморфные образования яичников (у 9,5%). При наличии у пациенток гипотиреоза, обусловленного аутоиммунным тиреоидитом, как гипертрофической, так и атрофической его формой, были выявлены только эндометриомы (100%). У пациенток с гиперплазией щитовидной железы I-II степени и эутиреозом определены фолликулярные кисты (41,7%), эндометриоидные цистаденомы (33,3%), параовариальные кисты (16,7%) и фибромы яичника (в 8,3% случаев). У одинакового количества больных (33,3%) с диффузно-узловым зобом I-II степени и эутиреозом выявлены серозные цистаденомы и полиморфные образования яичников, а при гипотиреозе – фолликулярные кисты. Дермоидные кисты, фибромы яичника и кисты желтого тела в одинаковом соотношении (33,3%) диагностированы у женщин с единичными кистами щитовидной железы и эутиреозом.

Основным этапом в диагностике и лечении больных явилась хирургическая лапароскопия: в 76% случаев произведена цистэктомия с последующим гистологическим исследованием образований яичников.

Тактика ведения больных с ДОЯ и ООЯ в послеоперационном периоде определялась морфологией образований, характером менструального цикла, а также сопутствующей гинекологической и эндокринной патологией. Для коррекции нарушений функции яичников пациентки в 68,3% случаев получали различные варианты гормональной терапии длительностью до 4–6 месяцев. Тиреоидная терапия назначалась в зависимости от функции щитовидной железы и степени ее увеличения. При сочетании аутоиммунного тиреоидита и эндометриоза проводились эфферентные методы лечения.

Результаты комплексного лечения в сроке от 6 месяцев до 3 лет оценены у 146 женщин: Восстановление полноценного двухфазного цикла у больных первой группы отмечено в 92,4% случаев, тогда как у женщин с интактной щитовидной железой только в 51,6% случаев ($p \leq 0,0001$). В первой группе рецидивов образований яичников не было. Во второй группе у двух больных отмечены рецидивы ретенционных образований яичников, а у одной – эндометриомы. Беременность наступила у 43 пациенток (82%) первой и у 44 пациенток (47%) второй группы ($p \leq 0,001$).

Таким образом, наличие морфофункциональных изменений щитовидной железы влияет на морфологическую структуру ДОЯ и ООЯ у пациенток с бесплодием и достоверно улучшает их репродуктивный прогноз при выполнении адекватного объема эндоскопических операций с последующей коррекцией эндокринных нарушений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У ДЕВОЧЕК С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Федорова Т.А., Уварова Е.В., Немченко О.И., Брянцев А.В. (Москва)

На сегодняшний день установлено, что у каждой третьей девочки, перенесшей оперативное вмешательство по поводу острых воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), формируется в последующем хронический воспалительный процесс внутренних половых органов. Хронизации процесса способствует несвоевременная и неадекватная терапия.

Целью исследования явилось изучение эффективности плазмафереза (ПА) в комплексе реабилитационной терапии девочек-подростков, перенесших оперативные вмешательства по поводу острых ВЗОМТ. Клиническую эффективность проведения терапии с использованием ПА оценивали в динамике во время терапии и в течение года после окончания лечения. Эффект лечебного плазмафереза расценивался полным при исчезновении болевого синдрома, пальпаторных изменений в придатках матки, улучшении общего и психоэмоционального состояния (настроение, головные боли, самочувствие, аппетит, наличие субфебрильной температуры), нормализации сна, восстановлении менструальной функции, отсутствии рецидивов основного заболевания и обострений сопутствующих хронических экстрагенитальных заболеваний, а также сохранении трудоспособности в течение 12 месяцев. При отсутствии положительных изменений хотя бы в одном из перечисленных параметров эффект лечения расценивался неполным.

Основную группу исследования составили 19 девушек, перенесших острые ВЗОМТ, потребовавшие оперативного вмешательства (проведена лечебно-диагностическая лапароскопия). Из них первичные ВЗОМТ были выявлены у 12 больных, у остальных девочек - вторичные ВЗОМТ, для восстановительной терапии которых после оперативного лечения использовался лечебный ПА. Группу контроля составили 42 девочки, перенесшие оперативные вмешательства по поводу острых ВЗОМТ, которым лечебный ПА не проводился. Возраст больных колебался от 11 до 18 лет и составил в среднем 15±5 года.

После проведенного ПА полный лечебный эффект наблюдали у 15 девушек (79%), неполный положительный клинический эффект у 4 пациенток (21%), отсутствия эффекта или отрицательный эффект при проведении терапии с использованием ПА не наблюдали. Длительность ремиссии основного заболевания составила в целом 12±2 месяца. В группе сравнения продолжительность ремиссии составила 6±2 месяца. Частота острых респираторных заболеваний в основной группе составила 1,2±0,7 в год (в группе сравнения - 3,4±0,6 раз в год). У 36,8% больных после проведенной терапии в течение года таких заболеваний вообще не наблюдали. Практически у всех исследуемых больных было выявлено улучшение течения сопутствующих заболеваний хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, дыхательной и мочевыделительной систем. После курса плазмафереза сократилась частота обострений заболеваний, их продолжительность, выраженность симптомов, удлинилась стадия ремиссии в среднем от 4,1±2,3 месяца до 9,5±0,6 месяцев.

Таким образом, установлено, что плазмаферез является эффективным методом в системе лечебных реабилитационных мероприятий у девочек, перенесших острые воспалительные заболевания органов малого таза, оказывает положительный эффект на течение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, способствует нормализации менструального цикла.

МРТ - ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

Фокин В. А., Труфанов Г.Е., Марченко Н.В. (Санкт-Петербург)

Наиболее часто выявляемым патологическим состоянием органов женского малого таза является кистозные образования в яичниках. Учитывая необходимость проведения сложной дифференциальной диагностики в случаях с данной патологией, мы попытались оценить возможности высокопольного магнитно-резонансного томографа.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные МР-изображений без и с контрастным усилением на 1,5 Т магнитно-резонансном томографе (Magnetom Symphony) у 57 пациентов с различными кистозными образованиями яичников.

Магнитно-резонансное исследование включало следующие последовательности: Т2 и Т1 взвешенные, протоколы с жироподавлением, а также сверхбыстрые протоколы HASTE. Изображения в корональных и аксиальных проекциях были идеальными для визуализации яичников. А нацеленные сагиттально изображения, проецировались вдоль оси яичника.

Применение импульсной последовательности Т2 HASTE позволяло выполнять так называемую «гидрографию» – когда жидкость содержащие образования четко контрастировались, за счет гиперинтенсивного МР-сигнала на фоне изоинтенсивного МР-сигнала от окружающих тканей. Применение этой методики позволяло за короткое время (4 секунды) отдифференцировать образования содержащие жидкость от других патологических образований в самом начале МР-исследования.

Результаты. В случаях выявления дермоидных кист (3 случая) с различным содержимым (жир, зубы, волосы, жидкость, кровь - редко) МР-сигнал от них часто имел гиперинтенсивный характер на Т1 и Т2 ВИ.

Жировые включения имели выраженный гиперинтенсивный МР-сигнал на Т1- и Т2-ВИ, программы с жироподавлением позволяли нам отчетливо дифференцировать их от участков кровоизлияния, где сигнал от жира терял интенсивность сигнала, а от крови сохранял гиперинтенсивный характер. В 95% случаев данные МРТ совпадали с гистологическими данными.

Кроме того, отчетливо визуализировались 12 случаев апоплексии яичника, где МР-сигнал от участка кровоизлияния имел гиперинтенсивный МР-сигнал на Т1.

В 15-ти случаях цистом яичников проводилось многопроекционное исследование с целью изучения распространенности процесса на окружающую клетчатку и органы.

Контрастирование парамагнитными препаратами на основе гадолиния позволяло максимально отчетливо отграничить опухолевый процесс от нормальных окружающих тканей, не вовлеченных в него, что во многом определяло дальнейшую тактику ведения данных пациентов и позволяло выполнять лечебные манипуляции в нужном объеме.

В 17 случаях были выявлены фолликулярные кисты, которые наблюдались нами в динамике и имели четкие контуры, жидкостную интенсивность МР-сигнала на Т1- и Т2-ВИ.

Выводы: Таким образом, магнитно-резонансная томография может быть использована как высокоинформативный метод для визуализации различных кистозных образований яичников с определением характера тканевого содержимого кист и оценкой их локализации и распространенности. Высокая чувствительность метода позволяет качественно оценивать состояние окружающих тканей в случае развития опухолевого процесса и помогает определять тактику лечения пациентов. Отсутствие лучевой нагрузки позволяет осуществлять контрольные исследования в динамике лечения и наблюдения без ущерба здоровью пациента.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАЛИЧИЯ КАМПИЛОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОЛОВЫХ ПУТЯХ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

Фоминых Е.А., Хасанов А.А., Галеева О.П.

Одним из основных факторов невынашивания беременности является персистирующая в эндометрии вирусная и бактериальная инфекция. Хронический эндометрит выявлен у 67,7% женщин с воспалительным генезом выкидыша. Характерной особенностью микроценоза эндометрия у женщин с невынашиванием является наличие в них ассоциаций облигатно-анаэробных микроорганизмов-более 20 видов; облигатные анаэробы-61,4%, микроаэрофилы-31,8%, факультативные анаэробы-6,8%, так же вирусы: ВПГ, ЦМВИ Коксаки и др. У большинства пациенток выфявлены ассоциации 2-6 видов микроорганизмов в пределах 102 КОЕ/ мл гомогената эндометрия.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о неполном выявлении возбудителей хронического эндометрита, так как 30% гистологических диагнозов хронического эндометрита не подтверждены выделением возбудителя.

В нашей работе проведено обследование 90 женщин с невынашиванием беременности в анамнезе на наличие кампилобактерной инфекции в половых путях. Кампилобактеры - грамотрицательные микроаэрофилы, тропные к цилиндрическому эпителию цервикального канала, обладающие инвазивными свойствами. Выявлена персистенция кампилобактерной инфекции у 40% женщин с хроническим воспалительным процессом в цервикальном канале, имеются литературные данные о выделении кампилобактера у женщин с самопроизвольными абортами.

Выделение кампилобактера из половых путей в наших исследованиях проводилось с использованием микробиологического и ПЦР методов исследования. Определена оптимальная схема обследования: микроскопия нативного мазка, бак. посев материала с последующим ПЦР- подтверждением.

В работе использовался бактериологический метод в модификации, позволяющий многократно увеличить выделяемость трудно-культивируемой микроаэрофильной кампилобактерной инфекции. Модификация представляет собой культивирование микрофлоры в максимально оптимальных условиях с использованием селективной питательной среды, микроаэрофильной газовой атмосферы в анаэростате и температурных условий.

Наиболее значимым из перечисленных методов исследования является бактериологический в модификации с использованием газовой смеси, так как процент выделения кампилобактера при работе данной методикой составляет 41,2% в сравнении с таковым в 13% при использовании газпаков.

Применение ПЦР- метода оправдано только в качестве подтверждающего видовую принадлежность культур, полученных бактериологическим методом.

Как скрининг- метод ПЦР не оправдал себя из-за малого количества микробных тел в исходном материале (5% положительных результатов в нашем исследовании). ПЦР желательно использовать как подтверждающий метод видовой принадлежности вида Campylobacter после короткого (48-72 часа) периода обогащения материала (23,6% положительных результатов в нашем исследовании).

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Хакимов Ф.М., Кулавский В.А. (Уфа)

В последние годы возросло количество воспалительных заболеваний внутренних половых органов, медицинских абортов в подростковом возрасте, что привело к росту родового травматизма шейки матки. Течение патологических родов, а также прерывание беременности в позднем сроке в ряде случаев вызывает травму с последующей деформацией шейки матки. Нарушение анатомического строения шейки матки, ее деформация, а также наличие старых разрывов приводит в большинстве случаев к развитию хронического воспалительного процесса, что при длительном течении приводит к возникновению фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Длительно существующие псевдоэрозии с различными зонами трансформации сопровождаются воспалительной реакцией, разрастанием соединительной ткани, увеличением стромы, в результате чего шейка матки гипертрофируется и уплотняется. Исследования последних лет показали, что псевдоэрозия шейки матки на фоне деформации и гипертрофии существенно влияет на репродуктивную и половую функцию женщины. Частота бесплодия, невынашивания, внутриутробного инфицирования плода у больных с данной патологией значительно выше, чем у женщин с патологией шейки матки без анатомических изменений.

С учетом этого особенно актуальна проблема совершенствования системы лечебных мероприятий при фоновых и предраковых заболеваний с одновременным устранением как посттравматической деформации, так и гипертрофии шейки матки. Существующие в настоящее время хирургические методы лечения, несмотря на их эффективность, не всегда приемлемы для лечения данной патологии, так как сравнительно часто не устраняют причины заболевания или ведут к травматизации шейки матки, что в дальнейшем неблагоприятно сказывается на менструальной и детородной функциях.

Необходимым условием восстановления нормального анатомо-функционального состояния шейки матки является устранение ее деформации и гипертрофии. Принципы лечения должны заключатся в сохранении репродуктивного здоровья. Разработан метод комбинированного лечения выше указанной патологии с применением двух способов деструктивного вмешательства.

Комбинированное лечение проводится в три этапа последовательно друг за другом. При наличии ретенционных кист предварительно проводится точечная диатермопунктура специальными иглами. Локализацию кист уточняют при трансвагинальном ультразвуковом исследовании. После опорожнения слизисто-коллоидной массы степень гипертрофии и деформации шейки матки уменьшается.

При первом этапе лечения проводится криовоздействие на шейку матки. Криовоздействие обладает анестезирующим эффектом ввиду быстрого блокирования чувствительных нервных окончаний, поэтому предварительной анестезии не требуется. Конусовидный криозонд накладывают на поверхность шейки матки, захватывая эндо- и экзоцервикс. В качестве хладагента используется углекислый газ, температура криовоздействия -минус 780 С, время экспозиции - 3 минуты. Первый этап лечения позволяет безболезненно совершать последующие манипуляции, улучшить геометрию операционного поля.

Криогенное лечение основано на разрушающем действии низких температур на патологически измененные ткани, а также на иных эффектах низкотемпературного воздействия. К ним относятся анальгезирующий эффект, возникающий вследствие разрушения нервных окончаний вокруг очага крионекроза, стимуляция репаративных процессов и гемостатическое действие криодеструкции. Повреждающий эффект криовоздействия по своим результатам сопоставим с хирургическим вмешательством.

На втором этапе лечения осуществляется диатермоэлектроэксцизия, конизация. Для этой цели подбирают конизатор, который по размерам соответствует площади замораживания. Круговая эксцизия в смешанном или режущем режиме проводится одномоментно и без затруднений по краю зоны замораживания. В результате температурного воздействия образуется конусовидный кратер с четкими краями и ровной поверхностью. Для образования белого струпа необходим подбор оптимального напряжения (200 Вт – в режиме резания, 120 Вт – в смешанном). При таких параметрах ткани шейки матки не коагулируются, что существенно улучшают условия для тщательного гистологического исследования. После проведенного хирургического вмешательства шейка матки значительно уменьшается в размерах. При этом в случае кольпоскопического выявления подозрительных участков осуществляется прицельная эксцизионная биопсия.

На третьем этапе лечения проводится повторное криовоздействие на шейку матки. В случае наличия незахваченных участков эктопии, при повторном криовоздействии они полностью перекрываются криозондом, при этом время экспозиции – от 3 до 5 минут. Края зоны замораживания должны перекрывать участки поражения на 3-4 миллиметра. После удаления криозонда образуется замороженный кратер, при этом образуется струп, качественно отличающийся от такового при обычной криодеструкции. Визуально определяется тонкая ледяная пленка с гладкой блестящей поверхностью. После криовоздействия на коагулированную поверхность образуется более нежный струп. Криовоздействие на ткани шейки матки менее агрессивное, здоровые ткани меньше подвергаются деструкции, чем при традиционных методах лечения, что значительно повышает эффективность данного хирургического лечения.

В связи с полным восстановлением анатомо-функционального состояния шейки матки (отсутствие рубцовых изменений, стеноза цервикального канала) предлагаемая тактика лечения посттравматической деформации шейки матки существенно сказывается на параметрах коррекции репродуктивной функции организма. Данный метод восстанавливает нарушенную генеративную функцию (происходит нормализация менструального цикла, устраняется шеечный и яичниковый факторы бесплодия), что является важным также при лечении привычного невынашивания беременности.

Восстановление анатомо-функциональной целостности шейки матки путем комбинированного хирургического лечения способствует профилактике онкологических заболеваний.

Преимуществами комбинированного хирургического лечения деформации и гипертрофии шейки матки являются бескровность, безболезненность, атравматичность, косметический эффект, а также простота и возможность применения в амбулаторных условиях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННОЙ КОНТРАЦЕПТИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Хакимова С.Х., Рустамова М.С., Пулатова А.П., Орипова Г.Н. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Анемия является одной из ведущих причин высокой материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Главной причиной анемии является дефицит железа, который обусловлен усиленной его утилизацией при частых беременностях и родах с короткими интервалами. Известно, что в гестационном периоде возрастает потребление железа, и потеря этого элемента при каждой беременности приблизительно составляет 700 мг. Расход железа остается повышенном и после беременности – в родах, послеродовом периоде с кровопотерями и лохиями, с молоком матери при лактации. В случае возобновления менструации значительно возрастает риск развития анемии, а при ее наличии отмечается переход в более тяжелые стадии. Восстановление гемоглобина и запасов железа происходят в течение 4-5 лет [В.Н. Серов, С.Х. Хакимова]. В связи с этим, удлинение интергенетического интервала с применением современной контрацептивной технологии и оздоровление женщин, остаются актуальными проблемами современной науки.

Целью настоящих исследований явилась изучение динамики изменений статуса железа у больных с анемией на фоне контрацепции и антианемической терапии.

Под наблюдением находились 52 женщин в возрасте 20 - 43 лет. У всех обследованных больных диагностирована железодефицитная анемия, заболевание протекало у 21 (40.4%) в легкой, у 18 (34.6%) – в среднетяжелой и у 13 (25.0%) – в тяжелой и экстремальной стадиях.

Всем пациенткам был назначен курс антианемической терапии препаратами железа и витаминов, соответствующих тяжести анемии дозах, с последующим контрольным определением гематологических показателей и статуса железа на 3, 6 и 12 месяце наблюдения. Из общего количества обследованных 14 больных лечились нерегулярно или вообще не лечились, они выделены в группу сравнения.

Все наблюдавшие женщины при консультировании предпочли внутриматочную контрацепцию (ВМК). Выбор был обусловлен тем, что большинство (63.5%) обследованных были многократно рожавшими, они обременены домашней работой и заботой воспитанием детей, в связи, с чем они не были уверены в регулярном приеме гормональных контрацептивных препаратов. Кроме того, 26.9% пациентов желали сохранить тайну контрацепции. Наблюдавшиеся женщины до введения внутриматочной спирали (ВМС) подвергнуты тщательному клиническому осмотру, производилось бимануальное исследование и осмотр шейки матки в зеркалах. В качестве контрацепции использованы медьсодержащие спирали Т Cu-380 и мультилоуд-350, которые вводились на 3-4 дни менструального цикла при I степени частоты влагалищного мазка. Продолжительность наблюдения составила 624 менструальных циклов. В процессе исследования тщательно регистрировались осложнения, побочные эффекты и изменения в менструальном цикле. Объективная оценка переносимости ВМС проводилась по индексу Перля.

Из анамнеза выяснилось, что менархе у обследованных началось в возрасте 13 - 15 лет, при этом средний возраст менархе составил 14.8±0.2 года. Менструальный цикл у этих женщин установился сразу, продолжительность цикла была равна 25-30 дням, в среднем равнялась 27.4±0.22 дням. Менструальные кровопотери длились 3-7 дней, а в среднем - 4.0±0.1 дня. У большинства (78.9%) менструации были умеренными. 11.5% и 9.6% пациенток соответственно указали на гиперполименорею и олигоменорею.

Анализ репродуктивной функции показал, что все наблюдавшие женщины регулярно жили половой жизнью. В прошлом у них были от 2 до 12 беременностей, в среднем 4.1 беременности на одну женщину, а в общем 213 беременностей. Из них 87.8% завершились родами и 3.8% - самопроизвольными выкидыши. Искусственное прерывание гестационного процесса произвели 8.4% пациенток.

Результаты настоящих исследований показали, что у женщин на фоне ВМС менструальный цикл сохранял регулярность. В период адаптации отмечены изменения в длительности дней менструальной кровопотери. У 17.3% женщин первые 2-3 месяцев после введения спирали менструации были довольно обильными. Гиперполименорея устранялась назначением ингибиторов простогландинсинтетазы – индометацин, напроксин, аспирин по общепринятой схеме Беременность на фоне ВМС наступила у одной пациентки спустя 4 месяцев, при этом индекс Перля составила 1.92 на 100 женщин/лет. Экспульсия ВМС отмечена у 2 наблюдавшихся, т.е. 3.8 на 100 женщин/лет по Перлю. Воспалительные процессы гениталий на фоне ВМС диагностированы у 7 больных или 13.5 на 100 женщин/лет. У одной женщины введение ВМС осложнилось кровотечением, в связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения спираль была удалена. Спустя 12 месяцев после введения ВМС менструации остались обильными у 8 (15.4%) пациентов, что статистически недостоверен ($p > 0.05$) по отношению к аналогичным данным до начало обследования. Следовательно, ВМС у больных анемией женщин оказывает достаточно высокую контрацептивную активность.

Результаты антианемической терапии показали, что 12 из 14 больных анемией легкой степени были излечены, однако скрытый дефицит железа оставался у 4 из них. При анемии средней тяжести 5 из 14 женщин были излечены, а у 6 анемия перешла в легкую степень малокровия. Тяжелая и экстремальная анемия была излечена у 4 из 10 больных, а в 6 случаях анемия перешла в малокровие легкой и средней степени.

Уровень гемоглобина у женщин основной группы, до ведения ВМС, была равна 87±2.9 г/л с колебаниями от 45 до 118 г/л. Через 6-12 месяцев после лечения концентрация гемоглобина достоверно ($p < 0.001$) повысилась в среднем до 118±3.6 г/л, одновременно увеличилась и амплитуда колебаний от 77 до 145 г/л. Соответственно отмечалось достоверное ($p < 0.01$) повышение транспортного железа с 42.1±4.9 мкг% до 58.0±4.8 мкг% и сывороточного ферритина с 23.6±4.6 мкг/л до 37.3±4.0 мкг/л.

В противоположность леченным женщинам, у больных группы сравнения отмечались незначительные увеличения содержания гемоглобина (с 87±4.5 г/л до 95±4.7 г/л, транспортного железа (с 31.1±7.3 мкг% до 49.0±5.1 мкг%) и запасов железа в виде ферритина (с 7.5±3.9 мкг/л до 8.4±1.3 мкг/л). Разница между показателями в динамике, при математическом анализе оказались статистически недостоверными ($p> 0.05$). В связи с чем, пациентам с низкими показателями гемоглобина, транспортного железа и сывороточного ферритина было назначено дополнительное лечение и наблюдение.

Таким образом, динамическое наблюдение показали, что антианемическая терапия положительно влияет на изменение статуса железа анемичных женщин, способствуя повышению уровня гемоглобина, транспортного железа и сывороточного ферритина.

Резюмируя полученные данные, можно заключить, что только контрацепция само, по себе увеличивая интергенетический интервал, не дало полного оздоровления женщин. Нами показано, что в группе не лечившихся женщин, даже после 12 месяцев применения контрацепции, подъем гемоглобина незначителен, а дефицит железа не восполнился. В то время как у большинства женщин получавших лечение происходит восстановление статуса железа и выздоровление. Это свидетельствует о невосполнимости эндогенным путем потери железа, которая может быть восполнено только длительным приемом медикаментозного железа. Кроме того, применение ВМК, предпочитаемое нашими жителями, не противопоказаны больным с анемией различной степени. Тщательное динамическое наблюдение за больными с анемией на фоне ВМС, и одновременное проведение регулярной и длительной антианемической терапии, способствуют оздоровлению женщин с высоким контрацептивным эффектом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНЫ «СОЛКО-ТРИХОВАК» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Хамадьянов У.Р., Низаева А.Р. (Уфа)

К числу наиболее распространенных специфических инфекционных заболеваний влагалища относится вульвовагинальный кандидоз, частота которого неуклонно растет и, по данным разных авторов, составляет от 30 до 45% в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий.

В последние годы все чаще встречаются длительно текущие, рецидивирующие формы вагинального кандидоза, а существующие методы терапии недостаточно эффективны. В этой связи проблема эффективного лечения данного заболевания является чрезвычайно актуальной.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности различных методов терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (ХРВК).

Материалы и методы: в исследование были включены 120 женщин (возраст 24-36лет) с диагнозом вульвовагинального кандидоза, подтвержденным методом цитологического исследования влагалищных мазков и культурального исследования посева отделяемого из влагалища на среду обогащения Сабуро. Видовая идентификация колоний Candida spp.. проводилась тестами ассимиляции и ферментации углеводов, восстановления бесцветного хлорида трифенилтетразолия. Все пациентки имели более 4 эпизодов вульвовагинального кандидоза в год, продолжительность заболевания составила от 1 года до 10 лет. В объем диагностических мероприятий включен анализ кала на кишечный дизбактериоз и посев кала на Candida spp. Оценка общего иммунного статуса производилась по развернутой иммунограмме. Для изучения состояния местного иммунитета в смывах со стенки заднего свода влагалища определяли количество sIgA, общее содержание гликозаминогликанов, полимерных гликозаминогликанов и их моноструктур – уроновых кислот.

Основными жалобами являлись зуд и выделения из половых путей. Кроме того, наблюдались нарушения мочеиспускания, диспареуния, раздражительность, нарушение сна. При микроскопическом исследовании материала из влагалища (задний свод) с окраской по Граму вегетирующие формы Candida spp.(псевдомицелий, почкующиеся клетки) были выявлены у 48,33% пациенток. При посеве материала из пораженных участков слизистой влагалища грибы рода Candida были выявлены у всех обследованных. Видовая идентификация показала, что у 92,5% женщин возбудителем ХРВК явилась Candida albicans, а у 7,5% - Candida tropicalis.

При анализе результатов кишечного микроценоза зарегистрированы как количественные, так и качественные сдвиги состава нормальной микрофлоры. Повышенная пролиферация дрожжеподобных грибов рода Candida обнаружена у 28,33% обследованных. Лабораторно подтвержденный дисбиоз кишечника ассоциировался с синдромом кишечной диспепсии у (33,33%) женщин. Проявлялся он в виде метеоризма, абдоминального дискомфорта, изменений в консистенции и частоте стула, признаков умеренной интоксикации и тенденции к обострению аллергических заболеваний.

Все пациентки, в зависимости от проведенной схемы лечения были разделены на три группы. Пациенткам 1-ой группы (30 человек) проведена вакцинация иммунобиологическим препаратом «СолкоТриховак», состоящая из трех внутримышечных инъекций с интервалом в две недели. После первого введения вакцины с целью деконтаминации кишечника проводилась энтеросорбция синтетическим сорбентом – энтеросорб, который для снижения степени колонизации влагалища вводился также интравагинально. С иммуномодулирующей целью применялся тимоген в виде капель в нос. После ревакцинации проводилась местная иммуностимуляция линиментом циклоферона. Третий этап состоял из повторной ревакцинации и восстановления резидентной микрофлоры раствором живых лактобактерий (эуфлорины). Вторая группа женщин (60 человек) пролечена по общепринятой методике с применением системных антимикотиков: флуконазол 150 мг двухкратно с интервалом в 1 неделю. В третью группу вошли 30 женщин получивших местную терапию: вагинальные свечи «Тержинан», «Гинезол», «КлионД» в течение 10 дней.

Результаты: эффективность проводимой терапии оценивали на основании динамического клинико-микробиологического обследования больных в ходе проводимой терапии, через 10 дней после завершения лечения, затем через 3, 6 и 12 месяцев.

Культуральное исследование посевов отделяемого из влагалища обнаружило отсутствие роста Candida spp. у всех пролеченных женщин. Через 3 месяца после проведенного курса лечения рецидив заболевания наступил в 1-ой группе – у одной женщины (11,1%); во 2-ой группе – у 13 (21,6%); в 3-ей группе – у 17 (56,6%). Через 6 месяцев рост Candid spp. зарегистрирован у двух женщин (22,2%) в 1-ой группе, у 27 (45%) во 2-ой группе и у 22 (73,3%) в 3-ей группе. Через 12 месяцев частота рецидивирования патологического процесса составила 3 (10%), 26 (43,3%) и 25 (83,3%) соответственно.

Результаты микроскопического исследования влагалищных мазков представлены в таблице.

Таблица.
Результаты лечения ХРВК в сравниваемых группах.

Период времени	Нормоценоз влагалищного содержимого (по результатам микроскопии)					
	1-ая группа		2-ая группа		3-ья группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сразу после лечения	22	77,8	52	86,6	25	83,3
Через 3 мес.	29	96,6	35	58,3	19	63,3
Через 6 мес.	28	93,3	32	53,3	13	43,3
Через 12 мес.	23	76,6	26	43,3	7	23,3

Положительная динамика субъективных симптомов и клинических проявлений микотической инфекции отмечалась всеми обследуемыми после проведенного лечения. Необходимо отметить, что купирование симптомов вульвовагинального кандидоза на фоне системной или местной противогрибковой терапии (2-ая и 3-ья группы) происходит быстрее и уже в ходе проводимого лечения пациентка отмечает улучшение. Тогда как, в 1-ой группе клинические проявления исчезают после второй ревакцинации и курса местной сорбционной терапии.

На основании полученных результатов можно сделать заключение о том, что системная и местная противогрибковая терапия эффективна и быстро купирует симптомы вульвовагинального кандидоза у женщин. Однако, отдаленные результаты указывают на значительное количество рецидивов заболевания при применении антимикотиков. Применение вакцины «Солко-Триховак» в комплексе с иммуномодулирующей и сорбционной терапией отличается высокой эффективностью, существенно снижает количество рецидивов ХРВК в отдаленном периоде, нормализуя флору влагалища женщины.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТАХ

Хамадьянова А.У. (Уфа)

Хроническое воспаление придатков матки (ХВПМ) занимает лидирующую позицию в структуре причин нарушения репродуктивной функции женщины. Заболевание характеризуется высокой частотой, резистентностью к терапии, частыми обострениями нередко с исходом в гнойно-воспалительные тубоовариальные образования, крайне неблагоприятным влиянием на качество жизни, что свидетельствует об актуальности поиска оптимальных способов лечения и профилактики ХВПМ. Трудности лечения прежде всего связаны со сложностью патогенеза хронизации воспаления. Согласно современным данным (Владимиров Ю.А. 1998; Фархутдинов Р.Р. и соавт., 1995), в формировании длительно текущих воспалительных процессов большое значение имеет дисбаланс в системе свободнорадикального окисления (СРО) и антиоксидантной защиты (АОЗ). В частности при оксидативном стрессе (ОС) происходит неконтролируемая избыточная генерация активных форм кислорода (АФК), которые при несостоятельности АОЗ резко повышают интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) с последующим развитием продуктивной эндогенной интоксикации (Костюченко А.Л. и соавт., 2002). Наряду с этим может быть и обратная ситуация. По причинам генетически детерминированного или приобретенного характера в полиморфноядерных лейкоцитах, моноцитах – макрофогах АФК генерируются в недостаточном объеме, что вызывает депрессию микробицидных и санирующих функций фагоцитов и приводит к хронизации воспалительного процесса (Маянский А.Н. и соавт., 1989).

В связи с вышеуказанным при ХВПМ особую актуальность приобретает использование в комплексной терапии неселективных методов, обеспечивающих коррекцию процессов СРО, элиминацию экзо – и эндогенных токсичных продуктов. Среди методов ак-

тивной детоксикации заслуживают внимания энтеросорбция (ЭС) и плазмаферез (ПА). Однако многие стороны терапевтического влияния этих методов, в частности на биорадикальное равновесие изучены недостаточно и требуют дополнительного анализа.

Целью настоящего исследования явилось патогенетическое обоснование сочетанного применения плазмафереза и энтеросоробции в лечении ХВПМ.

Были обследованы 144 больные с ХВПМ в возрасте от 15 до 45 лет. Диагноз ставился на основании клинических данных, лапароскопии и УЗИ. Длительность ХВПМ колебалась от 2 до 13 лет, частота рецидивов в год – от 3 до 7. У 78 (54,2%) больных (1-я группа) имела место ремиссия ХВПМ, у остальных 66 (45,8% – 2-я группа) – стадия обострения. Изучали особенности ПОЛ методом регистрации железоиндуцированной хемилюминесценции (ЖИХЛ) сыворотки крови на аппарате «Хемилюминомер – 003» с компьютерным обеспечением. Анализировали спонтанное свечение, амплитуду быстрой вспышки, светосумму свечения, которые выражали в относительных единицах к эталону свечения, суммарный световой поток которого составил 5,1 • 105 квант/с. Параллельно исследовали состояние антиоксидантной системы (АОС) путем определения активности в эритроцитах антирадикальных и антиперекисных ферментов – супероксиддисмутазы (СОД), каталазы. В комплекс исследования входило определение в сыворотке крови содержания молекул средней массы (МСМ), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом осаждения в 3,75% растворе полиэтиленгликоля.

На фоне базисной терапии у 14 больных 1-й группы и у 11 - 2-й проводили дискретный ПА – всего на курс 3 сеанса с интервалом 2-5 дней в сочетании с ЭС. С этой целью применяли поливалентный лигниновый энтеросорбент полифепан (ФС 42-2793-96, регистрационный номер 80/1211/3) в суточной дозе 0,5 г на 1 кг массы тела в течение 10 дней. ПА проводили в изоволемическом режиме с замещением удаленной плазмы изотоническим раствором хлорида натрия. За один сеанс в зависимости от состояния гемодинамики одномоментно проводили эксфузию 500-800 мл крови. Группу сравнения составили 40 больных (11 из 1-й и 29 из 2-й группы), которые получили общепринятое лечение. В контрольную группу вошли 15 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи программы Statistica для Windows-97 с использованием t-критерия Стьюдента.

При анализе хемилюминограмм мы исходили из того, что свечение сыворотки крови, индуцированной добавлением солей железа, связано с процессами ПОЛ, главным образом фракций липопротеинов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП, ЛПОНП). При этом спонтанное свечение характеризует интенсивность окисления без вмешательства извне. Амплитуда быстрой вспышки зависит от скорости окисления ионов двухвалентного железа и образования в среде активных форм кислорода. Она увеличивается при повышении содержания в крови гидроперекисей липидов. Светосумма ХЛ-интегральная величина, определяющая способность липидов крови подвергаться окислению (Фархутдинов Р.Р. и соавт., 1995).

У больных 1-й группы светосумма ЖИХЛ оказалась в среднем в 1,55 раза ниже нормы. На момент обследования у всех этих больных отмечалась стадия ремиссии ХВПМ. Нарушениями менструальной функции страдали 47 женщин из 78, первичным бесплодием – 11, вторичным – 45.

У больных 2-й группы все параметры ЖИХЛ достоверно превышали показатели в контрольной группе, что свидетельствовало о возрастании уровня свободных радикалов и высокой интенсивности ПОЛ.

В результате сочетанного применения лечебного ПА и ЭС произошли существенные сдвиги в показателях ЖИХЛ. Так, у больных 1-й группы исходно с низкой интенсивностью ПОЛ все изученные параметры ЖИХЛ повысились и достигли нормальных значений. Во 2-й группе больных исходно с высокой интенсивностью ПОЛ после лечения установлены следующие особенности: светосумма свечения и амплитуда быстрой вспышки снизились до уровня в контрольной группе, интенсивность спонтанного свечения также значительно уменьшилась, но не достигла нормального значения, хотя в 1,6 раза была ниже исходной величины. При исследовании ЖИХЛ после традиционной терапии у больных обеих групп существенных изменений в интенсивности ПОЛ не обнаружено.

Изучение исходного состояния АОС показало, что у больных как 1-й, так и 2-й группы активность каталазы и СОД по сравнению с показателями в контрольной группе достоверно снижена. Полученные данные позволяют считать, что при обоих вариантах клинического течения ХВПМ имеет место антиоксидантная недостаточность, которая при остром воспалении сочетается с ускорением свободнорадикальных реакций, в стадии ремиссии – с их замедлением. По-видимому, в условиях недостаточности антиокислительных резервов возможна реализация повреждающего действия продуктов ПОЛ на клеточные структуры и при реакциях малой интенсивности, что важно учитывать при назначении патогенетической терапии.

Применение ПА и ЭС оказало положительное влияние на активность изученных ферментов. В результате проведенного лечения в обеих группах больных активность каталазы и СОД повысилась в среднем до уровня, характерного для здоровых женщин. Напротив, при завершении традиционной терапии достоверных изменений в их активности не отмечено.

Для больных с ХВПМ характерным оказалось повышенное содержание в сыворотке крови МСМ и ЦИК, что свидетельствует о наличии выраженной эндогенной интоксикации и функциональной недостаточности фагоцитирующих клеток крови. Концентрации МСМ и ЦИК до лечения и после традиционной терапии достоверно превышали показатели в контролной группе, что указывало на отсутствие существенного детоксикационного влияния противовоспалительной и рассасывающей терапии. У больных, получивших ПА и ЭС, уровень МСМ после завершения курса лечения оказался ниже исходного в 1-й группе в 3,9, во 2-й – в 3,1 раза, ЦИК соответственно – в 1,6 и 1,8 раза. Контрольные исследования, проведенные через 7 дней после лечения, подтвердили стабильность полученных результатов.

Проведенное лечение ПА и ЭС оказало положительное влияние на ближайшие и отдаленные (от 6 мес до 3 лет) результаты. Стадия стойкой стабилизации состояния наступила у 97% женщин двух основных групп и у 62% - группы сравнения. В отдаленные сроки рецидивы отмечены у 5,6% лечившихся основных групп и у 32% - группы сравнения.

Таким образом, сочетанное применение ПА и ЭС является патогенетически обоснованным методом лечения больных с ХВПМ. Оно эффективно коррегирует ПОЛ и АОЗ, устраняет явления эндогенной интоксикации, повышает эффективность лечения.

МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА

Хамитова Г.В. (Казань)

Интерес исследователей и практических врачей к выяснению патогенеза, уточнению вопросов диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез объясняется достаточно высокой частотой мастопатии - от 5% (Телунц А.В.,1996) до 42,6% (Prechtel R.,1977).

Дисгормональные процессы молочных желез являются многофакторными и недостаточно изученными в гинекологии и онкогинекологии. Увеличение частоты заболеваний молочных желез, как доброкачественных, так и злокачественных, вероятно, связано с увеличением числа нейроэндокринных синдромов и заболеваний в гормонально-зависимых органах половой сферы: матки, яичников. В частности, развитие миомы (гормонально зависимая опухоль в гормонально зависимом органе), эндометриоза матки и яичников и др.

Известно, что молочная железа является органом-мишенью и находится в прямой зависимости от функционального состояния гипоталамо-гипофизарной и гонадной системы (Бухман А.И.,1995).

Все это подтверждается данными о том, что основная роль в развитии мастопатии принадлежат нарушению соотношения гормонов гипофиза (ФСГ-ЛГ), уровня секреции эстрогенов, прогестерона, пролактина, а также повышению уровня простагландинов (Мануилова И.А., 1978; Стуруа Н.Т.,1982). Нельзя исключить при этом и влияние симпато-адреналовой системы (катехоламинов), имеющих большое значение в регуляции деятельности центральной нервной системы, в частности, активации коры головного мозга, ретикулярной формации, ядер гипоталамуса и аденогипофиза. Последние принимают активное участие в эмоциональных реакциях, которые воздействуют на вегетативную нервную систему с последующим нарушением функции эндокринных желез (Сидоренко Л.Н.,1979; Шелестюк П.И.,1994 и др.). Отсюда следует, что вследствие нарушения регуляторной деятельности центральной нервной системы, изменения гипоталамо-гипофизарной и гонадной функции, щитовидной железы и др. возможно развитие дисгормональных гиперплазий молочных желез.

Таким образом, от степени нарушения гормонального и гуморального статуса у женщин зависит изменение состояния рецепторной системы в молочных железах, что приводит к развитию в них мастопатии, масталгии и др. Учитывая сложность патогенеза дисгормональных заболеваний молочных желез, была выработана соответствующая тактика комплексного обследования больных с целью выявления патогенеза этого процесса и выбора патогенетической терапии:

исследование состояния половых органов (осмотр, УЗИ и др.);

осмотр и пальпация молочных желез;

исследование гормонов - ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, тестестерона радиоиммунологическим методом, тесты функциональной диагностики;

лучевые методы исследования - маммография, термография, УЗИ молочных желез, допплерография молочных желез, обзорная краниография, гистеросальпингография;

морфологическое исследование пунктатов и выделений из сосков.

Наш предварительный опыт по изучению патогенеза, диагностики и лечения дисгормональных заболеваний молочных желез и соответствующая тактика обследования и лечения этих больных свидетельствует о необходимости продолжения изучения данной патологии с учета возраста, росто-весового соотношения, данных рентгенограмм и наличия сопутствующих заболеваний. Дифференцированный подход к данному заболеванию (центральный и периферический) позволяет своевременной диагностике дисгормональных процессов в молочных железах и выбора соответствующей терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ

Хардиков А.В. (Курск)

Известная недостаточная эффективность лечения хронических сальпингоофоритов (ХСО) и профилактики обострений связана с полиморфизмом функциональных и морфологических изменений при данном заболевании.

Целью исследования является повышение эффективности ХСО путем применения гипохлорита натрия (ГХН).

Задачи исследования: оценить клинический эффект ГХН, изучить влияние ГХН на показатели тазовой гемодинамики и гемостаза.

Пациенты и методы: проведено лечение 35 пациенток с типичной формой инфекционно-токсического обострения ХСО (выраженный болевой синдром, гипертермия, воспалительные изменения в периферической крови, ультразвуковые, термографические признаки обострения ХСО). 15 пациенткам (исследуемая группа) в курс лечения был включен раствор ГХН. 20 женщинам был проведен стандартный курс противовоспалительной терапии (контрольная группа). Обе группы сопоставимы по возрасту, длительности заболевания.

Эффективность лечения оценивали по клиническим признакам (купирование болевого синдрома, нормализация температуры), изменению показателей периферической крови, гемостаза и гемодинамики, ультразвуковых и термографических признаков обострения ХСО и продолжительности пребывания пациентки в стационаре.

В работе использованы общеклинические, лабораторный, ультразвуковой (с допплерометрией), термографический методы, реовазография.

Гипохлорит натрия представляет собой полученный с помощью электролиза на аппарате ЭДО-4 активированный физиологический раствор, основу фармакологического действия которого составляет атомарный кислород. В силу этого раствор ГХН является мощным окислителем. Его фармакологический эффект заключается в ускорении окисления биологических соединений, в том числе экзо- и эндогенных токсических веществ, продуктов распада тканей, микроорганизмов и их токсинов. Кроме этого ГХН повышает эластичность клеточных мембран эритроцитов и лейкоцитов, оказывает гипогликемическое действие, снижает вязкость крови, корригирует ацидотические изменения.

Для лечения использованы 0,004% раствор ГХН в количестве 400 мл в сутки. Препарат вводили в кубитальную вену со скоростью 150-200 мл в час. Количество инфузий – 3 с интервалом 24 и 48 часов.

Результаты. Применение ГХН ускоряет купирование болевого синдрома. На 7 сутки 86,7% женщин отмечали значительное уменьшение болей. В контрольной группе данный показатель составил 70%. После 14 дней лечения 80% пациенток исследуемой группы отмечали полное исчезновение болей, у 20% оставался незначительно выраженный болевой синдром. В контрольной группе боли купировались в 50% случаев, остались незначительно выраженными у 35% женщин, а 15% пациенток отметили недостаточный эффект от курса лечения.

До начала терапии количество лейкоцитов в исследуемой и контрольной группе отличалось незначительно: 11,9±0,4x109 и 12,0±-0,5x109 ($p>0,5$). Через 7 суток лечения появились статистически достоверные различия: в исследуемой группе количество лейкоцитов снизилось до 9,0±0,2x109, в контрольной – до 9,7±0,5x109 ($p<0,05$). У женщин получавших ГХН время свертывания крови на 7 сутки увеличилось на 34±1,2%, в контрольной группе – на 20,6±0,6% ($p<-0,05$). Количество тромбоцитов выросло соответственно на 22,7-±0,9% и 14,4±1,3% ($p<0,05$). Снижение протромбинового индекса более выражено в исследуемой группе – 17,5±0,3%, в контрольной – 10,6±0,2%. Изменение гематокрита в сторону гемодилюции имели аналогичные тенденции: снижение на 3,3±0,2% в исследуемой группе и 1,9±0,4% в контрольной.

При реовазографии наблюдалось статистически достоверное положительное влияние ГХН на улучшение венозного оттока. При ультразвуковом исследовании у женщин, в лечении которых использовался ГХН отмечено более интенсивное купирование объективных признаков воспалительного процесса (наличие зон повышенной эхогенности, жидкости в позадиматочном пространстве, экссудата в трубе). На 7 сутки лечения исчезновение ультразвуковых признаков воспаления отмечено у 6,7% женщин, выражена положительная динамика у 33,3% пациенток исследуемой группы. В контрольной группе аналогичные показатели составили 55% и 35% соответственно, а в 10% случаев наблюдалась замедленная положительная динамика. При допплерметрическом исследовании установлено, что применение ГХН способствует снижению индекса резистентности в маточных артериях на 16,8±1,3%, в яичниковых на 17,2±0,7%. В контрольной группе индекс резистентности уменьшился на 13,4±0,7% и 13,6,±0,5% соответственно ($p<0,05$). При радиотермометрическом исследовании уменьшение температурного градиента и площади очагов гипертермии было достоверно более интенсивным у женщин, в лечении которых применялся ГХН.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре у пациенток исследуемой группы составило 15,5±1,2 дня, в контрольной группе – 17,4±1,6 дня (p<0,05). Частота рецидивов в течении года при лечении ГХН была достоверно ниже, чем при стандартном курсе терапии – 18,5% и 27,5% соответственно.

Таким образом, введение в комплекс противовоспалительного лечения раствора ГХН повышает эффективность терапии способствует сокращению сроков лечения и снижает частоту рецидивов ХСО.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОТЕРМОМЕТРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТАХ

Хардиков А.В., Болотский В.Н., Кирьянов В.М. (Курск)

Повышение качества диагностики хронических сальпингоофоритов (ХСО) – залог адекватного лечения и надежной профилактики. Новые технологии, в том числе и радиотермометрия (РТМ), должны способствовать обеспечению этого процесса. Однако, данных о диагностической ценности этого неинвазивного, безопасного метода в гинекологической практике нет.

Целью исследования явилось изучение возможности применения РТМ в диагностике различных вариантов ХСО и прогнозировании осложнений.

Пациенты и методы. Обследовано 80 женщин в возрасте от 17 до 45 лет с длительностью ХСО от 1 до 20 лет, разделенных на две группы. Первая группа представлена 18 женщинами с типичной формой инфекционно-токсического обострения, сопровождавшегося выраженным болевым синдромом, повышением температуры тела, характерными изменениями периферической крови и ультразвуковыми признаками обострения ХСО. Вторая группа – 62 женщины с болевой формой обострения ХСО, характеризовавшейся выраженным болевым синдромом при нормальной температуре тела, минимальных воспалительных изменениях в периферической крови и при ультразвуковом исследовании. Контрольная группа представлена 30 женщинами фертильного возраста не имевших гинекологических заболеваний.

В работе использованы общеклинический, лабораторный, ультразвуковой, рентгенологический методы исследования, лапароскопия. Термографическое исследование проводилось на диагностическом комплексе РТМ-01-РЭС, предназначенном для измерения внутренней температуры тканей на глубине до 10 см по их естественному излучению в микроволновом диапазоне и температуры кожи по тепловому излучению в инфракрасном диапазоне. РТМ проводили при температуре окружающей среды 20-22 ОС в положении лежа на спине, при опорожненном мочевом пузыре в проекции матки (9 точек) и придатков (по 9 точек с каждой стороны). После компьютерной обработки получили графическое цветное изображение распределения температур в исследуемой области.

Результаты. У пациенток контрольной группы термограммы имели плавные изменения температур, отсутствовали очаги температурных аномалий. Градиент температур на термограмме не превышает 2 оС. У женщин первой группы отмечено локальное повышение внутренней температуры в исследуемых областях на 1,0-2,7 оС (в среднем на 2,1±0,3 оС p<0,01) и кожной температуры на 0,8-2,3 (в среднем 1,6±0,3 p<0,05). При динамической РТМ на фоне стандартного противовоспалительно лечения у 83% пациенток отмечена тенденция к снижению как внутренней, так и кожной температур при положительной динамике других объективных признаков воспаления. Однако, как внутренняя, так и кожная температура в области придатков оставалась выше нормы на 0,4 – 0,7 оС при купировании болевого синдрома, нормализации общей температуры тела, картины периферической крови и исчезновения признаков воспалительного процесса. Нормализация температур при РТМ достигнута у 10 пациенток через 10-12 суток, у 3 – через 13-16 и у 2 только на 17-20 сутки на фоне продолжающейся терапии. У 3 женщин (17%) несмотря на проводимое лечение и стабилизацию общего состояния (уменьшение болевого синдрома, субфебрильная температура тела, стабилизация ультразвуковых признаков воспалительного процесса и картины периферической крови) при динамической РТМ отмечено отсутствие нормализации внутренней температуры, расширение зон локальной гипертермии, появление мозаицизма внутренней и кожной температур. Все эти пациентки подвергнуты оперативному лечению с диагнозом воспалительных тубоовариальных образований, подтвержденного интраоперационно и патоморфологически.

У пациенток второй группы термограммы имели другой характер. При измерении внутренней температуры отмечена выраженная вариабельность данного показателя в различных зонах с градиентом до 3 оС. Очаги гипертермии наблюдались реже, их размеры были меньше по площади, преобладали зоны пониженной температуры. В то же время при исследовании кожной температуры отмечены ярко выраженные зоны гипертермии бОльших размеров по сравнению с очагами внутренней гипертермии и не совпадающие с ними по локализации, чередующиеся с зонами нормальной и пониженной температур (при нормальной температуре в подмышечной впадине). Отмечались более резкие границы температурных аномалий по сравнению с пациентками контрольной и первой групп. Градиент кожной температуры находился в пределах 4 оС. Максимальные показатели как кожной, так и внутренней температуры наблюдались в период наибольшей выраженности болевого синдрома. По мере купирования болей на фоне противовоспалительного лечения отмечены следующие изменения на термограммах. Внутренняя температура имела тенденцию к снижению, с сокращением размеров очагов гипертермии (градиент температуры 2,6 оС). При динамической термографии отмечено бессистемное смещение очагов гипо- и гипертермии в процессе лечения. При исследовании кожной температуры зарегистрировано уменьшение градиента температуры до 2,1 оС, однако, картина распределения температур оставалась такой же как и до начала лечения с некоторым уменьшением площади зон пониженной и повышенной температур. После завершения курса терапии очаги аномальных кожных температур не изменяли своей локализации. При этом очаги максимальных отклонений как внутренних,так и наружных температур не всегда находились в проекции придатков матки. При ультразвуковом исследовании и лапароскопии у пациенток данной группы обнаружены варикоз вен малого таз и спаечный процесс в области придатков матки.

Выводы: Таким образом РТМ позволяет уточнить характер патологического процесса в области придатков матки. Персистенция очагов гипертермии, увеличение их размеров на внутренней термограмме на фоне проводимой терапии свидетельствует о неэффективности лечения и являются ранними признаками гнойно-деструктивного процесса в области придатков матки. Наличие мигрирующих очагов термоаномалий внутренних температур указывает на преобладание гемодинамических нарушений органов малого таза. Выявление стабильных зон гипотермии указывает на присутствие фиброзно-спаечного процесса в органах малого таза. Наличие выраженного мозаицизма кожных температур со значительным градиентом свидетельствует о преобладании нейрососудистых изменений в области малого таза. При рентгенологическом исследовании выявлены различные патологические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника.

РТМ является эффективным, безопасным методом диагностики и динамического контроля качества лечения при ХСО.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ КАК ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Харитонова Л.И., Мелехова Н.Ю., Иванян А.Н., Бехтерева И.А. (Смоленск)

Проблема фоновых и предраковых патологических состояний шейки матки до сих пор вызывает неоднозначную полемику среди врачей гинекологов. Что можно считать истинным предраком шейки, только ли цервикальные интраэпителиальные неоплазии или и другие плоскоклеточные поражения? До настоящего времени не выяснен статус различных форм лейкоплакии шейки матки, а так же возможный онкологический потенциал «физиологического кератоза».

Целью нашего исследования явилось: рассмотреть различные формы лейкоплакии как ассоциант папилломавирусной инфекции, на основании чего выработать тактику ведения пациенток с различными формами лейкоплакии шейки матки.

Для достижения поставленной цели нами проведено обследование и лечение 48 пациенток с различными формами лейкоплакии шейки матки. Распределение по группам осуществлялось на основании общепринятой международной классификации, согласно которой выделяют 2 основные формы лейкоплакии шейки матки: простую и веррукозную. В первую группу вошли 24 женщины с простой лейкоплакией, а во 2 – 24 больные с веррукозной лейкоплакией шейки матки.

Средний возраст пациенток составил 28,9+0,1 года и достоверно не отличался среди обеих групп ($p>0,05$). Данные менструального, сексуального, репродуктивного анамнеза по группам так же не отличались. Обращал на себя внимание более ранний возраст полового дебюта и достоверно большее число половых партнеров среди пациенток 2 группы ($p<0,05$).

Основным скрининговым методом диагностики, применяемым в нашей клинике, являлась расширенная кольпоскопия. При простой лейкоплакии картины соответствовали уксусно-белому эпителию (у 12 пациенток), «тонкой» лейкоплакии (у 5 женщин), простой лейкоплакии (у 5) и I-позитивной мозаике (у 2 больных).

Гистологически веррукозная лейкоплакия ассоциировалась с «бородавчатой» лейкоплакией (у 9 пациенток), простой лейкоплакией в сочетании с мозаикой (у 8), с пунктацией (у 7 больных).

При цитологическом исследовании во 2 группе достоверно чаще определялись В-ПИП типы мазков (53%), Н-ПИП в 26%, а воспалительные типы мазков в 21%. Цитологические изменения в мазках у пациенток 1 группы были более благоприятными (Н-ПИП, воспаление и без патологии).

При анализе морфологических маркеров различных форм лейкоплакии выявлены следующие признаки.

1. Для простой лейкоплакии характерно утолщение базального слоя многослойного плоского эпителия, не резко выраженный акантоз в сочетании с кератозом слоев многослойного плоского эпителия. Койлоцитоатипия имела место в 53,7% случаев.

2. Для веррукозной формы лейкоплакии были характерны резко выраженная базально-клеточная гиперактивность, акантоз с прорастанием тяжей соединительно-тканной стромы на всю толщу многослойного плоского эпителия, нарушение цитоархитектоники и слоистости многослойного плоского эпителия с появлением атипических клеток, что расценивалось как цервикальная интраэпителиальная неоплазия различной степени тяжести. ЦИН преобладали в этой группе над койлоцитоатипией и были выявлены у 69,7% больных.

При проведении тестирования на ДНК ВПЧ методом полимеразной цепной реакции определялись 6, 11, 16, 18, 31, 33, 42, 48, 66 типы вируса. Важно отметить, что при простой лейкоплакии у 50% больных определялись типы ВПЧ высокого онкологического риска, у 32% - низкого или среднего онкологического риска, а у 18% пациенток ДНК ВПЧ выделено не было, и эта патология расценена нами как физиологический кератоз (после ДЭК). Для веррукозной лейкоплакии было характерно в 71% инфицирование вирусами папилломы человека высокого онкологического риска, а в 29% среднего или сочетание низкого и среднего онкотипов.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что лейкоплакию шейки матки можно считать ВПЧ-ассоциированным заболеванием (за исключением физиологических кератозов после ДЭК) и следует рассматривать ее как предраковое заболевание, учитывая высокий онкологический потенциал вызывающих ее вирусов папилломы человека.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ГИПЕРТОРМОЖЕНИЯ ГОНАДОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ ГИПОФИЗА

Хасанов А.А., Эгамбердиева Л.Д., Хамитова Г.В. (Казань)

К одним из ятрогенных нарушений функции яичников, связанных с длительным приемом оральных контрацептивов (ОК), относится синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза. Клиника этого синдрома проявляется в аменореи, или галактореи-аменореи, или ановуляции в течение 3-6 месяцев после отмены оральных контрацептивов (Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1997). Кроме того, Г.В.Хамитова (2003) у этих же больных длительно приеме принимающих ОК выявила и мастопатию.

Синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза мы наблюдали у 77 больных после длительного приема ОК. Клиника проявлялась различными синдромами: у 10 больных аменореей, 25– гипоменструальным синдромом, 10 – ановуляцией, 5 – лактореей без аменореи, у 27 – лактореей-аменореей функционального генеза. Из этой группы больных у 19 выявлена дополнительно мастопатия. Причем у последней группы больных мастопатия диагностировалась не только после отмены ОК, но и в процессе приема эстроген-гестагенных контрацептивов.

Возраст больных от 18 до 24 лет был у 43 больных, 25-35 лет – 34. В анамнезе для этих больных было характерным следующее: позднее менархе у 42, раннее – у 6, у остальных – в пределах от12 до 14 лет. Беременность была 1-2-х кратно у 58 женщин, остальные прием ОК начали до замужества.

Общий объективный статус больных при данном синдроме соответствовал возрасту. Однако у некоторых больных отмечалась гипоплазия молочных желез.

При УЗИ половых органов выявлены небольшое уменьшение размеров яичников, у больных с аменореей и галактореей-аменореей дополнительно и гипоплазия матки.

При изучении гормонального статуса больных при этом синдроме с проявлением аменореи и аменореи-галактореи - тесты функциональной диагностики оказались на низком уровне (однофазная базальная температура, 1-2 тип влагалищного мазка, либо резкое снижение КПИ). У больных повышение уровня пролактина, снижение уровня гонадотропных и гонадных гормонов (ФСГ, ЛГ, эстрогенов, прогестерона) степень их зависела от клинического проявления данного синдрома.

Для постановки диагноза синдрома гиперторможения гонадотропной функции гипофиза необходимо:

1. Тщательно собранный анамнез

2. Обзорный снимок черепа (краниограмма), особенно больным с аменореей, аменореей-галактореей для исключения пролактиномы. При других проявлениях синдрома с целью выявления эндокраниоза, малого размера турецкого седла и др. патологии.

3. Тесты функциональной диагностики (базальная температура, КПИ), исследование гипофизарных гормонов (ПРЛ, ФСГ, ЛГ) и яичниковых.

4. Обследование молочных желез (пальпация, УЗИ, маммография)

Для подтверждения диагноза гиперторможения гонадотропной функции гипофиза необходимо провести дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями: опухоль гипофиза, ранний климакс, ПКЯ и маточной формой аменореи.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭХОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Хачатрян А.К., Торгомян А.А., Барабанова О.Э., Дубинская Е.Д. (Москва)

Актуальность. Для оценки эффективности до и интраоперационной эхографии в диагностике ретроцервикального эндометриоза проведено ретроспективное исследование, в которое было включено 46 пациенток. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически.

Ультразвуковое исследование осуществляли при помощи прибора SIEMENS PRIMA и SIENA (Германия) с использованием трансабдоминального трансвагинального, трансректального конвексных и лапароскопического линейного датчика с частотами 5 и 6,5 и 7,5 Мгц.

Анализ представленных данных показал, что чувствительность клинической диагностики ретроцервикального эндометриоза составляла 88.5% и специфичность – 86.2% и средняя точность диагностики оказалось равной – 87.4%.

До- и интраоперационное ультразвуковое исследование показало, что наличие плотного образования, расположенного позади шейки матки в ректовагинальной клетчатке является наиболее характерным признаком ретроцервикального эндометриоза. Локализация ретроцервикального эндометриоза может быть центральной, т.е., непосредственно за шейкой матки и эксцентричным по отношению к ней.

Средний диаметр узлов ретроцервикального эндометриоза составил 1.62±0.69 см. При этом у 40 (86.9%) пациенток диаметр ретроцервикальных узлов оказался менее 2.0 см.

Обращает себя внимание, что у 2 (4,3%) больных образование диаметром менее 1.0 см не было обнаружено во время предоперационной эхографии.

Установлена различная эхогенность очагов ретроцервикального эндометриоза. Так, у 30 (65,2%) пациенток отмечена низкая эхогенность эндометриоидных узлов, у 10 (21,8%) – средняя эхогенность и 6 (13%) – повышенная.

Одним из наиболее характерных обнаруженных нами признаков ретроцервикального эндометриоза являлось неоднородность внутренней структуры образования (78.2%). Это проявлялось наличием в гипоэхогенном образовании различной формы и размеров зоны преимущественно средней эхогенности.

Контуры ретроцервикального эндометриоза в большинстве случаев (84.8%) были неровными и внутренние границы у 40 (86.9%) были нечеткими. Уровень звукопроводимости ретроцервикального эндометриоза у 19 (41.3%) оказалася пониженным, у 16 (34.7%) – средним и у 11 (23,9%) – несколько повышенным.

У 19 (41.2%) больных обнаружено прорастание ретроцервикального эндометриоза в прямую кишку. При этом на сканограммах в месте расположения ретроцервикального эндометриоза в стенке кишки появлялась анэхогенная зона полулунной или удлиненно-овальной формы толщиной 0.3-1.8 см и протяженностью 1.2 -3.7 см

Этот эхографический признак поражения прямой кишки был наиболее выражен при иммобилизации кишечника, т.е., после разделение спаек и удаление сопутствующих патологических образований таких, как серозоцеле, эндометриоидные кисты и др.

Выполненные нами исследования показали, что специфичность трансректальной и трансвагинальной эхографии в выявлении ретроцервикального эндометриоза составила 90,1% и чувствительность - 95,8%. В среднем правильность диагностики наличия или отсутствия этой патологии оказался возможной в 92,9%.

Результаты проведенных исследований показали, что лапароскопическая эхография малоинформативна при диагностике ретроцервикального эндометриоза в связи с тем, что лапароскопический датчик технически не достает низко расположенных образований.

После мобилизации прямой кишки (ректосигмоидного её отдела), разделения спаек, удаления соседних образований, у всех 19 (41,3%) пациенток интраоперационная трансвагинальная эхография во всех случаях выявила инфильтрацию эндометриозом прямой кишки. Чувствительность метода составляет 100%, по сравнению с 95%, при дооперационной диагностике (без мобилизации кишечника).

Следует отметить, что поскольку при лапароскопической эхографии трудно выявлять низко расположенные в полости малого таза образования, нерационально использовать интраоперационную диагностику при прорастании ретроцервикального эндометриоза в кишечник.

Ошибочные результаты дооперационной диагностики, с нашей точки зрения, в основном обусловлены спаечным процессом в малом тазу. Они так же связаны недостаточно тщательным проведением исследования позадишеечной области или неопытностью врача. Сочетание лапароскопии и эхографии дает возможность во всех случаях правильно установить диагноз ретроцервикального эндометриоза и определить его прорастание в стенку кишечника, что имеет важное значение для дальнейшего хирургического лечения.

Для ультразвуковой диагностики ретроцервикального эндометриоза предпочтительным является трансвагинальная эхография, использование которой позволяет обнаружить небольшие образования (диаметром до 2 см), а также в подавляющем большинстве случаев установить прорастание в прямую кишку. При выраженном спаечном процессе в малом тазу для уточнения инфильтрации эндометриоза в ректосигмоидном отделе кишки мы применяли в основном интраоперационную трансвагинальную эхографию. Этот метод наиболее информативен после устранения спаечного процесса в малом тазу. Применение диагностических эхографических критериев позволяет во всех случаях выявить поражение кишки, что является важным во время операции.

Кроме того, интраоперационную трансвагинальную эхографию мы применяли для контроля эффективности проведенного хирургического лечения.

Таким образом, представленные нами данные свидетельствуют о том, что, интраоперационная трансвагинальная эхография является ценным методом использования который позволяет с высокой точностью диагностировать ретроцервикальный эндометриоз, установить его прорастание в прямую кишку, определить наиболее рациональную тактику хирургического лечения и оценить его эффективность.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Хашукоева А.З., Юшакова Е.И., Савченко Т.Н., Бурденко М.В. (Москва)

Инфекционно-воспалительные заболевания половых органов представляют собой одну из актуальных проблем гинекологии. В последнее время растет число вялотекущих инфекций. Несвоевременная и неадекватная диагностика и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов приводят к хронизации процесса и являются причиной бесплодия, внематочных беременностей, тазовых болей. Все чаще встречаются осложненные формы воспалительных заболеваний, такие как тубооварильные образования, пиосальпингсы, пельвиоперитониты. Несмотря на применение новых медикаментозных препаратов, частота воспалительных заболеваний женских половых органов не имеет тенденции к снижению. Это направляет на мысль исследователей по пути внедрению новых диагностических и лечебных методов.

Актуальностью данного исследования является выявление маркеров воспаления. С этой целью нами использовался метод радиотермометрии, который до настоящего времени в гинекологии не

применялся. В совокупности с этим применяли клинико-лабораторные, бактериологические, бактериоскопические методы диагностики, ультразвуковое исследование органов малого таза, определение белков острой фазы.

Нами проведено динамическое исследование 55 женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза в возрасте 15-57 лет, из них: 35- с острым и обострением хронического сальпингоофорита, 13- с острым эндометритом, 7- с тубоовариальными образованиями, пиосальпингсами, пельвиоперитонитом.

Радитермометрию проводили до и после курса лечения радиотермометром РТМ-01(фирмы РЭС при ВНИИРТ). Принцип действия прибора основан на регистрации теплового излучения внутренних органов человека в радиодиапазоне с глубиной обнаружения температурных аномалий от 3 до 10 см и погрешностью определения температуры +0.2С0. Показатели температуры регистрировались в проекции придатков матки, дна матки, передней стенки матки, шейки матки. Для исключения помех все измерения проводились в специальной экранирующей палатке.

Нами установлено, что при острых воспалительных процессах в матке и придатках температура в проекции органов в среднем превышала нормальную на 1.2С0, а при более выраженных воспалительных процессах (тубоовариальные образования, пиосальпингсы) на 1.5 С0 и более. Параллельно с радиотермометрическими показателями отмечались изменения в клинико-лабораторных значениях, выявление урогенитальной инфекции (уреаплазма, микоплазма, ВПГ II – в 90% случаев), присутствие белков острой фазы, данных ультразвукового исследования органов малого таза. После проведенной противовоспалительной, инфузионной, санационной, антибактериальной терапии наблюдалось снижение температуры в области очага в среднем на 0.5 С0.

Нормализация радиотермометрических показателей коррелировала с положительной динамикой лабораторных показателей, данных ультразвукового исследования органов малого таза, состоянием пациенток.

Таким образом, полученные данные радиотермометрии свидетельствуют о перспективности метода, как в диагностике, так и в контроле над эффективностью проводимой терапии.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И АНЕМИЕЙ

Хаятова З.Б., Шпагина Л.А., Коган А.Е.. Катруха А.Г. (Новосибирск)

Воспалительные заболевания женских половых органов являются самой распространенной гинекологической патологией. Больные с воспалительными заболеваниями гениталий составляют 60-65% гинекологических больных, обратившихся в женскую консультацию и 30% среди направленных на лечение в стационар (Сметник В.П., Тумилович Л.Г.,2001).

Значение воспалительных заболеваний женских половых органов определяется не только высокой частотой этой патологии, но и сравнительно частым возникновением на фоне воспалительных процессов различных форм нарушений менструальной, генеративной и специфических функций женского организма, а также вовлечением в цепь патологических реакций эндокринной, нервной, сосудистой и других систем организма, определяющих общую и специфическую ответные реакции организма больной на развитие инфекции (Краснопольский В.И, Буянова С.Н., 1999).

С целью уточнения влияния воспалительных заболеваний гениталий на гематологические показатели и на обмен железа нами обследовано 38 больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов и анемией. Обследованные больные были в возрасте от 25 до 38 лет, средний возраст составил 28,3±2,8 лет.

У большинства обследованных женщин соматический анамнез был отягощен хронической постгеморрагической анемией. На момент поступления все женщины препараты железа не принимали. Причиной хронической постгеморрагической анемии была гиперполименнорея, у 20 больных – фибромиома тела матки, дисфункциоанальные маточные кровотечения - у 13, а у женщин со средней и тяжелой степенью тяжести анемии наличие фибромиомы матки в сочетании с эндометриозом, железисто-кистозными гиперплазиями эндометрия. У 70% больных данной группы в анамнезе хронические воспалительные заболевания придатков матки, у каждой второй – эрозии шейки матки, у 12% - хронический эндометрит.

Всем больным при поступлении проводилось полное клинико - лабораторное обследование, содержание сывороточного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки крови определяли с помощью стандартных наборов “Биотест”- “Железо” и “Биотест”- “Связывающая способность” (фирма “Lachema”, Чехословакия). Определение уровня трансферриновых рецепторов (Trf-Rec) проводили с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) по оригинальной методике, разработанной сотрудниками кафедры биохимии МГУ им. Ломоносова (Коган А.Е..Катруха А.Г.). Эритропоэтин определялся в сыворотке крови с помощью ИФА наборами реагентов ProCon EPO-HS. Ферритин сыворотки крови определяли, используя набор реагентов для иммуноферментного определения ферритина в сыворотке крови (ИФА-ферритин) Санкт-Петербург.

Исследуемые показатели больных с анемией на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов – основная группа сравнивали с данными, полученными у женщин контрольных групп: I группа- 25 женщин с истинной железодефицитной анемией (ЖДА) без воспалительных заболеваний внутренних половых органов, II группа – 28 здоровых женщин.

При поступлении у больных с анемией на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов отмечалась субфебрильная температура, незначительные боли внизу живота, общая слабость. В общем анализе крови количество лейкоцитов составило от 9,8х109 до11,2х109 у 60% больных, сдвиг нейтрофилов влево у 87%, повышение СОЭ от 19 до 21 мм в час - у 30%, высокие показатели лейкоцитарного индекса интоксикации по сравнению с контрольными группами.

Анемия легкой степени тяжести выявлена у 28 женщин, средней степени - у 12, тяжелой степени – у 8 обследованных больных с воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Уровень гемоглобина у женщин с воспалительных заболеваний внутренних половых органов и легкой степенью тяжести анемией составил - 97,8±3,6 г/л, при средней степени – 82,4±2,1 г/л, при тяжелой – 68,7±2,03 г/л. Количество эритроцитов у больных с анемией на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов было достоверно ниже не только по сравнению со здоровыми, но с содержанием эритроцитов у женщин с ЖДА, без воспалительных заболеваний внутренних половых органов.

Феррокинетические показатели больных с анемией на фоне воспалительных заболеваний гениталий отличаются от контрольных групп достоверным снижением сывороточного железа – 10,68±0,7 ммоль/л и сывороточного ферритина - 9,3±1,78 нг/л, на фоне повышенного содержания общей железосвязывающей способности сыворотки крови – 81,61±1,56 ммоль/л и латетной железосвязывающей способности сыворотки крови – 72,32±1,12 ммоль/л ($p<0,01$; $p<0,05$). Коэффициент насыщения трансферина был значительно ниже, чем при ЖДА, но без воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Уровень сывороточного эритропоэтина был низким у всех больных с анемией и воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. У женщин с истинной ЖДА без воспалительных заболеваний внутренних половых органов сывороточный эритропоэтина составил 58,4±2,4 пг/л, что достоверно выше, чем не только у здоровых, но и у больных с анемией на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов ($pI,III<0,001$; $pII,III<0,001$). Но наиболее низкое содержание ЭПО - 2,93±0,49 пг/л отмечено у больных, где анемия тяжелой степени тяжести сочеталась, и с воспалением внутренних половых органов и с гиперплазией эндометрия и фибромиомами. И обратная корре-

ляция между гиперэстрогенэмией и содержанием сывороточного эритропоэтина (r=-0,85120), доказывает еще раз о снижении продукции эритропоэтина под влиянием эстрогенов.

Измерение трансфериновых рецепторов (Trf-Rec) в сыворотке крови многими авторами рассматривается в качестве чувствительного индикатора тотального эритропоэза, а также недостаточности железа (Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., 2002; Kongo G., Nitsu G., Kondo H. et al.1999.). Трансферриновые рецепторы являются мембранными гликопротеинами и осуществляют медиаторную передачу железа внутрь клетки от трансферрина, находящего в плазме. Этот процесс осуществляется путем связывания трансферрина с рецепорами трансферрина и последующим внедрением их в эндоплазматическую везикулу за счет рецептор-медиаторного эндоцитоза, сопровождающегося освобождением железа из белка при одновременном уменьшении эндосомального pH.

В мировой литературе имеются работы по определению уровня трансферриновых рецепторов при различных анемиях (Kongo G., Nitsu G., 1999, Kuiper-Kramer E.P., Huisman C.M.S., 2001).

Работы, посвященные исследованию уровня трансферриновых рецепторов у больных с воспалительными заболеваниями немногочисленны.

Несмотря на низкие показатели сывороточного железа, ферритина и эритропоэтина уровень рецепторов к трансферину у женщин с анемией и воспалительными заболеваниями внутренних половых органов был низким, особенно у женщин с тяжелой степенью тяжести анемии – 2,1±0,47 нг/л. Тогда как, у женщин с истиной железодефицитной анемии, без и воспалительных заболеваний внутренних половых органов количество трансферриновых рецепторов был в 2,8 раз выше, чем у здоровых.

Таким образом, у женщин с гиперменоррей, с гиперэстрогенэмией, с гиперпластическими процессами в эндометрии выявлено стертое течение воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Анемия при воспалительных заболеваниях внутренних органов у таких женщин отличалась нормохромией, и носила железо- и эритропоэтиндефицитный характер, но на фоне снижения количества трансферриновых рецепторов.

КРИТЕРИЙ ИЗЛЕЧЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Хилькевич Е.Г., Клинышкова Т.В., Каракозова Я.И., Товмасян В.М. (Москва)

В своем исследовании мы руководствовались данными литературы о том, что диагностически значимыми при сальпингите являются титры антител к JgG 1:128 и более, а при активном процессе - JgA 1:16 и JgG 1:64 при четырехкратном нарастании титров антител.

Цель исследования: оценить возможности серологической диагностики в качестве скрининга хламидийной инфекции у женщин с целью контроля эффективности санации урогенитального тракта

Хламидийная инфекция выявлена у 92 женщин. Причем, у 74 (80,4%) выявлены титры антител 1:128 и более к иммуноглобулину G, у 18 (19,6%) женщин обнаружены титры антител к иммуноглубулину А 1:16 и к иммуноглубулину М 1:32.

В нашем исследовании контроль эффективности проведенной терапии проводили через 2 недели методом ИФА сыворотки крови на наличие титров антител к хламидиям и через 2 месяца методом РИФ соскобов из цервикального канала и уретры. У некоторых больных мы использовали метод ПЦР или культуральный метод. Выбор метода чаще всего зависел от экономических возможностей пациентки. Полученные результаты ИФА мы сравнивали до и после лечения. Снижение или исчезновение титров антител к Jg M мы считали благоприятным прогностическим признаком. Неоднократно определялись антитела к иммуноглобулинам G, A и M.: дву-троекратное снижение антител указывает на успешную терапию. Полученные результаты свидетельствовали об эффективности терапии у 81 (88%) больной. Полученные данные показали, что антитела к иммуноглобулинам А и М не обнаружены у 18 пациенток, у остальных – дву-троекратное снижение титров антител к иммуноглобулину G (63человека).

Таким образом, по данным серодиагностики терапия больных с хламидийной инфекцией оказалась неэффективной у 11(12%) больных. Этим пациенткам проведен дополнительный курс лечения с использованием антибактериальных препаратов из группы выбора, которые ранее у больных не применялись. Контроль титров антител сыворотки крови больных проводился по аналогии: через 2-3 недели после окончания антибактериальной терапии. Использование серодиагностики с целью контроля эффективности терапии больных с хламидийной инфекцией позволяет своевременно выявить отсутствие эффекта и предложить дополнительный курс антибактериальной терапии, тем самым повысить эффективность лечения до 96,7%.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОККЛЮЗИЕЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Хилькевич Е.Г., Колесников Д.И., Авакян М.С., Стрекалова Е.Л. (Москва)

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения больных с окклюзией интерстициальных отделов маточных труб с применением криодеструкции маточных углов с последующим фонофорезом полости матки раствором антибактериальных препаратов (n=90).

Методы исследования: общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования состояния маточных труб (эхогистеросальпингоскопия, лапароскопия с хромосальпингоскопией)

Результаты исследования. Восстановление проходимости интерстициального отдела маточных труб в результате сочетанного применения крио и низкочастотного ультразвука наступило у 34 (37,7%) больных, беременность наступила у 16 человек: маточная- 13 (14,4%), внематочная- 3 (3,3%) женщин. Из 13женщин с маточной беременностью роды произошли у 8 (23,5%) женщин по отношению к пациенткам, у которых восстановлена проходимость маточных труб. Срочные роды произошли у 5 (38,5%), преждевременные – у 3 (23,1%), самопроизвольный выкидыш в ранние сроки -у 3 (23,1%), в поздние сроки – у 2 (15,4%) женщин.

Результаты комплексного лечения больных с применением крио и низкочастотного ультразвука, получавших ранее лечение и обратившихся впервые показали, что восстановление проходимости интерстициальных отделов маточных труб значительно чаще наступало у пациенток, обратившихся впервые. Очевидно, что ранее проведенная длительная терапия бесплодия неблагоприятно сказывается на результатах предлагаемого нами метода. Причем, минимально эффективными оказались результаты лечения у тех больных, которые ранее получали длительную антибактериальную терапию и гидротубации. По-видимому, это связано с более выраженными дегенеративными изменениями в эндосальпинксе, рецидивирующим обострением воспалительного процесса в придатках матки после неэффективных гидротубаций, увеличением продолжительности бесплодия на фоне любых вариантов неэффективного лечения.

Результаты исследований показали, что предлагаемый метод лечения с применением крио и низкочастотного ультразвука, позволяет восстановить проходимость интерстициальных отделов маточных труб у больных, длительность бесплодия которых в среднем – 5,3±2,82 лет [p<0,01]. Беременность наступила у больных, средняя продолжительность бесплодия которых составила 5,2±2,-09 [p< 0,01]. Вероятно, эффективность криодеструкции маточных углов и фонофореза полости матки у больных с окклюзией интерстициальных отделов маточных труб снижается при длительности бесплодия более 5,2±2,09 лет. Следует подчеркнуть, что группе больных с окклюзией интерстициальных отделов маточных труб, длительность бесплодия в среднем составила 7± 3,7лет.

В зависимости от эффективности комплексного лечения с применением крио и низкочастотного ультразвука всех больных с окклюзией интерстициальных отделов маточных труб условно разделили на две подгруппы. В первую подгруппу (IА) включили больных, у которых удалось восстановить проходимость интерстициальных отделов маточных труб (п=34). В другую подгруппу (IБ) включили больных, у которых не удалось восстановить проходимость интерстициального отдела маточных труб (п=56). В подруппе IБ первичное бесплодие встречалось у 25 больных, вторичное у 31. У всех больных с вторичным бесплодием в анамнезе имели место внутриматочные вмешательства: медицинский аборт – 8 человек, самопроизвольный выкидыш – 6 человек, медицинский аборт и самопроизвольный выкидыш – 16 человек, роды и самопроизвольный выкидыш-1 человек. Внутриматочные вмешательства достаточно часто встречались во всей группе больных с окклюзией интерстициальных отделов маточных труб. Причем, у большинства больных выскабливание полости матки проводилось в связи с самопроизвольным абортом (27 человек).

Исход маточной беременности также зависел от состояния эндокринной функции репродуктивной системы женщины. Срочными родами завершилась беременность у 5 женщин с регулярным ритмом менструаций и овуляторным менструальным циклом. Из трех женщин с преждевременными родами у одной из них отмечена олигоменорея и гипотиреоз. Из трех женщин с самопроизвольным выкидышем в ранние сроки ановуляторный менструальный цикл и олигоменорея отмечены у 2 женщин. Из двух женщин с поздним самопризвольным выкидышем у 1 женщины диагностирована ановуляция, обусловленная ДГТС, при регулярном ритме менструации. Таким образом, из 8 женщин с неблагоприятным исходом беременности (преждевременные роды, самопроизвольный выкидыш в ранний и поздний сроки) у 4 из них имели место нарушения эндокринной функции репродуктивной системы, которые потребовали специфической гормональной терапии. Следовательно, нарушения эндокринной функции репродуктивной системы не столько повлияли на восстановление проходимости интерстициального отдела маточных труб, сколько оказали влияние на частоту наступления беременности и ее исход.

Общеизвестно, что состояние эндометрия является важным для имплантации плодного яйца и течения беременности, особенно в ранние сроки. В нашем исследовании из 90 человек с окклюзией интерстициальных отделов маточных труб у 25 (27,8%) женщин определен эндометрий, соответствующий ранней стадии фазы секреции, у 37 (41,1%) выявлен хронический эндометрит, 28 (31,1%) – гиперпластические процессы эндометрия. Т.е., у большинства больных выявлена патология эндометрия. Сравнивая обе подгруппы больных с восстановленной и невосстановленной проходимостью интерстициальных отделов маточных труб, получены следующие данные. Эндометрий без патологии имел место у 13 (38,2%) женщин и 12 (21,4%), хронический эндометрит – у 11 (32,4%) и у 26 (46,4%), гиперпластические процессы эндометрия - у10 (29,4%) и 18 (32,1%) женщин соответственно в IА и IIБ подгруппах.

Анализируя исход беременности в зависимости от состояния эндометрия, мы пришли к следующему заключению. Из трех больных с внематочной беременностью у одной- эндометрий без патологии, у одной выявлен хронический эндометрит и у одной - гиперпластический процесс эндометрия. Т.е., на различные патологические состояния эндометрия пришлось по 33,3%. Из 13 женщин с маточной беременностью у 6 (46,2%)- эндометрий без патологии, у 4 (30,8%) – хронический эндометрит, у 3 (23,1%) – гиперпластические процессы эндометрия. Таким образом, практически у половины женщин с маточной беременностью эндометрий без патологических изменений. Причем, при нормальном состоянии эндометрия у большинства женщин беременность завершена срочными родами (83,3%) и у (6,7%) – преждевременными родами. При хроническом эндометрите в анамнезе у 2 женщин произошли преждевременные роды, у 2женщин– самопроизвольный выкидыш в поздние сроки, у 1 женщины – ранний самопризвольный выкидыш. Вероятно, это связано с длительно персистирующей инфекцией в матке. Из 3 женщин с гиперпластическим процессом в анамнезе беременность завершилась ранним самопроизвольным выкидышем у 2 женщин. Возможно, это связано с нарушением имплантации плодного яйца. Из 18 женщин, у которых беременность не наступила, у 6 (33,3%) эндометрий без патологии, у 5 (27,7%) – хронический эндометрит, у 7 (38,9%) – гиперпластические процессы эндометрия

Таким образом, на наступление беременности и ее исход несомненно влияют патологические состояния эндометрия, особенно гиперпластические процессы эндометрия, в меньшей степени хронический эндометрит. Можно предположить, что санация эндометрия с применением низкочастотного ультразвука обеспечивает восстановление нормальных структур эндометрия и способствует длительной ремиссии больных с хроническим эндометритом.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Хоменко Н.Е., Гаспарян С.А., Восканян Ю.Э. (Ставрополь)

Понятие «боль» относится к явлению, затрагивающему различные стороны жизни как отдельного человека, так и общества в целом. Боль, являясь симптомом большинства острых и хронических заболеваний человека, создаёт в обществе ряд трудно разрешимых медицинских, социальных и экономических проблем. В развитых странах от 15 до 40% взрослого населения имеют заболевания венозной системы. В нашей стране проблему варикозной болезни имеют более 30 млн. человек, причём у женщин варикозная болезнь встречается в 40%случаев, прирост её достигает 2,6%, а у мужчин в 20%.

ВРВМТ - это заболевание, сопровождающееся увеличением длины, мешковидным расширением их просвета с недостаточностью клапанов и образованием змеевидной извитости подкожных вен.

Основными жалобами являются: боли внизу живота и в области поясницы, значительное усиление болей во время полового акта и в период менструации, увеличение размеров живота, различные нарушения менструального цикла, бесплодие в браке (первичное, вторичное). Предрасполагающими факторами для развития варикозной болезни вен могут быть: ослабление венозной стенки на фоне гормональной перестройки (беременность, менопауза, период полового созревания) врождённое отсутствие, либо недоразвитие венозных клапанов, наследственная предрасположенность организма, включая слабость соединительной ткани вообще и стенки вен в частности.

Причинами расширения вен являются: повышение гидростатического давления в венозных стволах, нарушение метаболических процессов в клетках гладких мышц венозной стенки и постепенное расширение просвета подкожных и перфорантных вен.

У женщин левосторонняя регионарная почечная венозная гипертензия вызывает клапанную недостаточность левой яичниковой вены с распространением рено-овариального рефлюкса крови на гроздьевидное, маточно-влагалишное, пресакральное, мочепузырное и прямокишечное венозное сплетения. Сочетанное действие кавального и рено-овариального рефлюксов крови вызывает развитие синдрома переполнения кровью тазовых органов и варикозного расширения вен лобка, промежности, вульвы, ягодиц.

Дизайн исследования. Нами проведен анализ комплексного исследования (клинического, ультразвукого флебографического дуплексного сканирования) 58 больных с клиническими проявлениями хронической венозной недостаточности таза. Возраст больных колебался от 20 до 43 лет (средний - 31,5±).

Обследование проводилось в 3 этапа.

1 этап - выполнялось комплексное клиническое обследование: гинекологический осмотр с ректо-вагинальным исследованием, рутинные и современные лабораторные методы, включая гемостазиограмму в динамике.

2 этап - проводили ультразвуковое дуплексное сканирование вен таза с цветным картированием и допплерографическим анализом на аппарате «Logic 5» частотой 3,5-5 мгц. Основной целью ультразвукового исследования было выявление признаков нарушения флебо-гемодинамики таза и определение интенсивности ретроградного кровотока по подвздошным и гонадным венам, при этом достоверно выявляли варикозно расширенные вены диаметром 5мм и менее. Использовали трансабдоминальный, трансвагинальный и трансректальный датчики. Для выявления рефлюксов крови больные выполняли пробу Вальсальвы (форсированное дыхание). Чувствительность метода 92,4%, специфичность 96%.

Использование дуплексного сканирования повышало результат успешного выявления венозного рефлюкса в сосудах малого таза до 98,4%. Рефлюкс крови из подвздошных вен в их притоки чаще всего свидетельствовал о возможном наличии кавального рефлюкса, что приводило к развитию Х.В.Н.

На 3 этапе выполняли чресматочную флебографию вен малого таза на рентген-агиографической установке «адвантекс-4» для уточнения данных, полученных при дуплексном сканировании, и выявления наличия рефлюкса из почечной в яичниковую вену. Точность диагностики?

Компьютерная томография использовалась для выявления других патологических процессов органов малого таза.

Проведенные исследования позволили выделить 3 группы больных.

1группу составили 17 больных с 1степенью венозной недостаточности – диаметром яичниковых вен до 5мм, физиологично развитой венозной сетью матки, пропорциональным ветвлением левой и правой сосудистой цепи. Имелось варикозное расширение параметральных вен и деформация обследованных сосудов.

Основными клиническими проявлениями у этих больных были: периодически возникающие ноющие боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу, нижние конечности, неприятные ощущения во время полового акта.

2 группу составили 12 больных со 2степенью венозной недостаточности – диаметром вен до 7-10мм, сформированной усиленной сетью анастомозов венозных сосудов мелкого и среднего калибра, соединяющихся с основными венозными стволами, что создавало ангиографический признак обогащенности сосудистых элементов на протяжении участков варикозной трансформации вен.

Основными жалобами были: утомляемость, чувство тяжести в ногах к концу рабочего дня, локальные болевые ощущения в каком либо отделе голени вследствие венозной гипертензии, более выраженные боли внизу живота, с иррадиацией в крестец, поясницу, болезненные менструации, болезненный половой акт.

В 3 группу вошли 29 больных с 3степенью венозной недостаточности. Диаметр вен был 10мм и выше, имелось симметричное расширение венозных сосудов матки, отток крови, как правило, осуществлялся через правую ветвь яичниковой вены.

Больные отмечали постоянные сильно тянущие боли внизу живота иррадиирующие во внутреннюю поверхность бедра, задний проход. Пальпация внутренних боковых стенок таза была значительно болезненной. При обследовании у всех пациенток выявлены геморроидально расширенные вены прямой кишки в сочетании с варикозным расширением вен нижних конечностей. Подавляющее большинство пациенток имели наследственные и производственные факторы риска варикозной болезни.

Выбор метода лечения зависел от степени расширения вен малого таза и проводился согласно разработанного нами алгоритма.

У больных с 1 степенью применяли венотонические препараты, неспецифические противовоспалительные средства, рекомендовали нормализацию условий труда и отдыха, исключение значительных физических нагрузок и длительного пребывания в вертикальном положении, проводили коррекцию питания.

У больных со 2 и 3 степенью венозной недостаточности проводили хирургические методы коррекции: клеммирование яичниковой вены с одной или двух сторон лапароскопическим доступом или клеммирование с последующим её рассечением и разообщением вен маточного сплетения внебрюшинным доступом. В каждом конкретном случае объём хирургического вмешательства решался индивидуально. Основные этапы операций продемонстрированы на видео.

При лапароскопии в области воронко-тазовой связки вскрывали остро париетальный листок брюшины, выделяли изменённую яичниковую вену на протяжении 3-5 см. Накладывали на выделенный участок 2 клеммы. Резекцию гонадных вен забрюшинным доступом выполняли следующим образом: доступ к сосудистому пучку осуществляли по аналогии с методом Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова. Дном операционной раны являлась брюшина, которую отслаивали тупым путём до тех пор, пока в забрюшинной клетчатке не обнаруживали гонадный сосудистый пучок. Проводили идентификацию и мобилизацию мочеточника, так как он находится позади и медиальнее яичниковых сосудов. Внебрюшинно вена мобилизовалась, лигировалась и рассекалась между двумя лигатурами.

Проведенное лечение позволило улучшить качество жизни больных с ВРВМТ: болевой синдром купировался у 95% больных, беременность наступила у 31%, из которых у 45% завершилась срочными родами через естественные родовые пути.

Таким образом, ВРВМТ – является довольно частым патологическим процессом, с которым больные обращаются к различным специалистам. Недостаточная информированность об этом заболевании хирургов, урологов, проктологов, врачей общей практики приводит к высокому проценту диагностических ошибок и выбору неправильной лечебной тактики. Своевременная диагностика, подбор метода лечения в зависимости от степени выраженности венозной недостаточности улучшают результаты терапии и качество жизни пациенток.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕВОЧЕК И ЖЕНЩИН, В ЗАВИСМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Хурасева А.Б., Хурасев Б.Ф. (Курск)

Проведено обследование, антропометрия и анализ основных параметров физического развития 298 девочек в возрасте 13-16 лет, из которых 90 имели при рождении задержку внутриутробного развития (ЗВРП), 92 – макросомию и 162 – среднюю массу тела (3200-3600 г) – группа сравнения и 900 женщин, сопоставимых по возрасту (60,46±1,86): 312 родились с ЗВРП II ст., 312 – с макросомией и 276 - группа сравнения.

Результаты исследования. В возрасте 13-14 лет у крупных при рождении девочек, по сравнению с родившимися со средней массой тела, отмечено превалирование массы тела на 1,7 кг и роста на 3,1 см, в возрасте 15-16 лет соответственно на 3,7 кг и 2,9 см ($P<0,05$). МРИ существенно не отличался в обеих группах. У девочек, родившихся с ЗВРП, в возрасте 13-14 лет дефицит массы тела, по сравнению с девочками группы сравнения, составил 5,6 кг (46,-4±0,9 против 52,0±0,5 кг, $P<0,001$), в возрасте 15-16 лет - 2,9 кг (51-,9±0,9 против 54,8±1,1 кг, $P<0,05$). Достоверный дефицит роста в обеих возрастных группах составил 2,8 см. МРИ был ниже, чем в группе сравнения, хотя достоверными были данные только в возрастной группе 13-14-летних девочек. Показатели окружности грудной клетки у крупных при рождении 13-14-летних девочек превышали на 3,7 см аналогичный показатель в группе сравнения, а в 15-16 лет - на 3,1 см ($P< 0,05$). У девочек, родившихся с ЗВРП, окружность грудной клетки отставала на 4,3 см в возрастной группе 13-14-летних девочек и на 6 см у 15-16-летних. Показатели основных размеров большого таза у крупных при рождении девочек были достоверно выше на 1 см в обеих возрастных группах, чем у девочек, родившихся со средней массой тела. У девочек, родившихся с ЗВРП, размеры большого таза практически не отличались от аналогичных параметров у девочек группы сравнения, однако прямой размер входа в малый таз был меньше, чем у девочек контрольной группы и родившихся крупными, что свидетельствует о склонности к формированию у них плоского таза.

У девочек, родившихся с ЗВРП, в начале пубертатного периода выявлены морфотипы, характеризующие отставание общего и полового развития (макроскелия с отставанием развития грудной клетки и таза и инфантильный) - 76,92%. К концу пубертатного периода частота инфантильный морфотипа у них возрастает в 2 раза и отмечается у каждой второй девочки. У 70,0% макросомов в начале пубертатного периода преобладают морфотипы, характеризующие опережение общего и полового развития, но к концу пубертатного периода у 64,4% из них и у 76,6% девочек группы сравнения доминируют морфотипы, также свидетельствующие об отставании физического развития.

В менопаузальном периоде средняя масса женщин, родившихся с ЗВРП была на 9,51 кг меньше, чем у женщин группы сравнения (73,43±1,44 кг) и на 12,93 кг меньше, чем у женщин, родившихся с крупной массой тела. Дефицит массы тела на 10 и более кг отмечен у 11,54% женщин, родившихся с ЗВРП, в группе сравнения у 1,45%, а у женщин, родившихся с крупной массой тела у 3,85%. Лишь у 34,63% женщин, родившихся с ЗВРП зафиксирован избыток массы тела более 10%, в группе сравнения – у 56,52%, а у крупных при рождении уже у 73,07%, причем в подавляющем большинстве случаев избыток массы тела не превышал 30%. Таким образом, в менопаузальном периоде у женщин, родившихся с ЗВРП, отмечен нормосоматотип и инфантильный соматотип, тогда как у макросомов в 2,1 раза чаще отмечен макросоматотип, преимущественно за счет ожирения.

У женщин, родившихся с ЗВРП, средний рост составил 159,10±0,81 см, что было на 2,5 см меньше, чем в группе сравнения (161,60±0,88 см; t=-2,1, P<0,04), и на 4,9 см, чем у родившихся с крупной массой тела (164,00±1,31, t=-3,26, p=0,001). При этом 15,38% женщин, родившихся с ЗВРП имели рост до 155 см, что было в 5,45 раза больше, чем в группе сравнения (2,9%) и в 4 раза больше, чем среди родившихся с крупной массой тела (3,85%). Частота женщин среднего роста (155-165 см) во всех группах была примерно одинаковая - соответственно 76,92%, 75,36% и 69,23%. Женщин высокого роста (более 165 см), среди родившихся с крупной массой тела, было на 9,03% (30,77±2,6% против 21,74±2,5%; t=2,5, P<0,05) больше, чем в группе сравнения и на 23,08% больше, чем среди родившихся с ЗВРП (30,77±2,61% против 7,69±1,5%; t=7,67, P<0,001). МРИ у женщин, родившихся с ЗВРП, составил 25,26±0,65 кг/м2 и был достоверно ниже, чем у женщин группы сравнения (28,00±0,54 кг/м2; t=-3,19, P<0,01) и родившихся с крупной массой тела (28,65±0,71 кг/м2; t=-3,26, P<0,01).

При изучении генеалогического анамнеза ближайших родственниц, как по материнской, так и отцовской линии отмечено, что у женщин, родившихся с ЗВРП, среди родственниц обеих линий чаще встречаются худые, маловесные женщины (57,69% и 69,23%). У женщин, родившихся с крупной массой тела, среди кровных родственниц каждая вторая (53,85% и 50,0%) были крупными, полными женщинами. Это может подчеркивать значение детерминации генетического фактора макросомии и маловесности более, чем в половине случаев, и свидетельствовать о преобладании фактора гипердиагностики ЗВРП.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Цаллагова Е.В., Прилепская В.Н. (Москва)

По данным мировых статистических исследований более 1,7 млрд. взрослых людей имеют избыточный вес и большинство из них страдают от патологий, связанных с этой проблемой. Более трети пациентов, имеющие заболевания, связанные с избыточным весом, живут в развивающихся странах. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) ожирение принимает масштабы эпидемии. В Европе от 10 до 20% мужчин и от 10 до 25% женщин страдают ожирением, имеющим, согласно классификации, клинический характер. Вместе с тем, снижаются показатели уровня рождаемости, которые связаны не только с социальными, но и с медицинскими проблемами населения. Если ранее следствием ожирения считали возникновение сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета типа 2, атеросклероза, нарушений опорно-двигательного аппарата, то в последние годы все чаще, помимо перечисленных патологий, прослеживают связь между ожирением и нарушениями репродуктивной функции.

Дисбаланс между поступлением энергии с пищей и ее расходом может наступить в любом возрасте и отразиться на формировании, функционировании и угасании репродуктивной системы. Тем не менее, при различных нарушениях менструальной и овуляторной функции в репродуктивном периоде жизни женщины, возникающих на фоне избыточной массы тела и ожирения, часто основное внимание в лечении уделяется именно самим нарушениями репродуктивной системы, а не причинам, повлекшим за собой эти состояния. Между тем, влияние нарушений липидного и углеводного обмена на нарушения гормонального фона, менструальной функции и овуляторной способности женщины показано во многих исследованиях. Несмотря на это, в борьбе за восстановление репродуктивной функции нормализация метаболических процессов не является приоритетной, поскольку нет прямых рекомендаций поэтапной терапии и очередности проводимого лечения. Согласно новым взглядам на данную проблему, практическим врачам бывает трудно интерпретировать клиническую ситуацию и правильно выбрать тактику лечения. В связи с чем, имеет место слишком агрессивная терапия с применением индукторов менструального цикла, стимуляторов овуляции и агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов, когда можно предпочесть изменение образа жизни и привычек питания, снижение массы тела и спонтанное восстановление овуляторного менструального цикла.

Нами проведено исследование, целью которого стало изучение влияния постепенного снижения массы тела, улучшение липидного и углеводного обмена на восстановление менструальной и репродуктивной функции женщин.

Материал и методы: в исследовании приняли участие пациентки с нарушениями менструальной функции на фоне НЭС и СПКЯ. Всего было обследовано 138 женщин в возрасте от 18 до 40 лет с ожирением, обратившихся в научно-поликлиническое отделение с жалобами на нарушения менструальной и репродуктивной функции.

Всем пациенткам проводили оценку антропометрических параметров: массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии, окружности бедер и их соотношения.

В качестве способа постепенного снижения массы тела был использован препарат нецентрального действия «Ксеникал» в дозе 120мг с каждым основным приемом пищи на фоне низкожировой гипокалорийной диеты. Наблюдение за пациентками проводилось в течение года.

Результаты: предварительные результаты исследования показали хорошую переносимость и приемлемость препарата. Не отмечено ни одного случая отказа от использования, так как до начала исследования было проведено тщательное консультирование и разъяснение всех возможных побочных реакций, причин их возникновения и методов их устранения.

Динамика снижения массы тела за 6 месяцев составила в среднем 10,3 кг, за 1 год – 14,7кг. Снизились показатели ИМТ за год с 35,5 до 24,7 кг/м2. и соотношение ОТ/ОБ с 0,9 до 0,72.

Помимо контроля за массой тела и менструальной функцией всех женщин обследовали на возможные нарушения углеводного и липидного обмена. Так же проводился контроль АД.

Исходно периодическая артериальная гипертензия отмечалась у 43,5% пациенток, к концу года – у 13,0%.

После проведения перорального теста на толерантность к глюкозе у 12,3% женщин выявлен сахарный диабет типа 2, у 62,3% - нарушение толерантности к глюкозе, у 25,4% - нормальная толерантность к глюкозе. Через год терапии Ксеникалом наблюдалась следующая картина: сахарный диабет типа 2 у 5,8%, нарушение толерантности к глюкозе у 26,1%, норма у 68,1% женщин.

Соответственно изменялись параметры липидного спектра крови. Средние показатели общего холестерина снизились, в среднем, с 5,4

ммоль/л до 4,7 ммоль/л, ЛПНП с 3,1 ммоль/л до 2,6 ммоль/л, уровень триглицеридов с 1,6 ммоль/л до 1,4 ммоль/л. Липопротеиды высокой плотности повысились, в среднем, с 1,0 ммоль/л до 1,5 ммоль/л.

Восстановление менструальной функции без какой либо дополнительной гормональной терапии отмечено у 76,2% пациенток. Если в начале исследования дисфункциональные маточные кровотечения в анамнезе, рецидивирующие с периодичностью в 2-6 месяцев, отмечались у 21,5% женщин, то через год число рецидивов снизилось до 1,4%, у 20,1% пациенток менструальноподобные кровотечения стали умеренными. У 30,2% женщин с аменореей к концу исследования менструальноподобные реакции возникали с интервалом 2-3 месяца, постпонирующие циклы отмечены у 20,1%. Олигоменорея до начала наблюдения была диагностирована у 48,3% женщин. К концу года терапии у 12,3% женщин. В целом регулярный менструальный цикл через год восстановился у 76,2 женщин, овуляторный – у 46,1%. Хроническая ановуляция, диагностированная до начала исследования у 66,1% пациенток сохранялась у 20,3%. Спонтанная беременность, без применения стимуляторов овуляции, наступила у 6 из 91 женщины, страдавших ановуляторным бесплодием, в период от года до двух лет, в процессе и после снижения массы тела.

Выводы: таким образом, достижения последних лет позволяют по новому, в том числе и с позиций гинеколога, подойти к проблеме ожирения и рассматривать ее, как одну из значимых причин нарушений репродуктивной системы у женщин.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали непосредственную связь нарушений менструальной и репродуктивной функции с избыточной массой тела и подтвердили данные о том, что лечение ожирения является первым и необходимым этапом в терапии нарушений репродуктивной системы.

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ФОРМИРОВАНИИ АУТОИММУННОГО ООФОРИТА ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Царегородцева М.В., Туркаева Т.Н. (Ростов-на-Дону)

Аутоиммунный оофорит как сложная многофакторная нозологическая форма преждевременной недостаточности яичников, по современным представлениям, до23% клинических наблюдений обусловлены высоким инфекционным индексом (Conway G.S.,2000, Fenichel P.2000). Присутствие циркулирующих антиовариальных антител является маркером аутоиммунной природы выключения функции яичников. В настоящее время сформировалась гипотеза, согласно которой основным патогенетическим механизмом является аутоагрессия, направленная на растущий примордиальный фолликул. (Sandlet A.G., 2000).

Однако практически не изучены этиопатогенетические аспекты формирования овариальной аутоагресии при различных инфектах.

Учитывая лидирующее положение хламидиоза среди инфекций репродуктивной системы в настоящее время, в данной работе получили отражение некоторые иммунологические аспекты формирования антиовариальных антител у женщин репродуктивного возраста с персистирующими осложненными формами данного заболевания.

Иммунный ответ при хламидийной инфекции носит преимущественно Т1 хелперный характер. ПродуктамиактивацииТ1-хелперногозвенаявляются: интерлейкин (IL-1), вырабатываемый активированными макрафагами и фактор некроза опухоли – α(ФНО-α). IL -1 иФНО-α стимулируют рост диплоидных фибробластов, приводя к повышению продукции глюкозоаминогликанов, коллагена и белков основного вещества соединительной ткани, способствуя фиброобразованию (Lewis D.J., Hay P.E., 1996).

Наряду с активациейТ1-хелперногозвена, идет выработка большого количества цитокинов в макрофагах, но выбрасываемые при этом свободные радикалы не повреждая устойчивую стенку хламидийной клетки. Вместо микробицидного действия, активные формы кислорода приводят к активации перекисного окисленият ипидов (γ-интерферон, ФНО–α и IL-1). Функциями γ-интерферона являются: усиление экспрессии антигенов клеточных мембран, активация макрофагов, фибробластов и эпителиальных клеток. Стимуляция выработки интерлейкина IL-1, индукция свободных радикалов формируют порочные круги хламидийного инфицирования и развитие морфологически абберантных форм. У персистирующих микроорганизмов изменена не только морфология, но также и экспрессия ключевых хламидийных антигенов. У абберантных форм отмечается уменьшение синтеза, белка клеточной стенки массой 60кDa или пополисахарида (ЛПС). На этом фоне идет беспрерывный синтез белка теплового шока (hsp 60 (heat shock protein 60 kDa)). Данный белок запускает вторичный иммунный ответ, что является важным аспектом в иммунопатогенезе персистирующей хламидийной инфекции. Белок HSP-60 ведет к антигенной перегрузке организма и запуску вторичного гуморального ответа, к активации реакции гиперчувствительности замедленного типа. Воздействие данного белка вызывает эффект теплового шока у клетки хозяина. Активное влияние на запуск порочных кругов выработки провоспалительных цитокинов усиливает стимуляцию аутоиммунных процессов, активация которых возможна за счет подобия данного белков эукариот (Mazzoli S., Saltes S., 1998).

Цель данного исследования – изучение влияния провоспалительных цитокинов (IL–1, ФНО-α, γ-интерферона) в сыворотке крови у женщин репродуктивного возраста, страдающих длительными рецидивирующими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийной этиологии на формирование аутоиммунного оофорита.

Обследовано 203 женщины репродуктивного возраста с триадой синдрома Рейтера в сочетании с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Методы индентификации ИППП: ПЦР (Chlamydia trachomatis) влагалищной жидкости; специфический серостатус (антихламидийные Elisa Bio-Rad, USA). Провоспалительные маркеры (IL-1,ФНО-α, γ-интерферон и др.), циркулирующие антиовариальные антитела и антитела к Zona pellucida определялись методом (Elisa, Biosor, Германия, BCM Diagnostics).

У 184 пациенток установлено хламидийное инфицирование: методом ПЦР влагалищной жидкости у 52 пациенток (28,3%); у 132 женщин выявлено повышение JgG; A, M, к C.trachomatis.

В комплексной терапии нами использовался в качестве этиотропного антибактериального препарата Таваник (левофлоксацин "Aventis") в течении 20 дней по 500 мг однократно в сутки. Длительность лечения определялась осложненным течением урогенитального хламидиоза у обследуемых пациенток и необходимостью внутриклеточного накопления препарата в течении 5-6 циклов развития инфекционного агента.

Идентификация эрадикации инфекта проводилась через 4-6 недель после проводимой терапии диагностически-значимым методом. Положительный контроль излеченности у серопозитивных пациенток определялся снижением уровня специфических антихламидийных антител на 25% и более в течении 4-х недель. Эффективность антибактериальной терапии левофлоксацином (таваник) составила 89,3%.

Клиническое улучшение (исчезновение отечности и болей в суставах, симптомов конъюнктивита, уретрита) коррелировало с нормализацией иммунологических показателей (JgG; JgM; JgE; γ, α-интерферон, интерлейкина-1,ФНО-α) и специфических антихламидийных антител. Снижение уровня специфических иммуноглобулинов JgG и JgM менее чем на 20% в течении 4-х недель от окончания терапии служило показанием для проведения 5 сеансов плазмофереза, введения пациентам сандоглобулина, назначения глюкокортикоидной терапии (0,25mg /сутки дексаметазона), что значительно улучшало клинический эффект.

Далее нами проведено исследование на наличие неспецифических и специфических маркеров активности аутоиммунитета у данной категории пациентов. Позитивный серостатус (антиовариаль-

ные антитела OV+) определил 1-ую группу (145(78,8%)), негативный соответственно вторую – 39 пациентов. Необходимо отметить, что у обследуемых пациентов в 12,41% (18 обследуемых) выявлены антитела к Zona pellucida.

При сравнении цитокинов в указанных группах выявлено достоверное различие содержания IL-1(1-ая группа – 1053,4±3,1 пкг/мл,2-ая группа – 368,8±4,1 пкг/мл, p <0,05), ФНО-α (1-ая группа 12-50,0±4,3 пкг/мл, 2-ая группа 196,88±4,7 пкг/ мл, p < 0,05), γ -интерферона (1-ая группа 122,37±4,9 пкг/мл, 2-ая группа 59,99±3,1 пкг/мл, p < 0,05).

Исходя из полученных нами результатов необходимо отметить, что несмотря на высокую эффективность антибактериальной терапии, активность провоспалительных цитокинов, неспецифические факторы активации аутоиммунитета приводят, вероятно, к формированию органоспецифического поражения овариальной ткани, гипофункции яичников.

После проведенной стандартной противоспалительной терапии по указанной выше схеме антиовариальные антитела обнаружены у 38 (25,01%) пациенток.

Анализ мониторинга исследуемых провоспалительных цитокинов показал, что несмотря на статистически достоверные показателикоррекциина фоне проводимой этиотропной терапии неравнозначны. Наиболее значимы, по результатам наших исследований, корреляционные зависимости между повышением сывороточного содержания ФНО-α. Сывороточное содержание исследуемых провоспалительных цитокиновдо и после противоспалительной терапии в группах с повышенным уровнем антиовариальных антител составило: IL-1 (до терапии – 1053,4±3,1 пкг/мл, после – 807,8±4,1 пкг/мл, p <0,05), ФНО-α (до - 1960,88±4,7 пкг/мл, после 1250,0±4,3 пкг/ мл, p < 0,05), γ-интерферона (до - 122,37±4,9 пкг/мл, 195,18±-3,1 пкг/ мл, p < 0,05). Вовторойклиническойгруппесеронегативных пациентокданныепоказателисоставили: IL-1 (до терапии – 368,82±-3,1 пкг/мл, после – 311,8±4,1 пкг/мл, p <0,05), ФНО-α (до - 196,88-±4,7 пкг/мл, после 125,0±4,3 пкг/ мл, p < 0,05), γ-интерферона (до - 59,99±4,9 пкг/мл, 91,54±3,1 пкг/ мл, p < 0,05).

Такимо бразом, особо значимая коррелятивная зависимость выявлена между персистирующими осложненными формами хламидийной инфекции, активизацией провоспалительного цитокинового каскада, преимущественно IL-1 и ФНО-α и формированием антиовариальных антител и учитывая результаты данных исследований, возможная коррекция аутоиммунопатологических процессов позволит, учитывая возможности цитокинмоделирующей терапии, уменьшить число осложнений, связанных с преждевременной яичниковой недостаточностью.

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК С МАСТОПАТИЕЙ

Чагай Н.Б. (Ставрополь)

Молочная железа является органом-мишенью для половых гормонов. В репродуктивном возрасте эпителий молочной железы подвергается клеточной пролиферации и последующему апоптозу, что напрямую связано с процессами циклической функции яичников.

В фолликулярной фазе менструального цикла под действием эстрогенов происходит пролиферация клеток в терминальных отделах протоков. В лютеиновой фазе за счет деятельности прогестерона активизируется дольчато-альвеолярное развитие и клеточная дифференциация эпителия. Таким образом, первый пик пролиферации эпителия молочных желез наступает под влиянием фолликулостимулирующего гормона и повышенных концентраций эстрогенов. Пик митозов в конце лютеиновой фазы, обеспеченный лютеинизирующим гормоном, сменяется апоптозом. Пролактин способствует развитию лактоцитов, росту эпителиальных клеток, особенно в синергизме с прогестероном.

При персистирующих овариальных кистах, ановуляторном цикле гормональное равновесие может быть смещено в сторону абсолютной или относительной гиперэстрогении. Это способствует развитию как диффузных, так и узловых форм мастопатии. Вместе с тем мастопатия нередко наблюдается у женщин с овуляторными циклами и ненарушенной репродуктивной функцией. В данном случае решающая роль в возникновении патологии молочных желез отводится не абсолютной величине гормонов в плазме крови, а состоянию рецепторов половых стероидов в ткани железы. Гиперэстрогения вызывает следующие нарушения в тканевом гомеостазе молочной железы:

пролиферацию эпителия альвеол, протоков, усиление активности фибробластов;

индукцию синтеза факторов роста, ауто- и паракринно действующих на эпителий;

угнетение секреции биологически активных веществ, ингибирующих факторы роста.

Возможность изменения структуры и функции щитовидной железы под влиянием гормонов яичников в настоящее время остается неизученной проблемой. Информация о воздействии эстрадиола, прогестерона и андрогенов на ткань щитовидной железы человека более чем скудна. Однако эстрадиол, прогестерон и тестостерон имеют собственные рецепторы в ткани щитовидной железы.

Активация эстрогеновых рецепторов сопровождается в тиреоидной ткани: усилением пролиферации эпителия; потенцированием митогенных процессов, стимулируемых тиреотропным гормоном.

Эндогенная или экзогенная гиперэстрогения сопровождается усилением реакции тиреотропного гормона на тиреотропин-рилизинг-гормон. Однако это не всегда приводит к развитию гипертиреоза. Эстрогены активизируют синтез печенью белка, связывающего тироксин в общей циркуляции. Поэтому увеличение общей тироксинемии сочетается со снижением концентрации свободного тироксина. По принципу отрицательной обратной связи повышается уровень тиреотропного гормона. Это вызывает усиление процессов дифференцировки клеток щитовидной железы с последующей гиперплазией. Не исключено, что гиперэстрогения может стать пусковым механизмом в развитии узловых форм зоба.

Вероятнее всего, влияние тестостерона заключается в снижении митогенной активности ткани щитовидной железы. Плотность андрогеновых рецепторов в узловых участках щитовидной железы ниже, чем в нормальной паренхиме. Это означает, что андрогены оказывают антипролиферативные эффекты, стимулируемые эстрогенами.

Меньшая предрасположенность мужского организма к аутоиммунному заболеванию диффузный токсический зоб также связана с андроген-опосредованным уменьшением экспрессии гена FcgammaRIIB2, ответственного за развитие данной патологии.

По данным Giani C., у пациенток с раком молочной железы частота встречаемости патологии щитовидной железы составляет 46%, в то время как в популяции только 14%. Диффузный нетоксический зоб выявляется у 27,4% больных, против 11% в группе контроля. Аутоиммунный тиреоидит диагностирован в 13.7% наблюдений, против 2% в группе контроля. Чаще встречается заболевание диффузный токсический зоб, рак щитовидной железы.

Итак, роль половых стероидов на структуру щитовидной железы вряд ли можно считать решающей. Тем не менее очевидна модулирующая функция эстрогенов, прогестерона, андрогенов на деятельность тиреоцитов.

Таким образом, нарушение баланса между эстрогенами, прогестероном и андрогенами, имеющее место у пациенток с различной патологией молочных желез, может сочетаться с изменением как структуры, так и функции тиреоидной ткани.

Цель исследования: оценка степени риска развития патологии щитовидной железы среди пациенток с диффузными и узловыми формами мастопатии.

Обследовано 6 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом фиброзно-кистозной мастопатии. Контрольную группу составили 6 практически здоровых женщин, соотносимых по возрасту, без патологии молочных желез.

Определение тиреоидного статуса выявило следующие отклонения: средний уровень тиреотропного гормона, равный 2,3 мЕд/л, не выходил за пределы нормальных значений, но был выше кон-

трольного показателя, отличие статистически значимо. Нарушение соотношения между общим и свободным уровнем тироксина в крови также нарушено в пользу повышение общего Т4 и снижения фракции свободного гормона. Показатели йодурии не отличались от контрольных и соответствовали уровню в популяции, проживающей в эндемичном районе. Эхографическое исследование выявило нарушения структуры щитовидной железы в 50% наблюдений. В том числе: у 33,3% пациенток - наличие гипоэхогенных очагов размером до 3 – 5 мм в диаметре, у 16,7% - увеличение объема щитовидной железы. У 50% обследуемых патологии щитовидной железы не выявлено. В группе контроля в 33,3% наблюдений установлен диагноз эндемический зоб на основании увеличения объема щитовидной железы в сочетании со снижением показателей йодурии.

Таким образом, у пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией повышен риск развития патологии щитовидной железы. Нарушение гормонального профиля половых стероидов отражается на секреции тиреотропного гормона, соотношении общей и свободной фракций тироксина крови.

Наличие диффузных и узловых форм мастопатии является основанием для обследования пациенток на предмет патологии щитовидной железы.

Задачами продолжающегося исследования является:

1. оценить частоту развития аутоиммунных и иных форм патологии щитовидной железы у больных с дисфункциональными и онкологическими заболеваниями молочных желез;

2. разработать алгоритмы лечения пациенток с сочетанной патологией молочных желез и щитовидной железы с целью устранения отрицательного влияния гиперэстрогении как на гипоталамо-гипофизарном уровне, так и в структуре щитовидной железы.

К ВОПРОСУ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ НЕСОСТОЯВШЕМСЯ АБОРТЕ

Черткова Н.Р., Пешев Л.П., Андреева Н.А., Тюрина Е.П. (Саранск)

Одной из нерешенных проблем современного акушерства является проблема профилактики и терапии профузных маточных кровотечений при абортировании неразвивающейся беременности (НБ). Большинство работ, посвященных этой проблеме, касаются изучения патологических сдвигов в свертывающей системе крови, однако, практически не исследована контрактильная функция матки при НБ.

В связи с этим целью наших исследований явилось изучение медленной биоэлектрической активности матки (МБАМ) у женщин с несостоявшимся абортом. В ранее проведенных исследованиях (Л.П. Пешев, 1979; 1980 и др.) было установлено, что МБАМ объективно отражает ее сократительную способность.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 42 пациентки, в том числе, 21 женщин с несостоявшимся абортом при сроках беременности 9-25 недель, которые составили основную группу, 11 беременных с угрожающим абортом (группа сравнения) и 10 беременных с физиологически развивающейся беременностью, показатели МБАМ которых служили нормативными.

Исследования МБАМ проводили по разработанной нами ранее методике вагинальной электрогистерографии с использованием аппарата ЭГС-4м. Электрогистерограммы анализировали визуально и математически по формуле: (Л.П. Пешев, 1978),

$$I_{\text{МАБМ}} = \frac{A_{ср} \cdot f_{ср}}{t}$$

где

I – интенсивность ЭГГ в усл. ед.,

Аср. – средняя величина амплитуды осцилляций в мкВ,

fср. – средняя частота осцилляций биопотенциалов,

t – единица времени в сек.

Для выявления сократительного потенциала матки у женщин с НБ применяли однократное раздражение биологически активной точки (матки) М XIV -3 акупунктурой.

Согласно канонам классической рефлексотерапии раздражение данной точки вызывает повышение тонуса матки и активизацию схваток.

Результаты обследования беременных контрольной группы показали, что в норме МБАМ в сроки беременности до 16 недель характеризуется низковольтными, не превышающими 50-100 мкВ осцилляциями продолжительностью до 20-30 сек. ІМБАМ в эти сроки беременности составляла в среднем 9,32±1,39 усл. ед. С прогрессированием беременности (до 24-25 недель) МБАМ, по нашим данным, повышалась до 26,77±1,36 усл. ед., т.е. в 2,8 раза по сравнению с исходным показателем (P<00,1).

При угрозе аборта интенсивность МБАМ увеличивалась по сравнению с нормой, в среднем, в 3,2 раза (P<0,01), что клинически проявилось болями в нижних отделах живота, поясничной области.

У беременных с несостоявшимся абортом сократительная активность матки была ниже нормы, что подтвердилось снижением ІМБАМ на 76,2% (P<0,5). При этом акупунктурный тест был отрицательный, что свидетельствовало о глубоких патологических сдвигах в миометрии у данного контингента женщин.

Приведенные результаты свидетельствуют о глубоких морфофункциональных изменениях в нервно-мышечном аппарате матки, результатом чего является нарушение ее сократительной функции и возникновение при производстве аборта обильных маточных кровотечений. Метод вагинальной электрогистерографии позволяет своевременно диагностировать электрофизиологическое состояние матки и назначать профилактическое лечение в целях повышения сократительной активности матки при неразвивающейся беременности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖИТЕЛЬНИЦ г. НИЖНЕВАРТОВСКА

Чучалина Л.Ю., Шамонина Т.А. (Челябинск)

Актуальность. В развитых странах доля женщин старше 50 лет за последние 100 лет увеличилась втрое. Сегодня ожидаемая продолжительность жизни у женщин в этих странах возросла с 50 лет до 81,5 лет. Для женщин в России, в связи с изменением социально-экономических и экологических условий, в последние годы жизненная ситуация складывается неблагоприятно. Так, если в 1990г. средняя продолжительность жизни женщины составляла 74 года, в 1994г. – произошло ее снижение до 71,1 года и лишь с 1995г. наметилась тенденция к повышению продолжительности жизни женщины до 73 лет. Очевидно, в первой половине 21 века средний возраст популяции земного шара будет расти значительно быстрее. Предсказывают, что количество пожилых людей к 2050 г. будет составлять почти 2 млрд. человек (1970 млн.), по сравнению с 580 млн. в 1998г.

Средний возраст наступления менопаузы во всем мире варьирует от 45 до 55лет. В России средний возраст менопаузы 50-51 год. Факторы, влияющие на наступление менопаузы, не вполне ясны. Предполагают, что семейные или наследственные факторы имеют наибольшую прогностическую ценность. На возраст наступления менопаузы влияют: курение, прием КОК, голодание, стресс, ряд лекарственных препаратов, проживание над уровнем моря выше 3500 м. Отрицательное воздействие на здоровье жителей Крайнего Севера оказывают такие факторы, как низкие температуры, несбалансированное питание, гиподинамия, низкий уровень инсоляции, стрессовые ситуации, перепады атмосферного давления, техногенные факторы.

Цель исследования. В доступной нам литературе мы не встретили данных о течении перименопаузального периода у женщин, в зависимости от длительности проживания в регионе, приравненном к районам Крайнего Севера. Это и определило цель нашего исследования.

Материалы и методы исследования. Работа проводилась в МУ «Перинатальный центр» г. Нижневартовска ХМАО Тюменской обл. В исследование были включены 100 женщин (средний возраст 49,37-

±3,45 лет, медиана и мода 49,06 лет). У всех женщин оценивался индекс Куппермана, индекс вагинального здоровья Бохмана, наличие нарушений менструального цикла и менопаузы. Женщины, проживающие в г. Нижневартовске, были подразделены на 3 группы, в зависимости от длительности проживания в регионе. 1 группа (9 человек) проживали в г. Нижневартовске менее 10 лет(4,89±2,85 года). 2 группа (22 человека) от 11 до 20 лет (17.32±2.64 года). 3группа (69 человек) от 21 года и более (27,29±4,71 лет). Группу сравнения составили 38 жительниц г. Челябинска (коренные жители Южного Урала). Полученный материал обработан методом вариационной статистики с помощью стандартной программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

В результате исследования были получены следующие данные:

Таблица №1.

Нарушение менструального цикла у обследованных женщин

	1 группа n=9		2 группа n=22		3 группа n=69		Группа сравнения n=38	
	n	%	n	%	n	%	n	%
НМЦ	8	88.9**	10	45.5	38	55.1	26	68.4
Олигоменорея	5	55.6**	5	22.7	21	31.9*	14	36.8
Гиперменорея + полименорея	2	22.2	4	18.2	13	18.8	5	13.2
метроррагия	1	11.1	1	4.5	5	5.8	7	18.4*

** p≠0,01; **p< 0,01*

Как видно из таблицы, отмечается достоверное увеличение нарушений менструального цикла у женщин в первой группе, в структуре преобладает олигоменорея. В группе сравнения в структуре нарушений менструального цикла также преобладает олигоменорея, а встречаемость метроррагии достоверно выше.

На момент исследования в периоде постменопаузы в первой группе было 3 (33,3%) женщин, во второй и третьей соответственно – 6(27,3%) и 34(49,3%) женщин (различия между 2 и3 группами достоверны p=0,01). Средний возраст менопаузы составил в 1 группе 50,34±0,58 лет, в отличие от 2 группы – 44,86±3,21 лет (p<0,01), в 3 группе соответственно 47,14±3,07 лет, при этом в группе сравнения – 49,5±3,6 лет.

Индекс вагинального здоровья Бохмана в первой группе составил 4,67±0,5 баллов и достоверно отличался от второй группы – 4,-14±0,94 баллов (p=0,05), и от третьей группы 3,99±0,8 баллов (p<0-,01). В группе сравнения этот показатель составил 2,9±0,9баллов.

Индекс Куппермана в группах существенно не отличался, 1 группа – 21,78±4,63 баллов, 2 группа – 17,68±9,38 баллов, 3 группа – 18-,43±7,12 баллов.

Выводы:

1) у женщин проживающих в регионе, приравненном к районам Крайнего Севера, менее 10 лет чаще встречаются нарушения менструального цикла, в структуре которых преобладает олигоменорея;

2) достоверно раньше наступает менопауза у женщин, проживающих в регионе от 11 до 20 лет;

3) индекс вагинального здоровья Бохмана с увеличением длительности проживания в регионе снижается, при этом в группе сравнения показатели достоверно ниже;

4) не выявлено достоверного изменения показателей индекса Куппермана, в зависимости от длительности проживания в регионе;

5) у женщин проживающих в регионе, приравненном к районам Крайнего Севера, менее 10 лет и более 20 лет менопауза наступает в том же возрасте, что и у коренных жительниц Южного Урала.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Шаваева В.А., Курашинова Л.Т., Пхитикова Б.Х., Османова З.К., Мирзоева Р.М. (Нальчик)

Трубно-перитонеальное бесплодие - одна из наиболее распространенных и трудно излечимых форм женского бесплодия. Частота его возникновения, по данным литературы, составляет 30-85%, что прежде всего, связано с воспалительными изменениями и образованием спаек в полости малого таза, сопровождающимися нарушением проходимости и функциональной состоятельности маточных труб. Наметившаяся в последние годы тенденция к возрастанию доли трубно-перитонеального бесплодия в структуре причин бесплодного брака диктует необходимость повышения эффективности его лечения.

Восстановление естественной фертильности при применении оперативной лапароскопии у женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия, по данным литературы, наблюдается у 35% пациенток с 1 степенью выраженности спаечного процесса, у 23% — со II степенью, у 12% — с III степенью и у 6% — с IV степенью распространенности спаечного процесса (Кулаков В.И., 2003).

Несмотря на достижения эндоскопической техники в оперативной гинекологии, результаты реконструктивных вмешательств на маточных трубах не оправдывают не только надежд пациенток, но и затраченных средств, времени и стараний хирургов - гинекологов.

Одна из причин низкой эффективности хирургического лечения бесплодия - это повторно возникающий спаечный процесс в полости малого таза. Применение малоинвазивных технологий (лапароскопии и гистероскопии) в лечении женского бесплодия уменьшают выраженность послеоперационных сращений, однако у некоторых больных спайки образуются снова, иногда даже превосходя дооперационный уровень.

В ГУЗ «Центр планирования семьи и репродукции» и гинекологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Нальчика 2002 – 2004 гг. обследованы и анализированы 204 пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием.

Для определения тактики лечения и выборов сроков и способа оперативного вмешательства использовали стандартные клинико-инструментальные методы исследования больных, а также результаты специального обследования по поводу бесплодия. Нами предложена наиболее удобная трехэтапная схема обследования и лечения пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием, включающая лечение и обследование в условиях Центра планирования семьи и репродукции в качестве первого этапа. На втором этапе больные получали лечение в гинекологическом отделении МУЗ ГКБ № 2, включающее диагностическую и оперативную лапароскопию и гистероскопию. На III этапе в Центре планирования семьи и репродукции пациентки проходили раннее и отсроченное восстановительное лечение, включающее применение медикаментозной терапии и других методов лечебного воздействия. На всех этапах проводилась оценка результатов эндоскопической операции, реабилитационного лечения, выбиралась дальнейшая тактика ведения больных.

На I этапе в условиях Центра планирования семьи и репродукции для постановки диагноза использовали широкий спектр мероприятий, включающий в себя изучение жалоб и анамнеза (характер становления менструальной функции, изменение массы тела за короткий период времени, наличие выделений из молочных желез, перенесенные оперативные вмешательства, ИППП, предыдущие обследования по поводу бесплодия, оценка детородной функции, методы регуляции фертильности, половая жизнь, общее и специальное гинекологическое исследование, общеклинические исследования, тестирование на ИППП, исследование мазков из влагалища, уретры, цервикального канала на степень чистоты и флору, измерение базальной температуры не менее 3 менструальных циклов, определение индекса массы тела и гирсутного числа, УЗИ органов малого таза с использованием трансвагинального датчика

на 5-7 день менструального цикла, гистеросальпингография, посткоитальный тест, гормональный скрининг (ЛГ, ФСГ, ПРЛ, Е2, П, Т, К, Т4, ТТГ, ДЭАС, 17-КС), гистологическое исследование биоптата эндометрия во 2 фазу менструального цикла (за 1-2 дня до предполагаемой очередной менструации) и кольпоскопия, позволяющая выявить признаки вагинита, цервицита, эндоцервицита, патологию шейки матки - проявления хронической инфекции гениталий.

Дополнительно по показаниям делали рентгенограмму черепа и турецкого седла, компьютерную томографию, ультразвуковое исследование щитовидной железы, надпочечников.

На II этапе в гинекологическом отделении ГКБ №2 производили уточнение показаний и выполнение оперативного вмешательства. Лапароскопия и гистероскопия рассматривалась нами не только как заключительный этап диагностики, но и как первый патогенетически обоснованный этап терапии. Минимальноинвазивные технологии позволили поставить точный диагноз и провести малотравматичную микрохирургическую коррекцию выявленных изменений (разделение спаек, восстановление проходимости маточных труб, иссечение эндометриоидных очагов, удаление кист яичников, консервативную миомэктомию) без последующего развития спаечного процесса. В послеоперационном периоде наблюдалась ранняя активизация больных. Для раннего восстановительного лечения, начатого с 1-2 суток после операции, а также отсроченного восстановительного лечения, женщины направлялись в Центр планирования семьи и репродукции (III этап), где им проводилась специфическая терапия выявленной патологии (по показаниям) и дальнейшая реабилитация, включающая применение медикаментозной терапии и других методов лечебного воздействия. При этом проводилась оценка результатов эндоскопической операции и реабилитационного лечения (контрольная ГСГ, повторная и контрольная гистероскопия, контроль гормонального скрининга и т.д.), выбиралась дальнейшая тактика ведения больных. Если в результате проведенного лечения беременность не наступала, пациентку повторно обследовали и направляли на ЭКО и ПЭ.

После операции до наступления беременности и родов пациентки наблюдались в Центре планирования семьи и репродукции. При этом проводилась оценка результатов эндоскопической операции и реабилитационного лечения (контрольная ГСГ, повторная и контрольная гистероскопия, контроль гормонального скрининга и т.д.), выбиралась дальнейшая тактика ведения больных. Гормональная терапия проводилась по современным схемам. Если в результате проведенного лечения беременность не наступала, пациентку повторно обследовали и направляли на ЭКО и ПЭ.

Эффективность комплексного лечения бесплодия составила 23%.

Таким образом, комплексное обследование и лечение трубно-перитонеального бесплодия с использованием лапароскопического доступа оперативного вмешательства, иммунокоррегирующая терапия, дает достоверно более хорошие результаты в отдаленном послеоперационном периоде. Разработанная система оказания гинекологической помощи больным с трубно-перитонеальным фактором бесплодия является частью республиканской программы специализированной помощи бесплодным парам.

АБОРТ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН ЗАПОЛЯРЬЯ: НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Шанькова И.Л., Гуменюк Е.Г. (Мурманск, Петрозаводск)

Несмотря на совершенствование методов прерывания беременности, основные нарушения репродуктивного здоровья развиваются за счет осложнений абортов. Считается, что различные осложнения развиваются у каждой третьей женщины, прервавшей беременность. В последние годы девочки – подростки все чаще прибегают к прерыванию первой беременности, что неблагоприятно отражается на состоянии репродуктивного здоровья, психологического и эмоционального статуса. Это определяет необходимость разработки и совершенствованию подготовки к медицинскому аборту у юных женщин, оценки частоты и характера осложнений, особенностей реабилитации в постабортном периоде.

Цель исследования: изучить медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девочек – подростков, подготовленных к прерыванию беременности, а также течение постабортного периода.

Работа проведена на базе гинекологического отделения Мурманской областной клинической больницы и городской больницы скорой медицинской помощи. Использовались анамнестические данные и клинико-лабораторные исследования. Обследование девочек на инфекции, передаваемые половым путем, проводилось с использованием полимеразной цепной реакции. В большинстве случаев осуществлялось ультразвуковое исследование. В случаях медицинского аборта в поздние сроки выполнялось гистологическое исследование плацент.

Нами проанализировано 139 случаев искусственного прерывания беременности у юных женщин. Все пациентки были разделены на две группы. В I группу было включено 102 юных женщины, подготовленные для прерывания беременности в поздние сроки. Во II группу вошли 37 человек, срок беременности у которых не превышал 12 недель. Показаниями для прерывания беременности в I группе были состояние физиологической незрелости в 100 случаях (98,04%), а также экстрагенитальные заболевания (хронический гломерулонефрит, тяжелое течение вирусного гепатита «В») - у двух пациенток (1,96%). Во II группе: юные женщины не хотели иметь детей в связи с социальной и экономической неустроенностью в 35 случаях (94,6%), аборт выполнялся по настоянию родителей в двух случаях (5,4%).

Искусственный аборт до 12 недель осуществлялся методом вакуумэкскохлеации плодного яйца с последующим кюретажем полости матки. В поздние сроки производилось интраамниальное введение гипертонического раствора хлорида натрия.

Средний возраст наступления менструации у юных женщин составил 12,3+1,24 лет. Первый половой контакт пациентки имели в возрасте 15,7+2,1 лет. Анализ гинекологических заболеваний в исследуемых группах до наступления беременности показал высокую частоту воспалительных заболеваний придатков матки (8 - 11,3%), псевдоэрозий шейки матки (6 - 8,3%) и различных нарушений менструального цикла (23 - 30,9%).

Все женщины были обследованы на инфекции, передаваемые половым путем. В результате проведенного обследования уреаплазмоз выявлен в 8 (11,1%) случаях; кандидоз у 14 (19,5%) человек; хламидиоз – у 5 (7,0%); микоплазмоз, гарднерелез, сифилис – у 4 (5,6%) соответственно; трихомониаз, гонорея – у 2 (2,8%). В ряде случаев имела место микст-инфекция.

Необходимо отметить, что анализ показателей соматического здоровья девушек нашего региона выявил заболевания щитовидной железы (диффузный и узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит) в 74 (53,2%) случаях, частые простудные заболевания – у 52 (37,4%); миопию различной степени – у 26 (18,7%); гепатиты В и С – у 16 (11,5%); хронический тонзиллит – в 12 (8,6%) случаях; заболевания крови – у 6 (4,3%); болезни желудочно-кишечного тракта и органов мочевыделительной системы - у 4 (2,9%).

Первобеременных в группе юных женщин, подготовленных для прерывания беременности, было 135 (97,1%), повторнобеременных - 4 (2,9%). На этапе подготовки к прерыванию беременности проведение санации влагалища необходимо было у 58 девушек (41,7%). Специальной подготовки шейки матки к вмешательствам в условиях женских консультаций не осуществлялось.

Аборт до 12 недель, как правило, производился в день поступления в стационар. В поздние сроки беременности всем поступившим в стационар для прерывания беременности в течение 2-3 дней проводилась подготовка к операции. Аборт после введения гипертонического раствора хлорида натрия в среднем происходил через 17-18 часов в 63 (68,7%) случаях, через 40-42 часа у 41 (44,3%) пациентки, через 3-7 суток у 5 (5,5%) женщин. Средняя кровопотеря после медицинского аборта в I группе составила 113,0+30,0 мл; во II группе – 75,5+15,5 мл.

При гистологическом исследовании средний вес плаценты составил 150,9±10 г; диаметр - 10,6±0,2 см; толщина – 0,95±0,5 см. Воспалительные изменения плацент выявлены в 39 (42,5%) случаях.

Ранние осложнения после прерывания беременности были в обеих группах. Обострение хронического аднексита в I группе отмечено у 3 (2,9%) человек и во II группе – у 2 (5,4%), острый эндометрит - у 2 (2,0%) и 1 (2,7%) женщины соответственно.

Всем юным женщинам проводились реабилитационные мероприятия: антибактериальная терапия 5-7 дней (тетрациклин, лонидокс), спазмолитики (но-шпа) – 5 дней; противовоспалительная терапия (трихопол, аспирин) – 5 дней. На 3 месяца назначалась гормональная контрацепция, при этом предпочтение отдавалось монофазным препаратам.

Таким образом, большинство юных женщин, живущих в условиях Заполярья, имеют соматическую патологию, среди которой преобладают заболевания щитовидной железы, простудные и вирусные инфекции. Регистрируется высокий процент заболеваний, передаваемых половым путем (57,4%). Данные гистологического исследования плацент показали высокую частоту воспалительных изменений (42,5%). У юных женщин имелись осложнения после аборта (2,9%-5,5%).

Особенности состояния соматического и репродуктивного здоровья у юных женщин, прерывающих в большинстве случаев первую беременность, требуют индивидуального подхода. В условиях женской консультации необходимо проводить более тщательное обследование на инфекции, санацию нижних отделов полового тракта.

В постабортном периоде у юных женщин особое внимание следует обратить на реабилитацию, направленную на профилактику различных осложнений, как с медицинской, так и с психологической точки зрения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРМЕНЕНИЯ СХЕМ СТИМУЛЯЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ АНАЛОГОВ ГнРГ В ПРОГРАММАХ ЭКО И ИКСИ

Шахова М.А., Пули Ж-Л. (Москва)

Целью исследования явилось определение эффективности протоколов стимуляции суперовуляции в программах ЭКО и ИКСИ при использовании антагонистов и агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона по данным FIVNAT за 2001-2002год.

В первой части исследования было включено 63550 циклов, из которых 10235 циклов были с антагонистами (16,1%). Назначение антагонистов было более частым при проведении программы ИКСИ, чем программы ЭКО (17,5% против 14,7%). Во второй части отобрали циклы с очень благоприятными клиническими характеристиками (возраст пациенток ниже 35 лет, число попыток одна или две), что позволило сравнить 17532 циклов агонистов с 3229 циклами антагонистами. Эти случаи соответствуют 9826 циклам ЭКО и 10935 циклам ИКСИ. Сравнение результатов между протоколами с антагонистами и длинными протоколами с агонистами показывает, что процент беременности на пункцию в ЭКО составил 20,8% (Анта) к 25,8% (Аго) ($p<0,001$), и в ИКСИ 21,9% (Анта) к 24,0 (Аго) ($p<0,001$).

При использовании антагонистов в режиме ежедневного введения был достигнут процент беременности более низкий, чем процент беременности при проведении длинного протокола с агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАМЕТ ЯИЧКА И ПРИДАТКА ЯИЧКА В ПРОГРАММЕ ИКСИ

Шахова М.А., Пули Ж-Л., Кузьмичев Л.Н. (Москва)

Проведение программы ИКСИ со сперматозоидами яичка и придатка яичка ставит много дискуссионных вопросов и мы решили ответить на них исходя из их данных, полученных в подразделении ЭКО университетского госпиталя Клермон-Феррана, данных FIVNAT (национальной ассоциации репродуктологов Франции) и данных литературных источников.

В основном результаты программы ИКСИ при использовании гамет яичка и придатка яичка мало отличаются от результатов, полученных при ИКСИ со спермой эякулята. Однако, все исследования подчеркивают, что процент оплодотворения несколько снижен со сперматозоидами яичка в случае необструктивной азооспермии, а процент наступления беременности значительно выше со сперматозоидами придатка яичка. По нашим данным процент родов на пункцию составляет 20,7% со сперматозоидами яичка, 24,5% со сперматозоидами придатка яичка и 19,8% со спермой свежего эякулята.

По данным FIVNAT процент наступления беременности на перенос соответственно равен 25,6%, 28,8% и 25,6%.

Предварительное замораживание сперматозоидов в программе ИКСИ оценивается по-разному, но наши результаты, как и результаты FIVNAT подтверждают необходимость проведения данной методике, которая имеет в настоящее время, неуклонную тенденцию к росту.

Несмотря на теоретический риск уродств из-за использования незрелых сперматозоидов, не прошедших слбственный отбор, данные неотатальных исследований являются чрезвычайно оптимистичными, потому что только FIVNAT находит легкое увеличение генетических аномалий (генных или хромосомных) при проведении ИКСИ со спермой яичка.

Это подчеркивает, что основная проблема в данном вопросе, по-видимому, заключается не столько в использовании незрелых сперматозоидов яичка, а сколько в этиологии мужского бесплодия.

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Шиляев А.Ю. Прилепская В.Н. (Москва)

Миома матки и доброкачественные заболевания шейки матки - наиболее часто встречаемые заболевания в гинекологической практике. Частота миомы матки в структуре гинекологических заболеваний по данным разных авторов составляет от 20 до 45%. Частота доброкачественной патологии шейки матки колеблется от 65% до 75%. Нередко миома матки сочетается с патологией шейки матки. Однако частота заболеваний шейки матки и их структура недостаточно изучены ни в группах женщин, которые не подлежат операции, ни у пациенток после операции субтотальной гистерэктомии.

Целью исследования явилось изучение патологии шейки матки у женщин с миомой матки. Нами обследовано 197 пациенток, которые были разделены на 2 группы:: I группа - 101 женщина с миомой матки которые подлежат диспансерному наблюдению, II группа - 96 женщин после субтотальной гистерэктомии матки по поводу миомы. При обследовании особое внимание обращали на состояние шейки матки.

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.

Проведенное исследование показало высокую частоту патологии шейки матки в обеих группах. В I группе наиболее часто встречались: эктопия - 10%, эктропион – 6%, лейкоплакия – 52%, ovula

Nabothi –76%, хронический экзоцервицит 78%, эндометриоз шейки матки 20%, полип цервикального канала у 8%, только у 8% женщин не было патологии шейки матки.

Во II группе (возраст пациенток 45-58 лет): эктропион - 8,3%, лейкоплакия – 12,5%, ovula Nabothi 54,2%, хронический экзоцервицит – 66,6%, эндометриоз шейки матки 10%, у одной пациентки обнаружен полип цервикального канала.

Следует отметить, что у 84% всех пациенток встречалась сочетанная патология шейки матки, причем чаще всего сочетались лейкоплакия, ovula Nabothi и хронический экзоцервицит

Обращали на себя внимание особенности течения заболеваний шейки матки, которые характеризовались рецидивирующим характером течения, более длительным процессом регенерации после проведенного деструктивного лечения. Следует отметить, что при анализе анамнестических данных обращало на себя внимание то, что больше половины пациенток в обеих группах не были обследованы на предмет обнаружения патологии шейки матки ни до операции, ни при динамическом наблюдении после операции.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ, ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРВИЦИТАХ

Ширшова Н.Ю., Шипицына Е.В., Савичева А.М., Полянин А.А. (Санкт-Петербург)

В структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания половой сферы занимают ведущее место (до 60%)(Barbone at al.,1990; Сметник В.П.,1995; Серов В.Н. и соавт.,2000). При этом на долю воспалительных заболеваний шейки матки приходится от 15% до 20%. Этиологическая структура цервицитов постоянно меняется. В последние годы возросло число хламидийной, вирусной, микоплазменной и смешанной инфекций, борьба с которыми представляет значительные сложности в связи с развивающейся устойчивостью микроорганизмов к антибиотикам и особенностями ответных реакций организма. По данным различных авторов, в структуре хронических воспалительных заболеваний цервикального канала в настоящее время доминируют цервициты, вызванные Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae и вирусами папилломы человека (ВПЧ) и простого герпеса (ВПГ) II серотипа. На этом фоне наиболее часто развиваются цервикальная интраэпителиальная дисплазия и возможно рак шейки матки (Прилепская В.Н., 2000; Steinhandles L. et al., 2002; Глазкова Л.К. и соавт.,2003). Накапливается всё больше доказательств в пользу Mycoplasma genitalium как самостоятельной причины инфекции нижних отделов урогенитального тракта (Manhart LE et al.,2003; Schlicht M.J. et al.,2004). Очевидно, что эта проблема имеет не только медицинское значение, но и негативные социально-экономические и демографические последствия. Именно ранняя диагностика и своевременное этиопатогенитическое лечение цервицитов позволяет исключить дальнейшее распространение инфекции, снизить частоту развития воспалительных заболеваний органов малого таза и предотвратить их осложнения.

Цель: изучить частоту выявления возбудителей инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), в цервикальном канале у небеременных женщин с острым и хроническим цервицитом.

Материалы и методы: цервикальные образцы были получены от 80 женщин в возрасте от 17 до 39 лет с диагнозом острого или хронического цервицита, поставленным на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, простой и расширенной кольпоскопии, цитологического исследования, лабораторных методов диагностики. В зависимости от остроты течения заболевания все пациентки были поделены на 2 группы: первую составила 31 женщина с острым цервицитом, вторую – 49 пациенток с хронической формой заболевания. Прямая микроскопия нативных и окрашенных метиленовым синим мазков, полученных из уретры, влагалища и цервикального канала, служила скрининговым методом отбора пациенток для исследования. Для выявления Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, вируса простого герпеса и вируса папилломы человека в отделяемом цервикального канала использовали метод ПЦР (полимеразная цепная реакция) с использованием тест-систем НПФ Литех, Москва.

Результаты. При оценке образцов, полученных из цервикального канала, методом ПЦР у женщин с цервицитом в большинстве случаев были выявлены U. urealyticum - у 32 из 80 наблюдаемых пациенток (40±5,51%). C. trachomatis были обнаружены у 31 из 80 женщин с цервицитом, что составило 38,75±5,48%, а M.hominis выявлены у 18 женщин обеих групп (22,5±4,76%). M. genitalium при цервиците были обнаружены лишь в 6,25±2,72%. Инфицирование цервикального канала вирусом простого герпеса (ВПГ) выявлено в 15±4,02%, а вирусом папилломы человека (ВПЧ) – в 30±5,16% случаев. В цервикальном отделяемом у небеременных женщин с воспалением шейки матки один вид микроорганизмов выявлен 38 случаях из 80 (47,5±5,43%). При этом наиболее часто выявлялись уреаплазмы (36,6±5,38%) и M.hominis (26,6±4,85%). C.trachomatis в качестве единственного микроорганизма при цервиците обнаружены у 20 женщин первой группы, что составило 40,82±5,49%, и у 11 женщин второй группы (35,8±5,36%). Вирусы простого герпеса и папилломы человека в качестве единственного патогенного агента при цервиците встречались с одинаковой частотой, т.е. в 10% случаев.

У 51 из 80 пациенток с цервицитом (63,75±5,59%) выявлено сочетание микроорганизмов: сочетание двух у 39 (48,75±5,45%), трёх – у 12 (15±3,63%). При этом в цервикальных образцах чаще других микроорганизмов обнаруживали C.trachomatis (52,5±5,58%), вирус папилломы человека (42,5±5,52%) и уреаплазмы (32,5±5,23%). M.hominis и ВПГ выявлялись реже – в 22,5±4,67% и 12,5±3,7% случаев, соответственно. M.genitalium выявлены в сочетании с уреаплазмами в 5±2,44% случаев, а в 2,5±1,76% они обнаружены в качестве единственного микроорганизма.

Анализируя данные по смешанной инфекции, пришли к заключению, что на долю хламидийно-вирусных эндоцервицитов приходилось 21,42±4,59% случаев заболевания: сочетание хламидий и ВПЧ имело место у 17,14±4,21% заболевших, а хламидийно-герпетическое поражение цервикального канала – у 8,28±3,08% больных. Интересно отметить, что вирус папилломы человека присутствовал только в сочетании с хламидиями и уреаплазмами (8,52±3,12%). C.trachomatis в сочетании с U.urealyiticum встречались в 10±3,35% случаев, а с M.hominis – в 4,28±2,26% случаев заболевания. Сочетание уреаплазм с M.hominis наблюдалось у 11,42±3,55% пациенток, а с M.genitalium и ВПГ – у 2,86±1,86%.

Сравнивая частоту и особенность выявленных в цервикальных образцах микроорганизмов в зависимости от остроты течения цервицита, получили следующие данные. При хроническом цервиците (49 случаев) хламидии встречались у 11 женщин (22,48±4,66%), а M.hominis - в 20,41±4,51%. M.genitalium были обнаружены у 3 женщин (6,12±2,68%), а уреаплазмы - у 27 (55,11±5,57%) женщин с хроническим цервицитом. Вирус папилломы человека при хроническом течении встречался в 57,14±5,53% случаев (28 из 49). Вирус простого герпеса при хроническом процессе встречался с частотой 14,28±3,93%.

При остром процессе достоверно чаще были выявлены хламидии – в 20 случаях из 31 (65,51±5,31%)($p<0,01$). M.hominis были обнаружены с частотой 34,48±5,3%, а M. genitalium – только в 1 (2,04±1,58%) случае острого эндоцервицита. Уреаплазмы при остром процессе встречались с низкой частотой (17,24±4,22%) по сравнению с хроническим процессом. Вирус папилломы человека был обнаружен в 11(35,48±5,39%) случаях острого течения заболевания, а вирус простого герпеса при остром цервиците встречался практически с той же частотой (16,31±4,13%), что и при хроническом течении заболевания.

При оценке микробиоценоза влагалища у наблюдаемых нами женщин обнаружено, что при цервиците почти в 87% случаев микрофлора влагалища вовлекается в воспалительный процесс. Причём при остром процессе достоверно чаще это проявляется сопутствующим бактериальным или кандидозным вагинитом, а при хроническом цервиците - бактериальным вагинозом.

Заключение. С учётом проведенных нами наблюдений обнаружено, что при остром воспалении шейки матки достоверно чаще были выявлены хламидии и вирусы папилломы человека ($p<0,01$). Представители условнопатогенной микрофлоры (микоплазмы и уреаплазмы) при этом встречались в два раза реже, чем при хроническом цервиците. Вирус простого герпеса при остром и хроническом процессе был выявлен практически в одинаковом числе случаев. В большинстве случаев при цервиците была обнаружена смешанная микрофлора. При хроническом воспалении шейки матки наиболее часто выявлялись уреаплазмы и вирус папилломы человека. Хламидии и M.hominis при данной форме течения процесса были выявлены значительно реже. Анализируя случаи выявления M.genitalium обнаружили, что данный возбудитель чаще встречается при хроническом цервиците. Изучая особенности микрофлоры влагалища при остром и хроническом процессе, получили незначительное преобладание кандидозной инфекции над бактериальной при остром цервиците и бактериальной инфекции - при хроническом. Во всех случаях (13%) физиологического микробиоценоза влагалища воспалительный процесс в цервикальном канале протекал в острой форме. Приведенные данные по изучению особенностей возбудителей цервицитов рекомендуется учитывать при выборе методов диагностики, базируясь на клинических проявлениях заболевания и результатах цитологического и кольпоскопического исследований. Анализируя полученные результаты можно утверждать, что возбудители инфекций, передающихся половым путём, играют ведущую роль в этиологии острых и хронических цервицитов.

ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ С ПОМОЩЬЮ КАП ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН»: ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Шишканова О.Л., Силантьева Е.С., Белоусов Д.М., Шуршалина А.В. (Москва)

Электроимпульсная терапия с помощью КАП ЭЛМ-01 «Андро-Гин» пациенток с нарушением репродуктивной функции является эффективным средством, снижающим медикаментозную нагрузку и повышающим результативность лечения. В наших предшествующих исследованиях были представлены следующие эффекты электроимпульсной терапии: болеутоляющее и дефиброзирующее действие при хроническом сальпингоофорите [Стругацкий В.М., Силантьева Е.С., 2002]; улучшение состояния эндометрия (по данным контрольного гистологического исследования) при хроническом эндометрите [Шуршалина А.В., Силантьева Е.С., 2004]; повышение частоты наступления беременности у пациенток с бесплодием и патологией эндометрия [Силантьева Е.С., Шишканова О.Л., 2004]. В работах С. А. Мартынова и соавт. (2005) доказана эффективность электроимпульсной терапии при неудачах ВРТ. Однако механизм лечебного действия данного физического фактора изучен недостаточно. В реализации клинического эффекта любой электротерапии ведущую роль, как правило, играет ее вазотропное действие [Ясногородский В. Г., 1987]. Электроимпульсная терапия с помощью КАП ЭЛМ-01 «Андро-Гин» оказывает нормализующее влияние на гемодинамику при терапии хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов у женщин (по данным реографии сосудистого бассейна малого таза) [Стругацкий В.М., Силантьева Е.С., 2002] и лечении хронического простатита у мужчин (по данным эходопплерометрии сосудов предстательной железы) [Чалый М.Е.,2002].

Целью данного исследования стало изучение механизма вазотропного действия электроимпульсной терапии с помощью КАП ЭЛМ-01 «Андро-Гин» у пациенток с хроническим эндометритом и нарушениями репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. 22 женщины с гистологически верифицированным хроническим эндометритом и нарушениями репродуктивной функции (73% с бесплодием, невынашивание беременности у 27%, 22% пациенток имели в анамнезе неудачные попытки ВРТ) после адекватной антибактериальной терапии. Средний возраст составил 30,5±5,2. Жалобы на боли в нижних отделах живота предъявляли 4, на перименструальные мажущие выделения 13 женщин. Электроимпульсную терапию проводили, начиная с 5-7 дня менструального цикла, по абдоминально-вагинальной методике без сочетания с медикаментозным лечением. Курс составил 10 процедур. Первой процедуре электротерапии предшествовало однократное плацебо-воздействие. До начала терапии, после первой плацебо-процедуры, после первой процедуры электроимпульсной терапии, после курса лечения и в 1-й фазе (на 5-7 день цикла) двух последующих менструальных циклов проводили биполярную реографию сосудистого бассейна малого таза и монополярную реографию области расположения матки. Кроме того, использовали триплексную эходопплерометрию сосудов матки до лечения, непосредственно после него и через 1,5 месяца после лечения в идентичные дни цикла (5-8 день цикла). В процессе физиотерапии неоднократно проводили двуручное гинекологическое исследование, трансвагинальную эхографию (на 22-24 день цикла), у ряда женщин – контрольное морфологическое исследование (аспирационная биопсия эндометрия через 1,5 месяца после лечения).

Результаты и их обсуждение. Электроимпульсную терапию в избранном методическом варианте больные переносили хорошо. Положительным клиническим результатам (болеутоление, сокращение периода перименструальных мажущих выделений от 3,2±2,1 до 1,6±0,8 дней, пальпаторно определяемый дефиброзирующий эффект) соответствовала позитивная эхографическая (увеличение толщины, улучшение эхоструктуры эндометрия, исчезновение расширения полости матки при трансвагинальном ультразвуковом сканировании) и морфологическая (восстановление морфофункциональной структуры эндометрия по данным гистологического исследования биоптата эндометрия) динамика. Данные динамической реографии выявили выраженную реакцию на первую процедуру электроимпульсной терапии в виде увеличения кровенаполнения, более значимую на регионарном уровне (возрос показатель амплитуды реографической волны). Плацебо-процедура не приводила к достоверным изменениям кровотока. Непосредственно после курса лечения, через 1 и 2 месяца после него локальная фракция сердечного выброса, как на регионарном, так и на органном уровне увеличилась (показатель амплитуды реографической волны выше, чем до лечения, но ниже, чем после 1-ой процедуры). Интересна динамика показателя, отражающего состояние мелких артериальных сосудов: отношение максимального систолического значения венозной компоненты реограммы к амплитуде артериальной компоненты резко возросло после первой процедуры, несколько уменьшилось после курса и упало ниже исходной величины через 1,5 месяца после лечения. Следовательно, тонус мелких артериальных сосудов кратковременно возрос, а затем устойчиво снижался, причем на органном уровне эта динамика была выражена ярче. Однако, наиболее значимы изменения показателя, характеризующего интенсивность тканевого обмена. Так, скорость объемного кровотока постепенно возрастал по мере исследований, достигал максимума через 2 недели после лечения и устойчиво сохранялся на достигнутом уровне в течении 2-х месяцев наблюдения. На органном уровне интенсивность тканевого обмена изменилась в большей степени.

Данные допплерометрии позволили выявить большую частоту визуализации кровотока в спиральных артериях после лечения. Достоверных изменений скоростных показателей в период наблюдения не выявлено. Углонезависимые индексы (индекс резистентности, пульсационный индекс, систоло-диастолическое соотношение) непосредственно после лечения возросли, что отражало негативную динамику гемоциркуляции в изучаемых сосудах, более значимую на уровне базальных артерий. Однако через месяц значения индексов упали, причем в мелких сосудах ниже исходного значения.

Таким образом, положительному клиническому действию электроимульсной терапии сопутствует сложная гемоциркуляторная перестройка, приводящая к интенсификации капиллярного кровотока. Использование различных способов изучения гемодинамики позволяет детально представить механизм действия данного фи-

зического фактора. В частности, эффект болеутоления не обусловлен гемодинамически, так как он развивается раньше позитивных трансформаций в кровеносном русле. Трофотропное же действие данного фактора на эндометрий является следствием улучшения микроциркуляции. Гемодинамические изменения обусловлены действием именно физического фактора, так как плацебо процедуры влияние на кровообращение в сосудистом бассейне малого таза и области расположения матки не оказывают.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ КОНДИЛОМ У ЖЕНЩИН

Шперлинг Н.В. (Томск)

Аногенитальный кондиломатоз в мире по числу случаев (около 30 миллионов в год) занимает третье место после трихомониаза и хламидиоза. Резистентность заболевания к терапии, высокая частота рецидивов (до 70%) представляют клиническую проблему. Факторами, способствующими заражению и проявлению папилломавирусной инфекции, являются снижение защитных сил организма (авитаминоз), бактериальный вагиноз и гормональные нарушения (изменение среды влагалища и состояния поверхностного слоя эпителия способствуют проникновению вируса в клетки). Поскольку полного излечения от папилломавирусной инфекции (ПВИ) в настоящее время достичь невозможно, основной целью терапии является удаление экзофитных кондилом и предупреждение рецидивов, а не элиминация возбудителя.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности терапии аногенитальных поражений 6/11 типами вируса папилломы человека (ВПЧ) в условиях их ассоциации с бактериальным вагинозом комплексным применением препаратов йодантипирина, макмирора и солковагина.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 женщин в возрасте от 18 до 30 лет с диагнозом: аногенитальные бородавки, бактериальный вагиноз. Верификация диагноза проводилась исследованием соскоба эпителия с пораженной области методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на ВПЧ 6/11 типов, цитологически, микроскопически. Больным проводилась терапия по следующей схеме: назначался йодантипирин по 100 мг 2 раза в день в течение 25 дней и в последующем по 100 мг 1 раз в день в течение 50 дней с одновременным применением макмирора по 1 свече в день интравагинально в течение 8 дней. После купирования симптомов бактериального вагиноза (в среднем через 7 дней после начала лечения) проводилась химическая деструкция кондилом солковагином с последующим применением макмирора перорально по 0,2 г (1 таб) 3 раза в день в течение 7 дней. Общая продолжительность лечения составляла до 2,5 месяца. Контроль качества терапии проводился в течение 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. На фоне применения терапии по данной схеме процесс эпителизации составлял 4-5 дней. Клиническое излечение пациенток сопровождалось нормализацией микрофлоры влагалища и прекращением выделения вируса. Ближайших рецидивов отмечено не было. При наблюдении за пациентками в течение 6 месяцев единичные кондиломы были обнаружены в одном случае.

Высокая эффективность проведенной терапии, по нашему мнению, обусловлена применением комплекса препаратов, проявляющих иммунотропные (йодантипирин), бактерицидные (макмирор) свойства в сочетании с химической деструкцией (солковагин), так как важнейшей причиной клинической манифестации ПВИ и ее рецидивирующего течения является наличие нарушений в иммунной системе и микробиоценозе влагалища.

Заключение. Таким образом, данная терапия является достаточно эффективной в комплексном лечении женщин с аногенитальными кондиломами и сопутствующим бактериальным вагинозом, способствует ускорению регенерации, нормализации микрофлоры влагалища, профилактике рецидивов заболевания, хорошо переносится больными, удобна в применении.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Элибекова О.С., Довлетханова Э.Р., Клинышкова Т.В., Авакян М.С. (Москва)

В гинекологии до настоящего времени остаются весьма актуальными вопросы, связанные с диагностикой и лечением острых гинекологических заболеваний (ОГЗ). В тесной связи с качеством оказания медицинской помощи в экстренных случаях, своевременностью оперативного вмешательства в случае необходимости и проведение его в адекватном объеме и оптимальным доступом находится прогноз заболевания, степень сохранения репродуктивного здоровья и качество жизни пациенток в отдаленный период после лечения.

Цель исследования: анализ качества жизни больных, прооперированных различными доступами (лапароскопия, лапаротомия) и в различном объеме по поводу острых гинекологических заболеваний в период до года после лечения.

Нами проведено обследование 122 женщин. Пациентки разделены на основную - 1 группу (прооперированных эндоскопическим методом, 64 чел.) и группу сравнения (II) (прооперированных путем чревосечения, 58 чел.). В 1 группе органосохраняющий объем оперативного вмешательства произведен в 82,8%, в II – в 24,1%.

Средний возраст пациенток основной группы 31,34±0,86 года, пациенток группы сравнения 34,12±1,56 года. В 27% репродуктивная функция на момент заболевания реализована не была. Отмечен высокий процент перенесенной гинекологической патологии: у 41% воспалительный процесс придатков матки, у 89% больных имели место перенесенные внутриматочные вмешательства, у 38% пациенток – различные виды нарушений менструального цикла.

Оценка качества жизни пациенток обеих групп проводилась на основании опроса по нескольким анкетам и, т.о. оценивались показатели вегетативной нервной системы, качества сна, наличие и выраженность депрессивных состояний сразу после операции и в период от 3 месяцев до 1 года после проведенного лечения.

Анкета патологии вегетативной нервной системы института им. Сеченова (САН) позволяет оценить удовлетворенность от проведенного лечения. Оценивается по показателям: самочувствие – активность – настроение. Оценка производится в баллах, при этом минимальное количество баллов – 10, максимальное – 70. После операции (1 сутки) среди пациенток основной группы показатели САН выглядели следующим образом: самочувствие – 49,4±3,2 балла, активность – 56,1±2,5 балла, настроение – 59,2±1,4 балла. Показатели в группе сравнения соответственно – 24,3±1,2 балла, 22,6±2,4 и 42,7±3,1 баллов.

Анализ данных через интервал времени от 6 месяцев до года после лечения в основной группе: самочувствие – 62,4±2,5 балла, активность – 64,1±2,1 балла, настроение – 62,2±1,4 балла. Аналогичные показатели в группе сравнения соответственно – 47,-3±3,2 балла, 50,6±2,1 и 48,7±3,1 баллов.

Наличие и степень депрессивного состояния оценивалась по анкете Бэка. Констатировалось наличие депрессии при количестве 10 баллов и выше. Легкая степень – от 10 до 15, средняя – от 16 до 19 баллов. Среди больных 1 группы на 1 сутки после операции менее 10 баллов отмечено у 73,4% больных, от 10 до15 – у15,6%, от 16 до 19 – у11%. Через 6 - 12 мес. после операции эти показатели составили соответственно 82,8%, 14,1% и 3,1%. Среди больных II группы на 1 сутки после операции менее 10 баллов отмечено у 46,6% больных, от 10 до15 – у32,8%, от 16 до 19 – у20,6%. Через 6-12 мес. после операции эти показатели составили соответственно 63,8%, 22,4% и 13,8%.

Анализ качества сна проводился по анкете балльной оценки субъективных характеристик сна. По этой анкете нормой считаются показатели в пределах от 20 до 30 баллов. Показатели менее 20 баллов характеризуют различные виды нарушений сна. При оцен-

ке этого показателя оценивался сон пациенток до заболевания и в сроки от 3 до 6 месяцев после лечения. В основной группе больных этот показатель составил соответственно 21,2 и 23,4. В группе сравнения – 19,6 и 20,4 балла.

Таким образом, из представленных данных по изучению качества жизни пациенток, пролеченных по поводу различных острых гинекологических заболеваний, очевиден тот факт, что изменения вегетативной нервной системы, показатели наличия и выраженности депрессивных состояний и качества сна значительно меньше и быстрее восстанавливаются у пациенток, прооперированных лапароскопическим доступом.

Таким образом, качество жизни категории пациенток после лапароскопических операций на внутренних половых органах по поводу острых гинекологических заболеваний и степень стабилизации и/или нормализации аналогичных показателей у пациенток после лапаротомических операций – основной критерий, позволяющий судить о преимуществе эндоскопической хирургии в гинекологии.

ВЛИЯНИЕ ТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ И БИПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ НА ВНУТРИЯИЧНИКОВЫЙ КРОВОТОК И ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Юсуфбекова У. Ю., Волков Н.И. (Москва)

Целью нашего исследования явилась: оценка функционального состояния яичников после органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях с применением различных методик гемостаза: термокоагуляция, биполярная коагуляция и вазоконстриктора – Терлипрессина у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования

Для изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников было обследовано 75 пациенток репродуктивного возраста. Все обследованные пациентки были разделены на три группы.

В первую группу вошли 25 пациенток репродуктивного возраста после лапароскопической энуклеации доброкачественных опухолей яичников с применением термокоагуляции.

Вторую группу составили 25 женщин репродуктивного возраста, перенесшие лапароскопическую энуклеацию доброкачественных опухолей яичников с применением биполярной коагуляции.

Третья группа – 25 женщин, которым во время операции применяли вазоконстриктор - Терлипрессин.

Диагноз был установлен на основании бимануального и ультразвукового исследования. Доброкачественные опухоли были представлены односторонними и двусторонними образованиями, размеры кист составляли от 2,5 до 7 см.

Все женщины с доброкачественными опухолями яичников были оперированы лапароскопическим доступом.

Всем пациенткам до операции, после операции на 2-е сутки и через 1 месяц после лапароскопической операции проводили ультразвуковое исследование с оценкой объема яичников и количества антральных фолликул в I фазу менструального цикла, оценивали состояния внутрияичникового кровотока на основании допплерометрического исследования с вычислением максимальной скорости артериального кровотока (Vmax), индекса резистентности (IR) и пульсационного индекса (ПИ).

Показатели кровотока яичников сравнивали с результатами до операции, а также с данными, полученными при исследовании неоперированных интактных яичников.

Пациенткам 1-й группы после энуклеации кист с целью гемостаза, проводили коагуляцию ложа и внутренних краев раны яичника термокоагулятором при температуре от (90-120)° С.

При коагуляции ложа края раны заворачиваются внутрь и травмированная поверхность не соприкасается с окружающими тканями, что значительно снижает риск возникновения спаек.

Пациенткам 2-й группы – после лапароскопической энуклеации кист яичников коагуляцию ложа и внутренних краев раны яичника проводили биполярным коагулятором.

Пациенткам 3-й группы во время операции вводили раствор Терлипрессина в дозе 0,2мг дополненных до объема 10 мл физиологическим раствором в ворота яичника; в собственную связку яичника; в воронкотазовую связку. Критерием начала оперативного вмешательства служило изменение окраски тканей, обусловленное ишемизацией, которое в среднем составляет 5-7 минут после введения препарата.

Результаты: При оценке кровотока после проведенной операции выявлено, что у пациенток 1-й группы наблюдалось повышение ПИ от (0,92±0,33) до (0,97±0,25) через месяц после операции; снижение ИР от (0,55±0,08) до (0,52±0,08) через месяц; Vmax снизилась до (0,11±0,05) и объема яичников до (14,5±6,4)см³, p = 0,02466, что свидетельствовало об улучшение овариальной перфузии.

Среднее число антральных фолликул после проведенной операции на 2-й день составило 2,2±1,3, а через месяц – 4,0±1,8, p=0-,00009, что свидетельствовало о сохранение овариального резерва после операции.

У пациенток 2-й группы - наблюдалось повышение ПИ от (1,04-±0,35) до (1,32±0,19)через месяц после операции; ИР повысился от (0,63±0,10) до (0,75±0,11) через месяц; снижены Vmax до (0,08±0,-02) и V яичника до (6,58±3,54) см³, через месяц после операции, p = 0,01776.

Среднее число антральных фолликул после проведенной операции на 2-й день составило 1,4±1,0, а через месяц – 2,1±0,7, p = 0,00216, что свидетельствовало о снижение овариального резерва после операции.

У пациенток 3-й группы с применением вазоконстриктора - Терлипрессина ПИ через месяц после операции составлял 0,99±-0,16; ИР снизился через месяц до 0,62±0,03; Vmax достоверно снизилась до 0,08±0,02 через месяц и объем яичников снизился через месяц до 9,17±4,04 см³, p = 0,02831.

Среднее число антральных фолликул после проведенной операции на 2-й день составило 2,0±1,0, а через месяц – 4,6±1,4, p = 0,00001 что свидетельствовало о сохранение овариального резерва после операции у пациенток с применением вазоконстриктора – Терлипрессина.

Проведенное исследование показало, что удаление доброкачественных опухолей яичников путем энуклеации с последующей биполярной коагуляцией оказывает отрицательное влияние на кровоток в яичниках и снижает овариальный резерв яичников.

ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ И РОДОВ

Яворская С. Д., Фадеева Н.И. (Барнаул)

Одной из частых причин нарушения женской фертильности является гиперпролактинемия (ГПРЛ). Коррекция ГПРЛ различными антипролактиновыми препаратами высоко эффективна. Достигнуты определенные успехи в лечении бесплодия у таких женщин.

В свою очередь, хорошо известно, что беременность и роды вызывают в организме женщины существенные изменения в эндокринной системе и не редко способствуют усугублению течения уже имеющихся гормональных нарушений.

Цель работы – анализ отдаленных последствий успешного лечения бесплодия у женщин с гиперпролактинемией в анамнезе.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в течение 4-17 лет после благополучного завершения беременности, наступившей после лечения бесплодия, обусловленного ГПРЛ раз-

личного генеза находилось 43 пациентки в возрасте от 28 до 41 года. Ретроспективно, все женщины были разделены на 2 группы сравнения. Первую группу составили 18 женщин, у которых уровень пролактина после родов и окончания кормления самостоятельно нормализовался. Во вторую группу вошли 25 женщин с рецидивом гиперпролактинемии после родов.

На момент обследования по поводу бесплодия в браке средний возраст, структура и частота экстрагенитальных и гинекологических заболеваний в группах сравнения достоверно не различались. Больше половины женщин обеих групп сравнения страдали первичным бесплодием. В ходе обследования у всех женщин была выявлена ГПРЛ.

Изменения в области гипофиза турецкого седла были обнаружены в 27,1% случаев, у пациенток 1 группы и в 2% случаев у пациенток II группы сравнения. Микроаденомы имели место в 11,1 случаев в 1 группе и в 56% случаев во II группе сравнения. У каждой второй пациентки 1 группы и практически у каждой четвертой II группы ГПРЛ сочеталось с ГЩЖ

Признаки гирсутизма на фоне умеренной гиперандрогении в основном имели пациентки первой группы сравнения (44,% - 8,0%).

С целью коррекции ГПРЛ все женщины принимали препараты бромокриптина.

На фоне приема парлодела беременность наступила в 22,2% случаев у пациенток 1 группы и в 72% случаев у пациенток II группы сравнения. Остальным женщинам групп сравнения для лечения бесплодия понадобилось дополнительное назначение гормональных препаратов; а в ряде случаев и хирургическая коррекция в условиях МЛС.

Средняя. длительность лечения бесплодия у них была достоверно больше, чем у пациенток II группы. Средняя суточная доза антипролактиновых препаратов, наоборот, была достоверно выше у пациенток II группы сравнения

Наступившая у женщин беременность благополучно завершилась родами. Течение беременности, родов и состояние новорожденных в группах сравнения достоверно не различались. Кормление грудью имело место в 72% случаев в 1 группе и в 60% случаев во II группе сравнения. Средняя длительность кормления составила 9 месяцев в 1 группе и 8,4 месяца во II группе сравнения. Время возобновления менструации у пациенток групп сравнения было практически идентичным - 5 месяцев после родов.

После родов и окончания кормления все женщины повторно прошли полное клиническое обследование. Определялись уровни пролактина, тиреоидных гормонов и андрогенов в сыворотке крови, провели МРТ головного мозга и УЗИ органов малого таза, молочных и щитовидных желез.

Результаты: после родов у всех пациенток 1 группы уровень ПРЛ был в пределах нормы, а у пациенток второй группы он был выше верхней границы нормы. Средний уровень ПРЛ в этой группе составил 3232±147 ММЕ/л, что было значительно выше среднего уровня ПРЛ этой группы до беременности и родов. Регулярный менструальный цикл самостоятельно установился у женщин 1 группы в 88,8% случаев и лишь в 12% случаев у пациенток II группы сравнения. У одной женщины (5,2%) 1 подгруппы и у 8 женщин (32%) второй подгруппы имел место послеродовая форма НЭС. По данным МРТ микроаденомы гипофиза имели место в 48% случаев, «пустое» турецкое седло в 16%, в 8% обнаружены дегенеративные изменения в области турецкого седла. При УЗИ органов малого таза состояние матки и яичников у женщин с нормальным уровнем ПРЛ были в пределах возрастной нормы, тогда как пациенток с повышенным уровнем ПРЛ в 44% случаев выявлена гипоплазия матки, в 8% случаев миома матки небольших размеров, вторичные ПКЯ обнаружены в 60% случаев. Степень выраженности этих изменений напрямую зависит от длительности и вида нарушений менструальной функции женщин. Проведена оценка состояния щитовидной железы у пациенток групп сравнения. Морфологические изменения в виде ее гиперплазии I и II степени имела место 44,4% (8) случаев у пациенток 1 группы и в 32% случаев (8) во П группе сравнения. Нарушение функции щитовидной железы у женщин с морфологическими изменениями в ее структуре, в виде субклинического гипотиреоза в группах сравнения наблюдались с одинаковой частотой. При УЗИ молочных желез признаки фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) определены в 11,1% случаев у пациенток с нормальным уровнем ПРЛ. У пациенток с ГПРЛ признаки ФКБ установлены в 36% случаев, инволютивные изменения в молочных железах, не соответствующих возрасту женщины в 16% случаев.

Таким образом, у каждой второй женщины с гиперпролактинемией и бесплодием в анамнезе после успешного завершения беременности и родов возникает рецидив гиперпролактинемии. У каждой третьей из них развивается послеродовый нейро-эндокринный синдром. Нарушения нейро-эндокринной регуляции, в свою очередь, приводят к морфохогическим и функциональным нарушениям в органах мишенях – матки и молочных железах. Группой риска по рецидиву гиперпролактинемии после родов являются женщины с гиперпролактинемией центрального генеза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Ядгарова Н.М., Гаджиева Г.Ю., Салохиддинова Г.Н. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Фоновые заболевания шейки матки занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии и представляют собой риск развития предраковых изменений и рака шейки матки, который продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости. (В.Н.Прилепская, 1997).

В структуре фоновых процессов шейки матки ведущее место занимают псевдоэрозии (эктопии), частота которых составляет 38,8%, а у нерожавших женщин до 25 лет – до 52,2-90,0%. (В.И.Кулаков, В.Н.Прилепская, 2001).

Важное значение имеют инфекции, локализующиеся в шейке матки, которые приводят к возникновению хронических эндо- и экзоцервицитов и долго существующих эктопий. Во время беременности восхождение инфекции из шейки матки приводит к преждевременному разрыву нижнего полюса плодных оболочек вследствие их инфицированности, далее к хорионамниониту, инфицированию амниотической жидкости, преждевременным родам, неразвивающейся беременности, пуэрперальной и неонатальной инфекции.

Подтверждена важная роль травмы шейки матки в родах в формировании фоновых и предраковых ее состояний. При невосстановленных разрывах нарушается иннервация и трофика тканей, снижаются бактерицидные свойства цервикальной слизи, возникает деформация наружного зева шейки матки. Все это способствует развитию воспалительных и пролиферативных изменений, а также невынашиванию беременности и внутриутробному инфицированию плода. (В.И.Бычков, А.С.Калиниченко, 1990).

Целью настоящего исследования явилось определение и сравнение распространенности и структуры патологии шейки матки у беременных и небеременных женщин репродуктивного возраста.

Обследовано 853 беременных и 800 небеременных женщин в возрасте 16-49 лет. В 1-ой половине гестации были 53, во 2-ой половине – 800 женщин.

Проведены клинические, бактериоскопический, бактериологический, кольпоскопический, цитологический, гистологический методы исследования, а также аминотест.

Результаты исследования показали, что частота патологии шейки матки у беременных составила 18,6% (159/853). Среди них частота фоновых заболеваний – 14,8% (127/853); частота предрака – 3,7% (32/853). В структуре заболеваний шейки матки доминировали: эндоцервикоз – у 45,6% (58/127), старый разрыв шейки матки – у 43,3%(55/127), кондилломатоз – у 7% (9/127), полип цервикального канала, эктропион – 3,9% (5/127) Предрак выявлен у 3,7% беременных женщин.

Частота патологии шейки матки у небеременных женщин репродуктивного возраста составила 54% (432/800) В структуру заболеваний шейки матки входили: фоновые процессы – у 53,7% (232/432), предрак у 8,7% (38/432); при этом уровень эндоцервикоза у небеременных пациенток – 28% был ниже, чем у беременных (45,6%), также как и процент старого разрыва шейки матки – 18% против 43,3%. Следует отметить более высокий уровень заболеваемости у беременных кондилломатозом (7%) по сравнению с таковой у небеременных (1%).

Патология шейки матки сочеталась у 42 (26%) беременных пациенток с кольпитом различной этиологии (кандиды, трихомонады). У 11 (7%) беременных женщин эндоцервикоз ассоциировался со старым разрывом шейки матки.

Результаты выполненного исследования показали сравнительно высокую частоту заболеваний шейки матки у беременных женщин, т.е. каждая 5-ая беременная имеет патологию шейки матки. В структуре заболеваний доминировали фоновые процессы, такие как эндоцервикоз и старый разрыв шейки матки, что, по-видимому, подтверждает бытующее среди врачей мнение о стимулирующем пролиферативные процессы в эпителии шейки матки влиянии плацентарных гормонов. Двукратное превалирование старого разрыва шейки матки у обследованной группы беременных свидетельствует о разрушении третьего биологического барьера, защищающего внутренние гениталии от проникновения экзогенных микроорганизмов. Последнее, как известно, в этих условиях обсеменяет нижний полюс плодных оболочек, мацерируя их и способствуя преждевременному их разрыву, выкидышу, преждевременным родам, инфицированию плода и новорожденного. Высокая частота патологии шейки матки подтверждает низкий уровень здоровья вынашивающих беременность матерей, что, несомненно, сказывается на здоровье плода и новорожденного.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Яковлева Н.В. (Ленинск-Кузнецкий)

В гинекологии до настоящего времени остаются весьма актуальными вопросы, связанные с диагностикой и лечением острых гинекологических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось повышение качества лечения больных с острыми гинекологическими заболеваниями на основе использования малоинвазивных операций для сохранения репродуктивной функции у женщин.

Мы проанализировали результаты хирургического лечения 290 женщин, в возрасте от 18 до 40 лет, с острой гинекологической патологией. Всем больным с подозрением на острую гинекологическую патологию было проведено комплексное обследование, которое позволило в первые сутки поставить правильный диагноз и провести оперативное вмешательство. Структура острых гинекологических заболеваний по данным лапароскопии была представлена следующим образом: эктопическая беременность – 45%, гнойные воспалительные заболевания половых органов – 25%, апоплексия яичника – 19%, миома матки с нарушением питания узла – 6%, перекрут придатков – 4%, перфорация матки как следствие различных внутриматочных вмешательств – 1%.

Органосохраняющие операции выполнены у 60% пациенток с внематочной беременностью. Характер органосохраняющей операции зависел от размеров и локализации плодного яйца. При его имплантации в ампулярном отделе трубы проводилось осторожное выдавливание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы. Наиболее часто нами проводилась сальпинготомия: разрез игольчатым монополяром по антимезентериальному краю маточной трубы над точкой максимального растяжения в зоне с наименьшим количеством сосудов. После рассечения маточной трубы проводили удаление плодного яйца щипцами, промывание маточной трубы и гемостаз микробиполярными щипцами. Другим типом хирургического лечения трубной беременности являлась сегментарная резекция, при которой мы удаляли только участок маточной трубы, где локализовалось плодное яйцо. Такие операции проводились нами при невозможности осуществить гемостаз после удаления плодного яйца из плодовместилища. В дальнейшем через 3-6 мес. после операции осуществляли микрохирургический трубный анастомоз лапароскопическим либо традиционным доступом.

Лапароскопический доступ применен нами у 72 женщин при лечении гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза. При лапароскопии проводили ревизию органов брюшной полости, удаление гнойника, санацию брюшной полости антисептическими растворами. По возможности проводили органосохраняющие операции с последующей динамической лапароскопией. При отсутствии детей у пациенток с пиосальпинксами проводилось оперативное вмешательство с сохранением хотя бы одной маточной трубы. В послеоперационном периоде широко использовались методы экстракорпоральной иммунофармакотерапии, что способствовало полноценной санации очага микробного воспаления и восстановлению функциональной полноценности иммунной системы.

Приоритетным методом лечения любой формы апоплексии яичника явился лапароскопический метод, который был применен у 56 женщин. Объем оперативного лечения зависел от степени повреждения яичника: проводилась коагуляция кровоточащих сосудов яичника, цистэктомия, резекция яичника. Органосохраняющее эндоскопическое оперативное вмешательство при данном заболевании способствовало профилактике спаечного процесса в полости малого таза и сохранению детородной функции.

Перекрут придатков матки выявлен нами при лапароскопическом обследовании у 12 пациенток. При выраженных некротических изменениях в придатках матки проведена аднексэктомия. 8 пациенткам удалось сохранить придатки путем проведения деторсии придатков.

При нарушении питания в миоматозном узле, вследствие дистрофических изменений в нем, у 17 женщин с нереализованной детородной функцией проводилась консервативная миомэктомия с ушиванием ложа миоматозного узла лапароскопическим доступом.

При перфорации матки после различных внутриматочных вмешательств у 2 женщин проводилась коагуляция перфорационного отверстия биполяром, либо ушивание перфорационного отверстия викрилом лапароскопическим доступом (у 1 пациентки).

Лапароскопические операции проходили практически бескровно, благодаря использованию электроэнергии для рассечения тканей и гемостаза. Завершали операцию промыванием брюшной полости большим количеством физиологического раствора. Дренажи не использовали из-за возможного возникновения спаек. Осложнений в процессе оперативного вмешательства не наблюдалось. Послеоперационный период протекал благоприятно: применения наркотических анальгетиков и стимуляции кишечника не требовалось. Средний койко-день составил 5,0±0,7.

Таким образом, наш опыт применения современных малоинвазивных технологий, являющихся альтернативой лапаротомным операциям при острой гинекологической патологии, свидетельствует об их высокой эффективности. Включение в комплекс лечения экстракорпоральной иммунофармакотерапии позволяет улучшить результаты оперативного лечения за счет уменьшения степени выраженности инфекционного и спаечного процессов. Внедрение современных малоинвазивных доступов дает возможность пересмотреть некоторые аспекты хирургического лечения острой гинекологической патологии, позволяет избежать радикальных операций и сохранить репродуктивную функцию женщин.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕАБОРТНЫХ И ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Яковлева Н.В. (Ленинск-Кузнецкий)

В настоящее время послеабортные и послеродовые осложнения являются одной из основных причин гинекологической заболеваемости и нарушения репродуктивной функции у женщин. По данным Г.П. Парафейник и И.Б. Фролова у 21,7% женщин после операции аборта возникают гинекологические заболевания, а почти у половины перенесших эту операцию обостряются хронические воспалительные процессы половой сферы.

Нами было проведено обследование и лечение 97 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет, поступивших в отделение гинекологии с различными осложнениями после абортов и родов. У 87 пациенток отмечались осложнения после абортов, у 10 женщин – после родов. На первом месте среди осложнений выявлялись инфекционные осложнения: эндометрит – 38 больных (40%). Отдаленные последствия абортов и оперативного родоразрешения определялись у 59 пациенток. Всем пациенткам проводился комплекс обследования, включающий клинико-лабораторное, микробиологическое обследование, ультразвуковое сканирование, гистероскопию.

При гистероскопическом исследовании пациенток с послеродовым эндометритом с задержкой частей плаценты отмечалась расширенная полость матки с образованиями без четких контуров неправильной формы синюшно-багрового или желтовато-багрового цвета, большое количество сгустков крови.

При гистероскопическом исследовании пациенток с послеабортными эндометритами выявлялись несколько эндоскопических картин: остатки плодного яйца со сгустками крови в полости матки, плацентарные полипы, картина эндометрита, синехии в полости матки.

Лечение эндометритов после родов и абортов проводилось комплексное, включало антибиотикотерапию, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию и местное лечение, которое заключалось в удалении патологического субстрата из полости матки с помощью вакуум-аспирации, кюретажа или щипцов под контролем гистероскопии. Это способствовало более быстрому купированию воспалительного процесса в матке, предотвращало генерализацию инфекционного процесса.

При проведении гистероскопии у 59 больных с нарушением репродуктивной функции с абортами в анамнезе были выявлены следующие патологические состояния: аденомиоз – 14, полипы и очаговые гиперплазии эндометрия – 7, хронический эндометрит – 14, субмукозные миоматозные узлы – 2, истмико-цервикальная недостаточность – 3, остатки лигатур после кесарева сечения – 3, синехии полости матки – 12, стриктуры и частичные атрезии цервикального канала – 3. Синехии полости матки чаще располагались в дне матки, иногда имитируя внутриматочную перегородку, либо в области углов матки, закрывая устья маточных труб. Иногда синехии занимали всю полость матки. Внутриматочные синехии рассекались ножницами, при расположении синехий в области устьев маточных труб проводилось иссечение синехий и бужирование устьев маточных труб.

Значительный интерес представляет случай гистероскопического удаления костных остатков плода и рассечение у данной больной внутриматочной перегородки. У пациентки множественные костные фрагменты находились в полости матки в течение 2-х лет после прерывания беременности в сроке 16 нед. Остатки костной ткани плода были частично внедрены в миометрий и удалены при гистероскопии щипцами, также было проведено рассечение внутриматочной перегородки ножницами.

У 3 пациенток во время гистероскопии было проведено удаление множественных внутриматочных лигатур после ранее перенесенного кесарева сечения. Данные больные страдали рецидивирующими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов и практически постоянными гнойными выделениями из половых путей. несмотря на неоднократно проводимые курсы антибактериальной терапии.

Таким образом, гистероскопия является эффективным методом диагностики и лечения послеабортных и послеродовых заболеваний и позволяет: с высокой точностью оценить тяжесть поражения в очаге воспаления, обеспечить тщательный контроль над выполнением хирургических манипуляций, в сложных клинических ситуациях с помощью биопсийных щипцов прицельно удалить обрывки лигатур, костные фрагменты, обломки ВМС или патологические ткани, а также оценить эффект проводимых лечебных мероприятий.

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМИ БОЛЯМИ В КЛИНИКЕ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Яроцкая Е.Л., Арсланян К.Н. (Москва)

Значение болевой симптоматики в гинекологической практике трудно переоценить, принимая во внимание ее крайне негативное воздействие на здоровье и качество жизни женщины. В то же время, диагностика истинных причин страдания и ведение гинекологических больных с тазовыми болями представляют собой сложную задачу, неуспех решения которой приводит к неудовлетворительным результатам лечения этого контингента больных.

542 больные с хроническими тазовыми болями в возрасте от 18 до 64 лет с разнообразной гинекологической и сочетанной экстрагенитальной патологией были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему индивидуальную оценку болей и степени страдания качества жизни с помощью специально разработанной анкеты, исследование ЦНС и вегетативной регуляции, медико-психологическое обследование, УЗИ, МРТ, СКТ, консультирование врачами других специальностей. По ряду параметров проведено сравнение с 273 больными с аналогичными заболеваниями, не имевшими тазовых болей.

В демографическом аспекте больные с тазовыми болями характеризовались более молодым возрастом и большей степенью социальной и семейной дезадаптации; в их клиническом анамнезе отмечено трехкратное превышение частоты перенесенных заболеваний и операций, а также курсов неэффективной лекарственной терапии, в сравнении с пациентками «безболевых» групп, что позволяет предположить бóльшую подверженность этих больных стрессам и быстрому истощению защитных сил организма. Объективные признаки хронического стресса документированы в виде электро-энцефалографических признаков функциональных нарушений ЦНС, вегетативных и тревожно-депрессивных психоэмоциональных расстройств. В то же время, у 16 женщин выявлены коморбидные гинекологическому заболеванию психические нарушения психотического или невротического уровня выявлены (инволюционный параноид, ипохондрический невроз, соматизированная депрессия, истерический невроз, циклотимия).

Сочетанные с гинекологической патологией экстрагенитальные заболевания, требующие хирургической коррекции (патология аппендикса, грыжи, экстрагенитальный эндометриоз, холецистит) выявлены у 47 больных. У 81,4% больных с «идиопатическими» тазовыми болями в отсутствие гинекологических заболеваний обследование с применением эндоскопических методов выявило нарушения тазовой анатомии, позволяющие объяснить наличие у них тазовых болей (спаечный процесс, остатки яичниковой ткани, ретрофлексия матки, варикоз сосудов бассейна яичниковой/маточной вен) или их сочетаний.

Наиболее высокие болевые индексы документированы в группах пороков развития матки и влагалища (7,42+1,31 балла), наружного (6,74+1,08 балла) и внутреннего эндометриоза (6,44+1,92), наиболее низкой – в группах доброкачественных опухолей или кист (3,86+1,57) и выпадения матки (4,45+1,43 балла). Величина болевых индексов при всех нозологиях коррелировала с длительностью страдания от болей. Количественные и качественные характеристики боли в значительной степени были связаны с анатомо-струк-

турными особенностями выявляемой патологии: при миоме матки - с неблагоприятной локализацией узлов и некротических или некробиотических изменениях в них, при внутреннем эндометриозе – с наличием узловых или очаговых форм с формированием кистозных полостей, при доброкачественных опухолях или кистах яичников – со значительными размерами опухоли или опухолевидного образования, перерастяжением или перекрутом его ножки, при пороках развития матки – с обструкцией полости матки или рудиментарного рога, при опущении матки – с начальными стадиями опущения, при наружном эндометриозе - с наличием глубоких инфильтративных форм и сопровождающей их активацией калликреин-кининовой системы.

Сочетанные гинекологические заболевания чаще сопровождались болевой симптоматикой, чем по крайней мере одно, а иногда и каждое из заболеваний, образующих сочетание; при этом ведущую болеобразующую роль играло какое-то одно из заболеваний, входящих в ассоциацию: так, наличие тазовых болей у больных с миомой матки, доброкачественной патологией яичников, необстуктивными пороками развития матки и влагалища, в большей степени было обусловлено сопутствующим наружным или внутренним эндометриозом.

У 41,1% больных с различными гинекологическими заболеваниями на основе тазовых болей сформировалось осложнение гинекологического заболевания - «синдром хронических тазовых болей», признаками которого являются декомпенсированные как по широте спектра, так и по степени тяжести нарушения основных категорий качества жизни (сна, физической и социальной активности, трудоспособности, семейных и сексуальных отношений, эмоциональной сферы), значительная длительность и высокая интенсивность болей, отсутствие эффекта от симптоматической терапии, выраженные психоэмоциональные расстройства.

Комплексное лечение включало хирургическое устранение в обоснованном объеме всей выявленной патологии в рамках одного вмешательства, по возможности, эндоскопическими или комбинированными доступами в соответствии с принципами реконструктивно-пластической хирургии; в том числе, выполнено 81 сочетанная и 23 симультанных операций с хорошими клиническими результатами и положительным эффектом в отношении качества жизни больных. Радикальный объем вмешательства кардинально не улучшал результатов лечения с позиций разрешения тазовых болей, но сопровождался менее выраженной положительной динамикой качества жизни в сравнении с органосохраняющими операциями. Лапароскопия и гистероскопия обеспечивали быструю активизацию и восстановление нормального самочувствия больных в послеоперационном периоде и благотворно влияли на психоэмоциональное состояние пациенток. Послеоперационный койко-день составил в среднем 3,2+0,8 дня; большинством пациенток отмечено практически полное отсутствие послеоперационных болей.

Всем больным проводилась до- и послеоперационная психологическая реабилитация, по показаниям назначалась периоперационная анальгетическая терапия нестероидными противовоспалительными средствами, психофармакотерапия аксиолитиками или антидепрессантами. При невозможности или нецелесообразности удаления патологического очага, при высоком риске рецидивирования гинекологического заболевания, а также при функциональных нарушениях репродуктивной системы дифференцированно назначали гормональные препараты (низкодозированные оральные контрацептивы, гестагены, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона).

Полное и стойкое разрешение тазовых болей в сроки от 6 до 12 мес. после вмешательства документировано у 314 (57,9%) пациенток, степень снижения балльных показателей страдания качества жизни составила 3,7 раза, у остальных женщин отмечена персистенция болевых симптомов, главным образом, низкой или умеренной степени выраженности. Таким образом, эффективность лечения женщин с тазовыми болями в данном исследовании составила 95,1%. Неудовлетворительные результаты лечения были обусловлены нерадикальным устранением выявленной гинекологической патологии или наличием сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

Исследование показало, что тазовые боли являются симптомом, лежащим в основе процесса формирования, при участии множества факторов (клинико-анатомических, психоэмоциональных, социально-демографических) синдрома хронических тазовых болей, оказывающего негативное воздействие на качество жизни больной. Факторами риска неблагоприятного прогноза течения болевого синдрома являются недостаточность антиноцицептивной системы, расстройства депрессивно-тревожно-ипохондрического характера, что обусловливает необходимость индивидуального подхода к разработке программы обследования и лечения этих больных с дифференцированным включением мероприятий по коррекции выявленных нарушений.

НЕОНАТОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Александровский А.В., Кудашов Н.И., Миронова Т. Г. (Москва)

Вирусно-бактериальные инфекции – актуальная проблема. Особенно важны в этом отношении вопросы их диагностики и терапии. Инфекционные заболевания у новорожденных детей протекают тяжело и связаны с риском смертельного исхода или инвалидности, а методы терапии их недостаточно разработаны. Иммунодефицитные состояния у женщин репродуктивного возраста и их новорожденных встречаются довольно часто, особенно в последнее время. Именно они являются одной из причин развития инфекции у новорожденных.

При специальном мониторинге перинатальных патогенов у больных новорожденных детей было найдено, что при развитии внутриутробной инфекции, всегда выявляется вторичный иммунодефицит как гуморального, так и клеточного звеньев иммунитета. Микробиологический мониторинг позволяет объективно контролировать смену лидирующих групп микроорганизмов, появление новых "проблемных" бактерий в структуре возбудителей и динамику антибиотикорезистентности.

Установленные факты доказывают необходимость микробиологического мониторинга за потенциально-патогенными микроорганизмами у детей, получающих массивную антибиотикотерапию. Мониторинг необходим для получения информации о характере колонизации, о степени ее выраженности, что позволяет своевременно принять меры по коррекции антибиотикотерапии, определить развитие бактериемии и предотвратить появление новых гнойно-воспалительных очагов. Для коррекции вторичных иммуно- дефицитов у больных используются иммуноглобулины. Систематическими исследованиями было установлено, что в патогенезе тяжелых пневмоний, особенно протекающих с септическими процессами при вирусно-бактериальном инфицировании, большую роль играют дефекты специализированных иммунологических механизмов, нарушение трансплацентарной передачи IgG антител вследствие плацентита и др.

Мы исследовали состояние клеточного и гуморального иммунитета у новорожденных, родившихся у женщин, которым проводилась иммуносупрессивная (гормональная) терапия. В группе больных детей, родившихся у матерей, получивших гормональную терапию (1-я группа), имеется тенденция к снижению показателей IgG (698,7±62,5), по сравнению со второй группой, где показатели IgG значительно выше и составляют 842,5±101,7. По содержанию разных субпопуляций лимфоцитов в периферической крови новорожденных в обеих группах, как можно судить по средним показателям, существенно не различаются, за исключением некоторого снижения процента Т-клеток, несущих маркеры CD 4 и CD 8. Результаты исследования динамики содержания субпопуляций лимфоцитов на фоне иммуноглобулинотерапии свидетельствуют о том, что у больных детей, получавших иммуноглобулин внутривенно, имелась тенденция к улучшению показателей клеточного иммунитета, особенно это касается субпопуляции Т- хелперов (CD-4 клеток). Следует отметить, что динамика показателей клеточного иммунитета была наиболее выраженной у больных с тяжелой формой инфекции. Так, в данной группе больных после лечения иммуноглобулином количество Т-хелперов (CD-4) достоверно увеличилось с 33,4±4,9 до 51,-2±5,2. Увеличение количества CD4 лимфоцитов имеет большое значение, поскольку эти клетки принимают самое активное участие в противоинфекционном иммунитете, способствуя развитию иммунных реакций (Т- и В-клеточным ответам организма на внедрение как вирусов, так и бактерий). Применение иммуноглобулинов дает возможность предупредить развитие внутриутробных инфекций, а при их развитии обеспечить хороший прогноз. Помимо постоянного мониторинга перинатальных патогенов у больных новорожденных необходимы также оценка специфического иммунитета к основным возбудителям инфекционных процессов.

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ФЕНИЛКЕТОНУРИЮ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Анисимова С.В., Евстифеева Л.П., Андреева Л.П. (Саратов)

Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз и фенилкетонурию в Саратовской области был организован и начал действовать с 1995 года.

Обследование новорожденных на врожденный гипотиреоз проводится иммунофлюоресцентным методом на автоматизированной комплексной компьютеризированной системе Victor фирмы Wallac. Определение уровня ТТГ в сухих пятнах крови осуществляется с использованием наборов Delfia NeoTSH. Для подтверждения диагноза при повторном исследовании (повторно обследуются дети, уровень неоТТГ которых был более 50 МЕ\мл) используются наборы для определения ТТГ и Т4 в сыворотке крови фирмы Delfia.

В результате 10-ти летней работы (1995-2004гг.) на врожденный гипотиреоз было обследовано 176428 детей, что составило 92,7% от всех новорожденных. Диагноз врожденный гипотиреоз был подтвержден в 43 случаях. Таким образом, частота встречаемости составила 1:4200 новорожденных, что соответствует общепринятым статистическим данным о частоте заболевания в популяции. Транзиторный гипотиреоз был выявлен в 6160 случаях (3,5%).Все дети с подтвержденным диагнозом врожденный гипотиреоз были переданы под наблюдение врачей-эндокринологов Саратовского областного детского и подросткового эндокринологического центра.

Скрининговое определение уровня фенилаланина проводится флюорометрическим методом с использованием компьютеризированной системы «Флюороскан». За период 1995-2004гг. на фенилкетонурию было обследовано 187578 новорожденных. У 38 детей была диагностирована фенилкетонурия. Гиперфенилаланинемия выявлена у 10 пациентов. Охват скринингом на ФКУ составил 96,2%. Частота встречаемости составила 1:5000 новорожденных. Все больные ФКУ дети, выявленные по скринингу, наблюдаются врачами-генетиками МГК Саратовской областной детской клинической больницы.

ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В ТЕРАПИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО РЕЗУС ФАКТОРУ И АВО-СИСТЕМЕ

Антонов А. Г., Им В. Л. (Москва)

Несмотря на успехи, достигнутые в области диагностики, лечения и профилактики гемолитической болезни (ГБН), проблема иммуноконфликта по эритроцитарным антигенам до настоящего вре-

мени остается актуальной. Как известно, с позиции доказательной медицины существует два эффективных метода лечения гипербилирубинемии, обусловленной гемолитической болезнью новорожденных по резус-фактору и АВО – системе, а также по «минорным» антигенам. Фототерапия является наиболее широко используемым способом терапии гипербилирубинемий различного генеза у новорожденных. Однако при значительном почасовом приросте билирубина фототерапия может быть неэффективной. В этих случаях, как правило, применяется трансфузионная терапия в виде заменного переливания крови, гемосорбции. По мнению многих авторов, заменное переливание крови, является классическим методом лечения гипербилирубинемии при ГБН. В настоящее время прослеживается выжидательная терапевтическая тактика при решении вопроса об операции заменного переливания крови (ОЗПК) со стороны педиатров, обусловленная как медицинскими, так и экономическими аспектами. Наряду с совершенствованием заменного переливания крови, ведутся поиски альтернативных методов лечения. Полагают, что число обменных трансфузий, требующихся новорожденным с гемолитической болезнью, может быть сокращено назначением высоких доз иммуноглобулина. Основной механизм действия внутривенных иммуноглобулинов связывают с блокированием Fc – рецепторов ретикуло-эндотелиальной системы, что ведет к снижению гемолиза сенсибилизированных эритроцитов.

Цель исследования: изучить возможности применения стандартных иммуноглобулинов при гемолитической болезни новорожденных различного генеза.

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и выхаживания маловесных НЦ АГ и П РАМН с 1993 по 2003 год наблюдалось 90 новорожденных с гемолитической болезнью по резус-фактору, АВО – системе, со среднетяжелой и тяжелой степенью течения заболевания. Из них доношенные дети составляли 70,0%, а 30,0% - недоношенные (36 недель гестации – 50% детей, 34-35 недели гестации – 16,7%, 33-34 недели гестации – 6,7%, 32-33 недели гестации – 16,8%, 31-32 недели гестации – 6,8%, 30-31 недели гестаци – 3,3%). Средняя масса тела при рождении была 2901-,2±692,6. В 58,9% случаев диагносцировалась ГБН по резус-фактору, в остальных случаях – гемолитическая болезнь новорожденных по АВО - системе. У 52,8% детей с ГБН по резус-фактору отмечалось тяжелое течение. В группе ГБН по АВО системе большинство детей имело среднетяжелое течение (92%). У 20% матерей в анамнезе были дети с ГБН. В 37% случаев в комплексном лечении ГБН, наряду с фототерапией и по показаниям заменным переливанием крови, применялся стандартный внутривенный иммуноглобулин «Имбио» (Н. Новгород, Россия) в дозе 800 мг\кг. Эффективность применения высоких доз внутривенного иммуноглобулина оценивалась по трем параметрам: число заменных переливаний крови, длительность фототерапии, реанимационный койко-день. Всем детям проводился мониторный контроль показателей гемодинамики, насыщения гемоглобина кислородом, температуры тела, диуреза.

Дети были разделены на 3 группы:

1 группа – ГБН по резус-фактору, тяжелое течение заболевания (28).

2 группа – ГБН по резус-фактору среднетяжелое течение (25).

3 группа – ГБН по системе АВО, среднетяжелое течение (37).

В свою очередь, каждая группа была разделена на 2 подгруппы: контрольную, без применения иммуноглобулина (а) и опытную, в которой применялся иммуноглобулин (б).

При тяжелом течении ГБН по резус-фактору число обменных трансфузий составило 2,9±1,3 на одного пациента, длительность фототерапии – 90,0±15,8 часов; в опытной подгруппе - 1.7±0,7 и 62,9±24,3 часа соответственно. В контрольной группе с тяжелым течением ГБН двое детей умерло (причина смерти – ГБН). Во 2 а группе число заменных переливаний – 0,9 на одного пациента, длительность фототерапии - 85.1±23.1 часа; в опытной подгруппе заменных переливаний было 0,5 на одного пациента, длительность фототерапии 60,5±27,0 часов. У детей с ГБН по АВО системе со среднетяжелым течением заболевания в 3 а группе число обменных трансфузий было 0,5 на одного пациента, длительность фототерапии 85,2±14.9 часов; в 3 б группе число заменных переливаний 0,07 на одного пациента, фототерапия – 70,0±19,1 часа.

Несмотря на соблюдение правил проведения ОЗПК, в 12,2% случаев мы отмечали нарушения гемодинамики (брадикардия, тахикардия, падение сатуруции, артериальная гипотензия и.т.п.), ДВС-синдром. В контрольной группе детей с тяжелой степенью течения ГБН в 35% отмечались признаки холестаза, что потребовало назначения желчегонной терапии.

В результате исследования также была отмечена эффективность высоких доз внутривенного иммуноглобулина при лечении гипербилирубинемии, резистентной к фототерапии. При оценке длительности реанимационного койко-дня, была выявлена статистически незначимая разница, обусловленная тем, что помимо гемолитической болезни новорожденных часть детей имела другие проблемы.

Следует отметить, что побочных явлений при применении высоких доз внутривенного иммуноглобулина в опытной группе не отмечалось.

Таким образом, применение высоких доз внутривенного иммуноглобулина позволило уменьшить число обменных трансфузий, сократить длительность фототерапии, что привело к снижению финансовых затрат.

ОРТОПЕДИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ: ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ СКЕЛЕТА И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Баиндурашили А.Г., Румянцев Н.Ю., Бербасов В.В., Омаров Г.Г. (Санкт-Петербург)

Период новорожденности в силу своих специфических особенностей давно уже выделился в отдельную отрасль педиатрии. Сходный процесс происходит в настоящее время в детской ортопедии.

Какие же особенности новорожденного являются наиболее актуальными для ортопеда?

Во-первых, его физиологическая незрелость. Как известно, «юная клетка в фазе интенсивного роста остро реагирует на раздражение» (Даневич Б.А., 1966) Это открывает возможность направленного воздействия на врождённо изменённые структуры скелета.

Во-вторых, отсутствие у новорождённых сформированных моторных стереотипов, присущих детям более старшего возраста.

Наконец, только для новорождённых характерно наличие первично-обратимых состояний (нестабильность бедра, вывих в коленном суставе). При этом степень их обратимости уменьшается с каждым днём и даже часом. Так, мы неоднократно наблюдали потерю возможного сгибания в коленном суставе на 20 градусов за первые сутки жизни ребёнка при отсутствии лечения. Последнее обстоятельство диктует необходимость немедленной коррекции в случаях вывихов.

Общеизвестен тот факт, что всякий новорождённый теряет вес в первые дни жизни. Во многом это обусловлено потерей жидкой фазы – то есть воды. Потеря воды снижает пластичность тканей, замедляет их ответ на ортопедическую коррекцию.

В ортодоксальной ортопедии коррекции проводят 1 раз в 5-7 дней, меняя положение сегмента в сторону исправления. В то же время ткани ребёнка первых дней жизни отвечают на коррекцию уже через 20-30 минут, позволяя врачу выиграть в устранении контрактуры дополнительные 5-10 градусов. Следуя этим путём, удаётся сократить сроки репозиции по ряду нозологий в 40 и более раз.

Из практики мануальной медицины известно, что эффект достигается только при определённых прикладываемых усилиях. В ортопедии новорожденных это обстоятельство является крайне важным. Так, в случаях вправления вывихов коленных

суставов у детей первого месяца жизни у 30% пациентов отмечались осложнения в виде переломов (Jacobsen K., Vopalecky F., 1985 - Acta Orthopedica Scandinavica, Vol.56.). Для дозирования тестирующих и корригирующих мануальных воздействий нами использова-

лось специальное устройство (патент РФ № 42952). Данная система состоит из перчаток со встроенными датчиками давления в проекции пальцев, сигналы от которых через преобразователь выводятся на монитор компьютера.

Систематическое УЗИ-обследование беременных в декретированные сроки,по нашим данным, выявляло многие случаи врождённых деформаций ещё в первую половину беременности. Так, в Санкт-Петербурге диагноз врождённой косолапости устанавливался пренатально в 40% случаев. Начатое в первые сутки жизни лечение приводило к полному первичному устранению деформации за 7-10 дней у всех больных (по клиническим и рентгенологическим показателям).

По существующему опыту Санкт-Петербурга, врождённый вывих бедра выявляется в роддоме у 7 из 10 пациентов, имеющих данное заболевание. В каждом родильном доме есть набор шин для таких новорождённых, и лечение начинают в первые сутки жизни у большинства детей. В целом же для улучшения выявляемости патологии тазобедренных суставов рассматривается вопрос о введении скринингового УЗИ-обследования новорождённых в роддомах.

Таким образом, пренатальная диагностика пороков скелета и их лечение непосредственно в роддомах существенно улучшает результаты лечения данной категории пациентов.

НЕИСПОЛЬЗОВАННЫЕ РЕЗЕРВЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Барашнев Ю.И. (Москва)

Перинатальная неврология за последние годы обогатилась мощной диагностической технологией, открывшей широкие перспективы для профилактики и лечения многих заболеваний нервной системы.

Плод, по-существу стал пациентом, т.к. появилась реальная возможность объективной оценки динамики развития структур головного и спинного мозга, особенностей церебрального кровообращения, обнаружения врожденных дефектов развития, внутричерепных кровоизлияний и последствий перенесенных нейроинфекций. Собственный опыт позволяет утверждать, что в основе целого ряда недифференцированных психоневрологических расстройств лежат своевременно невыявленные такие пороки развития как окклюзионная гидроцефалия, аномалия Арнольда-Киари, Денди-Уокера и др. Эти дети в течение ряда лет наблюдаются с такими общими диагнозами как энцефалопатия, задержка психомоторного развития, детский церебральный паралич, гипертензионно-гидроцефальный синдром и пр. Предложенная система пренатальной диагностики синдрома Дауна и др. хромосомных заболеваний, включающая ультразвуковое сканирование, биохимические маркеры и кариотипирование плода, используются недостаточно и поэтому в России ежегодно рождаются около 2 5000 детей с синдромом Дауна. Широко используемая программа экстракорпорального оплодотворения при лечении супружеского бесплодия далеко не всегда включает предимплантационную диагностику (метод FISH), тем самым не позволяет, профилактировать использование при имплантации дефектных эмбрионов и, таким образом, предупреждать рождение детей с хромосомной патологией.

Гипоксические повреждения нервной системы, приводящие к таким тяжелым формам как внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция и др., становятся очевидными лишь при ультразвуковом сканировании. До сих пор при оценке тяжести перенесенной гипоксии пользуются косвенными данными, а не такими конкретными показателями как метаболические нарушения газов крови (pO2, pCO2, КОС и др.). Недостаточно используются допплерометрические данные об изменениях мозгового кровотока (вазоспазм, вазодилятация, вазопаралич и др.). Невозможность воспользоваться современными диагностическими технологиями способствует как гипердиагностике, так и недооценке последствий гипоксически-ишемической энцефалопатии и формированию инвалидности с детства.

Многолетние исследования в оценке состояния здоровья детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), убеждают в том, насколько эффективен этот метод в борьбе с женским и мужским бесплодием. Ведь 84 – 90% в последующем постнатальном периоде развиваются вполне удовлетворительно. Однако неонатальный период у многих из них протекает весьма тяжело и для сохранения им жизни и здоровья требуется использование интенсивной терапии и реанимации. Как правило, 80% этих детей родятся от многоплодных беременностей, имеют низкую массу тела при рождении и все проблемы, связанные с недоношенностью. Дети, рожденные от одноплодных беременностей, обычно родятся доношенными, не имеют проблем со здоровьем и выписываются домой на 5 – 6 дни жизни.

Следовательно, и в этой важной проблеме есть свои резервы, они связаны с необходимостью снижать уровень многоплодных беременностей.

Таким образом, становится очевидным, что существующие современные диагностические технологии еще недостаточно в вошли в широкую практику. Поэтому существуют неиспользованные резервы в совершенствовании качества перинатальной медицины. При большей доступности новых технологий существующие резервы могли бы снизить число врожденных пороков и других патологических состояний на 30% и более.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦНС

Беликова М.Э., Чаша Т.В., Ларионова А.В. (Иваново)

Перинатальные поражения ЦНС занимают ведущее место в структуре заболеваемости новорожденных и младенческой смертности. Гипоксия в перинатальном периоде является серьезным фактором риска для возникновения иммунологических нарушений и инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Для изучения особенностей иммунного ответа у детей с данной патологией было обследовано 109 новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС, в том числе 26 детей с перинатальными поражениями ЦНС легкой степени тяжести (II группа), 46 новорожденных – средней степени тяжести (III группа) и 11 детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС (IV группа). Контрольную группу (I группа) составили 26 новорожденных.

Иммунологическое обследование проводилось на 5-7 день жизни. Мы изучали сывороточное содержание, спонтанный и индуцированный синтез провоспалительных цитокинов МНК периферической крови. Содержание цитокинов оценивали методом твердофазного иммуноферментного анализа на приборе Мультискан (Labsystems, Finland). Индукцию синтеза цитокинов, продуцируемых лимфоцитами, осуществляли с помощью фитогемагглютинина (ФГА) в дозе 2 мкг/мл (Difco, USA), продуцируемых фагоцитами - 2% раствора зимозана (ICN, USA). Оценивали продукцию ИЛ-1β, ИЛ-8, ИЛ-4, ИФНα, ИФНγ, ФНОα (ООО «Цитокин», С.-Питербург) и ИЛ-2 (Cytimmune, USA).

Нами проведен анализ иммунологических параметров в зависимости от степени тяжести перинатальных поражений ЦНС. При изучении цитокинового профиля новорожденных в зависимости от степени тяжести перинатальных поражений ЦНС установлено, что изменения сывороточного содержания цитокинов, их спонтанного и индуцированного синтеза носили разнонаправленный характер и зависели от тяжести перинатальных поражений.

У новорожденных с легкими перинатальными поражениями ЦНС не выявлено достоверных отличий от средних показателей I группы.

У новорожденных со среднетяжелыми перинатальными поражениями ЦНС – достоверно повышен уровень сывороточного ИЛ-

4, снижен сывороточный уровень ИЛ8 и спонтанный синтез ИФНα, отмечена тенденция к снижению спонтанного синтеза ИФНγ. Изменения цитокинового профиля у детей 3 группы свидетельствуют о снижении функциональной активности Т-лимфоцитов и макрофагов и о стимуляции Т-звена по гуморальному пути (с активацией Th2).

У детей с тяжелыми перинатальными поражениями – достоверно повышен уровень сывороточного ИЛ1, ИЛ4, снижен уровень сывороточного ИФНγ и отмечена тенденция к снижению его спонтанного синтеза, достоверно снижен спонтанный и индуцированный синтез ФНОα, спонтанный синтез ИЛ8. Высокий уровень сывороточных ИЛ1 и ИЛ4 свидетельствует об активации Т-звена иммунитета, в частности, Th2 и развитии иммунного ответа по гуморальному пути. Это подтверждается данными о достоверном повышении у этих детей относительного содержания В-клеток в периферической крови и уровня сывороточных IgM. Низкие уровни сывороточного ИФНγ, снижение спонтанного и индуцированного синтеза ФНОα и спонтанного синтеза ИЛ8 свидетельствует об отсутствии адекватного иммунного ответа на инфекционный агент. Эти изменения цитокинового статуса, по нашему мнению, связаны со снижением функциональной активности Т-клеток и фагоцитов (снижение НСТ активности и экспресии некоторых активационных маркеров на нейтрофилах и макрофагах) у новорожденных 4 группы и, по-видимому, обуславливает тяжесть инфекционно-воспалительных заболеваний у этих детей. Наши результаты отличаются от литературных данных – менее выражено повышение сывороточного Ил1β, а уровень ФНО – снижен. Вероятно, это связано с тем, что все обследованные нами дети наряду с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС и перинатальной гипоксией имели воспалительные заболевания, в т.ч. у 70% была неонатальная пневмония.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОВЫШЕННЫМИ КОНЦЕНТРАЦИЯМИ АНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ И/ ИЛИ ХОРИОНИЧЕСКОМУ ГОНАДОТРОПИНУ В ПУПОВИННОЙ КРОВИ

Бондарь О.Е., Очан А.С., Пономарева И.В., Очан Т.Б., Ванько Л.В. (Москва)

Исследователи, изучающие влияние аутоантител (АТ) к фосфолипидам (ФЛ) и хорионическому гонадотропину (ХГЧ) на течение беременности, отмечают непосредственную связь названных АТ с нарушениями в системе гемостаза (Кидралиева А.С., 1994; Пономарева И.В. с соавт., 1999; Башмакова Н.В., 2000; Макацария А.Д., 2001, Сидельникова В.М, Кирющенков П.А., 2001). При этом в организме беременной развиваются изменения, характерные для хронического ДВС-синдрома, которые могут привести к различным осложнениям в течении беременности и патологии плода. Известно, что антитела могут проникать в кровяное русло плода через плаценту, или, как нами было показано ранее, возможна собственная продукция антител класса М к ФЛ и ХГЧ в организме новорожденного (Бондарь О.Е., 2000). Многие авторы говорят о возможности возникновения у новорожденных тромботических осложнений, связанных с трансплацентарной передачей материнских антител плоду. Сосудистые тромбозы у новорожденных могут иметь различную локализацию, но наиболее опасны тромбозы в крупных сосудах, кровоснабжающих жизненно важные органы (R.K.Silver et al., 1992; S.Tabbutt et al., 1994). Однако до настоящего времени остаются мало изученными особенности гемостаза у новорожденных с антителами к ФЛ и ХГЧ. Необходимость проведения подобных исследований подчеркивается различными авторами (Niemann G. с соавт., 1999). Изучению этой актуальной проблемы посвящены наши исследования.

Нами определялись особенности гемостаза у 25 новорожденных, в пуповинной крови которых были выявлены в повышенных титрах АТ к ФЛ и(или) ХГЧ. Эти дети составили основную группу наблюдения. В качестве группы сравнения проведено обследование 13 новорожденных без повышения концентрации АТ в пуповинной крови.

Количественное определение АТ к ФЛ классов М (Ig M) и G (Ig G) проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием высокоочищенных препаратов четырех фосфолипидов (кардиолипина, фосфатидилсерина, фосфатидилхолина, фосфатидилэтаноламина).

На 5-6 день после рождения у детей исследуемых групп производился забор венозной крови для изучения некоторых показателей гемостаза. На гемостазиологическом анализаторе «Bering» определялись концентрация фибриногена (КФ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), активированное время рекальцификации (АВР), протромбиновый индекс (ПИ), тромбоэластограмма: r+k, ma, ИТП, растворимые комплексы мономеров фибрина (РКМФ).

Больше половины новорожденных основной группы (13 – 52%) имели при рождении высокое содержание АТ к ФЛ и ХГЧ одновременно. У 11 детей (44%) отмечено повышение содержания АТ только к ФЛ, у 1 ребенка (4%) - АТ к ХГЧ. Ig M к ФЛ и(или) ХГЧ определялись у 40% (10) детей основной группы.

В анамнезе матерей основной группы установлена достоверно более частая встречаемость остро возникших во время беременности инфекционно-воспалительных заболеваний - 68% против 31% в группе сравнения, а в III триместре - 40% против 8% соответственно ($p<0,005$). Других достоверных различий в анамнестических данных матерей выявить не удалось.

Группы новорожденных не отличались по срокам гестации, способу рождения, половой принадлежности, антропометрическим данным, тяжести состояния при рождении, особенностям периода ранней неонатальной адаптации.

У новорожденных основной группы на фоне повышенного содержания АТ к ФЛ и(или) ХГЧ отмечены достоверно более низкие показатели АЧТВ (51,2±2,7 сек. против 63,7±5,1 сек. в группе сравнения, $p<0,05$) и максимальной амплитуды “ma” (43,6±1,3 мм против 47,6±1,5 мм соответственно, $p<0,05$). Отмечается высокая корреляционная зависимость между такими параметрами гемостазиограммы, как КФ, РКМФ и содержанием АТ ($r=0,93-0,96$).

У четырех (16%) новорожденных основной группы по данным гемостазиограммы обнаружены признаки активации внутрисосудистого свертывания. У всех четырех при рождении в крови были выявлены повышенные титры Ig G к фосфатидилэтаноламину, у троих – к фосфатидилсерину и фосфатидилхолину, у двух из них– к кардиолипину. Кроме этого, у одного из новорожденных определялись Ig M к ХГЧ.

Таким образом установлено, что больше половины (52%) новорожденных с повышенным содержанием антител к ФЛ или ХГЧ имели одновременно и те и другие АТ, 44% - только АТ к ФЛ, 4% - только к ХГЧ. Матери детей с повышенным содержанием специфических АТ достоверно чаще болели острыми инфекционными заболеваниями во время беременности и особенно в III триместре, поэтому требуется дифференцированный подход при изучении гиперпродукции АТ к ФЛ аутоиммунного или инфекционного генеза и влияния этих антител на гемостаз новорожденного ребенка.

У новорожденных на фоне повышенного содержания специфических АТ по данным гемостазиограммы отмечено достоверное укорочение АЧТВ и уменьшение максимальной амплитуды “ma”. Укорочение АЧТВ может свидетельствовать о тенденции к гиперкоагуляции. У четырех (16%) новорожденных в крови имелись признаки активации внутрисосудистого свертывания. Выявлена высокая прямая корреляционная связь между содержанием в крови новорожденных специфических АТ и такими показателями гемостазиограммы, как КФ и РКМФ.

На основании проведенного научного исследования можно заключить, что данная группа детей имеет риск развития ДВС-синдрома и это требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ И ИСКУССТВЕННЫХ СУРФАКТАНТОВ ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бочкова Л.Г., Коваленко Е.Э., Бочкова Е.В. (Саратов)

Целью исследования являлось изучение эффективности сурфактантной терапии при использовании различных видов сурфактантов.

Обследовано 123 новорожденных. Все больные - недоношенные дети в раннем неонатальном возрасте со сроком гестации 27-35 недель, средняя масса при рождении 1804,0. У всех новорожденных был выставлен диагноз: Респираторный дистресс-синдром новорожденных I типа. 88 детей получали сурфактантную терапию. Из них 52 ребенка получили 2 дозы Exosurf neonatal, 36 детей получили 2 дозы Curosurf, 35 детей не получали сурфактантную терапию.

Всем новорожденным проводилась искусственная вентиляция легких в режиме нормовентиляции.

Для исследования нами применялись следующие методики: общеклинические методы (общий анализ крови, биохимический анализ крови); кислотно-основное состояние с газами крови, нейросонография, клиническое наблюдение.

Дети, получавшие сурфактант как естественный, так и искусственный, не имели клинического различия в течение заболевания. Средняя продолжительность вентиляции у детей, получавших сурфактантную терапию-5,7 суток. В обеих группах отмечалась стабилизация газового состава крови на первые сутки. У двоих из детей (2,8%) из группы получавших Exosurf neonatal отмечалось осложнение в виде бронхолегочной дисплазии, что значительно удлинило продолжительность оксигенотерапии. У пятерых детей (9,6%) отмечены внутрижелудочковые кровоизлияния 1-2 степени.

Продолжительность вентиляции у детей, не получавших сурфактантную терапию 6,5 дней. Улучшение в течении заболевания наступало на вторые-третьи сутки. В данной группе зарегистрированы следующие осложнения: у шести детей (17,1%) выявлены внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) 1-3 степени, у троих детей(8,5%)-перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), у двоих детей (8,5%) бронхолегочная дисплазия (БЛД). Летальность в данной группе составила 10,2%.

Таким образом, применение естественных и искусственных сурфактантов благоприятно сказывается на течении респираторного дистресс-синдрома I типа, значительно укорачивая сроки дыхательной терапии, способствует снижению уровня летальности в группе больных с респираторным дистресс-синдромом и значительно снижает риск возникновения осложнений РДСН, таких как ВЖК, ПВЛ, БЛД.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ГИПОТИРОКСИНЕМИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА НЕОНАТАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ

Бочкова Л.Г., Чуканова А.В., Заворотина М.Е., Великанова В.И. (Саратов)

Целью нашей работы было изучить особенности неонатальной адапттации у детей от матерей с гипотироксинемией.

Всего обследовано 123 ребенка: 57 новорожденных от матерей с гипотироксинемией и 66 от матерей с нормальным функциональным состоянием щитовидной железы.

Новорожденным проводилась антропометрия с анализом показателей по таблицам перцентилей, общеклиническое исследование (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи), ультразвуковое исследование головного мозга (нейросонография). Все дети консультировались неврологом. Всем новорожденным проводился двухэтапный неонатальный скрининг на врожденного гипотиреоза по унифицированной методике (уровень ТТГ исследовался в лаборатории селективного скрининга медико-генетической консультации СОДКБ иммунофлюоресцентным методом с помощью тест-систем «DELFIA Neonatal hTSH").

Гипотироксинемия матерей устанавливалась исследованием уровня гормонов сыворотки крови (свТ4 и ТТГ), определением экскреции неорганического йода с мочой.

Выявлено отчетливое повышение уровня ТТГ- неонатал выше 20 мЕд/л у 14% новорожденных от матерей с гипотироксинемией, носившей временный характер, что было расценено, как транзиторный гипотиреоз.

Новорожденные от матерей с гипотироксинемией отличались достоверно меньшей длиной и массой тела: 12,2% детей имели значения массы тела, а 7,3% - сниженные показатели длины тела ниже 10-го перцентиля.

Выявлена более высокая частота патологических состояний у детей от матерей с гипотироксинемией. Так удельный вес затяжной неонатальной желтухи у детей данной группы составил 35% в отличие от детей, родившихся на фоне нормотироксинемии (11%), а перинатальной энцефалоптии - 70%, в отличие от детей из группы контроля (52%).

Выводы:

Новорожденные от матерей с гипотироксинемией по сравнению с детьми от женщин с нормальным функциональным состоянием щитовидной железы отличаются:

Существенно более высокой частотой транзиторного гипотиреоза,

Задержкой роста и развития плода,

Формированием расстройств церебральной адаптации и билирубинового обмена.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Буланов Р.Л., Чумакова Г.Н., Бажукова Т.А., Анисимова Е.Н., Бессолова Н.А. (Архангельск)

Своевременное и правильное формирование микробиоценоза во многом определяет состояние здоровья новорожденного и влияет на его развитие.

В последние годы прослеживается отчетливая тенденция к росту дисбиотических состояний среди детей раннего возраста. Увеличилась длительность заселения организма новорожденных облигатными представителями нормальной микрофлоры с 3-4 дней (40 – 50-е годы) до 8 – 10 дней (70-е годы) и по последним данным составляет 20 – 25 суток. К моменту выписки из роддома только около 30% детей имеют нормально сформированную микрофлору кишечника и зева, и 66,8% - нормальную флору кожи (Лебедева О.В. и др., 1999).

В контаминации новорожденного и ребенка первого года жизни большую роль играет микрофлора родовых путей матери (Гневашева И.А. и др., 2002.)

Как происходит контаминация ребенка рожденного в стерильных условиях в настоящее время детально не изучено. Ребенок, родившийся путем операции кесарева сечения, имеет ряд особенностей влияющих на становление микробиоценоза (интраоперационное введение матери антибактериальных препаратов, новорожденный не выкладывается на материнский живот, позднее прикладывается к груди, первые 2-3 суток находится отдельно от матери).

В настоящее время частота родоразрешения путем операции кесарева сечения составляет 12 - 21,2%, изменяясь в зависимости от региональных особенностей и уровня лечебного учреждения (Кулаков В.И. и др., 1998).

Учитывая высокий процент оперативного родоразрешения необходимо более детально изучить становление микробиоценоза у ребенка родившегося оперативным путем.

Целью нашего исследования явилось: оценить характер становления микробиоценоза основных биотопов (кожа, зев, кишечник) в течение первого месяца жизни у новорожденных, родившихся путем кесарева сечения.

Всего нами обследовано 20 родильниц и их новорожденных детей. Основными критериями для включения в группу явились: плановое кесарево сечение при целых околоплодных водах и оперативное родоразрешение под эндотрахеальным наркозом (ребенок не выкладывается на грудь матери и не прикладывается к груди в операционной). Основным критерием для исключения из группы явилось наличие воспалительных изменений в последе.

Результаты собственных исследований:

Учитывая влияние особенностей перинатального периода на раннюю адаптацию новорожденного и дальнейшее его развитие, а также формирование микробиоценоза, нами оценены наличие экстрагенитальной патологии, хронической урогенитальной инфекции, течение настоящей беременности, а также назначение беременным лекарственной и антибактериальной терапии.

Хочется отметить, что у всех женщин беременность протекала на неблагоприятном фоне, так экстрагенитальная патология отмечалась у 100% женщин, а сочетание 2 и более заболеваний у 60%. Большинство обследованных женщин (85%) имели урогенитальные заболевания во время беременности из них сочетание 2 и более заболеваний наблюдалось у половины обследованных (53%).

Всего во время беременности женщины принимали около 40 наименований различных лекарственных препаратов. При этом 5 и более лекарственных препаратов принимали 45% беременных а 10% женщин принимали 10 и более препаратов.

Антибактериальные препараты во время беременности принимали 2 женщины (10%). В родах согласно протоколу антибактериальная терапия проводилась всем роженицам. В послеродовом периоде антибактериальная терапия была продолжена 75% родильниц.

При исследовании содержимого толстой кишки у всех родильниц наблюдаются проявления дисбиоза в основном за счет выраженного снижения количества лактобактерий (100%), при нормальном содержании бифидобактерий (95%). Так же отмечается небольшое снижение общего количества кишечной палочки (45%) при отсутствии гемолитических форм. Грибы рода Candida высевались у 70% женщин, в основном представлены Candida albicans (60%) и только у 2 женщин (10%) превышали допустимые нормы. Золотистый стафилококк был выделен у 3 женщин (15%).

При исследовании мазков из носа золотистый стафилококк был выделен у 15% женщин.

При обследовании новорожденного ребенка хочется отметить, что при исследовании содержимого толстой кишки в возрасте 5-7 суток у всех детей наблюдаются дисбиотические изменения в виде: выраженного снижения количества лактобактерий (75%), изменения количественного содержания энтерококков (95%) в основном в сторону увеличения, изменения количественного содержания кишечной палочки (100%) в основном в сторону уменьшения (70%), при отсутствии гемолитических форм, наличия золотистого стафилококка (55%).

При повторном исследовании в возрасте 1 месяца у всех детей сохраняются явления дисбиоза в виде: снижения количества лактобактерий (60%), изменения количественного содержания энтерококков (75%) в основном в сторону увеличения, появления гемолитических форм кишечной палочки (20%), при сохраняющемся снижении общего количества (80%), увеличения содержания золотистого стафилококка (до 65%).

Хочется отметить, что и на 5-7 сутки и в возрасте 1 месяца количество бифидобактерий у всех детей было нормальным (1010- 1011).

При исследовании мазков из зева на 5-7 сутки у 80% детей имеются дисбиотические отклонения в виде: сниженного количества лактобактерий и лактококков (75% и 30% соответственно), наличия гемолитических форм S. Epidermidis (40%), наличия золотистого стафилококка (20%).

При повторном исследовании в возрасте 1 месяца у всех детей (100%) имеются явления дисбиоза в виде: сохраняющегося снижения количественного содержания лактобактерий и лактококков (50% и 40% соответственно), увеличения количества золотистого стафилококка (40%), появления грибов рода Candida (30%) в основном C. Tropicalis.

При исследовании мазков отпечатков с кожи на 5-7 сутки стерильных детей не было, т.е. колонизация кожи наблюдалась у 100% детей. Но не нормальными представителями микрофлоры кожи а в основном за счет условно-патогенной микрофлоры (УПФ) представленной: гемолитическими формами коагулазонегативных стафилококков (60%) и золотистым стафилококком (40%).

К месячному возрасту отмечалось нарастание гемолитических форм коагулазонегативных стафилококков до 80%. При этом отмечается значительное снижение количества золотистого стафилококка (5%) и увеличение количества нормальной микрофлоры кожи.

Выводы

1. Перинатальные факторы такие как экстрагенитальная патология, наличие хронических урогенитальных инфекций, массивная лекарственная нагрузка, антибактериальная терапия приводят к нарушению колонизационной резистентности и развитию дисбиозов у беременной женщины.
2. К моменту окончания неонатального периода микробиологический статус новорожденного характеризуется незавершенностью формирования, что проявляется наличием дисбиотических взаимоотношений в микробной популяции ротоглотки, кожи и толстого кишечника у всех обследованных детей.
3. Особенности операции кесарева сечения под ЭТН (ребенок не прикладывается к груди и не выкладывается на живот матери) накладывают отпечаток на формирование микрофлоры основных биотопов у новорожденного в особенности кожи, что проявляется увеличением числа УПФ, в том числе гемолитических форм.
4. Наличие дисбиотических изменений в микрофлоре женщины приводит к нарушению колонизационной резистентности у новорожденного и способствует росту УПФ.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Буштырев В.А., Лаура Н.Б., Гайда О.В., Какурина В.С. (Ростов-на-Дону)

В настоящее время в структуре неонатальной заболеваемости и летальности ведущее место занимает гнойно-септическая патология новорожденных. Многообразие облигатно - и условно-патогенных микроорганизмов, вызывающих эту патологию, а также изменение биологических свойств патогенов в связи с широким применением антибактериальных препаратов усложняет лечение и профилактику инфекционного процесса. При планировании объема необходимой терапии и прогноза исхода заболевания важную роль занимает микробиологический мониторинг. Это позволяет выявить возбудителя инфекции и определить его антибиотикорезистентность, оптимизировать проведение этиотропной терапии у новорожденных с инфекционными заболеваниями и улучшить качество оказания помощи.

На протяжении последних лет многие авторы отмечают значительный рост устойчивости возбудителей внебольничных инфекций к антибактериальным препаратам. Данный процесс является естественным биологическим ответом на проведение мощной антибиотикотерапии и ведет к возникновению и размножению различных резистентных штаммов микроорганизмов.

Нами были проанализированы 51 история недоношенных новорожденных, находящихся в педиатрическом отделении для недоношенных детей городской больницы № 20 г. Ростова-на-Дону. В исследование включались новорожденные с гестационным возрастом от 28 до 36 недель и массой 1230-2490г. с клиническими признаками внутриутробной инфекции. Всем новорожденным,

поступившим в отделение из родильных домов, на 1 сутки производили забор материала (мазок на кишечную группу, отделяемое из зева, отделяемое из пупочной ранки) для бактериологического исследования на микрофлору и чувствительность к антибиотикам (ампициллину, гентамицину, линкомицину, цефотаксиму, цефазолину, ципрофлоксацину, цефтриаксону, цефепиму, азитромицину). Среди всех обследованных в 62,8% (32) случаев был выявлен рост микроорганизмов, у 37,2% (19) новорожденных не выделено никаких микробных агентов. В 90% (29) случаев - отмечалось высевание микроорганизмов в отделяемом из пупочного кольца, в 34,4% (11) в отделяемом из зева. Из мазков, взятых на кишечную группу, в 100% случаев рост микроорганизмов отсутствовал.

Структура возбудителей, полученных при исследовании отделяемого из пупочного кольца, представлена в 87% (25) случаев стрептококками (S. epidermidis, S. aridans, S.faecalis), в 9,6% (3) случаев - стафилококками (S.aureus), в 3,4% (1) случаев - клебсиеллами.

Результаты проведенного исследования выявили высокую резистентность микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Стрептококки были устойчивы в 72% к ампициллину, цефотаксиму, в 60% к гентамицину, ципрофлоксацину, в 52% к азитромицину, в 24% к линкомицину, цефтриаксону, в 16% к цефазолину, цефепиму. Активными в отношении стрептококков оказались гентамицин (24%), ципрофлоксацин (20%), меньше - цефотаксим (12%), ампициллин, цефазолин (8%), линкомицин, цефтриаксон, азитромицин (4%). У стафилококков наибольшая резистентность наблюдалась к цефотаксиму (100%), реже к ампициллину, гентамицину, линкомицину, цефазолину, ципрофлоксацину - в 66,7%; чувствительность отмечалась к цефазолину, гентамицину, ципрофлоксацину, азитромицину (33,7%). Клебсиеллы проявили абсолютную устойчивость к вышеперечисленному спектру антимикробных средств.

При исследовании биотопа из зева получен следующий спектр микроорганизмов: 46% (5) случаев - стрептококки (S.epidermidis, S.faecalis, S.oxytoca, S.saprophyticus), 18% (2) - стафилококки (S.aureus), 18% (2) - клебсиеллы, 18% (2) - кандиды.

При анализе резистентности к антибактериальным препаратам стрептококки оказались устойчивы в отношении ампициллина, цефотаксима в 100% случаев, гентамицина, ципрофлоксацина, цефазолина в 80%, азитромицина в 60%, линкомицина, цефтриаксона, цефепима в 20%. Чувствительность отмечалась к гентамицину (60%), в меньшей степени к линкомицину, ципрофлоксацину, азитромицину, цефотаксиму, цефазолину (20%). Стафилококки оказались антибиотикорезистентны в отношении ампициллина, цефазолина, цефотаксима, ципрофлоксацина (100%), гентамицина, азитромицина (50%); чувствительны в 50% к гентамицину, линкомицину.

Клебсиеллы, выделенные из зева, в 100% случаев были антибиотикорезистентны к вышеперечисленным препаратам.

Т.о., проведенное бактериологическое исследование у недоношенных новорожденных показало, что основными возбудителями, выделенными из зева и пупочной ранки, явились представители условно-патогенной микрофлоры организма (стрептококки, стафилококки, клебсиеллы). В исследованных биотопах имеется идентичность выявленных возбудителей. Анализ чувствительности микроорганизмов показал высокую устойчивость к изученному спектру антимикробных препаратов. В связи с этим, необходимо проведение аналитической работы по результатам микробиологического мониторинга с целью выбора антибактериального средства при проведении стартовой терапии, потому что неправильно подобранный препарат диктует необходимость проведения второго, третьего, а зачастую и четвертого курса терапии, что повышает риск развития резистентных штаммов, снижает эффективность проводимой интенсивной терапии и всего комплекса лечения.

ПРИЧИНЫ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ И РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИНАТАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА

Буштырев В.А., Лаура Н.Б., Гайда О.В., Какурина В.С., Назарова Н.Л. (Ростов-на-Дону)

В последние годы в Ростовской области благодаря мероприятиям, проводимым акушерско-гинекологической службой, достигнуто снижение перинатальной смертности. С 2001г. по 2004г. показатель перинатальной смертности уменьшился с 16.6‰ до 12.2‰, ранней неонатальной смертности с 9.3‰ до 6.3‰, мертворождаемости с 7.3‰ до 5.9‰. Несмотря на полученные положительные результаты, одной из приоритетных задач службы является продолжение работы, направленной на снижение репродуктивных потерь до минимального уровня.

С целью изучения причин перинатальной смертности проведен ретроспективный анализ историй родов, индивидуальных карт беременных и протоколов патологоанатомических исследований мертворожденных и детей, умерших в раннем неонатальном периоде. Проанализировано 103 случая мертворождаемости и 142 случая ранней неонатальной смертности, имевших место в Ростовской области в 2004 году. В структуре причин мертворождаемости по результатам патологоанатамических вскрытий внутриутробная гипоксия и асфиксия плода встречалась в 71%, врожденные пороки развития (ВПР) в 21%, внутриутробная инфекция (ВУИ) в 8%. При анализе гистологических исследований плаценты фетоплацентарная недостаточность отмечена в 90% случаев, признаки инфекционного поражения плаценты в 52% (плацентит – 49%, хориоамнионит – 27%, очаговый децидуит – 22%, виллузит – 8%). При анализе индивидуальных карт беременных и историй родов отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был отмечен у 62% женщин, осложненное течение беременности у 73%, у 31% женщин имелся хронический или острый инфекционный процесс во время беременности, из которых гестационный пиелонефрит – 20%, кольпит – 16%, ОРВИ – 12%, сифилис – 4%. У 59% матерей отмечалось наличие экстрагенитальной патологии, среди которой: заболевания почек в 25%, нейро-циркуляторная дистония в 20%, анемия в 5%, ожирение в 5% случаев.

При анализе ранней неонатальной смертности доля преждевременных родов составила 59%, срочных – 41%. Среди причин ранней неонатальной смертности по результатам патологоанатомических исследований первое место занимает внутриутробная инфекция плода (38%), второе - ВПР (20%), третье - родовая травма (18%), четвертое - синдром дыхательных расстройств (16%), другие причины (8%). Анализ гистологических исследований плацент у матерей данной группы выявил признаки фетоплацентарной недостаточности в 70% случаев, инфекционного поражения в 54%, среди которых: плацентит – 56%, хориоамнионит – 25%, интервиллезит – 15%. При изучении индивидуальных карт беременных и историй родов экстрагенитальная патология встречалась в 63% случаев, среди которой: заболевания почек – 24%, нейроциркуляторная дистония – 20%, анемия – 8%, в 28% случаев отмечалось наличие хронического или острого инфекционного процесса во время беременности (гестационный пиелонефрит – 24%, кольпит – 16%, ОРВИ – 12%, сифилис - 4%).

При анализе бактериологического исследования образцов плацент была получена четкая зависимость между выявленными возбудителями и временем гибели плодов и новорожденных от внутриутробной инфекции. В частности, было отмечено, что в случаях мертворождений так же, как и в случаях гибели новорожденных, в первые 3 суток наиболее часто при микробиологическом исследовании обнаружена кишечная палочка и стафилококк. У детей, погибших в период от 3 до 7 суток, наиболее частым инфекционным агентом являлись грибы рода Candida и синегнойная палочка, что, по-видимому, является результатом проведения антибактериальной терапии и присоединения госпитальных штаммов.

Таким образом, по результатам проведенного анализа основной причиной мертворождаемости явилась внутриутробная гипоксия и асфиксия плода, а ранней неонатальной смертности - внутриутробная инфекция. Перинатальный анамнез был отягощен наличием экстрагенитальной патологией матери, как у мертворожденных, так и у новорожденных, умерших в первые 168 часов. Преобладающими нозологиями были воспалительные заболевания мочеполовой системы. По данным морфологического исследования последов признаки инфекционного поражения встречались у 52% мертворожденных и 54% детей, умерших в раннем неонатальном периоде, при этом отмечалась высокая корреляция воспалительных изменений в плаценте с плацентарной недостаточностью, что позволяет беременных с признаками плацентарной недостаточности относить к группе риска по развитию ВУИ.

МАТЕРИНСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Буштырев В.А., Лаура Н.Б., Попова Н.Е., Землянская Н.В., Назарова Н.Л. (Ростов-на-Дону)

Среди многообразия факторов, влияющих на заболеваемость недоношенных новорожденных и перинатальные потери, огромное значение имеет состояние здоровья матери. Прогноз недоношенного ребенка ухудшается при наличии у него задержки внутриутробного развития (ЗВУР). С целью изучения роли различных материнских факторов в формировании ЗВУР у недоношенных детей были обследованы 58 новорожденных с гестационным возрастом от 28 до 36 недель. ЗВУР устанавливали на основании результатов антропометрии с помощью центильных таблиц (Н.П. Шабалов, 2004). Детям, имеющим массу тела при рождении ниже десятого процентиля по отношению к сроку гестации, выставляли диагноз задержки внутриутробного развития (М.В. Медведев, Е.В. Юдина, 1998).

В I группу вошли 13 недоношенных новорожденных с массой тела от 1000 до 1999 грамм с признаками ЗВУР. II группу составили 27 недоношенных новорожденных с массой тела от 1000 до 1999 грамм, соответствующие гестационному возрасту (СГВ). В III группу были включены 7 недоношенных новорожденных с массой тела от 2000 до 2499 грамм с признаками ЗВУР. В IV группу вошли 11 новорожденных с массой 2000-2499 грамм СГВ.

Были проанализированы следующие группы материнских факторов: отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение настоящей беременности, воспалительные заболевания органов мочевыделительной системы и половых органов, а также перенесенная острая вирусная инфекция во время беременности.

Одним из факторов риска развития ЗВУР является отягощенный акушерский анамнез: выкидыши, мертворождения, невынашивание предыдущих беременностей, рождение детей с множественными пороками развития или умерших в раннем возрасте (Н.П. Шабалов, 2004). По данным нашего исследования отягощенный акушерский анамнез был отмечен в 51,7% случаев. Достоверных различий в акушерском анамнезе у матерей новорожденных всех четырех групп не получено.

Наличием инфекционной патологии у матери (заболевание органов мочевыделительной системы и воспалительные заболевания половых органов) антенатальный период был отягощен в 60,3% случаев. При сравнительной оценке в анамнезе у матерей новорожденных I и III групп (дети с ЗВУР) был выявлен более высокий процент инфекционной патологии, по сравнению с II и IV группами ($p<0,05$).

Угроза прерывания беременности, многоводие отмечены в 62% случаев. Достоверных различий между частотой встречаемости данных осложнений беременности между матерями новорожденных всех групп не выявлено. Фетоплацентарная недостаточность чаще отмечена в I и III группах, по сравнению со II и IV ($p<0,05$). Гестозы достоверно чаще встречались в анамнезе у матерей новорожденных I группы (в 38,46%) случаев ($p<0,01$).

Острая вирусная инфекция во время беременности (ОРВИ) наиболее часто встречалась у матерей новорожденных II группы (дети с массой тела от 1000 до 1999 г. без признаков ЗВУР).

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что наиболее частыми материнскими факторами риска рождения недоношенных детей с ЗВУР являются инфекционные заболевания матери (патология мочевыделительной системы и воспалительные заболевания половых путей). Следует сказать, что каждая группа из перечисленных выше материнских факторов риска не свидетельствует однозначно о развитии ЗВУР у плода, и даже совокупность этих факторов не обеспечивает стопроцентную реализации ЗВУР, но риск развития ЗВУР значительно повышен при наличии инфекционно-воспалительных заболеваний у матери. Это диктует необходимость тщательного подхода к ведению данного контингента беременных, во-первых, в плане санации всех имеющихся очагов инфекции в организме женщины до и во время беременности, а во-вторых, для динамического наблюдения за плодом.

К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Буштырева И.О., Дюжиков А.А., Можаева Н.Н., Чернавский В.В. (Ростов-на-Дону)

Сегодня не вызывает сомнения тот факт, что многие болезни неонатального, младенческого и детского возраста представляют собой пролонгированную патологию эмбриона и плода. При этом поражение сердца гипоксической природы по частоте встречаемости занимает одно из лидирующих мест у детей, поступающих в перинатальные кардиологические центры.

Целью данного исследования явилось выявление наиболее информативных критериев нарушений внутрисердечной гемодинамики при внутриутробной гипоксии плода, позволяющих прогнозировать степень тяжести синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы (СД ССС) у новорожденных.

Материалы и методы: 98 беременным женщинам, имевшим признаки хронической плацентарной недостаточности, была проведена расширенная фетальная эходоппплеркардиография в сроках от 38 до 41 недель. 66 новорожденным, перенесшим хроническую внутриутробную гипоксию, в возрасте от 1 суток до 4 дней была проведена эхокардиография (ЭхоКГ). Из исследуемой группы были исключены 32 новорожденных, перенесших интранатальную асфиксию вследствие патологического течения родов. Контрольную группу составили 37 женщин с неосложненным течением беременности и родов и их новорожденные. Исследования проводились на аппаратах Sonos 7500 (Philips, с методикой трехмерной реконструкции сердечных структур в реальном масштабе времени) и Logiq 400. Исследование внутрисердечной гемодинамики плодов осуществляли при помощи секторального сканирования с использованием конвексного датчика 3,5 - 5 МГц и матричного датчика 4Х; у новорожденных детей исследование проводили секторальным датчиком с частотой 5 - 7 МГц и матричным датчиком 4Х.

Результаты исследования: у 49 плодов (74,2%) на фоне хронической плацентарной недостаточности были выявлены изменения внутрисердечной гемодинамики по сравнению с контрольной группой. В частности, были выявлены признаки централизации кровообращения, увеличение постнагрузки, дилатация полостей сердца, изменение скоростных показателей на клапанах сердца. У 57 (86,4%) новорожденных основной группы при проведении ЭхоКГ были выявлены признаки синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы, который был подтверждён другими клинико-инструментальными методами исследования. Неонатальная ле-

гочная гипертензия и персистирование фетальных коммуникаций были выявлены у 15 (22,7%), транзиторная дисфункция миокарда смешанного генеза — у 51 (77,3%) новорожденного основной группы. У новорожденных контрольной группы указанные изменения встречались в 5,4, 2,7 и 8,1% случаев соответственно.

Выводы: при анализе гемодинамических параметров сердечно-сосудистой системы у плодов на фоне хронической плацентарной недостаточности выявлены критерии, которые позволяют прогнозировать возникновение СД ССС новорожденных ещё на антенатальном этапе обследования. Информативность предложенных критериев подтверждена при эхокардиографическом исследовании новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

ТЕХНОЛОГИЯ СНИЖЕНИЯ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Воскресенский С.Л., Сорокина С.Э. (Минск, Беларусь)

Родовой травматизм находится всегда в центре внимания акушеров, и причина тому - очевидная или кажущаяся управляемость патологии. Предотвращение его при родах доношенным плодом - дело квалификации акушера. При родах глубоконедоношенным плодом имеется ряд дополнительных причин, способствующих интранатальной травматизации: неподготовленность плода к родовому стрессу, незавершенность у него редукции поверхностной капиллярной сети, слабость аргирофильного каркаса мозга и незрелость системы ауторегуляции мозгового кровообращения. Отсутствие адекватных условий выхаживания глубоконедоношенного ребенка в большинстве случаев определяет методом выбора наименее травматичное для матери родоразрешение через естественные родовые пути. В то же время этот способ вследствие непрямолинейности родового канала и несоответствия его размерам плода несет дополнительные возможности травмирования вследствие взаимодействия предлежащей части плода с крестцовой костью роженицы в полости таза и избыточного сгибания позвоночника. Одним из способов снижения родового травматизма недоношенных детей может стать ведение родов в положении роженицы на “корточках” или в “сгруппированном положении”, т.е. с приведением коленей к подбородку. Эти позиции способствуют “выпрямлению” проводной оси родового канала.

Нами проведена апробация ведения преждевременных родов глубоконедоношенным плодом в положении роженицы с приведенными к подбородку коленями у 23 женщин со сроком гестации 22-30 недель и массой плодов 533-1520 г, у 15 из них масса плодов была 533-980 г. 5 плодов были в ягодичном и 18 – в головном предлежании. Выраженных нарушений биомеханизма родов, сопровождавшихся длительными остановками продвижения предлежащей части или движением ее не по проводной оси таза, не было выявлено ни в одном случае. 7 плодов (с массой тела 533-1030 г) погибли интранатально: 3 от асфиксии, 2 от аспирационной пневмонии, 1 от внутиутробной пневмонии, 1 от ВПР позвоночника (прерывание по генетическим показаниям). 3 ребенка (с массой тела 613-980 г) погибли в ближайшие 2 часа после рождения: 2 от РДС, 1 – от сепсиса. Все диагнозы подтверждены морфологически. Ни один из плодов и детей не погиб от родовой травмы. У 1 плода с гестационным возрастом 23 недели и массой тела 770 г, погибшего от аспирационной пневмонии, было зарегистрировано ВЖК как сопутствующий диагноз, в других протоколах аутопсии не было ни признаков родовой травмы, ни ВЖК (частота ВЖК в группе погибших в родах и в неонатальный период составила 10±10‰). Остальные 13 детей были переведены на второй этап выхаживания в связи с РДС и/или асфиксией, признаков родовой травмы не было выявлено ни у одного ребенка. Вероятность гибели от родовой травмы плодов в родах при ведении родов в сгруппированном положении составила 0‰. Вероятность гибели от родовой травмы в родах и в ранний неонатальный период для плодов с массой тела 500-1499 г в этой группе составила 0‰ (n=22) при популяционном риске 4,2±1,7‰ для плодов с массой тела 500-999 г и 6,3±1,6‰ для плодов с массой тела 1000-1499 г.

Мы провели изучение частоты родового травматизма плода при родах в головном и тазовом предлежаниях, а также при абдоминальном родоразрешении и при ведении родов в сгруппированном положении роженицы на основании анализа протоколов патоморфологических исследований плодов и детей, умерших в перинатальный период. Среди погибших плодов и детей с массой тела от 500 г до 1499 г родовая травма и ее последствия как основная или сочетанная причина смерти была зарегистрирована у 38±5,7% (n=72) плодов и детей: при родах через естественные родовые пути в обычном положении роженицы у 45±7,0‰ (n=51), в т.ч. при головном предлежании плода имела место у 43±7,5% (n=44), при тазовом – у 57±20% (n=7); при абдоминальном родоразрешении – у 27±-14% (n=11); при ведении родов через естественные родовые пути в сгруппированном положении – у 10±10% (n=10). Достоверное уменьшение родового травматизма глубоконедоношенных детей зарегистрировано при ведении родов в сгруппированном положении роженицы в сравнении с родами в обычном положении как при головном, так и при тазовом предлежании.

Результаты исследований подтверждают снижение риска тяжелой родовой травмы при ведении родов в положении роженицы с приведенными к подбородку коленями. Достоинством предложенного метода является отсутствие увеличения риска для здоровья матери в сравнении с обычным ведением родов, имеющегося при абдоминальном родоразрешении, простота выполнения, отсутствие необходимости в специальном оборудовании и в дополнительных экономических затратах. Социальный и экономический эффект внедрения предложенного способа профилактики родового травматизма определяется снижением родового травматизма плода (предлежащей части и позвоночника плода) и обусловленной им заболеваемости новорожденных и детской инвалидности, а также снижением родового травматизма матери (разрывов и гематом влагалища, эпизиотомий).

ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ПЛОДА

Вторушина В.В., Горожанина Т.З. (Иваново)

В структуре сердечно-сосудистой патологии у детей все большее значение приобретают малые аномалии развития сердца (МАРС). Актуальность данной проблемы определяется высокой частотой распространения данной патологии в популяции – по литературным данным примерно у 33% новорожденных. Малые аномалии развития сердца (МАРС) – анатомические врожденные изменения сердца и магистральных сосудов, не приводящие к грубым нарушениям функций сердечно-сосудистой системы.

В литературе описано около 40 вариантов МАРС. Наиболее часто наблюдают: а) эктопические трабекулы (аномально расположенные хорды); б) пролапс митрального клапана; в) пролапс трикуспидального клапана; г) открытое овальное окно; д) длинный евстахиев клапан (заслонка); е) аневризма межпредсердной перегородки; ж) аневризма межжелудочковой перегородки; з) дилатация корня аорты и синусов Вальсальвы. Ряд МАРС имеет нестабильный характер и с возрастом исчезает. Преобладающий возраст – дети первых 3-х лет жизни. Кроме того, МАРС связаны с риском развития осложнений, таких как, инфекционный эндокардит, легочная гипертензия, нарушения ритма сердца, тромбэмболии, которые могут являться причиной внезапной смерти ребенка.

Этиологическими факторами МАРС принято считать мультифакториальные воздействия на плод в период его внутриутробного развития. Воздействие повреждающего фактора (инфекция, гипок-

сия, аутоиммунные процессы и др.) на любом сроке беременности может привести к формированию данной патологии. По отдельным литературным данным предполагается, что воздействие инфекции, в частности, вызываемой вирусом простого герпеса I и II типа, в любом сроке беременности может привести к развитию МАРС у плода. Однако исследования в данной области крайне малочисленны, особенно в отношении детей раннего возраста.

Поэтому, целью нашей работы было оценить возможную роль вирусов герпетической группы в генезе малых аномалий развития сердца на антенатальном этапе.

Методом эхокардиографии было обследовано 70 новорожденных 4-5 дня жизни, у 50 из них были диагносцированы МАРС: 1) в 91% случаев - аномально расположенные хорды в левом желудочке – продольные, поперечные, диагональные; 2) в 28% случаев - длинный евстахиев клапан; 3) в 7% случаев – смещение септальной створки трикуспидального клапана; 4) в 7% случаев - пролапс митрального клапана; 5) в 2% случаев - дилатация ствола легочной артерии. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных без МАРС.

В момент обследования у детей не наблюдалось клинических проявлений инфекционно-воспалительных заболеваний. Все исследования проводились после информированного согласия родителей.

Методом твердофазного иммуноферментного анализа проводилось определение антител класса IgM и IgG к вирусу простого герпеса I,II типа (ВПГ) и цитомегаловирусу (ЦМВ) в сыворотках крови новорожденных детей и их матерей в III триместре беременности с использованием иммуноферментных тест-систем «Вектор-Бест», г. Новосибирск.

Полученные нами данные показали, что у подавляющего большинства беременных женщин и их детей обеих исследуемых групп были выявлены антитела класса IgG к вирусу простого герпеса I,II типа и цитомегаловирусу, что согласуется с данными о высокой степени инфицированности населения этими вирусами. У матерей, родивших здоровых детей частота встречаемости антител класса IgG к ВПГ составила 100%, а к ЦМВ – 91,3%. У матерей, родивших детей с МАРС антитела класса IgG к ВПГ выявлялись в 98,5% случаев, а к ЦМВ - 95,4%. У новорожденных данные антитела скорее всего имеют материнское происхождение.

Однако в сыворотках крови новорожденных с МАРС и их матерей в III триместре беременности достоверно чаще выявлялись антитела класса IgM к ЦМВ и ВПГ ($p<0,05$ в обоих случаях), что может свидетельствовать о внутриутробном инфицировании плода.

Таб.1 Частота выявления маркеров инфекции герпетической группы у матерей и их новорожденных детей

	Группа	ВПГ IgG	ВПГ IgM	ЦМВ IgG	ЦМВ IgM
Матери	МАРС (%)	98,5	20,0*	95,4	30,8*
	Контроль (%)	100,0	8,7	91,3	13,0
Новорожденные	МАРС (%)	98,5	20,0*	95,4	14,0*
	Контроль (%)	100,0	0	91,3	0

*р дано по сравнению с показателями контрольной группы: $p< 0,05$**

Суммируя полученные нами результаты по частоте выявления антител класса IgM против вируса простого герпеса I,II типа и цитомегаловируса у новорожденных детей с МАРС и их матерей, можно предполагать важную роль вирусной инфекции в развитии МАРС. По-видимому, внутриутробное вирусное инфицирование может играть роль триггера в развитии малых аномалий развития сердца.

ЭВОЛЮЦИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Герасименко С.С., Шиляев Р.Р., Копилова Е.Б., Петрова О.А. (Иваново)

Частота гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) составляет 85 случаев на 1000 новорожденных. В течение последних десятилетий у детей первого месяца жизни, госпитализированных в стационары второго этапа выхаживания, на долю ГВЗ приходится от 50% до 85%. В современной литературе достаточно большое внимание уделяется сепсису. В тоже время недостаточно освещены проблемы локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний у новорождённых, В период с 1975г. по 2004г. в Муниципальном учреждение здравоохранения детской городской клинической больнице №5 г.Иваново в отделении выхаживания новорождённых пролечено 17.189 детей, из них 10.940 имели гнойно-воспалительные заболевания. При статистическом анализе историй болезни за указанный период изучен удельный вес гнойно-воспалительных заболеваний, их нозологическая структура, этиология, летальность.

Предварительный анализ позволил нам выделить три временные промежутка, в течение которых в структуре ГВЗ имелись статистически достоверные различия: 1 период – 1975-1985г.г., 2 период – 1986-1997г.г., 3 период – 1998-2004г.г.

Полученные нами данные свидетельствуют о волнообразном изменении частоты ГВЗ у новорожденных. За первый период частота гнойно-воспалительных заболеваний составила 69% от количества детей, госпитализированных в отделение второго этапа выхаживания новорождённых. С 1986г. по 1997г. регистрировался незначительный спад частоты ГВЗ. В период с 1998г. по 2004г. отмечается подъём заболеваемости, со значительным ростом с 2003г: в 2002г. - 68% имели очаги гнойной инфекции, в 2003 г. - 70% детей, а в 2004г. локальные очаги гнойной инфекции диагностированы у 74% новорожденных.

Установлено, что при высокой частоте ГВЗ, значительно увеличивается и количество выявляемых очагов гнойной инфекции у одного больного. За первый исследуемый период - 1066 человек (23%) имели сочетание двух и более очагов ГВЗ, за второй период - 577 детей (18%), за третий период - 960 новорождённых (31%). В результате нашего исследования выявлен подъём ГВЗ у новорождённых в весенне-летний период до 64% случаев, хотя по мнению ряда авторов, сезонные колебания не характерны для данной патологии.

Установлены достоверные различия в нозологической структуре ГВЗ в разные периоды времени. Так с 1975г. по 1985г. преобладали омфалиты - 20,43%, а гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки составляли 26,8% от удельного веса ГВЗ. Пневмонии хотя встречались с частотой менее 2%, но протекали особенно тяжело, были деструктивными, нередко заканчивались летальным исходом. В период с 1986г. по 1997г. на фоне незначительного спада ГВЗ уменьшилось и количество регистрируемых случаев тяжёлых форм гнойной инфекции, практически на прежнем уровне оставалась частота гнойных омфалитов, гнойных конъюнктивитов, на 6,46% снизились гнойно-воспалительные заболевания кожи, подкожной клетчатки. Необходимо отметить, что со второго периода наметилась тенденция роста кандидозной инфекции кожи и слизистых в 2 раза, инфекций мочевыводящих путей в 5 раз. С 1998г., и с каждым последующим годом регистрировался значительный рост везикулопустулёза, пузырчатки, омфалитов, флебитов пупочной вены, остеомиелитов, флегмон, отмечается резкий подъём инфекции мочевыводящих путей в 7,5 раз по сравнению с первым периодом. Грибковая инфекция в третьем периоде выросла так же в 7,5 раз, по сравнению с 1975г. -1985г. За два первых периода грибковые поражения регистрировались только в форме кандидоза кожи, слизистых и кишечника, с третьего периода появились случаи грибкового поражения мочевых путей. По данным анализа, у новорожденных не отмечено генерализованного кандидоза. На высоком уровне, с небольшим ростом за тридцать лет, регистрируются гнойно-воспалительные заболевания кишечника – энтероколиты, что служит непосредственной причиной транслокации микроорганизмов в другие органы и системы организма. Полученные нами данные свидетельствуют о значительном изменении этиологической структуры ГВЗ у новорождённых детей. Проводилось микробиологическое исследование гнойного отделяемого из очагов, кала, мочи, крови и, при необходимости, ликвора. Наряду с идентификацией возбудителя, проводилось определение чувствительности к антибиотикам. До 1985 года преобладала стафилококковая этиология ГВЗ (65,3%), из них больше половины случаев приходилось на долю золотистого стафилококка, а остальное составили негемолитические штаммы,

чаще - S.epidemidis. Антибиотикограмма констатировала высокую чувствительность к полусинтетическим пенициллинам, цефалоспоринам 1 и 2 поколения. Грамотрицательная флора за первый период высевалась в 22,5% случаев, на долю стрептококков, грибов и анаэробов приходилось в среднем по 2%.

За второй период в этиологической структуре ГВЗ наибольший удельный вес составляли стафилококки, на их долю пришлось 46% случаев, что значительно меньше, чем в предыдущий период. Однако изменилась чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Практически все стафилококки были устойчивы к полусинтетическим пенициллинам, а также к ампициллину, высокая чувствительность отмечалась к аминогликозидам, левомицитину и к антибиотикам цефалоспоринового ряда 2 и 3 поколения, макролидам. В этиологической структуре ГВЗ с 1986г. возросла роль грамотрицательной микрофлоры и составила 32,5%, чаще других высевались кишечная палочка, протей и клебсиелла. В этот же период в 5 раз увеличилась роль грибов, как причина ГВЗ у новорождённых. Начиная с 1998г. удельный вес стафилококков вновь начал возрастать, а в период с 2000г. на их долю приходится больше половины всех случаев гнойной инфекции. Чаще других (62%) выделялся золотистый стафилококк, в 23% случаев регистрировался S.epidermidis, реже определялись S.warnerii, S.pyogenes, Практически все выделенные штаммы оказались резистентны к полусинтетическим пенициллинам, гентамицину, цефалоспоринам 1 и 2 поколения. С 2003г. значительно снизилась чувствительность к макролидам, фторхиналонам и цефалоспоринам 3 генерации. Считаем необходимым отметить тот факт, что с 1998г. наши наблюдения выявили неуклонный рост стрептококков в этиологии ГВЗ (12% случаев) по сравнению с первым периодом, когда на долю этих микроорганизмов приходилось лишь 6%. По данным лабораторной диагностики, с 1998г. снизилась роль грамотрицательных бактерий и составила всего 14,5% случаев. С 1998г. продолжается неуклонный рост грибковой инфекции. В последние пять лет регистрируется подъём заболеваний, вызванных условно-патогенной микрофлорой до 8%. Примерно в 2,2 раза увеличилась роль микоплазменной и хламидийной инфекции по сравнению с первым периодом. При бактериологической диагностике в 26% - микроорганизмы выделялись в ассоциациях. Анализ смертности у новорождённых показал, что среди умерших детей в последние 30 лет, каждый 4 случай летального исхода наступил от гнойно-воспалительного заболевания.

Таким образом: частота гнойно-воспалительных заболеваний у новорождённых, госпитализированных на второй этап выхаживания, имеет цикличность подъёма и спада с периодичностью в десять. В настоящее время отмечается очередной подъём гнойно-воспалительных заболеваний с 1998г. Изменения частоты ГВЗ у новорождённых и их нозологической структуры, находится в тесной взаимозависимости от этиологического фактора. При увеличении роли грамположительной микрофлоры снижается роль грамотрицательной, что сопровождается изменением нозологии заболеваний. Наблюдается перераспределение нозологической структуры инфекционной патологии за 1975 – 2004г.г., в сторону увеличения частоты с 1998г. инфекции кожи, подкожной клетчатки, инфекции мочевыводящих путей, кожно-слизистого кандидоза.

В периоды подъёма гнойно-воспалительных заболеваний увеличивается количество локальных очагов у одного больного.

Ведущую роль в этиологии ГВЗ у новорождённых в последние семь лет играют метициллинрезистентные стафилококки. Возрастает роль грамотрицательной микрофлоры и грибов.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РСВ-ИНФЕКЦИИ И ГРИППА

Головачева Е.Г., Афанасьева О.И., Образцова Е.В., Осидак Л.В., Дылдина Н.В., Сергеева А. (Санкт-Петербург, Москва)

Цель исследования – оценка лечебной эффективности анаферона детского при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции и гриппе.

Дизайн – двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное параллельное. Для экспресс-диагностики этиологии заболевания по смывам из носовых ходов использовались иммунофлюоресцентный метод, РНГА с антительным диагностикумом и ИФА метод.

В исследовании приняли участие 181 ребенок в возрасте от 1 года до 10 лет, из которых 100 пациентов (40 детей с РСВ-инфекцией, 60 детей с гриппом) составили основную группу, получавшую анаферон детский по лечебной схеме, и 81 пациент (36 детей с РСВ-инфекцией и 45 с гриппом) составили контрольную группу, получавшую плацебо по той же схеме, что и анаферон детский в основной группе.

Препараты принимались, начиная с 1-2 суток заболевания, в течение 7-10 дней на фоне симптоматической терапии. Продолжительность повышения температуры тела при РСВ-инфекции в группе анаферона детского и плацебо составила 2,9±0,1 и 4,1±0,3, при гриппе 2,2±0,1 и 3,7±01, дней; продолжительность интоксикации при РСВ-инфекции составила 2,9±0,1 и 3,9±0,3, при гриппе – 3,6±0,28 и 4,3±0,3 дня, соответственно ($p<0,05$).

Продолжительность кашля в группе анаферона детского и плацебо при РСВ-инфекции составила 5,1±0,4 и 7,2±0,2, при гриппе 3,8±0,2 и 5,6±0,2 дней, продолжительность ринита при РСВ – инфекции составила 7,1±0,1 и 9,4±0,2, при гриппе 5,8±0,3 и 7,5±0,2 дней, соответственно ($p<0,05$).

Благодаря применению препарата анаферон детский удалось сократить сроки пребывания детей в стационаре в среднем на 2 дня. Средняя продолжительность острого периода среди детей, получавших анаферон детский, при РСВ-инфекции составила 7,1±01, в группе плацебо – 9,4± 0,2, при гриппе 5,8± 0,2 и 7,5±0,3 дней, соответственно ($p<0,001$).

Введение препарата способствовало активизации интерферонообразования как при РСВИ, так и при гриппе, что выражалось достоверным повышением содержания всех видов интерферона. У детей на 2 день после начала лечения в среднем продукция ИФН-α увеличивалась в 1,4 раза, ИФН-γ - в 2 раза. Также отмечалась нормализация возникшего в результате инфекции дисбаланса субпопуляционного состава иммунокомпетентных клеток (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20), более выраженного при РСВИ, при этом число детей с нормальным значением иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8) увеличилось в 2,4 раза при РСВ-инфекции и в 2,2 раза - при гриппе.

При приеме анаферона детского не угнеталась, как у детей контрольной группы, а сохранялась или даже повышалась активность образования эпителиальными клетками в носовых ходах секреторного иммуноглобулина А (sIgA). Применение препарата не повышало аллергической настроенности, а даже способствовало ее снижению у детей с проявлениями дермато- или респираторного аллергоза в анамнезе. При этом отмечалось снижение среднего уровня IgE с 68,-7±3,8 КЕ/л до 51,1±3,7 КЕ/л при гриппе и с 58,4±1,8 до 43,1±1,7 КЕ/л при РСВИ ($p<0,05$). Введение анаферона детского также способствовало более раннему прекращению обнаружения вирусных антигенов в носовых ходах детей (уже на 2-3 день после начала лечения), что препятствовало развитию осложнений и внутрибольничных ОРЗ как в стационаре, так и вскоре после выписки ребенка домой, наблюдавшихся примерно в 3 раза чаще у получивших плацебо.

Введение препарата не вызывало нежелательных побочных явлений.

Полученные данные свидетельствуют о хорошей эффективности применения анаферона детского как при лечении гриппа, так и РСВ инфекции у детей от 1 года.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА НА ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО

Горемыкина Е.В., Ковалёв В.В. (Екатеринбург)

Функционально узкий таз (ФУТ) определяет от 20 до 50% перинатальных потерь среди доношенных новорождённых. ФУТ – одна из ведущих причин повреждений центральной нервной системы плода и новорождённого, прямая причина детского церебрального паралича в 10-15% случаев.

Новорождённые при ФУТ относятся к группе «высокого риска», у них часто наблюдается асфиксия при рождении, нарушения мозгового кровообращения, кефалогематомы, реже кровоизлияния в мозг, травмы костей черепа. Прямая механическая травма внутримозговых структур (разрыв намета мозжечка, серповидного отростка, внутрижелудочковые и субдуральные кровоизлияния) при этом встречаются довольно редко, и чаще приходится сталкиваться с опосредованными гипоксически-травматическими повреждениями головного мозга.

При чрезмерной конфигурации головки плода в родах резко возрастает внутричерепное давление, так как затрудняется венозный отток вследствие сужения верхнего сагиттального синуса и непосредственного сдавления вен полушарий мозга. Это приводит к нарушению мозгового кровообращения с развитием ишемии и гипоксии головного мозга. Определённый вклад вносит и локальное нарушение микроциркуляции в местах давления костей черепа не вещество мозга. Поскольку сдавление головного мозга возникает в результате действия механических сил на головку плода, находящуюся в родовых путях, этот фактор можно отнести к родовой травме, а развивающуюся при этом гипоксию к её осложнению или проявлению. Аномалии родовой деятельности, характерные для ФУТ, обусловливают нарушение маточно-плацентарного кровообращения и усугубляют состояние гипоксии.

Постнатальные энцефалопатии вследствие комплексного воздействия повреждающих факторов на центральную нервную систему плода при этой патологии доминируют в структуре детской неврологической заболеваемости, а в крайних случаях интранатальные повреждения приводят к инвалидизации детей. Очевидно, велик вклад ФУТ в развитие минимальных мозговых дисфункций, которые осложняют процессы социальной адаптации ребёнка.

При отсутствии информации о значимости ФУТ в перинатальной патологии на популяционном уровне невозможна разработка эффективных мер по профилактике его неблагоприятных последствий для новорождённых.

Цель работы: эпидемиологическое исследование функционально узкого таза для определения его роли в формировании перинатальной патологии плода и новорождённого.

Материал и методы исследования: тотальный ретроспективный анализ историй новорождённых, перенёсших роды в условиях ФУТ за 1999 год в городе Екатеринбурге. Эти новорождённые составили основную группу. Статистическая обработка созданной базы данных новорождённых проводилась на основе методов описательной статистики на ПЭВМ с использованием стандартных программ (Microsoft Ooffice), критериев различия (t-критерий Стьюдента для сравнения средних величин, U-критерий для сравнения долей процентов).

Всего проанализировано 957 истории новорождённых при ФУТ, из них 703(73,5%) при ФУТ 1 степени, 171(17,8%) при ФУТ 2 степени, 83 (8,7%) при ФУТ 3 степени. В контрольную группу вошли 241 новорождённый. Перинатальные исходы в исследуемых группах были прослежены в течение первых 5 дней жизни новорождённого.

При оценке полового состава детей в основной и контрольной группах были получены неожиданные результаты: в основной группе количество мальчиков (65%) значительно превышало количество девочек (35%), $p<0,001$. В контрольной группе количество мальчиков и девочек практически не различалось: 49,8% и 50,2% соответственно. Это объясняется макросомией, характерной для плодов мужского пола, так как именно макросомия стала ведущей причиной ФУТ в нашем исследовании. Выявленная закономерность позволяет считать мужской пол фактором реального риска по диспропорции головки плода и таза матери.

Важнейшим показателем состояния новорождённого является его оценка по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни. На первой минуте жизни средняя оценка составила 6,3+0,03 балла у детей при ФУТ и 6,8+0,02 баллов в контрольной группе, $p<0,05$. На пятой минуте- 7,5+0,04 в основной группе и 7,9+0,03 в контрольной, $p<0,05$.

При анализе перинатальных исходов при ФУТ, получены следующие результаты. Два ребёнка погибли интранатально при 2 степени несоответствия головки плода и таза матери, 2 ребёнка умерли в раннем неонатальном периоде. Показатель перинатальной смертности составил 4,19%о. 33 ребёнка родились в состоянии тяжёлой гипоксии – 3,2%, при 1 степени несоответствия 11 новорождённых (1,4% от всех детей, родившихся в условиях ФУТ), при 2 степени – 14 (7,6%), при 3 степени – 8 (9%). Однако, несмотря на то, что в состоянии тяжёлой гипоксии в процентном отношении преобладают дети при 3 степени ФУТ, при выписке наблюдалась иная картина.

Диагноз перинатального повреждения ЦНС тяжёлой степени был поставлен 48 детям (4,6%). Из них при 1 степени несоответствия – 39,5%(19), при 2 степени несоответствия – 45,9% (22), при 3 степени несоответствия – 14,6% (7). Таким образом, состояние новорождённых на момент выписке при 3 степени несоответствия улучшилось, тогда как абсолютное количество детей с диагнозом ППЦНС тяжёлой степени при 1 и 2 степенях ФУТ возросло более чем в 1,5 раза.

Таким образом, диагностика ФУТ в процессе родов строится преимущественно на регистрации известных клинических симптомов, часто носит субъективный характер, не даёт возможности выявить умеренные степени несоответствия, что приводит к задержке в определении тактики ведения родов и метода родоразрешения. В результате несвоевременная диагностика не только 2 степени, но и 1 степени ФУТ неблагоприятно влияет на перинатальные исходы среди доношенных новорождённых.

ФОРМИРОВАНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ АКТИВНОЙ ЙОДОПРОФИЛАКТИКЕ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Горюнова Т. П., Черданцева Г. А., Чистякова Г.Н. (Екатеринбург)

Репродуктивная система тонко реагирует на неблагоприятные условия окружающей среды формированием ряда адаптивных реакций, которые при дезадаптации могут приводить к патологическим состояниям. Влияние факторов окружающей среды на здоровье детей в условиях севера остается малоизученным и усугубляется отсутствием профилактики йододефицита, которая чрезвычайно актуальна для нормального функционирования системы “мать-плацента-плод”. Это послужило основанием для изучения развития гуморальных реакций новорожденных в зоне Арктики.

Целью нашего исследования явилась оценка показателей гуморального иммунитета в раннем неонатальном периоде новорожденных пришлого населения в зависимости сроков проживания их матерей в условиях Крайнего Севера и влияния активной йодпрофилактики беременных.

Обследовано 120 доношенных новорожденных, которые были разделены на две группы в зависимости от срока проживания их матерей на Севере.

В 1-ю группу вошли 60 новорожденных от матерей приезжих и проживающих на Севере первые три года, во 2-ю - 60 новорожденных от матерей приезжих и проживающих на Севере более десяти лет. Каждая группа была подразделена на две подгруппы, основная (А) - 30 новорожденных от матерей, получавших во время всей беременности калия йодид (200 мкг/сут) и контрольная (Б) - 30 детей от матерей без профилактики.

Группы и подгруппы рандомизированы по соматической патологии, акушерскому и гинекологическому анамнезу матери с учетом длительности ее пребывания в условиях Крайнего Севера ($p>0,05$).

Исследование показателей гуморального звена проводили в пуповинной крови. Определяли общее количество лейкоцитов, относительное содержание лимфоцитов и показатели гуморального иммунного ответа (CD19+, IgG, ЦИК разной молекулярной массы) с использованием проточной цитофлюориметрии и иммуноферментного анализа.

Для статистической обработки данных использовали электронную версию STAT 1. Анализ результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Таблица

Показатели гуморального звена иммунитета у новорожденных (M±m)

Показатели	Новорожденные от матерей, проживающих на Севере до 3-х лет (n=60)		Новорожденные от матерей, проживающих на Севере до более 10 лет (n=60)		РА	РБ
	I-А (n-30)	I-Б (n-30)	II-А (n-30)	II-Б (n-30)		
Лейкоциты, х109	17,46 ± 0,75	15,77 ± 0,95	16,72 ± 0,50	16,51 ± 1,13		
Лимфоциты,%	45,82 ± 1,10	40,52 ± 1,60*	37,28 ± 0,34	32,16 ± 1,76**	****	***
CD 19+,%	13,75 ± 0,29	13,88 ± 1,14	13,88 ± 1,14	12,51 ± 0,73		
IgG, г/л	7,19 ± 3,45	8,15 ± 7,58	7,24 ± 2,71	7,31 ± 4,28		
ЦИК высокомолекулярные, усл.ед	12,30 ± 0,58	16,73 ± 2,50	23,53 ± 2,36	21,17 ± 2,31	****	
ЦИК среднемолекулярные, усл.ед.	32,87 ± 3,12	38,37 ± 3,39	31,00 ± 2,30**	42,60 ± 3,62		
ЦИК низкомолекулярные, усл.ед.	244,03 ± 9,14	250,20 ± 14,0	298,67 ± 11,30	287,00 ± 18,17	***	

*Примечание:*p<0,05; **p<0,01; *** p<0,001; **** p<0,0001.*

В результате проведенных исследований были установлены статистически значимые различия в относительных показателях количества лимфоцитов, а также высокомолекулярных и низкомолекулярных ЦИК новорожденных с разным сроком проживания их матерей на Севере. Профилактика йододефицита во время беременности калия иодидом оказывала выраженное влияние на концентрацию среднемолекулярных циркулирующих иммунных комплексов.

Формирование гуморального иммунитета плода находится в прямой зависимости от состояния иммунной системы материнского организма, поэтому восполнение дефицита микроэлементов в течение гестационного процесса оказывает положительное влияние на становление иммунитета плода.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ДЕФЕКТАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Гусева О.И. (Нижний Новгород)

Цель исследования. Оценить и выделить факторы, влияющие на выживаемость детей после операции при дефектах передней брюшной стенки.

Материалы и методы. За период с 1997 по 2003 г. в Нижнем Новгороде и области родились 52 ребенка с дефектами передней брюшной стенки: гастрошизис – 30, омфалоцеле – 22. В случаях пренатальной диагностики порока женщины были родоразрешены на базе Перинатального центра. Прооперировано 100% детей с гастрошизисом и 71,4% с омфалоцеле. Лечение проводилось на базах ГЦ областной детской клинической больницы и Городской больницы № 1.

Результаты. В группе родившихся детей пренатальная диагностика гастрошизиса составила 36,7%, омфалоцеле – 32%. Пренатальная диагностика порока способствовала повышению выживаемости после операции (табл.1), так как значительно сокращался интервал между рождением и переводом ребенка в больницу. Наличие сопутствующих аномалий неблагоприятно влияет на исход. Правильная и своевременная их диагностика является важной задачей, позволяющей врачам выбрать оптимальную тактику ведения беременности, а родителям принять окончательное решение о продолжении или прерывании беременности. Частота сопутствующих аномалий в группе детей при омфалоцеле (45,5%) была выше, чем при гастрошизисе (20%). Среди сопутствующих аномалий наиболее существенное влияние на выживаемость оказали сопутствующие пороки желудочно-кишечного тракта и врожденные пороки сердца. При их наличии выжили после операции при гастрошизисе 28,6% и 33,3% детей, при их отсутствии – 87,5% и 63%. При омфалоцеле выжили соответственно при их наличии 0% и 33,3%, при их отсутствии 72,7% и 58,3% детей.

Таблица 1.

Влияние отдельных факторов на выживаемость после операции

	Пренатально диагностирован порок		Масса при рождении		Наличие сопутствующих аномалий	
	Да	Нет	< 2500 г	> 2500 г	Есть	Нет
Гастрошизис	63,6%	57,9%	52,6%	72,7%	50%	62,5%
Омфалоцеле	60%	50%	0%	61,5%	33,3%	66,7%

Выживаемость после операции зависела от массы тела при рождении, особенно при омфалоцеле, где при массе менее 2500 г не выжил ни один ребенок после операции.

Размеры грыжевого содержимого, которые отражают степень висцеро-абдоминальной диспропорции, оказывают влияние на исход. Если размер эвентрированных органов был более 5 см, выжили после операции 36,4% при гастрошизисе и 50% при омфалоцеле. При размерах грыжевого содержимого менее 5 см выжили 73,7% и 60% соответственно. При больших размерах грыжевого содержимого был выше процент послеоперационных осложнений.

Совершенствование хирургической техники, применение современных антибиотиков, использование современной дыхательной аппаратуры, парентеральное питание способствовали повышению выживаемости детей, как в целом, так и при изолированной патологии при дефектах передней брюшной стенки (табл. 2).

Таблица 2.

Влияние развития хирургической техники на выживаемость после операции

	Группа в целом		Изолированная патология	
	1997-2000г	2001-2003г	1997-2000г	2001-2003г
Гастрошизис	58,8%	61,5%	53,8%	72,7%
Омфалоцеле	37,5%	71,4%	50%	80%

Заключение. В связи с влиянием пренатальной диагностики и наличия сопутствующих пороков развития на выживаемость детей после операции, необходимо проводить скрининговое ультразвуковое исследование в центрах пренатальной диагностики или перинатальных центрах для повышения качества и точности обследования. Показано проведение допплерэхокардиографии, особенно при наличии омфалоцеле. Рекомендовать пролонгирование беременности можно после исключения сопутствующей патологии. После диагностики порока в случаях пролонгирования беременности показано ультразвуковое исследование в динамике для оценки размеров эвентрированных органов и выбора оптимального метода родоразрешения. Хирурги в ходе пренатального консультирования должны информировать родителей о реальных возможностях хирургической помощи и возможных осложнениях в послеоперационном периоде.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ И ВЛИЯНИЕ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ АГАПУРИНА, АКТОВЕГИНА, ЦЕРЕБРИЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Дегтерева Н.В., Кудашов Н.И. (Москва)

Исследование ученых, проводимые в последнее время во всем мире, доказывают, что лишь небольшой процент патологии ЦНС у новорожденных связан с процессом родов. Чаще эта патология является следствием хронических заболеваний матери или инфекций новорожденных.

Среди внутриутробных инфекций значительно возросла частота хламидийной, микоплазменной, цитомегаловирусой, герпесвирусной инфекций. Установлено, что при любой из этих инфекций у беременной женщины развивается плацентит. Плацентит сопровождается плацентарной недостаточностью.

У подавляющего большинства серопозитивных детей, находившихся в отделении патологии новорожденных НЦ АГ и П РАМН и имевших в анамнезе нарушение компенсаторной функции плаценты была выявлена неврологическая симптоматика. Клинические данные этих детей мы сопоставили с объективными методами обследования: ультразвуковой краниографией и транскраниальной допплерографией.

Было обследовано 113 новорожденных с внутриутробной инфекцией, имевших структурные поражения головного мозга: субэпендимальные кровоизлияния и кисты, минерализационную васкулопатию, кальцификаты, отек и набухание вещества головного мозга.

При транскраниальном допплерографическом исследовании кровотока в магистральных артериях головного мозга были выявлены существенные изменения параметров церебральной гемодинамики у 67% детей, причем преобладали низкие скорости кровотока.

Это потребовало раннего включения в терапию вазотропных препаратов. Мы использовали агапурин, актовегин, церебрил. Положительный эффект, подтвержденный допплерографически, в виде повышения скоростей мозгового кровотока мы наблюдали в 43% случаев при применении агапурина, в 36% случаев при использовании актовегина и в 54% случаев при применении церебрила.

Терапевтическое действие исследуемых препаратов выражалось в появлении сосательного рефлекса у детей с отсутствием этого рефлекса, в повышении уровня церебральной активности, мышечного тонуса и рефлексов новорожденных, в нарастании спонтанной двигательной активности, исчезновении тремора. В среднем на 1 неделю уменьшился койко-день.

Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать раннее назначение вазотропных и ноотропных препаратов новорожденным детям с церебральными повреждениями и внутриутробной инфекцией с целью защиты нервной ткани от ишемических повреждений.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕВОЧЕК ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Елгина С.И., Ушакова Г.А., Кочергина Ю.В. (Кемерово)

В последние годы особое внимание привлечено к проблеме становления репродуктивной системы в антенатальном периоде. Это связано с исключительной важностью этого периода для последующего развития и функционирования как организма в целом, так и для формирования одной из важнейших функций – воспроизводства потомства. Именно во внутриутробном периоде часто формируется основа будущей патологии. Однако у новорожденных диагностируется лишь грубая патология, она касается состояния наружных половых органов. Другие виды, часто очень серьезной патологии репродуктивной системы, у новорожденных не диагностируются. Это связано с тем, что клинические и лабораторные (гормональные) критерии системы репродукции новорожденных практически не разработаны.

Целью настоящего исследования явилось определение функционального состояния (гормональных показателей) репродуктивной системы новорожденных девочек при физиологической и осложненной гестозом беременности. Учитывая возможную зависимость гормональных показателей репродуктивной системы новорожденных от эндокринной системы материнского организма, проведено параллельное исследование аналогичных гормонов матери и новорожденной, изучен характер корреляций между ними. Обследовано 83 женщин и их новорожденных (50 девочек – рожденных при физиологической беременности и 33 девочки - при осложненной гестозом беременности). Исследование проведено на базе городской клинической больницы №3 и перинатального областного центра. Определены основные тиреотропно-тиреоидные и гонадотропно-гонадные гормоны: ТТГ, Т3, Т4, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон в сыворотке крови у женщин и детей методом иммунно-ферментного анализа с использованием тест-систем фирмы ЗАО «Алкор-Био» (г.Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны с помощью пакета программ «STATISTICA for Windows 6.0». Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних в двух сравниваемых группах проводили с помощью непараметрического U–критерия Манна-Уитни для независимых выборок. Сравнение относительных величин проводилось с помощью параметрического t-критерия Стьюдента и F-критерия Фишера для относительных величин. Нулевую гипотезу отвергали при $p>0,05$. Исследование взаимосвязи между количественными показателями гормонов матери и новорожденной осуществляли при помощи парного коэффициента корреляции Спирмана (r) и регрессионного анализов.

Содержание тиреотропно-тиреоидных и гонадотропно-гонадных гормонов в сыворотке крови матери и новорожденных девочек с учетом течения беременности представлено в таблице.

Таблица

Содержание тиреотропно-тиреоидных и гонадотропно-гонадных гормонов в сыворотке материнской и пуповинной крови новорожденных девочек в зависимости от течения беременности

Гормональные показатели	Новорожденные девочки при физиологической беременности, M±m		Новорожденные девочки при осложненной гестозом беременности, M±m		Достигнутый уровень значимости, p		
	Материнская кровь	Пуповинная кровь	Материнская кровь	Пуповинная кровь	p	p	p
	1	2	3	4	1;2	3;4	2;4
ТТГ нмоль/л	2,51±0,30	5,98±0,54	2,26±0,37	6,94±0,66	=0,0001	=0,0001	=0,14
Т3 нмоль/л	2,56±0,20	1,41±0,13	2,55±0,18	1,20±0,14	=0,0001	=0,0001	=0,21
Т4 нмоль/л	207,12± 13,65	138,91± 9,36	205,40± 15,21	158,49± 12,89	=0,0001	=0,13	=0,09
ФСГ мМе/л	1,90±0,41	0,64±0,19	1,61±0,51	0,26±0,04	=0,64	=0,29	=0,01
ЛГ мМЕ/л	4,98±1,12	1,35±0,38	2,25±0,49	0,66±0,14	=0,0001	=0,0007	=0,20
Эстрадиол нг/мл	12030,71 1508,87	16997,33 1711,14	9065,98 ±1195,90	12310,04 1722,49	=0,017	=0,32	=0,08
Тестостерон нмоль/л	16,49±8,00	28,21± 1,93	8,46±1,92	29,41± 1,76	=0,0001	=0,0001	=0,98
Прогестерон нмоль/л	405,94± 52,7	386,59± 51,70	343,74± 59,46	506,39±7 2,60	=0,89	=0,08	=0,38

Исследование состояния тиреотропно-тиреоидной системы матери и новорожденной при физиологической беременности показало, что уровень ТТГ в материнской крови был статистически значимо ниже, показатели тиреоидных гормонов (Т3 и Т4) – статистически значимо выше, чем у новорожденных.

При исследовании корреляций между материнскими и плодовыми тиреотропными и тиреоидными гормонами не обнаружено связи между ТТГ ($r=0,20$; $p=0,149$), Т3 ($r=0,005$; $p=0,972$) и Т4 ($r=-0,02$; $p=0,839$).

Статистически значимые различия между содержанием ТТГ и тиреоидных гормонов в сыворотке крови матери и новорожденных девочек позволяют сделать вывод о том, что к моменту рождения тиреотропно-тиреоидная система плода функционирует, в определенной степени, автономно.

При осложненной гестозом беременности в тиреотропно-тиреоидной системе матери и плода выявлена тенденция, что и при физиологической беременности, однако – превышение показателя Т4 сыворотки материнской крови над аналогичным показателем пуповинной крови не является статистически значимым.

При исследовании корреляций между материнскими и плодовыми тиреотропными и тиреоидными гормонами, при осложненной гестозом беременности, связи между ТТГ (r =0,33; p=0,060), Т3 (r =0,34; p=0,049) и Т4 (r =0,17; p=0,340) также не обнаружено.

При исследовании функционального состояния гонадотропно-гонадной системы новорожденных девочек при физиологической беременности выявлены статистически значимые различия в содержании ЛГ и отсутствие - в содержании ФСГ. При этом отмечалась следующая закономерность: уровень материнского ЛГ превышал - плодовый.

Стероидные половые гормоны девочек при физиологической беременности, статистически достоверно превышали аналогичные гормоны их матерей, и только в содержании прогестерона различий выявлено не было. Высокое содержание эстрадиола и тестостерона у новорожденных девочек в сравнении с материнскими, по-видимому, связано с участием плаценты в выработке этих гормонов.

При исследовании взаимосвязи между аналогичными половыми гормонами матери и новорожденных девочек при физиологической беременности выявлена статистически значимая прямая связь средней между эстрадиолом (r=0,48; p=0,0004) и тестостероном (r=0,61; p=0,001), и ее отсутствие между ЛГ (r=0,16; p=0,246) и ФСГ (r=0,19; p=0,176).

При исследовании функционального состояния гонадотропно-гонадной системы новорожденных девочек при осложненной гестозом беременности обнаружена такая же закономерность, как при физиологической беременности (достоверное превышение показателя материнского ЛГ над новорожденной, отсутствие различий в содержании ФСГ).

Показатели стероидных гормонов матерей и новорожденных девочек при осложненной гестозом беременности не отличались как по содержанию прогестерона, так и эстрадиола.

Не установлена взаимосвязь между половыми гормонами матерей и девочек, рожденных при осложненной гестозом беременности: между ЛГ (r =0,25; p=0,166), эстрадиолом (r =0,18; p=0,289) и тестостероном (r =0,30; p=0,085), однако имеется статистически значимая прямая связь средней силы между ФСГ (r =0,48; p=0,005).

При сравнении содержания гонадотропно-гонадных и тиреотропно-тиреоидных гормонов девочек при физиологической и осложненной гестозом беременности, различия в содержании гормонов не обнаружены, кроме ФСГ. Последний, вместе с ЛГ, является ключевым гормоном в стимуляции продукции половых стероидов, оказывая непосредственное влияние на активацию стероидогенеза в яичниках. Изменение секреции ФСГ отражает нарушение функции единой системы гипоталамус - гипофиз - гонады.

Важным является вопрос, формируются ли внутриутробно взаимосвязи между гипофизом и периферическими эндокринными железами. У девочек при физиологической беременности не установлено корреляции между ФСГ и эстрадиолом (r = 0,09; p = 0,515), между ФСГ и прогестероном (r = - 0,18; p = 0,406), между ФСГ и тестостероном (r = - 0,35; p = 0,012). Не установлено корреляции между ЛГ и эстрадиолом (r = - 0,14; p = 0,317), ЛГ и прогестероном (r = 0,13; p = 0,553), ЛГ и тестостероном (r = - 0,39; p = 0,005).

При осложненной гестозом беременности не установлено корреляции между ФСГ и эстрадиолом (r = 0,11; p = 0,538), между ФСГ и прогестероном (r = - 0,18; p = 0,406), между ФСГ и тестостероном (r = - 0,36; p = 0,035). Не установлено корреляции между ЛГ и эстрадиолом (r = -0,21; p = 0,229), ЛГ и прогестероном (r = 0,13; p = 0,553), ЛГ и тестостероном (r = -0,05; p = 0,781).

Таким образом, исследование гормональных показателей и нейроэндокринных взаимоотношений системы репродукции новорожденных дают основание считать, что к моменту рождения ребенок имеет свои собственные гормоны, отличающиеся от материнских по величине. Это позволяет использовать их как стандарты при характеристике тиреотропно-тиреоидной и гонадотропно-гонадной системы новорожденных.

При гестозе имеет место сочетание неблагоприятных факторов, влияющих на течение беременности и внутриутробное развитие плода. Практически у всех детей в той или иной степени имеют место гормональные нарушения, дисбаланс тироетропно-тиреоидной и гопизароно-гонадной систем. Формирование функциональных взаимоотношений между гипофизом и половыми железами новорожденной нельзя считать доказанным.

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИНУСОВОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зурхолова Х.Р., Худойкулова Н.Х., Разыкова Г.С. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Перинатальная гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) является частым осложнением патологии беременности и родов, диагностируется у новорожденных до 5% случаев (Барашнев Ю.И. 2001г).

Энцефалопатия у новорожденных с малой массой относительно их гестационного возраста (задержка внутриутробного развития ЗВУР) имеет более плохой прогноз в неврологическом аспекте. Неблагоприятное влияние перинатальной гипоксии проявляется развитием гемодинамических и метаболических нарушений в миокарде. Одним из ведущих патофизиологических механизмов нарушения сердечного ритма является нарушение нейрогенной регуляции сердечного ритма приводящие к электрической нестабильности миокарда. Немаловажное значение в генезе нарушения сердечного ритма имеет вегетативный дисбаланс, обусловленный повышением тонуса симпатической нервной системы (Яцык Г.В 1998 год, Тюкова Н.В 2000 год).

Целью нашей работы явилось изучение особенностей нарушений сердечного ритма у новорожденных с ЗВУР.

Материалы и методы

Основываясь на методе кардиоинтервалографии (КИГ), нами проведено изучение вегетативной регуляции сердечного ритма у 35 новорожденных с ЗВУР. Тяжелую форму поражения ЦНС имели 24, оценка по шкале Апгар у которых составила 0-4 балла. Поражение ЦНС средней степени было выявлено у 11 детей, с оценкой по Апгар 5-6 баллов.

Запись кардиоинтервалограммы проводилась на электрокардиографе “Малыш”, во втором стандартном отведении и при скорости движения ленты 50 мм/сек, с регистрацией 100 последовательных кардиоциклов (R-R). Регистрация проводилась в положении ребенка лежа на спине после десятиминутного отдыха, до проведения различного рода травмирующих манипуляций. Определены основные показатели, имеющие определенный физиологический смысл; Мо (мода) - характеризует гуморальный канал регуляции ритма сердца. АМо (амплитуда моды) - отражает активность симпатического отдела вегетативной нервной системы. Дх (вариационный размах) – характеризует работу парасимпатической нервной системы. ИН (индекс напряжения) – отражающий степень напряжение регуляторных механизмов организма.

Результаты и обсуждения

В результате исследования выявлено, что у 28 (80%) женщин беременность осложнилась хронической внутриутробной гипоксией, протекавшей на фоне анемии 91%, гестоза 68,5%, угрозы прерывания беременности в различных сроках 26,7%, урогенитальной инфекции 20%, плацентарной недостаточности 19%. В интранатальном перио-

де состояние острой гипоксии, было обусловлено преждевременной отслойкой плаценты в 17,1%, обвитием пуповины вокруг шеи 96%, а также применением акушерских пособий 42,8%. Сочетание двух и более повреждающих факторов определено у 2/3 детей.

Неблагоприятное течение периода ранней неонатальной адаптации, определено у 71% новорожденных, которая характеризовалась наличием транзиторных состояний, высоким процентом максимальной убыли массы тела (более 15%), коньюгационной гипербилирубинемией и дыхательными расстройствами.

Поражение ЦНС зачастую имели гипоксический и травматический генез, клинически который проявлялся общемозговыми нарушениями, угнетением функции нервной системы 28,6% и повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью, двигательными расстройствами, гипертензионно-гидроцефальным синдромом – 35,7%.

У 16 детей, на нейросонограмме были определены внутрижелудочковые кровоизлияния.

Проведя оценку вегетативного статуса детей, с поражением мозга на фоне ЗВУР различной степени тяжести, установлено, что значение моды (Мо) составило 0,36±0,01 сек; (АМо) – 38,51±2,01%. Полученные результаты дают основания утверждать о том, что у этих детей, превалирует активность симпатического отдела нервной системы. В то время как показатель (Дх)= 0,08±0,04 свидетельствует о снижении уровня парасимпатической активности, при значении ИН 672,02±96,90 усл. ед., еще раз подтверждающий гиперсимпатикотоническое состояние регуляторных механизмов организма детей.

Таким образом, изменение показателей вегетативной регуляции сердечной деятельности у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, свидетельствует о повышении тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Причинно-следственным фактором гиперсимпатикотонии является перенесенная анте - и интранатальная гипоксия. Отражением повреждающего действия гипоксии на миокард является появление клинических и электрокардиографических признаков нарушения сердечного ритма у новорожденных детей.

Выводы:

1. Перенесенная хроническая и острая перинатальная гипоксия, является патогенетически значимым фактором, развития нарушения сердечного ритма.
2. Изменение показателей вегетативной регуляции сердечного ритма свидетельствует о существенном повышении тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.
3. Полученные результаты состояния вегетативного тонуса, позволят более дифференцированно подходить к подбору патогенетической терапии.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА И ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ

Иванова Н.А., Гуменюк Е.Г. (Петрозаводск)

Среди всех неврологических заболеваний в детском возрасте гипоксические поражения центральной нервной системы (ЦНС) в перинатальном периоде занимают ведущее место. Перинатальная гипоксия является причиной 30-80% повреждений ЦНС у плода и новорожденного, которые в свою очередь приводят к различным нарушениям соматического и нервно-психического развития детей, причем степень выраженности этих патологических отклонений зависит от тяжести и длительности внутриутробной гипоксии.

Беременности, возникающие и протекающие на фоне острых и хронических заболеваний, часто сопровождаются формированием фетоплацентарной недостаточности, которая в большинстве случаев приводит к развитию хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВГП). ХВГП, возникающая под влиянием различных вредно действующих факторов, нарушает развитие сосудистой сети мозга, ферментативные и биохимические реакции в нервной системе, синтез и усвоение аминокислот клетками мозга и в нервной ткани. Внутриутробная гипоксия сопровождается включением компенсаторных механизмов и перераспределением крови с улучшением кровоснабжения жизненно-важных органов плода. Изменения, наблюдающиеся при ХВГП, обусловливают резкое снижение компенсаторных возможностей ЦНС в последующем, а функционально-морфологические изменения в сосудах ЦНС становятся основой для вторичных расстройств мозговой гемодинамики в условиях родового стресса. В интранатальном периоде неблагоприятное течение родов способствует ухудшению мозгового кровотока и развитию внутричерепных кровоизлияний у новорожденных. Асфиксия, регистрируемая у новорожденных, очень часто является лишь продолжением гипоксии, начавшейся еще во внутриутробном периоде.

Хорошо известны исходы гипоксических поражений ЦНС, которые носят весьма разнообразный характер: от минимальных мозговых дисфункций до грубых двигательных и интеллектуальных расстройств. В связи с этим проблема гипоксических перинатальных поражений ЦНС плода и новорожденного до настоящего времени остается актуальной.

Основная цель работы - оценка влияния хронической внутриутробной гипоксии плода на состояние ЦНС плода и новорожденного, а также влияния родового процесса на уже страдающий внутриутробный плод. Известно, что одним из маркеров, широко используемых в клинической практике для определения ХВГП, является оценка биомониторного контроля (БМК). Нами изучено течение беременности и родов при наличии ХВГП, которая выявлялась на основании сниженных компенсаторных возможностей плода по БМК (оценка по Фишеру 7 баллов и меньше).

Был проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 83 женщин. Все беременные были разделены на 3 группы в зависимости от степени поражения ЦНС плода и новорожденного. В 1-ой группе (44 случая) новорожденные имели перинатальное поражение ЦНС (ПП ЦНС) легкой степени, во 2-ой группе (19 случаев) диагностировано ПП ЦНС средней и тяжелой степени. В 3-ю группу (20 случаев) были включены новорожденные без клинической картины перинатального поражения ЦНС.

Социально-экономический статус беременных заметно различался. Неработающие женщины составили 34,1% в 1-й группе, 21,0% во 2-й группе. В 3-ей группе все женщины работали. Курение было отмечено у 25,0% беременных в 1-й группе, у 31,6% - во 2-й группе. В 3-й группе курящих женщин не было. Средний возраст пациенток существенно не различался во всех группах, однако в 1-й и 2-й группах каждая пятая беременная оказалась старше 30 лет. Известно, что более старший возраст беременных может приводить к формированию первичной фетоплацентарной недостаточности с последующим развитием ХВГП. Низкий социальный статус беременных в 1-й и 2-й группах привел к развитию дефицита массы тела у 22,7% беременных в 1-й группе и у 15,8% - во 2-й группе. В ранее опубликованных работах мы показали, что неблагоприятно действующие преконцепционные факторы приводят к более выраженной внутриутробной гипоксии плода, плохо поддающейся терапии и ведущей к более тяжелым последствиям для новорожденного. Из соматических заболеваний в 1-й и 2-й группах чаще отмечены заболевания щитовидной железы по сравнению с группой сравнения (20,5%, 31,6% и 10,0%), гипертензия различного генеза, существовавшая до беременности (20,5%, 31,6% и 10,0% соответственно). Частота гинекологических заболеваний в анамнезе во всех группах не имела достоверных различий.

Течение первой половины беременности в исследуемых группах существенно не различалось. Наиболее часто отмечены угроза прерывания беременности (36,4%, 26,3% и 40,0%), железодефицитная анемия (27,3%, 15,8% и 10,0% соответственно). Во второй половине беременности сохранялись угроза прерывания беременности (36,4%, 15,8% и 10,0%) и клинико-лабораторная картина анемии (47,7%, 68,4%, 50,0%). Отеки беременных имелись у 13,6%, 21,0% и 40,0% пациенток соответственно. Тяжелый гестоз отмечен только у беременных 1-й и 2-й групп: преэклампсия легкой степени тяжести (22,7% и 36,8%), тяжелая преэклампсия (4,5% и 5,3%). Многоводие или маловодие было отмечено только у беременных 1-й и 2-й групп

(15,9% и 15,8%). Таким образом, у большинства беременных 1-й и 2-й групп течение антенатального периода носило неблагоприятный характер, что могло отразиться на условиях внутриутробного существования плода.

В большинстве случаев во всех группах имело место спонтанное начало родов (84,1%, 57,9% и 50,0%). Индуцированные роды были у 15,9%, 10,5% и 30,0% женщин соответственно. Плановое кесарево сечение проведено только у 20,0% беременных 3-й группы. Во 2-й группе беременных в 31,6% случаев прибегали к срочному кесареву сечению по поводу ухудшения состояния внутриутробного плода. Осложнения в родах, которые могли способствовать ухудшению состояния плода, также чаще имели место у пациенток 1-й и 2-й групп. Быстрые и стремительные роды отмечены в 25,0% случаев в 1-й группе, в 26,3% - во 2-й и отсутствовали в 3-й группе. Прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода в родах зарегистрирована у 11% рожениц в 1-й группе, у 26,3% - во 2-й и в 10,0% в 3-й группе. Клинически узкий таз диагностирован в 4,5% случаев в 1-й группе и в 5,3% - во 2-й группе. Обвитие пуповины или короткая пуповина, которые могли послужить причиной ХВГП, отмечены в 25,0%, 21,0% и 30,0% случаев соответственно. Мекониальные воды отмечены в 13,6%, 52,6% и 20,0% родов.

При проведении БМК в родах снижение компенсаторных возможностей плода было выявлено у 43,2% рожениц в 1-й группе, 47,3% - во 2-й группе и только у 20,0% в 3-й группе. Оценка по шкале Апгар через 1 минуту 8-10 баллов отмечена у 52,3% новорожденных в 1-й группе, 42,1% - во 2-й группе и 70,0% - в 3-й группе. Оценка 6-7 баллов имела место у 36,4%, 52,6%, 30,0% новорожденных соответственно. Оценка 5 баллов и менее была у 11,4% новорожденных в 1-й группе и 5,3% - во 2-й группе. Новорожденные в 1-й и во 2-й группах чаще имели сопутствующую патологию: гипотрофию плода (22,7% и 10,5%), кефалогематому (20,5% и 10,5%), синдром дыхательных расстройств (2,3% и 15,8%). Внутричерепные кровоизлияния имелись только у новорожденных во 2-й группе (21,1%).

Из представленных данных видно, что выявляемая при беременности ХВГП не во всех случаях приводит к перинатальному поражению ЦНС. Прогностически опасным оказывается наличие неблагоприятных преконцепционных факторов, хроническая внутриутробная гипоксия плода, возникающая на фоне осложнений беременности, осложненное течение родового акта, а также их различные сочетания. Возможно, что сниженные компенсаторные возможности плода являются результатом другой патологии (внутриутробная инфекция, тяжелые формы гестоза и др.). Очевидно, что течение родов оказывает существенное влияние на состояние новорожденных, которые страдали уже в антенатальном периоде. Наибольшее количество осложнений в родах отмечалось в группах, где новорожденные в дальнейшем имели клиническую картину ПП ЦНС, хотя БМК-признаки внутриутробного страдания плода были у всех обследованных беременных. Для снижения перинатальной заболеваемости необходимо тщательно планировать оптимальный метод родоразрешения. В ряде случаев своевременно выполненное кесарево сечение может исключить неблагоприятное влияние родового акта на антенатально страдающий плод, и возможно, предотвратить поражение центральной нервной системы.

ФОСФОЛИПИДНЫЙ СПЕКТР ТКАНИ ЯИЧНИКОВ И ТЕСТИКУЛ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ишпахтин Г.Ю., Стрельцова В.Л., Мосолов К.В., Матюшкина Л.С. (Владивосток)

Фосфолипидный спектр исследовался в ткани яичников и тестикул плодов, родившихся от срочных родов в головном предлежании (14 плодов) и тазовом предлежании (6 плодов). При этом беременность у них протекала без патологий, а смерть наступила в результате острой гипоксии плода: тугое обвитие пуповины, задержка последующей головки плода при тазовом предлежании, выпадение петель пуповины, угроза разрыва матки по рубцу, которые не могли отразиться на результатах нашего исследования.

Экстракция липидов проводилась по методу Фольча с соавторами, который обеспечивает максимальный выход липидов, не изменяя их структуру. Вытяжку проводили смесью хлороформа и метанола в соотношении 2:1 из расчета 5 мл смеси на 1 г ткани. Микротонкослойная хроматография фосфолипидов проводилась на отечественном силикагеле марки «КСК» по методу В.И. Светашева и В.Е. Васьковского (1972). Метод является высокоэффективным и используется в зарубежной практике при научных и клинических исследованиях липидного обмена. Фотометрирование проводили на спектрометре «Specol» с приставкой ЕКА.

Были определены следующие фосфолипиды: лизофосфатидилхолин (ЛФХ), сфингомиелин (СМ), фосфотидилхолин (ФХ), лизофосфатидилэтаноламин (ЛФЭ), фосфотидилсерин (ФС), фосфотидинэтаноламин (ФЭ), фосфотидилинозит (ФИ), дифосфотидинглицерин (ДФГ). Основными по составу фосфолипидами являются СМ, ФХ, ФЭ, обладающие малой метаболической активностью. ФИ, ДФГ, ФС, ЛФХ, ЛФЕ – являются метаболически активными, хотя их количество находится в пределах от 1 до 14%.

При сравнении фосфолипидного спектра в яичниках и яичках плодов, рожденных в головной и тазовом предлежании, выявлено, что процентное содержание СМ, ФХ, ЛФХ, ЛФЭ. При тазовом предлежании содержание ЛФХ выросло с 1,87 0,1 до 4,09 0,2 мкмоль/л ($P < 0,05$), а концентрация ФИ упала с 8,38±0,4 до 4,51±0,2 мкмоль/л ($P < 0,05$). Уровни ФС и ДФГ выросли с 5,93±0,4 до 7,47±0,7 мкмоль/л (ФС), и с 3,10±0,2 до 4,34±0,3 (ДФГ) мкмоль/л.

Следовательно, тазовое предлежание при физиологическом течении беременности является фактором, изменяющим липидный обмен в тканях яичников и тестикул плода.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ НИКОТИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Каганова Т.И., Черкасова С.В., Черкасов С.Н. (Самара)

Табакокурение как угроза здоровью на национальном уровне в настоящее время вызывает не только озабоченность правительств большинства стран мира, но требует решительных действий в глобальном масштабе.

С целью изучения влияния пренатального воздействия табачного дыма на состояния плода и новорожденного нами обследовано 89 беременных с хронической никотиновой интоксикацией и в качестве сравнения 93 здоровых женщин в период гестации. В основной и сравниваемой группах беременные подбирались однородные по возрасту, проживанию в одном городе, перенесенным в детстве заболеваниям и паритету родов, что позволило считать указанные группы идентичными. Из наших данных следует, что курение было распространено среди беременных всех возрастов, преимущественно в молодом возрасте.

Изучение социальных характеристик исследуемых групп показало, что среди женщин с никотиновой интоксикацией преобладали беременные, имеющие низкий уровень образования, более половины женщин (51.7%) не работали или были заняты тяжелым физическим трудом, 60.7% не состояли в зарегистрированном браке, большинство из них были одинокими, тогда как в сравниваемой группе 75,3% женщин имели семью.

Интерес представляет изучение длительности хронической никотиновой интоксикации у беременных женщин к моменту родов. Из 89 беременных 33 (37.0%) курили более 10 лет, 37 (41.6%) - в течение 5 лет и 19 (21.4%) до 3 лет, что существенно могло отразиться на состоянии плода и новорожденного.

При изучении акушерского анамнеза отмечается, что у женщин с хронической интоксикацией почти в 3 раза чаще наблюдалось самопроизвольное прерывание беременности ($p<0.05$), в 5 раз – преждевременные роды ($p<0.01$) и почти в 10 раз - мертворождаемость ($p<0.01$). Из первородящих каждая третья (31,5%) имели перед родами непланируемые беременности, заканчивающиеся искусственным прерыванием их, что еще более ухудшает состояние здоровья, как самой женщины, так и рождаемых ею детей.

Сравнительное изучение течения беременности у данных групп женщин следует, что у беременных с хронической никотиновой интоксикацией в 4 раза чаще возникают ранние токсикозы ($p<0.05$) и в 4,5 раза чаще гестозы ($p<0.05$), которые протекали к тому же в 6 раз в более тяжелых формах. Анемия беременных, осложняла течение беременности в 2 раза чаще ($p<0.05$) и в 1,5 раз чаще угроза прерывания беременности ($p<0.05$), отмеченная на разных сроках гестации.

При осложненном течении беременности женщины с никотиновой интоксикацией проявляли сниженную медицинскую активность. Так, рано, в сроках до 12 недель, обратились к врачу на диспансерное наблюдение по поводу беременности лишь 16 (18,0%) женщин. Более половины - 46 (51,7%) явились в женскую консультацию в поздних сроках беременности, а третья часть основной группы беременных - 27 (30,3%) отказались от наблюдения врачом, что создавало трудность провести своевременно обследование и лечение. При этом 3 (3,4%) женщины отказались и от медицинской помощи во время родов, когда была огромная опасность для новорожденного.

Беременность у женщин с хронической никотиновой интоксикацией закончилась преждевременными родами в 5 раз чаще по сравнению со здоровыми. Роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод (63,1%), роды протекали быстро или стремительно, что создавало опасность возникновения родовых травм плода.

У женщин с никотиновой интоксикацией родилось 89 новорожденных, с преобладанием плодов мужского пола: мальчики составили 57,3% (51) и девочки 42,7% (38).

Наши наблюдения показали, что по сравнению со здоровыми женщинами при никотиновой интоксикации рождаются дети почти в 3 раза чаще с малой массой, причем детей с признаками гипотрофии в 4 раза больше. У женщин, страдающих хронической никотиновой интоксикацией, лишь 69,7% новорожденных рождаются в удовлетворительном состоянии, а каждый третий (30,3%) в состоянии асфиксии, то есть в 3 раза чаще, по сравнении со здоровыми, что связано с неблагоприятным влиянием хронической интоксикации матери на состояние новорожденного.

Последующее развитие детей в раннем неонатальном периоде протекало с нарушением адаптации. Наблюдалась быстрая утомляемость при сосании груди, кожные покровы отличались сухостью и шелушением. Физиологическая потеря в массе наблюдалась более выраженной, чем у здоровых детей, составив 9,8+0,7%. Кривая массы тела имела волнообразный характер, восстановление ее происходило медленно в основном на 7-8 день, что определило длительность пребывания детей в родильном доме, составив в среднем 7-9 дней. У 26 (29,2%) новорожденных данной группы наблюдались клинические симптомы: общая вялость (90,3%), бледность или цианоз кожных покровов (61,7%), отечность или повышенный тургор тканей (87,9%). Мышечная гипотония и снижение физиологических рефлексов (78,4%), снижена их способность к терморегуляции.

Период адаптации к внеутробной жизни у новорожденных от некурящих женщин протекал в основном без особенностей. Состояние здоровья за время пребывания в родильном доме оставалось удовлетворительным, физиологическая потеря в массе составила не более 200 г, и восстановление ее произошло к пятому дню жизни, что позволило произвести выписку таких детей из родильного дома на 4- 5 сутки.

Таким образом, проведенный нами анализ свидетельствует, что хроническая никотиновая интоксикация во время беременности нередко оказывает неблагоприятное влияние на организм новорожденного, вызывая в 2 раза чаще его заболевания, ухудшая тем самым, течение периода новорожденности и ослабляя состояние ребенка.

НОВОРОЖДЕННЫЕ И ИХ АДАПТАЦИЯ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОЙ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ У МАТЕРЕЙ

Картузов В.И., Затовка Г.Н. (Калининград)

Снижение перинатальных потерь является одной из самых главных задач акушерства и перинатологии. В современных условиях одной из причин таких потерь являются инфекционные поражения женских половых органов, среди которых ведущую роль играет микст-инфекция, представляющая собой колонизацию гениталий беременных женщин несколькими видами возбудителей в различных сочетаниях: вирусов, бактерий, грибов, простейших.

С целью изучения особенностей состояния при рождении и течения раннего неонатального периода у детей от матерей с генитальной микст-инфекцией, нами было обследовано 110 доношенных новорождённых, родившихся в Калининградском областном родильном доме №1. Проводилась клиническая оценка состояния ребёнка при рождении, исследование крови на наличие иммуноглобулинов классов G и M методом ИФА, нейросонография и контроль уровня билирубина крови в динамике.

Матери всех детей были обследованы двукратно: при сроке беременности 28-32 недели и непосредственно перед родами. Помимо стандартных акушерских клинико-лабораторных методов исследования проводилось ультразвуковое сканирование, кардиотокография, допплерометрия маточно-плацентарного кровотока, гистоморфологическое исследование последа. В динамике гестационного процесса обследуемым женщинам в совокупности с идентификацией возбудителей молекулярно-биологическими методами, проводилась серодиагностика с определением в крови специфических антител классов IgG – «анамнестических» и IgM – «острых», что позволяло диагностировать первичное инфицирование, рецидив или ремиссию инфекционного процесса. Также проводилось исследование отделяемого цервикального канала на наличие вирусной ДНК методом полимеразной цепной реакции.

Группы новорожденных формировали в зависимости от наличия и характера течения генитального инфекционного процесса у матерей во время беременности. В основную группу были включены 70 детей от матерей с генитальной микст-инфекцией, из которых были сформированы две подгруппы (первая – новорождённые, матери которых перенесли обострение генитальной инфекции во время беременности, вторая – 35 детей от матерей, чья беременность протекала на фоне персистирующего инфекционного процесса без диагностированных случаев его обострения во время гестации). 40 детей, рождённых женщинами, при обследовании которых инфекционного поражения генитального тракта выявлено не было, составили группу контроля.

Результатом осложнённого течения беременности, увеличения числа осложнённых родов, развития в высоком проценте случаев фето-плацентарной недостаточности (ФПН) и формирования задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) у женщин с генитальной микст-инфекцией, явились значительные различия в состоянии здоровья новорожденных детей.

Средняя масса тела детей 1 группы была несколько ниже, чем в остальных группах и составила 3246,6±112,5гр., во 2 группе –3374,1±126,2гр., в группе сравнения –3588,2±138,4гр. Снижение массы тела более чем на 6% чаще наблюдалось в основной группе. Так в 1 группе таких детей было 15 – 31,3%, во второй 9 – 22,5%, в группе контроля всего трое – 7,2% ($p<0,05$). Восстановление показателей первоначальной массы тела в основной группе также было более длительным, чем в группе контроля (в среднем 8,24±0,04 дней в основной и 6,18±0,02 дня в контрольной). Средняя оценка по шкале Апгар в основной группе составила 7,4±0,02, что достоверно ниже, чем в контрольной группе – 8,3±0,01 ($p < 0,05$).

Признаки морфофункциональной незрелости наблюдались у 18-(20,5%) детей основной группы и лишь у 3(7,2%) в группе контроля.

Уже при рождении признаки ВУИ диагностированы у 14 (15,9%) новорождённых основной группы: из которых 11(78,6%) ново-

рождённые с обострением генитальной инфекции у матери при настоящей беременности и 3(21,4%) новорождённых от матерей с персистенцией инфекционного процесса, но без случаев обострения его во время гестации. При серодиагностике у 4 новорождённых 1 группы диагностированы в крови IgM – 8,3%(3 случая – ВПГ, и 1 случай – ЦМВ инфекция), во второй группе только в 1 - 2,5% случае (ВПГ – инфекция). Наиболее часто у новорождённых первой и второй групп определялись маркёры ВПГ-инфекции (22,9% в 1 группе и 17,5% во второй), несколько реже выявлялась ЦМВ и хламидийная инфекция. Высокие титры серологических маркёров регистрировались преимущественно в первой группе (12 – 70,6% из 17 выявленных случаев).

29(60,4%) новорожденных 1 группы и 17(12,5%) детей 2 группы страдали неонатальной желтухой, в группе сравнения – 11(26,3%). При проведении нейросонографии патологические изменения были выявлены преимущественно у детей 1 и 2 групп наблюдения (11(22,9%) и 5(12,5%) случаях соответственно). В контрольной группе патологические изменения на нейросонограммах диагностированы лишь в одном случае – 2,4%.

В группе контроля 9(60%) новорожденных первой группы нуждались в терапии в условиях отделения патологии новорожденных (ОПН), а 13% детей потребовали дальнейшего перевода в детскую областную больницу (ДОБ). Во второй группе и группе сравнения 8(38%) и 3(16%) соответственно новорожденных пролечены в условиях ОПН, а в ДОБ перевода не потребовал ни один ребёнок.

Таким образом, генитальная микст-инфекция у беременной женщины, осложняя течение беременности, снижает адаптационные возможности новорожденного. Дети от матерей с активным генитальным инфекционным процессом могут быть отнесены в группу повышенного риска по развитию перинатальных осложнений.

ИММУНО-АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ – ОСНОВА УПРАВЛЕНИЯ ИНФЕКЦИЯМИ У НОВОРОЖДЕНЫХ ДЕТЕЙ

Кудашов Н.И., Александровский А.В., Миронова Т.Г. (Москва)

Инфекции различной этиологии у новорожденных занимают одно из ведущих мест. Это объясняется большой «нагруженностью» перинатальными патогенами их матерей, беременных женщин. Вопросы их терапии занимают большое место.

Управление инфекциями бактериальной этиологии у новорожденных складывается из трех составляющих: воздействие на возбудителя (или возбудителей-этиотропная терапия), влияние на пути распространения инфекции (эффективность на 30-40%) и воздействие на восприимчивый организм: иммунотерапия современными иммуноглобулинами. Наши исследования показали, что такой подход является наиболее рациональным.

Большое значение приобретает стартовая атибиотикотерапия, с расчетом одновременно воздействия применяемых антибиотиков на все возможные «перинатальные патогенны» (Н.И. Кудашов, 2002).

Лабораторный мониторинг играет важную роль для контроля состояния больных новорожденных, планирования объема необходимого лечения и прогноза заболевания. Важность микробиологического мониторинга новорожденных, с применением современных методик, неизмеримо возрастает при лечении инфекций, вызванных микроорганизмами с неизвестной антибиотикорезистентностью.

С другой стороны, внедрение мер по профилактике и оптимизации этиотропной терапии инфекционных заболеваний и осложнений может существенно расширить возможности и повысить эффективность оказания помощи новорожденным. Нерациональная антибактериальная терапия является экономически невыгодой и снижает эффективность, как интенсивной терапии, так и всего комплекса лечения тяжелых больных.

Целью данного исследования было проведение микробиологического и иммунологического мониторинга за вирусно-бактериальными инфекциями у новорожденных в течение 2002-2005 гг.

Современные методы серодиагностики позволяют определить концентрацию в сыворотке иммуноглобулинов отдельных классов определенной специфичности. Когда первый контакт с микроорганизмом индуцирует иммунный ответ, первыми появляются IgM. Титры IgM быстро нарастают и достигают максимума, а затем относительно быстро снижаются. IgG появляются позже, но дольше сохраняются в высоких титрах. При повторном контакте с тем же антигеном (вторичный иммунный ответ) IgM вырабатываются в незначительном количестве, реакция гуморального иммунитета проявляется, прежде всего, увеличением титров IgG. В связи с этим по соотношению IgM и IgG можно отличить первичный иммунный ответ – острое заболевание от вторичного – рецидив или повторное заражение.

В исследования были включены дети, переведенные из отделения физиологии новорожденных и их отделения реанимации и интенсивной терапии Центра. Исследования показали, что в 70% всех случаев госпитализация происходила из отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Эти показатели сохраняются в течение последних 5 лет.

Среди факторов риска развития инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных наибольшее значение имели инфекционно-воспалительные заболевания у матери, а также осложненное течение беременности – угроза прерывания, гестоз, анемия, особенно иммуносупрессия.

Проведенные специальные исследования показали, что одной из важнейших причин реализации врожденных инфекций и особенно госпитальной инфекции – является иммуносупрессивная терапия (гормоны) беременной. В этом случае происходит развитие вторичного иммунодефицита у плода и новорожденного. Именно эта причина является решающей для развития внутрибольничных инфекций.

Проводилось изучение нозологической структуры заболеваемости новорожденных. У всех обследованных детей выявлялись пассивно приобретенные от матери противогерпетические и противоцитомегаловирусные IgG антитела. IgM антитела не были обнаружены и в одном случае. При иммуологическом обследовании у 20% новорожденных детей был установлен диагноз герпес- и цитомегаловирусной инфекции (А.В. Александровский). Преобладающее число больных детей имели проявления пневмонии – 46%. Реже отмечался конъюнктивит – 23%, ринит – 17%, омфалит – 14%. Такие заболевания, как врожденный везикулез, гепатит составили около 2% наблюдений.

В программе мониторинга 1 раз в неделю исследовали следующий клинический материал (кал, мазки из зева, а также по показаниям, отделяемое пупочной ранки, конъюнктивы, ликвор, кровь, моча).

Преобладали коагулазоотрицательные стафилококки – 32,8%, среди которых 80% штаммов были метициллинрезистентными. Энтерококки выделены в 31,8%, доминировал полирезистентный госпитальный штамм Enterococus Faecium, сохранявший чувствительность только к ванкомицину, фузидину, хлорамфениколу.

Высеваемость энтеробактерий составила 17,9%, преобладал вид Klebsiela pneumoniae, представленный в 83,64% полирезистентным госпитальным штаммом, обладающим β-лактамазами расширенного спектра.

Проведение микробиологического иммунологического мониторинга за вирусно-бактериальными инфекциями позволяет выбрать оптимальный вариант антибактериальной терапии.

Ответственность за успех микробиологического исследования не может быть возложена исключительно на лабораторию. Достоверность и клиническая значимость получаемой информации определяется согласованностью действий лечащего врача и врача-микробиолога.

Согласованные действия возможны только на основе взаимопонимания, когда обе стороны понимают потребности друг друга и трудности, которые возникают при решении своей составляющей общей задачи каждым из них.

В течение постоянной массивной антибиотикотерапии постоянно меняется выделяемая флора у новорожденных; изменяется также их чувствительность к используемым препаратам. Так в тече-

ние 2005 г. в связи с появлением больных хирургического профиля появилось большое число (преобладающее большинство) больных у которых выделяют энтерококк, не чувствительный к сульперазону, аминогликозидам (амикацину, гентамицину).

Есть все основания полагать, что часть из энтерококков является ванкомицин резистентными. Это заставило изменить тактику антибиотикотерапии: в лечебный арсенал чаще вводится кроме вакомицина – зивокс. Однако даже применение зивокса следует существенно дополнять иммунотерапией современными иммуноглобулинами (пентаглобин).

Одновременное применение современных антибиотиков с учетом результатов мониторинга возбудителей и иммунотерапии дает возможность избежать внутрибольничных инфекций и существенно уменьшить длительность (до 11-13 дней) пребывания ребенка в стационаре.

О ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кудашов Н.И., Орловская И.В., Александровский А.В. (Москва)

Частота выявления вирусных и вирусно-бактериальных инфекций у новорожденных не снижается. Есть все основания полагать, что в ближайшие годы снижения их частоты не предвидится. Это связано, прежде всего, с тем обстоятельством, что в основе их распространения лежат сексуально-социальные факторы.

Используемые в клинической практике диагностические методы неоднозначны, особенно в применении к новорожденным детям. В связи с этим нами постоянно ведется их оценка и поиск наиболее целесообразной интерпретации. Классический метод с использованием детекции нарастания в 4 и более раз специфических IgG-антител вначале и спустя 12-14 дней не применяется, хотя у взрослых он является наиболее достоверным и точным. Новорожденный не способен синтезировать антитела класса IgG; последние переходят трансплацентарно от матери к плоду, только уже начиная с 32 недели беременности.

Выявление вирус-специфических антигенов (вирусов) в культуре клеток также не используется, даже для научных целей, из-за своей дороговизны, что послужило поводом к разработке и внедрению специфической диагностической технологии, пригодной для выявления врожденных инфекций у новорожденного ребенка. В ее основе лежит адаптация перспективных и новейших методов: ИФА («лантанидный» метод), PCR и др., при которых использовались зарубежные и отечественные тест-системы для выявления противовирусных иммуноглобулинов IgG и IgM. Исследования проводились с Институтом вирусных препаратов РАМН, вирусологической лабораторией ГосНИИ биологического приборостроения, лабораторией иммунологии Центра и др.

Разработанная и действующая система диагностики в отделении патологии новорожденных соответствует европейскому стандарту. Результаты исследований позволили высказать ряд положений:

Ориентация только на выявление специфических иммуноглобулинов IgM при герпетической инфекции, особенно у новорожденных, практического значения не имеет, т.к. заражение плода может произойти в различные сроки беременности, а период полураспада этих антител весьма невелик.

Одновременное выявление специфических иммуноглобулинов IgG в крови матери и новорожденного и вирус-специфического антигена ВПГ – наиболее реальный, надежный и достоверный метод диагностики, но не всегда возможный из-за трудностей детекции атигена.

Одновременное иммунологическое обследование матери (определение специфических IgG и IgM), а при необходимости и в динамике (через 10-12 дней) является классическим и достоверным ценнейшим дополнительным методом, позволяющим уточнить этиологию инфекции у новорожденного.

Результаты исследования показали, что при генерализованной герпес-вирусной инфекции и тяжелой нейроинфекции у новорожденных часто выявляется (до 40-60%) вирус-специфический антиген, при низких цифрах противогерпетических антител IgG как у новорожденных, так и у их матерей. В этих случаях атитела связываются большим количеством антигенов. Этот важный факт следует учитывать при диагностическом обследовании всех больных с тяжелой формой инфекции.

У новорожденных с генерализованной инфекцией, особенно с тяжелыми церебральными повреждениями следует выявлять вирус-специфический антиген (ИФА, метод иммунофлюоресценции и др.) или проводить детекцию вирусной ДНК, PCR в крови, ликворе, в моче. В этом случае удается выявить антиген ВПГ до 40% (PCR). Одновременное выявление специфических иммуноглобулинов IgG и IgM в крови и ликворе у ребенка и в крови матери в динамике. Находки антител в низкой концентрации или отсутствие IgM в первом обследовании не могут служить основанием для прекращения специфической терапии зовираксом и иммуноглобулинами новорожденных при весомых клинических данных (например кисты в перивентрикулярных регионах). У больных новорожденных с подтвержденной герпес-вирусной этиологией одновременно до 80% случаев (в последние 5 лет – до 100%) циркулируют специфические противовирусные иммуноглобулины IgG к антигенам ЦМВ и в 20% случаев – к хламидиям. Это свидетельствует об общих путях передачи инфекции у их матерей и их общей социальной обусловленности.

Герпес-вирусная инфекция у взрослых – рецидивирующая, латентная инфекция. Вследствие рецидивов – иммунологический ответ при этой инфекции развивается по «типу вторичного иммунологического ответа». Последний сопровождается гиперпродукцией противовирусных IgG-иммуноглобулинов, которые следует использовать для специфической диагностики.

Одновременное выявление противогерпетических IgG и положительной PCR – могут служить веским диагностическим аргументом. Объективные клинико-анамнестические данные (наличие генитального герпеса у матери и энцефалита у новорожденного), выявление противовирусных IgG – другой достоверный диагностический аргумент. В обоих случаях определение противогерпетических IgG-атител, с учетом данных анамнеза и клиники, может служить показанием энергичной противовирусной терапии.

Окончательная интерпретация иммуновирусологических результатов должна осуществляться с одновременной оценкой эпидемиологического анамнеза матери, отца, возможных иммуносупрессивных воздействий, особенно при использовании репродуктивных технологий и особенностей клиники инфекции у ребенка.

Особо следует выделить принципы диагностики внутриутробной герпетической инфекции. К ним относятся:

Оценка эпидемиологического анамнеза матери и возможных иммуносупрессивных воздействий на нее, обследование матери и отца.

Учет факторов внутриутробного инфицирования и соответствующей клиники у новорожденного: наличие энцефалита, гепатоспленомегалии, пневмонии, кровоизлияний в надпочечники, кожных проявлений (везикул).

Эхоэнцефалография и УЗИ внутренних органов. Наличие кист в перивентрикулярном регионе, особенно в веществе теменных, лобных, височных долях мозга. Герпес-вирусная инфекция часто отмечается у новорожденных, матери которых имеют лишь атипичную, бессимптомную нелеченную форму генитального герпеса.

Результаты исследований показали, что имеются веские основания «подозревать» герпетическую инфекцию на основании учета перинатальных факторов, особенностей, клиники, данных УЗИ и назначать противовирусную специфическую терапию по «подозрению», не дожидаясь результатов вирусологических исследований. Этот метод был впервые разработана в Центре. Специфическая терапия по «подозрению» это активное предупреждение возможных тяжелых повреждений мозга у новорожденного и наступления у него ранней инвалидности.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДОВ ПРИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Кузьмин В.Н., Гергина Л.С., Музыкантова В.С., Брагинская С.Г. (Москва)

В последние годы отмечена тенденция к увеличению среди беременных женщин врожденных пороков развития при инфекционных заболеваниях у матери. Особое значение приобретает проблема герпетических инфекций: вируса простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловирусы (ЦМВ), а также их ассоциаций с бактериальной флорой. Они могут явиться причиной акушерской патологии, эмбрио- и фетопатий, внутриутробной и перинатальной инфекции.

Проведены клинико-морфологические исследования у 13 плодов, родившихся в сроке беременности в 22-27 неделях. Этиология заболевания выявлена у 7 плодов (грипп А-2 у 2), ВПГ у 1, сочетанное поражение ЦМВ и ВПГ у 2, ВПГ +микоплазма – у 1, ВПГ + уреаплазма – у 10. В 6 случаях этиологический фактор не выяснен. Первое наблюдение: грипп А-2 с ВПР сочетался с генерализованной гриппозной инфекцией с преимущественным поражением ЦНС (склероз мозговых оболочек, продуктивный энцефалит и менингит, геморрагические расстройства). Второе наблюдение: МВПР – спинномозговая грыжа, ВПС – отсутствие межпредсердной перегородки с транспозицией крупных сосудов, диафрагмальная грыжа. Патология последа: у 1 плода – краевое прикрепление пуповины в сочетании с абсолютной длиной пуповиной, гиперплазия плаценты (м 420 г, норма 260 г). У 2 плодов – гиперплазия плаценты (м 435 г, норма 260 г), овоидный плацентарный диск, неравномерное развитие котиледонов, склерозирование плацентарных оболочек. Микроскопия: нарушение генерации и склероз ворсин, оживленная фибропластическая реакция, продуктивная лимфоплазмоцитарная реакция стромы, легкий отек, базофилия, очаги некроза. Стенки сосудов с сегментарным фибриноидным некрозом, периваскулитами, эндотелий сосудов набухший, с очаговой пролиферацией и слущиванием. Расстройство микроциркуляции, плацентарные изменения у 2 плодов расценены как первичная плацентарная недостаточность (ППН) вследствие врожденных пороков развития плаценты в сочетании с хронической недостаточностью (ХДПН). У одного плода с герпетической вирусной инфекцией наблюдались МВПР: диафрагмальная грыжа – аплазия левого купола диафрагмы с пролабированием желудка и доли печени в левую грудную полость, гипоплазия легких, тимуса, гипоплазия и короткость кишечника (длина 134 см, норма 369 см), сросшиеся надпочечники, поликистоз почек и генерализованная герпетическая инфекция: очаговый продуктивный энцефалит, менингит и склероз мягких мозговых оболочек, внутренняя гидроцефалия, мелкоочаговый кардиосклероз, гигантоклеточный паренхиматозный гепатит. При исследовании последа обнаружили ВПР – плацента, окруженная ободком, обширные афункциональные зоны; в железистых структурах децидуальной пластины видны крупные герпетические с гиперхромными ядрами и неравномерным распределением хроматина, некрозы, очаговый базальный децидуит, периваскулиты, тромбоваскулиты, расстройства микроциркуляции. Заключение: ВПР последа, ППН в сочетании с ХДПН, послед при герпетической инфекции. У одного плода с МВПР, причиной которых явилась герпетическая вирусная инфекция, наблюдались следующие изменения: аплазия левого купола диафрагмы с пролабированием желудка и доли печени в левую грудную полость, гипоплазия тимуса, сросшиеся надпочечники, гипоплазия и короткость кишечника (длина 134 см, норма 369 см) и генерализованная герпетическая инфекция: очаговый продуктивный энцефалит с набуханием нейронов, мелкими некрозами, продуктивный менингит и склероз мягких мозговых оболочек, внутренняя гидроцефалия, очаговая кистозная дисплазия почек, мелкоочаговый кардиосклероз, гигантоклеточный паренхиматозный гепатит. При исследовании последа обнаружены ВПР – плацента, окруженная ободком, неравномерное развитие котиледонов, обширные афункциональные зоны. Ворсинчатое дерево с очаговой патологической незрелостью, эмбриональными ворсинами, не соответствующими сроку гестации, нарушением ветвления ворсин, отсутствием промежуточных генераций, хаотичным расположением мелких бессосудистых склерозированных ворсин. В железистых структурах децидуальной пластины видны крупные герпетические клетки с гиперхромными ядрами и неравномерным распределением хроматина, дистрофия, некрозы, очаговый продуктивный базальный децидуит, периваскулиты, тромбоваскулиты.

В настоящее время морфологическая сочетанная картина ЦМВ и ВПГ инфекции изучена довольно широко, однако о возможности одновременного инфицирования человека двумя этими вирусами существует противоречивое мнение; при этом сочетании инфекции происходит репликация вируса простого герпеса цитомегаловирусом. Масса плодов составила 920 г и 1050 г. У одного плода, как показали наши макро – и микроскопические, врожденная сочетанная ЦМВ и ВПГ – инфекция с тератогенным эффектом наблюдалась с микроцефалией, микрогирией, внутренней гидроцефалией, пороками развития легких (неправильное разделение легких на доли), коротким кишечником, цитомегаловирусным метаморфозом почек,, а также продуктивный панкардит, гепатит, интерстициальная пневмония. Патология последа указывала на ХДПН с наличием тяжелых, инволютивных и дистрофических изменений, васкулитов, склероза стромы ворсин и амниона, воспалительную лимфоцитарную инфильтрацию. У второго плода с сочетанной ЦМВ и ВПГ инфекцией также отмечались МВПР и генерализованная инфекция. К ВПР: ЦНС – наружная и внутренняя гидроцефалия, энцефалит, кальцификаты в сосудистых сплетениях боковых желудочках и ткани головного мозга. Генерализованная инфекция: цитомегаловирусный интерстициальный нефрит, миокардит, гепатит, пневмония, энтероколит. Патология последа: ВПР – гипоплазия (масса 108 г, норма 170 г), оболочечное прикрепление пуповины. ППН в сочетании с ХДПН. Цитомегаловирусные и герпетические клетки в эндотелии артерий мышечного-эластического типа, васкулиты, нарушение созревания ворсин. Мы располагаем также двумя наблюдениями, где матери страдали ВПГ, микоплазменной и уреаплазменной инфекцией. Масса плодов составила 1000 г и 650 г. Масса последов – 250 г и 200 г, что соответствовало сроку гестации. У 1 плода обнаружены МВПР – ЦНС (гидроцефалия), ЖКТ – атрезия пищевода, трахеопищеводный свищ, ВПС – истинное не заращение овального окна, мочевыделительной системы – дисплазия почек, склероз мочеточников и мочевого пузыря. Генерализованная сочетанная ВПГ и микоплазменная инфекция: продуктивный энцефалит, очаговые некрозы печени с лейкоцитарной инфильтрацией по ходу портальных трактов, интерстициальная пневмония. Патология последа расценена как ХСПН с поражением ворсинчатого дерева, герпетические васкулиты, лейкоцитарная инфильтрация в децидуальной ткани. У 1 плода, извлеченного при сроке 22 недели беременности от матери с герпетической и уреаплазменной инфекцией обнаружены МВПР – ЦНС, ЖКТ, мочевыделительной системы. При гистологической исследовании обнаружена генерализованная ВПГ инфекция в сочетании с бактериальной флорой. Воспалительная клеточная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация обнаружена в ЦНС, ЖКТ, почках, легких. Патология последа расценена как ХДПН с диссоциированным и хаотичным расположением ворсин, гиперхромными герпетическими клетками в железистых структурах децидуальной оболочки, эндотелии сосудов и лейкоцитарно-лимфоцитарным периваскулитами, децидуитом. В других наблюдениях у плодов, этиология ВПР не определена. Однако, обнаружены ВПР, МВПР, ВПС-трехкамерное сердце, транспоцизия крупных сосудов, пороки легких. Патология последов расценивалась как ХДПН.

Причинно-следственные взаимоотношения между развитием пороков у плода и поражением плаценты полностью не раскрыты и требуют дальнейшего изучения. Во всех наблюдений отмечался гидрамнион.

ВЛИЯНИЕ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНФЕКЦИИ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Куропатенко М.В., Чарыева Г.Ш., Татарова Н.А. (Санкт-Петербург)

Здоровье плода и новорожденного в значительной мере определяется исходным здоровьем матери и благополучным протеканием беременности и родов. Существенные отклонения от нормы возникают при наличии нарушений в системе «мать-плацента-плод» и при выраженных изменениях гуморального иммунитета. И то, и другое часто наблюдается при различных инфекциях, как вирусных и бактериальных, так и паразитарных.

Паразитарные инфекции имеют высокую распространенность во всем мире. Беременные женщины не являются исключением. В Европейских странах в среднем каждая третья или четвертая беременная страдает каким-либо видом паразитоза.

Негативное влияние материнской инвазии на плод осуществляется преимущественно следующими способами: – интоксикация метаболитами, образующимися в процессе жизнедеятельности паразита; – многообразные последствия фетоплацентарной недостаточности; – внутриутробная сенсибилизация. В соответствии с механизмами повреждающего действия влияние паразитоза матери на ребенка можно условно подразделить на две группы.

Первая группа – это различные проявления недостаточности питания и хронической интоксикации. Так, новорожденные дети от инвазированных мам чаще рождаются с внутриутробной гипоксией или асфиксией. У них выше частота внутриутробной гипотрофии и малого веса при нормальной доношенности. У детей от мам с паразитозами дольше длится период потери первоначального веса и им требуется большее время для восстановления веса.

В основе второй группы негативных последствий паразитоза матери для плода и новорожденного лежит внутриутробная сенсибилизация. Так, у новорожденных от матерей, страдающих паразитозами, наблюдается повышенная чувствительность к материнскому молоку – рвота, понос после кормления, отек, конъюнктивиты и т.п. У детей от инвазированных женщин в период новорожденности чаще выявляются гнойничковые заболевания кожи, омфалиты (катаральный, гнойный). Период отпадения пуповинного остатка затягивается по сравнению с детьми неинвазированных матерей. Кроме того, у детей от инвазированных мам чаще возникают желтуха новорожденных и токсическая сыпь. Все эти патологические состояния являются клиническими проявлениями иммунобиологических сдвигов в организме младенца.

Сама по себе беременность сопровождается сложной иммунологической перестройкой в женском организме. Каким образом при этом модифицируется формирование антипаразитарного иммунного ответа сегодня не известно. Паразитозы могут сопровождаться разными типами аллергических реакций: атопическими, иммунокомплексными, клеточными. Особенностью антипаразитарного иммунного ответа является его слабая специфичность. В результате происходит выработка антител, способных взаимодействовать не только с эпитопами паразита, но и с клетками хозяина, экспрессирующими сходные белки. Этот процесс может лежать в основе аутоаллергических заболеваний как у матерей во время беременности, так у ребенка после рождения.

В формировании антипаразитарного иммунного ответа большая роль принадлежит специфическим и неспецифическим IgE, а также IgG1-4. Именно последний класс иммуноглобулинов способен проникать трансплацентарно и обладает эмбрио- и нейротоксичностью. Благодаря попаданию материнских антипаразитарных антител в кровоток плода, новорожденный от беременной с паразитозом имеет готовность к эффективному антипаразитарному ответу, полученную в результате передачи материнского репертуара антител. Однако в силу отсутствия реальной встречи с паразитом, а также в силу слабой специфичности имеющихся антипаразитарных антител, каскад защитных реакций может включаться при контакте с другими экологическими аллергенами, имеющими хотя бы частичное антигенное сходство.

Таким образом, паразитарная инфекция матери неблагоприятно влияет на внутриутробное созревание плода, приводя к увеличению антенатальных нарушений и постнатальных отклонений от нормы в развитии новорожденного. Поэтому борьбу с паразитозами в период планирования семьи и в процессе наблюдения беременной следует считать необходимым мероприятием по перинатальной охране плода. Чем раньше проводится паразитологическое обследование, выявление вида инвазии и антипаразитарное лечение беременных и рожениц, тем меньше наблюдается осложнений у плода и новорожденного. Устранение паразитоза у матери снижает риск формирования слабоспецифической внутриутробной сенсибилизации на этапе созревания иммунной системы ребенка и может рассматриваться как мера первичной профилактики аллергозов и аллергических заболеваний в последующие годы жизни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЦНС ПЛОДА В РОДАХ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА

Лазарев С.Ю., Ковалев В.В. (Екатеринбург)

Проблема детской неврологической заболеваемости и инвалидности - одна из самых актуальных проблем современной медицины. До 70-80% всех случаев неврологической патологии детского возраста своими корнями уходят в перинатальный период. Повреждения нервной системы плода возникают вследствие комплексного воздействия различных факторов, формируют в дальнейшем как минимальные дисфункциональные, так и грубые двигательные и интеллектуальные расстройства. Повреждения ЦНС новорожденного создают не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему, главные компоненты которой - организация ухода, реабилитация биологического и социального статуса больного ребенка, требуют значительных экономических затрат.

Истоки церебральных расстройств у новорожденных детей различны. Основными из них, по мнению многих авторов, являются гипоксия и родовая травма. Сочетанное влияние этих факторов отчетливо прослеживается при различной степени функциональной неполноценности таза. Чрезмерная конфигурация костей черепа вызывает сдавление основных венозных коллекторов, приводит к нарушению венозного оттока, внутричерепной гипертензии и тканевой гипоксии. Отмечено так же прямое травмирующее влияние на паренхиму мозга конфигурирующих костей черепа. Часто наблюдаемые при этой акушерской патологии аномалии родовой деятельности приводят к нарушениям гемоциркуляции в миометральном сосудистом контуре, что также может служить причиной кислородной недостаточности у плода. Решение проблемы путем либерализации показаний к абдоминальному родоразрешению бесперспективно, поскольку желаемого результата не несет, но неминуемо ведет к росту интра- и постоперационных осложнений. Поэтому более обоснованным является поиск иных методов, направленных на предупреждение гипоксических повреждений ЦНС плода в родах.

Наиболее перспективными в этом отношении нам представляются препараты нового класса - производные ГАМК - ноотропы (пирацетам, нооотропил). Из всего спектра фармакологической активности у этих препаратов наиболее выражен антигипоксический эффект. Лекарства хорошо проникают через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры, активно накапливаются в цитоплазме нейронов, практически не метаболизируются. Отмечено выраженное протективное действие этих препаратов при любом агрессивном влиянии на нейрон.

Целью исследования явилось изучение протективного влияния препарата пирацетам на ЦНС плода и новорожденного, перенесших роды при функциональной неполноценности таза различной степени выраженности.

Для достижения поставленной цели «слепым» методом были набраны две группы беременных женщин с высоким риском функционально узкого таза (анатомическое сужение таза, крупный плод). 100 женщин составили основную группу и 100 контрольную. Для исключения влияния на ЦНС плода побочных факторов в группы не включались беременные с проявлениями гестоза, плацентарной недостаточности, экстрагенитальной патологии в стадии декомпенсации, женщины с проявлениями внутриматочной инфекции. Исследуемые группы были сопоставимы по всем основным параметрам: возрасту, паритету, антропометрическим данным, течению антенатального периода. В раннем неонатальном периоде обследовались их новорожденные дети. Соответственно 100 детей составили основную группу и 100 контрольную. При обследовании особое внимание уделялось неврологическому статусу.

Беременные основной группы получали препараты в следующем режиме: пирацетам вводился внутривенно капельно в дозе 25 мл 20% раствора (5 г сухого вещества) в 200 мл физиологического раствора ежедневно, внутривенно капельно в течение 4-5 дней до родоразрешения. При отсутствии самостоятельной родовой деятельности проводилось родовозбуждение с предварительной амниотомией. Введение пирацетама осуществлялось на фоне перорального приема гинипрала в дозе 0,5 мг два раза в день для достижения благоприятного синергического эффекта.

Проведенные исследования дали следующие результаты. При анализе продолжительности родового акта, величины послеродовой кровопотери, длительности безводного периода, частоты аномалий родовой деятельности статистически достоверных различий выявлено не было (p>0,05).

Особое внимание обращают на себя состояние при рождении и особенности неврологического статуса новорожденных в основной и контрольной группах. Так, существенно отличалась оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах после рождения. В основной группе на 1 минуте она составила 7,35+0,07 балла, в контрольной - 7,01+0,07 балла (p<0,05). При оценке на 5 минуте таже имелась достоверная разница - 8,38+0,07 и 8,22+0,04 балла соответственно (p<0,05). При оценке общего состояния детей основной и контрольной групп, их двигательно-рефлекторной активности в первые часы жизни существенных различий не отмечено. Анализ неврологической симптоматики на 3 сутки жизни у новорожденных основной и контрольной групп выявил статистически достоверные различия. Диагноз перинатальное поражение ЦНС легкой степени установлен в основной группе у 48(48%) детей, в контрольной - у 29(29%) новорожденных (p<0,05). Но при этом в контрольной группе больше детей имели поражения ЦНС средней степени тяжести - 30(30%) и 53(53%) соответственно (p<0,05).

На фоне проводимой терапии наблюдался динамически разнонаправленный регресс неврологической симптоматики. На 3 сутки жизни здоровых детей в основной группе было 20(20%), в контрольной 16(16%), p>0,05. На 6 сутки в основной группе полностью здоровыми были 72(72%) ребенка, а в группе сравнения только 58(58%), p<0,05. На 8 день жизни в основной группе полностью здоровыми оказались 88(88%) детей, а в контрольной 74(74%), p<0,05. Анализ, полученных данных, выявил статистически достоверное различие в полученных результатах.

Таким образом, применение препарата пирацетам в качестве фармакологической профилактики гипоксически-травматических повреждений ЦНС плода в родах при функциональной неполноценности таза различной степени выраженности позволяет достаточно эффективно снизить частоту и степень тяжести неврологической патологии у новорожденных детей в первые сутки жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РОДЫ В УСЛОВИЯХ ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКОГО ТАЗА

Лазарев С.Ю., Ковтун О.П., Ковалев В.В. (Екатеринбург)

Разработанный нами метод фармакологической профилактики гипоксически-травматических повреждений ЦНС плода в родах при функциональной неполноценности таза и его ближайшие эффекты в первые дни жизни детей опубликованы ранее. Наибольший интерес представляют отдаленные последствия для детей родов, осложнившихся функциональной несостоятельностью таза и результаты, использованных нами профилактических мер. Для выяснения этих обстоятельств нами проведено катамнестическое наблюдение развития до 1 года жизни 50 детей, матери которых в антенатальном периоде получали комплексную фармакологическую профилактику гипоксических повреждений ЦНС плода в родах при высоком риске функционально узкого таза (1 группа). Контрольную группу составили 50 детей, матери которых такой профилактики не получали (2 группа). Группы подбирались методом «двойного слепого» контроля.

Физическое развитие ребенка в динамике один из важнейших показателей его здоровья, поскольку процессы роста и формирования организма находятся в тесной взаимосвязи с другими показателями здоровья. Поэтому нарушение темпов физического развития ребенка один из первых признаков неблагополучия.

Результаты динамического исследования изменений антропометрических параметров детей в течение первого года жизни отражены в таблице.

Таблица

Динамика антропометрических изменений у детей исследуемых групп (M+m)

	Вес, кг		Рост, см		Окружность головы, см		Окружность груди, см	
Возраст	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
3 мес.	6,29 +0,85	6,10 +0,9	60,51 +0,37	61 +0,33	40,17 +0,30	40,20 +0,29	40,54 +0,31	40,96 +0,40
6 мес.	8,23 +0,74	8,25 +0,76	69,15 +0,24*	67,57 +0,43*	42,53 +0,19*	43,62 +0,23*	44,33 +0,29	43,76 +0,31
9 мес.	9,17 +0,79	9,65 +0,83	72,36 +0,26	72,15 +0,32	44,8 +0,25	44,62 +0,31	46,9 +0,28	47,2 +0,31
12мес	10,40 +0, 83	10,43 +0,79	77,03 +0,15	76,55 +0,16	46,87* +0,26	48,22* +0,35	48,24 +0,22	47,75 +0,28

Как видно из приведенных данных большая часть изучаемых параметров у детей исследуемых групп имела незначительные статистические различия. Однако обращает на себя внимание статистически достоверная разница между показателями роста в возрасте 6 месяцев (p<0,001). В 6 и 12 месяцев показатель окружности головы в контрольной группе статистически достоверно превышал этот показатель основной группы (p<0,001), что обусловлено большей частотой формирования гипертензионно-гидроцефального синдрома в группе сравнения.

Дополнительная информация о состоянии здоровья детей исследуемых групп была получена с помощью оценки их соматотипа, который вычислялся на основе полученных антропометрических данных, с применением центильных таблиц. Кроме того, определялась степень гармоничности развития ребенка. При анализе полученных данных выяснено, что число детей с нормосоматическим типом развития в контрольной группе было достоверно ниже, чем в основной группе. В возрасте 6 и 9 месяцев эти различия достигали особенной степени выраженности: в основной группе число детей с нормосоматическим типом развития в 6 месяцев составило 42(84%) ребенка, в контрольной всего 6(30%) детей (p<0,01), в 9 месяцев эти показатели составили 40(80%) и 19(38%) соответственно (p<0,01). Гиперсоматический тип преобладал в контрольной группе. В возрасте 6 месяцев эти различия между группами по данному типу разви-

тия были статистически достоверны, p<0,05. В контрольной группе так же чаще регистрировался гипосоматический тип развития, p<0,05. Оценивая полученные результаты можно предположить, что антенатальная фармакологическая профилактика гипоксически-травматических повреждений ЦНС плода, способствует развитию ребенка в большей степени по нормосоматическому типу.

На основе полученных антропометрических данных, с помощью таблиц центильных коридоров вычислялся важный показатель нервно-психического и физического развития детей - гармоничность. При анализе полученных данных обращает на себя внимание то, что преобладание гармоничного типа развития в контрольной группе отмечено только до 3 месяцев, после чего к 12 месяцам жизни число детей развивающихся гармонично прогрессивно снижалось. Таким образом в основной группе число детей с гармоничным типом развития было статистически достоверно выше: в 6 месяцев в основной группе было 40(80%) гармонично развитых детей, в контрольной - 37(74%), p<0,05, в 9 месяцев в основной группе 44(-88%) ребенка, в контрольной соответственно 35(70%) детей, p<0,05, а в 12 месяцев в основной группе - 40(80%) детей в то время, как в группе сравнения всего 21(42%) ребенок, p<0,01. Таким образом, к концу первого года жизни в основной группе преобладали дети с гармоничным нормосоматическим типом развития.

При анализе структуры неврологической заболеваемости у детей первого года жизни в основной и контрольной группах выявлены существенные различия. В 6 месяцев число детей с энцефалопатией легкой степени в основной группе составило 33(66%) ребенка, со средней степенью тяжести - 15(30%) детей, в контрольной группе к этому возрасту были дети только со средней степенью тяжести заболевания, число которых составило 42(84%) ребенка, p<0,05. В 9 месяцев количество детей с легкой и средней степенью тяжести поражения ЦНС в основной группе не изменилось, тогда как в контрольной заболеваний легкой степени не отмечено, а число детей со средней степенью тяжести патологии продолжало оставаться достаточно высоким 37(74%), p<0,05. К концу первого года жизни число детей с легкой степенью заболевания в основной группе составило 11(22%) детей, в контрольной 4(8%) ребенка, p<0,05. Средней степени тяжести заболевания в этом возрасте у детей основной группы не отмечено, а в контрольной группе их число оказалось равным 21(42%).

Таким образом, катамнестические данные ярко демонстрируют более низкую частоту и степень выраженности неврологической патологии у детей основной группы, что связано с применением в антенатальном периоде в этой группе комплексной фармакологической профилактики гипоксических повреждений ЦНС плода в родах при высоком риске функциональной неполноценности таза.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК МЕТОД ВЫБОРА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА С УЧЕТОМ ГЕМОДИНАМИКИ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ ПЛОДОВ, НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Липницкая Т.Е. (Москва)

Частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет 3-3,5% (Бодяжина В. И. и др., 1986; Пучко Т. К. 1995; Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 1999; Cunnigham F. et al., 1989, 1997).

Среди причин перинатальной заболеваемости и смертности первое место занимают асфиксия и родовая травма. По данным ряда авторов (Ажигалиева А.Ч., Дзикович И.Б., Катько Е.Н., 1994; Myers S.A., Glueicher N.,1987) травматические повреждения у плода в родах при тазовом предлежании наблюдаются в 10 – 13, а асфиксия – в 3-8 раз чаще, чем при головном.

С целью обоснования выбора оптимального метода родоразрешения при тазовом предлежании плода на основании изучения особенностей кровотока в вертебробазилярной зоне проведено динамическое допплерометрическое обследование 96 беременных с тазовым предлежанием плода. В основную группу были включены 73 женщины с тазовым предлежанием плода, которые были родоразрешены путем кесарева сечения. Группу сравнения составили 23 беременных с тазовым предлежанием плода, роды у которых произошли через естественные родовые пути. Исследования проводили в сроки 31-32, 33-34, 36-37, 39-40 недель беременности. Допплерометрическое исследование проводили с целью оценки артериальной гемодинамики плода (артерия пуповины, аорта плода, средняя мозговая артерия) с изучением кровотока в вертебробазилярной зоне (позвоночная артерия, сегмент III). В спектре артериальных сосудов определяли общепринятые уголнезависимые показатели сосудистой резистентности: пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР) и систоло-диастолическое отношение (СДО). Помимо этого для оценки кровотока в вертебробазилярной зоне нами предложено вычисление следующих индексов: позвоночно-плацентарное отношение (ПзПО) - отношение пульсационного индекса в позвоночных артериях к таковому в артерии пуповины, а позвоночно-аортальное отношение (ПзАО) - отношение пульсационного индекса позвоночных артерий и пульсационного индекса в нисходящих отделах аорты, церебропозвоночное отношение (ЦПозвО)- отношение пульсационного индекса средних мозговых артерий и пульсационного индекса в позвоночных артериях. Обследование новорожденного включало осмотр при рождении, оценку по шкале Апгар, нейросонографию с допплерометрией позвоночных артерий на 6-7 сутки жизни. Особое внимание было обращено на параметры кровообращения в вертебробазилярной системе детей первого года жизни, рожденных в тазовом предлежании. Дети были обследованы (нейросонография с допплерометрией позвоночных артерий) в 6 месяцев и в 1 год.

При проведении допплерометрического исследования позвоночных артерий плода было выявлено, что антенатально нарушения параметров гемодинамики в вертебробазилярной системе (повышение сосудистого сопротивления в позвоночных артериях (СДО>3,7; ПИ>1,7; ПзПО>1,7; ПзАО>0,8; ЦПозвО>1,15)) были выявлены у 28 (38,7%) беременных с тазовым предлежанием плода. У 45 (61,3%) параметры кровотока в вертебробазилярной системе не отличаются от таковых при головном преджлежании плода и неосложненном течении гестационного процесса.

Нарушения артериального кровотока в вертебробазилярном бассейне головного мозга плода при его тазовом предлежании связаны с чрезмерным разгибанием головки плода или ее ротации. Следует отметить, что показатели кровотока лишь в небольшой степени зависят от наличия признаков гипоксии по данным КТГ и от показателей мозгового кровотока, что выражается в одновременном изменении церебро-позвоночного отношения. Однако существует четкая взаимосвязь между перинатальными исходами при тазовом предлежании и характером выявленных нарушений. Так, среди беременных с исходно нормальными параметрами кровотока у плода в плановом порядке путем операции кесарево сечение были родоразрешены 35 (77,78%) женщин (тазовое предлежание плода, его сочетание с крупными размерами плода, вариантом предлежания, осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом, осложненным соматическим анамнезом), в экстренном порядке (кровотечение при низком расположении плаценты, тяжелая форма гестоза) – 2 (4,44%), в срочном - 8 (17,78%) беременных (дородовое излитие вод, начало родовой деятельности). Своевременные роды произошли у 40 (88,89%) беременных женщин, преждевременные – у 5 (11,11%) на сроке 36-37 недель. Средняя масса новорожденных составила 3242,4±265,8 г, длина 50±2,7 см. Проведение интенсивной терапии в раннем неонатальном периоде потребовалось в 2 (7,14%), внутриутробное инфицирование было выявлено в 2 (7,14%) наблюдений. Гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС средней степени было выявлено в 3 (10,71%) детей, а СЗРП (асимметричная форма) I - II степени – в 4 (14,29%) младенцев. У детей с нормальными показателями кровотока антенатально после рождения изменений параметров кровотока в вертебробазилярной системе выявлено не было.

Все женщины с признаками нарушений в вертебробазилярном бассейне головного мозга плода были также родоразрешены путем операции кесарева сечения. При этом плановое оперативное родоразрешение было произведено у 18 (64,29%) женщин, срочное – у 6 (21,43%) и экстренное 4 (14,29%). Своевременные роды произошли у 22 (78,57%) беременных женщин, преждевременные – у 6 (21,43%) на сроке 36-37 недель. Средний срок родоразрешения составил 37-,6±0,3 нед. Средняя масса новорожденных составила 3043±266,6 г, длинна 49±2,3 см. Средняя оценка по шкале Апгар составила на первой минуте жизни 7,2±1,7 балла, на пятой – 8,2±1,6 балла. При этом оценку 7 баллов и менее на первой минуте жизни получили 4 (14,29%) новорожденных. Проведения интенсивной терапии в раннем неонатальном периоде потребовалось в 2 (7,14%), внутриутробное инфицирование было выявлено в 2 (7,14%) наблюдений. Гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС средней степени было выявлено в 3 (10,71%) детей, а СЗРП (асимметричная форма) I-II степени – в 4 (14,29%). Нарушения кровотока в позвоночной артерии сохранялись лишь у 9 (32,1%) новорожденных, но носили уже не двусторонний, а односторонний характер.

В группе пациенток, роды у которых произошли через естественные родовые пути нарушения кровообращения в вертебробазилярном бассейне головного мозга были выявлены у всех 23 (100%) новорожденных. Вертебробазилярные нарушения у новорожденных этой группы женщин проявлялись как асимметричным повышением пульсационного индекса позвоночных артерий, позвоночно-аортального и церебро-позвоночного отношений (9 (39,1%)), так и двусторонними нарушениями данных показателей в позвоночных артериях (8 (34,78%)). При этом были выявлены: СЗРП I степени (асимметричная форма) - в 10 (43,48%), гипоксически-ишемическое поражений ЦНС легкой степени - в 2 (8,7%), средней степени – 2 (8,7%) наблюдениях; перевод в реанимацию потребовался 3 (13,04%) детям.

При проведении нейросонографии 45 (70,8%) новорожденным с исходно нормальными показателями вертебробазилярного кровотока при родоразрешении путем операции кесарева сечения нами не было выявлено эхографических признаков гипоксического поражения ЦНС. У новорожденных, с выявленными антенатально нарушениями в вертебробазилярной системе (СДО>4,0; ПзПО>2,0; ЦПозвО<0,8) были выявлены эхографические признаки гипоксического поражения головного мозга в 7,14% наблюдениях и в 3,57% - выявлено увеличение размеров желудочков головного мозга (признаки гидроцефалии).

Среди новорожденных, родившихся через естественные родовые пути на фоне выявленных нарушений кровотока в вертебробазилярной системе эхографические признаки гипоксического поражения ЦНС диагностировались в 26,09%, а травматическое поражение ЦНС в 4,34% наблюдений в виде субарахноидальных кровоизлияний в бассейне средней мозговой артерии.

При допплерометрическом обследовании детей, родившихся через естественные родовые пути, в возрасте 6 месяцев и 1 год было выявлено сохранение повышенной сосудистой резистентности в вертебробазилярном бассейне (ИР>0,70) с асимметрией показателей, что в свою очередь свидетельствует о травматическом поражении, возникшем при ведении родов консервативно (ИР>0,74).

При проведении нейросонографии у детей в зависимости от метода родоразрешения было выявлено следующее. У детей, рожденных путем операции кесарева сечения патологических изменений на эхограммах выявлено не было. Среди детей рожденных через естественные родовые пути в двух наблюдениях (10%) были обнаружены псевдокисты в области сосудистого сплетения, что свидетельствует о произошедших ранее кровоизлияниях, и у одного ребенка (3,33%) этой же группы наблюдалось расширение желудочков мозга.

На основании результатов проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1. При тазовом предлежании плода в сроках 36-39 недель беременности в 38,7% отмечаются нарушения кровотока в вертебробазилярном системе, обусловленные положением головки (фронтальное разгибание или боковое сгибание), приводящие к неадекватному кровоснабжению ткани головного мозга.
2. При родах через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода у всех новорожденных отмечаются нарушения кровообращения в вертебробазилярной зоне, что способствует увеличению неврологической патологии новорожденных и детей.
3. Выявленные нарушения кровотока в позвоночных артериях у детей рожденных через естественные родовые пути сохраняются еще в течение 1 года после родов, что приводит к ишемизации мозговой ткани и к возникновению мышечной дистонии, а также синдрома минимальных мозговых дисфункций и дефицита внимания с гиперактивностью.
4. Необходимо подчеркнуть важность дородовой госпитализации беременных с тазовым предлежанием плода с целью своевременного выявления нарушений состояния плода (в том числе, нарушений кровотока в вертебробазилярной системе), современной коррекции выявленных нарушений, выбора срока родоразрешения. Учитывая снижение частоты выявления нарушений кровотока в вертебробазилярной системе у новорожденных после абдоминального родоразрешения по сравнению с самопроизвольными родами, наиболее безопасным методом для плода следует признать кесарево сечение в плановом порядке.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ БРЮШНОЙ ТИФ

Мирсабурова С.Д., Ашурова Р.Ш., Мухитдинова Д.Д. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Инфекционные процессы у матери существенно влияют на состоянии внутриутробного плода, тем самым значительно ухудшаются адаптационные способности новорожденного (Абдуллаева Н.Ш., 2000, Абрамченко В.В., 1996). Многие ученые считают, что течение неонатального периода у детей, родившихся от матерей с различной инфекцией, зависит не только от вида возбудителя, но главным образом, от степени активности инфекционного процесса и срока беременности, при котором возникло заболевание (Айламазян Э.К., 1995, Анкирская А.С. и соавт., 1989, Вахидов А.В., 1996).

Нами было проведено изучение приспособительных возможностей новорожденных, родившихся от матерей, перенесших брюшной тиф в прегравидарном периоде и в I-ом триместре беременности.

Проведена сравнительная клинико-лабораторная оценка состояния 79 новорожденных основной группы. Из них первую группу составили 38 детей, матери которых перенесли брюшной тиф в I-ом триместре беременности; вторую – 41 ребенок, матери которых перенесли брюшной тиф непосредственно перед данной беременностью. Группу контроля составили 30 новорожденных, родившихся от матерей без акушерской и экстрагенитальной патологии.

Из 38 детей первой группы 28 (73,6%) составили доношенные, 8 (21,1%) недоношенные, двое родились от переношенной беременности. Число доношенных детей во второй группе было больше, чем в первой, составив 80,4%, недоношенных – 5 (12,1%), переношенных детей в данной группе не наблюдалось.

Случаев перинатальной смертности среди обследованного контингента детей не было. Однако в одном случае имело место рождение ребенка с эмбриофетопатией, где брак родителей был близкородственным.

На основании полученных нами данных, установлено, что перенесенный брюшной тиф, как в ранние сроки беременности, так и не задолго до её наступления, оказывает существенное влияние на массо-ростовые показатели детей.

Так средний показатель массы тела у новорожденных обеих групп был значительно ниже, чем в группе контроля. При этом более низкие показатели массы тела отмечены в случаях, где брюшной тиф наблюдался во время беременности (табл. 1).

Аналогичные данные получены и по другим антропометрическим показателям - рост, окружность головы и груди.

Таблица 1

Показатели средней массы тела новорожденных в сравниваемых группах

Группы	M±m	колебания	P
1-ая группа	2982,0±0,367	2750,0-3700,0	<0,05
2-ая группа	2955,0±0,915	2200,0-3850,0	<0,05
гр. сравнения	3420,0±29,680	3150,0-4000,0	>0,05

Обращает на себя внимание, что в первой группе каждый четвертый новорожденный (26, 3%) родился с признаками ЗРП, в то время как во второй группе – каждый шестой (17,5%).

Оценивая состояние здоровья новорожденных сразу после рождения, установлено, что среди детей первой группы 10,5% и 14,6% - второй группы родились без асфиксии. Однако более половины детей в обеих группах (55,2%), родились с проявлениями легкой асфиксии и сразу после рождения, их состояние было оценено в 6/7 баллов.

Интоксикация, возникшая в организме матери на фоне брюшного тифа, не прошла бесследно и для новорожденного. Свидетельством чего является выявленные поражения ЦНС у детей.

Среди новорожденных первой группы 65,5% имели клинические формы проявления нарушения мозгового кровообращения. Из них, каждый десятый ребенок имел тяжелую степень поражения мозга. Это те дети, матери которых перенесли брюшной тиф в 1-ом триместре беременности, то есть в период завершения органогинеза.

Нарушения мозгового кровообращения проявлялись в обеих группах преимущественно синдромом нейрорефлекторной возбудимости – 23,6% в первой группе и 2,4%, во второй; в то время как синдром угнетения отмечен 5,2% в первой и 4,8% во второй группах.

Обращает на себя внимание значительная потеря массы тела превышавшая 10% на 3-4 сутки почти у 1/3 обследованных новорожденных в обеих группах (31,5% в первой группе, 26,8% во второй), что почти в десять раз превышает данный контрольной группы.

Следует отметить, что в первые 3-е суток среди детей в обеих группах признаков локальной инфекции не выявлено. Однако адаптационные возможности новорожденных преимущественно с задержкой развития в первой и во второй группах были снижены; свидетельством чего явилась позднее прикладывание к груди (из-за тяжести состояния), значительная потеря массы тела, позднее отторжение пуповинного остатка.

Ведя наблюдение за новорожденными, матери которых перенесли брюшной тиф, в раннем периоде адаптации было установлено: что каждый 4-ый (23,6%) ребенок в первой группе и каждый 13 (7,3%) были переведены на второй этап выхаживания. Показаниями переводу явились: наличие клинических форм проявления поражения мозга, различных степеней тяжести и сопутствующим состоянием, обусловленным внутриутробным инфицированием.

После проведения клинического и бактериологического обследования детей на втором этапе выхаживания установлены диагнозы локализованной гнойно-септической инфекции, которая проявилась в виде омфалита, энтероколита, менингита, коньюктивита, пневмонии. В некоторых случаях, а таких детей оказалось 5, имела место генерализованная инфекция в виде сепсиса, протекавшая по септикопиемической форме. В двух случаях диагностирован остеомиелит плечевой кости.

При бактериологическом исследовании, у пяти детей первой группы и одного второй группы выявлено наличие возбудителя E coli, в двух случаях первой группы – Proteus vulgaris, определена чувствительность их к антибиотикам. При исследовании крови на стерильность у двух детей первой группы выявлен - St. aureus.

Учитывая результаты определения чувствительности флоры к антибиотикам, всем детям проводилась комплексная + антибактериальная терапия.

Средняя продолжительность пребывания детей на втором этапе составила – 13,7±1,7 дней.

В результате проведенного обследования и комплексного лечения, ни одного случая летального исхода среди детей, родившихся от женщин перенесших брюшной тиф, не зарегистрировано. Также, среди новорожденных детей основной группы, в результате проведенного бактериологического и копрологического исследования, наличия врожденного брюшного тифа у детей не обнаружено.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно заключить, что большое влияние на формирование плода и инфекционную патологию новорожденного, оказывает перенесенная в ранние сроки беременности интоксикация материнского организма.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Моисеева Е.А., Гырылова С.Н., Золтуева А.И., Цхай В.Б., Прахин Е.И., Бохина Ж.В. (Красноярск)

В последние годы в нашей стране отмечается значительный рост числа больных героиновой наркоманией, преимущественно среди людей молодого и подросткового возраста. В настоящее время женщины составляют 20-25% всех больных наркоманией в мире, особенно высока доля женщин детородного возраста. Соответственно в мире растет количество детей, рожденных женщинами, принимавшими наркотики во время беременности.

В Красноярском крае, как и в целом по России, неуклонно растет количество беременных, женщин страдающих наркоманией. Только за 2003 год в родильном доме №5 г. Красноярска произошли роды у 80 женщин употребляющих наркотики (преимущественно героин).

Целью настоящего исследования явилось изучение перинатальных исходов и клинико-лабораторных показателей новорожденных от героинозависимых матерей.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 57 новорожденных от матерей употребляющих героин. Были проанализированы клинико-статистические данные, лабораторные исследования (развернутый анализ крови), значения массо-ростовых показателей, динамики изменения массы тела новорожденных. Новорожденные от женщин употреблявших наркотики вошли в основную группу. Контрольную группу составили 30 детей рожденных от матерей не употребляющих наркотики (на основании случайной выборки).

Результаты исследования.

Систематическое употребление наркотиков до 1 года отмечалось у 20% пациенток, от 2 до 3 лет – у 54% пациенток, свыше 3 лет – у 22% пациенток.

Средний гестационный возраст новорожденных основной группы составлял 37,98±2,167 недель. Средняя масса тела новорожденных в основной группе составляла – 2858,167±576,528 г, средний рост – 50,53±3,707 см, массо-ростовой индекс (МРИ) 54,9 1,05, что достоверно ниже, чем МРИ в контрольной группе – 69,6± 1,46 (p<-0,001).

Анализ динамики убыли массы тела новорожденных на 2 – 6 день после рождения показал, что на 2-й день максимально теряли массу тела дети контрольной группы (87%), на 3 и 4 день максимально теряли массу тела дети основной группы (соответственно 26% и 23%). День максимальной убыли веса новорожденных в основной группе – 3,8 0,17, в контрольной группе – 2,16 0,08.

Комплексное исследование развернутого анализа крови показало, что в группе новорожденных от женщин, страдающих наркоманией, достоверно чаще, чем в контрольной группе встречалось снижение количества эритроцитов (соответственно 26% и 10%; p<0,05), снижение уровня гемоглобина (соответственно 51% и 27%; p<0,05), а также выявлены случаи повышенного количества тромбоцитов и лимфо-

цитов. В контрольной группе новорожденных достоверно чаще, чем в основной группе в анализах крови отмечалось повышение количества лейкоцитов (соответственно 37% и 18%; p<0,05), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (соответственно 53% и 23%; p<0,05), анизоцитоз (соответственно 83% и 63%; p<0,05), а также чаще встречался развернутый анализ крови, соответствующий норме.

Большая часть новорожденных основной группы при рождении имели низкую бальную оценку по шкале Апгар. Так, на первой минуте жизни оценку выше 8 баллов имели только 59,64%, в 5–7 баллов – 36,84% и ниже 4 баллов – 3,5% новорожденных. Средняя оценка по шкале Апгар в основной группе на первой минуте составила – 7,53 0,08 баллов, на пятой минуте – 8,56 0,07 баллов; в контрольной группе соответственно на первой минуте – 7,8 0,08 баллов, на пятой – 8,8 0,04 баллов.

Врожденных пороков развития среди всех новорожденных не отмечалось, перинатальных потерь не было.

Известно, что у женщин, принимавших героин во время беременности, новорожденные отстают в физическом развитии. Больше чем у половины новорожденных основной группы отмечался синдром ЗВРП, частота которого составила 55%, что достоверно чаще, чем в контрольной группе – 10% (p<0,001). У 23% новорожденных отмечалась недоношенность: 1-й степени в 19,5% случаев, 2-й степени в – 3,5%.

Во время беременности наркотики проникают через плаценту и нарушают формирование обменных процессов у плода, оказывают повреждающее воздействие на центральную нервную систему плода. Так, в основной группе у 75% новорожденных отмечалась церебральная ишемия: 1-й степени в 38% случаев, 2-й степени в – 37%. Для сравнения в контрольной группе преобладала церебральная ишемия 1-й степени.

В наших исследованиях частота развития абстинентного синдрома у новорожденных от матерей употреблявших героин составила 88,9%. Особенности манифестации абстинентного синдрома носили следующий характер: тремор в покое – 70,8%, тремор при раздражении – 16,6%, громкий крик – 33,3%, судорожный синдром – 8,3%, мышечный гипертонус – 55,5%, мышечная гипотония – 29,1% и гипертермия – 4,1%.

Таким образом, проведенный анализ показал, что воздействие опиоидных наркотиков, в частности инъекционного героина, приводит к повышению частоты развития осложнений перинатального периода у новорожденных, в частности – синдрома ЗВРП, недоношенности, снижению массо-ростового индекса новорожденных, церебральной ишемии, абстинентного синдрома. Изменения в развернутом анализе крови новорожденных у героинозависимых матерей выражались в следующем: снижении количества эритроцитов и уровня гемоглобина, увеличении числа тромбоцитов и лимфоцитов.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Молчанова Е.В., Пономарева Л.П. (Москва)

Снижение функции зрения с периода новорожденности напрямую влияет на психомоторное развитие ребенка, формирование его интеллекта и адаптацию в окружающей среде. В связи с этим срок возможного обнаружения зрительного дефекта является одним из важных факторов лечения и прогноза для детей с глазной патологией.

Орган зрения плодов и новорожденных характеризуется рядом морфологических особенностей, отражающих незавершенный гистогенез, и практически постоянно вовлекается в патологический процесс при разнообразной патологии перинатального периода. Однако, чаще исследования глазной патологии проводятся среди контингента недоношенных детей, перенесших реанимационные мероприятия и составляющих группу высокого риска по развитию офтальмопатологии.

Целью настоящей работы явилось определение перинатальных факторов риска офтальмопатологии у доношенных новорожденных.

Материалы и методы. В исследовании использованы анамнестические данные о течении беременности и родов и данные офтальмологического обследования у 329 новорожденных детей с учетом неонатального статуса. Изучение состояния глаз у детей проводилось на первой неделе жизни методами прямой и обратной офтальмоскопии(панорамным и бинокуляным офтальмоскопами Welch Allyn/ США).

У 30 новорожденных отмечалась асфиксия легкой степени при рождении, у 17 – гипербилирубинемия, у 43 новорожденных диагностирован кожно-геморрагический синдром (КГС). 143 ребенка родились у матерей, имевших патологическое течение беременности, из них 43 - у матерей, перенесших ОРВИ во II-III триместре беременности, 50 – у матерей с гестозом, 50 – у матерей с обострением урогенитальных инфекций в течении беременности. Последняя группа была разделена на 3 подгруппы, в зависимости от вида возбудителя инфекционного процесса: у 18 матерей отмечалось обострение генитального герпеса, у 22 – уреаплазмоза, у 10 – хламидиоза. Перечисленные группы детей не пересекались, дети с сочетанной патологией были исключены из исследования с целью изучения изолированного влияния различной перинатальной патологии на состояние органа зрения. В группу контроля вошли 96 клинически здоровых новорожденных.

Изучение зависимости частоты и характера офтальмопатологии от способа родоразрешения проводилось только у клинически здоровых детей, чтобы исключить вероятность воздействия других факторов. Из 96 клинически здоровых новорожденных 43 были рождены естественным путем, 53 появились на свет в результате операции кесарево сечение.

Результаты и их обсуждение. Кровоизлияния в сетчатку достоверно чаще обнаруживались в группе детей от самопроизвольных родов, чем у извлеченных оперативным путем (p<0.005) 26% и 9% соответственно, что объясняется более выраженным и длительным воздействием механического фактора при родах через естественные родовые пути. Причем, при оперативном родоразрешении не встречались кровоизлияния 2-ой степени. Также достоверно чаще у детей от самопроизвольных родов, особенно с длительным вторым периодом страдал наружный отрезок глаза, что выражалось кровоизлияниями под конъюнктиву глазного яблока и кровоизлияниями в веки.

По частоте встречаемости кровоизлияний под конъюнктиву группа детей с асфиксией легкой степени не отличалась от группы контроля (соответственно 7% и8%), но у детей с асфиксией преобладали двусторонние кровоизлияния, в то время как у детей контрольной группы односторонние.

Кровоизлияния в сетчатку наблюдались достоверно чаще у детей рожденных в асфиксии(30%), чем в группе контроля (14%). Также чаще регистрировались двусторонние кровоизлияния 1-ой степени (17% и3% соответственно). Вялую и несодружественную реакцию зрачка на свет у детей с асфиксией по сравнению с группой контроля можно объяснить гипоксическим поражением проводящих путей зрительного анализатора. Такие же функциональные изменения характерны для новорожденных с гипербилирубинемией. СПВС (спонтанный пульс вен сетчатки) достоверно чаще не определялся у детей с гипербилирубинемией (p<0,002), что, вероятнее всего, связано с нарушением гемоликвородинамики в связи с отеком нейронов под действием повышенной концентрации непрямого билирубина.

В группе детей с кожно-геморрагическим синдромом (КГС) процент самопроизвольных родов был достоверно выше, чем в контроле (95% против 45%). Возможно, этим фактором и наличием повреждающего механического воздействия в родах можно объяснить, что наличие кровоизлияний в сетчатку у детей с КГС было достоверно выше, чем у детей контрольной группы (53% против 14% в контроле). Причем, среди них преобладали (19%) двусторонние кровоизлияния 2-степени смешанного типа (пре- и субретинальные). Двусторонний характер также носили кровоизлияния в наружные отделы глазного яблока. Отсутствие СПВС достоверно

чаще (p<0,005) встречалось у новорожденных с КГС, нередко в сочетании с перипапиллярным отеком сетчатки (16%) и отеком диска зрительного нерва (7%).

Высокая тропность респираторных вирусов к эндотелию сосудов обуславливает высокую частоту ретинальных кровоизлияний в группе детей, матери которых перенесли ОРВИ во время беременности по сравнению с контрольной группой (37% против 14%). В этой группе преобладали двусторонние кровоизлияния 2-степени, но встречались также массивные кровоизлияния 3-степени (2%). По данным патоморфологов явления острого набухания, стаза, диапедеза, гиалиновые тромбы, дистрофические изменения клеток присущи не только сетчатой оболочке глаза, но и тканям и оболочкам головного мозга, что, по-видимому, объясняет преобладание более вялой и (или) несодружественной реакции зрачка на свет у детей, матери которых перенесли ОРВИ. Кроме того, вирус гриппа приводит к тромбозу вен, нарушению гемоликвородинамики, о чем достоверно чаще свидетельствует отсутствие СПВС у детей данной группы по сравнению с контролем (16% и 5% соответственно).

У детей от матерей с гестозом не было достоверных отличий от группы контроля по частоте встречаемости офтальмопатологии.

У детей от матерей с обострением хламидийной инфекции во время беременности была повышена частота кровоизлияний в сетчатку, достоверны отличия между групами по частоте встречаемости двусторонних кровоизлияний 2-степени(40% и14% соответственно).

Таким образом, способ и длительность родоразрешения, некоторые инфекционные заболевания матери во время беременности могут являться причиной патологических изменений со стороны органа зрения у новорожденных. Распознавание офтальмопатологии на доклинической стадии позволит снизить риск её прогрессирования и использовать её признаки как ранний маркер поражений ЦНС.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ВНУТРИУТРОБНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ И МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУТОПСИИ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Нисевич Л.Л., Талалаев А.Г., Каск Л.Н., Парсегова Т.С., Туманова Е.Л., Кущ А.А. (Москва)

Состояния, возникающие в перинатальном периоде, являются ведущей причиной патологии и смерти в перинатальном и младенческом возрасте. Наиболее противоречивыми являются сведения о роли инфекции в перинатальной патологии и смерти.

Целью настоящего исследования было оценить значимость врожденных вирусных инфекций среди других состояний перинатального периода в патологии и смерти в перинатальном и младенческом возрасте по результатам аутопсии и вирусологического исследования органов 503 плодов, умерших новорожденных и детей, умерших на первом году жизни. Исследования проводили в реакции иммунофлуоресценции, быстрым культуральным методом, ПЦР. Существенное значение в развитии перинатальной патологии и смерти имеет состояние матери, течение беременности и родов. Анализ показал, что только 31% матерей умерших считали себя практически здоровыми. У 72% был отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Настоящая беременность и роды у 93% протекала с обострением хронических болезней, с осложнениями, которые могли быть причиной острой или хронической гипоксии плода, способствующей активации эндогенной инфекции. Наиболее «благополучными» в отношении факторов риска по развитию перинатальной патологии были женщины до 20 лет, однако их было всего 16% от общего числа матерей. При тщательном сборе анамнеза выяснялось, что многие женщины, считающие себя здоровыми, имели различные очаги хронической инфекции, контакты с инфекционными больными, или сами неоднократно во время беременности перенесли ОРЗ, которым, часто, как и герпетическим высыпаниям, не придавали значения и не сообщали врачу. В ряде случаев под видом легких ОРЗ протекала атипичная краснуха. 8% женщин не наблюдались во время беременности. Среди плодов и умерших было большое количество преждевременно родившихся маловесных детей. У 72,7% доношенных плодов были выявлены признаки незрелости. Наибольшее количество клинически выраженных ОРЗ и гриппа во время беременности было отмечено у женщин с самопроизвольным прерыванием беременности и рождением детей с очень малой и экстремально низкой массой тела. При этом 13% случаев от общего числа ОРЗ и гриппа явились непосредственной причиной острой анте/интранатальной асфиксии и смерти плода и новорожденного. В большинстве случаев ОРЗ и грипп, перенесенные беременной, были разрешающим фактором прерывания беременности. Основным, конкурирующим, сопутствующим или фоновым заболеванием по данным патологоанатомического и вирусологического исследования в 88-92% была внутриутробная инфекция (ВУИ). Следует отметить, что при жизни ВУИ не была диагностирована у 40% умерших а раннем неонатальном периоде, у 35% умерших в течение первого месяца жизни и не всегда у умерших во втором полугодии. В 14% ВУИ проявлялась только воспалительными изменениями в различных органах и тканях (менингоэнцефалит, миокардит, панкреатит, гепатит, пневмония и др.). В подавляющем же большинстве случаев внутриутробная генерализованная инфекция имела характер хронического (персистирующего) процесса с формированием множественных врожденных пороков развития по типу эмбриофетодисплазий. Выявленные диспластические изменения в тканях и органах могли возникнуть как при хроническом (персистирующем) течении моноинфекции, так, в подавляющем большинстве случаев в результате ассоциированного (одновременного или последовательного) инфицирования различными возбудителями в разные сроки гестации. По данным вирусологического исследования в 83% случаев имела место смешанная инфекция (краснуха, герпес, цитомегалия, энтеровирусы). Практически у всех умерших была выявлена та или иная патология бронхолегочной системы: асфиксия, дыхательные расстройства, неонатальный аспирационный синдром, пневмонии, в том числе и врожденные. У каждого пятого умершего поражение бронхолегочной системы развилось на фоне врожденных аномалий бронхов и легких. Количество пневмоний увеличивалось с увеличением возраста умерших. У плодов 64,7% случаев врожденных пневмоний было представлено первичной атипичной вирусной пневмонией (интерстициальная пневмония); в 35,3% - бактериальной пневмонией вследствие аспирации или заглатывания инфицированных околоплодных вод. Количество последних у умерших в течение первых суток жизни возросло почти в два раза (68,9%) и оставалось на высоком уровне (42%) в течение всего периода новорожденности. У умерших на первом году жизни 62,3% пневмоний было представлено серозно-десквамативными пневмониями, которые как и бактериальные пневмонии развиваются преимущественно как осложнение ОРЗ. Суммарное количество пневмоний хламидийной, фунгозной, микоплазменной этиологии не превышает 10% от числа всех пневмоний. В 23% случаев одновременно отмечаются признаки пневмоний различного характера и этиологии. Пневмонии часто были непосредственной причиной смерти. Различные поражения бронхолегочной системы, в том числе врожденные пневмонии, либо были проявлением ВУИ, либо ее осложнением. Геморрагические нарушения у доношенных плодов (в виде множественных петехиальных кровоизлияний в кожу, слизистые и серозные оболочки) выявлялись в два раза чаще, чем у недоношенных, вероятно, вследствие более длительной антенатальной гипоксии. Наиболее частым проявлением геморрагического синдрома (ГС) у умерших недоношенных новорожденных были внутрижелудочковые нетравматические кровоизлияния (ВЖК). В патогенезе ВЖК в

ряде случаев отрицательную роль играет неадекватная реанимационная и гемостазиологическая терапия, проводимая у недоношенных новорожденных. В постнеонатальном периоде и на первом году жизни преимущественно выявлялись последствия ВЖК в виде перивентрикулярного размягчения вещества головного мозга, гидроцефалии. В большинстве случаев ГС являлся осложнением основного заболевания и если часто ВЖК и были непосредственной причиной смерти, то лишь в единичных случаях - единственной причиной. Подтверждением внутриутробного инфицирования являются изменения в тимусе (Т), как врожденного характера (гипоплазия, гиперплазия, тимомегалия, агенезия и др), так и различные стадии акцидентальной инволюции, являющейся реакцией органа на антигенное воздействие. Генетические врожденные изменения Т встречаются относительно редко. В большинстве случаев изменения Т являются следствием антенатальной гипоксии и антигенного воздействия, которые на ранних сроках гестации проявляются нарушением формирования и остановки развития Т, преждевременным жировым метаморфозом и др. У умерших в неонатальном и младенческом возрасте поражения Т были следствием как антенатального инфицирования, так и постнатальной антигенной стимуляции. Мы отметили увеличение частоты изменений в Т с увеличением возраста умерших, существенные различия в частоте поражения Т у доношенных и недоношенных. Это подтверждает значение фактора длительности антигенной стимуляции и свидетельствует о наличии прямой зависимости частоты изменений в Т от срока гестации и срока жизни умерших. Массивная антигенная стимуляция в антенатальном периоде в условиях незрелости иммунной системы приводит к развитию вторичных иммунодефицитных состояний.

Таким образом, врожденная вирусная инфекция во многом определяет структуру не только заболеваемости, но и смерти в перинатальном и младенческом возрасте. Другие составляющие состояний перинатального периода, как правило, - следствие, проявление или осложнение основного заболевания. Профилактику этих состояний следует начинать с подготовки женщины к беременности до зачатия.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Орловская И.В., Кудашов Н.И. (Москва)

В последние годы у новорожденных отмечается рост инфекций, вызванных метициллинрезистентными стафилококками и энтерококками. Среди основных причин приведших к всплеску инфекций, вызванных грамположительными возбудителями, являются две: агрессивная антибактериальная терапия и увеличение количества больных высокого риска, связанное с достижениями медицины в неонатологии, хирургии, кардиологии и других областях медицины. Множественная резистентность к антибиотикам метициллинрезистентных стафилококков и энтерококков чрезвычайно затрудняют терапию инфекций, вызванных этими микроорганизмами, особенно у тяжелых больных с отягощенным анамнезом.

В течение длительного времени препаратами выбора для лечения инфекций, вызванных метициллинрезистентными стафилококками и энтерококками считались гликопептиды, и, прежде всего ванкомицин. Появление штаммов энтерококков и стафилококков, устойчивых к ванкомицину, и потенциальная угроза их широкого распространения обусловили потребность во внедрении в медицинскую практику новых препаратов, активных в отношении множественноустойчивых грамположительных микроорганизмов.

В отделении патологии новорожденных НЦ АГиП РАМН у 32 больных новорожденных с тяжелым инфекционным процессом в терапии был использован зивокс-первый представитель нового класса антибиотиков-оксазолидинонов.

Большинство новорожденных(82%) поступали в тяжелом состоянии, после реанимационных мероприятий, искусственной вентиляции легких. Тяжесть состояния больных была связана с недоношенностью и незрелостью, синдромом дыхательных расстройств, пневмонией, генерализованной инфекцией, на фоне сопутствующей патологии — внутрижелудочковое кровоизлияние, гидроцефалия, кардиопатия и др. В связи с тяжестью состояния всем больным назначали антибактериальную терапию с первых часов жизни.

В клинической картине у новорожденных отмечались признаки инфекционного токсикоза у всех больных, дыхательные нарушения у 83%, проявления дискинезии желудочно-кишечного тракта у 64% больных.

Зивокс подключали к терапии на разных этапах лечения тяжелых больных, как правило, в связи с неэффективностью предшествующей терапии, при появлении клинических симптомов суперинфекций и микробиологического мониторинга, подтверждающего наличие метиллинрезистентной грамположительной микрофлоры. Зивокс назначался как монотерапия, так и в комбинации с цефалоспоринами третьего поколения (роцефин, цефобид) и аминогликозидами (нетромицин, амикацин). Продолжительность терапии зивоксом составляла 5-8 дней. Препарат применялся внутривенно капельно, два раза в сутки через 12 часов, в дозе 10 мг/кг массы тела. Побочных эффектов при применении препарата не отмечалось.

У всех больных на фоне проведенной терапии зивоксом отмечалась положительная динамика: купировались признаки инфекционного токсикоза, дыхательные нарушения, прекратились срыгивания, нормализовался характер стула.

Таким образом, комплексная терапия, включая своевременное назначение зивокса на основании клинико-микробиологических данных у тяжелых больных новорожденных оказалась достаточно эффективной.

В случаях развития энтерококковых и стафилококковых суперинфекций, включая вызванные резистентными к ванкомицину штаммами, зивокс может быть препаратом выбора для лечения и определяет благоприятный исход заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕАКЦИИ БЛАСТТРАНСФОРМАЦИИ ЛИМФОЦИТОВ ДЛЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Падруль М.М., Гейн С.В., Челидзе Т.Т. (Пермь)

Гемолитическая болезнь плода (ГБН) - патологическое состояние, которое сопровождается гемолизом эритроцитов плода под влиянием изоантител матери, проникающих через плацентарный барьер. ГБН при реализации резус - конфликта нередко является причиной гибели или тяжёлых форм заболевания ребёнка. Исследование титров антител, ультразвуковое исследование, амниоцентез не всегда позволяют прогнозировать развитие ГБН у новорожденного.

Несмотря на длительное изучение и большое количество фундаментальных работ, посвященных исследованию ГБН, далеко не все аспекты этой проблемы окончательно выяснены. В настоящее время патогенез заболевания трактуется как агрессия антител матери против эритроцитов плода, но при этом не учитывается функциональная активность лимфоцитов матери и возможная их сенсибилизация к антигенам отца будущего ребёнка.

Цель работы - изучение пролиферативной активности лимфоцитов периферической крови беременных женщин с резус-отрицательной кровью в присутствии Т-клеточных митогенов или лимфоцитарных антигенов мужа.

Обследовано 14 супружеских пар и 14 детей периода новорожденности. Возраст матерей варьировал от 19 до 36 лет. По социальному статусу преобладали служащие. При изучении анамнеза обнаружено, что 4 (28,6%) женщины были первобеременными, 6 (42,9%) - первородящими, 8 (57,1%) - повторнородящими с отягощенным гинекологическим анамнезом: у 4 женщин имели место самопроизвольные выкидыши в сроках до 12 недель. До беременности в гинекологическом анамнезе у 6 (42,9%) женщин была эрозия шейки матки, 9 (64,3%) - урогенитальные инфекции, 2 (14,2%) женщины

страдали хроническим аднекситом, 1 имела миому матки. Течение беременности сопровождалось угрозой прерывания в различные сроки у 10 (71,4%) пациенток, ранним токсикозом - 2, поздним гестозом-3, анемией легкой степени – 7 (50%) и обострением хронической урогенитальной инфекции: 3 уреамикоплазмоза, 2 хламидиоза, 1 генитальный герпес, 1 кандидоз.

По данным ультразвукового метода исследования (УЗИ) и кардиотокограммы (КТГ) в 3 случаях выявлена хроническая гипоксия плода. Стоит отметить, что у всех плодов имели место нормальная двигательная активность и мышечный тонус. Толщина плаценты и количество вод не отличались от нормы.

Обращает на себя внимание, что из 14 женщин у 10 (71,4%) дети родились с ГБН по системе резус, и только 5 (35,7%) родили здоровых детей.

В зависимости от степени реализации или отсутствия ГБН все беременные женщины были разделены на 2 клинические группы.

В 1-ю группу вошли 5 беременных женщин, родивших впоследствии здоровых детей. За весь период гестации у них не были выявлены антитела к резус-фактору. Все роды в данной группе были срочными. При рождении оценка по шкале Апгар составила 8-9 баллов.

Во 2-й группе, куда вошли 9 беременных, дети родились с ГБН различной степени тяжести. Беременность у 8 матерей обследуемой группы была повторной.

Следует заметить, что резус-антитела были выявлены лишь у 3(33%) женщин, остальные 6(66,6%) не были сенсибилизированы. Антирезусные антитела в большинстве случаев обнаруживали в сроках с 12 до 36 недель беременности. Самые высокие титры антител от 1:128 до 1:1024 отмечены в 22-35 недель.

При рождении оценка состояния новорождённых по шкале Апгар составила 8-9 баллов в 6-х случаях и 7-8 баллов в 4-х. Состояние детей в периоде новорожденности было удовлетворительным.

Содержание билирубина сыворотки пуповинной крови в первые сутки жизни соответствовало 36-115 мкмоль/л, с постепенным нарастанием к 4-м суткам до 294 мкмоль\л. В среднем почасовой прирост билирубина в исследуемой группе детей составил 2,4 мкмоль/л. Клиника желтухи у новорожденных проявилась на 2-3 сутки.

На основании данных клинических и лабораторных исследований диагноз ГБН лёгкой степени тяжести был выставлен в 5 (55,5%) случаях, средней в 4 (44,4%). По структуре ГБН желтушная форма выявлена у 5 детей и желтушно- анемическая у 5, при осмотре детским неврологом у 4х детей выявлено перинатальное поражение центральной нервной системы смешанного генеза.

После проведенной комплексной терапии все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 7-8 сутки.

Для прогнозирования развития ГБН проводили оценку выраженности пролиферативного ответа лимфоцитов беременной женщины в реакции бласттрансформации лимфоцитов.

Объектом исследования служили лейкоциты периферической крови резус-отрицательных беременных женщин на 32-34 неделях беременности. Лейкоциты беременных женщин культивировали с фитогемагглютинином Р (ФГА), либо лимфоидными клетками отца будущего ребёнка в 96-луночных круглодонных планшетах. Каждая культура содержала 2*105 клеток в 0,2 мл полной питательной среды, которую готовили на основе среды 199 с добавлением 10 mM HEPES, 2 mM L-глутамина, 100 мкг/мл гентамицина и 10% аутоплазмы. Культивирование осуществляли во влажной атмосфере с 5% CO2 при 370С в течение 72 ч. За 18 ч до окончания культивирования в каждую лунку вносили по 2 мкКи 3Н-метилтимидина. Радиоактивность проб определяли на жидкостном сцинтилляционном счетчике «Guardian» (Wallac, Финляндия).

Установлено, что индекс стимуляции в присутствии клеток мужа статистически достоверно выше в группе женщин родивших детей с ГБН (2-я группа), по сравнению с беременными, родившими здоровых детей (1-я группа). Это свидетельствует о повышенной сенсибилизации лимфоцитов матери к антигенам мужа во 2-й группе. Обращает на себя внимание, что индекс стимуляции в культурах с ФГА у женщин родивших детей с ГБН был достоверно ниже, нежели у беременных, родивших здоровых детей. Снижение функциональной активности лимфоцитов у женщин 2-й группы является свидетельством угнетения у них выраженности иммунных реакций по сравнению с беременными первой группы. При оценке интенсивности пролиферации в нестимулированных и стимулированных культурах межгрупповых различий выявлено не было, что говорит о важности индивидуального анализа уровня пролиферации культур стимулированных атигеном или митогеном относительно нестимулированных культур.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о перспективности оценки пролиферативного ответа лимфоцитов беременной женщины на антигены отца будущего ребёнка с целью своевременной диагностики развития ГБН.

Таблица

Сравнительная оценка пролиферативного ответа лимфоцитов беременных женщин с резус-отрицательной кровью, родивших здоровых детей и детей с ГБН, в реакции бласттрансформации лимфоцитов

Характеристика группы	Интенсивность пролиферации (имп/мин)			Индекс стимуляции ·	
	Без митогена	Клетки мужа	ФГА	Клетки мужа	ФГА
Беременные с резус-отрицательной кровью, родившие здоровых детей (1-я группа)	490,30± 136,41	432,72± 157,69	30804,50 ± 10327,00	0,90± 0,21	102,48± 26,41
Беременные с резус-отрицательной кровью, родившие детей с ГБН (2-я группа)	706,64± 284,40±	1092,29± 491,56	26322,6± 5286,09	2,83± 0,75*	43,09± 11,44*

*Примечание. Здесь и в табл. 2.· - индекс стимуляции (И.С.) рассчитывали по формуле: И.С.≠Рс/Рк, где Рс - то же стимулированных митогеном или антигеном культурах; Рк – интенсивность пролиферации (имп/мин) в нестимулированных культурах. * - p<0,05 к 1-й группе.*

МОНИТОРИНГ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО МАРКЁРАМ ОБЩЕЙ ПАТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Папонов В.Д., Папонов В.В., Михеева И.Г., Цветкова Е.В., Филин В.А. (Москва)

Предлагается традиционные методы оценки состояния здоровья новорожденных детей по многочисленным нозологическим признакам дополнить анализом маркёров общей патологии. Эти маркёры отражают функциональное состояние генетического аппарата человека в виде двух белковых параметров лейкоцитов 53К/Н2А и 43К/Н2А, где 53К и 43К – белки с массами 53 и 43 килодальтон, Н2А – гистон. Параметры принимают аномальные значения 53К/Н2А>0,25; 43К/Н2А<1,61 при любых патологических изменениях организма человека: наследственных и приобретённых, инфекционных и неинфекционных в 100% случаев среди нескольких тысяч обследованных больных. Обслдование более двух тысяч новорожденных детей по самоистекающей при родах пуповинной крови показало, что многие из них демонстрируют аномальные показатели лейкоцитов при отсутствии клинических признаков заболеваний. Шестилетнее наблюдение за детьми, обследованными в момент рождения, показало, что дети, выделенные в группу риска по маркёрам общей патологии, в несколько раз чаще остальных демонстрируют распространённые среди детей нозологические формы заболеваний. Результаты длительного наблюдения являются признанным «золотым стандартом» диагностики. Поэтому можно утверждать, что дети с аномальной реакцией генетического аппарата уже в момент рождения находятся на доклинической (донозологической) бессимптомной стадии того или иного заболевания, что требует принятия профилактических мероприятий. Поэтому в системе охраны здоровья детей скрининг новорожденных по маркёрам общей патологии должен быть признан обязательным, пред-

варяющим все остальные процедуры специфической диагностики. Это позволит значительно снизить объём работ и затраты по выявлению частных заболеваний.

Установлено, что на территории такого мегаполиса, как Москва, имеются участки в виде муниципальных районов значительно отличающиеся по степени поражения населения. Процент новорожденных детей, отнесённых к группе нормы по маркёрам общей патологии, в отдельных районах составляет 20%, а в некоторых достигает 65%. Такие районы могут даже соседствовать друг с другом, как например Северное и Южное Тушино в Северо-Западном округе Москвы. Полученные данные позволяют ставить вопрос о дифференцированной территориальной экологической обусловленности состояния здоровья населения мегаполиса, реализовавшейся через репродуктивные особенности семейных пар в новом поколении москвичей. Мониторинг новорожденных по маркёрам общей патологии, связанных с патологическим функциональным состоянием генома, позволяет немедленно заняться профилактикой заболеваемости детей, а также сосредоточить административные и финансовые ресурсы на профилактике здоровья семей, планирующих беременность в наиболее опасных районах городов и на выявлении наиболее вредных поражающих факторов среды на таких территориях. Предлагаемая технология в охране здоровья матери и ребёнка носит прорывный характер и значительно опережает уровень современных мировых возможностей поскольку по прогнозу руководителя высокозатратной международной программы «Геном человека» Френсиса Коллинза скрининг новорожденных детей по состоянию первичной структуры ДНК генома предполагается только к 2040г. При этом стоимость однократного анализа оценивается в 1000 долларов. Метод маркёров общей патологии позволяет проводить скрининг как новорожденных, так и взрослых по реакции генетического аппарата человека, связанной не только с аномалией первичной структуры ДНК, но и с нарушениями функциональной активности генома. Кроме того, терапевтические перспективы Программа «Геном человека» связывает с пока ещё проблематичными успехами генной инженерии, а маркёры общей патологии позволяют уже сегодня использовать весь терапевтический арсенал современной медицины, освободив его от опасностей терапевтических осложнений. Это достижимо с помощью испытания каждым больным действия однократного приёма предлагаемого врачом лекарственного препарата или терапевтической процедуры. Перспективы такой технологии трудно переоценить, поскольку только в США по официальным данным ежегодные финансовые потери, связанные с ошибочным лечением оценивают в 29 миллиардов долларов. Утвердится ли в России ресурсосберегающая эффективная медицина с приоритетом профилактического направления зависит от решительности органов здравоохранения в объединении нозологического и общепатологического подходов к анализу патологии. Необходимость такого объединения заключается в том, чтобы лечить и болезнь по нозологическим стандартам, и больного на основе мониторинга по маркёрам общей патологии. Обоснования такого принципа можно найти в следующих публикациях: Д.С. Саркисов, М.А. Пальцев, Н.К. Хитров «Общая патология человека», М.,1997; В.В. Серов «Общепатологические подходы к познанию болезни», М.,1999; В.Д. Папонов и соавт. «О природе новых маркёров общей патологии», Терапевтический архив, 2002, №12, 91; «Аномальные проявления генетического аппарата человека при патологии и перспективы совершенствования лечения заболеваний различной этиологии», Терапевтический архив, 2004, №1,82; «Перспективы социально-гигиенического мониторинга с нозологических и общепатологических позиций медицины», Гигиена и санитария 2005, №1, 51.

КРИТЕРИИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА

Петрова Л.А. (Москва)

В последние годы предпринимаются попытки достоверных методов пренатальной диагностики синдрома Дауна. Это объясняется тем, что это наиболее часто встречающееся хромосомное заболевание внутриутробно диагностируется редко. Чаще всего рождение такого ребенка бывает неприятным «сюрпризом» для акушера. Если принять во внимание то, что ежегодно в России рождается более 2500 детей с синдромом Дауна, то за 40-50 лет (средняя продолжительность жизни при этом заболевании) общее количество таких детей достигает 100 000. Особенно часто дети с синдромом Дауна (СД) рождаются в тех родовспомогательных учреждениях, в которых концентрируются женщины, беременность у которых относится к категории высокого риска (женщины старше 35 лет, страдающие экстрагенитальной патологией, различными формами бесплодия, привычным невынашиванием и пр.). В таких стационарах рождение детей с синдромом Дауна достигает 1:200, т.е. в 4 раза чаще, чем в общей популяции.

Результаты собственных исследований на примере 53 случаев синдрома Дауна, диагностированных за последние годы (14 – пренатальная, 39 – постнатальная диагностика) показали, что информативность ранних ультразвуковых маркеров в пренатальной диагностике СД оказалась малодостоверной и в условных процентах составила 16,9%. Чувствительность сывороточных маркеров при СД оказалась более высокой (57%). Ультразвуковое исследование плода и использование биохимических маркеров служат для формирования группы риска для последующего кариотипирования. Только при использовании всего тест-скрининга возможно достичь 100% диагностики синдрома Дауна в пренатальном периоде.

Особенно следует подчеркнуть необходимость четкого генетического контроля при лечении бесплодия с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Предимплантационная и пренатальная диагностика с использованием метода FISH, а также ультразвукового, биохимического и кариологического исследования позволит достоверно диагностировать не только синдром Дауна, но и другие хромосомные заболевания. Усиление генетического контроля на всех этапах беременности после ЭКО позволит повысить эффективность этого метода.

ЭКСПРЕССИЯ ГОРМОНОВ В ТИМУСЕ ЧЕЛОВЕКА

Полякова В.О. (Санкт-Петербург)

В последние годы обнаружено,что некоторые клетки в организме млекопитающих и человека, не будучи по своему происхождению эндокринными, обладают способностью синтезировать и секретировать гормоны. Продукция гормонов была описана у лимфоцитов периферической крови, эозинофильных лейкоцитов, тимоцитов, макрофагов, тучных клеток, эндотелиоцитов. Вырабатываемые ими гормоны являются биогенными аминами и регуляторными пептидами, а также веществами, относящимися к классу цитокинов. Так, например, по отношению к «классическим» гормонам было показано, что лимфоциты могут синтезировать мелатонин, пролактин и АКТГ; эозинофильные лейкоциты - серотонин и мелатонин; тимоциты – лютенизирующий гормон и мелатонин; тучные клетки - гистамин, серотонин, мелатонин, вазоактивный интестинальыйй пептид; эндотелиоциты - эндотелины, соматостатин, гистамин, мелатонин. Целью данного исследования явилось иммуноцитохимическое изучение возможной экспрессии биогенных аминов и регуляторных пептидов в клетках тимуса человека и выяснение возможных корреляций их выработки с пролиферативной активностью тимоцитов.

Исследования выполнены на тимусе детей в возрасте 6 мес., 1-4 лет, полученном при операциях по устранению врожденных пороков сердца. Объектом изучения также служили культуры тимоцитов и эпителиальных клеток тимуса. Тимоциты выделяли из фрагментов тимуса абортных эмбрионов человека на 20-недельном сроке раз-

вития и разделяли на субпопуляции CD4+ или CD8+. Экспрессию мембранных молекул для идентификации субпопуляций тимоцитов, определяли методом проточной цитофлуорометрии с использованием наборов моноклональных антител к поверхностным антигенам (Caltag и Сорбент). Проточную цитофлуорометрию осуществляли на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson). Для иммуноцитохимического исследования суспензию клеток предварительно фиксировали в смеси 4% формальдегида и 0,1% глутарового альдегида на фосфатно-солевом буфере, pH 7,4 (ФСБ) в течение 3-5 минут и затем путем последовательного центрифугирования – ресуспендирования отмывали ФСБ. После удаления фиксирующей смеси к суспензии добавляли 0,03% Тритон Х-100 или 0,025% сапонин на 20 мин для пермеабиализации клеточных мембран. Суспензию клеток инкубировали при 4оС в холодильнике, периодически ресуспендируя. После удаления тритона/сапонина клетки отмывали ФСБ 2 раза по 3 мин и готовили стандартные мазки на предметных стеклах. В качестве тимусных эпителиальных клеток (ТЭК) использовали клетки суспензионной линии VTEC2.H/S, ранее полученные путем трансформации ТЭК эмбрионального тимуса человека материалом, содержащим вирус SV40 и последующего клонирования трансформированных клеток. Более 90% клеток VTEC2.H/S содержат цитокератины 8/18, что свидетельствует об их эпителиальной природе. Иммуноцитохимические исследования проводили с использованием антител к различным гормонам. Маркерами пролиферативной активности клеток служили PCNA и циклин А (Novocastra, 1:100). Компьютерный анализ микроскопических изображений проводили с помощью системы Morphostar 2 (Imstar S.A.). Корреляционный анализ проводили с использованием программы ANOVA (Kruskal-Willis). Для статистической обработки результатов применяли программу STATISTIKA (Statsoft).

На гистологических срезах, окрашенных гематоксилином и эозином, тимус детей имеет дольчатое строение. В дольках отчетливо различается корковое и мозговое вещество. Эпителиальные клетки коры немногочисленны, имеют вытянутую треугольную или звездчатую форму за счет длинных и тонких цитоплазматических отростков, которые образуют «сеть», в которой располагаются тимоциты коркового вещества. Насыщенность корковой зоны тимуса по ядрам составляет 41014 462 клетки на 1 мм2 площади среза для детей в возрасте 6 мес.; 41948 1147 – для возрастной группы 1-2 года и 43137 762 – для группы 2-4 года. Основная популяция пролиферирующих клеток в тимусе детей располагается в корковом веществе с тенденцией концентрироваться в периферической зоне долек. В мозговом веществе лимфоцитов содержится существенно меньше, чем в коре вилочковой железы. Эпителиальные клетки местами формируют хорошо выраженные тельца Гассаля. В мозговой зоне определяется достаточно высокая количественная плотность клеток: 32262 1423 для детей в возрасте 6 мес; 34835 911 – для возрастной группы 1-2 года и 33667 490 – для группы 2-4 года, однако реакцию на PCNA и циклин А дают единичные ядра. Между дольками тимуса располагаются тонкие прослойки соединительной ткани (септы), содержащие мелкие кровеносные сосуды и тучные клетки. В тимусе детей тучные клетки составляют относительно небольшую фракцию клеток (10 - 25 на 1 мм2) и сосредоточены в соединительнотканных междольковых септах в виде цепочек.

По данным иммуноцитохимических исследований, наиболее убедительно верифицируется экспрессия серотонина и соматостатина в эпителиальных клетках тимуса, формирующих тельца Гассаля. Иммуноокрашивание отдельных эпителиальных клеток и телец Гассаля на гастрин выявляется менее часто. Иммунопозитивную реакцию с антителами к глюкагону демонстрировали отдельные эпителиальные клетки.

Изучение параметров пролиферативной активности клеток тимуса показало наличие достоверной положительной связи ($r = +0,8$; $p<0,05$) между экспрессией PCNA и циклина А в ядрах тимоцитов коркового вещества (рис. 3А) и отрицательной корреляции ($r = -0,9$; $p<0,01$) между индексами пролиферации в корковом и мозговом веществе вилочковой железы. Кроме того, в процессе исследования получены сведения о корреляционных связях между экспрессией серотонина и соматостатина в эпителиальных клетках телец Гассаля и пролиферативной активностью тимоцитов человека по индексу PCNA. По-видимому, выявленные корреляционные связи отражают процесс морфо-функционального созревания тимуса. При этом прослеживается отчетливая тенденция к усилению с возрастом экспрессии серотонина в эпителиальных клетках, росту пролиферативной активности тимоцитов в корковом веществе, снижению индексов пролиферации в мозговом веществе. Также в постнатальном онтогенезе происходит снижение экспрессии соматостатина эпителиальными клетками. Полученные данные подтверждают сведения о митогенном действии эндогенного серотонина на пролиферацию лимфоидных клеток и ингибирующем действии на этот процесс соматостатина.

Иммуноцитохимическое исследование позволило также обнаружить в различных субпопуляциях тимоцитов человека, находящихся на различной стадии дифференцировки, следующие гормоны: в предшественниках Т-лимфоцитов (CD4-CD8-) содержатся серотонин и мелатонин; в незрелых кортикальных клетках (CD4+CD8+) обнаружен только серотонин, в зрелых медуллярных клетках выявлен серотонин, мелатонин, бета-эндорфин и гистамин.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют об экспрессии различных гормонов в клетках тимуса человека, демонстрируя тем самым, высокую полифункциональную эндокринную активность этого органа. Обнаружение четких корреляций между экспрессией тех или иных гормонов и пролиферативной активностью тимоцитов отражает важное участие нейроиммуноэндокринных механизмов в паракринной регуляции локального гомеостаза тимуса.

К ВОПРОСУ О ПРОПАГАНДЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Полянская Р.Т., Фадеева Е.К., Ростовцева И.Я., Шиповская В.П,, Баркова А. Ю. (Красноярск)

Ничто не может сравниться с грудным вскармливанием. Ребенок, получивший грудное молоко начнет свою жизнь здоровым. Кормя грудью, женщина передает своему младенцу материнскую любовь и тепло, устанавливается психо-эмоциональная связь, формируется феномен импретинга. Дети вскармливавшиеся на грудном молоке сильнее привязываются к матери, бережнее и добрее относятся к своим родителям в последующие годы.

В последние десятилетия наметилась тенденция к снижению грудного вскармливания, все это связано с: активной рекламой производителей искусственных смесей, отсутствием желания женщины кормить ребенка грудью в эстетических целях, современным статусом женщины, которую волнует карьерный рост. Во всем мире забили тревогу, поскольку, резко ухудшилось здоровье наших детей, в связи с этим одним из ведущих направлений в медицине, стала пропаганда грудного вскармливания.

В родильном доме № 5 г. Красноярска активно занимаются проблемами грудного вскармливания. Так с 2001 года в родильном доме появилось новое современно оснащенное отделение « Мать и дитя». Преимущества этого отделения неоспоримы: мать находиться со своим малышом с первых минут рождения. Начиная с родового зала, где ребенка прикладывают к груди матери еще на пульсирующей пуповине. Осмотр ребенка неонатологом, отсасывание слизи, проведение профилактики гонобленореи, отсечение пуповины осуществляются на животе у матери. Все манипуляции: туалет новорожденного, обработка пуповины, пеленание производятся в присутствии матери. Спустя 2 часа при отсутствии противопоказаний женщина вместе с ребенком переводятся в отделение « Мать и дитя». Дети, находящиеся в палате ПИТ находятся под присмотром матери и вскармливаются ее грудным молоком. При этом женщина обучается медицинским персоналом правилам сцеживания молока. При наличии показаний перевода ребенка в детское соматическое отделение или реанимационное отделение, женщина пребывает вместе с малышом.

В отделении « Мать и дитя» ребенок постоянно находиться с матерью, где палаты 1-2-3 местные. Кормление ребенка осуществляется «по требованию», поскольку каждый ребенок индивидуален, количество необходимой пищи варьирует у различных детей в течение дня, что абсолютно неприемлемо с принятой ранее концепцией «кормление по часам».

За детьми ведется наблюдение врачом-неонатологом и детской сестрой, которые прошли обучающие курсы по грудному вскармливанию. Все женщины имеют методические рекомендации по грудному вскармливанию С ними проводятся занятия, беседы, на которых обсуждаются преимущества грудного вскармливания, правила расположения ребенка и прикладывания к груди, меры по профилактике гипогалактий.

Обучение по грудному вскармливанию женщины проходят еще во время беременности в женских консультациях МУЗ «Родильный дом № 5» на базе которых существуют школы для родителей по грудному вскармливанию. Благодаря занятиям у женщин появляется стойкое желание кормить малыша грудью. Это способствует формированию устойчивой доминанты на необходимость грудного вскармливания, что является одним из самых эффективных методов профилактики вторичной гипогалактии.

Активная пропаганда грудного вскармливания дает положительный результат, так при анализе карт грудного вскармливания, обращает внимание, что гипогалактия отсутствовала в 100% случаев. На 6 сутки отмечалось максимальное прибытие молока, что диктует увеличить кратность прикладывания к груди до 10-12 раз в сутки. Так в 2004 году зарегистрировано 65 случаев лактостаза.

Мать, находясь в отделении «Мать и дитя», обучается правильно пеленать новорожденного, одевать распашонки, что позволяет ребенку «свободно двигаться», так как всем известны преимущества свободного пеленания, в родильном доме практикуется сухое ведение пупочного остатка.

В 2003 году родильному дому присвоено почетное звание ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательного отношения к ребенку».

Нами проанализированы некоторые показатели деятельности родильного дома с 2001-2004 год. Так на 2004 год количество родов составило 3092, из них физиологических 747 (24,1%), родоразрешены операцией кесарево сечение 830 (26,8%). В последние годы количество родов увеличилось (прирост 39,63% по сравнению с 2001 годом), при этом отмечается тенденция к увеличению родоразрешения операцией кесарево сечение (прирост 49,01% по сравнению с 2001 годом). Динамика данных показателей представлена в таблице № 1 (темп прироста по отношению к 2001 году).

Таблица № 1
Анализ родов в динамике

Показатель	2001	2002	2003	2004	Темп прироста%
Количество родов	2437	2837	3403	3094	+39,63
Физиологические роды	720	695	664	747	+3,75
Операция кесарево сечение	557	661	854	830	+49,01

В 2001 году количество детей находившихся на грудном вскармливании составило 1278, а в 2003 году 1518, в 2004 год 1577. Нельзя не отметить положительную тенденцию в последние годы по увеличению количества малышей находящихся на грудном вскармливании, что во многом связано с активной пропагандой грудного вскармливания в родильном доме и в его подразделениях.

Нами было обследовано 47женщин, которым были предложены индивидуальные анкеты по грудному вскармливанию. Из них количество родильниц составило 72%, 28% женщин имели детей грудного возраста. Средний возраст женщин составил 26 ± 5,065. Из них первородящие 81%, повторнородящие 19%. В родильном доме все новорожденные находились на грудном вскармливании. Количество детей, которых приложили к груди матери на пульсирующей пуповине, составило 64%, количество детей приложенных до 2 часов после рождения 19%, 15% детей были приложены спустя 2 часа, но не более 24 часов и 2% получали грудное молоко через назогастральный зонд. Дети, которые не были приложены к груди сразу после рождения, имели противопоказания: острая гипоксия плода, глубокая недоношенность, гемолитическая болезнь новорожденного, либо причиной явилось состояние женщины (Вич-инфекция, героиновая наркомания, тяжелые эндогенные заболевания).

При опросе женщин имеющих детей первого года жизни установлено, что 70% детей находиться на естественном вскармливании, 23% на смешанном вскармливании и 8% на искусственном. У одного ребенка, находящегося на смешанном вскармливании дефицит массы тела составил 15%. Все дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, развивались гармонично, правильно в соответствии с возрастом. В момент исследования количество детей до 4 месяцев составило 62%, дети старше 4 месяцев 39%. Из них 1 прикорм получали 40% детей в период от 4 до 6 месяцев, 40% детей 1 прикорм получали в период 6 до 8 месяцев, и 20% женщин прикорм на вводили.

Интересно, что средний срок постановки на учет в женской консультации составил 9,28±4,45, из них 57,4% посещали курсы психопрофилактики, не посещали 42,5%. Среднее количество посещенных занятий составило 4 ± 1,58. Беременность была запланированная у 76,5%. Желание кормить грудью было у всех опрошенных женщин в родильном доме.

Активная работа и преемственность на всех этапах акушерско-гинекологической помощи способствует планированию беременности, формированию устойчивого желания кормить малыша грудью. Женщина уже до родов знает преимущества грудного вскармливания, правила прикладывания ребенка к груди, преимущества кормления «по требованию», сроки введения прикормов. Наш опыт свидетельствует о преимуществах данного метода во всех отношениях как для матери, для ребенка, для семьи и так и для общества в целом.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Пономарева Л. П., Соклакова Е.Ю. (Москва)

Сердечно-сосудистая патология детского возраста представляет собой одну из наиболее актуальных проблем Российского здравоохранения. За последние 10 лет, в 2,5 раза возросла заболеваемость, и в 1,5 раза увеличилось число детей с хроническими формами патологий, имеющих высокий риск жизнеугрожающих осложнений. В этой ситуации особую значимость приобретает максимально раннее выявление риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, так как многие из них формируются в перинатальном периоде, поздно диагностируются и могут служить субстратом прогрессирующих сочетанных поражений миокарда и проводящей системы сердца в более старшем возрасте.

Современному выявлению и лечению заболеваний сердца у детей, препятствует недостаточная изученность связи изменений сердечно-сосудистой системы с перинатальной патологией, способной оказывать потенцирующее влияние на возникновение электрической нестабильности сердца.

Целью настоящей работы являлась оценка возможностей диагностики характера нарушений сердечного ритма доношенных новорожденных, родившихся у матерей, беременность которых относилась к категории высокого риска.

Материал и методы исследования:

Обследовано 19 доношенных новорожденных, родившихся в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.

Всем детям с 1-х по 4-е сутки жизни проводилось суточное (холтеровское) ЭКГ- мониторирование (76 исследований) с оценкой ЧСС за сутки, корригированного интервала QT, наличия пауз и нарушений сердечного ритма. А так же проведен комплекс обследований, включающий клинико-анамнестический метод; лабораторные тесты; доплер-эхокардиографию. Все дети, кроме одного, были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Среди патологий матерей 70% были инфекционного генеза (хронический гепатит, кольпит, фурункулез, микоплазмоз, уреаплазмоз,

хламидиоз, бесплодие, хронической воспаление придатков, ВПГ, ЦМВ-инфекция); 30% неинфекционного генеза (миома матки, зоб, псориаз, анемия, варикозная болезнь). В 40% случаев беременность протекала с обострением хронической инфекции (ВПГ, ЦМВ-инфекция, кандидоз, кольпит)

Результаты:

По данным холтеровского мониторирования, выявлена наджелудочковая эктопия в виде единичной (от 3 до 10 в сутки) наджелудочковой экстросистолии в 41% случаев; 2,4% желудочковых эктопий в виде единичных вентрикулярных экстросистол (не более 5 за сутки).

В качестве примера приводим следующее наблюдение: доношенный мальчик родился у женщины 35 лет, с бесплодием в анамнезе, от первой беременности, протекавшей с анемией. В течении беременности женщина получала иммуноглобулинотерапию, гормонотерапию. Ребенок родился путем операции кесарева сечения, проводившейся под эпидуральной анестезией. Околоплодные воды были светлые, предлежание –головное. Ребенок родился без асфиксии, с однократным не тугим обвитием пуповиной вокруг шеи. УЗИ головного мозга и внутренних органов без особенностей. Клинический анализ крови в норме. Доплер-эхокардиография: функционирующее овальное окно (0,3 см). При суточном мониторинге ЭКГ у ребенка наблюдалась желудочковая эктопическая активность, состоящая из 184 сокращений, из которых 179 находились в одиночных преждевременных желудочковых сокращениях, 2 находились в интерполированных преждевременных желудочковых сокращениях, 3 относились к одиночным желудочковым сокращениям. После метаболической терапии на 5-е сутки жизни эти явления купировались.

В 16% случаев у детей отмечалось удлинение интервала QTc более 450 мс(более 60% за сутки). Однако, к концу раннего неонатального периода эти изменения уже не наблюдались..

В 33,2% случаев отмечались явления тахибрадиаритмии; в 16,6% - со склонностью к брадикардии, в 8,3% со склонностью к тахикардии.

Клинический пример: доношенная девочка, родилась у матери 28 лет, страдающей бесплодием 2, хроническим сальпингоовоаритом, варикозным расширением вен нижних конечностей. От второй беременности, протекавшей с гестозом 1, кольпитом во втором триместре, отеками в третьем триместре; от первых оперативных родов путем операции кесарева сечения. Обезболивание – эпидуральная анестезия. Ребенок родился с 2-кратным обвитием пуповиной вокруг шеи, без асфиксии, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние при рождении удовлетворительное. УЗИ головного мозга и внутренних органов без особенностей. Доплер-эхокардиография: функционирующее овальное окно (0,4). Клинический анализ крови без особенностей. Лечение: викасол, глицин, 20% раствор элькра. При холтеровском мониторировании в течении первых 4-х суток жизни у ребенка отмечались эпизоды брадикардии до 70 в минуту в течении 55 сек, которые восстанавливались спонтанно. А так же эпизоды синусовой тахикардии, с максимальным ЧСС 207 уд/мин., длительностью 1 час в течении первых суток жизни. К концу 4-х суток жизни, эпизоды синусовой тахикардии сохранялись с максимальной ЧСС 214 уд/мин., в течении 2-х часов за сутки, с депрессией сегмента ST в данном отведении более 5 мм. Так же отмечалось удлинение интервала QTc 450 мс, больше 80% за сутки. На 5-е сутки жизни ребенок был переведен в кардиологическое отделение ГБ с диагнозом : Синусовая тахикардия. Синдром слабости синусового узла. Синдром удлиненного QT?

На 10-е сутки жизни состояние стабилизировалось. Была проведена метаболическая терапия. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение:

Некоторые исследователи высказывают предположение о влиянии вирусных инфекций на замедленное созревание вегетативных центров, ответственных за регуляцию метаболизма миокарда и сердечного ритма вследствие нарушений нейротрофической функции, так же отмечают высокий риск формирования электрической нестабильности миокарда при нарушении в системе фактора роста нервов, связанные с обострением герпетической инфекции во время беременности.

Таким образом, учитывая высокий процент инфекций у матери обследованных детей, мы поддерживаем данную гипотезу. Однако необходимость дальнейших исследований не вызывает сомнений. Электрокардиографическое обследование новорожденных первых суток жизни, позволяет выявить на доклиническом этапе группы риска по кардиопатологии и провести необходимые превентивные мероприятия.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У МАТЕРЕЙ

Пономарева Л.П., Бурлев В.А., Орджоникидзе Н.В., Пасхина И.Н. (Москва)

В настоящее время известно, что любой инфекционный процесс связан с деструкцией тканей. При патологических состояниях в организме происходит накопление избыточных конечных и промежуточных продуктов обмена веществ. Разрушаются высокомолекулярные нуклеиновые кислоты (ДНК или РНК), в крови возрастает уровень содержания кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот (КФНК), что указывает на наличие и выраженность воспалительно-некротического процесса в организме. Также при эндогенной интоксикации повышается уровень среднемолекулярных пептидов (СМ), изменяются параметры свободно-радикального окисления. При стрессовых и воспалительных реакциях происходит резкая активация перекисного окисления липидов, повышение уровня его конечных продуктов – активных продуктов, взаимодействующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-ап). Эти данные позволяют предположить, что определение продуктов деструкции тканей (ПДТ) в сыворотке крови может быть использовано для раннего выявления инфекционного процесса.

Цель исследования: Ранняя диагностика и прогнозирование тяжести течения внутриутробной инфекции у новорожденных на доклиническом этапе по результатам биохимического мониторинга пуповинной крови.

Материалы и методы исследования: Проводили оценку значений общего белка и мочевины, активность аспартатаминотрансферазы (АСАТ), продуктов деструкции тканей (ПДТ): кислоторастворимой фракции нуклеиновых кислот (КФНК), средних молекул (СМ при длине волны 254нм и 280нм) и активных продуктов, взаимодействующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-ап). Также были проанализированы показатели эндотоксического индекса (ЭИ), снижающегося при эндогенной интоксикации, и значения ферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и гидроксибутиратдегидрогеназы (ГБДГ), являющихся маркерами активности анаэробного и аэробного гликолиза.

Обследовано 177 новорожденных: из них 140 - от матерей, перенесших во время беременности острые или рецидивы хронических инфекционно-воспалительных заболеваний вирусно-бактериальной этиологии (наиболее часто встречались инфекции мочеполовой системы: хронический пиелонефрит, цистит, эндометрит, эктопия шейки матки, хронический сальпингоофорит, аднексит; инфекции других органов и систем: инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, хронический бронхит, тонзиллит, хронический гастрит и гастродуоденит, холецистит и др.).

В контрольную группу были включены 37 новорожденных от матерей, не имевших во время беременности острых или обострения хронических инфекций.

Период ранней неонатальной адаптации у детей, родившихся у матерей с острыми или рецидивами хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, имел ряд клинико-лабораторных особенностей. У них достоверно чаще, чем в группе контроля,

встречались недоношенность, врожденный дефицит массы тела, асфиксия при рождении (в том числе тяжелая), аномалии развития, инфекционные заболевания с большей частотой тяжелых форм (пневмония, энцефалит, гнойный трахеобронхит).

У детей, сформировавших в периоде ранней неонатальной адаптации тяжелое состояние, уже при рождении в пуповинной крови отмечались достоверно более высокие показатели ПДТ: СМ254 и СМ280, ТБК-ап, ЭИ254 и ЭИ280 (за счет снижения общего белка при нарастании АСАТ, мочевины и СМ) с тенденцией к нарастанию ферментов гликолиза (ЛДГ и ГБДГ). Так, в артериальной и венозной крови были отмечены достоверно высокие значения СМ254 (соответственно 0,306+0,01 и 0,301+0,01 Ед.ОП) и СМ280 (0,384+0,02 и 0,301+0,01 Ед.ОП) у новорожденных, развивших тяжелое состояние. Аналогичная закономерность прослеживалась при анализе показателей ТБК-ап, также достоверно более высоких у новорожденных с тяжелыми формами инфекции в артериальной и в венозной крови – соответственно до 0,83+0,04 и 0,89+0,03 ммоль/мл. При пневмонии данные значения равнялись 0,85+0,04 и 0,91+0,03 ммоль/мл. Сходная тенденция наблюдалась и при рассмотрении данных КФНК.

Оценивая показатели эндотоксического индекса, мы также выявили ряд закономерностей. Так, общий белок был достоверно ниже и в артериальной, и в венозной крови у детей с тяжелыми инфекционно-воспалительнымаи заболеваниями - до 48,2+1,9 и 50,9+1,9 г/л. (при пневмонии его значения составляют 48,00+1,62 и 50,33-+1,74 г/л, при энцефалите - 42 и 45 г/л, гнойном трахеобронхите – 39 и 40 г/л). Имелась тенденция к повышению значений АСАТ у детей с тяжелым течением инфекционных заболеваний. Уровни мочевины были достоверно выше у детей с тяжелым течением инфекционного процесса. Так, и в артериальной, и в венозной крови ее значения были особенно высокие при пневмонии - до 3,88+0,42 и 3,91+0,57 ммоль/л.

Средние значения ЭИ были достоверно ниже у детей в тяжелом состоянии как в артериальной, так и в венозной крови. Так, ЭИ254 был низким при пневмонии - до 1,82+0,40 и 1,68+0,39. Аналогичная ситуация наблюдалась при анализе среднего показателя ЭИ280. Он также был достоверно ниже в артериальной и венозной крови у детей с тяжелыми формами инфекции. Сходная тенденция наблюдалась при рассмотрении значений ферментов аэробного и анаэробного гликолиза (ЛДГ, ГБДГ и их соотношения).

При анализе прогностической ценности определения ПДТ с позиции доказательной медицины были получены следующие результаты – чувствительность изучаемого теста или доля пациентов с положительным результатом в популяции новорожденных с инфекционно-воспалительным процессом составила в артериальной крови: СМ254 – 71,9%, СМ280 – 68,8%, ЭИ254 – 71,9%, ЭИ280 – 81,3% и ТБК-ап – 72,4%; в венозной крови соответственно – 70,0%, 73,3%, 70,0%, 73,3% и 68,0%. Специфичность или доля пациентов с отрицательным результатом теста в популяции новорожденных без инфекционного процесса составила в артериальной крови: СМ254 – 74,2%, СМ280 – 75,8%, ЭИ254 – 77,4%, ЭИ280 – 67,7% и ТБК-ап – 76,8%; в венозной крови соответственно – 74,1%, 63,8%, 77,6%, 77,6% и 71,4%.

Полученные данные свидетельствуют об усилении процессов катаболизма у новорожденных с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Выявленные результаты исследований ПДТ позволяют сразу же после рождения ребенка получить дополнительную информацию о происходящих у него изменениях гомеостаза и степени выраженности эндогенной интоксикации.

Таким образом, применение биохимического мониторинга пуповиной крови с определением ПДТ позволяет выделять группу прогностически неблагополучных новорожденных, контролировать их состояние и своевременно назначать им патогенетически обоснованную комплексную терапию для снижения риска неблагоприятного течения инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных в периоде ранней неонатальной адаптации.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Пугачева Т.Н., Гудимова В.В., Голубев В.А. (Москва)

Частота кесарева сечения (КС), варьируя по разным странам, имеет тенденцию к увеличению. В экономически развитых странах ее уровень в 2001-2002 гг. составлял: в США – 26,1%; Германии – 22-,26%, Великобритании – 21,5%, Канаде – 22,5%. В России частота КС в 1999 г. составила 13,4%, в 2002 г 15,5%; в 2003 г. – 15,9%. По мнению многих авторов, снижение перинатальных потерь в значительной мере связано с увеличением частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения. По данным официальной статистики, по РФ эта связь прослеживается, причем в большей мере, с уровнем ранней неонатальной смертности. Показатель перинатальной смертности в РФ имеет выраженную тенденцию к снижению. За период с 1999 по 2003 гг. он уменьшился с 14,3‰ до 11,4‰, в том числе ранняя неонатальная смертность снизилась с 7,0‰ до 5,19‰.

В настоящем исследовании проведен анализ перинатальной смертности в динамике при родоразрешении путем КС в ГУ НЦАГиП РАМН.

Частота КС за последние семь лет возросла с 42,5% (1998) до 51,7% (2004). Высокий уровень оперативного родоразрешения определяется значительной долей беременных высокого перинатального риска. Перинатальная смертность в Центре за указанный период составила 7,1‰, с колебаниями по годам от 5,5‰ до 9,8‰. При оперативном родоразрешении показатель в среднем составил 7,4‰, с колебаниями от 3,7‰ до 11,2‰. Доля перинатальных потерь при КС от общего их числа составила в среднем 45,8% (по годам от 23,5% до 72,7%). Причем удельный вес перинатальных потерь при КС в общем числе потерь зависит от частоты абдоминального родоразрешении. Соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности среди общих перинатальных потерь отличается от такового при КС: среди общих потерь - 57,7%, 42,8% соответственно; при КС – 42,0% и 58,0%.

Среди погибших детей, рожденных при КС, 75,8% имели массу тела до 2500 г, при этом около 30% этих детей имели дефицит массы тела (срок беременности при родоразрешении в 77% случаев был менее 37 недель). В то же время среди детей, родившихся при КС, и выписанных домой из акушерского стационара, 84,4% имели массу тела более 2500 г (64,9% - более 3000 г). В основном женщины этой группы (92,9%) были родоразрешены при сроке беременности 37 нед. и более.

При перинатальных и неонатальных потерях операция КС в 85,5% произведена в экстренном порядке, в то время как при благоприятном исходе этот вид операции составил 57,1%.

Ведущими показаниями к операции КС в случаях потери ребенка (плода) были преждевременная отслойка плаценты (21,0%) и отрицательная динамика состояния матери при соматической патологии и осложнениях беременности (16,1%), подозрение на несостоятельность рубца на матке – 14,5%, а также ухудшение состояния плода (12,9%), неподготовленность родовых путей при преждевременном излитии околоплодных вод (11,3%), гибель одного плода при многоплодной беременности (9,7%). При благоприятном исходе операции КС основными показаниями были: ухудшение состояния плода (15,8%), клинически узкий таз, беременность после ЭКО, рубец на матке (по 11,4%).

Структура причин перинатальной смертности при родоразрешении через естественные родовые пути и абдоминальном родоразрешении имеет различия. При этом в обоих случаях ведущими были антенатальная асфиксия (36,4% при КС и 46,2% при родоразрешении через естественные родовые пути); врожденные пороки развития (29,56% и 40,4% соответственно); внутриутробная инфекция, включая врожденную пневмонию (18,2% и 13,4% соответственно). Клинико-экспертный анализ показал, что среди перинатальных потерь при КС 6,8% были условно предотвратимы.

Величину показателя перинатальных потерь при абдоминальном родоразрешении определяет ряд факторов, среди которых важную роль играет низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья беременных женщин, невысокое качество наблюдения беременных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, запоздалая госпитализация в акушерский стационар, что увеличивает число экстренных кесаревых сечений, не всегда адекватный выбор анестезии, технические трудности во время операции, погрешности в сроках и методологии реанимации новорожденных.

Таким образом, анализ перинатальных потерь при КС помогает выявить резервы их снижения за счет улучшения качества помощи.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЛОДА

Ремнева О.В., Фадеева Н.И., Черкасова Т.М., Нестеров Ю.Н., Невская О.В., Кравцова Е.С. (Барнаул)

Плацентарная недостаточность – основная причина перинатальных потерь и заболеваемости новорожденных. В основе ее патогенеза лежат гемодинамические, обменные, микроциркуляторные нарушения, которые тесно связаны между собой и часто взаимообусловлены.

Цель работы – определение значения клинического течения беременности и родов, результатов эхоскопических методов исследования в прогнозе тяжелых перинатальных исходов и их ассоциированности с патоморфологическими изменениями в плаценте.

Был проведен клинико-статистический анализ 273 историй родов и карт развития новорожденных, гистологическое исследование плацент от матерей, родивших доношенных здоровых новорожденных и детей с тяжелыми перинатальными повреждениями, представляющих группу риска по ранней неонатальной, младенческой смертности, которые были разделены на 3группы.

Первая группа – 20 женщин и их новорожденные, родившиеся с тяжелым дистрессом. Вторая группа – 53 женщины и их новорожденные с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), но без признаков асфиксии. Третья группа (контрольная) – 200 женщин и их живые доношенные новорожденные с нормальным весом и высокой оценкой по шкале Апгар.

Проведенный клинический анализ возраста, паритета, частоты экстрагенитальной патологии не выявил достоверных различий в группах сравнения. Поздние гестозы легкой степени достоверно чаще отмечались у беременных, родивших детей с тяжелым дистрессом, тогда как гестозы средней степени тяжести недостоверно чаще выявлялись, наоборот, при ЗВУР.

Острая или обострение хронической инфекции, в т.ч. половых путей выявлялись достоверно чаще в первой и второй группах (40,0% и 45,2%) против 19,5% в контрольной группе ($p<0,05$).

Допплерометрическая оценка состояния фето-плацентарного комплекса перед родами выявила нарушение кровообращения 1В степени достоверно чаще в первой и второй (20,0% и 26,4%) против 8% - в контрольной группе. Нарушение кровообращения 2 степени преобладало у пациенток со ЗВУР (28,3% против 5,0% в первой и 1,5% - в контрольной группах) и сочеталось с маловодием. ($p<0,05$).

Показатели анте- и интранатальной кардиотахограммы плода свидетельствовали о наличии только легкого нарушения реактивности его сердечно-сосудистой системы во всех группах при достоверно большей частоте у пациенток, родивших детей в тяжелом дистрессе. Однако степень выраженности дистресса плода не соответствовала его тяжести у новорожденного.

Аномалии сократительной деятельности матки достоверно чаще отмечались у женщин, родивших детей с тяжелым дистрессом, за счет патологического прелиминарного периода и дискоординированной родовой деятельности при идентичной частоте слабости родовых сил в группах сравнения.

Частота кесарева сечения в группах сравнения не различалась (20,0%, 22,6% и 21,0% соответственно) при соотношении плановых и экстренных в первой группе - 1:1, во второй и контрольной – 2:1.

В первой группе дети в 25,0% случаев были с гипотрофией 1-2 степени, 1 ребенок - крупным. Морфо-функциональная незрелость достоверно чаще отмечалась у детей со ЗВУР.

При исследовании плацент первой группы (с дистрессом новорожденных) признаки острой плацентарной недостаточности в виде тромбозов, пареза сосудов пуповины, тромбоза интервиллезного пространства, формирования гематом выявлялись в 90,0% случаев, сочетание ее с хронической плацентарной недостаточностью (ХПН) – в 65,0%. Только в 10,0% случаев имела место субкомпенсированная ХПН, для которой характерны первичные нарушения в ворсинчатом хорионе – хаотичные склерозированные или промежуточные незрелые ворсины, причем все эти новорожденные, кроме низкой оценки по шкале Апгар имели дефицит массы тела.

В плацентах новорожденных со ЗВУР отмечались признаки ХПН, причем в 88,7% случаев - субкомпенсированной. Во всех плацентах женщин контрольной группы также выявлены признаки ХПН, но субкомпенсация отмечена только в 5,0% случаев.

У новорожденных, родившихся с тяжелым дистрессом, в раннем неонатальном периоде в клинике превалировала неврологическая симптоматика, причем в 40,0% случаев – тяжелой степени в форме судорожного синдрома, комы. В 60,0% случаев - средней степени в виде синдрома угнетения, синдрома внутричерепной гипертензии. Респираторные нарушения отмечались в 40,0% случаев вследствие аспирационного синдрома, каждый второй ребенок имел желтушный синдром, а в ¼ случаев - кефалогематому. Метаболические расстройства проявлялись в виде гипогликемии, протеолиза, дисбаланса электролитов в 100% случаев. Все новорожденные первой группы переведены на 2 этап выхаживания, 2 ребенка – умерли.

В клинической картине детей со ЗВУР, преобладал гипотрофический вариант. По степени тяжести: каждый второй ребенок родился с гипотрофией 1 степени, в 44,4% - 2 степени, 5,6% - тяжелой. 80,5% детей имели неврологическую симптоматику. Типичными осложнениями раннего неонатального периода явились церебральная ишемия, полицитемия с гипербилирубинемией, респираторный дистресс-синдром, геморрагический синдром, причем выраженность клиники коррелировала со степенью гипотрофии. Домой выписаны половина детей, остальные переведены (52,8%) на 2 этап выхаживания.

Таким образом, факторами риска тяжелых перинатальных повреждений в нашем исследовании явились гестозы второй половины беременности и острая или обострение хронической инфекции матери.

Параклиническими признаками внутриутробного страдания плода во время беременности явились нарушения кровообращения 1В и 2 степени по допплерометрии. Осложнения родов патологическим прелиминарным периодом и дискоординированной родовой деятельностью, а также дистресс плода по кардиотахограмме – факторы риска дистресса новорожденного.

Патоморфологической основой для тяжелого дистресса новорожденного являются острые ишемические и тромботические изменения в плаценте, а для ЗВУР – диссоциированное развитие ворсин, явления воспаления, склероз.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРЕНАТАЛЬНО И В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Розанов А.В., Панов В.О., Волобуев А.И., Куринов С.Б., Панова М..М., Калабухова Е.А., Вашинцев С.Н. (Москва)

Медико-социальная значимость проблемы врожденных пороков развития (ВПР) очевидна. При этом их численность зависит от качества медицинской помощи беременным и новорожденным

женщинам – чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше удельный вес ВПР. Действительно, по данным НЦ АГиП РАМН динамичное снижение показателей перинатальной смертности (1984 – 1999 гг.) сопровождалось неуклонным ростом числа ВПР, несовместимых с жизнью. Причем ВПР головного мозга достигали 45,8%.

Учитывая частоту ВПР в популяции, становится очевидным, насколько велика роль пренатальной диагностики для активной профилактики этой патологии. Точность диагностики ВПР во II – III триместрах беременности приближается к 100%.

В центре нашего внимания оказалось 30 новорожденных детей, у которых при исследовании с помощью ультразвукового сканирования антенатально или постнатально, а также при дополнительном исследовании с помощью МРТ при необходимости дополнительных диагностических мероприятий при неясной клинической картине, были выявлены различные дефекты головного мозга. Среди них 14 новорожденных имели грубо выраженные признаки недоразвития головного мозга и врожденные пороки развития.

Признаки недоразвития головного мозга (гипоплазия различных отделов) были диагностированы у 8 детей, а врожденные пороки развития – у 6 детей. Причем аномалии развития у 5 детей были диагностированы пренатально (19 – 27 – 38 недель гестации), а у 9 детей в первые дни после рождения. У 4-х из 14 детей имелись и другие аномалии развития (пороки сердца, почек, тератома носоглотки, шестипалость). Большая часть (12 из 14) детей родились доношенными с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов (9 из 14). В неонатальном периоде у всех детей в клинической картине преобладали общие симптомы в виде снижения двигательной активности, сухожильных и физиологических рефлексов. Наиболее ярко и объективно подтверждались признаки внутриутробной инфекции (пневмония, отит, миокардит).

Представленные нами результаты обследования 14 новорожденных детей позволяют сделать следующие выводы:

1. Грубые врожденные аномалии головного мозга, диагностируемые пренатально или же в неонатальном периоде, при отсутствии внешних пороков развития протекают без каких либо специфических признаков.
2. При отсутствии пренатальной и неонатальной диагностики с использованием УЗИ и МРТ создается реальная предпосылка для поздней диагностики, когда в клинической картине на первый план выступают психоневрологические симптомы. При этом наличие умственной отсталости, внутричерепной гипертензии может служить основанием для постановки таких диагнозов как ДЦП, гидроцефалия и др.
3. При нейросонографическом и томографическом исследовании помимо конкретных нозологических форм врожденных пороков развития головного мозга (синдром Киари, синдром Денди-Уокера, окклюзионная гидроцефалия и др.) следует обращать внимание на часто встречающиеся формы недоразвития, которые по нашим предварительным данным, встречаются значительно чаще.

Обсуждая результаты собственных исследований, мы считаем необходимым подчеркнуть, что они чрезвычайно четко согласуются с данными, опубликованными нами ранее, из которых следует, что так называемая недифференцированная патология центральной нервной системы у детей более старших возрастных групп, имеет в своей основе ни что иное, как не выявленную в раннем возрасте патологию ЦНС в виде врожденных пороков развития и недоразвития головного мозга, где нами было показано, что в основе недифференцированной патологии ЦНС у детей часто могут лежать грубые морфологические нарушения структур головного мозга. Причем также речь шла о признаках его врожденного недоразвития и таких врожденных пороках, как аномалия Киари, аномалия Денди-Уокера. Прогредиентное течение этих заболеваний, как правило, сопровождающихся нарушениями ликвородинамики и гипертензионно-гидроцефальным синдромом, способствуют возникновению атрофических процессов мозга в целом и отдельных его структур (кора, подкорковые образования, мозговой ствол и др.). На базе этих вторично наступающих нарушений и формируется психоневрологическая симптоматика, имитирующая целый ряд заболеваний (задержку психомоторного развития, последствий детского церебрального паралича, энцефалопатий и пр.).

Обращает на себя внимание, что ни в одном случае, когда диагноз врожденной патологии головного мозга был диагностирован пренатально, беременность не была прервана. Отчасти это объясняется поздней пренатальной диагностикой (36 – 38 недель гестации), отчасти тем, что матери этих детей оказываются неготовыми к принятию таких решений. Более того, создается впечатление, что и врач, впервые поставивший этот диагноз, сомневается в целесообразности прерывания. Ведь сам используемый термин «недоразвитие» как бы допускает возможность последующего «доразвития». Кроме того, оба врожденных порока (аномалия Киари и аномалия Денди-Уокера) могут быть скорректированы путем нейрохирургического вмешательства.

Не вызывает сомнения то, что врожденные пороки развития мозга встречаются более часто, чем представлялось. В предыдущие годы, и это показал наш собственный опыт, при аутопсии умерших детей эта патология достигает почти половину исследуемых.

РОЛЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ГЕНЕЗЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Розанов А.В., Панов В.О., Волобуев А.И., Панова М.М., Куринов С.Б., Кулабухова Е.А., Вашенцев С.Н. (Москва)

В структуре детской заболеваемости и инвалидности с детства существует большая группа детей, в клинической картине которых доминируют задержка психомоторного развития, умственная отсталость, двигательные нарушения, дефекты зрения и слуха. Чаще всего эти симптомы или же симптомокомплекс связываются с гипоксически-травматической энцефалопатией, детским церебральным параличом, гипертензионно-гидроцефальным синдромом и др. Назначаемое в течение длительного периода лечение церебральными стимуляторами (церебролизин, пантогам, глицин, церебрум компазитум и др.) не оказывают существенного лечебного эффекта.

Использование магнитно-резонансной томографии у 283 детей разного возраста позволили у 106 из них (37%) выявить грубые ранее недиагностированные структурные нарушения мозга в виде врожденных пороков развития.

У 57 детей (табл. 1) были диагностированы такие врожденные пороки развития головного мозга как аномалия Киари I, Киари II, аномалия Денди-Уокера, множественные пороки головного мозга, отсутствие мозолистого тела и др.

Таблица 1.
Врожденные аномалии мозга у 57 детей, выявленные с помощью МРТ

- Аномалия Киари I – 28 детей
- + шизенцефалия – 1
- - Аномалия Киари II - 5
- - Аномалия Киари III – 3

(энцефалоцеле в затылочной области, дисплазия структур ствола и мозжечка, сирингомиелия.)

- Аномалия Денди-Уокера – 8
- Агенезия мозолистого тела – 2
- Атрофия полушарий головного мозга, расширение боковых желудочков, демиелинизация (болезнь Луи-Бар и Штурге-Вебера) – 2
- Множественные пороки развития головного мозга – 8

Итого: 57

Наряду с этим у 49 детей (табл.2) были выявлены признаки врожденного недоразвития мозга разной степени тяжести. К ним относились явления гипоплазии мозга в целом (тотальная гипоплазия) или частичная гипоплазия (больших полушарий, червя и полушарий мозжечка, ствола мозга и др.).

Таблица 2.
Гипоплазия мозга и отдельных его структур у 49 детей (46,2%)

1. Гипоплазия мозолистого тела – 28 детей
2. Гипоплазия мозолистого тела в сочетании с гипоплазией других структур мозга – 21 ребенок.
3. + гипопоплазия больших полушарий головного мозга (лобных, теменных или височных долей) – 3
4. + гипоплазия червя и миндалин мозжечка – 2
5. + гипоплазия стволовых структур и мозжечка – 1
6. + гипоплазия подкорковых ядер (зрительного и хвостатого бугра) и мозжечка – 3
7. Гипоплазия червя и миндалин мозжечка – 6
8. + гипоплазия больших полушарий – 3
9. Тотальная гипоплазия головного мозга – 3

Итого: 49 детей

Таким образом, у обследованных нами детей речь шла о недифференцированных, инвалидизирующих психоневрологических расстройствах, в основе которых лежали пороки развития ЦНС.

Стало очевидным, насколько важен пренатальный и ранний постнатальный скрининг всех детей, отстающих в развитии. Естественно, все дети, имеющие нарушения двигательной сферы и психики подлежат обследованию с помощью МРТ. Это будет способствовать расшифровке многих недифференцированных психоневрологических расстройств (пороки развития, гипоксические и травматические энцефалопатии, заболевания инфекционной природы, опухоли и др.).

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНЫХ ФОРМ РЕЧИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ В СОЧЕТАНИИ С ТУГОУХОСТЬЮ

Сатари В. В., Немкова С. А. (Москва)

На современном этапе развития дефектологии все более актуальной становится проблема медицинской и социальной реабилитации различных категорий аномальных детей, особенно со сложной структурой дефекта (Заречнова Е.А.,1998; Тер-Григорьянц Г.С., 2001; Мастюкова Е.М., 2004). У больных с детским церебральным параличем (ДЦП) часто имеет место такой сложный дефект, как сочетание нарушений слуха и опорно-двигательного аппарата, что определяет необходимость поиска дифференцированных путей коррекционной работы, с учетом различий механизмов компенсации данных расстройств (Калижнюк Э.С., 1987; Ипполитова М.В., 1996; Мамайчук И.И., 2000).

В исследовании принимали участие 2 группы детей (всего 20 человек, в возрасте 9-10 лет, учащиеся школы № 76 и УВК № 1635 г. Москвы): первая группа состояла из детей с ДЦП, имеющих нарушения слуха (тугоухость 3-4 степени) и опорно-двигательного аппарата, вторая группа – из детей только с нарушенным слухом. По данным клинико-психолого-педагогической комиссии интеллект у испытуемых был первично не нарушен.

Нами изучались особенности и возможности детей в овладении различными формами речи (устной, дактильной, письменной). С этой целью был подготовлен речевой и картинный материал в виде табличек (фразы), который испытуемые должны были прочитать устно, дактильно, написать. Речевой материал подбирался с учетом возрастных особенностей, программного содержания, со словами различной слоговой структуры, хорошо знакомыми детям. Проводилось сопоставление продолжительности времени, затраченного на выполнение задания, анализ двигательных расстройств, а также особенностей выполнения речевого задания: соблюдение слоговой структуры, к какой группе относится предлагаемое слово (простое или сложное), как было воспроизведено слово, фраза (что пропущено, искажено), качество воспроизводимых фонем.

Полученные результаты свидетельствуют, что у больных с ДЦП, особенно гиперкинетической формой, отмечались трудности при дактильном назывании предлагаемого материала, что обусловлено нехваткой силы, точности удержания, необходимого для данной буквы уклада пальцев, что отмечалось и при проверке двигательных навыков. Дактильная речь у больных ДЦП характеризовалась смазанностью, неточностью, ввиду чего многие пациенты предпочитали жестовую речь дактильной. Особенно трудно удавалось воспроизводить дактилемы, требующие наиболее сложной конфигурации, отмечались трудности в переключении с одной дактилемы на другую, переставление и пропуск букв.

При обследовании устной речи у больных ДЦП отмечалось нарушение звукопроизношения, ввиду ограничения подвижности мышц языка и губ, насильственных движений в артикуляционной и дыхательной мускулатуре, а также усугубляющих факторов - неправильного прикуса, готического неба, аномалий строения челюстей. Речь детей данной группы характеризовалась монотонностью, смазанностью, невнятностью, с характерным гнусавым оттенком, замедлением темпа проговаривания.

При изучении письменной речи у больных ДЦП наибольшие нарушения выявлены при гиперкинетической форме: буквы написаны размашисто, нечетко, разной высоты, с неправильным соединением, неравномерным нажимом, нечетким удержанием строки. Дети со сложным дефектом затратили на выполнение задания больше времени, чем просто слабослышащие сверстники, помимо этого, у больных ДЦП отмечалась повышенная утомляемость, снижение интереса в выполняемым заданиям. В то же время, ошибки при написании слов и предложений отмечались у детей обеих групп, при этом наиболее часто втречались нарушения синтаксическимх связей (согласования и управления), структуры предложения, неправильное использование предлогов, неадекватное применение союзов.

Таким образом, анализ полученных данных позволил определить связь и влияние нарушений слуха и двигательных расстройств на процесс формирования устной, дактильной и письменной речи у детей. Своевременное выявление причин возможных затруднений в формировании каждой формы речи должно быть определяющим при выборе специфики коррекционной работы, структуры и содержания индивидуальных и фронтальных занятий (с включением при необходимости упражнений для развития мелкой моторики, логопедического массажа, криопроцедур), подборе специального оборудования (разнообразного, привлекающего внимание ребенка, направленного на усиление сенсорной стимуляции). Особенно перспективным представляется проведение занятий в, так называемой, «сенсорной комнате», в которой можно не только повторить названия цветов, прилагательные, глаголы, но и увидеть и прочувствовать весь этот материал, т.к. в ней существуют сенсорные панели и другие объекты для стимулирования всех анализаторов, что особенно важно для детей, страдающих от недостатка сенсорной информации.

Коррекционно-педагогическая и логопедическая работа должна проводиться сурдопедагогом при непосредственном взаимодействии с психологами и работниками медицинской службы на самых ранних этапах развития ребенка (с первых месяцев жизни), с направленностью на восстановление не только речевых, но и двигательных функций, кинестетического восприятия, с опорой на сохранные анализаторы, что является одним из основных механизмов компенсации у больных ДЦП со сложным дефектом.

ВЛИЯНИЕ ГЕСТОЗА У МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННОГО

Серкина Е.В., Панова И.А., Кудряшова А.В. (Иваново)

Иммунный статус детей в период новорожденности и в первые годы жизни, как и выявляемая у них при рождении патология, в значительной степени связаны с особенностями течения беременности у их матерей. Установлено, что при гестозе беременных частота недоношенности, внутриутробной гипоксии, гипотрофии, энцефалопатий существенно выше, чем при нормально протекающей

беременности (В.В. Иванова и соавт., 1993). Возможно, это связано с тем, что данное осложнение вызывает гипоксию плода различной степени тяжести и приводит к дисбалансу и дисфункции всех систем организма плода (А.Г. Антонов и соавт., 2000). По данным ВОЗ, у каждого пятого ребенка, родившегося от матери с гестозом, происходит в той или иной степени нарушение физического и психоэмоционального развития, значительно выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте (Л.Е. Мурашко, 2003). Вместе с тем в ряде случаев, даже при наличии гестоза у женщин, рождаются практически здоровые дети с высокой оценкой по шкале Апгар (В.В. Иванова и соавт., 1993).

Учитывая вышесказанное, целью нашей работы было изучение параметров иммунного статуса детей, рожденных женщинами, течение беременности которых осложнилось гестозом различной степени тяжести.

Обследовано 60 детей, рожденных у матерей с гестозом различной степени тяжести (основная группа) и 20 новорожденных от матерей с физиологическим течением беременности (контрольная группа). Всем детям проводилось клиническое и иммунологическое обследование.

Иммунный статус оценивали путем определения поверхностного фенотипа лимфоцитов пуповинной крови методом проточной цитофлюориметрии на проточном цитометре FACScan ("Becton Dickinson", USA) с использованием моноклональных антител НПО «МедБиоСпектр» (Москва).

Установлено, что у женщин, перенесших гестоз чаще, чем у женщин без данного осложнения рождались детей с перинатальной патологией (57,3% и 25,8% соответственно, $p<0,001$). В структуре патологических состояний у новорожденных основной группы, по сравнению с обследованными детьми контрольной группы, преобладали перинатальные поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза различной степени тяжести (47,6% и 12,5% соответственно, $p<0,05$), чаще диагностировался синдром задержки внутриутробного развития плода (19,0% и 0% соответственно, $p<0,001$).

В результате проведенного исследования установлено, что фенотип и функциональное состояние пуповинных лимфоцитов детей, родившихся у матерей с гестозом, отличались от аналогичных параметров у новорожденных контрольной группы. У новорожденных основной группы, по сравнению с показателями детей от женщин с физиологическим течением беременности, в пуповинной крови было снижено содержание ЕК-клеток с фенотипом CD16+ ($p<0,05$). Низкий уровень ЕК-клеток, являющихся первой линией иммунной защиты, не обеспечивает адекватный адаптивный иммунный ответ на воздействие неблагоприятных факторов. Также для новорожденных данной группы было характерно усиление экспрессии рецептора к ИЛ-2 на поверхности лимфоцитов и активация процессов межклеточного взаимодействия, преимущественно за счет Т-хелперов ($p<0,05$ во всех случаях). Данные изменения часто ассоциируются с антигенной стимуляцией и могут свидетельствовать о повышенной пролиферативной активности Т-клеток. Кроме того, у детей, рожденных женщинами с гестозом, по сравнению с новорожденными контрольной группы, было повышено содержание Т-лимфоцитов, несущих на своей поверхности HLA-DR-молекулу ($p<0,05$). Можно предположить, что усиление активации Т-лимфоцитов, направлено на компенсацию имеющейся у обследованных детей недостаточности врожденного иммунитета. Другой особенностью пуповинных лимфоцитов у новорожденных основной группы была повышенная экспрессия Fas-антигена в общей популяции лимфоцитов ($p<0,05$), что отражает усиление процессов апоптоза активированных клонов клеток.

Таким образом, у новорожденных детей от женщин, течение беременности которых осложнилось гестозом, наблюдается выраженное усиление цитотоксических реакций на фоне недостаточности врожденного иммунитета, что может служить предрасполагающим фактором для реализации различных патологических состояний в перинатальном периоде.

Учитывая полученные данные, можно предположить, что иммунный статус ребенка в момент рождения в большей мере зависит от характера течения беременности, что, вероятно, связано, с особенностями иммунологических взаимоотношений между организмом матери и плода в процессе его антенатального развития.

Работа поддержана грантом Президента РФ НШ-2245.2003.4.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЫ ПЛОДА

Сорокина С.Э. (Минск, Беларусь)

Продолжительность родов составляет менее 1% длительности перинатального периода. Однако на долю интранатальной гибели плодов в беларуси приходится около 1/3 мертворождений и 15-20% случаев перинатальной смертности. Значительная часть случаев гибели плода в интранатальном периоде зависит от ведения родов и связывается с профессионализмом медиков.

В практической работе врачам акушерам-гинекологам приходится решать вопросы о сроке и методах родоразрешения. Существенную помощь в практической работе, особенно при принятии решения о родоразрешении при недоношенной беременности, может оказать использование показателя вероятности интранатальной гибели плода, в т.ч. для различных способов родоразрешения, для плодов с различной массой тела: отношения числа погибших во время родов плодов к общему числу плодов, живых перед началом родовой деятельности (общему числу живорожденных и мертворожденных, за исключением антенатально погибших); для удобства восприятия показатель умножается на 1000 и выражается в промилле (‰).

Вероятность интранатальной гибели плода, ‰:

Количество интранатально погибших плодов х 1000
Количество родившихся живыми и мертвыми – количество погибших антенатально

Отличие данного показателя от интранатальной смертности продемонстрировано в следующем примере:

В родовспомогательном учреждении А родилось 40 плодов и детей со сроком гестации до 32 недель, в учреждении Б – 80.

Среди 40 плодов и детей, родившихся в учреждении А, имелось 20 антенатально погибших и 2 умерших во время родов. Интранатальная смертность составила 2000/40 = 50‰. Вероятность интранатальной гибели плодов, живых перед началом родовой деятельности, составила 2000/20=100‰.

Среди 80 плодов и детей, родившихся в учреждении Б, было 11 антенатально погибших плодов и 4 умерших во время родов. Интранатальная смертность составила 4000/80 = 50‰. Вероятность интранатальной гибели плодов, живых перед началом родовой деятельности,составила 4000/69=58‰. Т.е. при одинаковой интранатальной смертности вероятность интранатальной гибели плода в учреждении Б была в 1,7 раза ниже. Следовательно, в учреждении Б лучше уровень интранатальной охраны плодов в сроке гестации до 32 недель.

Расчет этого показателя наиболее важен при принятии решения о родоразрешении женщин с малым сроком гестации: так, в 2003 г. в Беларуси интенсивный показатель интранатальной смертности плодов с массой тела 500-999 г, вычисленный на количество родившихся живыми и мертвыми, составил 177‰, а вероятность интранатальной гибели в родах - 261‰. Вероятность интранатальной гибели недоношенного плода уменьшается в 2,5-4,5 раза ($P<0,05$) при увеличении массы его тела на каждые 500 г, что соответствует увеличению срока беременности на 2,5 -3 недели, и при массе тела более 3000 г составляет 0,7‰.

Расчет этого показателя для разных методов родоразрешения (кесарево сечение, ведение родов без защиты промежности, с применением эпизиотомии, наложением выходных щипцов, вакуум-экстракцией плода и т.д.) женщин с различными сроками гестации и положением плодов, с определенной пренатальной патологией позволит выбрать оптимальный метод родоразрешения для плодов с данной массой тела, в т.ч. в условиях конкретного стационара.

На описанный показатель, в отличие от показателя интранатальной смертности, не влияет частота рождения плодов с антенаталь-

ной гибелью, и его можно использовать для сравнения качества оказания интранатальной помощи в стационарах с различной специализацией, в т.ч. и центрах, принимающих для родоразрешения женщин с антенатально погибшими плодами. Учитывая, что в отдельных родовспомогательных учреждениях может быть значительная вариабельность данных (действует закон малых чисел), наиболее информативно сравнение показателей в крупных родовспомогательных учреждениях, на уровне регионов, а также в динамике, в т.ч. при внедрении новых технологий.

Таким образом, показатель вероятности интранатальной гибели плода в различные сроки гестации целесообразно использовать для сравнительной характеристики выживаемости плодов при различных методах родоразрешения, для оценки уровня оказания акушерской помощи в родах и интранатальной охраны плода в различных родовспомогательных учреждениях, а также учитывать при принятии решения о сроках и способах родоразрешения беременных женщин с наличием угрозы жизни плода.

ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА ВОСПРОИЗВОДСТВА ПРОИЗВОДИТЕЛЬНЫХ СИЛ

Сорокина С.Э. (Минск, Беларусь)

Резкое снижение рождаемости в течение последнего десятилетия в Республике Беларусь существенно обострило проблему воспроизводства населения. Одним из способов уменьшения репродуктивных потерь является снижение перинатальной смертности. Но не менее важной проблемой воспроизводства производительных сил страны является снижение инвалидности, особенно среди детей.

За 1993-2003 г.г. в Беларуси детская инвалидность в ранней возрастной группе (0-4 года) возросла в 3,4 раза, а среди детей до года – в 9,5 раз (!). Наиболее существенное увеличение ее (в 2,1 раза среди детей в возрасте 0-4 года; в 3,4 раза среди детей до 1 года) произошло в 1994 г., т.е. одновременно с переходом страны на критерии живорождения ВОЗ, что отражает связь детской инвалидности с патологией перинатального периода. На протяжении 1995-2003 г.г. одновременно с уменьшением ранней неонатальной смертности происходил рост первичной детской инвалидности. Так, за период 1995-2003 г.г. ранняя неонатальная смертность в стране уменьшилась на 2,7‰ (в 1,9 раза), а первичная инвалидность детей в возрасте до 1 года возросла на 2,8‰ (в 2,6 раза). В 2001-2003 г.г. при установлении инвалидности в группе детей первого года жизни более трети детей (37-45%) имели IV степень утраты здоровья (самую тяжелую), около 1/3 – III степень (33-35%), 17-24% - II степень утраты здоровья и менее 4% - I (самую легкую), т.е. дети, признанные инвалидами, имели выраженную степень нарушения жизненно важных функций. За 2001-2003 г.г. ранняя неонатальная смертность в Беларуси снизилась с 3,6‰ до 3,0‰, или на 0,6‰. Частота инвалидности детей первого года жизни с III-IV степенью утраты здоровья за этот период возросла с 2,8‰ до 3,4‰, т.е. тоже на 0,6‰. Таким образом, снижение ранней неонатальной смертности в Республике Беларусь происходит вследствие выхаживания тяжелобольных детей, являющихся инвалидами с выраженной (III-IV) степенью утраты здоровья и нарушения жизненных функций, что не решает проблему воспроизводства производительных сил страны. Для снижения инвалидности детей в младшей возрастной группе необходима оптимизация ведения перинатального периода.

Одним из показателей, характеризующих состояние перинатальной службы, является доля мертворождений в структуре перинатальной смертности. Оптимальным в структуре перинатальных потерь при низком уровне перинатальной смертности является преобладание ранней неонатальной смертности над мертворождениями, так как такая структура не приводит к существенному росту заболеваемости новорожденных и детской инвалидности. В России в настоящее время мертворождаемость приблизительно равна ранней неонатальной смертности. Среди европейских стран, предоставивших сведения об этих показателях в базу данных ВОЗ «Health for all", превалирование мертворождаемости над ранней неонатальной смертностью было зарегистрировано лишь в Чехии до 1991 г. и Словакии до 1996 г. В большинстве европейских стран удельная доля мертворождений в структуре перинатальных потерь составляет 25-35%.

В Республике Беларусь до 2000 г. в структуре перинатальной смертности на долю мертворождений приходилось 56-59%, причем на долю антенатальной смертности - 38-41%, интранатальной - 14-21% перинатальных потерь, на долю ранней неонатальной смертности - 41-44% потерь перинатального периода. С 2001 г. произошло увеличение доли мертворождений до 64,6% за счет увеличения смертности в антенатальном периоде до 48,3% и снижение доли ранней неонатальной смертности до 35,4%. Таким образом, в Республике Беларусь структура перинатальной смертности с характеризуется существенным (в 1,8 раза) преобладанием мертворождений (в 2003 г. 64,6%) над ранней неонатальной смертностью (35,4%). По данным H.Hillemanns (1986), M.Jager (1986), М.Курцера (2001), в экономически развитых странах при низкой перинатальной смертности превалирование мертворождаемости свидетельствует о недостаточности проводимой работы по антенатальной охране плода. Следовательно, важным резервом снижения перинатальных потерь и детской инвалидности в Беларуси является совершенствование ведения анте- и интранатального периодов. В соответствии со структурой перинатальных потерь, основными направлениями их снижения должно быть внедрение в пренатальном и интранатальном периодах медико-организационных технологий, направленных на раннее выявление, профилактику и лечение гипоксии плода и врожденных аномалий его развития, профилактику недонашивания, родового травматизма и респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Таким образом, на протяжении последнего десятилетия в Республике Беларусь регистрируется увеличение инвалидности детей в младшей возрастной группе, что в значительной части случаев обусловлено неблагополучным течением пренатального периода. Существенным резервом снижения заболеваемости новорожденных и первичной инвалидности детей раннего возраста является усовершенствование тактики ведения беременности и родов.

БОТОКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Устинова А.В. (Красноярск)

Главной задачей реабилитации детей с ДЦП является максимальная адаптация их в обществе. Это заставляет искать наиболее эффективные методы как медицинской, так и социальной реабилитации. Одним из эффективных и безопасных методов коррекции патологически высокого мышечного тонуса и улучшения функциональной подвижности у детей со спастическими формами ДЦП являются инъекции ботулотоксина.

Цель исследования.

Оценить эффективность применения Ботокса у детей со спастическими формами ДЦП на фоне традиционных методов лечения.

Материалы и методы.

Нами пролечено препаратом Ботокс 36 детей с ДЦП в возрасте от 2 до 12 лет. Из них спастический тетрапарез диагностировался у 17 детей, спастический нижний парапарез у 14 детей, у 5 детей была гемипаретическая форма. Только 7 детей до лечения имели навык самостоятельной ходьбы, остальные грубо задерживались в моторном развитии.

Ботокс по показаниям вводился в мышцы голени, приводящие мышцы бедра, в мышцы плеча и предплечья.

Эффективность лечения оценивалась по следующим параметрам:

- изменение углов контрактур по шкале TSUI;
- изменение мышечного тонуса по шкале Эшуорта;
- приобретение новых двигательных навыков.

Полученные данные сравнивались с результатами традиционных методов лечения детей с ДЦП (контрольная группа 30 детей).

Результаты.

При оценке угла контрактур по шкале TSUI выявлено увеличение угла контрактур на 30º и более - у 16 детей исследуемой группы, против 5 - в контрольной; на 15º-20º - у 15 детей (в контрольной у 12 детей); на 5º-10º - у 5 детей (в контрольной - у 13 детей).

При оценке мышечного тонуса по шкале Эшуорта у обследованных детей отмечались следующие изменения: в 92,2% случаев снижение мышечного тонуса на 1 балл произошло уже через 3-5 дней от начала лечения, в то время, как у детей контрольной группы снижение отмечалось не раньше третьей недели. После проведенного лечения уменьшение спастичности с 4х до 2х баллов отмечено у 2х детей (в контрольной группе не отмечено); с 4х до 3х баллов - у 22 детей (в контрольной - у 5 детей); с 3х до 2х баллов - у 7 детей (в контрольной - у 20 детей); с 2х до 1-го балла - у 5 детей (в контрольной - также у 5 детей).

При клинической оценке двигательных навыков после лечения в 52,6% случаев отмечалось улучшение опороспособности позы в 23,6% - улучшение походки, приобретение способности самостоятельной опоры на полную стопу; в 18,4%случаев появилась способность сидеть без поддержки; у 21% детей произошло улучшение мелкой моторики, приобретение новых движений в руках. Причем, у 42% обследованных детей отмечено приобретение двух и более из указанных навыков.

Самый продолжительный и выраженный эффект наблюдался у детей младшего возраста.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения Ботокс, как дополнение к общепринятой терапии больных с ДЦП с целью редукции спастичности и улучшения двигательной активности.

РАННИЙ АНТЕНАТАЛЬНЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ (РАУС) - ОПЫТ ИЗРАИЛЯ

Ушаков Ф.Б. (Црифин, Израиль)

Одним из наиболее важных направлений современной перинатологии является пренатальная диагностика плодов с врожденными пороками развития (ВГТР). Популяционные исследования показывают, что частота рождения детей с ВПР в группах низкого риска составляет не менее 3%, при этом ВПР являются ведущей причиной ранней детской смертности в развитых странах. Все это диктует необходимость разработки и внедрения падежных методов ранней диагностики ВПР и других нарушений развития плода.

В данном плане интересен опыт Израиля, где практикуется многоступенчатый подход к пренатальной диагностике ВПР, который призван выявить как структуральные, так и хромосомные нарушения. В скрининг программу входит: определение «шейной прозрачности» (на 11-13 неделе), раннее трансвагинальное УЗИ для исключения ВПР (на 14-16 неделе), тройной биохимический скрининг (на 17-19 неделе) и позднее абдоминальное УЗИ для исключения ВПР (на 21-23 неделе).

Уникальная методика трансвагиииалыюго ультразвукового исследования плода на ранних сроках беременности (14-16 недель) была разработана в Израиле в конце 1980 годов. В 1990 годах метод был внедрен в повседневную клиническую практику. В настоящий момент Израиль является лидером в области ранней (до 16 недель) ультразвуковой диагностики пороков развития плода, значительно опережая в этом США и многие страны ЕС, Хотя данное исследование не входит в корзину медицинских услуг Министерства Здравоохранения Израиля (т,е, не является бесплатным), оно частично субсидируется больничными кассами, и значительная часть беременных женщин обязательно его проводят частным образом. Например в 2000 году 43.4% всех беременных женщин провели УЗИ на сроке 14-16 недель для исключения ВПР.

1. Мы предлагаем назвать данную методику термином ранний антенатальный ультразвуковой скрининг (РАУС)- РАУС - это углубленное исследование анатомии плода с целью исключения пороков развития, которое проводится на ранних сроках беременности -14-16 недель. Идея проведения этого исследования заключается в том, что на этом сроке размеры плода еще небольшие (КТР 80-100 мм), и плод можно полностью исследовать при помощи трансвагинальных ультразвуковых датчиков с высокой разрешающей способностью. С другой стороны, основные системы органов плода уже развиты для проведения детального их обследования. По сравнению с остальными видами УЗИ при беременности у РАУС имеются неоспоримые преимущества:

2. Отличная визуализация, плода при использовании трансвагинальных датчиков с высокой разрешающей способностью. Такой резолюции при исследованиях на поздних сроках достигнуть невозможно. Относительно большое количество околоплодных вод и высокая подвижность плода дают возможность при сканировании использовать множество различных срезов, как сагиттальных, гак и поперечных. Исследование практически не зависит от толщины брюшной стенки беременной женщины и его проведение особенно ценно у женщин с избытком веса,

3. Подробное обследование систем плода. РАУС - является углубленным исследованием анатомии плода, и включает систематическую проверку всех систем и органов, которые сформировались у плода к этому сроку. Некоторые части плода, например кисти рук, значительно легче исследовать в 14-16 недель, чем на более поздних сроках,

4. Высокая диагностическая точность исследования на сроке 14-16 недель. У наиболее опытных врачебных коллективов уровень выявления ВПР достигает 85-100% (зависит от типа пороков).

5. Генетическое обследование плода. РАУС кроме обычного исследования органов плода, включает поиск УЗИ признаков хромосомных нарушений (в первую очередь синдрома Дауна). К этим признакам относятся: легкая пиелоэктазия, эхогенный интракардиальный фокус, хориоидальные кисты, единственная артерия пуповины, цервикальные кисты и отек выйной области, гиперэхогенный кишечник, гипоплазия носовой кости и некоторые другие феномены. Эти симптомы при исследовании плода на более позднем сроке могут уже не определяться, но их клиническое значение остается. Отсутствие таких признаков снижает вероятность синдрома Дауна и других хромосомных аномалий.

6. Интеграция новых диагностических методов, таких как цветовой эхокардиографии и трехмерного УЗИ, в исследование на 14-16 неделе позволяет еще больше расширить диагностические возможности РАУС.

7. Раннее выявление каких-либо отклонений оставляет достаточный запас времени для проведения дополнительного обследования плода (например, амниоцентеза) и повторных контрольных УЗИ. В случае выявления тяжелых пороков, прерывание беременности технически легче, менее опасно для матери, и представляет меньшую психологическую травму для семьи.

Как и любой диагностический метод РАУС не лишен недостатков. В первую очередь, для проведения этого исследования требуются высококвалифицированные специалисты с хорошим знанием анатомии плода и большим практическим опытом УЗИ. Анатомия плода на сроке 14-16 недель, и особенно ультразвуковая визуализация отдельных органов, отличаются от таковых на более поздних сроках, и это надо учитывать во избежание диагностических ошибок. Мануальные навыки врача-диагноста, то есть способность получения определенных стандартных ультразвуковых срезов, играют важнейшую роль в успехе исследования. Все это диктует необходимость целенаправленной подготовки врачебных кадров. Экспертный уровень специалистов неизбежно повышает себестоимость исследования,

Некоторые органы, особенно это касается головного мозга, продолжают морфологически развиваться вплоть до постнатального периода» и их исследование на раннем сроке не может исключить нарушение развития в дальнейшем. Некоторые другие нарушения, например ахондроплазия или диафрагмальная грыжа, могут не проявляться на ранних сроках беременности. Поэтому рекомендуется проведение повторного абдоминального УЗИ на 22-23 неделе беременности, чтобы исключить пороки, развивающиеся или проявляющиеся на более поздних сроках.

Заключение: ранний антенатальный ультразвуковой скрининг (РАУС), представляет из себя трансвагинальное УЗИ плода, которое проводят на сроках 14-16 недель, с целью исключения ВПР плода. В условиях России этот высокоинформативный диагностический метод, на начальном этапе, может быт включен в скрининговые программы для беременных с высоким риском ВПР.

НОМЕНКЛАТУРА РАБОТ И УСЛУГ В ОБЛАСТИ НЕОНАТОЛОГИИ - МЕТОДИЧЕСКАЯ ОСНОВА ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Фролова О.Г., Байбарина Е.Н., Буркова А.С., Гудимова В.В., Сорокина З.Х. (Москва)

Работа в новых экономических условиях диктует необходимость не только высоко профессионального выполнения диагностических и лечебных мероприятий, но и овладения основами экономики, менеджмента, планирования. Определение стоимости услуг, экономической эффективности медицинской помощи, проведение фармакоэкономических исследований, невозможны без определенной стандартизации. Общая номенклатура работ и услуг в здравоохранении утверждена заместителем министра здравоохранения и социального развития В.И. Стародубовым 12 июня 2004 г. Однако, использование общей номенклатуры работ и услуг в здравоохранении специалистами затруднено поскольку в ней объединены работы и услуги по всем специальностям. Кроме этого каждая специальность имеет набор услуг, которые не включены в номенклатуру, но широко применяются в практике. В связи с указанным, нами проведена выборка работ и услуг, а также сформулирован реестр медицинских услуг, с указанием условных трудозатрат в неонатологии.

Разработка данного пособия призвана обеспечить единую нормативную базу работ и услуг в неонатологии на всей территории России.

При этом решались следующие задачи:

- обеспечение функционального развития системы классификации и кодирования в неонатологии;
- обеспечение взаимодействия между субъектами в оказании неонатальной помощи;
- формирование единых подходов к созданию прейскурантов медицинских услуг в системе обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обеспечение единой системы оценке экономических характеристик медицинских услуг;
- разработка критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских учреждений и доступности медицинской помощи.

Нормативный документ состоит из шести разделов:»А» - »Простые медицинские услуги», «В» - «Сложные и комплексные медицинские услуги», С» - «Сложные комплексные услуги состав, «Д»- «Манипуляции исследования процедуры и работы в неонатологии», «F"-"Услуги медицинского сервиса», реестр работ и услуг с указанием условных единиц трудозатрат.

Система типовых разделов является открытой, предусматривает включение при необходимости новых типов медицинских услуг.

Так требуют включения следующие типы медицинских услуг из практики неонатолога: ультразвуковое исследование тимуса, допплерография сердца и сосудов новорожденного, ядерно-магнитная резонансная томография ЦНС (головной и спинной мозг), исследования кальция в крови, внутрижелудочковая пункция мозга, термометрия ректальная.

При работе с разделом «А» «простые медицинские услуги» следует выделять код типа услуг, код класса услуг, код вида услуг. Использование указанных кодов позволяет иметь единое понимание услуги в неонатологии.

Тип услуги имеет 26 разделов с собственным номером (например: 01 - методы функционального обследования без использования приспособлений, приборов - физикальные исследования, включая сбор жалоб, анамнеза, перкуссию пальпацию, аускультацию; 09 - исследование биологических жидкостей; 14 - манипуляции сестринского ухода).

В каждом типовом разделе простые медицинские услуги делятся на классы (деление основано на анатомо-функциональном принцепе - кожа, мышечная система, женские половые органы и т.д. всего 31 классовый раздел. Порядковый номер классовых разделов идентичен во всех типовых разделах.

Вид услуги - прием врача неонатолога. Этот прием разбивается на ряд конкретных простых медицинских услуг пальпация физикальные исследования. Каждая сложная (комплексная) услуга состоит из набора простых услуг и имеет пять типовых разделов 01 - услуги врача, 02 - услуги сестринского ухода, 03 - комплексные диагностические услуги, 04 - медицинские услуги по профилактике, 05 - медицинские услуги по реабилитации. Услуги данной группы содержат 69 классовых разделов, каждый класс соответствует медицинской специальности -001 - акушерство и гинекология,

006 - генетика,

032 - неонатология и т.д.

Вид услуги идентичен в определении с простыми услугами, так в классе 003 анестезиология и реанимация вид услуги - осмотр, консультация врача анестезиолога-реаниматолога

Раздел «Д» представляет собой перечень работ в здравоохранении (22 типовых раздела 01 - работы по техническому обслуживанию медицинской техники, 17 - санитарно-эпидемиологические работы, 18 - судебно-медицинская деятельность).

В разделе F представлен перечень услуг медицинского сервиса в здравоохранении (состоит из 6 разделов - 02 услуги справочно-информационных служб с использованием современных компьютерных технологий, 03 - услуги паталого-анатомического бюро).

В работе представлены также основные положения по расчету затрат на медицинские услуги, который производится на основе учета и анализа фактических расходов ЛПУ в целом. Завершается номенклатура реестром работ и услуг, который представляет собой перечень простых и сложных медицинских услуг, расположенных в алфавитном порядке с указанием для каждой услуги расчетных норм:

- условных единиц трудозатрат (условные единицы трудозатрат приводятся отдельно для врачебных кадров и среднего медицинского персонала).
- Таким образом, номенклатура работ и услуг в неонатологии поможет врачам-неонатологам создать единую терминологию медицинских услуг, которая позволит исключить неправильную оценку деятельности медицинских работников со стороны финансовых организаций, страховых компаний, юристов., а также защитить права пациентов. Присвоение кода медицинским услугам имеет важное значение для статистической обработки полученных данных.

НАРУШЕНИЕ ЦНС ПЛОДА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОМТИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Хайруллина Г.Р., Габидуллина Р.И., Кузнецова Е.О. (Казань)

Вопросы охраны репродуктивной функции женщины и рождения полноценного потомства относятся к приоритетным задачам современного акушерства, в числе которых, важное значение приобретает антенатальная охрана плода при таком осложнении как угроза недонашивания беременности. Частота невынашивания беременности остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-25% всех беременностей.

Невынашивание приводит к нарушениям различных органов и систем плода, в том числе и ЦНС, играющую первостепенную роль в дифференцировке, созревании и функционировании развиваю-

щегося организма. В дальнейшем это проявляется как в отставании в нервно-психическом развитии, так и инвалидизацией детей.

Наименее изученным вопросом в перинатальной неврологии является прижизненная оценка процессов, происходящих в клетках нервной ткани плодов и новорожденных. Одним из направлений в этой области является изучение нейроспецифических белков (НСБ), поступающих в кровоток при нарушении целостности гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Контроль динамики уровня НСБ в биологических жидкостях позволяет не только проводить раннюю диагностику поражений ЦНС, но и контролировать эффективность проводимой терапии.

Целью работы: изучить концентрации НСБ мозга у беременных и плодов при угрозе прерывания беременности у женщин с экстрагенитальной патологией, определить возможность прогнозирования и ранней диагностики церебральных поражений новорожденных.

В основу настоящей работы положены результаты обследования 78 женщин с клинической картиной угрозы прерывания на разных сроках беременности, в родах и 35 их новорожденных.

Всем женщинам с данной патологией был сделан иммуноферментный анализ НСБ: глиофибриллярного кислого протеина (GFAP) и нейроспецифической енолазы (NSE).В сыворотке пуповинной крови новорожденных проводился анализ антител к указанным НСБ.

Иммунохимический анализ НСБ проводился в лаборатории иммунохимии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (зав.-чл. -кор. РАМН, д.м.н., профессор В.П. Чехонин).

Все пациентки имели экстрагенитальную патологию: заболевания эндокринной системы, анемия I-II степени, патология почек и желудочно-кишечного тракта.

Для оценки внутриутробного состояния плода проводили кардиотокографию. При эхографическом исследовании плодов на сроках 20-24 недели гестации были выявлены: симметричная гипотрофия плода (1), гепатомегалия (1), укорочение трубчатых костей (1), пиелоэктазия (1). Проводилось доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод. Состояние фетоплацентарного комплекса на различных сроках гестации изучали методом иммуноферментного анализа гормонов: свободного эстриола, плацентарного лактогена, трофобластического β глобулина.

Общее состояние новорожденных клинически оценивали при рождении, ежедневных осмотрах с тщательным изучением неврологического статуса, проводили нейросонографию мозга в течение первого месяца жизни.

В ходе исследования было выявлено, что у беременных при наличии клиники угрозы прерывания беременности на фоне экстрагенитальной патологии на различных сроках концентрации GFAP и NSE достоверно не отличались от группы здоровых женщин. Уровень GFAP и NSE, определяемый в образцах сыворотки крови колебался в пределах 2,3±0,7 нг/мл для GFAP и 2,4±0,4 нг/мл для NSE соответственно.

Доношенные дети к моменту рождения имели удовлетворительное состояние, но при исследовании концентрации НСБ в сыворотке пуповинной крови показало увеличение их уровня у тех детей, у которых по данным КТГ была выявлена внутриутробная гипоксия. Концентрация GFAP у них составила в среднем 5,6±0,7 нг/мл, NSE – 13,6±1, нг/мл ($p \leq 0,05$).

Антитела к исследуемым антигенам не были выявлены. В сыворотке пуповинной крови доношенных новорожденных без признаков внутриутробной гипоксии уровни НСБ не превышали контрольных значений.

При сборе анамнеза о течении беременности у матерей этих новорожденных отмечалось, что в большинстве случаев наблюдалась угроза прерывания беременности во втором, третьем триместрах, а в 35,7% случаев – хроническая угроза прерывания. Хроническая фетоплацентарная недостаточность наблюдалась в 98,5% случаев.

Ранний неонатальный период этих детей осложнился церебральной ишемией I, II степени по данным нейросонографии, при которой выявились очаги перивентрикулярного уплотнения или повышенная гидрофильность тканей мозга с асимметрией желудочков, в клинике превалировали гипертензионный синдром, диффузная мышечная гипотония.

Исследование уровней НСБ в сыворотке пуповинной крови 16 преждевременно рожденных детей показало повышение у 11 новорожденных и составило 5,8±1,2 нг/мл для GFAP и 13,96±1,6 нг/мл для NSE. Антитела к исследуемым НСБ в пуповинной крови не определялись. 7 детей были рождены в состоянии умеренной асфиксии и имели оценку по шкале Апгар 4-6 баллов. Тяжесть состояния этих детей была обусловлена в основном синдромом респираторных расстройств смешанного генеза и синдромом угнетения. Данные нейросонографии подтверждали наличие церебральной ишемии I, II степени.

4 недоношенных ребенка родились в состоянии тяжелой асфиксии, с оценкой по шкале Апгар 0-4 балла. Исследование сыворотки пуповинной крови этих детей показало низкие значения НСБ, не превышающие контрольные, но при этом у них определялись антитела к исследуемым белкам. В данной группе детей по данным нейросонографии определялись тяжелые гипоксические поражения ЦНС в виде внутрижелудочковых кровоизлияний. В ходе исследования выявлено, что уровни НСБ, наличие антител к ним у новорожденных коррелируют со степенью тяжести перенесенной гипоксии. Как известно, нарушение целостности ГЭБ является причиной выхода НСБ в системный кровоток, и поскольку эти белки обладают высокой антигенностью, то в ответ на их появление в крови иммунная система, не обладающая толерантностью к ним, реагирует выработкой антител. В свою очередь, эти антитела через поврежденный ГЭБ могут проникать в мозг и, связываясь с соответствующими антигенами, приводить к блокаде функций специфических белков нервной ткани.

Таким образом, при изучении уровней GFAP и NSE в сыворотке крови плодов, у матерей которых беременность осложнилась угрозой прерывания на фоне экстрагенитальной патологии, было выявлено нарушение целостности ГЭБ. Концентрации GFAP и NSE определялись степенью тяжести перенесенной внутриутробной гипоксии, выраженностью церебральных нарушений у плодов и новорожденных, включением механизмов аутоиммунного ответа, с выработкой соответствующих антител.

Новорожденные, перенесшие внутриутробную гипоксию при угрозе прерывания беременности на фоне экстрагенитальной патологии, нуждаются в проведении нейросонографии мозга в амбулаторных условиях в течение первого месяца жизни для ранней диагностики перинатальных поражений мозга.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ИМЕЛИ ИНФЕКЦИОННУЮ ПАТОЛОГИЮ ПОЧЕК

Хатунцев А.В., Бычков В.И., Логвинова И.И. (Воронеж)

Внутриутробное инфицирование является одной из главных проблем современной педиатрии и неонатологии. Так по данным ВОЗ за 2003 год смертность от перинатальных инфекций находится на 3 месте. Большинством авторов признается ведущая роль хронических очагов инфекции в реализации инфекционного процесса. Наиболее пристального внимания заслуживают почки.

Целью данной работы является попытка проследить зависимость между наличием почечной патологии и течением раннего периода адаптации у новорожденных.

Материалы и методы. Для поставленной цели из 97 пациенток в сроке беременности от 35-40 недель, находившихся на дородовой госпитализации, были сформированы 3 клинические группы. 1 группа- контрольная. Ее составили 34 женщины, которые не имели указаний на наличие инфекционной патологии. 2 группа- основная группа (ОГ1). В ее состав вошли 38 женщин, имевших в анамнезе

указание на обострение инфекционного процесса в почках, но дети при выписке не имели клинических признаков инфекции. 3 группа-основная группа №2 (ОГ2). В ее состав входило 25 женщин, имевших обострение хронической почечной инфекции за прошедшую беременность, а дети из этой подгруппы были выписаны или переведены из роддома с признаками инфекционного процесса. В работе были использованы данные историй родов и обменных карт.

Результаты исследований. В КГ за время беременности обострений хр.пиелонефрита выявлено не было. В ОГ1 в первой половине беременности зафиксировано 6 (15,8%) случаев обострения, во второй половине беременности 17 (44,7%) случаев, причем 3(7,8%) из них были повторными. В ОГ2 в первой половине беременности обострений было 6(24%), а во второй половине 10(40%) случаев, причем в 2-х(8%) случаях имел место рецидив. Все женщины из ОГ1 были пролечены до родов в полном объеме с применением лекарственных препаратов, рекомендованных для этой цели. В ОГ2 лечение в полном объеме получили всего 8(32%) пациенток, тогда как у остальных 6(24%) беременных терапия была неполноценной или был отказ от лечения вовсе, о чем имеется соответствующая запись в обменной карте или истории родов.

Исход родов и состояние здоровья детей. Дети из КГ и ОГ1 не имели при рождении признаков инфекции. Все дети из ОГ2 были инфицированы. 22(88%) новорожденных были с дакриоциститом, имели тахикардию и гипертермию. У 3 (12%) были признаки ОРВИ с подозрением на пневмонию. Дети от заведомо инфицированных матерей чаще имели: 1) синдром дыхательных расстройств (СДР), так в КГ СДР не был зарегистрирован, в ОГ1 зарегистрировано 2 (5,3%) случая, и в ОГ2 соответственно 7(28%) случаев данной патологии; 2) задержка внутриутробного развития (ЗВУР) присутствовала в 2(5,9%) случаях в КГ, в 2 (5,3%) наблюдениях в ОГ1 и в 7 (28%) случаях соответственно в ОГ2; 3) перинатальная энцефалопатия (ПЭП) в КГ в 3-х (8,8%) случаях, в ОГ1 в 14 (36,8%) наблюдениях, и в ОГ2 в 18 (72%) соответственно.

Все дети из КГ были выписаны домой. Из ОГ1 только 3 (7,9%) ребенка были переведены на 2 этап лечения в ОДКБ по поводу гипербилирубинэмии, а остальные выписаны домой в удовлетворительном состоянии. 12 (48%) новорожденных из ОГ2 были переведены на 2 этап лечения признаками инфекционного процесса.

Выводы: 1) дети, от матерей с хроническим пиелонефритом, относятся к группе высокого риска по реализации внутриутробного инфицирования;

2) Отсутствие полноценного лечения с применением антибактериальной терапии данной патологии во время беременности увеличивает риск реализации внутриутробного инфицирования в 3,5 раза.

3) У детей с признаками инфекционного поражения СДР выявлялся в 5 раз чаще, ПЭП в 2 раза чаще, ЗВУР в 5 раз чаще

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НАРУШЕНИИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черданцева Г.А., Кочарина Т.В., Краева О.А., Ярыгина И.А. (Екатеринбург)

Цель: Изучить состояние центральной и почечной гемодинамики у новорожденных с нарушением адаптации в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы исследования: 30 доношенных новорожденных детей с дезадаптацией в раннем неонатальном периоде, 10 здоровых доношенных новорожденных от здоровых матерей при неосложненной беременности и родах, ультразвуковое сканирование сердца и почек с допплерометрией.

Результаты исследования: В группе здоровых детей изменений в течении адаптационного процесса не было.Все дети со срывом адаптационных процессов родились у женщин с осложненным течением беременности. Угроза прерывания беременности наблюдалась в 66%, отечная форма гестоза в 38%, хроническая фетоплацентарная недостаточность - 37%, хроническая гипоксия плода - 37%. Ведущей соматической патологией матерей являются хронический пиелонефрит (30%), анемия (20%), миокардиодистрофия (12%). Спонтанные роды проходили у 67% женщин, способом кесарева сечения - 33%. Большинство детей (63%) родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести. Оценка по Апгар на 1 минуте составила 6,7±0,2 балла, на 5 минуте - 8 баллов.

К концу 1 суток жизни у 83% детей состояние расценивалось как среднетяжелое, 17% - удовлетворительное. В клинической картине у 85% доминировал синдром угнетения, у 15% синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. У всех детей с нарушением адаптации имелись изменения со стороны работы сердца: периферический цианоз, брадикардия. При ультразвуковом сканировании наблюдалась сферизация камер, перегрузка объемом, повышение сократительной способности миокарда (увеличение фракции изгнания, фракции укорочения). Не смотря на увеличенные конечно-диастолический и конечно-систолический размеры и объемы левого желудочка, ударный и минутный объемы находились в пределах обычных величин здоровых доношенных новорожденных детей с нормальной адаптацией. Увеличение силы сокращений не обеспечивало должный гемодинамический эффект у детей с нарушением ранней неонатальной адаптации. Относительное уменьшение сердечного выброса вызывает периферический вазоспазм и увеличение общего периферического сопротивления сосудов, к дефициту регионарного кровотока в почках, что сопровождается ишемией в виде обеднения сосудистого рисунка. Индексы резистентности сосудов почек были высокими (0,9 – 1). В 35% диастолический компонент отсутствовал.

Таким образом, исследование центральной и почечной гемодинамики при срыве процессов адаптации является малоисследованной областью требующей комплексного подхода к изучению и поэтапному наблюдению.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЛОДА ПРИ РАЗВИТИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЁННОГО

Чехонацкая М.Л., Хрипунова Г.И., Бочкова Л.Г., Дерюгина Л.А., Панина О.С. (Саратов)

За последние годы претерпело ряд кардинальных изменений представление об инфекции мочевой системы (ИМС) у детей. Это коснулось вопросов патогенеза, в частности определения роли функциональных нарушений мочевого пузыря в развитии ИМС. Между тем, у новорождённых это довольно частая патология мочевыделительной системы, что означает наличие её инициальных форм уже у плода.

Целью настоящего исследования изучение особенностей функции мочевого пузыря плода при развитии инфекции мочевой системы у новорождённых.

В своей работе мы учли, что в основу классификации инфекции мочевой системы Winberg (1987) у новорождённых и детей раннего возраста положены, кроме клинических форм - степень нарушения уродинамики мочевыводящих путей. Для решения поставленной цели была проведена ретроспективная оценка уродинамических показателей верхних и нижних мочевых путей у 108 плодов в сроки гестации 20-40 недель.

Согласно полученным данным, у новорождённых с инфекцией мочевой системы в 81,6% наблюдениях, выявлено нарушение уродинамики нижних мочевыводящих путей в периоде антенатального развития по данным ультразвукового исследования, которые в зависимости от сроков появления разделены нами на два типа.

Для первого типа характерно существенное увеличение ёмкости мочевого пузыря, начиная с 20 недель беременности. Так если в 20-22 недели максимальный объём мочевого пузыря составлял в

среднем 3,5 ± 0,4 мл, в 23-25 недель 5,6 ± 0,6 мл, то к 38-40 неделям он возрастал до 71,9 ± 6,1 мл, превышая аналогичные нормативные показатели для каждого срока гестации в 3,5 раза. При этом необходимо отметить, что частота мочеиспускания была в среднем в 2 – 3 раза меньше нормы и составляла в 20 недель 0,92 раз в час, в 25-28 недель 0,81 раз в час и в 38-40 недель - 0,34 раз в час.

Анализ уродинамических параметров у плодов со вторым типом уродинамики выявил уменьшение максимального объёма мочевого пузыря в среднем на 30% и учащение ритма мочеиспускания, превышающего в 3 – 4 раза нормативные показатели для каждого срока гестации, начиная с 29 недель беременности. Эффективный объём при этом был в 1,5 – 2 раза меньше, чем у плодов в контрольной группе, а эффективность мочеиспускания (отношение эффективного объёма мочевого пузыря к его общей ёмкости) составляла 0,69. Изометрические сокращения детрузора с изменениями формы мочевого пузыря, но без фазы мочеиспускания, превышали нормативные показатели в 4 раза

Характерным для обоих типов уродинамики было наличие большого количества остаточной мочи. Для I типа этот показатель превысил норму в 1,5 раза, для II - в 2-3 раза, что в процентном отношении к максимальному объёму мочевого пузыря плода составило в среднем соответственно 30% и 30%-50%.

Согласно полученным данным у 65,3% плодов основной группы по результатам ультразвукового исследования имелись изменения со стороны почек. Наиболее частыми отклонениями со стороны почек и верхних мочевых путей являлись пиелоэктазии - 42,9%, гидронефроз – 22,4%, мегауретер -20,4%. Необходимо также отметить, что нарушение уродинамики по первому или второму типу у плода в 73,5% наблюдений сочетались с пузырно-мочеточниковыми рефлюксами. В зависимости от состояния функции мочевого пузыря у плода, нами установлены некоторые различия характера инфекции мочевой системы у новорождённого. При наличии у плода отклонений от нормальной функции мочевого пузыря по первому или второму типу в 79,1% наблюдений в анализе мочи превалировали протеинурия, лейкоцитурия в сочетании с микрогематурией и лишь у 20,9% новорожденных преобладала кристаллоурия.

Таким образом, ретроспективный анализ ультразвуковых параметров уродинамики плода при развитии в периоде новорождённости инфекции мочевых путей показал, что инфекция мочевой системы у новорождённых в значительной мере сочетается с нарушениями уродинамики нижних мочевых путей в периоде внутриутробного развития.

ХРОМОСОМНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ МИКРОАНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ

Шехова А.Н., Александрова А.А.., Сахтарьёк З.Н., Кеосиди Н.А. (Майкоп)

Целью нашего исследования явилось изучение вклада хромосомных аберраций в этиологии умственной отсталости у детей с множественными микроаномалиями развития.

Материалы и методы исследования: Проводилось кариотипирование лейкоцитов крови методом дифференцированной (GTG) окраски детей с умственной отсталостью или отставанием психомоторного развития и множественными микроаномалиями развития (МАР), в том числе с фенотипом синдрома Дауна.

Результаты: За 4,5 года проведено кариотипирование лимфоцитов крови 57 детей с умственной отсталостью или отставанием психомоторного развития и МАР, в том числе 27(47,7%) детей с фенотипом синдрома Дауна.

В результате обследования хромосомная патология выявлена в 29 (50,9%) случаях. Из них синдром Дауна подтвержден у 21(72,4%) ребенка. Не подтвержден синдром Дауна у 6 (10,5%). Цитогенетическим вариантом во всех случаях явилась простая трисомия 21 хромосомы, соотношение полов 38%(8): 62%(13). Другая выявленная патология представлена инверсией 9 хромосомы у 4 (13,4%) детей, причем в 1 случае – мозаичным вариантом, в другом случае – частичной инверсией 9. В одном случае у ребенка с выраженной умственной отсталостью, задержкой физического развития и МАР выявлена кольцевая 9 хромосома, в другом случае выявлена делеция короткого плеча 5 хромосомы - синдром «кошачьего крика». При кариотипировании двух девочек (1 год 2 мес. и 3 года) с такими же показаниями выявлена патология половых хромосом – тетрасомия X и аберрантная X хромосома, требующая дополнительных исследований.

Выводы: Высокий процент хромосомных аберраций (50,9%), выявленный в группе детей с умственной отсталостью или задержкой психомоторного развития с множественными микроаномалиями развития, подтверждает необходимость проведения селективного цитогенетического скрининга данной группе пациентов.

ДИАГНОСТИКА НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Эстрин В.В., Ефанова Е.А., Лелик М.П., Яковенко Е.П. (Ростов-на-Дону)

Представлены результаты контролируемого рандомизированного исследования (КРИ) у 59 новорожденных в возрасте 1-10 суток жизни, родившихся в сроке гестации 39,3±1,4 недель, с массой тела 3430±230 грамм, с респираторным дистресс- синдромом, получавших лечение в отделении интенсивной терапии новорожденных, содержания в сыворотке крови уровней следующих цитокинов: интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), фактора некроза опухоли (ФНО) (n=34) методом иммуноферментного анализа; наличия ДНК эубактерий в лейкоцитах крови (n=25) методом полимеразной цепной реакции.

Ретроспективно пациенты были сформированы в группы, у детей одной из которых течение основного заболевания в среднем на 3-4 сутки жизни осложнилось присоединением сепсиса (верифицированного клинико- бактериологически) (n=18) и новорожденных, не заболевших сепсисом (n= 41).

В результате проведенных исследований установлено достоверное повышение в среднем за 1-2 суток до манифестации септического процесса уровней ФНО (>2 пг\мл), ИЛ-8 (>5 пг\мл), ИЛ-6 (> 40 пг/мл), а также обнаружение в лейкоцитах крови ДНК эубактерий.

Таким образом, мониторинговое определение сывороточных уровней ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО и обнаружение в лейкоцитах крови ДНК эубактерий может рассматриваться как экспресс-методы доклинической диагностики сепсиса, способствующие своевременному назначению патогенетически обоснованной терапии, снижению числа септических осложнений и улучшению, тем самым, состояния здоровья и качества жизни пациентов отделений интенсивной терапии новорожденных.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Эстрин В.В., Пухтинская М.Г., Ефанова Е.А. (Ростов-на-Дону)

Проведено контролируемое рандомизированное, слепое клиническое испытание эффективности рекомбинантного гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (р-ГКСФ) (Neupogen, “F. Hoffmann-La Roche”) в профилактике и терапии нозокомиальной инфекции у новорожденных с респираторной патологией.

В исследование вошли 56 новорожденных с респираторным дистресс-синдромом (РДС) и мекониально-аспирационным синдромом (МАС), находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), родившихся в сроке гестации 39,1±1,1 недель, с массой тела 3500±250 грамм, с оценкой по Апгар 4,1±1,2 баллов, поступивших в отделение реанимации без признаков инфицирования.

Исследование проведено в двух клинических группах. Пациенты обеих групп получали стандартную интенсивную терапию. Первую группу (n=26) составили дети, получавшие р-ГКСФ. Из них 14 (подгруппа А) получали р-ГКСФ в дозе 5 мкг/кг/сутки внутривенно в течение 3 дней в виде двух внутривенных инфузий. Остальным 12 новорожденным (подгруппа В) р-ГКСФ назначался в дозе 10 мкг/кг/сутки. Контрольную группу (n=30) составили дети, не получавшие р-ГКСФ.

Клиническими критериями эффективности р-ГКСФ приняты частота развития сепсиса, летальность, длительность проведения ИВЛ и АЧН. Также определялся субпопуляционный состав лимфоцитов крови методом однопараметрического иммунофенотипирования иплазменный уровень про- и противовоспалительных интерлейкинов методом иммуноферментного анализа на 1-е, 3-5-е сутки и в исходе заболевания (20-е сутки). Проведен анализ минимизации финансовых затрат использования р-ГКСФ. Статистическая мощность исследования составила 80% при α=0,05.

Анализ результатов показал, что использование р-ГКСФ в стандартной интенсивной терапии позволило снизить в 5,5 раз заболеваемость неонатальным сепсисом и летальность в 6 раз; сократить длительность проведения ИВЛ. Кроме того, выявлено

дозозависимое увеличение на 3-5 сутки терапии абсолютного числа нейтрофилов (АЧН) у детей 1-ой группы (подгруппа А и В) в 2,1-2,6 раза соответственно по сравнению с фоновыми показателями ($p<0,05$) и в 1,2-1,9 раз по сравнению с АЧН в контрольной группе ($p<0,05$). В группе детей, получавших р-ГКСФ, зарегистрировано увеличение CD34 в 2,5 раза ($p<0,05$); CD14, CD19, CD56 в 1,3 раза ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой. Р-ГКСФ статистически значимо увеличивал уровень эндогенного ГКСФ в 1,9 раз, ИЛ-4 в 2,3 раза, ФНО-α и ИЛ-1β в 1,1 раза. В дозе 10 мкг/кг/сут р-ГКСФ снижал уровень ИЛ-6 ($p<0,05$).

Отрицательного влияния р-ГКСФ на организм новорожденного ребенка в процессе исследования не зарегистрировано. В исследовании подтверждена фармакоэкономическая эффективность использования препарата в стандартной интенсивной терапии у новорожденных с респираторной патологией.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ КАРДИОПАТИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ярыгина И.В., Черданцева Г.А., Краева О.А. (Екатеринбург)

Цель исследования: оценить роль нарушений гемостаза при формировании постгипоксических кардиопатий у новорожденных от многоплодной беременности.

Материалы и методы. Обследовано 70 новорожденных детей от многоплодной беременности. Из них 21 бихориальная и 14 монохориальных двоен. Состояние гемостаза оценивали по тромбоэластограмме. Показатели работы сердца определяли по данным ультразвукового сканирования в 1, 3-5, 7-10 сутки и в 1 месяц. Группы были сопоставимы по анамнезу матерей, течению беременности, сроку гестации.

Результаты обследований:

Масса тела при рождении у детей в первой группе (бихориальные двойни) превосходила таковую во второй (монохориальные двойни) в 1,5 раза. Родоразрешение способом кесарева сечения бихориальных двоен осуществлялось в 42,8%, тогда как монохориальных - в 85,7%.

По данным гемостазиологических исследований в 1 сутки у бихориальных двоен наблюдалась гипокоагуляция за счет снижения плазменных факторов, уменьшения времени формирования сгустка и снижения его эластичности. К 3 суткам показатели гемостазиограммы достигали нормативных величин. На 7 сутки свертываемость вновь была пониженной и достигала нормативных значений к 2-х недельному возрасту.

В группе монохориальных двоен в 1 сутки гипокоагуляция была более выраженной, наблюдался дефицит плазменных факторов, снижение фибриногена и количества тромбоцитов. С 3 по 7 сутки эти показатели незначительно повышались, но оставались на уровне гипокоагуляции вследствие коагулопатии потребления. Нормальные значения определялись в 3-4 недельном возрасте.

Параллельное ультразвуковое сканирование у бихориальных двоен показало, что в период с первых по десятые сутки жизни наблюдается объемная перегрузка левых отделов (увеличение конечно-систолических размеров КСР и КСО ЛЖ $p<0,05$ и $p<0,001$ соответственно), обусловленная фетальной циркуляцией, увеличенным венозным возвратом и пониженной контрактильностью миокарда. Выявляется тенденция к снижению насосной функции, не связанная с дефицитом преднагрузки.

В течение первого месяца фракция изгнания (ФИ) и фракция укорочения (ФУ) левого желудочка достоверно увеличиваются (соответственно $p<0,05$ и $p<0,01$) в результате улучшения инотропной функции.

Изменения показателей гемодинамики у монохориальных двоен свидетельствуют о достоверном снижении сократительной функции миокарда ЛЖ по сравнению с показателями бихориальных двоен. У них значительнее выражена систолическая перегрузка и снижение сократительной способности миокарда левого желудочка. Как показал математический анализ, показатели сократительной способности миокарда являются наиболее информативными для определения функции левого желудочка (относительная информативность ФИ - 1,4, ФУ - 2,1). Выявлено снижение инотропной функции сердца у детей в обеих группах: у бихориальных двоен (фракция изгнания от 0,64 до 0,66, фракция укорочения от 31,0% до 32%); у монохориальных двоен (фракция изгнания от 0,54 до 0,62, фракция укорочения от 28,5% до 30,5%).

В дальнейшем параметры сердечного выброса и сократительная функция постепенно увеличивались в течении первого месяца, однако нормативных значений достигали лишь в 50% в группе бихориальных двоен, 40% в группе монохориальных двоен.

Каолиновое время, тромбиновое время и РФМК находятся в тесной корреляционной связи (коэффициент корреляции = 0,7; $p< 0,01$) с такими показателями работы сердца, как КДР, КДО, УО и скоростными характеристиками трансмитрального и трансаортального потоков.

Таким образом, состояние гемостаза в исследуемых группах определяется условиями внутриутробного развития и характером родов. У детей из многоплодной беременности нарушения в системе гемостаза сопровождаются снижением сократительной способности миокарда. В группе монохориальных двоен эти изменения носят более выраженный и пролонгированный характер.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Яцык Г.В., Бомбардирова Е.П., Митиш М.Д. (Москва)

К социально значимой перинатальной патологии у недоношенных детей относятся в первую очередь перинатальные поражения нервной системы, бронхо-легочной дисплазии и ретинопатия недоношенных. Все эти состояния имеют, как правило затяжное течение, в случаях тяжелых поражений особенно у глубоко недоношенных детей формируется хроническая (инвалидизация) патология.

Профилактика хронизации перинатальной патологии осуществляется с первых дней жизни недоношенного ребенка.

На первом этапе выхаживания (отделения реанимации и интенсивной терапии) адекватная первичная реанимация и оптимальная щадящая интенсивная терапия – необходимое условие пердотвращения осложненного течения перинатальной патологии. Для недоношенных особенно важна контролируемая инфузионная терапия, щадящие режимы ИВЛ (высокочастотная осцилляторная вентиляция, контроль газового гомеостаза), раннее начало энтерального питания.

На последующих этапах выхаживания (отделение и центр реабилитации для недоношенных детей на базе крупной детской больницы или НИИ педиатрии) основные направления смягчения последствий перинатальной патологии включает в себя преемственность терапии, начатой ранее, индивидуализацию подхода к ребенку с позиций целостного организма - как правило в процессе реабилитации недоношенного ребенка, требуется участье многих узких специалистов – невропатолога, ортопеда, окулиста, врача ЛФК, пульмонолога, иногда хирурга.

Индивидуализация лечебных программ предусматривает сочетание медикаментозных и немедикаментозных воздействий.

Так, в профилактике тяжелого течения бронхо-легочной дисплазии ведущую роль играет раннее подключение ингаляционных стероидов и ЛФК; в профилактике прогрессирующей ретинопатии-динамический контроль состояния глазного дна.

Перинатальные поражения нервной системы у недоношенных детей как правило, помимо психоневрологических нарушений приводят к развитию стойкой соматической патологии. Так, по данным многолетнего катамнестического наблюдения, большинство недоношенных детй в школьном возрасте имели сочетанную психосоматическую патологию (энурез, длительный субфебрилитет, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, цефалгии напряжения, дискинезия желчевыводящих путей, артериальную гиер- или гипотензия и т.д.) – как правило по 3-5 нозологий одновременно у одного ребенка.

Профилактика хронизации неврологической и психосоматической патологии у этих детей осуществляется в процессе их наблюдения в КДЦ НЦЗД РАМН с привлечением всех необходимых специалистов (включая психологов и коррекционных педагогов) и использованием в первую очередь немедикаментозных методов коррекции нарушений, оздоровления образа жизни ребенка, психологической помощи семье.

Раннее прогнозирование риска формирования сосудистой патологии у детей, перенесших перинатальные поражениеЦНС, возможно уже в периоде новорожденности с помощью мониторирования параметров суточных ритмов артериального давления. Выявление дестнхроноза является предвестником формирования психосоматических заболеваний и позволяет осуществлять их опережающую коррекцию.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ВОПРОСЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЛАНОВОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ-ЖЕНЩИНАМ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Абашин В.Г., Цвелев Ю.В. (Санкт-Петербург)

По мнению отечественных и зарубежных военных специалистов женщины представляют значительный резерв для пополнения Вооружённых Сил (ВС). Особое значение он приобретает в условиях изменяющихся экономических отношений, демографических сдвигов и в периоды, требующие быстрого и значительного увеличения численности Вооружённых Сил, т.е. в период ведения боевых действий. В последнем случае женщины обеспечивают пополнение не только вспомогательных, но и боевых частей.

К концу XX века в армиях ведущих стран мира служило до 10-12% женщин. За последние годы это число существенно не изменялось, что позволяет считать этот показатель приемлемым для всех армий, в т.ч. и Российской, на современном уровне их организации. В современной армии женщина может занимать практически все известные воинские специальности. С привлечением на службу женщин складывается ситуация, при которой требуется решать круг проблем, обусловленный значительным увеличением объёма медицинской помощи. Медицинская помощь женскому контингенту по соматической патологии строится по аналогии с оказанием медицинской помощи военнослужащим-мужчинам. Организация ее не требует принципиально новой материально-технической базы и привлечения новых специалистов.

Оказание акушерско-гинекологической помощи, связанной с физиологическими особенностями женского организма, применением специфических методов обследования и лечения, требует привлечения дополнительных сил и средств, создания современной концепции. Акушерско-гинекологическая помощь в ВС РФ оказывается следующим категориям: военнослужащим-женщинам, членам семей-военнослужащих, женщинам, проживающим в закрытых гарнизонах при отсутствии в них медицинских учреждений МЗиСР.

В оказании акушерско-гинекологической помощи можно выделить 3 основных направления:

Неотложная помощь. Ее оказание является основной обязанностью всех звеньев военной медицины.

Акушерская помощь.

Плановая гинекологическая помощь.

Вопросы профилактической медицины, диспансеризация и диспансерное динамическое наблюдение;

Профилактика и лечение онкологических заболеваний

Система реабилитационных мероприятий

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья.

Плановое сокращение ВС, переход на контрактную основу службы, значительное число женщин проходящих военную службу, экономическое положение ВС определяют необходимость создания современной концепции оказания плановой гинекологической службы. Следует отметить, что в настоящее время в подавляющем числе военных гарнизонов оказание акушерской и онкогинекологической помощи, восстановления репродуктивной функции ориентировано на лечебные учреждения МЗиСР.

Современная концепция основана на принципе этапности оказания плановой гинекологической помощи.

I этап – гарнизоны.

Военные лечебные учреждения: гинекологические кабинеты гарнизонных поликлиник, гинекологические отделения гарнизонных госпиталей. Задачи:

Проведение скрининговых методов обследования

Раннее выявление гинекологических заболеваний

Лечение воспалительных и фоновых заболеваний женских половых органов

II этап – округа, флота.

Военные лечебные учреждения: окружные, флотские госпитали, госпитали родов войск, Центральные военные клинические госпитали, Центральные клинико-диагностические поликлиники. Задачи:

Углубленное обследование и лечение больных с доброкачественными и предраковыми заболеваниями гениталий.

III этап - региональные центры по оказанию специализированной гинекологической помощи с использованием высокотехнологичных методов диагностики и лечения. Задачи:

Эндовидеохирургия: лапароскопическая эндовидеохирургия, операционная гистероскопия.

Репродуктология: восстановление репродуктивного здоровья военнослужащих.

Онкогинекология: хирургическое, химиотерапевтическое и лучевое лечение.

Урогинекология: лечение пролапса гениталий и недержания мочи, лечение урогенитальных свищей, современные слинговые операции.

Сохранение репродуктивных тканей: создание банков репродуктивных тканей военнослужащих групп повышенного риска (сперма, стволовые клетки пуповинной крови, яйцеклетки).

Предлагается создание следующих региональных центров:

1. Северо-Западный (Центральное военно-медицинское учреждение – Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии): Северный флот, Балтийский флот, Ленинградский военный округ

2. Центральный (Центральное военно-медицинское учреждение – Москва: Главный военно-клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, гинекологическое отделение): Московский военный округ, Северо-Кавказский военный округ, Приволжско-Уральский военный округ, Черноморский флот.

3. Дальневосточный (Центральное военно-медицинское учреждение – Хабаровск: Окружной военный госпиталь, гинекологическое отделение): Тихоокеанский флот, Камчатская военная флотилия, Сибирский военный округ, Дальневосточный военный округ

Выводы.

1. Предлагаемая система этапного оказания плановой гинекологической помощи позволяет:

Улучшить оказание специализированной гинекологической помощи.

Планировать приоритетное медицинское снабжение этапов оказания плановой гинекологической помощи.

Целенаправленно снабжать военно-медицинские учреждения центров высокотехнологичным оборудованием и медикаментами по указанным направлениям.

Осуществлять целенаправленную профессиональную подготовку и формирование кадров центров выпускниками командного факультета ВМедА или клинической ординатуры.

Определять взаимоотношения медицинской службы ВС с лечебными учреждениями МЗиСР РФ на этапах оказания плановой гинекологической помощи

2. Особенности ведения беременных, лечение патологии беременности, прием родов и ведение послеродового периода диктуют особый подход к оказанию акушерской помощи. Территориальные, материально-технические, экономические и кадровые проблемы определяют возможность сохранения родильных отделений только в гарнизонах, в которых отсутствуют учреждения МЗиСР, а также в ВМедА для обеспечения учебного процесса. В остальных гарнизонах необходима переориентация беременных военнослужащих-женщин на лечебные учреждения МЗиСР с оплатой услуг по ведению беременных и приему родов из средств МО РФ.

ПРОСВЕЩЕНИЕ МОЛОДОГО ПОКОЛЕНИЯ КАК ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Аккузина О.П., Борисова Н.В. (Саратов)

Демографическая ситуация последних десятилетий в России с низким уровнем рождаемости и неудовлетворительным качеством потомства сделала актуальным такое направление межведомственной и междисциплинарной деятельности как охрана репродуктивного здоровья населения.

Важнейшей составной частью работы по сохранению репродуктивного здоровья является просвещение и образование населения, в т.ч. детей и подростков.

В регионах России разработано большое количество просветительских программ для детей и подростков, но, как правило, они направлены на решение узких задач по профилактике наркоманий, абортов, безопасного секса, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных заболеваний, здорового питания и т.д.

Практически отсутствуют комплексные программы, формирующие высокодуховную личность с новым отношением к здоровью – как базовой основополагающей жизненной ценности с позитивными репродуктивными и семейными установками.

В Саратовской области с 1999 г. успешно внедрена для преподавания в детских дошкольных учреждениях и школах 14-летняя образовательная программа обучения детей и подростков «Основы здорового образа жизни» с подпрограммой для 9-11 классов «Основы здоровья семьи» и программой подготовки родителей по вопросам взросления и воспитания детей «Здоровая семья – ЛАД».

Программы разработаны Областным центром планирования семьи и репродукции (ОЦПСиР) с привлечением необходимых специалистов Саратовских государственного и медицинского университетов. Подготовлены учебно-методические материалы и пособия. На базе Саратовского института повышения квалификации работников образования, при участии ОЦПСиР организован курс подготовки специалистов-преподавателей программы. Ежегодно обучается до 600 человек - психологи, педагоги, медицинские работники. Открыта лаборатория мониторинга программы.

С 2002 г. приказом по Министерству образования области программа получила статус обязательной для преподавания в учебных заведениях. Продолжением школьной учебной программы явилась программа просвещения студентов ВУЗов «Студенческая семья», в рамках которой работают лектории по основам здоровья семьи во всех ВУЗах и средних учебных заведениях. На базе студенческих общежитий открыты кабинеты доверия, где консультируют по вопросам репродуктивного здоровья, планирования семьи, психологическим вопросам специалисты СОЦПСиР. Комплексный подход к просвещению детей и подростков позволил постепенно сформировать поколение с более осознанным отношением к своему здоровью, проблемам репродукции, семейным ценностям.

Отмечается неуклонное снижение абортов – на 6% ежегодно, а общий показатель абортов на 1000 ЖФВ в 2004 г. составил 33,5‰, при опережающих темпах снижения в молодых возрастах 15-19 лет и 20-24 года - на 9% ежегодно.

Положительным явлением становится все большее число обращающихся по поводу планирования будущей беременности. В 2004 г. предгравидарную подготовку прошли до 20% беременных. Отсюда положительная динамика снижения младенческой смертности за последние 5 лет с 17,6‰ в 2000 г. до 10,8 в 2004 г.

При сравнительном анализе результатов анкетирования студентов г. Саратова и Саратовской области, проведенного в 1999 и 2004 гг. по изучению репродуктивных установок и репродуктивного поведения молодежи, выявлены также положительные тенденции.

Изменились представления подростков о количестве детей в семье в сторону увеличения: идеальным числом детей в семье 68,6% подростков считают «двое», а 16,4% – «трое». В 1999г. троих детей хотели иметь только 7,3% опрошенных, а 10% вообще не хотели иметь детей.

Отмечается увеличение возраста вступления в сексуальные отношения. Хотя, по мнению опрошенных, идеальный возраст начала половой жизни остается 16-19 лет, (64% опрошенных 1999г. и 74% – в 2004г.), однако, до 16-летнего возраста сексуальный дебют состоялся у 73,3% опрошенных в 1999 г. и лишь у 23,9% подростков, опрошенных в 2004 г.

Изменилось мнение подростков по поводу некоторых социально-демографических процессов, происходящих в стране и области. По данным социологического исследования 1999 г. было установлено, что наибольшая осведомленность молодых людей касается только таких процессов как рост наркомании, преступности, ВИЧ-инфицирования, алкоголизма, венерических заболеваний среди подростков.

Молодые люди совершенно не знали о таких явлениях как высокая материнская смертность, увеличение бесплодных браков, числа разводов, рост числа детей-сирот в результате отказа родителей от своих детей, отнеся их в раздел не интересующих их процессов.

По данным анкетирования 2004 г. большинство студентов (от 58% до 83% по различным утверждениям) информированы и знают об этих негативных явлениях, влияющих на демографическую ситуацию в стране и области и эти проблемы их волнуют.

По данным социологического исследования 2004 г. подростки по-прежнему высказались против разрешения браков с 16-летнего возраста (67,4%), а затруднились ответить на этот вопрос 20,7%. Против легализации проституции высказались 50,3% респондентов, затруднились ответить 22,9%.

Среди факторов, влияющих позитивно на «стремление молодых людей к созданию семьи и воспитанию хороших детей» 62,8% респондентов отметили «создание специальной государственной программы по воспитанию молодежи»; 57% высказались за «создание молодежных организаций и движений, объединенных общими интересами и целями»; 64,7% - за «организацию интересного досуга для молодежи»; 85,7% респондентов отметили «необходимость государственной финансовой поддержки молодым семьям; 57,4% опрошенных считают важным изучение в рамках школьной программы физиологии мужчины и женщины, а изучение психологии мужчины и женщины считают необходимым 71,7% опрошенных.

На вопрос «где бы Вы предпочли получать информацию по вопросам полового просвещения», как и по данным опроса 1999 г., преобладающими остаются ответы: «индивидуальное консультирование у специалиста» (36%) «самостоятельное изучение» (26%) «на специальных занятиях» – 23%.

Данные наших социологических исследований также показали, что, получив информацию по вопросам семьи, деторождения, полового воспитания в школе, в дальнейшем, молодые люди, взрослея и приобретая жизненный опыт, имеют потребность к обсуждению этих вопросов, и высказались за создание специализированных консультативных кабинетов вне медицинских учреждений, максимально доступных и приближенных к молодежи. Так высказались 75% опрошенных. Необходимы разработка, создание и распространение методически грамотной, отвечающей современным требованиям и доступной печатной продукции (буклеты, брошюры, постеры, журналы и т.д.).

Позитивный пятилетний опыт межведомственной работы Саратовской области по просвещению детей и подростков по единым комплексным обучающим программам может быть полезным в формировании Государственных программ просвещения детей и молодежи по формированию здорового образа жизни.

МЕТОДИКА РАСЧЕТА ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Александров А.Г., Иванян А.Н., Дубовой И.И., Бельская Г.Д., Новицкая И.А. (Смоленск)

С целью угрозометрических расчётов в медицине широко применяется метод неоднородного последовательного анализа Вальда. На первом этапе исследования определяется перечень факторов риска (ФР) и формируется шкала оценочных диапазонов. На втором этапе, путём анализа медицинской документации, вычисляется показатель осложнённого течения беременности и распределения ФР по формуле:

1.1 A1 = N(A1) / [N(A1)+N(A2)], где A1-показатель осложнённого течения беременности, N (A1)–число беременных с осложнениями, N(A2) – число беременных без осложнений. Показатель не осложненного течения беременности вычисляется по формуле:

1.2 A2 = 100 - A1, где A2-показатель не осложнённого течения беременности, A1 - показатель осложнённого течения беременности.

Априорная вероятность осложнений беременности: 1.3 P(A1/A2)=A1/A2

На третьем этапе оценивается количественное влияние фактора на показатель осложнений беременности по формуле Баеса для одномерных независимых признаков:

1.4 P(A1/y1)/P(A2/y1)=P(A1) x P(A1/y1) / P(A2) x P(A2/y1); где P(A1/y1)/P(A2/y1) – апостериорная вероятность осложненной беременности, при влиянии фактора y1, P(A1) - априорная вероятность осложнённой беременности, P(A2) - априорная вероятность не осложнённой беременности, P(A1/y1) - вероятность признака y, среди осложнённых беременностей, P(A2/y1) - вероятность признака y, среди не осложнённых беременностей.

Диагностический порог принятия решения, позволяющий отнести беременную к группе высокого риска, определяют по формуле:

2.1 A1=(1-α)/β; где A1 – состояние - 1 (осложнённая беременность), A2 – состояние - 2 (не осложнённая беременность), α - ошибка первого рода – отнесение осложнённой беременности к не осложнённой, β-ошибка второго рода - отнесение не осложнённой беременности к осложнённой. Допустимый уровень величины ошибки первого рода мы приняли за 1%, второго типа - за 7,5%. Диагностический порог состояния A1 (осложнённая беременность) составляет: A1 = (1-0,01) / 0,075 = 13,2;

Данные о количественном влиянии факторов, более удобно представить в виде диагностических коэффициентов (ДК).

2.2 ДК=10 lgP(A1/y1) / P(A2/y1), где P(A1/y1) / P(A2/y1) – апостериорная вероятность осложненной беременности, при влиянии фактора y1. ДК порога (A1)= 10 lg(1-α) / β = 10 lg (13,2) = 11,2 (таблица 2).

Таблица 2.
Диагностический порог для группы высокого риска

	Диагностический порог состояния A1
Ошибка типа α=1%, типа β=7,5%	11,20

При превышении суммой ДК диагностического порога состояния A1, беременную относят к категории высокого риска. Применение предлагаемых критериев для оценки риска осложнений беременности позволит улучшить результаты диагностики и лечения акушерской патологии и перинатальные исходы.

Таблица 1. Критерии оценки и диагностические коэффициенты для оценки индивидуального перинатального риска

	Факторы риска (ФР)	Диапазоны ФР	ДК
Паспортные данные	Возраст беременной, лет	< 28	-0,3
		29 – 34	4,0
		> 35	8,3
	Возраст отца ребёнка, лет	< 34	-0,5
		более 35	3,9
	ИМТ (исходный)	18,6 – 24,9	-0,5
		< 18,5; > 25,0	2,6
Данные анамнеза	Порядковый номер родов	1;2	-0,1
		>3	2,4
	Аборты до первых родов	0	-0,5
		1;2	2,8
		>3	4,1
	Интервал между беременностями	> 1года	-0,2
		< 1 года	2,4
	Аборты до настоящих родов	Нет	-0,5
		1;2	1,6
		>3	4,0
	Самопроизвольные выкидыши	Нет	-0,3
		>1	1,9
	Преждевременные роды	Нет	-0,1
		>1	6,0
	Перинатальные потери ребенка	Нет	0,0
		Есть	4,1
	Осложнения предыдущей беременности	Нет	-0,7
		Есть	3,6
	Возраст первой менструации, лет	12-16 лет	-0,1
		< 11, >17	1,0
	Дисменорея	Нет	-0,4
		Есть	1,2
	Патология шейки	Нет	-0,5
		Патология без лечения	1,2
	Воспалительные заболевания	Нет	-0,4
		Есть	2,1
	Опухоли и кисты яичников	Нет	-0,1
		Есть	1,9
	Бесплодие	Нет	-0,1
		Есть	3,8
	Операции на половых органах	Нет	-0,1
		Есть	2,8
	Миома матки, эндометриоз	Нет	-0,4
		Есть	5,1
Экстрагенитальная заболеваемость	Заболевания сердечно – сосудистой системы и системы крови (исключая анемию)	Нет	-0,5
		АГ	6,0
		пороки без НК	6,0
		Пороки с НК	10,0
		Варикоз вен вульвы	2,8
		НЦД	0,7
	Заболевания мочевыделительной системы	Нет	-0,3
		Хр. пиелонефрит	1,3
		Гломерулонефрит	10,0
	Заболевания ЖКТ	Нет	-0,5
		Язвенная болезнь	5,1
		Хр. гастрит	2,3
	Эндокринопатии	Нет	-0,7
		Диффузный зоб 2–3 ст.	6,2
		Узловой зоб	4,7
		Гипо, гипертиреоз	0,7
		Зоб Хашимото	7,6
Данные лабораторных и инструментальных методов исследования	Прибавка веса	< 12	-0,5
		>13	1,0
	Количество патологических прибавок после 28 недель	0;1	-1,3
		>2	0,2
	Урогенитальные инфекции	Нет	-0,6
		Есть	3,2
	Патология плаценты и околоплодных вод по данным сонографии	Нет	0,0
		Маловодие	1,9
		Многоводие	3,5
		Низкая плацентация	1,0
		Несоответствие толщины и степени зрелости сроку	2,0
	УЗИ и гормональный скрининг	Полный, вовремя	-0,2
		Полный, невовремя	0,3
		Неполный	1,8
	Отказ от обследования или госпитализации	Нет	-0,4
		Есть	1,2

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭКЛАМПСИИ

Алиева Р..Я. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Несмотря на прогресс медицины критических состояний, тяжелая эклампсия все еще потенциально смертельна и продолжают оставаться одной из основных причин материнской инвалидизации и смертности во всем мире, составляя 36-50% летальности (Sibai BM, Anderson GD. 1991, Chunfang Qiu, 2003). Удельный вес эклампсии возрос за последние 5 лет с 0.22 до 0.8% (Серов В.Н., Маркин С.А., и соавт., - М., 2002г). Сопоставимо сложно и предположение времени развития эклампсии. Проявление эклампсия часто происходит неожиданно, даже у пациенток с достаточно легким течением заболевания до этого (Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М.,1998г.). Умение прогнозировать эклампсию является самым трудным и важным вопросом, ибо, получив такую возможность, можно справиться с внезапностью ее наступления у женщин с гестозом, при этом выделение групп риска может насторожить врача.

Актуальность данной проблемы в Таджикистане определяется значительной частотой этой патологии и относительно высокой летальностью при ней. Вышеизложенное определило цель настоящего исследования: изучить медико-социальные аспекты эклампсии и разработать мероприятия по снижению этого осложнения. По специально разработанной карте нами проведен клинико-статистический анализ первичной медицинской документации 186 женщин, пренесших эклампсию за период 2000- 2004 гг.

Результаты исследований показали, что 60% случаев эклампсии были зарегистрированы во время беременности, 27% - в родах и 13% - послеродовом периоде. Материнские потери составили 3% (эклампсия в родах).

Анализ медицинской документации свидетельствовал, что в 47.8% случаев эклампсия произошла в осеннее - зимнее время, 38% - весеннее и 14.1% - летний период.

Результаты исследований показали, что среди женщин, перенесших эклампсию, увеличился удельный вес юных женщин (26.6% в возрасте до 19 лет), что объясняется изменением социально-экономических условий жизни населения. Установлено, что 59.8% пациенток были активного репродуктивного возраста (59%), и 13. 6% - позднего,

Основная часть пациенток были первородящими (60.3%) и 39.7% - повторно-и многорожавшими. Установлено, что 68.7% женщин, перенесших эклампсию, страдали экстрагенитальными заболеваниями, в структуре которых лидировала анемия (54.2%) и заболевания почек (20.7%). Каждая вторая перенесла вирусные (49%) и каждая десятая (12%) – детские инфекционные болезни.

Отягощенный акушерский анамнез установлен у 65.7% беременных и рожениц изучаемой группы: эклампсия в предыдущих родах произошла у 1.1%, гестоз легкой степени перенесли 2.7%, тяжелые роды и затяжные роды имели место у 16.8%, плодовые и перинатальные потери – 21.3% .

Из общего количества случаев эклампсий беременность закончилась срочными родами в 54. 9% случаев (срок гестации 37-41 неделя) и преждевременными (срок гестации от 28 до 36 недель) - 57.3%. Кесарево сечение произведено 67.9% женщин.

К сожалению, только 21.7% пациенток, у которых произошла эклампсия, были госпитализированы в стационар досрочно. Среди пациенток, у которых приступ эклампсии произошел во время беременности, дородовая госпитализация отсутствовала в 93.5% случаев, в родах – 76% и послеродовом периоде – 84.6%.

Большинство женщин поступило в родовспомогательные учреждения в тяжелом состоянии: с приступами эклампсии во время беременности поступили 53% женщин, в родах – 62.9%.

В стационарах приступ эклампсии произошел у каждой второй пациентки (47%), при этом во время беременности в 45.1%, в родах - 56% и послеродовом периоде - 69.2% случаев. Среди пациенток анализируемой группы с приступом эклампсии поступили 71% женщин, преэклампсией – 5%, гестозом легкой степени – 23%, при недиагностированном гестозе – 1%. Следует отметить, что почти каждая вторая пациентка (46%) поступила в конце недели (пятница, суббота, воскресенье) и во второй половине дня (49%).

Анализ перинатальных исходов показал, что каждый второй новорожденный (53.2%) имел массу при рождении ниже среднего. Мертворожденные составили 17.4% и ранняя неонатальная смертность – 19.6%.

Таким образом, эклампсия продолжает оставаться грозным осложнением беременности, она все еще потенциально смертельна. Проведенное исследование подтверждает мнения ученых, что в то время как эклампсия до сих пор не является полностью предотвращаемым состоянием, практически во всех случаях она должна быть управляема.

Предотвратить эклампсию и смерть матерей от этого осложнения возможно при условии высокого уровня развития акушерской помощи на всех уровнях родовспомогательных учреждений, квалификации кадров и санитарной культуры населения.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Андреева Л.П., Свинарев М.Ю., Софьин В.С., Джумагазиева Д.С. (Саратов)

Саратовская область расположена на юго–востоке Восточно-Европейской равнины в Нижнем Поволжье. На севере граничит с Самарской, Ульяновской и Пензенской областями, на западе - с Воронежской и Тамбовской областями, на юге – с Волгоградской областью и на востоке – с республикой Казахстан и Оренбургской областью.

На 1 января 2005 года численность детского населения (от 0-14 лет) области составила 393275 тыс человек. Младенческая смертность снизилась с 18 в 1999 году до 10,5 на 1000 родившихся в 2004 году. В структуре причин детской смертности 45% составляют состояния возникшие в перинатальмом периоде, 27% - врожденные аномалии.

Мониторинг врожденных пороков развития начат на территории Саратовской области с 1999 года. За период с 1999г по 2004 годы в Саратовской области мониторингом было охвачено 137144 новорожденных, среди которых выявлено 1942 ребенка с различными врожденными дефектами, что составило 1,4% . По данным Федерального мониторинга удельный вес ВПР составил 1,71%. (Демикова Н.С.)

Суммарная частота пороков развития, подлежащих учету (21нозоологическая форма) 15,4 на 1000 новорожденных.

Одной из задач мониторинга является наблюдение за частотой ВПР. Анализ частоты пороков отмечает положительный временной тренд. За 5 летний период не отмечено, каких – либо экстремальных экологических ситуаций, способствующих росту пороков. Однако мониторинг выявил тенденцию к увеличению рождения детей с пороками развития на территории области. Количество врожденных пороков развития за период с 1999 по 2004 год увеличилось в 1.5 раза.

Частота ВПР, подлежащих обязательной регистрации, за 5 лет составила: ВПС – 3,75: 1000, spina bifida - 0,5 :1000, гидроцефалия – 0,2: 1000, расщелина губы и неба – 0,92:1000, пороки мочевыделительной системы – 0,65 :1000, МВПР – 0,54 :1000, болезнь Дауна – 0,8:1000, врожденные пороки конечностей – 2,64:1000, диафрагмальная грыжа – 0,22: 1000, гастрошизис – 0,24:1000, Врожденные пороки бронхолегочной системы – 0,15:1000.

По сравнению с 1999 годом в 1,5 раза увеличилось количество детей с болезнью Дауна. Частота болезни Дауна среди новорожденных области составляет в среднем 1:825 новорожденных.

В Саратовской области частота ВПР выявленных в родильных домах значительно меньше, чем на 1 году жизни и составляет 48% . Наши данные согласуются с данными Н.П. Бочкова (1996г). Как пра-

вило, в родильных домах выявляются все дети с болезнью Дауна, диагностируется 80% атрезией пищевода, 80% диафрагмальных грыж, 100% расщелин губы и неба, 80% спинномозговых грыж. Пороки сердца выявляются в 32% случаев.

Таким образом, выполняется задача первого уровня мониторинга – определение популяционных частот на территории Саратовской области. Дальнейшая работа по мониторингу ВПР позволит отслеживать динамику частот ВПР с целью выявления новых тератогенов.

МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Андреева Л.П., Цымбал Д.Е., Анисимова С.В., Евстифеева Л.П., Софьин В.С., Джумагазиева Д.С. (Саратов)

Медико-генетическая служба в Саратовской области представлена областная медико-генетическая консультация, 18 лет функционирует на базе областной детской клинической больницы и оказывает медицинскую помощь населению Саратовской области численностью 2 643553 человек, с 22-23 000 рождений в год.

Структура медико-генетической консультации включает в себя четыре основных подразделения: консультативно-диагностическое отделение, цитогенетическую лабораторию, биохимическую лабораторию на НБО, а также лабораторию неонатального скрининга.

Созданная структура позволяет осуществлять основные задачи МГС: диагностику, диспансерное наблюдение и консультативный прием с хромосомными и генными заболеваниями, медико-генетическое консультирование больных и их родственников по вопросу прогноза потомства, проведение массовых обследований новорожденных в родильных домах области.

Клинико-диагностическое обследование проводится путем консультативных приемов больных врачами-генетиками, выездов в лечебные учреждения, массового обследования новорожденных в родильных домах.

Ежегодно в медико-генетической консультации консультируется от 3,5 - 4 тысяч первичных семей, в том числе 72,5% – по поводу прогноза потомства, 2/3 из которых составляют беременные женщины. Около 60% семей направляются врачами ЛПУ, среди них установленный диагноз имеют только 10% семей. Благодаря проводимой разъяснительной работе среди врачей и населения области в последние годы на 28% увеличился процент проспективного консультирования супружеских пар. Согласно регистра врожденных и наследственных заболеваний в области зарегистрировано около 200 нозоологических форм заболеваний.

Ежегодно врачами – цитогенетиками МКГ анализируется около 800 кариотипов, в 14-16% случаев устанавливается диагноз хромосомного заболевания.

В биохимической лаборатории на НБО проводится около 32 тыс селективный исследований в год на выявление наследственных болезней обмена. Таких как целиакия, заболевания соединительной ткани, нарушений аминокислотного обмена и др. Нередко, благодаря уникальным исследованиям проводимым в нашей лаборатории, удается поставить диагноз наследственного нарушения обмена еще до появления клинических проявлений.

С 1995 года в МГК начато массовое обследование новорожденных Саратовской области на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Процент охвата новорожденных скринингом составляет 97 –98%, это стало возможным благодаря тесному взаимодействию врачей МГК, неонатологов родильных домов и врачей детских поликлиник. За годы работы по скринингу выявлено 38 детей, страдающих фенилкетонурией (частота ФКУ в области в среднем составляет 1:5000) и 45 детей с врожденным гипотиреозом (частота 1:4200).

С 1999 года на территории Саратовской области внедрен мониторинг врожденных пороков развития. Это позволило обеспечить единый подход к слежению за частотой врожденных пороков развития у новорожденных области и войти Саратовской области составной частью Федерального генетического регистра. Мониторинг ВПР проводится в непрерывном текущем режиме, информация о ВПР получаемая по специальным извещениям из родильных домов, детских поликлиник, детских прозектур, вносится в региональный регистр, созданный на базе медико-генетической консультации.

За период с 1999г по 2004 годы в Саратовской области мониторингом было охвачено 137144 новорожденных, среди которых выявлено 1942 ребенка с различными врожденными дефектами, что составило 1,4% Суммарная частота пороков развития, подлежащих учету (21нозоологическая форма) 15,4 на 1000 новорожденных.

Пренатальная диагностика, проводимая в МГК включает двойной тест: исследование материнских сывороточных маркеров альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадоторопина (ХГЧ). В 2004 года внедрено исследование маркерных белков первого триместра (РАРА и бета -ХГЧ). С каждым годом отмечается рост исследований материнских сывороточных маркеров с 20% в 1995г до 66% в 2004г.

Перспектива дальнейшего развития и совершенствования деятельности медико-генетической службы связана в первую очередь с внедрением с 2005 года в практику методов пренатальной диагностики пороков развития. С января 2006 года планируется открытие на базе МГК лаборатории молекулярной генетики, что позволит проводить ДНК диагностику моногенных заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ В РЕГИОНЕ

Антимонова М.Ю., Вдовенко С.А., Пономарев В.А. (Самара)

Главным показателем эффективности работы акушерско-гинекологической службы являются репродуктивные потери. Анализ реализации репродуктивной функции в 2004 г. показывает, что 52% беременностей заканчиваются родами, 45,4% - абортами, 0,7% беременностей прерываются в сроке 22-27 недель; 1,9% составляет внематочная беременность. Впервые за последние 15 лет удельный вес родов составил более 50% .

Одной из составляющих репродуктивных потерь является материнская смертность. В 2004 году от осложнений беременности, родов и послеродового периода умерло 6 женщин, что составило 18,4 на 100000 родившихся живыми детей (2003 г. – 12,6). Российский показатель в 2003 г. составил 31,9. Однако, по данным ВОЗ, статистически достоверным показатель материнской смертности является в территориях с населением более 5 млн. человек или при количестве родов более 50000. В связи с этим для определения тенденции целесообразно укрупнить интервалы – по 2 года.

Как видно на диаграмме, имеется отчетливо выраженная тенденция к снижению показателя материнской смертности. Только один случай был признан условно предотвратимым, остальные – непредотвратимы. Данный показатель определяется как здоровьем беременных женщин, так и качеством организации оказания медицинской помощи во время беременности и родов. Некоторые показатели приведены в таблице 1.

Таблица 1.
Некоторые показатели репродуктивного здоровья населения Самарской области за 2002- 2004 гг.

Показатели	2002 г.	2003 г.	2004 г.	РФ, 2003 г.
Нормальные роды,%	37,1	46,1	51,5	32,2
Осложнения родов, на 10000				
Кровотечения в последовом и послеродовом периоде	100,3	96,5	88,4	177,6
Аномалии родовой деятельности	774,4	690,5	767,2	1248
Разрыв матки	0,3	0,9	0,3	1,6
Сепсис	7,7	7,2	8,6	12,9
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	83,6	81,2	80,1	107,4
Преэклампсия, эклампсия	18,0	16,9	14,1	414

Как видно из таблицы, частота основных осложнений родов значительно ниже, чем в России, и имеет тенденцию к снижению. Все это приводит к тому, что репродуктивные потери также ниже среднероссийского уровня.

В 2004 г. удалось добиться самого низкого за всю историю Самарской области показателя перинатальной смертности, который составил 7,6 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (РФ в 2003 г. – 11,27).

При анализе показателя перинатальной смертности необходимо обратить внимание на его структуру. Достижение низкого показателя стало возможным за счет снижения мертворождаемости с 5,2 в 2003 г. до 4,7 в 2004 г., что связано с внедрением эффективных технологий диагностики состояния фетоплацентарного комплекса. Однако основное снижение достигнуто за счет значительного – с 4,0 до 2,8% о – снижения уровня ранней неонатальной смертности. Проводимая в течение последних лет работа, направленная на догестационную подготовку, внедрение протокола пренатальной диагностики, принципов эффективной перинатальной помощи позволила снизить число детей, умерших в раннем возрасте от врожденных пороков развития, родовых травм, респираторного дистресс-синдрома, внутриутробной инфекции.

В то же время, благодаря проводимой работе по догестационной подготовке женщин в системе АТПК (ею в 2004 г. было охвачено 37,1% беременных), наметилась отчетливая тенденция к снижению распространенности заболеваний у беременных.

Большая работа проводится по профилактике абортов, их распространенность составила в 2004 г. 32,7 на 1000 женщин фертильного возраста. Соотношение абортов к родам составило 0,9. Принятые меры по активизации работы по планированию семьи в связи со значительным сокращением социальных показаний привели к повышению охвата женщин фертильного возраста современными методами контрацепции с 45,7 до 48,5% .

Исходя из вышеизложенного, была сформирована концепция дальнейшего развития акушерско-гинекологической службы. Основным направлением ее стало снижение репродуктивных потерь. Финансирование приоритетных направлений службы осуществляется из бюджета области по целевой подпрограмме «Безопасное материнство».

Согласно вышеназванной концепции пересмотрены ориентиры планирования и финансирования с акцентом на вложение основных ресурсов в развитие современных акушерских и перинатальных технологий, развитие генетической службы, реанимационной помощи, стационарозамещающих технологий, развитие детской и подростковой гинекологии. Концепция предполагает дальнейшее развитие службы планирования семьи с разработкой новых функциональных обязанностей, направленных на реабилитацию нарушенной репродуктивной функции в семье и догестационную подготовку супружеской пары.

Снижение репродуктивных потерь стало возможным благодаря внедрению современных медико-организационных технологий. Внедрение семейно-ориентированных форм работы (создание сети учреждений социальной помощи семье и детям, службы планирования семьи, адаптация принципов эффективной перинатальной помощи, развитие движения «Больница доброжелательного отношения к ребенку», переход к работе по принципу общеврачебной (семейной) практики) позволило организовать медико-социальное сопровождение семьи на разных этапах реализации ею фертильной функции.

Большую роль в повышении эффективности работы службы играет управление качеством. В этом направлении нами разработаны медико-экономические критерии для стационаров, клинико-организационные руководства для наиболее значимых нозологий. Впервые был подготовлен приказы, утвердивший первые 13 протоколов работы акушерско-гинекологической службы. Внедрение протокола пренатальной диагностики позволило отказаться от исследований, доказавших свою неэффективность, что позволило сэкономить в масштабах области около 20 млн. рублей.

Таким образом, реализация разработанной нами концепции стратегического развития территориальной службы охраны материнства и детства оказывает реальное воздействие на состояние здоровья женщин и детей, способствует улучшению демографической ситуации и уменьшению репродуктивных потерь.

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Антимонова М.Ю., Вдовенко С.А., Каткова Л.И., Линёва О.И., Сапрыкина А.Г. (Самара)

В Самарской области осуществляется комплексный межведомственный подход к реализации семейной политики. Учитывая негативные тенденции в развитии демографических процессов, одним из приоритетных направлений региональной семейной политики стала охрана репродуктивного здоровья семьи.

Комплексный подход в системе охраны репродуктивного здоровья создал условия для непрерывного медико-социального сопровождения семьи на разных этапах реализации ею фертильной функции. Для более детализированного описания нашей системы мы выделяем два направления: собственно медицинское и медико-социальное.

Медицинское сопровождение осуществляется сетью лечебных учреждений: почти 160 женских консультаций, кабинетов и стационарных отделений акушерско-гинекологического профиля, Центр охраны репродуктивного здоровья подростков, Центры планирования семьи и репродукции г. Самары и г. Тольятти, Центры медицинской профилактики, кабинеты профилактической работы при женских консультациях, Перинатальный центр при Самарской областной клинической больнице. Активно развиваются частные учреждения акушерско-гинекологического профиля – ОАО ИДК (Инкубатор доктора Карнауха), хозрасчётный экспериментальный родильный дом г. Тольятти, частный родильный дом ООО «Близнецы-2000» и т.д. Всего на территории Самарской области зарегистрировано 50 частных клиник, оказывающих услуги по специальности «акушерство и гинекология», из них 10 оказывают как амбулаторно-поликлиническую, так и стационарную помощь.

Центры планирования семьи и ИДК оказывают высокотехнологичные виды вспомогательных репродуктивных технологий. Организационно-методическим координатором оказания всей акушерско-гинекологической помощи населению является областной Перинатальный центр.

Первичное звено в системе здравоохранения представлено акушерско-педиатрическо-терапевтическими комплексами (АТПК), которые существуют, как правило, функционально, при каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении. Основные задачи АТПК - непрерывное медицинское сопровождение женщин фертильного возраста и детей, начиная с внутриутробного периода, индивидуальный подход при решении вопросов охраны здоровья женщины до, во время и после беременности, в зависимости от состояния здоровья, некоторых социальных факторов и т.д. В настоящее время в ряде территорий области (в большей степени в сельских районах) осуществляется планомерный переход к системе наблюдения всех членов семьи врачом общей практики (Более 600 ВОП работают в Самарской области, к 2010 году будет подготовлено ещё 800 врачей).

Медико-социальное сопровождение реализуют учреждения службы охраны семьи, материнства и детства: 48 территориальных центров медико-социальной помощи семье и детям «Семья», 29 центров социальной реабилитации несовершеннолетних, 11 центров психолого-медико-педагогической диагностики и коррекции развития детей, 16 центров медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями, 10 центров реабилитации наркозависимых, реадаптационный стационар для женщин и детей, подвергшихся насилию, 4 социальных гостиницы для женщин с детьми, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Первичным звеном в системе учреждений социального обслуживания семьи и детей являются центры «Семья», которые имеются в каждом районе городском и сельском. Деятельность центров строится по принципу социальной поликлиники. Основные зада-

чи центров «Семья» - организация выявления потребностей семей группы социального риска, реадаптация неблагополучных семей, профилактика таких проявлений детской безнадзорности, как алкоголизм, наркомания, нежеланная беременность и социальное сиротство. В центрах функционируют кабинеты планирования семьи, отделения профилактики наркоманий.

Взаимодействие разных ветвей единой системы охраны репродуктивного здоровья семьи осуществляется на основании нормативных актов и методических рекомендаций регионального уровня.

Объектами межведомственного медико-социального сопровождения являются семьи с детьми, женщины и дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию или социально-опасное положение: социально дезадаптированные семьи с детьми (малообеспеченные, безработные, страдающие алкоголизмом, наркоманией родители, женщины и дети, занимающиеся проституцией, безнадзорные дети и т.д.); несовершеннолетние беременные и родители; подростки, имеющие в анамнезе аборты, ИППП; семьи, в которых имеются факты жестокого и пренебрежительного отношения к женщинам и детям; женщины и дети, имеющие в анамнезе попытки самоубийства; женщины, прерывающие беременность по социальным и медицинским показаниям и их семьи; семьи, в которых имеются случаи материнской или детской (в т.ч. младенческой) смертности; женщины и семьи, отказывающиеся от детей, лишённые родительских прав; семьи, воспитывающие детей-инвалидов, родители-инвалиды.

Алгоритм взаимодействия при выявлении женщины, попавшей в трудную жизненную ситуацию или социально-опасное положение в Самарской области представлен ниже.

I. Выявление проблемы	1. Медицинский работник 2. Педагог 3. Сотрудник РОВД 4. Социальный работник 5. Представители местной администрации, общественных организаций 6. Сотрудник территориального центра «Семья»
II. Передача первичной информации в территориальный центр «Семья»	1. По телефону 2. Письменное уведомление 3. Личное обращение
III. Сбор социального и медицинского анамнеза (сотрудники центров «Семья», ЛПУ)	- посещение семьи - опрос соседей, свидетелей - уточнение социального статуса семьи, женщины - проведение медицинского обследования - принятие решения о месте реабилитации женщины (остаётся в семье, направляется в ЛПУ, в кризисный стационар и т.д.)
IV. Разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации с поэтапной оценкой эффективности (ЛПУ, центр «Семья»)	

Данная система существует уже более 10 лет и доказала свою эффективность. За это время произошло качественное улучшение целого ряда показателей:

- охват современными средствами контрацепции вырос на 12,7%;
- число абортов на 1000 женщин фертильного возраста уменьшилось в 2 раза;
- исло криминальных вмешательств – уменьшилось в 10 раз;
- процент родов среди детей – снизился в 1,5 раза.

ВОПРОСЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В РФ

Баранов И.И., Садовникова В.Н., Примак Д.В. (Москва)

К настоящему времени в РФ официально зарегистрированы около 100 тысяч ВИЧ-инфицированных женщин. Количество беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин неравномерно увеличивалось с 1434 случаев в 2000 году, до 5092 – в 2001, 8751 – в 2002, 9209 в 2003 году, а количество родов – с 661 до 1941, 4511 и 5823 соответственно. Удельный вес серопозитивных к ВИЧ женщин, завершивших беременность абортами, менялся от 54% в 2000 году до 62% в 2001, 48% в 2002 и 37% в 2003 году. Количество беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин за 4 года увеличилось в 6,4 раза, в то время как рост числа абортов составил 4,4 раза. При этом количество родов выросло в 8,8 раза, а у девочек-подростков – в 21,7 раза.

Мероприятия по предупреждению нежелательных беременностей и планированию семьи у ВИЧ-инфицированных женщин в комплексе мер борьбы по распространению ВИЧ-инфекции являются особенно важными.

Наблюдается тенденция к росту числа ВИЧ-инфицированных беременных, знавших о своем положительном ВИЧ-статусе до наступления настоящей беременности, что может свидетельствовать об осознанном репродуктивном выборе у инфицированных женщин, в связи с появившейся возможностью проведения профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ. Это подтверждается также тем фактом, что показатель абортов на 100 родившихся живыми у ВИЧ-инфицированных женщин в 2003 году был почти в 2 раза меньше числа абортов в общей популяции, и составил 62,8 против 115,9.

Соотношение родов и абортов у ВИЧ-инфицированных в 2004 году составило 1:0,6 (в 2003году – 1:0,7), в то время как в общей популяции в РФ соотношение родов и абортов 1:1,3.

Относительно невысокий удельный вес абортов у ВИЧ-инфицированных можно объяснить двумя причинами. Во-первых, высокой частотой сопутствующих инфекций, передающихся половым путем, воспалительных заболеваний женских половых органов и следовательно, бесплодия. Во-вторых, активно проводимой работой по профилактике нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных.

Основанием для прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке беременности свыше 12 недель является приказ Минздрава России от 28.12.93 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». Согласно этому документу наличие ВИЧ-инфекции у беременной женщины является основанием для прерывания беременности по медицинским показаниями при сроке беременности свыше 12 недель. В приказе подчеркнуто, что искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщины.

Однако, по данным анкетирования, проведенного в 2003 году, 82% акушеров-гинекологов рекомендовали бы прервать беременность женщине в случае выявления у нее ВИЧ инфекции. В то же время необходимо отметить, что 72% врачей признали право женщины сделать собственный выбор в пользу сохранения или прерывания беременности в случае выявления у нее ВИЧ-инфекции.

Представляет интерес структура абортов (по сроку прерывания) у ВИЧ-инфицированных. По нашим данным в РФ в сроке до 12 недель беременность прервали 72% женщин, в сроке 12-22 недели – 19% женщин, в сроке 22-27 недель – 9% ВИЧ-инфицированных женщин. Следовательно, структура абортов у ВИЧ-инфицированных существенно отличается от общепопуляционной. Во втором триместре беременность у ВИЧ-инфицированных прервана (искусственно или самопроизвольно) в четыре раза чаще, в том числе после 22 недель – в шесть раз чаще, чем у ВИЧ-отрицательных женщин.

У женщин, которым по медицинским показаниям произведено прерывание беременности в сроки 22-27 недель, наличие ВИЧ-инфекции выявлено двумя неделями ранее. Следовательно, причиной такого репродуктивного выбора для этих женщин явилась ВИЧ-инфекция.

Крайне высокий удельный вес (28%) абортов во втором триместре напрямую связан с запоздалой диагностикой ВИЧ, что требует поиска путей решения проблемы обследования женщин так называемых групп повышенного риска.

Таким образом, несмотря на наметившиеся позитивные тенденции в реализации программ по предупреждению нежелательных беременностей и планированию семьи у ВИЧ инфицированных в РФ, остается множество нерешенных вопросов, требующих комплексного подхода на всех уровнях оказания помощи ВИЧ-положительным женщинам.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Башкирова Д.Ш. (Казань)

В России практически отсутствует эффективная и всеобъемлющая система мер по профилактике нарушений репродуктивной сферы у девочек-подростков в крупном промышленном городе, а организационные меры по улучшению подростковой службы решаются в отрыве от всестороннего анализа социально-гигиенических, медико-биологических и других факторов. С учетом этого нами предложена программа медико-социального мониторинга патологии репродуктивной сферы у девочек-подростков, который включает:

1. Изучение распространенности патологии репродуктивной сферы у девочек-подростков в зависимости от возраста, образа жизни, социальных и бытовых условий и уровня интеллектуальной нагрузки.

2. Подбор и формирование групп факторов и оценка их влияния на формирование репродуктивной системы у девочек.

3. Определение силы и степени влияния факторов и оценка их влияния на формирование патологии репродуктивной системы у девочек-подростков.

4. Исследование социально-гигиенических факторов участвующих в формировании нарушений репродуктивной сферы у девочек.

5. Изучение влияния медико-биологических факторов на формирование нарушений репродуктивной системы у девочек.

6. Выявление недостатков медицинского обслуживания, оказывающих влияние на формирование гинекологической заболеваемости.

7. Медико-социальная коррекция наиболее значимых факторов риска с целью профилактики и этиотропного лечения гинекологической патологии девочек-подростков.

8. Мониторинг, как метод прогнозирования риска заболеваемости репродуктивной системы девочек-подростков по комплексу факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на развитие гинекологической заболеваемости.

Нами были обследованы 672 девочки - в возрасте 12; 14 и 16 лет, обучающиеся в средних школах г. Казани. Проведенный одновременно с клинико-лабораторным исследованием опрос позволил наиболее значимые для возникновения гинекологической патологии у девочек-подростков медико-биологические и социально-гигиенические факторы риска, распределить их в иерархическом порядке и составить прогностическую матрицу комплексной оценки риска возникновения нарушений репродуктивного здоровья девочек-подростков по различным нозологическим формам.

Степень риска и характер прогноза определялась суммированием прогностических коэффициентов исходя, из характера прогноза определялась потребность в диспансерном наблюдении, разработка мероприятий по устранению неблагоприятно влияющих социально-гигиенических и медико-биологических факторов данной обследуемой, а в дальнейшем при планировании мер профилактики гинекологических заболеваний у девочек подростков.

Проводимая в основной группе на протяжении 2-х лет медико-социальная профилактика гинекологических заболеваний позволила достоверно снизить ее уровень по сравнению с контрольной группой на 32,4%, что свидетельствует о высокой эффективности и этиотропности принятых мер (таблица 2).

Таблица 2

Эффективность медико-социальной профилактики гинекологических заболеваний у девочек-подростков в течение 2 лет (г. Казань, 2001 – 2003 гг.)

Гинекологические заболевания	Число лиц, имеющих гинекологические заболевания до начала наблюдения		Число лиц, имеющих гинекологические заболевания к концу срока наблюдения		Эффективность медико-социальной профилактики в основной группе,% (p<0,001)
	группа		Группа		
	Контрольная	Основная	Контрольная	Основная	
Альгодисменорея	56	89	56	65	27,0
Нарушения менструальной функции	22	29	19	16	43,4
Воспалительные заболевания	9	20	8	15	25,0
Опухоли и кисты	9	10	7	3	30,0
Врожденные пороки развития	4	2	4	2	-
Другие	-	1	-	1	-
Всего	100 100%	151 100%	94 94%	102 67,5%	32,5

Однако эффективность медико-социальной профилактики проявилась неодинаково она существенно зависела от форм гинекологических заболеваний. Так, например, за два года частота альгодисменореи снизилась на 27,0%, нарушение менструальной функции на 43,4%, воспалительных заболеваний на 25%, что свидетельствует о необходимости дальнейшей разработки комплексного подхода к профилактике и лечению данной патологии.

Кроме того, помимо непосредственного эффекта, профилактика гинекологических заболеваний имеет отсроченный эффект, а именно: снижение частоты воспалительных заболеваний, бесплодия, невынашивания и осложнений беременности у них по достижению возраста репродуктивной активности, что имеет не только высокую экономическую, но и социальную значимость.

На основании изложенных выше данных нами была разработана и предложена модель управления профилактикой нарушений формирования и заболеваний репродуктивной системы у девочек-подростков. На протяжении трех лет проводился мониторинг распространенности данной патологии и оценки влияния на него среды и образа жизни, ведущих к ее появлению. Эффективность достигнутых результатов дает нам право рекомендовать следующие меры для их реализации в органах практического здравоохранения.

Для раннего выявления и определения степени риска возникновения гинекологических заболеваний у девочек-подростков следует широко применять разработанные нами прогностические таблицы с индивидуальным определением риска возникновения заболеваний репродуктивной сферы. Для этой цели необходимо составлять план профилактических мероприятий с учетом всех факторов риска.

Кроме того, результаты апробации предложенной нами скрининговой программы гинекологических осмотров в средней школе определяют следующие рекомендации для органов управления здравоохранения и городских отделов народного образования:

проводить гинекологическое обследование в условиях поликлиник и женских консультаций, а не неприспособленных для этого школьных медицинских кабинетах;

проводить анкетирование обследуемого контингента девочек для сбора наибольшего количества информации;

ввести УЗИ как скрининговое исследование для диагностики патологии репродуктивной сферы;

расширить санитарно-просветительскую работу среди девочек-подростков, ввести обязательный курс лекций по физиологии, патологии и профилактике нарушений репродуктивной системы для девочек-подростков и их родителей с целью проведения медико-социальной профилактики;

выделить государственную дотацию на дополнительное питание девочек-подростков, при этом службе медико-социальной

защиты следует обеспечить контроль за их расходованием;

проводить постоянный мониторинг распространенности гинекологических заболеваний девочек-подростков и влияние на нее различных факторов риска с целью раннего прогнозирования репродуктивного потенциала популяции.

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЦЕНТРАЛЬНОМ РАЙОНЕ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Бондаренко К.Р., Фролов А.Л., Валеева Х.Г., Шабалова Н.А., Гараева Л.Н., Хаматьянов У.Р., Мавзютов А.Р. (Уфа)

В последние годы повсеместно наметились стойкие негативные тенденции по медико-демографической ситуации [Фролова О.Г., Токова З.З., 2005]. Помимо демографического кризиса проблему будущего страны усугубляют отклонения соматического, психического и гинекологического здоровья детей и подростков, поскольку именно данный контингент населения представляет ближайший репродуктивный резерв общества [Уварова Е. В., 2003]. Безусловно, своевременное и гармоничное развитие девушки-подростка является, в большинстве случаев, залогом полноценного репродуктивного здоровья женщины детородного возраста. Подростковый возраст, к которому по рекомендациям экспертов ВОЗ относят лиц от 11 до 17 лет, является одним из критических периодов постнатального развития женского организма, поскольку незавершенность морфофункционального развития репродуктивной системы обусловливает повышенную ее чувствительность, как к действию внутренних раздражителей, так и к неблагоприятным факторам окружающей среды [Саидова Р.А.,1999; Гуркин Ю.А.,2000]. Поэтому в условиях крупного промышленного центра вопрос о благополучии "репродуктивного потенциала" наиболее актуален, поскольку урбанизация, ухудшение экологической обстановки обусловливают "эколого-генеративный диссонанс", характеризующийся нарушениями функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, возникающими вследствие техногенного преобразования среды [Серов В.Н., Кожин А.А.,1988]. Изменения качественных и количественных показателей атмосферного воздуха, почвы, питьевой воды в пределах города могут в известной степени оказывать отрицательное воздействие на процесс становления репродуктивной системы, на резистентность макроорганизма к инфекционным агентам, состояние местного иммунитета [Коколина В.Ф.,2003]. Кроме того, информационная перегрузка, высокая интенсивность и психоэмоциональное напряжение жизни девушек, проживающих в городской среде, привели к возрастанию обусловленной стрессами гинекологической патологии [Шевчик Н.В. и соавт., 2002]. Отмечают, что в 2002 году в РФ гинекологическая заболеваемость девушек-подростков (по профилактическим осмотрам) составила 114о/оо [Фролова О.Г., Токова З.З., 2005].

В этой связи нами был проведен анализ структуры гинекологической заболеваемости девочек-подростков, проживающих в одном из районов крупного промышленного центра, за 2002-2004 годы по данным профилактических осмотров и по результатам обращаемости в гинекологический кабинет детской поликлиники. Необходимо отметить, что численность и возрастная структура исследуемого контингента за обозначенный период времени существенно не менялась. Девочки 11-17 лет в 2002-04 гг. составляли 25% от числа детей и подростков обоих полов, населяющих указанный район города. В 2002, 2003 и 2004 годах подростковое население было охвачено профилактическими гинекологическими осмотрами на 39, 64 и 90% соответственно, что может свидетельствовать о существенном улучшении организации специализированной гинекологической помощи девушкам-подросткам на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Гинекологическая заболеваемость девушек 11-17 лет за период 2002-2004 составила соответственно 70о/оо, 90о/оо и 116о/оо, а среди подростков 15-17 лет – 65, 79 и 111 больных на 1000 осмотренных. Кроме того, было отмечено возрастное увеличение гинекологической заболеваемости в группе подростков 15-17 лет по сравнению с девочками младше 10 лет на протяжении 2002-04 гг., что согласуется с общероссийскими тенденциями гинекологической патологии в популяции подростков [Уварова Е.В., 2003].

В структуре выявленных гинекологических заболеваний на первом месте - нарушения менструального цикла по типу гипер- и гипоменструального синдрома с незначительным преобладанием удельной доли последнего, причем за рассматриваемый отрезок времени рост частоты случаев нарушений ритма менструаций имеет не только относительный (22% - в 2002 году, 31% – в 2003 году, 41% - в 2004 году от общего количества зарегистрированных по профилактическим осмотрам заболеваний), но и абсолютный характер (64 – в 2002 году, 144 – в 2003 году, 230 – в 2004 году). Возможно, указанное связано с тем, что территория проживания обследованных относится к йододефицитным [Степанова Е.М., Моругова Т.В., 2005]. Кроме того, у жителей города с развитой химической промышленностью отмечают изменения тиреоидного статуса, характеризующиеся недостаточностью основных тиреоидных гормонов [Гильманов А.Ж., 2001]. Так как патологические изменения в функционировании щитовидной железы в большинстве случаев вызывают отклонения формирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, проявляющихся в расстройстве ритма менструаций [Безлепкина О.Б., 1994, Стекольщикова О.И.,2001], то показанное может рассматриваться, как одна из причин доминирования нарушений менструального цикла над другими нозологическими формами. Удельный вес дисменореи в структуре гинекологической патологии подростков существенно не изменился за изучаемый период и составил 25-30%. Распространенность дисменореи среди девушек 15-17 лет составила 0,02о/оо, что соответствует литературным данным [Гуркин Ю.А., 2000]. На долю воспалительных заболеваний органов малого таза в 2002 приходилось 8% от общего числа выявленных гинекологических заболеваний, в 2003 году данный показатель увеличился до 19% в, а к 2004 году составил 8%, причем данная патология встречалась в 2,5-3 раза чаще у подростков 15-17 лет по сравнению с девочками 11-14 лет

За период с 2002 по 2004 года обращаемость девушек 15-17 лет в гинекологический кабинет возрасла почти в 2 раза, что связано с ростом гинекологической патологии в популяции подростков. Анализ данных выявил тенденцию к увеличению числа пациенток, желающих получить консультативную помощь по мерам профилактики ИППП, по предупреждению нежелательной беременности, что в определенной мере свидетельствует как о росте ранней сексуальной активности, так и о повышении культуры подросткового контингента в вопросах сексуальных отношений. Установлено, что из 1000 девушек 15-17 лет, обратившихся в гинекологический кабинет детской поликлиники в 2002 году, гинекологическая патология была выявлена у 127 подростков, в 2003 году – у 190 и в 2004 году – у 110. Девушки 11-17 лет преимущественно жаловались на нарушения менструального цикла, причем в 56-59% случаев преобладали задержки менструаций, что соответствует данным профилактических осмотров. Относительно дисменореи отмечалось увеличение удельного веса частоты последней по обращаемости в структуре выявленных заболеваний с 13% в 2002 году до 20% в 2004 году, тогда как при профилактических осмотрах этот показатель не отличался. Воспалительные заболевания органов малого таза среди подростков были отмечены в среднем у 6% больных подростков 11-17 лет, обратившихся за помощью в гинекологический кабинет.

Таким образом, в связи с большой медико-социальной значимостью здоровья подростков для здоровья нации и показанными негативными тенденциями необходимо более детальное изучение распространенности и структуры нарушений репродуктивной системы этой категории населения для повышения эффективности профилактических и лечебных мероприятий на всех этапах оказания специализированной гинекологической помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УЧЕТА И АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Буданов П.В., Баев О.Р., Асланов А.Г., Рыбин М.В., Лебедев В.А. (Москва)

Основным вариантом индивидуального носителя медицинской информации гражданина в России на сегодняшний день является «История болезни». Традиционная «История болезни» – бумажный документ, который имеет негативные стороны, вызванные человеческим фактором, – от неразборчивого почерка, до ошибок по невнимательности или по халатности. «История болезни», кроме текстов наблюдений, обследований, диагнозов, содержит в виде приложений графическую информацию, которая зачастую хранится отдельно от истории болезни: снимки УЗИ, гистологических препаратов, компьютерные томограммы, электрокардиограммы, изображения препаратов периферической крови, костного мозга, графики температуры и т.п.

К недостаткам традиционной «Истории болезни» можно отнести: объемность документа; низкая оперативность доступа к информации; низкое качество ввода-вывода информации; человеческий фактор; доступность документа для посторонних с целью подделки, фальсификации с корыстными целями, с целью шантажа и других неблаговидных поступков; низкая эксплуатационная надежность физического хранения информации – боится как влажной, так и сухой среды (хранится, как правило, в стационарном лечебном учреждении или у пациента в домашних условиях); повышенная вероятность потерь и искажений информации в результате сканирования данных «Истории болезни» и ее передачи по каналам связи. Здесь следует учитывать низкое качество российских телекоммуникаций, а зачастую и полное их отсутствие.

Очевидно, что традиционная «История болезни» не может использоваться в телемедицине, когда консультантам оперативно требуется достоверная и полная информация о пациенте. Кроме того, даже в практической работе крупных медицинских учреждений использование только традиционной «Истории болезни» на современном уровне малоэффективно.

Все большее количество фирм-производителей медицинского диагностического оборудования поставляет свои устройства с уже встроенными программами для создания архивов, анализа информации и подготовке ее для передачи по компьютерным сетям. В сложных диагностических приборах (томографы, ультразвуковые сканеры) используются полноценные мультимедийные компьютеры, сразу встраиваемые в оборудование.

Для достижения оптимальной функциональности в работе с «Электронной историей болезни» подобные автоматизированные медицинские информационные системы должны включать возможность: ввода данных первичного и динамического наблюдения за пациентом; регистрацию основных клинических показателей и представление ее в текстовом и графическом вариантах; автоматическое занесение результатов лабораторных исследований в индивидуальный массив данных о пациенте, также с различными способами представления информации и проведением анализа; регистрация данных дополнительных исследований, включая возможность использования графической информации; регистрация результатов морфологических исследований; создание схем обследования и лечения; статистическую и административную обработку материала.

Для повышения удобства работы с автоматическими системами регистрации медицинской информации их дополняют встроенными прикладными программами (текстовые редакторы, калькулятор, справочники, в том числе – справочники по внутренней информации, почтовый клиент, Интернет-броузер). Дополнительные функции позволяют автоматически создавать выписки, компоновать результаты исследований, распечатывать полученные данные на бумаге, проводить ретроспективные исследования, более полноценно анализировать статистические показатели.

Персонифицированные медицинские архивы позволяют наблюдать и анализировать патоморфоз различных нозологических форм и оценивать эффективность проведенного лечения, то есть, возможно создание нозологической модели пациента.

На кафедре акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета ММА имени И.М. Сеченова накоплен сравнительный опыт работы с традиционной и электронной историей болезни. Одной из клинических баз кафедры является ГКБ №7 г. Москвы. В течение последних 5 лет происходит активное формирование общебольничной компьютерной сети с использованием универсальных и специализироанных инструментов для локальной и удаленной работы специалистов с медицинской информацией. На сегодняшний день основой программного обеспечения поддержки единой информационной среды больницы является Клиническая информационная система «Орбита», версии 3.2.3, сборки 23, разработанная ООО «Кламп», г.Москва.

КИС «Орбита» включает электронную историю болезни с возможностью индивидуализированных вариантов ввода текстовой информации, данные о всех госпитализациях пациента, паспортные данные (ФИО, адрес, полис ОМС и т.д.), клинические данные (дата поступления и выписки из ЛПУ; диагнозы – основной, сопутствующий, осложнения с указанием их кодов по МКБ-10 и медико-экономических стандартов; вид; исход и результат лечения), лабораторные данные (тест, субстрат, объект, метод исследования, результат, время назначения и время выполнения), данные лучевой диагностики (цифровые изображения и протокол описания), протоколы лечения (с указанием конкретных препаратов, дозы, кратности и пути их введения), операции (дата операции, время начала и окончания, название, протокол, величина кровопотери, вид обезболивания), движение по отделениям ЛПУ (дата поступления и выбытия из конкретного отделения, цель поступления и результат, проведенного лечения), морфологические исследования. Кроме того, система имеет встроенные инструменты для автоматического формирования выписок, подборок результатов исследований, наблюдения. Использованная система содержит интегрированные справочники (МКБ-10, терапевтический, фармакологический справочник), возможность обмены сообщениями по сети, подключение к Интернету. Дополнительные программные инструменты позволяют автоматически проводить статистическую обработку данных научных исследований с указанием характера распределения, достоверности различий.

Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета ММА имени И.М. Сеченова была проведена оценка эффективности использования КИС «Орбита» в составе научных исследований. В качестве легко оцениваемого и доступного критерия были выбраны показатели ретроспективного анализа различных групп женщин, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №7. В ходе исследования было проведено сравнение результатов скорости поиска и объединения информации в группах больных за 1995-200 годы и 2001-2005 годы. В результате исследования показано, что затраты времени при проведении ретроспективного анализа с помощью компьютерной информационной системы меньше по сравнению с традиционной работой в архиве в 22 раза. При этом уменьшается не только количество часов рабочего времени, но и число задействованных людей.

В перспективе можно предположить, что многофункциональные системы учета и анализа медицинской информации позволят решить следующие задачи: ускорить процесс анализа эффективности проводимого лечения; оценить зависимость исходов и результатов лечения от выраженности клинических проявлений отдельных нозологических форм; сохранять данные спустя длительное время (десятки лет) после клинического события, повысить эффективность научных разработок.

Следует отметить широкие возможности информационных систем в преподавании клинических дисциплин, позволяющих объединять и наглядно демонстрировать имеющуюся информацию.

В области телемедицины использование электронной истории болезни обеспечивает удобный и надежный метод оперативного изучения медицинских данных пациента.

Таким образом, использование электронной истории болезни в составе комплексных систем регистрации и анализа медицинских и статистических данных позволяет повысить эффективность научных разработок, качество оказания медицинской помощи, а в перспективе – служить основой для широкого внедрения телемедицинских технологий.

УПРАВЛЯЕМЫЕ ФАКТОРЫ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Буштырева И.О., Лебеденко Е.Ю., Курочка М.П., Заяц С.С., Лаура Н.Б., Кульбаева И.А., Егорян Д.С., Выгонская Т.В., Богданова Т.В. (Ростов-на-Дону)

С целью выявления управляемых факторов в снижении репродуктивных потерь проведены ретроспективный анализ неблагоприятных исходов беременности и родов в РО за период с 2000 по 2003 г.г., а также сравнительная оценка основных показателей, характеризующих демографическую ситуацию в РФ и РО.

В РО показатель материнской смертности (МС) с 1998 до 2002 года неуклонно повышался: в 1998 году – 35,8 (11 – абсолютная величина), в 1999– 45,0 (15); в 2000– 44,2 (17), в 2001 - 59,9 (22). В 2000 году в РО погибло 17 женщин, а показатель МС составил 44,2, что существенно превышало материнские потери по РФ – 39,7. Однако в 2001 году число случаев МС возросло до 22 и закономерно отразилось на росте этого показателя до 59,9, что превысило среднероссийский в 1,6 раза (36,5). При этом, как показал проведенный нами ретроспективный анализ, до 2002 года в структуре МС в РО традиционно преобладали кровотечения, поздние гестозы и экстрагенитальная патология. Первые места в структуре МС в 2002 году в РО занимали – экстрагенитальные заболевания и сепсис (по 2 случая), т.е. их доля составляла по 28,6%. Гестоз, кровотечения и анестезиологические осложнения (входящие в ряд «других причин») явились причиной летального исхода в 14,3% каждый. При сравнении структуры МС в РО и РФ нами были выявлены некоторые различия. Так, в 2002 году в отличие от РО в РФ половина материнских потерь (234 из 469) по-прежнему определялась тремя ведущими причинами: абортами (18,5%), кровотечениями (15,8%), поздним гестозом (15,6%). Экстрагенитальная патология составляла 12,6%.

Сложившийся кризис в демографической ситуации в РО обусловил проведение ряда мероприятий МЗ РО: оформление приказа министерства здравоохранения Ростовской области № 330 «О неотложных мероприятиях по снижению материнской смертности». Необходимо отметить, что выполнение приказа, не потребовавшее дополнительного финансирования, позволило реализовать внутренние резервы в организации акушерской помощи и, как результат, переломить негативные тенденции в демографической ситуации и снизить в 2,9 раза показатель МС (до 20,8). Немаловажным в решении этой проблемы явилась разработка единых «Стандартов диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии». Изменились и причины, приводящие к материнским потерям.

Проанализированные данные показали, что с 2002 по 2003 г.г. показатель МС как в РО (20,8 и 21,9) так и по РФ (33,6 и 33,3) удерживался на стабильных цифрах.

В структуре МС по РО акушерские кровотечения, как прогнозируемый и управляемый фактор, составляли в 2001 году 27%, а в 2002 году их частота снизилась до 14,3%.Успешная борьба с акушерскими кровотечениями наряду с их адекватной профилактикой, привела не только к снижению этой патологии в родах и послеродовом периоде, но и способствовала снижению МС по причине кровотечений в РО до 2003 года (в 2001 году от акушерских кровотечений погибло 6 женщин, в 2002 году – 1). Ведущими факторами в развитии акушерских кровотечений, которые, в 2003 году составили 3 случая из 9 (33,3%) и в структуре причин МС вновь вышли на первое место являлись: наличие экстрагенитальной патологии и высокий процент оперативного родоразрешения, недостатки в оказании интенсивной реанимационной помощи при критических состояниях, запоздалый перевод больных на ИВЛ и неадекватная инфузионная терапия, в значительной степени определили наметившиеся негативные тенденции в повышении частоты акушерских кровотечений, как основных причин МС в 2003 году.

Нами отмечен однонаправленный рост гинекологической заболеваемости как в РО, так и по РФ: увеличилась частота эндометриоза и нарушений менструального цикла, воспалительных процессов придатков и шейки матки. Значительно снизилось качество здоровья беременных: заболеваемость, анемией, осложнившая течение беременности и родов в РО и РФ (на 1000 родов) составила: в 2000 г – 287,9 (РО), 265,8 (РФ), в 2001 г. - 319,6 (РО) и 272,7 (РФ), в 2002 г. – 314,3 (РО) и 267, 1 (РФ), 2003 г. – 267,2 (РО) и 263,9 (РФ). В 6 раз увеличилась заболеваемость беременных болезнями почек, сердечно-сосудистой патологией

Отмечен также существенный рост частоты поздних гестозов как по РО, так и по РФ, наиболее выраженный в РО (увеличение в 2003 г. в 1,7 раза по сравнению с 2002 г). Частота заболеваемости органов мочеполовой системы у беременных также не имела тенденции к снижению: к 2003 году по РО отмечено ее увеличение в 1,3 раза. Отмеченное выше ухудшение состояния здоровья беременных, неизбежно отражалось и на увеличении патологии родов и послеродового периода.

Как показал ретроспективный анализ, процент нормальных родов в РО ежегодно снижался: 38,6 в 2000 году, 30,3 в 2001 году. В 2002 году в РО процент нормальных родов составил – 31,9, что практически соответствовало Российским показателям (2002 г.— 31,2%, в 2003 г. - 32,2%).

В 2001 году сепсис в структуре причин материнской смертности в РО составлял – 9%, а к 2002 году его частота увеличилась до 28,6% и достоверно не снизилась в 2003 году – 22% . По РФ сепсис в структуре причин МС, хотя и занимал одно из последних мест, в динамике по анализируемому периоду его частота не имела тенденции к снижению: в 2000 году – 3,6%, в 2001 – 3,8%, в 2002 – 4,3%.

Таким образом, обеспечение «безопасного материнства» является основным направлением в службе родовспоможения. Приоритетной позицией, направленной на снижение репродуктивных потерь, является прогнозирование неблагоприятных исходов беременности, родов и послеродового периода путем мониторирования беременных для своевременной оценки имеющихся факторов акушерского и перинатального риска и проведения лечебно-диагностических мероприятий в интересах матери и плода. Такие подходы, наряду с рядом организационных мероприятий МЗ РО положительно отразились на важнейших показателях, характеризующих состояние службы родовспоможения и детства в РО. Так, показатель МС в РО снизился в 2,7 раза с 59,9 в 2001 году до 21,9 в 2003 г, а по итогам 2004 года составил 9,6, при среднероссийском 31,0.

По современным представлением, акушерский мониторинг рассматривается как организационная система, обеспечивающая не только выявление пациенток категории «высокого» риска, но и предусматривающая своевременность проведения диагностических мероприятий, оценивающая адекватность назначаемой терапии, определяющая соответствующий уровень лечебного учреждения, а также раскрывающая для клиницистов широкие возможности в профилактике и лечении патологических процессов репродуктивной системы. Немаловажным в системе мониторинга является возможность прогнозирования осложнений беременности и родов, и выбора соответствующего уровня лечебного учреждения, в котором может быть оказана адекватная медицинская помощь, как для матери, так и для ее будущего ребенка.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ КАБИНЕТЫ – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

Вдовенко С.А., Цуркан С.В., Пономарев В.А., Любицкая Н.В. (Самара)

Профилактика всегда была приоритетным направлением отечественной медицины. Еще в XIX веке Н.И. Пирогов писал: «Будущее принадлежит медицине предупредительной». Таким образом, в самой идее кабинетов профилактической работы, на первый взгляд, нет ничего нового.

В 2001 г. было принято принципиальное решение о создании нового структурного подразделения в женской консультации – кабинета профилактической работы (приказ ДЗ АСО от 25.09.2001 г. №306). Их создание преследовало две цели: объединение усилий специалистов по профилактике гестационных осложнений, гинекологической и онкологической патологии, а также финансирование данного раздела работы в рамках ОМС. Создание этих кабинетов стало организационной технологией, разработанной и внедренной впервые в России в Самарской области.

Какие же задачи должны были решать вновь создаваемые кабинеты? В первую очередь, это работа по догестационной подготовке, включающая в себя деконтаминацию, проспективное медико-генетическое консультирование, планирование зачатия и периконцепционную профилактику. В период беременности большое значение имеет проведение семейно-ориентированной подготовки к родам. После родов в кабинете должны подобрать эффективное средство предохранения, чтобы выдержать необходимый интергенетический интервал и подготовиться к следующей беременности. Новым направлением должна была стать работа с семейными парами с нарушенной репродуктивной функцией – создание регистра и диспансерное наблюдение. Решить поставленные задачи можно только при тесном сотрудничестве с общей лечебной сетью и службой семьи, материнства и детства.

Профилактические кабинеты не возникли на пустом месте, они созданы путем слияния существовавших кабинетов планирования семьи и позитивного материнства, в ряде учреждений они выполняют функции специализированных приемов по бесплодию и невынашиванию беременности. На базе кабинетов работают различные школы, к работе привлекаются различные специалисты: онколог, терапевт и др.

В 2004 году нами был проведен областной конкурс на лучший профилактический кабинет в области. Были выявлены проблемы и трудности, связанные с отсутствием единого подхода к их работе. Одновременно было отмечено, что в ряде учреждений руководство творчески отнеслось к созданию новой структуры. Так, в женской консультации городской поликлиники №1 г. Самары, занявшей первое место, были разработаны протоколы ведения женщины в кабинете профилактической работы и протокол догестационной подготовки, специально для работающей в кабинете акушерки.

В настоящее время в области работают 74 кабинета, ¾ работающих в них – акушерки. За три года в кабинетах принято более полумиллиона пациентов, больше половины посещений – по контрацепции, 5 – 7% - догестационная подготовка, по 10% составляют беременные женщины и женщины с гинекологической патологией.

Третья часть всех кабинетов в области – это кабинеты, работающие в г. Самара:

25 кабинетов профилактической работы

В них работают 23 врача на 12 ставок и 22 акушерки на 14,25 ставки

6 кабинетов работают в 2 смены

Количество принятых в 2004 году пациентов – 66,8 тыс., из них 3078 – по догестационной подготовке, 8276 беременных

Работают 32 школы – 36,5 тыс. посещений

Подготовлено 16 передач на ТВ, 42 статьи в газеты

В результате реализации приказа N306 удалось достичь охвата догестационной подготовкой 37,1% беременных.

К другим результатам работы профилактических кабинетов можно отнести следующие:

Снизилась смертность новорожденных от ВПР (с 8 до 6 на 10000 родившихся – на 25%), внутриутробных инфекций (с 16 до 14 на 10000 – на 12,5%)

Впервые в последние 2 года отмечено повышение уровня здоровья беременных – снижение частоты экстрагенитальных заболеваний с 89,8 до 84,5%

Материнская смертность остается ниже, чем в РФ, сохраняется тенденция к снижению.

Особенно наглядно результативность работы можно продемонстрировать на примере женской консультации городской поликлиники №1 г. Самары: частота экстрагенитальной патологии у беременных снизилась со 100% до 88,5%, распространенность гестозов – с 41 до 29%, частота регистрации ВПР у плода – с 70 до 19 на 1000, перинатальная смертность составила 1,8 ‰, младенческая – 3,5 ‰, одновременно частота догестационной подготовки выросла с 1 до 51% . Диспансерная группа больных с бесплодием выросла в 14,8 раза, с привычной потерей беременности – в 12,8 раз, в 1,5 раза сократилась длительность обследования в этих диспансерных группах, 19% супружеских пар получили беременность, все беременности в группе с привычным невынашиванием закончились родами. На 56% сократилось число госпитализаций беременных с привычным невынашиванием.

Нам представляются реальными следующие перспективы развития данного направления работы:

Обобщение и распространение опыта работы на всю область

Доведение уровня охвата прегравидарной подготовкой до 50% и выше, что позволит существенно улучшить показатели здоровья беременных и детей первого года жизни

Перенос центра тяжести в работе с диспансерными больными с участка в специальные школы.

Глобальная цель проводимой работы – сделать профилактическое направление не просто лозунгом, очередной кампанией, а приоритетным направлением работы акушерско-гинекологической службы области.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Вопилова Л.В., Кожевникова Е.А., Тогочакова О.К. (Абакан)

Смертность от врожденных аномалий в структуре младенческой смертности в Республике Хакасия стабильно занимает 2 место после отдельных состояний перинатального периода. Поэтому с 2001г. в Республике Хакасия на базе медико-генетического отделения Хакасского республиканского Центра планирования семьи и репродукции стала внедряться пренатальная диагностика врожденной и наследственной патологии плода.

За это время проведены большие организационные мероприятия по внедрению пренатальной программы в Республике:

Подготовлены и изданы нормативные документы до появления федеральных приказов.

Разработаны методические рекомендации для врачей.

Охвачены выездными семинарами все лечебные учреждения Республики. Большое внимание уделено повышению знаний врачей педиатров и акушеров-гинекологов, а также средних медицинских работников.

Выпущены и тиражируются плакаты и буклеты для населения в рамках муниципального Гранда «Здоровый ребенок».

Проводится широкая пропаганда периконцепционной профилактики врожденной патологии развития плода.

С 2001г внедрен массовый биохимический скрининг беременных женщин всей Республики на сывороточные маркеры (АФП и ХГЧ).

Правительство Республики ежегодно выделяет денежные средства на реализацию республиканских программ «Безопасное материнство» и «Здоровый ребенок» для проведения бесплатного биохимического скрининга.

За время действия пренатальной программы увеличился охват беременных биохимическим скринингом в 3,7 раза с 17,4% до 65,0%. Биохимический скрининг актуален для нас, так как позволяет выявить часто встречаемые в Республике открытые дефекты невральной трубки и брюшной стенки и выдает акушерам гинекологам группу риска по невынашиванию, гестозу и фетоплацентарной недостаточности. За последние 2 года нет случая рождения детей с анэнцефалией. Все они выявлены в 100% биохимическим скринингом.

Пренатальная диагностика в Республике проводится:

На первом уровне в женских консультациях городов и акушерско-гинекологических

кабинетах ЦРБ. Все ЦРБ оснащены низкоразрешающими УЗИ аппаратами, в крупных городах Абакане, Черногорске, Саяногорске имеются аппараты с высокоразрешающей способностью;

На втором уровне пренатальная диагностика проводится в консультативно-диагностическом Центре для беременных Республиканской больницы и на базе медико-генетического отделения Центра планирования семьи и репродукции, где постоянно работает Пренатальный консилиум с целью определения тактики ведения беременной. при выявленной наследственной и врожденной патологии.

На третьем уровне проводится молекулярная диагностика врожденной и наследственной патологии в Томском НИИ медицинской генетики СО РАМН и других институтах генетики.

С 2003 года на базе Центра планирования семьи и репродукции проводим

гормональную пренатальную диагностику адреногенитального синдрома,

раннюю диагностику врожденных и наследственных заболеваний в 10–12 недель беременности методом определения РАРР - А – белка и бетта ХГЧ

пренатальные инвазивные методы диагностики хромосомной патологии плода – кордоцентез.

Введен мониторинг сведений об исходах беременностей у всех женщин, состоявших на учете в женских консультациях Республики с целью анализа эффективности пренатальной диагностики.

С 1999 года в Республике проводится мониторинг врожденных пороков развития. Реальную эффективность пренатальной диагностики в профилактике частоты врожденных пороков развития достигли в 2004г.

По Республике Хакасия в 2004г. из 6546 плодов и новорожденных выявлено 173 врожденных пороков развития (ВПР) и хромосомных аномалий (ХА), в том числе тяжелая патология и проблемные ВПР составили 82 случая – 47,3%. Элиминировано 26 плодов с ВПР, что составило 31,7% от всех тяжелых и проблемных ВПР.Из элиминированных плодов половина выявляется из группы позитивов биохимического скрининга второго триместра 53,5%. В структуре всех ВПР и ХА среди родившихся и плодов первое место занимают пороки мочеполовой системы - 18%, второе место – пороки центральной нервной системы – 16,7%, третье место– пороки сердечно сосудистой системы, четвертое место - пороки костно-мышечной системы – 11,2%, пятое место – множественные ВПР – 9,3%).

Частота индуцированных абортов с ВПР плода составила в 2004г. – 4,8 на 1000 родившихся и плодов. Среди прерванных беременностей по медико-генетическим показаниям абсолютно лидируют пороки нервной системы, которые при отсутствии пренатальной диагностики занимали бы первое место в причинах младенческой смертности. Второе место занимают пороки мочеполовой системы, третье - пороки передней брюшной стенки. В результате проводимой пренатальной диагностики и элиминации плодов с ВПР, а так же невынашивания плодов с ВПР (фактора, так называемого, «естественного отбора»), структура ВПР среди родившихся кардинально изменилась: первое место заняли - пороки мочеполовой системы - 20,9%, второе место –пороки костно-мышечной системы - 14%, третье место – множественные ВПР – 9,3%, четвертое место– пороки центральной нервной системы и орофациальные расщелины – по 6,2%.

Все случаи рождения детей с тяжелыми не корригируемыми ВПР и ХА резюмируются, анализируется объем пренатальной диагностики и причины гиподиагностики.

Причинами гиподиагностики ВПР являются:

недостаточный охват полной пренатальной программой диагностики ВПР и ХА,

несоблюдение скрининговых сроков эхографического обследования,

гиподиагностика ВПР врачами ультразвуковой диагностики,

низкая разрешающая способность эхографического оборудования,

низкая укомплектованность врачами-гинекологами в Республике – 2,9 на 10 тыс. женского населения. (РФ – 5,1)

В результате, проводимой пренатальной диагностики и индуцированных абортусов при диагностированном ВПР снизилась частота рождения детей с ВПР в 1,3 раза с предотвращенного уровня 26 до 20 на 1000 родившихся.

Учитывая тот факт, что индуцированные аборты, в основном, проводятся с ВПР, которые не корригируемы и не совместимы с жизнью, проведен расчет предотвращенной младенческой смертности с ВПР. В результате индуцированных абортов показатель младенческой смертности был снижен в 1,8 раза с 5.3:1000 родившихся в 2003г. до 2,9: 1000 родившихся в 2004г.

На первом месте в причинах младенческой смертности лидируют пороки сердечно-сосудистой системы. Актуальными для Республики остаются хромосомные аномалии. В профилактике этой патологии планируем развивать пренатальную диагностику.

Все вышеизложенное представляет пренатальную диагностику в роли вторичной профилактики врожденных пороков развития, однако необходимо заметить, что пренатальная диагностика позволяет выявить группу беременных с риском развития фетоплацентарной недостаточности, гестозов и другой патологии беременности.

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГОРОДСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Газазян М.Г., Залозных Л.В., Саруханов В.М., Янчук О.Я. (Курск)

Несмотря на снижение показателей материнской и перинатальной смертности, их уровень в РФ в 3-3,5 раза превышает показатели экономически развитых стран (О.Г. Фролова, 2005).

Как улучшить эти показатели, как бороться с практически ежедневно возникающими критическими состояниями в крупном родильном доме – вот основные вопросы, волнующие руководителей учреждения. Опыт создания и работы отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для новорожденных и для беременных и родильниц, имеющий определенные результаты, представлен в данном сообщении.

Количество коек для ОРИТ родильного дома, не входящего в структуру многопрофильной больницы, было определено ежедневным поступлением пациенток группы высокого риска материнской смертности с добавлением 3 коек для круглосуточного приема экстренных больных, с учетом дополнительного поступления пациенток при закрытии других родильных домов, проведения соответствующих санитарно-гигиенических мероприятий, разъединения потоков больных с гнойно-септическими осложнениями и без таковых. Штат ОРИТ на 12 коек включает следующие должности: заведующий отделением врач анестезиолог-реаниматолог – 1,0 ст., палатный врач анестезиолог-реаниматолог - 11,5 ст., врач клинической лабораторной диагностики – 4,75 ст., старшая медицинская сестра – 1,0 ст., палатная медицинская сестра - 16,25 ст., фельдшер-лаборант – 4,75 ст. В начале работы ОРИТ (1997-1999 гг.) усилия

коллектива были направлены на диагностику и лечение критических состояний, в основном, полиорганной дисфункции и недостаточности. Были определены следующие показания для госпитализации в ОРИТ: гестозы тяжелой степени (преэклампсия, эклампсия), гнойно-септические заболевания во время беременности и в послеродовом периоде, состояния после массивной кровопотери и геморрагического шока, экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации, ранний послеоперационный период после экстренных операций. В течение нескольких лет показатели материнской заболеваемости (полиорганная недостаточность, тяжелые септические осложнения) значительно уменьшились. Однако в дальнейшей работе мы обратили внимание на те ситуации, при которых развитие критического состояния было весьма вероятным, т.е. на случаи высокого риска летального исхода. Поэтому следующим организационным шагом явилась разработка показаний к госпитализации в ОРИТ пациенток в состоянии, требующем круглосуточного клинико-лабораторного наблюдения и лечения на стадии доклинических лабораторных изменений для профилактики развития критических состояний: неразвивающаяся беременность с признаками нарушения гемостаза, послеродовые эндометриты, гестозы средней степени тяжести, угроза развития тромботических и гипокоагуляционных состояний после плановых полостных операций, хроническая постгеморрагическая анемия, лабораторные признаки коагулопатий. Организация специализированного ОРИТ позволила избавить профильные отделения от несвойственных им функций – проведения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, коррекции гемостаза, круглосуточного клинико-лабораторного наблюдения и т.п. Количество больных, акушерского и гинекологического профиля, пролеченных в ОРИТ, составило в 2000 г – 763 чел. (15,2%), в 2001 г. – 798 чел. (16,4%), в 2002 г.- 879 чел. (16,0%), в 2003 г. – 935 чел. (16,4%). Наряду с этим увеличились и показатели занятости койки ОРИТ: в 2000 г. – 202,4; в 2001 г. – 207,3; в 2002 г. - 221,4; в 2003 г. – 218,2. Внедрение различных модификаций аутогемо- и аутоплазмадонорства позволило дифференцировать показания к переливанию крови, сократить переливание эритроцитной массы в 4 раза, плазмы в 2,5 раза. Проведение полноценного круглосуточного динамического клинико-лабораторного, ультразвукового, реографического, гемостазиологического обследования позволяет более точно судить об эффективности лечения, пролонгировать осложненную беременность, обеспечить подготовку к родоразрешению, уменьшить число ятрогенных ошибок, связанных, в основном, с бесконтрольными по объему и скорости инфузиями.

Залогом снижения перинатальной заболеваемости и смертности, и, в основном, ранней неонатальной смертности является принцип непрерывности интенсивного лечения во время беременности, в родах и раннем неонатальном периоде. Разработанная нами балльная оценка степени тяжести антенатального состояния плода позволяет точно определить время родоразрешения, оптимальное для беременной и ребенка. Возможности организованного отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН), оснащенного современным оборудованием, позволяют не пролонгировать беременность до критического состояния плода. Обязательным является дородовое консультирование и присутствие неонатолога–реаниматолога на родах у беременных групп высокого перинатального риска, немедленного (на первой минуте жизни) проведения полного комплекса реанимационных мероприятий и перевод в подготовленное реанимационное место. Показаниями для госпитализации в ОРИТН являются: недоношенность, незрелые дети с массой менее 2000 г., дети, родившиеся с оценкой по шкале Апгар 3 балла и менее, дети с высоким риском реализации внутриутробной инфекции и гемолитической болезни. Обязательным условием работы в ОРИТН является профессиональное обучение по специальной программе среднего медицинского персонала, что позволяет максимально уменьшить погрешности в выхаживании глубоко недоношенных детей. Своевременное проведение комплекса реанимационных мероприятий сократило длительность ИВЛ при РДС новорожденных до 3±1 суток, а длительность пребывания в ОРИТН до 7±3 суток.

Таким образом, организация ОРИТ для беременных и новорожденных, оснащенного современным лечебно-диагностическим оборудование, научно-отработанный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий позволили улучшить основные показатели работы родильного дома: отсутствие материнской смертности в течение 5 лет, снижение перинатальной и ранней неонатальной смертности в 2 раза (показатели 6-8‰ и 2‰, соответственно), уменьшение частоты массивных кровопотерь до 0,9%. Имеющийся опыт может быть полезен, т.к. позволяет реально улучшить систему безопасного материнства.

ОСОБЕННОСТИ И РАЗМЕРЫ КОСТНОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОМАТОТИПА

Гладкая В.С., Егорова А.Т. (Красноярск)

В настоящее время доказано, что соматический тип определяет строение, топографию органов и систем, а также уровень здоровья и функциональные особенности организма, в том числе и детородную функцию.

Как отмечает Т.Х. Карма с соавт. (1990) соматотип беременной, размеры ее таза во многом обуславливают особенности течения и характер осложнений беременности и родов, определяют их исходы, а также влияют на перинатальные показатели.

До настоящего времени на территории Республики Хакасия не проводилось изучение физического статуса женщин фертильного возраста различных этнических групп (коренных и европеоидов), для прогнозирования исхода беременности и родов.

Цель исследования: в зависимости от соматического типа выявить размеры и формы большого таза, у женщин фертильного возраста (коренных и европеоидов) Республики Хакасия.

Материалы и методы исследования: Проведено комплексное антропологическое исследование с оценкой соматотипа и пельвиометрия у 225 женщин - хакасок (основная группа) и 149 женщин-европеоидов (контрольная группа).

Средний возраст женщин-хакасок составил 28,9±0,4 лет, женщин-европеоидов - 27,8±0,5. Согласно возрастной периодизации онтогенеза человека выделены юношеский, первый и второй периоды зрелого возраста. В исследуемых группах в юношеском возрасте находилось 8,9% (20) хакасок и 8,1% (12) женщин-европеоидов, в первом зрелом 73,8% (166) и 81,2% (121), во втором зрелом 17,3% (39) и 10,7% (16) соответственно.

Наши исследования выявили, что - 67,1%(151) женщин - хакасок принадлежат к лептосомной конституции, для которой характерно: среднее значение длины тела - 153,7±0,4 см; масса тела 52,2±0,6 кг; количество жировой ткани 11,9±0,3 кг; мышечной ткани 21,0±0,2 кг; костной ткани 5,5±0,1 кг. К мезосомной конституции принадлежит 16,0%(36) женщин - хакасок, для которой характерно: длина тела 154,2±0,6 см; масса тела 70,2±1,4 кг; количество жировой ткани 26,2±0,9; мышечной ткани 24,9±0,5 кг; костной ткани 6,2±0,1 кг. К мегалосомной конституции относились 16,9%(38) женщин основной группы, средние значения составили: длина тела 162,6±0,5см; масса тела 59,5±1,5 кг; количество жировой ткани 15,5±1,0 кг; мышечной ткани 23,3±0,4 кг; количество костной ткани 6,4±0,1 кг.

Среди европеоидов лептосомная конституция выявлена у 31,5%(-47) обследованных, мезосомная – у 7,4%(11), а большинство женщин - 61,1%(91), принадлежали мегалосомной конституции у которых: средняя длина тела 166,1±0,5 см; масса тела 66,6±1,4 кг; количество жировой ткани 18,5±1,0 кг; мышечной ткани 28,0±0,5 кг; костной ткани 7,1±0,1 кг. Сравнительный анализ компонентного состава тела выявил, что жировая, мышечная и костная масса у женщин-хакасок достоверно ($p<0,05$; 0,01; 0,05) ниже, чем у женщин-европеоидов.

Проведенное пельвиометрическое исследование у женщин-хакасок выявило средние значения размеров большого таза: distantia spinarum 23,6±0,1 см; distantia cristarum 26,6±0,1 см; distantia trocha-

nterica 30,1±0,1 см; conjugate externa 18,7±0,1 см. Размеры большого таза имели достоверно (p1-2 <0,001) меньшие значения у женщин-хакасок в сравнении с европеоидами, у которых пельвиометрия составила соответственно 25,0±0,1 см, 27,9±0,1 см, 31,7±0,2 см, 20,2-±0,1 см.

В ходе исследования нами установлено, что среди женщин-хакасок нормальный таз встречался в 27% (63) случаев, а в контрольной группе 88% (132). В 73% наблюдений выявлены различные формы и степени сужения таза. Общеравномерносуженный таз I-II степени сужения в основной группе выявлен у 45,7% (103) женщин и у 11,4% (17) в контрольной. Простой плоский таз I-II степени сужения в основной группе составил- 26,2% (59), в группе контроля данные формы сужения не встречались.

Таким образом, у женщин-хакасок выявлено преобладание летпосомной конституции, для которой характерны сужения таза различной степени с достоверным увеличением плоских тазов. Полученные данные следует учитывать при прогнозировании исходов родов.

ЗНАЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Глуховец Н.Г. (Санкт-Петербург)

В 1992 г в Ленинградской области было сформировано ГУЗ Ленинградское областное детское патологоанатомическое бюро (ЛОДПАБ), нацеленное на профилактику невынашивания беременности, снижение показателей перинатальной и материнской смертности, улучшение качества здоровья родильниц и новорожденных. Главными побудительными моментами для формирования нового самостоятельного подразделения медицинской практики послужила насущная необходимость в обеспечении объективными методами структурно-функциональной диагностики акушерско-гинекологических и детских лечебно-профилактических учреждений на территории областного региона.

За минувшие годы в ЛОДПАБ была разработана и внедрена в повседневную практику здравоохранения области комплексная организационно-диагностическая программа, которая включает в себя следующие основные моменты: выявление причин ранних и поздних выкидышей; оценку качества ультразвуковой диагностики врожденных пороков развития плодов; патогенетическое обоснование причин репродуктивных потерь; прогнозирование акушерской и неонатальной патологии; систематический анализ динамики перинатальной, младенческой и детской смертности; организацию независимой экспертизы качества медицинской помощи при перинатальной, младенческой и детской смертности.

Объектами исследования ЛОДПАБ являются соскобы полости матки и абортусы в наблюдениях ранних самопроизвольных выкидышей; плоды и последы при поздних выкидышах (самопроизвольных, медицинских, социальных) любого срока; мертворожденные и последы при антенатальной смертности; последы всех новорожденных независимо от наличия факторов акушерского риска; урогенитальные мазки беременных женщин и гинекологических больных; мазки слизистых оболочек (глаз, носа, зева, вульвы) новорожденных.

В результате исследования соскобов полости матки и абортусов в наблюдениях ранних самопроизвольных выкидышей акушеры-гинекологи получили возможность избирательного подхода к реабилитации нарушенной детородной функции женщин с учетом основных причин ранних самопроизвольных выкидышей: восходящей и гематогенной инфекции; хромосомной и иммунной патологии трофобласта; гормональной гипоплазии эндометрия

Комплексное исследование поздних выкидышей позволило определять причину невынашивания беременности во втором триместре, которая чаще всего обусловлена: восходящей (урогенитальной) или гематогенной инфекцией, и реже связана с патологией трофобласта и истмико-цервикальной недостаточностью. Постоянные исследования поздних искусственных абортов по медицинским показаниям определяются необходимостью уточнения сроков прерывания беременности; контроля качества ультразвуковой диагностики врождённых пороков; возможностью объективной диагностики латентных форм инфекционной патологии последа и плода. Исследования поздних социальных выкидышей позволяют провести оценку качества соответствующих медицинских манипуляций, а также обнаружить фоновую инфекционную патологию и врождённые пороки. Полученная информация имеет значение для совершенствования методов искусственного прерывания беременности и целенаправленной подготовки женщин к последующему нормальному вынашиванию беременности.

Ведущим направлением в работе ЛОДПАБ является прогнозирование перинатальной и акушерской заболеваемости и смертности, основанное на следующих методологических принципах:

Массовое исследование последов новорождённых не зависимо от факторов акушерского риска, что позволяет выявлять не только исходную, но и скрытую патологию, развивающуюся в ходе родов и недоступную методам клинической, ультразвуковой и лабораторной диагностики.

Использование методов срочной патоморфологической диагностики, позволяющих предоставлять информацию о состоянии последов не позднее 24 часов с момента родов.

Комплексное исследовании последов с применением органометрических, гистологических, цитологических, имммунофлюоресцентных и лабораторных методов, что позволяет получать развёрнутую достоверную информацию о характере плацентарной, мембранозной и пуповинной патологии.

Систематический информационный анализ выявленной патологии последа, незамедлительно доводимом до сведения организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов и неонатологов.

Постоянное совершенствовании знаний врачей в области практической плацентологии посредством проведения тематических семинаров, обучения на рабочем месте и ретроспективного сопоставления результатов исследования последов с состоянием здоровья детей на протяжении первого года жизни.

В результате произошло значительное улучшение показателей перинатальной и младенческой смертности (которые в 2004 году соответственно составили 7,38‰ и 8,41‰), устойчивое снижение доли внутриутробных инфекций среди причин перинатальной заболеваемости и смертности, уменьшение числа маловесных новорожденных. Этому дополнительно способствовала организация всеобщего контроля качества медицинской помощи при перинатальной, младенческой и детской смертности независимыми специалистами (неонатолагами, акушерами-гинекологами, реаниматологамим, педиатрами), что обусловило своевременное выявление и исправление наиболее типичных ошибок в работе женских консультаций, родильных домов и детских стационаров.

Подведение итогов массовых патоморфологических исследований последов в Ленинградской области показало, что в наблюдениях перинатальной смертности ведущую патогенетическую роль играет восходящая инфицирование околоплодной среды условно патогенной микрофлорой с поэтапным развитием экссудативных воспалительных реакций в системе мать–плацента–плод. Отмеченное обстоятельство послужило основанием для проведения скрининговых цитологических исследований урогенитальных мазков у беременных женщин. Клинические достоинства этого метода включают в себя методологическую доступность, экономическую рациональность, диагностическую эффективность.

Внедрение скринингового метода цитологического исследования урогенитальных мазков у беременных женщин обусловило возможность целенаправленной дородовой санации влагалища с положительным результатом в виде заметного снижения общего числа наблюдений восходящего инфицирования последа в Ленинградской области за последние 7 лет (34,4% в 1997 г; 24,7% в 2004 г). Особое клиническое значение имело значительное снижение частоты воспалительных реакций пуповины (17,6% в 1997 г.,

8,5% в 2005 г.), которые нередко осложняются необратимыми нарушениями фето-плацентарного кровообращения и служат причиной внутриутробной гибели плодов.

Таким образом, на примере 12-летней деятельности ЛОДПАБ очевидно, что самостоятельная детская патологоанатомическая служба обладает значительным организационно-методическим, диагностическим, учебным и научным потенциалами и может оказать существенную помощь практическому здравоохранению в реабилитации детородной функции женщин и снижении перинатальной заболеваемости и смертности. В связи с этим представляется рациональным создание самостоятельной детской патологоанатомической службы в других субъектах Российской Федерации с использованием опыта работы Ленинградского областного детского патологоанатомического бюро.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ДИНАМИКЕ И ФАКТОРЫ РИСКА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Гурьева В.А., Никонов А.М., Концеба Л.Н. (Барнаул)

По данным различных источников врожденные пороки развития плода (ВПР) стабильно занимают второе место в структуре причин перинатальной и младенческой смертности, достигая 20-25%. Частота умерших в перинатальном периоде детей от ВПР составляет от 21 до 42%. Совокупная частота ВПР по разным странам мира колеблется от 7 до 40 и выше на 1000 родившихся, в странах Европы – от 8,7 до 21,1 на 1000 родившихся. В различных регионах России частота ВПР плода имеет размах от 9,5 до 24,6 на 1000 новорожденных. В Алтайском крае в 2004 году данный показатель достиг 13,4 на 1000 новорожденных.

Целью работы явилась динамическая оценка эпидемиологии ВПР плодов в Алтайском крае за последние 8 лет и ретроспективная оценка факторов риска по формированию ВПР плода у жительниц Алтайского края с установленной данной патологией плода.

Проведен эпидемиологический анализ данных Краевого центра медицинской статистики и Центра пренатальной диагностики Алтайского края по частоте и структуре зарегистрированных ВПР плода на территории края в период с 1997 по 2004 годы.

На базе Краевого Центра пренатальной диагностики проведен ретроспективный анализ 757 индивидуальных карт ведения беременности женщин, наблюдавшихся в Центре в период с 1997 по 2003 годы и проспективное наблюдение 164 случаев беременности женщин, состоявших на учете там же в 2004 году, с установленным диагнозом "врожденный порок развития плода".

В качестве группы сравнения проанализировано 530 индивидуальных карт ведения беременности женщин, родивших детей без ВПР (группы сравнения достоверно не различались по годам наблюдения, месту жительства и возрастному составу.

Определение факторов риска по формированию ВПР плода проведено с помощью составления прогностической карты (по модификации вероятностного метода Байеса – метод нормированных интенсивных показателей). Произведены расчет значимости ("веса") отдельных факторов риска, их весовой индекс, нормированный интенсивный показатель (НИП) и интегрированный показатель риска. Для оценки величины риска разработана "шкала риска" с градацией факторов риска по их значимости на минимальные, средние и максимальные.

На территории Алтайского края за мониторируемый период было зафиксировано 2696 случаев ВПР у плодов. Наибольшая их часть выявлена в городских населенных пунктах – 1509 случаев (56%), в сельских районах выявлено 1187 случаев (44%).

С 1997 по 2004 годы произошло достоверное увеличение частоты встречаемости ВПР у плодов в Алтайском крае: с 8,5 до 13,4 на 1000 родившихся соответственно ($p<0,05$).

Отмечается постоянное увеличение выявляемости ВПР плода за исследуемый период времени. Так в 2004 году ВПР плода было выявлено в 3,5 раза больше, чем в 2000 году и в 4,7 раз больше, чем в 1997 году. Наибольшее количество случаев ВПР плода в крае пришлось на 2003 и 2004 годы: 615 случаев или 14,1 на 1000 родившихся и 759 случаев или 13,4 на 1000 родившихся соответственно. Наибольшая частота случаев ВПР плода на 1000 родившихся в городе была выявлена в 2004 году и составила 20,6, а в сельских районах края – в 2002 году, составив 14,8 случаев на 1000 родившихся. Среднегодовой показатель распространенности ВПР плода в целом по краю составил 12,0 случая на 1000 родившихся, в городской местности – 14,6 случаев на 1000 родившихся, что в 1,3 раза выше, чем в сельской местности – 11,2 на 1000 родившихся.

При анализе структуры ВПР плода выявлено, что наибольший удельный вес приходится на врожденные пороки сердца (ВПС) – 21,7% (585 случаев), ВПР костной системы –11,1% (298 случаев), множественные ВПР – 9,1% (267 случаев), ВПР центральной нервной системы плода (ЦНС) – 8,2% (220 случаев). ВПР мочевыводящей системы (МВС) плода составили 4,5% (120 случаев), на прочие виды ВПР пришлось 31,0% (961 случай). Если проследить динамику в структуре ВПР плода за указанные годы, то в 2004 году по сравнению с 1997 годом отмечается достоверный рост только ВПС плода – с 9,4; до 20,35 ($p< 0,05$). Частота множественных ВПР плода достоверно увеличивалась с 1997 года (14,4%) до 2001 года (23,2%) ($p<0,05$), после чего к 2004 году произошло достоверное снижение частоты данного вида ВПР (до 5,6%) ($p<0,05$).

При анализе факторов риска по возникновению ВПР плода в Алтайском крае выявлено, что к группе факторов максимального риска относятся: наличие TORCH инфекции (особенно острой и реактивации хронической) в сроках до 12 недель беременности (нормированный интенсивный показатель (НИП) – 1,59), стойкая угроза прерывания беременности (НИП – 1,34), угроза прерывания беременности на ранних сроках (до 12 недель) (НИП – 1,19).

К факторам риска средней степени значимости относятся: анемия, нарушение менструальной функции (НИП – 0,57), многоводие (НИП – 0,63); к факторам минимальной степени значимости относятся: хронические воспалительные заболевания репродуктивной системы (НИП – 0,54), низкая плацентация (НИП – 0,48), перенесенная ОРВИ до 12 недель беременности (НИП - 0,45), задержка внутриутробного развития плода (НИП – 0,43), маловодие (НИП – 0,37), заболевания мочевыводящей системы (НИП – 0,35), желудочно-кишечного тракта (НИП – 0,26), синдром инфицирования плаценты (НИП – 0,24), заболевания щитовидной железы (НИП 0,21).

При оценке нормированных показателей по каждому фактору риска была составлена "шкала риска", по которой к минимальной степени риска относятся факторы или их сочетание, сумма НИП которых находится в пределах от 0,05 до 0,56, к средней степени риска – от 0,57 до 1,07 и к высокой степени риска по возникновению ВПР плода относится интервал НИП от 1,08 до 1,59.

Таким образом, выявлено, что за последние 8 лет в Алтайском крае произошел достоверный рост частоты ВПР у плодов, что свидетельствует об остроте данной проблемы. Причем, наибольший удельный вес в структуре ВПР имеют пороки сердца, костной системы и множественные врожденные пороки плода. Реже всего на территории Алтайского края встречаются врожденные пороки дыхательной системы.

Разработанный классификатор факторов риска по возникновению ВПР плода и оценочная "шкала риска" позволяют прогнозировать вероятность формирования ВПР у плода, оптимизировать прегравидарную подготовку и планирование беременности у женщин в группах риска по развитию аномалий развития плода, что позволит снизить перинатальную смертность.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Даутова Л.А. (Уфа)

Благоприятный исход каждой беременности в реализации репродуктивной функции женщины имеет в настоящее время существенное значение, как в медицинском, так и в социально-демографическом аспекте. Снижение числа зарегистрированных беременностей, высокий уровень абортов, рост числа осложнений беременности и родов определяют частоту и характер репродуктивных потерь в условиях снижения показателей воспроизводства населения.

При анализе исходов 91 984 закончившихся беременностей в Республике Башкортостан в 2003 г. выявлено, что родами завершились 48,2% беременностей, абортами – 50,2%, внематочной беременностью – 1,6%. Ведущее место в структуре репродуктивных потерь занимают плодовые потери при прерывании беременности и преждевременных родах: самопроизвольные аборты в сроке менее 22 недель составили 4,2% от общего числа закончившихся беременностей, в сроке 22 – 27 недель – 0,7%, прерывания по медицинским показаниям – 3,3%, преждевременные роды - 3,0%. В большинстве случаев они обусловлены хронической инфекцией матери, воспалительными процессами родового канала, вирусными заболеваниями во время беременности, обострением экстрагенитальной патологии, фетоплацентарной недостаточностью.

Несмотря на положительные тенденции в динамике абортов, они продолжают оставаться основным методом регулирования рождаемости. Сроки и причины прерываний беременности в различных возрастных группах женщин существенно различаются. Неблагоприятной является структура абортов в группе 15 – 19 лет: в 50,8% случаев прерывается первая беременность, у каждой десятой происходит самопроизвольный аборт, в 12,8% - операция проводится по медицинским показаниям. Наиболее высокая частота прерывания в сроки 22 – 27 недель регистрируется именно в этом возрасте, что оказывает негативное влияние на течение и исход последующих беременностей. Для данного контингента молодых женщин необходимо использование наиболее бережных медикаментозных методов прерывания беременности, осуществление мер профилактики ранних осложнений и полноценной реабилитация репродуктивной функции после прерывания первой беременности.

Актуальность проблемы невынашивания и преждевременных родов определяется высокой частотой перинатальной патологии и отсутствием значимой тенденции к их снижению. Доля недоношенных новорожденных в структуре перинатальных потерь находится в пределах 47 – 58%. Наиболее высокий уровень недоношенных регистрируется в числе умерших в раннем неонатальном периоде, 40 – 67%. В структуре мертворождаемости они составляют 42 – 56%. Ведущей причиной смертности недоношенных является респираторный дистресс-синдром, который составляет 20 – 46% среди причин ранней неонатальной смертности. Таким образом, аспекты прегравидарной подготовки женщин с невынашиванием беременности, рационального ведения группы риска на ранних этапах гестации в условиях перинатальных центров с современным уровнем клинико-лабораторного и инструментального методов обследования, активное совершенствование технологий по выхаживанию недоношенных, являются основными направлениями снижения репродуктивных потерь.

Неблагоприятные перинатальные исходы составили 0,5% от общего числа закончившихся беременностей и 1,0% от количества завершившихся родов, однако их медико-социальная значимость обусловлена потерей функционально сформировавшихся, желанных детей. Снижение перинатальной смертности, обусловленное улучшением перинатальной помощи, сопровождается существенным изменением структуры причин смертности, наиболее выраженной среди потерь в раннем неонатальном периоде. Внутриматочная гипоксия и асфиксия является универсальным фактором повреждения мозга плода и новорожденного и, как правило, обусловлена плацентарной недостаточностью, патологией плаценты и пуповины, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Доля ее составляет 41 – 52%. Вторая по значимости причина перинатальных потерь – респираторные нарушения новорожденных. Внедрение современных технологий реанимационной помощи и респираторной поддержки позволили существенно снизить летальность при дыхательных нарушениях до 0,16%. Кардинальным изменением структуры перинатальной смертности следует считать увеличение удельного веса инфекций перинатального периода – причины смертности каждого четвертого новорожденного. Это диктует необходимость микробиологического и вирусологического обследования женщин группы риска, в том числе имевших перинатальные потери в связи с внутриутробным инфицированием, проведения квалифицированного патолого-анатомического и гистологического исследования плацент, плодов при прерывании беременности.

За последние годы, несмотря на широкое использование методов пренатальной диагностики, регистрируется высокий уровень врожденных аномалий развития, преобладающих в структуре потерь доношенных новорожденных и составляющих 1,7% от числа родившихся. Раннее выявление и своевременное прерывание беременностей при грубых пороках развития хотя бы в половине случаев из числа родившихся мертвыми (спинно-мозговая грыжа, анэнцефалия, гасторошизис и др.), позволили бы снизить показатель мертворождаемости только за счет ВПР на 41%. В то же время большее значение приобретает вопрос первичной профилактики ВПР с использованием витаминов, микроэлементов и фолиевой кислоты. По данным экспертов Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) гиповитаминоз и дефицит микроэлементов у матери снижают умственный потенциал детей и интеллектуальный коэффициент нации. Из-за недостатка витаминов и минералов в питании два миллиарда человек не достигают полностью своего умственного и психического потенциала, прием же мультивитаминов в период зачатия понижает риск серьезных врожденных дефектов, преждевременных родов и низкого веса при рождении на 50% и улучшает материнское здоровье в процессе гестации. В связи с этим, в современной перинатологии заслуживают внимания вопросы сбалансированного питания и рациональной витаминотерапии в периконцепционный период, которые по своей значимости сопоставляются с ролью генетических факторов и активных химических или инфекционных воздействий.

Таким образом, совершенствование перинатальной помощи при невынашивании, врожденных аномалиях развития плода и инфицировании во время беременности, являются основными направлениями в снижении репродуктивных потерь в аспекте сохранения потенциала жизни общественной популяции при воспроизводстве населения.

СИСТЕМА КОНТРОЛЯ И УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ АКУШЕРСКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ПОМОЩИ

Двужилов В.В. (Волгоград)

Перспективным направлением повышения качества диспансерного наблюдения за беременными является создание автоматизированного рабочего места (АРМ) врача акушера-гинеколога. Наибольшую эффективность следует ожидать от внедрения АРМ, созданного на основе выявления и нивелирования типичных дефектов при диспансерном наблюдении за беременными. Однако объективная и всесторонняя оценка качества оказания акушерской диспансерной помощи является сложной задачей, ввиду отсутствия адекватного инструмента оценки, позволяющего учитывать специфические моменты при диспансеризации беременных, оценить качество помощи количественно, и выделить наиболее типичные дефекты оказания помощи в каждом конкретном учреждении.

Целью исследования явилось создание системы управления качеством акушерской диспансерной помощи на основе разработки и внедрения АРМ врача акушера-гинеколога.

На первом этапе нами была разработана методика интегрированной оценки качества диспансерного наблюдения за беременными с помощью специально созданной «экспертной карты интегрированной оценки качества диспансерного наблюдения за беременной». Экспертная оценка проводилась по следующим разделам: диагностические мероприятия, постановка диагноза, лечебно-профилактические мероприятия, преемственность при оказании акушерской помощи, качество ведения документации, исходы беременности для матери и плода.

С целью унификации подходов к оценке качества акушерской дородовой помощи нами разработаны «критерии оценки качества оказания диспансерной помощи беременным», позволяющие проводить ранжированную балльную оценку каждого из разделов и подразделов от 0 до 1 балла, в зависимости от характера выявленных дефектов оказания акушерской диспансерной помощи. Интегрированная оценка качества (ИОК) оказания помощи при диспансерном наблюдении за беременными вычислялась, как средняя арифметическая оценка изученных разделов. Значения полученных оценок качества оказания акушерской диспансерной помощи в пределах 1 - 0,9 оценивались, как «отлично»; 0,89 - 0,75 – «хорошо»; 0,74 - 0,61 – «удовлетворительно» и менее 0,6 – «неудовлетворительно».

Созданная экспертная карта была использована для оценки качества диспансерного наблюдения за беременными в ряде учреждений г. Волгограда, что позволило получить следующие результаты.

Экспертная оценка по разделу А – диагностические мероприятия составила 0,7 - «удовлетворительно», причем по подразделам «качество сбора анамнеза» и «полнота оценки факторов риска перинатальной патологии» оценка составила, соответственно 0,65 и 0,6 балла. По разделу «постановка диагноза» выявлены дефекты обоснования, своевременности и формулировки основного диагноза, осложнений и сопутствующих заболеваний, оценка составила 0,79 – «хорошо». Экспертиза качества лечебно-профилактических мероприятий позволила выставить оценку 0,74 - «удовлетворительно», за счет неадекватного составления плана ведения беременных и неполноценной профилактики акушерских осложнений. По разделу «преемственность» выявлены несвоевременные направления в стационары в 57,1% показанных госпитализаций. Оценка составила 0,64 - «удовлетворительно». Экспертный анализ качества ведения документации выявил дефекты в более чем 90% индивидуальных карт. Экспертная оценка составила 0,63 - «удовлетворительно». При исследовании исходов беременности для матери и плода экспертная оценка составила 0,71Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.0,02, что соответствует оценке «удовлетворительно».

Значение ИОК оказания диспансерной помощи беременным составило 0,7Ошибка! Объект не может быть создан из кодов полей редактирования.0,02 – «удовлетворительно», что свидетельствует о необходимости повышения качества диспансерного наблюдения.

Следующим этапом работы явилось создание на основе выявленных дефектов диспансерного наблюдения за беременными АРМ врача акушера-гинеколога, представляющего собой экспертную систему диспансеризации беременных, получившую название «Гравида-3».

Экспертная система позволяет автоматизировать процесс дородового наблюдения в женской консультации, включая создание картотеки беременных, сбор анамнеза и ввод данных обследования текущего состояния пациентки, определение группы риска перинатальной патологии, постановку акушерского диагноза и определение индивидуального плана ведения беременности. Предусмотрена возможность графического представления гравидограммы, коррекции плана ведения пациентки, а также экспертного анализа качества дородового наблюдения.

Разработанная методика интегрированной оценки качества оказания акушерской помощи была использована для оценки эффективности внедрения созданной экспертной системы диспансеризации беременных «Гравида - 3».

После внедрения АРМ врача акушера-гинеколога, экспертная оценка качества наблюдения за беременными выявила снижение количества дефектов по всем разделам экспертной карты, что было достигнуто за счет более полного выявления факторов риска перинатальной патологии, раннего выявления отклонений акушерских показателей от нормы и устранения субъективной недооценки этих изменений, а также своевременного определения необходимости госпитализации пациенток.

ИОК оказания диспансерной акушерской помощи увеличилась на 0,24, по отношению к показателю в группе беременных, наблюдавшихся общепринятым способом и составила 0,94 – «отлично».

Таким образом, создание системы управления качеством акушерской диспансерной помощи целесообразно проводить в несколько этапов:

1. Создание методики интегрированной оценки качества диспансеризации беременных;
2. Разработка АРМ врача акушера-гинеколога женской консультации;
3. Текущий внутриведомственный контроль качества дородового наблюдения за беременными.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВО-КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ (САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ) КРАЕВОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Дедюшина Е.В. (Москва)

Целью настоящего исследования явилось обоснование объема, структуры и организации экстренной и консультативной помощи больным акушерско-гинекологического профиля оказываемую ТЦМК в условиях режима повседневной деятельности.

В ходе исследования поставлены следующие Задачи:

1) Изучить структуру заболеваний акушерско-гинекологической помощи оказываемой специалистами ОЭПКП ТЦМК Алтайского края и оценить динамику обращаемости по данной патологии в период с 2000г. по 2002г. В зависимости от нозологии определить нуждаемость гинекологических больных в специализированной экстренной и консультативной помощи.

2) Изучить структуру и количество выездов врачей акушеров-гинекологов в общем количестве выездов специалистов ТЦМК и оценить их динамику.

3) Усовершенствовать модель организации оказания экстренной и консультативной помощи гинекологическим больным в Алтайском крае.

Методы: статистический, сравнения, экспертный, монографический, графический, организационного моделирования.

В ходе работы были изучены 1466 случаев оказания экстренной и планово-консультативной помощи и выявлены сходства и различия в показателях. Выделены две группы: В 1-ю группу (основную) вошли 536 случаев оказания помощи силами Краевого центра медицины катастроф, во 2-ю группу (контрольную) выделены 930 случаев оказания специализированной помощи специалистами гинекологического отделения ГКБ №1 г. Барнаула. Установлено, что в данных группах наиболее часто требовалась помощь женщинам в возрасте 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и существенно не отличается от статистических данных РФ. В группах имеется различие по преобладанию нозологических форм. Воспалительные заболевания

тела матки и придатков как и в 1-й группе, так и во 2-й группе занимали лидирующее место. На втором месте в 1-й группе занимает миома тела матки, а во 2-й – состояния связанные с прерыванием беременности (в т.ч. внебольничный выкидыш/аборт, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт). Третье место по количеству зарегистрированных случаев в 1-й группе занимает состояние после Кесарева сечения, тогда как во 2-й – нарушения менструального цикла (в т.ч. ювенильного, детородного, климактерического периода, а также контактные кровотечения). Доля женщин в возрасте 20-29 лет среди всех больных первой группы преобладала у поступивших по поводу криминального аборта, воспалительных заболеваний матки, осложнений срочных родов. Во второй группе преобладали пациентки, помощь которым оказывалась по поводу прерывания беременности, воспалительных заболеваний придатков и тела матки (в т.ч. тубоовариальные образования, постабортный эндометрит), а также с диагнозом апоплексия яичника. В возрасте 30-39 лет в 1-й группе наибольшее количество случаев составили состоянии после Кесарева сечения, во 2-й - с патологией первого или второго триместра беременности (внебольничный выкидыш/аборт, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт). В возрасте 40-49 лет доля лиц у 1-й группы значительно преобладала с диагнозом миома тела матки, во 2-й группе - с патологией беременности (внебольничный выкидыш/аборт, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный аборт), воспалительными заболеваниями придатков и тела матки (в т.ч. тубоовариальные образования, постабортный эндометрит).

При изучении показателей экстренной и плановой госпитализации установлено, что в 1-й группе помощь и госпитализация проводилась 100% в экстренном порядке, во 2-й группе 73,1% пациентов госпитализированы в экстренном порядке, в плановом порядке соответственно 21,3% и 5,6% обратились за помощью самостоятельно.

При сравнении способов доставки больных найдены различия данного показателя. Из 433 случаев госпитализации, женщины 1-й группы в 413 (95,4%) доставлялись санитарными машинами, однако зарегистрированы случаи доставки воздушным транспортом - 18 (4,6%) человек и 2 (0,5%) случая транспортировки поездом, что связано с отдаленностью некоторых населенных пунктов от центра. Во 2-й группе в 422 (45,4%) случаях больные гинекологического профиля были доставлены в ГКБ бригадами СМП, в 402 (43,2%) были направлены поликлиниками и консультативно-диагностическими учреждениями, 52 (5,6%) обратились самостоятельно, 54 (5,8%) были направлены другими лечебно-диагностическими учреждениями, что связано с доступностью данного учреждения для городского и населения близлежащих районов. При сравнении показателя степени тяжести в 1-й группе, пациенты госпитализировались со средней степенью тяжести в 16,9% случаев, во 2-й группе - 66,8%. Число больных госпитализированных в тяжелой степени в 1-й группе составило 75,1%, во 2-й - 18,5%. Случаи госпитализации в удовлетворительном состоянии зарегистрированы только во 2-й группе - 14,5% . В 1-й группе 8,0% составили женщины в крайне тяжелой степени тяжести, во 2-й группе данный показатель был равен 0,2%.

Таким образом, при анализе вышеизложенного выявлены отличия в показателях, что позволяет, учитывая территориальные особенности и труднодоступность некоторых населенных пунктов Алтайского края предложить усовершенствование работы КЦМК при оказании акушерско-гинекологической помощи.

На сегодняшний день особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности является этапность ее оказания, заключающаяся в различном объеме и уровне медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал. Однако не всегда возможно действовать поэтапно и необходимость нарушения общепринятого алгоритма зависит от ряда причин: диагноза, сопутствующих заболеваний, степени тяжести пациентки, осложнений течения заболевания или послеоперационного периода. Неоценимую роль в данных ситуациях оказания экстренной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению играют специалисты КЦМК. Ежегодно поступает до 5,5 тыс. обращений, при выезде в районы помощь оказывается 2,5 тыс. больным и пострадавшим, только в 12,1% оказывали помощь пострадавшим в ЧС. В период с 2000 года по 2002 год потребность в акушерско-гинекологической помощи возросла в 2,3 раза. Мобильность данного центра, его оснащенность, наличие дежурно – диспетчерской службы которая принимает заявки на оказание экстренной и консультативной помощи, оповещает и проводит сбор квалифицированных специалистов позволяет наиболее быстро отреагировать на нужды пациентов акушерско-гинекологического профиля в условиях повседневного режима деятельности. Организация управления гинекологической службой включает научно-обоснованные формы и методы работы всех подразделений службы, их взаимосвязь, подчинение, структуру и штаты, систему организации и проверки исполнения и т.д. При этом деятельность ОЭПКП КЦМК следует рассматривать как процесс практического осуществления в наиболее трудных случаях оказания специализированной акушерско-гинекологической помощи, а предложенная модель подразумевает наличие гибкого механизма управления и организации, позволяющего координировать через КЦМК все мероприятия в случаях оказания экстренной и консультативной помощи женскому населению края.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВО-АНАЭРОБНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Дикке Г.Б., Хугаева А.Э., Башлыкова И.А., Агаркова Л.А. (Томск)

В последние годы прослеживается четкая тенденция увеличения заболеваемости инфекциями нижнего отдела гениталий смешанной этиологии, которая превышает 50%, отягощает клиническое течение заболевания, нередко приобретает хроническое рецидивирующее течение, создает трудности в диагностике и терапии.

По данным профилактических осмотров 380 женщин, проживающих в г.Томске, было выявлено поражение вагинальным кандидозом (ВК) 52% осмотренных, бактериальным вагинозом (БВ) – 7%, неспецифическим кольпитом –15%, смешанными формами указанной этиологии – 20%.

Рекомендуемая схема лечения при сочетании ВК и БВ (В.Н.Прилепская, 2005) включает применение вагинального крема Далацин в течение 6 дней (или глобули 3 дня) и двукратный прием флуконазола 150 мг в 1-й и 3-й дни терапии. Далее – применение эубиотиков. При этом возможность наличия неспецифической микрофлоры не учитывается. Стоимость курса лечения по данной схеме (с учетом использования оригинальных препаратов и розничной цены на них в аптечной сети) составляет 1409-1529 рублей, что не всегда приемлемо для некоторых категорий граждан.

Цель исследования – изучить клиническую эффективность и фармакоэкономические преимущества комплексного препарата, содержащего нифуратель 500 мг и нистатин 200 000 ЕД (Макмирокомплекс), который входит в альтернативную группу препаратов, рекомендуемых МЗ РФ.

Выбор препарата был обусловлен наличием сведений о его высокой терапевтической активности в отношении данной группы возбудителей и хорошей переносимости по данным зарубежных многоцентровых исследований, коротким курсом лечения, отсутствием побочных эффектов.

Анализ стоимости препарата в аптеках г. Томска показал, что диапазон цен варьирует от 320 до 345 руб., что и составляет курсовую стоимость, поскольку отсутствует необходимость в применении других лекарств, а также в проведении второго этапа лечения эубиотиками, так как Макмирор-комплекс создает оптимальные условия для размножения лактобактерий уже в процессе терапии.

В качестве объекта исследования было отобрано 120 женщин репродуктивного возраста со смешанными формами инфекций влагалища. Критериями исключения являлись хронические рецидивирующие формы ВК, прием антибиотиков в течение 6 мес до обследования, наличие хламидийной инфекции, сахарного диабета. Результаты лечения оценивались на 5-7 и 30-34 дни после окончания терапии.

Клиническая эффективность применяемого препарата непосредственно после лечения составила 94-98%, что согласуется с данными литературы. Сохраняемость терапевтического эффекта через месяц после завершения лечения колебалась в пределах 88-90%.

Таким образом, применение комбинации нифурателя с нистатином в лечении больных смешанными грибково-анаэробно-бактериальными инфекциями нижних отделов полового тракта у женщин является высоко эффективным и экономически целесообразным.

ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Дубисская Л. А., Лялина Е. А., Брагина Л. Б. (Иваново)

Одним из важных критериев качества медицинского обеспечения женщин во время беременности, родов и послеродового периода является показатель материнской смертности.

В условиях демографического кризиса, социально-экономического неблагополучия и ухудшения репродуктивного здоровья в нашей территории добиться существенного улучшения показателя материнской смертности не удается.

Показатель материнской смертности за пятилетие составил 49,8 на 100000 ж.д. В 2000 году показатель материнской смертности составлял 57,3 на 100000 ж.д., в 2004г. - 29,2 на 100000 детей, родившихся живыми. Таким образом, область можно отнести к территориям со средним, нестабильным показателем материнской смертности.

За пять лет (2000-2004 г.г.) в материнскую смертность отнесено 24 случая смерти женщин (49,8‰). Анализ структуры причин материнской смертности за данный промежуток времени позволяет дать объективные данные о структуре основных причин смерти женщин и о её тенденциях в нашей области.

В структуре непосредственных причин материнской смертности в предыдущем пятилетии первое ранговое место занимают кровотечения- 11 случаев из 24 (45,8%). Второе место занимает гестоз-6 случаев (25%). Экстрагенитальная патология стоит на 3 месте - 4 случая (16,6%), далее наркозные осложнения – 2 случая (8,3%) и сепсис-1 случай (4,16%).

Из всех случаев материнской смертности 2 случая смерти (8,3%) расценены как непредотвратимые (ТЕЛА и геморрагический инсульт на фоне артериально-венозной мальформации). Остальные 22 случая (91,6%) материнской смертности были условно предотвратимыми. Из 24-х умерших женщин не состояли на учете в женской консультации 7 (29%) женщин, наблюдались нерегулярно 4 (16,7%) беременные, у 8 (33,3%) женщин беременность была нежелательной, брак не регистрирован был у 5 беременных. Социальное неблагополучие в семье имели 19 (79%) женщин из 24-х. По возрасту умерших женщин можно распределить следующим образом: 45,8% случаев материнской смертности имели место у женщин старше 30 лет,50%- в возрасте 21-30 лет,1 случай смерти произошел у юной беременной в возрасте 17 лет.

Осложненный акушерско-гинекологический анамнез имели 22 (91,6%) женщины, все они имели аборты и выкидыши в анамнезе, у 10 из них-4 и более беременностей в анамнезе. Роды первые были у 4-х женщин, у 2-х из них в анамнезе – аборт, 2-е роды - у 12 женщин, 4-е роды - у 1 женщины, 5-е роды - у 1 женщины. Экстрагенитальная патология установлена у 14 (58,3%) женщин, у одной из них инвалидность третьей группы по заболеванию сердца, в связи, с чем беременность была противопоказана. Анемия выявлена у 9 женщин, ожирение у 5 женщин, хронический пиелонефрит - у 4-х, сифилис при беременности - 1, гепатит А - 1, 2 беременные перенесли ОРВИ тяжелой и средней степени тяжести. У 6 беременных, её течение осложнилось тяжелым гестозом, эклампсия была у 3-х женщин, ПОНРП произошла у 3 беременных.

При экспертизе медицинской документации умерших женщин установлено, что ведущими непосредственными причинами материнской смертности являются кровотечение, гестоз и экстрагенитальная патология. Проведен анализ частоты встречаемости факторов риска у женщин с кровотечениями согласно данным автоматизированной программы « Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных на региональном уровне», разработанной Ивановским НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова (сертификат качества МЗ РФ № 192 от 1996 г.) и внедренный в Ивановской области с 1994г. Имеются существенные различия в частоте таких социальных факторов, как «возраст матери старше 28 лет», «студентка», «возраст матери от 35-40 лет», «не планируемая беременность» у женщин с кровотечением в родах и без них, что позволяет оценить их как факторы риска данной патологии. Социальные факторы не являются ведущими в развитии кровотечения в родах. Играет роль возрастной фактор, так как эта группа женщин имеет больше акушерской и экстрагенитальной патологии.

При рассмотрении влияния факторов, возникающих со стороны репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья в развитии акушерских кровотечений у женщин достоверные различия выявлены в частоте регистрации следующих факторов: «патология шейки матки», «аборты перед первыми родами 1», «аборты перед первыми родами 2», «аборты перед повторными родами 3 и более», «преждевременные роды 2 в анамнезе», «4 и более беременность», «несостоятельный неполноценный рубец на матке», «амниоцентез (прерывание в поздние сроки беременности)». Таким образом, основными факторами риска репродуктивного здоровья по развитию кровотечения в родах являются факторы, связанные с манипуляциями (аборты, предыдущие преждевременные роды, амниоцетез, несостоятельные рубцы на матке, вмешательства на шейке матки). Все они нарушают сократительную способность матки, процесс имплантации плаценты.

Наиболее часто у женщин с акушерскими кровотечениями регистрируются такие факторы, связанные с соматическим здоровьем женщины, как «сердечно-сосудистые заболевания у матери (гипотония)», « специфические инфекции у матери (СПИД, сифилис, туберкулез)» по сравнению с женщинами, не имеющими кровотечений в родах, что также позволяет отнести их к категории факторов риска.

Среди факторов риска, возникающих во время беременности, достоверно значимыми являются: «кровотечение в 1 триместре», «отеки беременных», «предлежание плаценты, низкое расположение плаценты», «кольпит».

Достоверными факторами риска, возникающими в родах являются: «кесарево сечение», «преждевременные роды», «другие родоразрешающие операции», дородовое излитие околоплодных вод», «запоздалые роды», «аномалия родовой деятельности», « разрыв промежности 3ст., глубокие разрывы», «преэклампсия и эклампсия», «мертворождение (антенатальное и интранатальное)». Основной фактор риска со стороны плода - «внутриутробное инфицирование».

Проведенная клиническая экспертиза материнской смертности позволила установить и медицинские факторы, которые способствовали неблагополучному исходу. Установлено, что в женских консультациях не всегда используются все современные технологии для диагностики и профилактики осложнений беременности, имеет место недооценка тяжести гестоза, неадекватно решаются вопросы тактики ведения беременных и рожениц при экстрагенитальной патологии, ФПН, допускается полипрагмазия. Основным просчетом ведения беременных с тяжелыми формами гестоза являются необоснованно длительная терапия, несвоевременная госпитализация, нерациональная тактика при родоразрешении. Врачами акушерами- гинекологами стационаров неадекватно решаются вопросы тактики ведения беременных и рожениц при экстремальных

ситуациях, допускается массивная кровопотеря, промедление в оказании неотложной экстренной помощи и запоздалый переход к радикальному методу лечения - оперативному вмешательству, неадекватная интенсивная терапия.

Таким образом, снижение материнской смертности зависит от многих проблем, которые на местном уровне решаются по следующим направлениям:

1. Обеспечивается система эффективного функционирования дифференцированного родоразрешения женщин в акушерских стационарах по степени риска.
2. Внедряются медицинские стандарты по диагностике и лечению основных видов акушерской патологии, способствующих повышению качества помощи женщинам на всех этапах гестационного процесса.
3. Совершенствуется система подготовки и повышение квалификации кадров.
4. Благодаря успешно разработанной и функционирующей системе мер по профилактике материнской смертности в 2004 году удалось снизить показатель материнской смертности от кровотечений, сепсиса, гестоза, абортов и внематочной беременности.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Егорова И.В., Максимов С.А. (Красноярск)

В Красноярском крае наблюдается неуклонный рост онкологической заболеваемости, среди которой одно из ведущих мест занимает рак шейки матки. За последние годы отмечена тенденция к повышению числа запущенных форм заболевания.

Одной из причин этого явления можно считать снижение показателей массовых профилактических осмотров населения, направленных на раннее и активное выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний, территориальную отдаленность ряда районов Красноярского края, особенности социально-экономического статуса; сложность оказания специализированной медицинской помощи, обусловленной отсутствием мобильности передвижения; кадровый дефицит врачей, владеющих онкогинекологическими навыками. На рисунке 1 показана заболеваемость раком шейки матки 10 районов Красноярского края. Из представленных данных следует, что в отдаленных районах Таймырского и Эвенкийского автономных округов Красноярского края соотношение между впервые выявленными ранними и запущенными формами рака шейки матки составляет 1:1.

В экономически развитых районах, процент выявления запущенных форм не опускается ниже 30% от общей заболеваемости раком шейки матки.

Таким образом, прослеживается общая неблагоприятная тенденция по росту запущенных форм рака шейки матки в Красноярском крае, побуждающая искать новые подходы в разработке лечебных мероприятий, позволяющих повысить эффективность лечения и качество жизни больного.

Значительное количество женщин обращается за медицинской помощью с распространенной формой данного заболевания и наличием анемии различной степени выраженности. Частота и степень тяжести анемии зависит от стадии заболевания, возраста, наличия коинфекции и интенсивности сопровождающей терапии.

При этом наблюдается увеличение количества женщин с тяжелой степенью анемии особенно при III стадии опухолевого процесса, среди них преобладали пациентки из Таймырского и Эвенкийского Автономных округов, Норильской группы районов и г. Красноярска.

Нами был проведен анализ показателей гемоглобина у 1106 больных раком шейки матки на момент поступления в радиологическое отделение № 1 Красноярского краевого онкодиспансера с 1998 по 2002 г. Возраст пациенток варьировал в диапазоне от 30 до 89 лет. Местнораспространенные формы заболевания, т.е. II стадию имели – 540 (48,8%) женщин и III – 363 (32,8%) пациентки. Согласно представленным на рис. 2 данным число больных с показателями гемоглобина 6,5-11 г/дл составляло не менее 40-60%.

Таким образом, наряду с повышением показателей заболеваемости раком шейки матки в Красноярском крае, выявляется и увеличение числа запущенных форм заболеваний, которые в отдаленных регионах составляют 30-50% от первично выявленных, что свидетельствует о недостаточности социальных и профилактических мер по предупреждению и ранней диагностике рака шейки матки.

О РОЛИ АКУШЕРКИ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Запорожец Э.Е., Рябинкина И.Н. (Москва)

Медицинские кадры имеют приоритетное значение, поскольку в значительной мере обеспечивают охрану здоровья населения.

Новые технологии в здравоохранении, методы диагностики и лечения, возросшие требования к качеству медицинской помощи выдвигают новые задачи перед медицинским персоналом, в т.ч. работающим в родовспомогательных учреждениях страны.

В общей численности населения России женщины составляют 53,3%, из них 39 млн. – женщины репродуктивного возраста.

В последние годы наметилась тенденция повышения рождаемости и в 2004 году, по предварительным данным, она составила 10,5 на 1000 населения, т.е. родилось в стране 1 млн. 508 тыс. детей.

В родовспомогательных учреждениях страны работает 39 113 врачей акушеров-гинекологов и 66 259 акушерок. При этом обеспеченность врачами на 10 тыс. женского населения составляет 5,1, а акушерками – 8,9. Соотношение числа врачей и акушерок составляет 1 : 1,7. Происходит постоянный отток акушерок в коммерческие и другие структуры, в т.ч. с изменением профессии.

В связи с изложенным значительный интерес представляют данные, полученные при анкетировании акушерок трех регионов и позволяющие характеризовать их социальный портрет.

По данным статистики, к 2005 году квалификационную категорию имеют 60,3% акушерок, а сертификат специалиста – 69,9%. Такой уровень явно недостаточен для акушерок, оказывающих медицинскую помощь беременным, роженицам и родильницам.

Вместе с тем, совершенно очевидно, что без заинтересованности, понимания и поддержки руководителями здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений, совместных усилий врачей, среднего медицинского персонала и общественности добиться позитивных сдвигов в улучшении качества родовспоможения очень сложно. Руководители, по мнению акушерок, должны стать единомышленниками и сторонниками идеи трансформации роли и места акушерки в процесс оказания акушерской помощи, способствовать поднятию их статуса в реализации задач, стоящих перед современным здравоохранением.

Предварительный анализ показал, что профессия «акушерка» не является престижной из-за низкой заработной платы, недостаточного уважения со стороны работодателей и врачей, перегрузки в сочетании с ночными дежурствами, выполнения несвойственных им функций (санитарки) и т.д.

Важным фактором, как считает большинство опрошенных акушерок, является улучшение организации и условий их труда, оснащение учреждения современным оборудованием и инструментарием, средствами одноразового использования, помимо этого – систематические мероприятия по повышению квалификации и уровня знаний.

Обобщение полученных нами данных позволит сделать выводы и рекомендации, реализация которых, несомненно, будет способствовать повышению эффективности работы акушерок.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Ишпахтин Г.Ю., Осин А.Я.., Мосолов К.В., Одинцова Е.И. (Владивосток)

Общая оценка здоровья девочек и девушек-подростков с использованием качества их жизни (КЖ) изучена недостаточно. В работе изучено КЖ 58 девочек и девушек-подростков в возрасте от 12 до 17 лет, родившихся в тазовом предлежании.

Сформированы следующие группы: с ВСД (вегето-сосудистой дистонией) по симпатико-тоническому типу, с ВСД по ваготоническому типу и с ВСД по смешанному типу, без проявлений ВСД. Более двух третей подростков имели сопутствующие хронические заболевания - хронический гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП), хронический тонзиллит, ожирение, невротические состояния, нарушения опорно-двигательного аппарата, эндемический зоб.

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

Выявлена зависимость КЖ от типа вегетативной дисфункции. Наиболее низкие показатели КЖ наблюдаются у подростков с ВСД по ваготоническому типу и с ВСД по смешанному типу ($p < 0,05$). Ухудшение показателей КЖ обусловлено снижением способности к физическим нагрузкам, ухудшением психического здоровья, наличием болевого синдрома. На вопрос о настроении, две трети подростков ответило, что «у меня часто состояние депрессии, когда мне трудно чем-либо заняться». О наличии болевого синдрома одна треть подростков отвечает, что « у меня почти всегда что-нибудь болит». При этом прослеживается обратная средней силы связь между способностью к физическим нагрузкам и выраженностью болевого синдрома ($r = 0,65$), и прямая корреляционная связь средней силы ($r=0, 59$) между состоянием психического здоровья и снижением жизненной активности.

Из наиболее значимой патологии выявлены - неврозы, ожирение, нарушения опорно-двигательного аппарата ($p < 0,001$). Хронический гастродуоденит, эндемический зоб, ДЖВП ($p < 0,05$). Хронический тонзиллит не оказывает существенного влияния на КЖ ($p > 0,05$).

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

СМЕШАННЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИХ АКТИВАЦИИ, У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Коноплева Т.Н. (Москва)

Вопрос о значении персистентных вирусных инфекций в этиопатогенезе привычного невынашивания беременности неоднократно обсуждался в литературе. При этом считается, что герпесвирусные (цитомегаловирусная, герпетическая) и энтеровирусные инфекции в случае реактивации могут способствовать повторяющимся потерям беременности.

Задачей настоящего клинико-лабораторного исследования явилось вирусологическое обследование женщин с привычным невынашиванием беременности разными методами, сравнительная оценка их диагностической значимости для выявлении персистирующих вирусных инфекций, а также изучение энергетического статуса лимфоцитов и состояния микрофлоры кишечника.

Обследовано 2 группы женщин: 1-я группа – 200 женщин с привычным невынашиванием беременности, у которых было не менее 2 потерь беременности, 2- я группа (группа сравнения) - 50 нерожавших женщин, не имеющих хронических заболеваний.

При вирусологическом обследовании использовали реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) с набором типоспецифических иммунных сывороток, содержащих антитела к вирусам Коксаки А и В (всего 29 сероваринтов), энтеро 68-71, цитомегалии, а также реакцию прямой иммунофлюоресценции с меченными моноклональными антителами к вирусам простого герпеса типа 1 и 2. Идентификацию вирусных антигенов проводили в эпителиальных клетках осадка мочи. По результатам РНИФ изучался морфометрический показатель общей вирусной активности, учитывающий интенсивность специфического свечения и относительное количество клеток, содержащих вирусный антиген.

Для обнаружения вирусов цитомегалии и герпеса в клетках эпителия цервикального канала использовали метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Иммуноферментный анализа (ИФА) применялся для выявления специфических иммуноглобулинов классов М и G к вирусам цитомегалии и герпеса.

Показатели энергетического обмена определялись по активности основных митохондриальных ферментов – сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и α-глицерофосфатдегидрогеназы (α-ГФДГ) в лимфоцитах периферической крови, а также лизосомального фермента - кислой фосфатазы (КФ) с применением количественного цитохимического анализа крови по методу Р.П. Нарциссова .

Изучение микрофлоры кишечника проводилось методом посева кала на дисбактериоз.

Вирусологическое обследование женщин 2 изучаемых групп методом непрямой иммунофлюоресценции эпителиальных клеток осадка мочи проводилось в динамике от 2 до 5 раз с интервалом не менее 3-4 месяцев. При применении данного вирусологического метода диагностики на этапе первичного обследования до беременности вирусные антигены определялась у большинства женщин изучаемых групп: у 97% женщин 1-й группы и у 80% женщин 2-й группы. При сравнительно близких показателях выявляемости вирусных антигенов у пациенток 1-й и 2-й группы определялись статистически достоверные различия по соотношению различных комбинаций вирусов. У женщин двух изучаемых групп приблизительно с одинаковой частотой выявлялись вирусы Коксаки А (97,0% и 80,0%) и герпеса (30% и 24%). Значительно чаще у женщин с привычным невынашиванием беременности обнаруживались вирусы Коксаки В и цитомегалии. Следует отметить, что у пациенток 1-й группы достоверно чаще, чем у пациенток 2-й группы выявлялась смешанная вирусная инфекция, представленная ассоциацией вирусов Коксаки А и В с вирусами цитомегалии, герпеса простого (90,0% и 50,0% соответственно). При динамическом лабораторном контроле выявлялась ситуация, когда те или иные вирусные антигены могли то появляться, то исчезать, что, очевидно, свидетельствует о периодических реактивациях выявляемых вирусных инфекций.

Персистенция вирусов, то есть повторное выявление одних и тех же вирусов в случае их первичного обнаружения с интервалом от 3 до 12 месяцев, была подтверждена практически у всех женщин с привычным невынашиванием беременности (94,0%). При этом персистенция вирусов Коксаки А наблюдалась в 94,0% случаев, Коксаки В – в 57,0%, цитомегалии в 47,0%, герпеса в 49, 0%. У женщин группы сравнения обнаружение одних и тех же вирусов выявлялось реже (50,0%).

В настоящем исследовании по результатам РНИФ был изучен морфометрический показатель общей вирусной активности. У пациенток 1-й группы в 75,0% случаев он составлял от 10 до 15 условных единиц, во 2–ой группе в 70,0% этот показатель находился в интервале от 2 до 9 условных единиц. Подобная разница морфометрического показателя свидетельствует о более высокой актив-

ности хронических смешанных вирусных инфекций у женщин с привычным невынашиванием беременности, чем у женщин группы сравнения.

При изучении специфического иммунного ответа к вирусам цитомегалии и герпеса у подавляющего большинства женщин обеих групп (80% – 85%) выявлялись IgG антитела к изучаемым вирусам. IgM-антитела присутствовали у женщин только при наличии соответствующего IgG и выявлялись у 12 - 16% женщин, что расценивалось, как реактивация соответствующей хронической инфекции. Значительной разницы в частоте обнаружения как антител класса G, так и антител класса М к вирусам цитомегалии и герпеса у пациенток 1 и 2 группы выявлено не было. Вышеизложенные факты свидетельствуют о периодической реактивации цитомегаловирусной или герпетической инфекции, встречающейся с одинаковой частотой в обеих изучаемых группах.

30 женщин 1 группы были обследованы методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Исследовались клетки эпителия цервикального канала на наличие ДНК вирусов цитомегалии и герпеса. Вирус цитомегалии был выявлен у 3 женщин (10%), Вирус герпеса простого - у 4 женщин (13,3% случаев). Всего тот или иной вирус был выявлен у 16,6% женщин с привычным невынашиванием беременности.

Сопоставление информативности результатов разных методов, используемых для выявления хронических вирусных инфекций и их активной формы позволяет сделать вывод о том, что вирусологическое обследование женщин с привычным невынашиванием должно включать несколько вирусологических методов.

Следующей задачей настоящего исследования было изучение энергетического статуса лимфоцитов. При цитохимическом обследовании женщин с привычным невынашиванием беременности изменения активности митохондриальных фрментов (СДГ и ГФДГ) значительно чаще выявлялись у пациенток 1-й группы (70%) по сравнению с женщинами 2-й группы (50%). У 70% женщин с привычным невынашиванием отмечалось изменение активности СДГ, при этом у 43,5% женщин выраженная тканевая гипоксия со снижением активности СДГ, у 20% - глубокая депрессия активности этого фермента. У 26,5% женщин этой группы отмечалась активация СДГ, в том числе у 6,5% резко выраженная (гиперактивация). Активность α-ГФДГ отличалась от нормативных показателей у 68,5% женщин 1 группы, при этом снижение активности, обнаружено у 48,5% пациенток, в том числе глубокая депрессия активности этого фермента у 26,5%. Повышение активности α-ГФДГ выявлено у 19,5% женщин, в том числе гиперактивация в 4,5% наблюдений . В целом, 27,0% женщин 1 группы имели резко выраженные отклонения активности митохондриальных ферментов от нормативных значений, что не наблюдалось у женщин 2-ой группы. У женщин группы сравнения в 50,0% случаев выявлялись лишь умерные отклонения от нормы со снижением или активацей ферментов.

Активность лизосомального фермента - кислой фосфатазы была повышена у всех пациенток 1 группы и у 70,0% женщин 2 группы. Однако, у пациенток с привычным невынашиванием беременности активность этого фермента в 85,0% случаев превышала нормативное значение на 20 единиц и выше, в то время как в группе сравнения активность фермента превышала норму в большинстве случаев не более, чем на 10-15 единиц. Высокая активность КФ свидетельствует о сенсибилизации организма, дисфункции пищеварительной системы. В связи с этим было проведено обследование женщин с привычным невынашиванием беременности на наличие дисбактериоза кишечника. Дисбактериоз кишечника был выявлен у всех обследуемых женщин, при этом у 67,7% пациенток II и III степени. В большинстве случаев (90,0%) отмечалось снижение общего количества кишечной палочки и лактобактерий. У 20,0% пациенток выявлялось снижение бифидобактерий. Среди условно-патогенной флоры при дисбактериозе II-III степени чаще всего высевалась кишечная палочка с гемолизирующими свойствами (70,0%), золотистый стафилококк (27,0%), грибы рода Candida (10,0%), клебсиела (5,0%).

Таким образом, в настоящем исследовании показано, что носительство вирусов, способных к персистенции, широко распространено у женщин репродуктивного возраста. Однако у пациенток с привычным невынашиванием беременности, по сравнению с женщинами группы сравнения, значительно чаще и с большей активностью выявляются смешанные хронические вирусные инфекции, представленные ассоциацией разных вирусов: Коксаки А и В, цитомегалии, герпеса. Кроме того, у этих же женщин гораздо чаще встречаются состояния, способствующие снижению противовирусной защиты: резко выраженые нарушения энергетического обмена в лимфоцитах крови, а также дисбактериоз кишечника. Нормальная эндогенная микрофлора кишечника, имеет способность перехвата и выведения вирусов, что нарушается при дисбиоценозах. В ранее проведенных экспериментальных исследованиях было показано, что в условиях гипоксии повышается активность репликации различных вирусов и накопление их в тканях, в то же время наиболее вирулентные штаммы вирусов группы Коксаки могут и сами индуцировать гипоксические состояния . При этом, формируется порочный круг: чем более выражена тканевая гипоксия, тем выше активность персистентных инфекций и наоборот. Как известно, звеньями патогенеза хронической вирусной, в частности, Коксаки - вирусной инфекции, являются, прежде всего, выраженная аутосенсибилизация организма и нарушение Т-клеточного звена иммунитета, что способствует возникновению иммунопатологического процесса, который может сопровождаться гибелью плода.

Таблица № 1.
Частота выявления вирусных антигенов у женщин с привычным невынашиванием беременности при первичном обследовании.

Антигены вирусов	1 группа (n = 200) n_1%	2 группа (n =50) n_1%
Коксаки А	194 97,0	40 80,0
Коксаки В	120 60,0 *	15 30,0
Энтеро- 68-71	60 30,0	15 30,0
Всего энтеровирусов	194 97,0	40 80,0
Цитомегалии	80 40,0 *	13 25,0
Герпеса простого 1, 2	60 30,0	12 24,0
Всего с вирусной инфекцией	200 100,0	40 80,0
В т.ч. смешанной	194 97,0*	25 50,0

n_1 – абсолютное число случаев с выявленной инфекцией
** Отличие от соответствующих показателей в контрольной группе достоверно.*

Таблица № 2.
Частота выявления вирусных антигенов у женщин с привычным невынашиванием беременности хотя бы в одном анализе при повторном обследовании.

Антигены вирусов	1 группа (n = 200) n_1%	2 группа (n =50) n_1%
Коксаки А	200 100,0	48 96,0
Коксаки В	150 75,0*	15 30,0
энтеро- 68-71	90 45,0	13 25,0
всего энтеровирусов	200 100,0	48 96,0
цитомегалии	120 60,0*	16 32,0
герпеса простого 1, 2	110 55,0*	15 30,0
всего с вирусной инфекцией	200 100,0	48 96,0
в т. числе смешанной	200 100,0*	25 50,0

n_1 – абсолютное число случаев с выявленной инфекцией
** Отличие от соответствующих показателей в группе сравнения достоверно*

Таблица № 3.
Антитела классов G и М к вирусам цитомегалии и герпеса

Типы антител	1 группа (n =100) n_1%	2 группа (n = 100) n_1%
IgG к цитомегаловирусу	80 80,0	85 85,0
IgM к цитомегаловирусу	15 15,0	12 12,0
IgG к вирусу герпеса простого	85 85,0	83 83,0
IgM к вирусу герпеса простого	17 17,0	14 14,0

Таблица №4.
Показатели ферментного статуса лимфоцитов у женщин репродуктивного возраста.

Цитохимические параметры	Женщины с привычным невынашиванием беременности (n =400)	Группа сравнения (n =50)
СДГ:		
средняя активность в популяции, (число гранул в лимфоците, норма 18-20)	20,0%	0,0
депрессия (13-16)	23,3%	21,43%
снижение (16-18)	30,0%	50,0%
норма (18-20)	20,0%	28,57%
активация (20-22)	6,66%	0,0
гиперактивация (22-26)		
α-ГФДГ:		
средняя активность в популяции, (число гранул в лимфоците, норма 10-12)	26,39%	0,0
депрессия (1-8)	22,22%	53,56%
снижение (8-10)	31,95%	46,43%
норма (10-12)	15,28%	0,0
активация (12-14)	4,17%	0,0
гиперактивация (14-16)		
КФ:		
энзим-положительные лимфоциты, (%, норма 45-60%)		
75-85%	85%	10,0
60-75%	15%	70%
45-60%	0,0	20%

МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖИТЕЛЬНИЦ Г.ВОРОНЕЖА И ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Коротких И.Н., Ходасевич Э.В., Быстрянцева Ю. А. (Воронеж)

Частота оперативного родоразрешения беременных г. Воронежа и Воронежской области не имеет тенденции к снижению. За последние 7 лет она выросла более чем на 5%. Путем кесарева сечения в Воронежской области родоразрешается каждая шестая беременная, в г.Воронеже - каждая третья. По данным областного родильного дома, частота кесарева сечения за последние 3 года колеблется от 33 до 39%. Анализируя структуру показаний к оперативному родоразрешению, следует отметить, что приоритет, по-прежнему, принадлежит оперированной матке (2003 г. - 17,9%; 2005 г. - 23,6%).

В отечественной и зарубежной литературе неоднократно обсуждались сложности реабилитации и последующих беременностей у пациенток с рубцом на матке, что подчеркивает важность и актуальность этой проблемы. В то же время сохраняющаяся многие годы структура показаний и частота оперативного родоразрешения, несмотря на упорные усилия по ее снижению, отражают более глубокие экологические и медицинские проблемы Воронежской области.

Город Воронеж, будучи крупным промышленным центром, является напряженной экологической зоной. В наиболее загрязненных районах г.Воронежа выброс вредных веществ в воздух достигает 11,7 тыс. т/год (в среднем по городу 3,0 тыс. т/год). Основная доля валового выброса в области приходится на предприятия пищевой промышленности, жилищно-коммунального хозяйства, топливной промышленности, энергетики, стройиндустрии, машиностроения и металлообработки, химической промышленности. Продолжают расти выбросы автомобильного транспорта, которые составили 334,6 тыс. т/год. При этом в атмосферу поступает 138,3 т свинца, 5,1 тыс. т сажи, 46,1 тыс. т углеводородов, 248,7 тыс. т диоксида углерода. В 2 раза и более превышались ПДК пыли, диоксида азота, свинца в атмосферном воздухе городов Воронеж, Лиски, Россошь, Борисоглебск, многих районных центров. Из 34 районов Воронежской области в 10-ти наиболее развитых в экономическом отношении отмечается высокая степень загрязненности воздуха (ВСЗ) (до 7 тыс. т/год). В районах с ВСЗ наблюдаются достоверно более высокие показатели заболеваемости щитовидной железы, нарушений генеративной и репродуктивной функции женщин, а также заболеваемости новорожденных. По данным ряда авторов, воздействие на организм женщины ртути, фосфора и его пятиокиси (компонентов удобрений и пестицидов), а также повышение в окружающей среде марганца и фтора может сопровождаться не только менструальной дисфункцией, но и более высокой частотой экстрагенитальной патологии, осложнениями течения беременности, родов и лактации. Подвергая анализу заболеваемость беременных с 1998 года, следует отметить неуклонный рост этого показателя (в 1998 г. - 8205,6, а в 2002 г. - 10511 пациенток на 10000 закончивших беременность). Ежегодно увеличивается доля беременных с анемией, болезнями мочеполовой системы, системы кровообращения, эндокринной патологией. Отмечается умеренный рост поздних гестозов и фетоплацентарной недостаточности. Высокая заболеваемость и осложненное течение беременности более чем у 70% женщин естественным образом сказывается на исходе родов. В областном родильном доме показатель нормальных родов колеблется от 11,8% до 13,7%; по Воронежской области он выше и достигает 26,5% (в 1998 г.-31,3%).

Анализируя долю оперативного родоразрешения среди беременных различных районов Воронежской области, родоразрешенных в областном роддоме, нами отмечены районы с устойчиво высокой частотой кесарева сечения: г.Воронеж, г.Лиски, Хохольский, Ново-Усманский, Рамонский, Богучарский, Борисоглебский, Бобровский, Аннинский, Россошанский, Репьевский районы. Большинство из перечисленных районов относятся к зоне ВСЗ и характеризуются высокой заболеваемостью населения. Среди причин патологических родов также и такие, как поздняя явка в женскую консультацию, социальная незащищенность, удаленность от медицинских учреждений, недооценка тяжести и несвоевременная госпитализация беременных и др.

Обсуждая проблемы оперативного родоразрешения, следует остановиться на перинатальной смертности. В 1998 г. этот показатель по Воронежской области составил 15‰, а в 2003 г., при возрастании частоты кесарева сечения в среднем на 5%, уже 9,8‰. Подобное снижение перинатальной смертности указывает на обоснованность показаний для оперативного родоразрешения и небольшие резервы для снижения его частоты. Тем не менее, в нашей клинике все чаще обсуждается вопрос о возможности самостоятельных родов в группах высокого риска. Имеется возможность и родоразрешаются естественным путем беременные с рубцом на матке, тазовым предлежанием плода, тяжелым гестозом и аномалиями родовой деятельности в условиях длительной эпидуральной анестезии, крупным плодом и т.д.

Другой важной проблемой, решаемой нами в условиях высокой оперативной активности в акушерстве, является профилактика осложнений и полноценная реабилитация больных. С этой целью нами разработаны подходы предоперационного обследования и подготовки беременных, способы интраоперационной профилактики и послеоперационного ведения больных, позволившие свести частоту гнойно-септических осложнений к минимуму. Используя схему предоперационной подготовки и обследования пациентки, включающую оценку уровней адаптации организма беременной и эндогенной интоксикации, внутривенное лазерное облучение крови, озонотерапию и др., нам удается сократить или отказаться от использования антибиотиков у части родильниц, что позволяет рано прикладывать ребенка к груди и служит профилактикой гипогалактии.

Таким образом, в условиях все возрастающей экологической напряженности в г. Воронеже и области, нет видимой возможности снизить обще-соматическую и акушерскую заболеваемость у беременных и рожениц, что обусловливает высокую частоту оперативного родоразрешения. Незначительные резервы по умень-

шению доли кесарева сечения не приведут к существенному ее снижению, изменив лишь структуру показаний. Полноценное предоперационное обследование и подготовка беременных к родоразрешению, а также комплекс профилактических мероприятий позволяют значительно улучшить исход оперативных родов, сократив при этом сроки реабилитации.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НИТРОКСИЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА И ЕГО КОМБИНАЦИЙ С ГЕСТАГЕНАМИ

Корхов В.В., Петросян М.А., Ржезников В.М. (Санкт-Петербург)

Эстроген-гестагенные препараты находят широкое применение в акушерско-гинекологической практике и прежде всего с целью гормональной контрацепции. В качестве эстрогенного компонента комбинированных оральных контрацептивов в настоящее время используется этинилэстрадиол. Его противозачаточное действие связано с выраженной эстрогенной активностью, которая, как полагают, может является причиной нежелательных побочных эффектов. Поиск новых эстрогенов, обладающих высокой контрацептивной активностью на фоне низкой утеротропной активности является перспективным направлением исследований.

В лаборатории химии стероидов и простагландинов ЭНЦ РАМН (В.М.Ржезников и др.) в ряду эстрогенов были синтезированы новые соединения – стероидные нитраты. Наиболее интересным для нас является нитроксиэтинилэстрадиол (нистранол). Известно, что 11-нитрат этинилэстрадиола обладает более высокой эстрогенной активностью, чем этинилэстрадиол. Вместе с тем это соединение в комбинации с гестагенами в соответствующих дозах обеспечивает выраженное контрацептивное действие. Так, комбинация нитроксиэтинилэстрадиола и гестагена ацетомепрегенола при оральном введении вызывает у крыс 90% контрацептивный эффект. Контрацептивная активность этого синтетического эстрогена в несколько раз превосходит эстрогенную активность, определяемую в утеротропном тесте на неполовозрелых самках крыс. Таким образом, нитроксиэтинилэстрадиол характеризуется высокой контрацептивной активностью и выраженной диссоциацией антифертильных и утеротропных эффектов.

Одним из возможных механизмов действия комбинированных эстроген-гестагенных перепаратов на репродуктивную систему является антигонадотропное влияние на аденогипофиз, выраженное в угнетении секреции гонадотропинов. В опытах на половозрелых крысах при длительном (14-ти дневном) введении комбинации нитроксиэтинилэстрадиола и гестагена ацетомепрегенола определяли уровень лютеинизирующего гормона в сыворотке крови в активную стадию цикла. Результаты опытов показали, что уровень ЛГ в сыворотке крови животных значительно снижается по сравнению с контролем.

В дальнейшем нас интересовало определение контрацептивной активности комбинации нитроксиэтинилэстрадиола (нистранола) в дозе 0,025 мг/кг и сильного гестагена бутагеста в дозе 0,15 мг/кг, названной нитрогестом. Исследование контрацептивной активности нитрогеста проводили на крысах линии Вистар в сравнении с зарубежными контрацептивными препаратами (марвелон, силест, жанин) в сопоставимых дозах:

Наши исследования показали, что нитрогест, так же как силест, проявлял 100%-ный контрацептивный эффект, причем в меньших по эстрогенному компоненту дозах. Жанин и марвелон, в сопоставимых дозах, уступали по активности нитрогесту (88% и 80%, соответственно).

В дальнейших исследованиях посвященных изучению контрацептивной активности сниженных доз наиболее эффективных препаратов, было установлено, что нитрогест (нистранол – 0,01-5мг/кг, бутагест – 0,0375мг/кг) проявляет максимальный контрацептивный эффект (100%), в то время как при введении силеста (этинилэстрадиол – 0,012мг/кг, норгестимат – 0,08мг/кг) контрацептивный эффект составил лишь 36%.

Следует отметить, что на фоне введения нитрогеста спаривание животных происходило более активно, чем в группах сравнения. Применение марвелона, силеста и жанина приводило к снижению «охоты», по сравнению с контрольной группой животных и животными, получавшими нитрогест.

Таким образом, проведенные нами экспериментальные исследования оригинального эстроген-гестагенного препарата нитрогеста, в состав которого входит новый эстрогенный компонент нитроксиэтинилэстрадиол, установили, что испытуемый нами препарат вызывает высокий контрацептивный эффект, не уступающий по активности контрацептивам последнего поколения (жанин, силест, марвелон). Преимущество изучаемого препарата также состоит в обеспечении 100% контрацептивного эффекта при применении его в уменьшенных дозах. Кроме того, не было выявлено угнетающего влияния нитрогеста на половое поведение животных, что позволяет предположить возможность отсутствия в клинических условиях таких побочных эффектов как депрессия и угнетение либидо.

ВЛИЯНИЕ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Кузнецова Н.Н., Тетелютина Ф.К., Жевлакова Т.Н. (Ижевск)

В настоящее время содержание токсических веществ в воздухе рабочих помещений, как правило, не превышает предельно допустимых концентраций или превышает нормы ПДК в сравнительно небольшом количестве, в связи с чем наибольший интерес представляет изучение влияния промышленных факторов малой интенсивности на специфические функции женского организма.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния промышленных факторов на состояние репродуктивного здоровья женщин – работниц промышленного предприятия, изучение гинекологической патологии и выявление связи с профессиональными факторами.

Материалы и методы исследования: обследовано 142 работницы, из которых 82 имеют контакт с химическими факторами (лакокрасочные материалы)-основная группа. В процессе трудовой деятельности проявляется комбинированное действие лакокрасочных материалов (растворители, ароматические углеводороды, нитросоединения) на организм (гепатотоксический эффект, влияние на систему крови, ЦНС). . Группа сравнения представлена 60 женщинами, работающими в административно-управленческих и хозяйственных отделах.

Помимо общеклинических методов обследования нами проведены гинекологический осмотр, расширенная кольпоскопия, эхографическое исследование органов малого таза, бактериоскопическое исследование влагалищного содержимого, биопсия по показаниям.

Результаты исследования: возраст женщин колебался от 18 до 49 лет. Средний возраст составил в основной группе 28 лет+\- 3,7 года, в группе сравнения 31,2 года +/- 2,1 года ($p> 0,05$). Среди обследуемых женщин соматические заболевания были отмечены чаще в основной группе. Работницы, контактирующие с химическими реагентами чаще страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями печени и желчевыводящих путей, заболеваниями крови ($p<0,05$). При оценке состояния репродуктивного здоровья работниц промышленного предприятия нами установлено, что менархе варьировал от12 до 14 лет, у 3 пациенток (2,1%)- в 10 лет, у 3 (2,1%)- в 16 лет. Средний возраст менархе составил 13,3 лет±0,5 года, в группе сравнения 13,1 года±0,6 года ($p>0,05$). Менструальный цикл установился сразу в основной группе у 68 женщин (83%), в группе сравнения у 41 женщин (68%) ($p> 0.05$). Установился через 1-2 года в основной группе у 12 женщин (14,6%), в группе сравнения у 15 (25%). В настоящее время нарушение менструального цикла выявлены у 30 женщин (36,6%), из них альгоменорея у 8 женщин (26,6%), гиперполименорея у 24 женщин (80%), другие нарушения (аменорея, нерегулярные, неуточненные

менструации, гипо и олигоменорея у 2 женщин (6,6%). В группе сравнения на рушения цикла выявлены у 12 женщины (20%), из них альгоменорея у 4 женщин (33,3%), гиперполименорея у 8 (66,7%) и другие нарушения у 1 (4,8%).

Среди обследуемых женщин в обеих группах отмечена тенденция к раннему(до 18 лет) началу половой жизни. Чадородная функция достоверно не отличалась в основной и группе сравнения. В среднем по группам на одну женщину пришлось по 1,58 родов и 3,4 абортов. 1-2 аборта в основной группе имеют в анамнезе 48 женщин (58,8%), в группе сравнения 25 женщин (41,6%). Сделали более 3 абортов в основной группе 20 женщин (24,3%) в группе сравнения 15 (25%). Не делали абортов в основной группе 14 человек (17%), в группе сравнения 20 человек (33,3%).

Проведённые исследования показали, что длительное, комбинированное воздействие вредных факторов, оказывает неблагоприятное влияние на специфические функции женского организма.

Согласно данным гинекологические заболевания отмечались в основной группе чаще, чем в группе сравнения. Миома матки почти в 3 раза, кисты яичников в 2 раза чаще встречаются у женщин, контактирующих с вредными химическими реагентами. Установлено, что миома матки встречается в основном после 30 лет. В то время, как заболевания шейки матки встречаются у работниц в возрасте от 21 до 30 лет. Частота указанных заболеваний зависит от длительности влияния вредных химических факторов.

Установлено отрицательное влияние химических факторов на репродуктивное здоровье работниц промышленного предприятия, что диктует использование мероприятий по снижению профессионального риска у женщин, раннего выявления гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивного здоровья, а также проведения медико-профилактических и реабилитационных мероприятий у работниц с повышенным уровнем профессионального риска.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА, ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Кустаров В.Н., Конычева Е.А., Маады Г.М., Шиганова О.В. (Санкт-Петербург)

Проблема снижения материнской смертности в Республике Тыва, в регионе с суровыми климатическими и неблагоприятными экологическими условиями, имеет острую актуальность в связи с практическим отсутствием специальных обобщающих исследований и разработок в данном направлении.

Отрицательное воздействие на здоровье жителей Республики Тыва оказывают такие факторы, как резкие суточные колебания температуры и атмосферного давления в весеннее-осенний период, несбалансированное питание, высокий уровень инсоляции, техногенные факторы. С целью выяснения причин материнской смертности в условиях республики Тыва был проведен анализ показателей за период с 1994 по 2003 гг. путем ретроспективного анализа 49011 исходов родов.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что материнская смертность за исследуемый период колебалась в разные годы от 68,74 до 233,0 и составляет в среднем 137,5±0,16, что почти в 2 раза превышает средний показатель по РФ.

Среди причин материнской смертности в республике первое место занимает смертность при гестозе, и составляет 59%.

Данные анализа свидетельствует о росте заболеваний, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода. Преобладают анемии (железодефицитные) и патология почек (хронический пиелонефрит).

С целью снижения материнской смертности в республике была разработана система организационных и лечебно-профилактических мероприятий, заключавшаяся прежде всего в организации перинатального центра, который начал функционировать в 2000г. В состав перинатального центра РТ входят центр планирования семьи и репродукции, женская консультация с клинико-диагностическим отделением и акушерско-гинекологический стационар.

Специализированная акушерско-гинекологическая амбулаторная помощь по проблемам семьи, имеющая в регионе высокую социальную и медицинскую значимость, оказывается пациенткам на базе центра планирования семьи и репродукции. Специалисты ведут приемы по вопросам гинекологической эндокринологии и бесплодия, невынашивания беременности, планирования семьи, профилактики абортов. Существуют выездные амбулаторные бригады, которые позволяют охватить всю территорию республики для диспарензации женщин с высокой степенью риска. Ведущая роль в охране состояния беременной и плода отводится женской консультации. Основными задачами амбулаторной службы являлись уточнение стандартов контроля при физиологической и патологической беременности (консультации смежными специалистами), уточнение факторов риска осложнений беременности и перинатальной патологии, показаний для госпитализации в отделение патологии беременности или в дневной стационар с целью проведения лечебно-профилактических мероприятий. Контроль за состоянием матери и плода включает оценку состояния системы гемостаза и кровотока у матери, допплерометрию, кардиотокографию и фетометрию у плода.

Медицинская помощь роженицам высокой степени риска осуществляется в реанимационных условиях под кардиомониторным контролем за состоянием матери и плода. При осложненных родах используются современные акушерские и анестезиологические технологии, включающие перидуральную анальгезию в родах и анестезию во время кесарева сечения, мониторный контроль за основными жизненно важными функциями организма, методы эфферентной терапии (плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенное лазерное облучение, реинфузия).

Таким образом, разработанная система организационных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение качества диспансеризации беременных в условиях республики Тыва, позволила снизить показатель материнской смертности с 14-6,1±0,24 за период до открытия перинатального центра до 98,9±0,-14 за период после открытия перинатального центра.

ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Лебеденко Е.Ю., Выгонская Т.В., Буштырев В.А. (Ростов-на-Дону)

Одной из приоритетных задач здравоохранения является снижение перинатальной смертности. В Ростовской области в 2004 году показатель младенческой смертности (13,7‰) превышает таковой по Российской Федерации (11,5% о). Анализ структуры младенческой смертности в области показал, что 35,1% детей погибают на 1-ом месяце жизни от заболеваний периода новорожденности; 22,8% составляют потери от инфекционных заболеваний, в том числе перинатальных инфекций (32,3% в структуре инфекционных причин);. 17,6% смертей связаны с врожденными пороками развития; 13,0% -от заболеваний органов дыхания; на долю неустановленных и прочих причин, в том числе и социальных (несчастные случаи и случаи смерти детей на дому в семьях высокого социального) приходится 11,4%.

В структуре младенческой смертности по периоду жизни ребенка ранняя неонатальная смертность составляет 44,6%, поздняя неонатальная - 21,1%, постнеонатальная - 34,3%. Основные потери (65,6%) приходятся на неонатальный период. Одной из причин такого положения является низкий уровень здоровья беременных женщин, как и населения в целом, на которое накладывает свой негативный отпечаток неблагоприятная экологическая обстановка промышленных зон области. Другой причиной высокого показателя младенческой смертности в РО является переход с 1 января 1993 года России на международные критерии живорожденности, когда ребенком стали считать плод с массой менее 1000 г, проживший более 172 часов. Так, если показатель младенческой смертности в области в 1992 г. составлял 18,6‰, то переход на новую систему определил рост этого показателя в 1993 году до 21,5‰.

Снижение перинатальных потерь в связи с переходом на современные критерии живорожденности потребовали технического переоснащения родовспомогательных учреждений медицинской аппаратурой, необходимой для реанимации и выхаживания недоношенных детей с критически низкой массой тела. Благодаря существенным финансовым вложениям, начиная с 2000 года, в сфере детства и родовспоможения области произошли позитивные сдвиги. Была значительно улучшена материально-техническая база службы. С 2001 года после реконструкции были введены в эксплуатацию родильные дома, оснащенные современным оборудованием в 4 городах области, отремонтированы родильные отделения центральных районных больниц.

Развитию службы детства и родовспоможения также способствовала, действовавшая в области в 2001-2004 годах, целевая программа «Безопасное материнство», благодаря которой было закуплено и направлено в родовспомогательные учреждения современное медицинское оборудование. За истекший период из бюджетов всех уровней на реализацию этих мероприятий и отдельными постановлениями было выделено более 70 млн. рублей.

Особая роль в комплексе указанных мероприятий принадлежит открытию в 2001 году в соответствии с постановлением Главы Администрации (Губернатора) области областного перинатального центра при МЛПУЗ «ГБ№20» г.Ростов-на-Дону, в рамках которого в педиатрическом отделении для недоношенных детей были выделены и оснащены современным медицинским оборудованием 10 коек для реанимации недоношенных детей, с последующим увеличением до 15.

Следующим этапом развития специализированной помощи новорожденным стала организация в мае 2004 года межрайонных неонатальных центров с организацией в детских реанимационных отделениях реанимационных коек для новорожденных. Для оснащения реанимационных мест в этих центрах современное медицинское оборудование из средств ФФОМС на общую сумму 14 млн. рублей (аппараты ИВЛ, прикроватные мониторы, инфузоматы, реанимационные наборы).

Укрепление материально-технической базы родовспомогательных учреждений и создание областного перинатального центра, позволило изменить подходы к оказанию помощи новорожденным и недоношенным детям. Основной принцип – ранний перевод тяжелых детей (с первых часов и суток жизни) из родильного в специализированное отделение, располагающие не только необходимым оборудованием, но и высококвалифицированными кадрами. За 2004 год выполнено более 900 выездов в территории области и эвакуировано 1072 новорожденных. Из них в областной перинатальный центр госпитализировано 928 детей из родильных стационаров территорий области и г. Ростова-на-Дону.

Комплекс вышеперечисленных мероприятий положительно отразился на важнейших показателях, характеризующих состояние службы родовспоможения и детства. Так, показатель материнской смертности снизился в 2,7 раза с 59,9 в 2001 году до 21,9 в 2003 г, а по итогам 2004 года составил 9,6, при среднероссийском 31,0. Снижение показателя младенческой смертности с 2000 года составило 24% (с 18% о в 2000 г. до 13,7%о в 2004 г).

Таким образом, здравоохранение Ростовской области располагает достаточным резервом для снижения младенческих потерь, реализация потенциала которых позволит их свести к уровню непредотвратимых.

ОЦЕНКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА РАБОТЫ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЧР

Лепшоков Р. Д. (Черкесск)

В современных условиях ограниченного финансирования особое значение отводится правильной организации здравоохранения вообще и охране репродуктивного здоровья женщин и детей в частности. В Карачаево-Черкессии в течение последних лет функционирует система охраны репродуктивного здоровья, охватывающая амбулаторное и стационарное звено акушерско-гинекологической и педиатрической службы. В основу деятельности системы положены следующие принципы:

- интеграция смежных служб,
- внедрение современных лечебно-диагностических технологий,
- выделение групп риска среди беременных, рожениц и новорожденных,
- концентрация этих контингентов больных в крупных консультативно-диагностических акушерских центрах, специализированных родильных домах,
- выявление патологических состояний на доклиническом уровне,
- совершенствование реанимационной помощи и интенсивной терапии,
- ранняя реабилитация с целью предотвращения инвалидности.

На амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской помощи беременным в качестве положительного результата отмечено уменьшение числа рожениц, не состоявших на учете при беременности с 8,2% в 1999 г. до 4,3% в 2004 г., увеличение удельного веса беременных, взятых на диспансерный учет в ранние сроки - до 12 недель беременности с 67,5% в 1999 г. до 74% в 2004г. Снизился процент осмотра беременных терапевтом и составил в 2004 г. 96,2%, а осмотр беременных терапевтом до 12 недель составил всего 73,5%. Позднее взятие беременных на диспансерный учет и несвоевременный их осмотр терапевтом не позволяет своевременно проводить полный объем лечебно—оздоровительных мероприятий, ведет к возникновению осложнений беременности, родов, внутриутробному поражению плода, перинатальной смертности. За счет улучшения деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений акушерско-гинекологического профиля, в т. ч., по планированию семьи, удалось снизить уровень недонашивания и невынашивания в республике с 10,03% в 1999 г. до 8,5% в 2004 г.

Отмечено снижение частоты нормальных родов до 29,1%.

Перинатальные потери в 2004 г. составили 9,5‰, при сохранившейся тенденции снижения ранней неонатальной смертности до 4,4‰. Снижение ранней неонатальной смертности в республике в 2004 г. можно связать с улучшением качества медицинской помощи в родах и проведения первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном зале, присутствием неонатологов на родах, оснащением родильных стационаров фетальными кардиомониторами, обеспечением отделения аппаратами ИВЛ, кювезами, мониторами и современными лекарственными препаратами, включая сурфактанты, иммуноглобулины и антибиотики.

Уменьшению перинатальных потерь и родового травматизма плода в республике способствовало увеличение частоты кесарева сечения с 10,5% в 1999 г. до 14,7% в 2004 г.

Улучшению качественных показателей службы охраны материнства и детства в значительной степени способствовала деятельность выездной реанимационной службы (акушерской, анестезиолого-реанимационной и неонатологической). Деятельность РПЦ и выездных бригад обеспечила возможность перераспределения контингентов беременных в зависимости от степени риска материнской и перинатальной патологии и позволила в районных акушерских стационарах, не располагающих сложными технологиями, увеличить долю нормальных родов и снизить число патологических и преждевременных родов.

При анализе качественных показателей выявлено, что в 2004 г. показатель перинатальной смертности в районных родовспомогательных стационарах был в 15,4 раза раз ниже такового в РПЦ - 14,8%о, Зеленчукская ЦРБ - 4,7%о, Карачаевская ЦРБ - 4,07%о, Малокарачаевская ЦРБ - 4,06%о, Усть-Джегутинская ЦРБ - 1,63%о. В родильных отделениях Адыге-Хабльской, Хабезской и Урупской ЦРБ перинатальная смертность отсутствовала. Низкие показатели перинатальной смертности, или ее отсутствие, в центральных районных больницах можно констатировать как выполнение принципа этапности оказания медицинской помощи беременным и роженицам и улучшением качества оказания им медицинской помощи.

Следовательно, новые формы организации перинатальной службы в республике позволили достаточно эффективно перераспределить потоки беременных и рожениц, сконцентрировав пациентов высокого риска в республиканском перинатальном центре, и, благодаря этому, снизить акушерскую и перинатальную патологию, как в районных акушерских стационарах, так и в целом по республике.

Таким образом, реорганизация службы охраны материнства и детства в республике с созданием трехуровневой системы и разграничением функций ЛПУ различного уровня позволила повысить качество медицинской помощи женщинам и детям и значительно улучшить показатели работы службы. Важнейшим условием успеха явилась координация деятельности акушерской и педиатрической служб, осуществляемая на муниципальном и региональном уровне.

СТРУКТУРА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Малкова О.Г., Левит А.Л., Мазуров О.И., Колесникова Т.Н., Черкасская Е.Ф., Варламова Е.Г. (Екатеринбург)

В Свердловской области уровень материнской смертности, связанной с тяжелой преэклампсией, эклампсией, геморрагическим шоком, сепсисом, хотя и имеет тенденцию к снижению, продолжает оставаться достаточно высоким. Учитывая экологическую и медико-социальную обстановку, низкий индекс здоровья населения, количество беременных и рожениц с осложненным течением беременности, родов, тяжелой экстрагенитальной патологией в ближайшие годы существенно не сократится.

Целью работы явился анализ структуры и коррекции критических состояний у больных с тяжелой акушерской патологией, доставленных специалистами «ЦМК и НС» из родильных домов области в ГУЗ «СОКБ № 1».

За период с 2000 по 2004 года через госпитализацию в ОРИТ, с последующим лечением в гинекологическом отделении, прошли 116 пациенток с тяжелой акушерской патологией. Средний возраст больных составил 25,6±1,56 года. Число пациенток с осложненными вариантами течения беременности, требующими проведения интенсивной терапии (ИТ), увеличилось более чем в 2 раза за последние два года – от 15 до 38 человек. При этом отмечено достоверное снижение летальности в данной группе за 5 лет с 35,7% в 2000 году до 2,63% в 2004. В среднем летальность составила 11,21% (13 человек).

Сроки госпитализации в ОРИТ из стационаров и роддомов Свердловской области от начала заболевания в 2000-2002 гг. составили 3,4±0,67 дня, в 2003 году – 2,16±0,33 дня, а в 2004 году этот показатель снизился до 1,91±0,21 суток. Средние сроки пребывания пациенток в ОРИТ за этот период составили 7,6±1,4 дня. Средняя длительность ИВЛ составила 4,9±1,2 дня.

Структура акушерской патологии в указанный период была представлена следующим образом. Отмечается относительно высокая частота встречаемости такого грозного осложнения преэклампсии как эклампсия – от 9 до 14%. Пациентки с тяжелой преэклампсией составили 12% в 2001 и 2003 годах, 22% и 27% в 2002 и 2004 годах. Если преэклампсия исторически занимает в структуре материнской смертности достаточно стабильное место, то сепсис имел отчетливую тенденцию к снижению – от 35 до 16% за этот период.

Требует внимательного анализа увеличение доли акушерских кровотечений за последний год, среди которых 16,22% (7,1% в 2000г.) – случаи преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты у пациенток с тяжелой преэклампсией, из которых 13,5% (7,1 в 2000 году) сопровождалось внутриутробной гибелью плода. Ведущим реанимационным синдромом в группе пациенток с тяжелой акушерской патологией является синдром острой церебральной недостаточности, обусловленный эклампсией, ОНМК, гипертонической энцефалопатией (от 24,2 до 62,5% больных). По сравнению с 2003 годом в 2004 году отмечается увеличение доли тяжелой преэклампсии, сопровождающейся геморрагическим шоком (с18,2 до 32,4%), на фоне снижения пациенток с септическими осложнениями (с 51,5% до 21,1%).

На местах в акушерских стационарах допускались следующие ошибки: недооценивалась тяжесть преэклампсии; несвоевременно проводилось родоразрешение на фоне неадекватной терапии; стремление резко снизить артериальное давление исчерпывало механизмы ауторегуляции и снижало мозговой кровоток до критического уровня; ранняя экстубация, приводила к рецидиву приступа эклампсии и отеку легкого.

В ОРИТ у 22 (18,9%) больных с СПОН и постэкламптической энцефалопатией к 4 суткам развился гнойно-некротический метрит. В этих случаях формирование очага инфекции сопровождалось резким ухудшением состояния больных, именно очаг инфекции в матке являлся инициатором повторных эпизодов цитокинового каскада. В данных случаях выполнялась гистерэктомия с трубами, дренированием брюшной полости на фоне продолжающейся комплексной терапии. Генерализация инфекционного процесса расценивалась как переход SIRS в сепсис. В формировании СПОН, сепсиса ведущее значение имеют иммунные нарушения – вторичный иммунодефицит.

Современные данные подтверждают концепцию активного хирургического подхода. «Релапаротомия по требованию» в связи с ухудшением клинического состояния, отсутствием улучшения, наличием лихорадящего состояния, является вполне эффективной и адекватной. Процесс принятия хирургического решения базируется на современных диагностических методах (КТ, УЗИ, МРТ, гистероскопия) и хирургическом мышлении. В лечении конкретного больного только положительная клиническая динамика является маркером избранного подхода. Плановая релапаротомия показана при явной неэффективности первичной санации брюшной полости. В условиях нарастания генерализации инфекции иммунная система не может выполнять свою главную функцию осуществления иммунологического надзора, что приводит к развитию тяжелых гнойно-септических осложнений и усугубляется СПОН. В связи с прогрессированием перитонита, релапаротомия после гистерэктомии с целью проведения ревизии и санации брюшной полости, ликвидации спаечной кишечной непроходимости выполнена у 9 (7,7%) больных, с целью остановки внутрибрюшного кровотечения, ликвидации гематом таза у 3 (2,6%), диагностическая лапароскопия – у 3 (2,6%).

Методы экстракорпоральной детоксикации использовали у больных с СПОН с доминированием почечной недостаточности, отека легких и головного мозга, а так же гемо и ультрафильтрации и плазмофереза по показаниям, и отсутствии противопоказаний. При использовании хирургических методов детоксикации обязательным условием является адекватная хирургическая коррекция. Отсутствие эффекта от комплексной терапии с применением хирургических методов детоксикации свидетельствует о наличии не санированного очага инфекции.

С целью иммунокорекции обоснованным было применение пентаглобина в дозе 5 мл/кг массы тела вводимого со скоростью 20 мл/ч в течение 3 дней. Целесообразность включения внутривенно иммуноглобулинов Ig G и Ig M связанно с их возможностью ограничивать избыточные действия провосполительных цитокинов.

Антибактериальная терапия соответствовала основным положениям методических рекомендаций РАСХИ (2004 г.). Всем больным с ранних суток (24–36 часов) проводилась нутритивная поддержка.

Таким образом, ведущей патологией за указанный период явились тяжелая преэклампсия и эклампсия, которые на сегодняшний день рассматриваются как вариант развития системной воспалительной реакции организма. Знание закономерностей развития синдрома системной воспалительной реакции при акушерской патологии и своевременное прогнозирование СПОН при критических состояниях в акушерстве позволяет совершенствовать диагностику и лечебную тактику.

РОЛЬ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В УЛУЧШЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ОБЛАСТИ

Маринкин И.О., Решетняк Ю.Г. (Новосибирск)

В 2001 году в соответствии с планом мероприятий по реализации программы «Репродуктивное здоровье населения Новосибирской области» и во исполнение приказа управления здравоохранения администрации Новосибирской области № 208 «Об организации областного перинатального центра» был организован Новосибирский областной перинатальный центр (ОПЦ).

Целью организации областного перинатального центра было снижение заболеваемости, инвалидности и смертности матерей и детей за счет обеспечения современного уровня медицинской помощи и ее преемственности в период беременности, родов и послеродового периода женщинам с акушерской и соматической патологией, а также их детям.

Для решения этой были поставлены следующие задачи:

1. Организация в области единой методологии формирования групп беременных высокого перинатального риска.
2. Разработка, апробация и внедрение эффективных лечебных мероприятий по антенатальной охране плода, рациональному ведению беременности и родоразрешению женщин групп высокого риска.
3. Родоразрешение беременных «высокого перинатального риска».
4. Разработка, апробация и внедрение эффективных лечебных мероприятий, направленных на профилактику и лечение патологии перинатального периода.
5. Оказание медицинской и консультативной помощи супружеским парам на этапе планирования семьи и/или беременности.
6. Оказание медицинской помощи при нарушениях репродуктивной функции.
7. Реабилитация родильниц и новорожденных после осложненного течения беременности и родов.
8. Повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала службы родовспоможения и детства.

Новосибирский ОПЦ является структурным подразделением Государственной Новосибирской областной клинической больницы (ГНОКБ), организован на базе областного родильного дома, отделения патологии беременных, гинекологического отделения, отделения патологии новорожденных, областного центра планирования семьи, гинекологического и акушерского консультативных кабинетов поликлиники ГНОКБ. При необходимости при оказании высокоспециализированной помощи гинекологическим больным, беременным, роженицам, родильницам и новорожденным используется весь диагностический и лечебный потенциал ГНОКБ, включая отделение раннего возраста, отделение детской реанимации, отделение детской хирургии, специализированные терапевтические и хирургические отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии, организационно-методический отдел, диагностические отделения, областную консультативную поликлинику и др.

Областной перинатальный центр возглавляет руководитель – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии медицинской академии. Руководитель ОПЦ осуществляет руководство деятельностью всех функциональных подразделений центра при оказании медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным и несет персональную ответственность за его деятельность перед главным врачом ГНОКБ.

Решение задач, поставленных перед ОПЦ, изменило работу акушерско-гинекологической клиники и других подразделений НГОКБ, участвующих в оказании помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Основную роль в снижении показателей материнской и перинатальной смертности в Новосибирской области, отмеченное с 2002 года, сыграли организационные механизмы, использование которых стало возможным с началом работы информационно-аналитического отдела ОПЦ. Главной задачей отдела было обеспечение прямой и обратной связи между ОПЦ и акушерами-гинекологами, педиатрами районов Новосибирской области. Для полноты охвата диспансерным наблюдением были определены критерии «высокого перинатального риска» для беременных в районах области, которые подлежат постановке на учет в ОПЦ.

Результативность организационной работы по диспансеризации беременных «высокого риска» проявилась с 2002 года и представлена в таблице 1.

Таблица 1
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ «ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

№	ПОКАЗАТЕЛИ	2002 год	2003 год	2004
1	Диспансерная группа:	1227	1486	1852
	- планировалось родоразрешение в ОПЦ	321 (26%)	404 (27%)	31,5%
	- родоразрешены в ОПЦ	251 (20,4%)	305(20,5%)	25,6%
2	Перинатальная смертность:			
	- в Новосибирской области (районы)	13,9‰	12‰	7,7‰
	- в диспансерной группе	19‰	11,53‰	8,9‰
3	Диспансерная группа беременных с гестозами:	258 (32,8%)	286 (27,5%)	296 21,8%
	- родоразрешены в ОПЦ	119 (51,2%)	37 (23,2%)	12%
	- преэклампсия, эклампсия	21 (8,1%)	6 (2%)	2,3%
	- отслойка плаценты	11 (4,2%)	5 (1,7%)	1,3%
	- перинатальная смертность	6 (23,2‰)	4 (13,9‰)	23,6‰

Изменение с 2002 годы стратегии работы отделения плановой и экстренной консультативной помощи (ОПЭКП) и ОПЦ с районами области отразилось на основном показателе родовспоможения – «материнской смертности» (таблица 2).

Таблица 2
ИТОГИ РАБОТЫ ОПЭКП ГНОКБ

		2001	2002	2003	2004
1	Эвакуировано из ЦРБ	22	44	40	121
	- из на ИВЛ	8	31	31	17
2	Умерло всего в Новосибирской	7	6	8	4
	Области	0	2	6	1
	- из них в НГОКБ				
3	Показатель материнской смертности	53,6‰	37,6‰	38,3‰	17,0‰

С 2002 года отмечено значительное увеличение транспортировки тяжелых больных акушерского профиля в ГНОКБ, причем следует отметить, что большинство из них были практически в некурабельном для ЦРБ состоянии.

Квалифицированное консультирование на месте, адекватная транспортировка, опыт лечения тяжелых больных акушерского профиля в ОПЦ позволили избежать летального исхода у большинства практически некурабельных в условиях ЦРБ больных, что естественно проявилось стабильной тенденцией уменьшения показателя материнской смертности по всей области. Диспансеризация беременных с гестозами позволила избежать в 2003 и 2004 годах смертности в этой группе.

Таким образом, работа в течение 4 лет Новосибирского ОПЦ положительно отразилась на основных качественных показателях службы родовспоможения всей Новосибирской области. Структура Новосибирского ОПЦ, принципы работы с районами области и с другими подразделениями Областной клинической больницы могут быть использованы в других регионах Российской Федерации, как удачно зарекомендовавшие себя в Новосибирской области.

ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Мосолов К.В., Ишпахтин Г.Ю., Григорьева Л.А., Щепин М.В. (Владивосток)

Цель исследования заключалось в изучении особенностей соматического здоровья у девочек и девушек-подростков в период становления репродуктивной функции.

Под наблюдением находилось 55 обследованных в возрасте от 12 до 16 лет.

Каких-либо жалоб у девочек и девушек-подростков выявлено не было. При изучении генеалогического анамнеза у них установлено наличие отягощённой наследственности у 27 (49,1%) пациенток. Односторонняя отягощённая наследственность по линии матери определялась у 9 (33,3%) и по линии отца – у 8 (29,6%), двусторонняя отягощённость наследственности – у 10 (37,1%).

В антенатальном периоде различные осложнения беременности были зарегистрированы у 21 (38,2%) матери, наблюдаемых девочек и девушек-подростков. В интранатальном периоде патология родов наблюдалась у 6 (10,9%) матерей, нарушения состояния плода происходили у 7 (12,7%) и новорожденного ребенка при рождении – у 10 (18,2%) матерей настоящих обследованных. Начиная с рождения и в течение всего периода пребывания их в родильном доме, 11 (20,0%) новорожденных находились на искусственном или смешанном вскармливании. Послеродовой период у 8 (14,5%) матерей протекал с осложнениями. В раннем неонатальном периоде 7 (12,7%) новорожденных имели ту или иную патологию. В позднем неонатальном периоде диагностировали поражение ЦНС у 3 (5,4%), местные гнойно-воспалительные заболевания у 14 (25,4%), острые болезни органов дыхания у 11 (20,0%) и другие патологии у 12 (21,8%) новорожденных. Период грудного возраста характеризовался ранним искусственным или смешанным вскармливанием у 12 (21,8%) детей, «фоновой» патологией (рахит, дистрофия, аномалии конституции, железодефицитная анемия, энцефалопатия и др.) у 20 (36,7%), нарушениями физического развития у (32,7%) и нервно-психического развития у 11 (20,0%) детей. В раннем возрасте 10 (18,2%) детей страдали частыми (3 и более заболеваний в год) острыми заболеваниями органов дыхания (ОРЗ, острые ларингит, бронхит, пневмония и др.), 12 (21,8%) – «фоновой» патологией (рахит, дистрофия, железодефицитная анемия, аномалии конституции, энцефалопатия и др.), 25 (45,5%) детей имели отклонения в физическом развитии и 5 (9,1%) детей – в нервно-психическом развитии. В дошкольном возрасте у 13 (23,6%) детей наблюдался высокий инфекционный индекс. В школьном возрасте полостным хирургическим вмешательствам девочки и девочки-подростки не подвергались. Вредные привычки также формировались в этом возрасте. Табакокурением занимались 14 (25,4%) и склонность к частому употреблению спиртного имели 6 (10,9%) девушек. Случаев токсикомании и наркомании не выявлялось.

Социальный анамнез у девочек и девушек-подростков указывал на ряд неблагоприятных факторов их жизни. Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия были установлены у 9 (16,4%) и низкое материальное обеспечение наблюдалось у 11 (20,0%). Дошкольные образовательные учреждения посещали 48 (87,3%) детей, а неорганизованный контингент представляли 7 (12,7%) детей. Из семей служащих было 28 (50,9%) наблюдаемых, из семей предпринимателей – 6 (10,9%) и из семей рабочих – 21 (38,2%) пациентка.

В средних и высших образовательные учреждения обучалось 39 (70,9%) обследованных. Из них 26 (66,6%) девочек и девушек-подростков посещало общеобразовательные школы, 7 (17,9%) – средние профессиональные учреждения, 6 (15,4%) девушек обучались а вузах.

Аллергологический анамнез у 23 (41,8%) обследованных характеризовался наличием различных аллергических заболеваний в различные периоды их роста и развития. Повышенную чувствительность к пылевым аллергенам проявляли 4 (14,8%) пациенток, к пыльцевым аллергенам – 3 (11,1%), к эпидермальным аллергенам – 7 (25,2%), к пищевым аллергенам – 3 (11,1%) и к химическим – 10 (37,0%) обследованных. Поливалентной аллергии не отмечено.

Эпидемиологический анамнез отличался наличием эпидемиологического неблагополучия у 19 (34,5%) пациенток. Несоблюдение календаря прививок выявлялось у 5 (9,1%) наблюдаемых. Постоянный контакт с больными хронической инфекцией (туберкулёз, хроническая кишечная инфекция и др.) имели 8 (14,5%) девочек и девочек-подростков. ВИЧ-инфекции у них не регистрировалось.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии клинических особенностей состояния здоровья девочек и девушек-подростков. В анамнезе выявляется ряд неблагоприятных медико-социальных факторов, влияющих на формирование состояние здоровья.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ В РЕГИОНЕ

Мурзабаева С.Ш., Афанасьев А.А., Байтурина А.Т., Валеева Р.Н. (Уфа)

Одной из особенностей Республики Башкортостан является преобладание сельского населения, большая протяженность республики, значительное удаление населенных пунктов от крупных городов.

Для приближения оказания специализированной высококвалифицированной акушерско-гинекологической и педиатрической помощи жителям сельских регионов в Республике Башкортостан в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 02.09.2002 № 610-Д «О мерах по развитию перинатальных центров в Республике Башкортостан» сформирована этапная система оказания акушерско-гинекологической помощи:

догоспитальный этап: ФАП, ФП, СУБ, бригада скорой медицинской помощи, женская консультация;

Центральная районная и городская больница;

Межрайонный перинатальный центр;

Учреждения республиканского уровня.

Создание данной формы организации службы связано с низкой укомплектованностью кадрами службы родовспоможения сельских регионов (4,4 врача акушера-гинеколога на 10000 женского населения, по Российской Федерации этот показатель составляет 5,2), отсутствием возможности проведения реанимационной и интенсивной терапии беременным и новорожденным детям, выхаживания недоношенных детей в центральных районных больницах. Создание этапной системы оказания медицинской помощи в службе родовспоможения обусловлено высокой частотой заболеваний и осложнений беременности, которые выявлены у 80,0% женщин из числа закончивших беременность, при этом у 51,8% беременных имела место анемия, у 18,7% - заболевания мочевыделительной системы, у 9,7% - заболевания сердечно-сосудистой системы, у 4,1% - заболевания эндокринной системы, у 21% - поздний гестоз, более 81% родов имеют характер патологических, 6% детей рождаются недоношенными, заболеваемость новорожденных составляет 644 на 1000 детей, родившихся живыми, а среди недоношенных – 20-35,9. Высокая частота осложнений беременности и родов требует совершенствования системы диспансерного наблюдения беременных группы высокого (30% из числа всех беременных) и среднего (более 50% из числа всех беременных) риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, повышения эффективности консультативной помощи специалистов терапевтического, неврологического, хирургического профиля, врачей других специальностей, обследования на высокоточном специализированном диагностическом оборудовании. Все это сосредоточено в перинатальных центрах, здесь внедрены высокотехнологичные виды медицинской помощи, позволяющие оказывать специализированную медицинскую помощь при тяжелых осложнениях беременности, родов, послеродового периода у женщин и проводить реанимационные, лечебные мероприятия новорожденным. Так, в перинаталь-

ных центрах выполняется 52% всех операций кесарева сечения, до 52% поступивших женщин получают лечение в отделениях реанимации и интенсивной терапии, 25-30% новорожденных, родившихся в перинатальных центрах, нуждаются в реанимационной помощи, интенсивной терапии и продленном аппаратном дыхании. Министерством здравоохранения Республики Башкортостан целенаправленно за счет централизованных поставок и в рамках реализации республиканских целевых программ проводится оснащение данных учреждений медицинским оборудованием.

Развитие межрайонных перинатальных центров способствует улучшению системы подготовки и повышения квалификации кадров, так как сотрудниками центров проводятся выездные семинары для врачей и средних медицинских работников по вопросам неотложной помощи в акушерстве и гинекологии, обучение врачей акушеров-гинекологов оперативной технике на своих базах.

Существенное влияние на качество оказания медицинской помощи беременным оказывает компьютеризированная система мониторинга состояния здоровья беременных групп высокого и среднего риска развития перинатальной патологии. Специалисты Республиканского и межрайонных перинатальных центров при помощи данной системы контролируют состояние здоровья беременных женщин в прикрепленных территориях, составляют прогнозы развития беременности и родов и, соответственно, определяют стационар, где будет проведено родоразрешение.

Ведущая роль в системе отведена Республиканскому перинатальному центру, который координирует функциональные связи между учреждениями родовспоможения, внедряет политику преемственности оказания медицинской помощи, организует систему динамического скрининга беременных женщин для раннего выявления групп повышенного риска в регионе и своевременной концентрации данного контингента в учреждениях республиканского уровня координирует систему пренатальной диагностики в республике. Созданный в Республиканском перинатальном центре организационно-методический отдел организует методическое обеспечение службы, активно взаимодействуя с межрайонными перинатальными центрами проводит работу по совершенствованию и стандартизации родовспоможения на уровне центральных районных больниц прикрепленных территорий.

Значительное место в сохранении репродуктивного здоровья населения занимают вопросы планирования семьи. Центром планирования семьи, являющимся структурным подразделением Республиканского перинатального центра, сотрудниками межрайонных перинатальных центров совместно со специалистами органов по молодежной политике администраций районов и городов проводятся организационные мероприятия по профилактике нежелательной беременности, подбор методов контрацепции.

Проведенные организационные мероприятия позволили за последние 5 лет снизить в республике показатели перинатальной смертности с 16,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми до 8,5, младенческой смертности – с 17,2 до 10,6 на 1000 родившихся живыми, стабилизировать показатель материнской смертности. Частота абортов в республике сократилось с 62,4 до 39,6 на1000 женщин фертильного возраста.

Вопросы организации оказания лечебно-профилактической помощи матерям и детям находятся под контролем Правительства республики. Так, постановлением Правительства Республики Башкортостан от 15 июня 2004 года № 108 «О ходе выполнения Концепции развития и реформирования системы здравоохранения и медицинской науки в Республике Башкортостан на 2001-2005 г.г. и на период до 2010 г определена разработка республиканской программы «Развитие перинатальных центров в Республике Башкортостан».

Таким образом, перспективное развитие межрайонных перинатальных центров, финансирование их из республиканского бюджета и бюджета Республиканского фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан дает возможность осуществлять единые подходы в организационно-методической, лечебно-диагностической работе и приблизить оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи к женскому населению сельских регионов, снизить такие социально значимые показатели состояния здоровья в регионе, как материнская и младенческая заболеваемость и смертность, инвалидизация женщин и детей.

ВКЛАД СЛУЖБЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Муслимова А.Р., Мурзабаева С.Ш. (Уфа)

В настоящее время на фоне сложных социально-экономических условий и ухудшающихся демографических показателей все большую остроту приобретают проблемы репродуктивного здоровья молодежи.

В Республике Башкортостан на протяжении последних 10 лет (1992-2002гг.) наблюдался высокий уровень абортов среди подростков 15-19 лет. Ежегодно пять тысяч девушек этой возрастной группы прерывали беременность. В связи с этим Министерством здравоохранения республики начата целенаправленная планомерная работа по снижению количества нежелательных беременностей у молодежи.

Особенность ситуации в Республике Башкортостан характеризуется тем, что несмотря на отсутствие в России на сегодняшний день нормативных документов по работе кабинетов планирования семьи, республике удалось сохранить и развить сеть таких кабинетов, которые являются на сегодня основным профилактическим звеном во всей службе родовспоможения. Были изданы 3 приказа, регламентирующие работу кабинетов планирования семьи, в том числе совместный приказ Министерства здравоохранения РБ и Государственного комитета РБ по молодежной политике «Об организации деятельности кабинетов планирования семьи на базе учреждений, подведомственных органам по делам молодежи в РБ».

Практически в каждом городе и районе республики функционируют кабинеты планирования семьи в которых работают медицинские работники со средним специальным образованием (акушерки, мед. сестры, фельдшеры).

На сегодняшний день работают 55 кабинетов планирования семьи. Изначально все они функционировали в составе лечебно-профилактических учреждений. Однако, за последние 2 года на основании нормативных документов в среде, приближенной к подросткам и молодежи работает 1/3 (17 кабинетов). Это кабинеты в молодежных центрах, подростковых клубах, центрах социально-психологической помощи семье, домах и дворцах культуры, кинотеатрах, средне-специальных учебных заведениях).

Основными задачами кабинетов ПС является санитарно-просветительная работа в районе по пропаганде здорового образа жизни, профилактике абортов и вен. заболеваний, половое воспитание подростков, подготовка молодых людей к сознательному родительству, взаимодействие с учебными, культурными учреждениями, ЗАГСами, работа по проведению контрацепции, наблюдение за пациентами, применяющими контрацепцию и т.д.

С этой работой кабинетов успешно справляются. Работники кабинетов планирования семьи читают лекции, проводят беседы в учебных заведениях районов и городов, широко используют средства массовой информации. Во многих кабинетах имеются «телефоны доверия» по которым любой житель может получить ответ на интересующие вопросы, проводится анонимное анкетирование подростков и молодежи, вступающей в брак.

В городах и районах для пропаганды здорового образа жизни, профилактики абортов, вензаболеваний и других социальнозначимых заболеваний применяются нетрадиционные формы санитарно-просветительской работы, такие как «круглые столы», «уроки здоровья», вечера вопросов и ответов, диспуты в ЗАГСе, кинолектории и т.д. Во многих районах проводятся акции такие как «Здоровый образ жизни», «Молодежь за нравственность», «Наше здоровье в наших руках», «Здоровье семьи – благополучие нации».

В результате проводимой целенаправленной работы по снижению количества абортов среди подростков и молодежи в течение последних двух лет наметилась тенденция к снижению нежелательной беременности у этой категории.

Динамика абортов у детей и подростков в Республике Башкортостан

Год	Количество абортов до 15 лет		Количество абортов 15-19 лет	
	Абс. цифры	% к общему количеству абортов	Абс. цифры	% к общему количеству абортов
2002	23	0,04	5016	9,3
2003	20	0,04	4216	9,1
2004	13	0,02	4140	9,1

За последние три года количество абортов в возрастной группе до 15 лет снизилось в 2 раза. Снижение количества абортов в возрасте 15-19 лет за этот период произошло на 21%, что в абсолютных цифрах составляет 1 104 случая.

Таим образом, совершенствование службы планирования семьи с интеграцией ее в молодежные структуры будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья молодежи.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Мухамадиева С.М., Юлдашева О.Э. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Многоплодная беременность была и остается одной из актуальных проблем акушерства и является предметом научных исследований в ряде стран.

Течение беременности и родов при многоплодной беременности сопровождаются значительным числом осложнений, повышенным уровнем потерь плодов на всех сроках гестации, существенными проблемами здоровья близнецов, а также осложнениями послеродового периода (О.Г.Фролова, 2001г.; О.А. Егорова, 2001г.; И.А. Ильичева, Е.Е. Макарова, 2000г.).

Для совершенствования тактики ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с многоплодной беременностью в регионе с высоким уровнем рождаемости, материнской и перинатальной смертности нами поставлена цель: представить медико-социальную характеристику женщин с многоплодной беременностью.

По специально разработанной анкете проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и их исходы у 141 женщины с двойнями, обратившихся в Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и педиатрии за 2003-2004 годы.

Установлено, что 72.3% пациенток были активного репродуктивного возраста, 25.5% - позднего, подростки составили 2.2%. Основная часть пациенток были домохозяйками (88.2%), каждая десятая – служащей (10.3%) и 1.5% - рабочей.

Среди беременных изучаемой группы 78% страдали экстрагентальной патологией, в структуре которой лидировала анемия (70%); патологию почек имела каждая третья пациентка (37.5%), щитовидной железы – каждая десятая (10.6%), большинство из них перенесли в прошлом вирусные и инфекционные заболевания (76%). Дефицит массы тела имели 29.8% беременных.

У беременных с двойней выявлен достаточно высокий процент гинекологических заболеваний (82%), в структуре которых хронический метроэндометрит составлял 65.6%, патологические процессы шейки матки -44.8%. Отягощенный акушерский анамнез имели 64.7% беременных (самопроизвольные выкидыши, антенатальная гибель плода, патологические роды). Установлено, что промежуток между предыдущей и настоящей беременностью более 3-х лет был в 34.9% случаев, а в остальных 65.1% - менее двух с половиной лет: до одного года – в 25.3%, от полутора до двух лет – 41.8%, от двух до трех – 32.8%.

Результаты исследований показали, что у 86.8% женщин с двойнями на фоне экстрагенитальной патологии в течение настоящей беременности возникли такие осложнения, как рвота беременных (61.9%), гестоз (50.9%), угрожающие явления прерывания беременности (36.4%). Грипп перенесла каждая четвертая пациентка (23.7%), обострение хронического пиелонефрита имела каждая пятая (21.2%).

Анализ медицинской документации свидетельствовал о низком качестве обслуживания пациенток изучаемой группы: 52,4% беременных не обращались за медицинской помощью, 40,9% беременных посетили женскую консультацию не более 2 раз за весь период беременности. Среди первородящих не посещали женскую консультацию 64.5%, повторнородящих – 58%, многорожавших – 92,3%. Дородовая госпитализация была только в 12.3% случаев.

Анализ исходов настоящей беременности с двойней показал, что в 3.5% случаев произошли самопроизвольные выкидыши в ранних и поздних сроках гестации, в 96.5% - завершились родами: срочными – в 53.2%, преждевременными – 43.3%.

Установлено, что каждая вторая беременная с многоплодной беременностью была повторнородящей (51.8%), каждая четвертая первородящей (23.4%) и многорожавшей (24.8%).

Следует указать, что среди первородящих преждевременные роды были 67%, повторнородящих - 39.7%, многорожавших - 42.9%.

В 85.3% случаев роды с двойнями протекали с такими осложнениями, как хроническая внутриутробная гипоксия плодов (46.7%), обвитие пуповины вокруг шеи плодов (27%), дородовое (13%) и раннее излитие околоплодных вод (8.6%), гипотоническое кровотечение (8.6%).

Операцией кесарева сечения роды завершились у каждой десятой роженицы (11.8%), остальные произошли через естественные родовые пути (88.2%), причем в 4.4% - наложением акушерских щипцов и вакуум-экстрактора.

Характеристика состояния новорожденных у родильниц с двойнями указывала, что живорожденных было 92.7%, девочек родилось 53%, мальчиков –47%. В асфиксии легкой и средней степени тяжести родилось 69% первых плодов и 71.75 – вторых. Каждый второй новорожденный имел массу меньше 2.5 кг (57.5%): 27.5% - первый плод и 30% - второй . Синдром задержки развития плодов установлен у каждого второго новорожденного (58.6%) Перинатальная смертность составляла 7.3%.

Таким образом, беременные с многоплодием представляют собой группу высокого риска, особенно среди повторнородящих и многорожавших активного и позднего репродуктивного возраста, страдающих экстрагенитальной патологией, имеющих отягощенный акушерский анамнез, короткий интергенетический интервал, осложненное течение беременности, родов и неудовлетворительные перинатальные исходы. Улучшение качества медицинских услуг позволит снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Назаренко Ю.Г., Клименко Г.Я. (Воронеж)

Демографическая ситуация в России продолжает ухудшаться, отмечен отрицательный естественный прирост населения. Почти ни в одном из регионов России нет простого воспроизводства населения.

Аналогичная ситуация прослеживается и в Воронежской области: уровень рождаемости за период с 1992 по 2003 гг. снизился с 9,5 ‰ до 8,3 ‰, соответственно отрицательный естественный прирост увеличился с 4,9‰ до 10,7 ‰.

Для характеристики демографической ситуации использовались данные областного бюро медицинской статистики о численности населения, в том числе женского, рождаемости, смертности, численности родов, абортов, численности преждевременных родов и самопроизвольных выкидышей за 1998-2003 гг.

Устойчивое сокращение населения, наблюдаемое из года в год, стало постоянным явлением для Воронежской области, как и для России в целом. Начиная с 1998 г. и до настоящего времени население области сократилось на 128,9 тыс. человек (на 1.01.98 г. - 2482,5 тыс. человек, 1.01.2004 г.– 2353,6 тыс. человек). При анализе численности населения по отдельным районам Воронежской области выявлено снижение этого показателя во всех районах, кроме Борисоглебского (+ 4,2%) и Н-Усманского (+0,5%).

Численность женского населения фертильного возраста (15-49 лет) Воронежской области за исследуемый период возросла: по районам - на 0,6%, по г. Воронежу - на 1,3%, по области - на 0,9%. Самый крупный по количеству по количеству женщин район, способных родить ребенка – Россошанский (25630 чел.), а самый малочисленный – Репьевский район (3873 чел.). Не смотря на увеличение на 0,9% доли женщин фертильного возраста, идет резкое снижение (на 19%) женского населения моложе 18 лет.

Негативные явления в демографии во многом связаны с увеличением естественной убыли. Естественная убыль населения в последние годы высокая (-10,7 ‰) на 24,4% выше чем в 1998 г. (- 8,6 ‰), но по сравнению с предыдущим годом она уменьшилась на 1% (2002 г. – 10,8 ‰). В области высокий уровень смертности, который в 2003 г. достиг 19 ‰, в сравнении с 1998 г. – 16 ‰, т.е. рост на 18,8%. Из 32 районов Воронежской области снижение общего уровня смертности не отмечено ни в одном из них. Для всех районов характерен высокий уровень смертности.

По данным областного бюро мед. статистики число умерших в 2,3 раза превышает число родившихся. В 2003 г. родилось на 25,1 тыс. человек меньше, чем умерло.

Важнейшим показателем в характеристике репродуктивного поведения населения региона является уровень рождаемости. Рождаемость в области низкая, однако, надо отметить ее постепенный рост с 7,4 ‰ в 1998 г., до 8,3 ‰ в 2003г., т.е. на 12,2%. Число родившихся в 2003 г. составило 107% от уровня 1998 г., т.е. увеличилось на 1282 человека.

Как показал анализ уровня рождаемости по районам этот показатель вырос с 7,9 ‰ в 1998 г., до 8,3 ‰ в 2003 г., т.е. на 5,1%; по Воронежу с 6,8 ‰ в 1998 г. до 8,5 ‰ в 2003 г., т.е. на 25%; всего по области с 7,4 ‰ в 1998 г., до 8,3 ‰ в 2003 г., т.е. на 12,2%.

Число родов в Воронежской области увеличилось за период 1998-2003 гг. с 18573 в 1998 г. до 19805 в 2003 г., или на 6,6%; по районам с 11484 в 1998 г. до 11551 в 2003 г., или на 0,6%; по городу с 6763 в 1998 г. до 7947 в 2003 г., или на 17,5%.

В то же время от общего количества число нормальных родов прогрессивно снижается. В 1998 г. – 5405, что составило 29,1%, в 2003 г.- 4928 или 24,9%. Соответственно растет число осложненных родов: с 13168 в 1998 г. или 70,9%, до 14877 в 2003 г. или 75,1%.

Анализ заболеваемости беременных, рожениц и родильниц Воронежской области за 1998-2003 годы показал, что общий уровень вырос на 26,0%, среди беременных – на 38,7%, а среди родильниц – на 17,0%.

Изучение уровня осложнений при родах во врачебных родовспомогательных учреждениях Воронежской области, по данным за 1998-2003 гг., показало, что отмечается рост по таким группам осложнений как преэклампсия и эклампсия (на 300,0%), сахарный диабет (на 66,7%), поздний токсикоз (на 65,2%), аномалии родовой деятельности (на 54,1%) и др.

Высоким, с тенденцией к росту, остается удельный вес преждевременных родов. Изучение недонашиваемости беременности показало, что за 1998-2003 годы число недоношенных увеличилось на 11,2%. По данным областного бюро медицинской статистики, каждый пятый новорожденный рождается с массой тела менее 2,5 кг. Недоношенные дети в структуре умерших в течение первых 6 суток жизни составили в 2003 г. 53%, в том числе 33% - дети с массой тела менее 1,5 кг.

Анализируя показатель преждевременных родов с 1998-2003 гг. отмечается рост по области с 504 в 1998 г. до 555 в 2003 г. или на 10,1%; по районам с 281 в 1998 г. до 311 в 2003 г. или на 10,7%; по городу с 223 в 1998 г. до 243 в 2003 г. или на 9%.

На фоне низкой рождаемости, по-прежнему, сохраняется проблема высокого уровня абортов. Следует отметить, что число абортов в целом по области снизилось за описываемый период на 18,3%, но остается на достаточно высоком уровне -50,8 тыс. в 1998 г. и 41,5 тыс. в 2003 г.

Особое внимание хочется обратить на самопроизвольные выкидыши, репродуктивные потери, которые могли бы увеличить рождаемость в области. На фоне низкой рождаемости количество их растет: по области с 2138 в 1998 г. до 2512 в 2003 г. на 17,5%, по районам с 1182 в 1998 г. до 1374 в 2003 г. на 16,2%, по городу с 853 в 1998 г. до 1074 в 2003 г. на 16,3%.

Таким образом, обобщенный анализ данных официальной медицинской статистики за 1998-2003 гг. выявил следующие особенности:

общая численность населения за 1998-2003 гг. имеет тенденции к снижению во всех районах области и г.Воронеже;

численность женского населения также снизилась на 3,4% и составила в 2003 году 1294,0 млн. человек;

наряду с увеличением численности женского населения фертильного возраста по области на 0,9%, отмечается резкое снижение на 19% численности женского населения моложе 18 лет;

естественная убыль населения остается высокой (- 10,7‰), на 24,4% выше, чем в 1998 году;

в среднем по области, по районам и, особенно, по г.Воронежу отмечается рост общей смертности на 18,8%, 12,2% и 30,5% соответственно;

уровень рождаемости по области повысился с 7,4‰ в 1998 году до 8,3‰ в 2003 году, т.е. на 12,2%;

число родов увеличилось за анализируемый период времени на 6,6%, отмечается снижение удельного веса нормальных родов до 24,9, соответственно растет число осложненных родов до 75,1% в 2003 г.;

вырос общий уровень заболеваемости беременных, рожениц и родильниц на 26%, беременных на 38,7%, родильниц на 17,0%;

отмечается значительный рост по таким группам осложнений при родах как преэклампсия и эклампсия (на 300%), сахарный диабет (на 66,7%), поздний токсикоз (на 65,2%), аномалии родовой деятельности (на 54,1%);

число абортов в целом по области снизилось, но остается достаточно высоким (41,5 тыс.);

растет количество преждевременных родов, по области на 10,1%;

на фоне низкой рождаемости отмечается значительный рост невынашивания беременности: по области – на 17,5%, по районам – на 16,3%, по городу – на 25,9%.

ГЕСТОЗ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Никитина Н.А., Сидорова И.С., Зайратьянц О.В., Добряков А.В., Бардачова А.В. (Москва)

Сложности, с которыми сталкиваются специалисты, изучающие проблему гестоза, неизбежно отражаются на показателях: гестоз попрежнему остается наиболее серьезным осложнением беременности, ведущей причиной материнской смертности и перинатальных потерь. В нашей стране расчет материнской смертности согласно рекомендациям ВОЗ (1975 г.) начат с 1988 года. С этого времени отмечен заметный рост материнской смертности от гестоза и сепсиса, хотя уменьшилось число смертей от аборта, кровотечения и разрыва матки [Репина М.А., 2000].

По данным Добрякова А.В., Зайратьянца О.В., Милованова А.П. (2004), материнская смертность от различных форм гестоза и их осложнений в г. Москве занимает первое место среди всех причин материнской смертности, составляя от 17 до 28% в год.

Экспертная оценка историй родов женщин, погибших от преэклампсии и эклампсии, показала, что 67,3% летальных исходов были обусловлены: 1) запоздалой диагностикой гестоза, недооценкой

степени тяжести, попыткой лечения гестоза в амбулаторно-поликлинических условиях; 2) в стационаре – попыткой пролонгирования беременности при тяжелом гестозе (анасарка, высокая суточная протеинурия, невысокие цифры АД – 140/90-150/100 мм рт.ст.); 3) неадекватным объемом операции при кровотечениях, обусловленных нарушениями системы гемостаза (так, при ДВС-синдроме имеют место попытки ограничения операции путем кесарева сечения и надвлагалищной ампутации матки, после чего в 35-40% приходилось производить релапаротомию по поводу продолжающегося профузного кровотечения); 4) развитием в постреанимационном периоде тяжелых гнойно-септических осложнений (перитонит, сепсис, септицемия) на фоне недостаточной первоначальной терапии.

Нами были проанализированы 88 случаев материнской смертности, непосредственно или опосредованно связанных с гестозом, в Москве за 1991 – 2004 годы. Возраст погибших женщин составил от 18 до 46 лет, 54 женщины из 88 (61,4%) были старше 28 лет.

При изучении соматического анамнеза выяснено, что у 94,3% гестоз был сочетанным: у 21,6% – на фоне хронических заболеваний почек, у 40,9% – сердечно-сосудистой патологии, у 25% – нарушения жирового обмена 3-4 степени, у 5,7% – заболеваний печени (гепатиты), у 9,1% – генитальной патологии (миома матки, воспалительные заболевания, бесплодие), у 4,6% – легочной патологии (врожденные пороки развития легких, бронхиальная астма, фиброзирующий альвеолит), у 9,1% – на фоне нейроэндокринной патологии (полигландулярная недостаточность, адреногенитальный синдром, склерокистозные яичники, гипотиреоз, сахарный диабет I типа), у 4,6% - на фоне онкопатологии (глиобластома передних отделов таламуса, злокачественная феохромоцитома, рак щитовидной железы, злокачественная гормонально активная параганглиома). 7,1% беременных не наблюдались в женской консультации и поступили в стационар в большинстве случаев после приступов эклампсии.

При изучении длительности течения гестоза отмечено, что у 100% погибших она составила более 4 недель (у 80,95% - более 6-7 недель), у 90% имело место раннее начало гестоза (до 30 недель).

При анализе времени от поступления женщин в стационар до родоразрешения выявлено, что 36,4% пациенток с тяжелым гестозом пытались лечить более 2-3 суток (20,5% – более 5 суток), при этом срок беременности у 81,3% из них был близок к доношенному (36-37 недель и более). В остальных случаях родоразрешение было выполнено по жизненным показаниям в течение нескольких минут-часов в связи с эклампсией, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, тяжелой преэклампсией.

При анализе сроков родоразрешения отмечено, что беременность закончилась преждевременными родами у 57 из 88 (в 64,8%), своевременными – у 29 из 88 (в 32,9%), запоздалыми – у 2 из 88 (в 2,3%).

Антенатальная гибель плода произошла в 26 наблюдениях (29,6%), еще в 26 (29,6%) имелись признаки выраженной фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода. Таким образом, в 59,1% при наличии тяжелого гестоза имелись неблагоприятные перинатальные исходы.

В 80,7% роды были оперативные (кесарево сечение – у 67; акушерские щипцы у 3, плодоразрушающие операции – у 1), в остальных случаях роды произошли через естественные родовые пути. Показаниями к операции кесарева сечения в основном служили тяжелые формы гестоза (эклампсия в 29,9%, преэклампсия – в 38,8%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 20,9%), в 10,4% - показания были сочетанными. Из полученных данных следует, что практически во всех наблюдениях оперативное родоразрешение было предпринято в связи с наличием тяжелого гестоза или его осложнений.

При изучении объема оперативного вмешательства отмечается высокая частота удаления матки (в 47,7%) и повторных оперативных вмешательств (в 35,2%) с целью перевязки внутренних подвздошных артерий (25,8%), экстирпации матки (45,2%), дренирования малого таза и забрюшинного пространства, ревизии брюшной полости (67,7%), опорожнения гематом передней брюшной стенки (12,9%), резекции некротизированной сигмовидной кишки (3,2%). Общая кровопотеря у 56 из 88 (63,64%) женщин была патологическая и в 52,3% составила более 1.500 мл (из них у 46,4% – свыше 3.000 мл, а у 8,9% – свыше 5.000 мл). Искусственная вентиляция легких в комплексе реанимационных мероприятий проводилась у 93,18% женщин, у 57,95% из них – более 1 суток (у 25% - более недели).

Среди всего разнообразия осложнений у погибших с тяжелым гестозом можно выделить следующие: отек и дислокация ствола головного мозга (75%); острый ДВС-синдром (68,2%); отек легких (62,5%); гнойно-септические заболевания (сепсис, бронхопневмония, эндомиометрит, сальпингоофорит и др.) (81,8%); РДСВ (респираторный дистресс-синдром взрослых) (21,6%); маточные кровотечения (38,7%); геморрагический шок (40,9%); острая сердечно-легочная недостаточность (47,4%); тромбэмболия ветвей легочной артерии (9,1%); острая печеночная недостаточность, острый жировой гепатоз, HELLP-синдром (20,5%); острая почечная недостаточность (62,3%); острое нарушение мозгового кровообращения (12,5%); эмболия околоплодными водами (10,2%); острые эрозии, язвы желудочно-кишечного тракта, желудочно-кишечные кровотечения (17,1%); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (22,8%); разрыв матки (4,6%); аспирационный синдром (синдром Мендельсона) (4,6%).

В заключениях о непосредственной причине смерти указаны следующие смертельные осложнения: острая сердечно-сосудистая, сердечно-легочная недостаточность (22,7%); отек головного мозга и дислокация ствола (25%); геморрагический шок (15,9%); острый развернутый ДВС-синдром (12,5%); тромбэмболия ветвей легочной артерии (7,95%); тотальная пневмония на фоне длительной ИВЛ (4,6%); эмболия околоплодными водами (3,4%); септицемия, септикопиемия (3,4%); острая почечная недостаточность (2,3%).

При изучении протоколов вскрытия признаки хронической плацентарной недостаточности обнаружены в 75%, выраженные компенсаторно-приспособительные реакции в плаценте – в 56,3%; очаги кальциноза, склероз стромы ворсин в 50%; задержка созревания плаценты в 6,3%; диссоциированное развитие ворсин в 31,4%. Полученные данные лишний раз подтверждают бессмысленность пролонгирования беременности при тяжелых формах гестоза.

Обращает на себя внимание высокая частота (9-12%) наркозных осложнений, обусловленных ранением плевры, ткани легкого, крупных сосудов, гематомой средостения, а также осложнений, связанных с интубацией трахеи и длительной ИВЛ.

Морфологическая картина гестоза в настоящее время несколько изменилась. Происходит нивелирование морфологических признаков, характерных для данного осложнения беременности, во внутренних органах (печени, почках, сердце, легких, головном мозге). При этом на первый план выходят маркеры преэклампсии, выявляемые в плацентарном ложе матки – морфологические эквиваленты преэклампсии и эклампсии, которые указывают на недостаточность второй волны инвазии цитотрофобласта.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МАТРИЦЫ В АКУШЕРСТВЕ

Николаева Е.И., Комиссарова Л.М., Ландеховский Ю.Д., Токова З.З. (Москва)

Федеральный закон от 22 августа 2004г. № 122-ФЗ призван обеспечивать в рамках программы государственных гарантий, наряду с другими видами специализированной помощи в области охраны здоровья населения, оказание бесплатной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. Для реализации данной программы необходимо иметь унифицированный для всех регионов РФ единый подход к соблюдению стандартов медицинской помощи в соответствии с утвержденной номенклатурой работ и услуг в здравоохранении в т.ч. в области акушерства и гинекологии. Это позволит каждому субъекту РФ оценить и сформировать бюджетные расходы в части оказания отдельных видов специализированной медицинской помощи.

Перечень и объем предоставляемой бесплатной медико-социальной помощи и лекарственного обеспечения устанавливается в

рамках Пакета социальной помощи на основе разработки клинико-экономических матриц, которые представляют собой формализованный перечень минимального объема медицинской помощи, гарантированной пациенту с конкретным заболеванием, синдромом или в конкретной клинической ситуации

Таким образом, целью разработки и внедрения клинико-экономических матриц является нормативное обеспечение Пакета социальной помощи гражданам РФ через определение минимально необходимого объема медицинской помощи приемлемого качества. Для этого выделяются следующие задачи:

определение приоритетного перечня заболеваний, синдромов и клинических ситуаций, для которых необходимо разработать клинико-экономические матрицы в первоочередном порядке;

формирование структуры клинико-экономических матриц;

разработка (наполнение) клинико-экономических матриц в соответствии с перечнем.

Каждая клинико-экономическая матрица строится на основе планов ведения больных с тем или иным заболеванием (синдромом), которые определены с позиций доказательной медицины и обеспечиваются выполнением перечня необходимых медицинских услуг.

Матрица составляется на каждую модель пациента, которая включает наименование нозологической формы или синдрома (клинической ситуации) в соответствии с их кодом по МКБ-10, фазу и стадию заболевания (если необходимо), осложнения (или указывается их отсутствие). Для каждой модели пациента определяются условия оказания помощи (амбулаторные, стационарные). С учетом этих клинических характеристик каждая нозологическая форма может иметь несколько моделей.

Главным в клинико-экономической матрице являются представленные отдельно перечни диагностических и лечебных работ и услуг, необходимых для оказания помощи при данном заболевании (синдроме), и перечень групп лекарственных средств для лечения этого заболевания (синдрома). В перечне диагностических и лечебных услуг указан их код согласно утвержденной номенклатуре работ и услуг в здравоохранении.

С учетом поставленных задач нами начата разработка моделей клинико-экономических матриц планов ведения беременных, рожениц и родильниц с выделением приоритетных заболеваний (групп заболеваний, синдромов или клинической ситуации).

В настоящее время разработаны клинико-экономические матрицы, включающие, в соответствии с МКБ-10 (класс XY), перечень осложнений родов и родоразрешения (О60-О75) и перечень - родоразрешение (О80-О84). Среди 16 представленнх в перечне осложнений родов и родоразрешения), выбрано более половины (9) тех, которые встречаются наиболее часто, имеют основополагающее значение в повседневной деятельности врача акушера-гинеколога и составляют наибольшую долю экономических затрат. К ним отнесены преждевременные роды (О60), нарушения родовой деятельности (О62), затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода(О64), затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери (О65), роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением во время родов(О67),),роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (О68), разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы(-О70-О71), послеродовое кровотечение (О72).

В перечне блока, касающегося родоразрешения (5), выбраны роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение (О80), роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора (О81), роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения (О82), роды многоплодные (О84).

Перечень диагностических и лечебных клинико-экономических матриц включает простые и сложные медицинские услуги, которые по типу своего кода, указанного в номенклатуре работ и услуг в здравоохранении, относятся соответственно к разделу А и В. В каждой услуге указывается частота ее предоставления пациентке и среднее количество в зависимости от длительности курса обследования и лечения при данном заболевании.

Сложные услуги предполагают уже установленный их перечень обязательного или дополнительного ассортимента, представленный в номенклатуре. Так, услуга - прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога - предполагает ряд услуг, включая сбор анамнеза и жалоб, визуальное исследование, пальпацию в гинекологии, и так далее, т.е. весь набор услуг, осуществляемый врачом при первичном осмотре и обследовании пациентки. К сожалению, не все медицинские услуги в акушерстве отражены в утвержденной номенклатуре работ и услуг в здравоохранении, ввиду чего некоторые разработанные нами услуги не имеют своего кода и требуют дополнительного внесения в номенклатуру.

Прилагаемый к лечению перечень лекарственных средств предусматривает список препаратов альтернативного назначения с указанием их класса и типа, состава и формы как ориентировочной дневной (ОДД), так и эквивалентной курсовой дозы (ЭКД).

Учитывая, что каждая услуга имеет уже обсчитанную величину условных единиц трудозатрат со стороны врача и среднего медицинского персонала, представленные в указанной номенклатуре, разработанный перечень лечебно-диагностических услуг, применяемых в акушерстве, а так же курсовой объем лекарственных средств при этом, можно доказательно оценить экономические затраты при оказании медицинской помощи, в частности, при осложнении родов и родоразрешении.

Для примера приводим образец разработанной нами клинико-экономической матрицы при родоразрешении путем элективного кесарева сечения.

Модель пациента

Клиническая ситуация: элективное кесарево сечение

МКБ-10: О82.0.

Фаза: нет

Стадия: нет

Осложнение: нет

Условие оказания: стационарная помощь

1.1 ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предо-ставления	Среднее количе-ство
B 01.001.05	Ведение патологических родов врачом (перечень медицинских услуг обязатель-ного ассортимент)	1	1
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	5
A 02.31.002	Термометрия общая	1	5
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
	Пальпация молочных желез	1	5
A 02.20.004	Измерение размеров матки	1	5
A 01.31.007	Пальпация плода	1	1
A 01.31.006	Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар	1	2
B 03.003.01	Комплекс исследований предоперацион-ный для планового больного (перечень медицинских услуг обязательного и до-полнительного ассортимента)	1	1
B 03.003.03	Комплекс исследований при проведении искусственной вентиляции легких (перечень медицинских услуг обязатель-ного ассортимента)	0,7	1
	Комплекс исследований при проведении эпидуральной анестезии	0,3	1
B 03.003.06	Мониторинг основных параметров во время анестезии (перечень медицинских услуг обязательного ассортимента)	1	1
B 01.003.04	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) (перечень медицинских услуг обязатель-ного ассортимента)	1	2
B 03.005.06	Коагулограмма (ориентировочное ис-следование системы гемостаза) (перечень медицинских услуг обязательного и до-полнительного ассортимента)	1	2
A 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков в послеродовом периоде	1	1

1.2 ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 5 ДНЕЙ

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
А 16.20.047	Кесарево сечение	1	1
	Эпидуральная анестезия	0,3	1
	Эндотрахеальный наркоз	0,7	1
В 02.001.01	Процедуры сестринского ухода при подготовке больной к гинекологической операции (перечень медицинских услуг обязательного ассортимента))	1	1
В 02.003.01	Процедуры сестринского ухода за реанимационным больным (перечень медицинских услуг обязательного ассортимента)	1	1
	Пункция и катетеризация эпидурального пространства	1	1
	Уход за эпидуральным катетером	1	1
А 11.12.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	1	7
А 14.12.001	Уход за сосудистым катетером	1	1
А 11.28.007	Катетеризация мочевого пузыря	1	1
А 24.01.003	Применение пузыря со льдом	1	1

Фармакологическая группа	АХТ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД	ЭКД
Средства для терапии родоразрешения путем плановой операции кесарева сечения					
Спазмолитические препараты					
Атропин			0,2	0,1% 1 мл в/в,	0,1% 1 мл в/в,
Метацин			0,2	0,1% 0,5-1 мл в/в,	0,1% 0,5-1 мл в/в,
Но-шпа			0,6	2-4 мл в/в	12-24 мл в/в, в/м
Опиоидный анальгетик					
Промедол			1	2% 1-2 мл в/в, в/м	2% 4-8 мл в/в, в/м
Антибактериальные препараты					
Клафоран			03	1 г в/в	2 г в/в
Цефазолин			0,3	0,5 г в/в	1,5 г в/в
Аугментин			0,3	1,2 г в/в	3,6 г в/в
Синтетический аналог окситоцина					
Окситоцин			0,5	5 МЕ в/в	40 МЕ в/м
Алкалоид спорыньи					
Метилэргометрин			0,5	0,2% 1 мл в/в	0,2% 1 мл в/в
Кристаллоиды					
Изотонический р-р натрия хлорида			0,5	0,9%-500 мл в/в	0,9% 1000 мл в/в
Глюкоза			0,5	5% 500 мл в/в	5% 1000 мл в/в
Витамины и витаминоподобные средства					
Аскорбиновая кислота			1	5% 5 мл в/в	5% 20 мл в/в
Кокарбоксилаза			1	50-100 мг в/в	400-800 мг в/в
Коллоиды					
Инфукол			0,25	6% 500 мл в/в	6% 1000 мл в/в
Рефортан			0,25	6% 500 мл.в/в	6% 1000 мл.в/в
Волювен			0,25	6% 500 мл в/в	6% 1000 мл в/в
Гелофузин			0,25	4% 500 мл в/в	4% 1000 мл в/в
Солевые растворы					
Трисоль			0,25	400 мл в/в	800 мл в/в
Ацесоль			0,25	400 мл в/в	800 мл в/в
Дисоль			0,25	400 мл в/в	800 мл в/в
Квартасоль			0,25	400 мл в/в	800 мл в/в
Лекарственные средства для анестезиологического обеспечения операции кесарева сечения (эпидуральная анестезия)			0,3		
Седативные средства, производные бензодиазепина					
Феназепам			0,3	5 мг внутрь	10 мг
Седуксен			0,3	2 мл в/м	8 мл в/м
Реланиум			0,3	5 мг в/м	20 мг в
Антагонист производных бензодиазепина					
Флумазенил			1	0,1 мг в/в	0,5 мг в/в
Антигистаминные препараты					
Дипразин			0,5	2,5% 2 мл в/в	2,5% 8 мл в/в
Димедрол			0,5	0,02-0,05 г в/в	0,08-0,2 г в/в
Адреномиметические препараты					
Эфедрин			1	20-50 мг в/в, в/м	20-50 мг в/в, в/м
Средства для наркоза					
Мидазолам			1	2,5 мг в/в	10 мг в/в
Местноанестезирующие препараты для эпидурального введения					
Ропивакаина гидрохлорид			0,5	0,75% 15-20 мл э/д	0,75% 15-20 мл э/д
Ропивакаина гидрохлорид			0,5	0,2% 6-10 мл э/д	0,2% 120-160 мл э/д
Лидокаина гидрохлорид			0,5	2% 20-30 мл э/д	2% 20-30 мл э/д
Лидокаина гидрохлорид			0,5	1% 5-6 мл э/д	1% 100-120 мл э/д
Наркотические анальгетики					
Морфина гидрохлорид			1	3-6 мг э/д	3-6 мг э/д
Опиоидные синтетические анальгетики					
Фентанил			1	0,05-0,1 мг э/д	0,2-0,4 мг э/д
Лекарственные средства для анестезиологического обеспечения операции кесарева сечения (ингаляционный наркоз)			0,7		
Ингаляционные средства для наркоза					
Закись азота с кислородом			1	пропорция 70:30	пропорця 70:30
Нейролептики					
Дроперидол			1	2,5-5 мг в/м	2,5-5 мг в/м
Опиоидные синтетические анальгетики					
Фентанил			1	0,05-0,1 мг через каждые 15-20 мин	0,05-0,1 мг через каждые 15-20 мин

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕВУШЕК

Ниязова М.С. (Душанбе, Республика Таджикистан)

Цель настоящего исследования – изучить частоту и особенности клинико-лабораторного течения железодефицитной анемии у девушек.

Сплошным методом были обследованы 1072 студента медицинского университета в возрасте от 17 до 23 лет. Из общего числа респондентов более половины составили девушки - 611 (57%), в то время как 43% (461) составили юноши.

У обследованных изучали данные анамнеза, опроса жалоб, клинического обследования, лабораторных показателей «красной» крови, уровня сывороточного железа и фракции гемоглобина.

Анализ результатов исследования показал, что анемия у студенческой молодежи является распространенной патологией и встречается в 12,5% случаев. Тем не менее, необходимо отметить тот факт, что из 134 случаев заболевания малокровием, у девушек частота этой патологии превышала более чем в 7 раз таковую у юношей (88% против 12%). При этом наиболее высокий уровень заболевания был установлен у девушек, обучавшихся на 1 и 4 курсах (30,6 и 22,4%) и меньше на 2,3,5 и 6 (14,9 13,4 11,2 7,5%). Анализ степени тяжести заболевания показал, что в подавляющем большинстве случаев отмечается анемия легкой степени – 85,1% и только в каждом 6 случае – ее среднетяжелое течение (14,9%). При этом среднетяжелая форма заболевания чаще была выявлена у девушек на первом и втором курсах.

В этиологии анемии у девушек-студенток, в абсолютном большинстве случаев превалировал дефицит железа, который был установлен у 94% обследованных. При этом установлено, что у девушек более, чем в 2/3 случаев (68.6%) железодефицитная анемия развилась на фоне гипер- и полименорреи в сочетании с алиментарным фактором, в 26,1% - на фоне только алиментарного фактора и лишь в 5,3% были выявлены заболевания гастродуоденальной системы.

При анализе медицинских карт и анамнеза установлено, что медицинская культура в обращении в первичное звено медицины высока среди жительниц города - пять из шести девушек (85%)

регулярно посещали поликлинику либо женскую консультацию. Среди сельской молодежи больше половины (56%) вообще никогда не наблюдались в медицинских учреждениях, еще одна треть (30%) - изредка прибегали к врачебной помощи, каждая десятая девушка (10%) - с периодичностью 1-2 раза в год и только 4% к своему здоровью относились на должном уровне.

Распределение уровня гемоглобина и его связь с транспортным железом изучено у 126 больных с железодефицитной анемией.

Анализ показал, что сидеропения была выявлена уже у всех больных при диапазоне колебаний концентрации гемоглобина от 101 до 105 г/л. Тогда, как при анемии в пределах 85-100 г/л - снижение концентрации сывороточного железа было уже правилом. Если у больных с гемоглобином в 101-105 г/л сывороточное железо было снижено лишь на 20% по сравнению с физиологическим уровнем, а при диапазоне гемоглобина в 91-100 г/л это снижение достигало более, чем в 1,5 раза, то при диапазоне гемоглобина в 86-90 г/л – уровень сывороточного железа оказался сниженным более, чем в 2 раза и при диапазоне в 75-85 г/л – более чем в 3 раза.

При низкой концентрации транспортного железа почти у более 2/3 больных с железодефицитной анемией заболевание носило гипохромный характер (72,3%). Нормохромия наблюдалась лишь у 27,7% больных. Если при анемии легкой степени снижение среднего объема эритроцитов наблюдалось лишь у половины больных (54,4%), то при среднетяжелом течении малокровия микроцитоз приобретал фактически постоянный характер (91,7%).

Следовательно, чем тяжелее протекает железодефицитная анемии у девушек, тем отчетливее проявляются сидеропения, гипохромия и микроцитоз.

Результаты терапии железодефицитной анемии обычной дозой лактата железа привело к возрастанию Нв со 101,4±1,6 до 119,0±0,8 г/л и транспортного железа с 9,3±0,2 до 12,9±0,5 мкмоль/л. В группе больных, при лечении повышенной дозой лактата железа, концентрация гемоглобина возросла с 86,1±1,7 до 112,8±1,8 г/л, а уровень сывороточного железа с 8,8±0,3 до 12,8±0,4 мкмоль/л. В группе у больных при проведении терапии парентеральным препаратом железа (феррум-лек) концентрация общего гемоглобина крови возросла с 84,7±1,7 до 120,8±1,9 г/л, а уровень сывороточного железа с 8,3±0,3 до 13,0±0,5 мкмоль/л.

После завершения основного курса лечения 24 больные продолжали наблюдаться при проведении реабилитационной терапии:

в 1-ю группу вошли 14 девушек, которые в течение месяца получали поддерживающие лечение лактатом железа - по 0,25 гр. 2 раза с аскорбиновой кислотой (0,3 гр.) в течение месяца.

во 2-ю - вошли 10 больных, которые поддерживающее лечение получили в течение 3 месяцев.

Анализ результатов показал, что при поддерживающей терапии в течение месяца уровень общего гемоглобина возрос со 117,5±1,0 г/л до 120,3±1,5 г/л, а сывороточного железа с 12,8±0,8 до 13,7±0,6 мкмоль/л. В группе наблюдаемых, получавших поддерживающую терапию в течение 3 месяцев концентрация гемоглобина возросла со 116,5±1,2 до 132,0±1,8 г/л, а сывороточного железа с 12,7±0,6 до 14,3± 0,7 мкмоль/л.

Таким образом, использование повышенной дозы сульфата железа и парентеральных препаратов железа в лечении железодефицитной анемии у девушек оказывает эффективное восстановление показателей «красной» крови и концентрации сывороточного железа. А реабилитационная терапия в течение трех месяцев позволяет восстановить показатели гемоглобина и сывороточного железа до физиологического уровня.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН НА СЕЛЕ

Олимова О.Т., Кучакшоева Ф.Т., Шафиева Д.М. (Вахдат, Республика Таджикистан)

Сохранение здоровья женщины и обеспечение безопасного материнства относятся к основным задачам современной медицины.

Достижениями «Целей развития Тысячелетия» являются увеличение доступа к услугам репродуктивного здравоохранения и сокращение на ¾ коэффициента материнской смертности (МС).

Целью настоящих исследований явилось изучение состояния репродуктивного здоровья женщин на селе и выявление резервов снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

По району наблюдается постепенное снижение рождаемости с 27,9‰ в 1998 году до 22,4‰ в 2004 году. Факторами, способствующими снижению рождаемости у преобладающей части населения являются широкомасштабное внедрение программы по планированию семьи, создание Центров Репродуктивного здоровья, более осознанный подход населения к количеству детей в семье. Если в 1998 году охват контрацепцией по району составил 11,3%, то в 2004 году – 17,2%. Наиболее распространенным методом контрацепции, как и в других регионах страны, является ВМС. Ими пользовались в 2003 году 89% женщин, в 2004 году – 84,2%. Гормональная контрацепция стала внедряться в последние годы, благодаря широкой поставке гуманитарной помощи международными организациями. В 2004 году уже 9,8% женщин использовали оральную контрацепцию. Частота выбора барьерной (1,8%), инъекционной (2,5%) и добровольной хирургической стерилизации (1,65%) и других методов контрацепции были минимальными. Несмотря на указанное, число женщин, у которых интергенетический интервал составляет до 2-х лет, остаётся высоким – 17%. Низким остается и показатель послеродовой контрацепции, которая составляет всего 23,2%. Послеабортная контрацепция оказалась значительно выше - 87,3%.

В постконфликтном периоде резко участилась, и вызывает тревогу общественности высокая частота домашних родов без присутствия медицинского работника. В 2002 году этот показатель достиг 78,8%. Причиной этому являются социально-экономические факторы, такие как дальность проживания роженицы от родовспомогательных учреждений и отсутствие транспорта, нехватка горюче-смазочного материала к ним, отсутствие коммуникаций, ухудшение материально-технической базы родовспомогательных учреждений, нехватка лекарственных препаратов и др. Благодаря усилиям Министерства Здравоохранения Республики и местных властей, в последние годы принимаются все меры по устранению указанных недостатков. В 2004 году удалось снизить этот показатель до 69%.

Вызывает тревогу также низкий индекс здоровья жительниц села. Наиболее часто встречающаяся патология, как среди беременных, так и небеременных, является анемия. В 2004 году ее частота составила 69%, заболевания почек – 25,6%, патология щитовидной железы – 16,25% и т.д.

Вышеуказанные отражаются на частоте перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Хотя коэффициент перинатальной смертности снизился с 34,4‰ в 1998 г. до 15,3‰ в 2004 г, этот показатель все же остается высоким и будет еще выше, в связи с внедрением в структуры родовспомогательных учреждений республики критериев живорожденности, предложенных ВОЗ. Поэтому, эта проблема требует своего решения.

Как видно из рис.1, коэффициент материнской смертности имеет тенденцию к снижению. Анализ структуры причин материнской смертности показал, что половина женщин умерли от кровотечения различного генеза, которое усугубилось коагулопатическим кровотечением, 7 (35%) женщин умерли от экстрагенитальной патологии и лишь 3 (25%) - от гестоза и его последствий, 8 женщин умерли или во время домашних родов или после них. Преобладающее большинство были в активном репродуктивном возрасте. Выяснилось, что ни одна из умерших женщин не была охвачена антенатальным наблюдением.

Вышеперечисленное свидетельствует о недостаточной первичной медико-санитарной помощи, отсутствии качественного доступа к службам репродуктивного здоровья, недостаточной контрацептивной помощи, особенно в целевых группах.

Улучшение деятельности Центров Репродуктивного здоровья, целенаправленное оздоровление женщин репродуктивного возраста, качественные и эффективные контрацептивные услуги, организация качественного антенатального ухода беременным женщи-

нам, обеспечение безопасных родов и организация своевременной и интенсивной акушерской помощи в родах, может способствовать снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, как в городе, так и на селе, безопасному материнству и рождению здорового потомства.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ АКУШЕРСКОЙ И МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СЛУЖБ ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Омельченко О.Н., Мирошниченко Л.Б., Матулевич С.А. (Краснодар)

Врожденная и наследственная патология занимает значительное место в структуре заболеваемости и смертности населения, особенно детского. По данным ВОЗ (2000 г.) ежегодно рождается примерно 7,5 млн. новорожденных с серьезными врожденными пороками развития (ВПР), хромосомными и моногенными болезнями. В комплексе мероприятий по профилактике врожденной и наследственной патологии решающее значение имеет пренатальная диагностика (ПД), которая представляет собой систему мероприятий, включающих широкий спектр исследований и медико-генетическое консультирование семьи. Пренатальная диагностика относится к числу высокорентабельных направлений профилактической медицины, где отдача на каждый затраченный рубль составляет не менее 9-10 рублей.

Организация службы пренатальной диагностики врожденной и наследственной патологии у плода в Краснодарском крае начата в 1990г. с создания в Кубанской межрегиональной медико-генетической консультации (КММГК) кабинета ультразвуковой диагностики. В 1994 году в КММГК создано отделение пренатальной диагностики, осуществляющее неинвазивные и инвазивные методы ПД. С 1994 по 2004 года проведено ультразвуковых исследований более чем 25 тыс. беременным, 1597 кордоцентезов и 1321 АВХ. За 11 лет работы отделения пренатальной диагностики удалось предотвратить рождение 213 детей с хромосомной патологией и 1386 детей с неизлечимыми ВПР.

В 1996 г. в крае внедрен массовый скрининг беременных на сывороточные маркеры (СМ). За 1996-1998гг. обследовано более 60 тысяч беременных. В связи с отсутствием финансирования с 1999г. в КММГК проводится селективный скрининг беременных на сывороточные маркеры, за 1999-2004гг. обследовано более 20 тысяч беременных.

С целью объединения усилий акушерской и медико-генетической служб по отбору беременных женщин, нуждающихся в консультации врача-генетика и в проведении ПД врожденной и наследственной патологии, краевым департаментом здравоохранения в 1996г. издан приказ «Об организации кабинетов пренатальной диагностики в ЛПУ Краснодарского края». Этот приказ положил начало формированию в крае двух уровней ультразвукового скрининга: первый на базе лечебных учреждений акушерского профиля и второй на базе КММГК.

В 2000г. КММГК и кафедра акушерства и гинекологии Кубанской государственной медицинской академии разработали методические рекомендации для врачей края «Организация помощи беременным в профилактике врожденной и наследственной патологии у плода», в которых определены задачи медико-генетической и акушерской служб в системе наблюдения за беременными, даны рекомендации по организации потоков беременных женщин, нуждающихся в медико-генетическом консультировании, определены показания для пренатальной диагностики, тактика наблюдения и порядок направления беременных на операцию искусственного прерывания беременности при ВПР у плода. Разработанные рекомендации легли в основу приказов краевого департамента здравоохранения «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» (2001г.), «Организация ультразвуковых исследований беременных женщин с целью выявления ВПР у плода» (2002г.), «О создании пренатальной клинико-экспертной комиссии» (2004г.).

Сформированная в крае система пренатальной диагностики врожденной и наследственной патологии, основанная на активном взаимодействии медико-генетической и акушерской служб, способствовала снижению младенческой смертности от ВПР с 52,2 на 10000 родившихся в 1994г. до 25,0 на 10000 родившихся в 2004г. за счет антенатального выявления и элиминации плодов с врожденной патологией. Отмечается снижение детской смертности и количества мертворождений. За последние 11 лет в Краснодарском крае перинатальная смертность снизилась с 18,5‰ до 8,1‰, неонатальная смертность – с 14,6‰ до 5,5‰, младенческая смертность – с 21,1‰ до 9,3‰; количество мертворождений снизилось с 7,8‰ до 4,9‰.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Орлова В.С., Степаненко Т.А., Калашникова И.В. (Белгород)

В последние десятилетия на фоне социально-экономических преобразований в Российской Федерации регистрируется ухудшение демографической ситуации в связи с четко обозначившейся тенденцией к уменьшению численности населения, что, прежде всего, обусловлено снижением рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого воспроизводства населения. Снизилась доля повторных рождений с 51 до 41%. Суммарный показатель рождаемости в 2002 году составил 1,24 против 2,14-2,15, необходимых для простого воспроизводства населения. Депопуляция в национальных масштабах, явилась одной из главных демографических проблем России конца прошедшего и начала настоящего столетий.

В сложившейся ситуации крайне важно сохранить жизнь каждому плоду и новорожденному, жизнеспособному во внеутробных условиях. В связи с этим в России получило интенсивное развитие перинатальное акушерство, акцентирующее внимание на плоде, как на пациенте. Его особенностью является высокая частота оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения в интересах плода, достигшая по стране в 2003 году 17,7% против 11% в 1995 году и 2% - в 1985 году. По отдельным клиническим родовспомогательным учреждениям удельный вес кесарева сечения составляет 25-30% и более. Следовательно, ежегодно почти каждый пятый гражданин России рождается путем операции кесарева сечения.

Тенденции к расширению показаний к оперативному родоразрешению в интересах плода прослеживаются и в экономически развитых странах Западной Европы. Однако перинатальная смертность в этих странах составляет 4-8‰, в то время как в России этот показатель, несмотря на снижение, остается в 2-3 раза выше. В 1985 году показатель перинатальной смертности в нашей стране составлял 17,8‰, в 1998 году – 14,8‰, в 2002 году – 12,08‰ (Володин Н., 2001). Сохраняющийся высокий уровень перинатальной смертности, несмотря на переориентацию всей службы материнства на перинатальную охрану плода, повлекшую за собой солидные экономические инвестиции, требует углубленного научного медико-социального изучения и переосмысления данной проблемы на популяционном уровне с целью выявления причин и факторов, препятствующих достижению показателя мирового уровня. Это в свою очередь позволит научно обосновать предложения по их устранению.

В связи с изложенным цель настоящего исследования - изучить на территории Белгородского региона динамику показателя и инфраструктуру перинатальной смертности при родоразрешении женщин путем операции кесарева сечения. Для выполнения поставленной задачи нами проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации за 1999 -2004 годы.

Результаты проведенного исследования показали, что за указанный период частота родоразрешения путем операции кесарево сечение в области достоверно выросла с 15,0±0,3% до 19,1±0,3% (P<0,001). Показатель перинатальной смертности за эти годы снизился с 12,6±1,0‰ до 10,4±0,9‰, но достоверно снижение не подтверждено (P>0,05). При дифференцированной статистической обработке установлено, что перинатальная смертность при родоразрешении через естественные родовые пути имеет тенденцию к снижению с 11,0±1,0‰ до 10,2±1,0‰ (P>0,05), в то время как при абдоминальном родоразрешении она выросла с 9,4± 2,2‰ до 11,6±-2,1‰ (P>0,05). Следовательно, в 2000 году показатель перинатальных потерь был выше при родах через естественные родовые пути, спустя 5 лет – при оперативном родоразрешении. Рост показателя произошел за счет абдоминального извлечения плода мертвым (с 2,3± 1,1‰ до 4,9±1,4‰; P>0,05), то есть за счет показателя мертворождаемости. Ранняя неонатальная смертность при оперативном родоразрешении практически осталась на том же уровне (7,0±1,9‰ и 6,8±1,6‰ соответственно), хотя были периоды ее повышения до 12,7‰.

Изучение причин и факторов высокой перинатальной смертности при оперативном родоразрешении позволило установить, что из 166 этих женщин, потерявших ребенка, преобладали жительницы городской местности. Несмотря на территориальную приближенность к учреждениям, оказывающим квалифицированную медицинскую помощь, они составили 89,2%, и только каждая 10-ая (10,8%) проживала в сельской местности. По паритету лидировали первородящие 73(44.0%), далее вторые роды – 63(38,0%), третьи -21 (12,7%), четвертые – 6(3,6%) и по одной женщине были с пятыми и седьмыми родами. Перинатальные потери при доношенном и недоношенном сроке беременности были равны и составили соответственно 82(49,4%) и 83(50,0%). В одном случае (0,6%) новорожденный умер от переношенной беременности.

Доля мертворожденных составила 60 случаев из 166 (36,1 Во всех этих случаях кесарево сечение проведено в экстренном порядке. Показанием к оперативному родоразрешению наиболее часто (38 случаев – 63,4%) служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В 11(18,3%) случаях вмешательство было неизбежно в связи с тяжестью состояния матери, в том числе у 5 (8,3%) оно обусловлено разрывом матки. В оставшихся 11 случаях (18,3%) операция кесарево сечение предпринята по поводу состояния плода: выпадения пуповины, выпадения мелких частей плода при поперечном его положении, а также по поводу прогрессирующей гипоксии плода.

В 106 (63,9%) случаях оперативного родоразрешения новорожденные погибли в раннем неонатальном периоде. Из этого числа 14 (13,2%) женщин были родоразрешены в плановом порядке, остальные 92 (86,8%) - в экстренном. Показанием к плановому родоразрешению послужили акушерские состояния со стороны матери (неполноценный рубец на матке, рубцовые изменения шейки матки, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в сочетании со старшим возрастом матери) или плода (высокий риск консервативных родов при тазовых предлежаниях, гигантские размеры). В экстренном порядке кесарево сечение проведено у 38 (41,3%) женщин по поводу патологии плаценты: преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (32 случая) и аномалии расположения (8 случаев). 12 (13,0%) женщин взяты на операцию в связи с клиникой несостоятельности послеоперационного рубца после предыдущего кесарева сечения, столько же по поводу утяжеления гестоза. У 17 (18,5%) рожениц возникли затруднения в родах, у 13 (14,1%) - констатирована прогрессирующая гипоксия плода, в связи с чем была пересмотрена тактика в пользу оперативного родоразрешения.

Среди непосредственных причин мертворождений преобладала асфиксия – 52 (86,7%), в остальных 8 (13,3%) случаях выявлена хроническая внутриутробная инфекция, которая у 4-х плодов сочеталась с врожденными пороками развития. Причиной смерти новорожденных в каждом третьем случае (30,2%) явилась асфиксия. 25 (23,6%) новорожденных погибли вследствие пневмопатии, по 19 (17,9%) – в связи с врожденными пороками, несовместимыми с жизнью, и внутриутробной инфекцией в виде генерализованной хламидийной инфекции или врожденной пневмонией. В 7 случаях причиной смерти новорожденных явилась пневмония аспирационного генеза, в 3 – родовая травма, в 1 - гемолитическая болезнь новорожденных.

Проведенный нами анализ позволил вскрыть ряд неизбежных причин перинатальной смертности на данном этапе развития медицинской науки и здравоохранения в России. В то же время следует отметить «агрессивный» характер современного акушерства, что проявляется чрезмерным тяготением к оперативным вмешательствам. Современная акушерская тактика способствует утрате искусства акушерской специальности, нарушает естественный процесс рождения ребенка. Наряду с этим имеет место незащищенность практикующего врача, в связи с чем, он выбирает оперативную тактику даже в случаях заведомо неблагоприятного исхода. Проведенный нами анализ заставляет сопоставить наши цели, возможности и пути их достижения.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В РАЙОНАХ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ПРИМЕНЕНИЯ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ ЯДОХИМИКАТОВ

Пахомов С.П. (Орел)

Проблема репродуктивного здоровья женщин является одной из актуальных проблем современной практической медицины, поскольку от нее во многом зависит здоровье нации в целом. Важность этого вопроса в целом обусловлена особенностями экологической обстановки, где проживает женское население того или иного региона. Особо остро эта проблема встает в условиях низкой рождаемости.

К одним из важных факторов, влияющих на репродуктивное здоровье женщин, относятся экологические условия (состояние воздушного бассейна, почвы, состав питьевой воды, атмосферные явления, солнечная активность и др.).

В связи с интенсивным развитием сельского хозяйства для повышения урожайности в последнее время применяется много новых химических препаратов различного действия (гербициды, фунгициды, инсектициды, протравители семян и другие). В литературе обсуждаются механизмы их воздействия на живые организмы, но в основном по результатам экспериментальных исследований, или же в условиях воздействия высоких концентраций веществ, что имеет место на промышленных предприятиях по их производству, или при наличии прямого контакта во время использования на полях.

В научной литературе пока еще не получили должного освещения вопросы влияния пестицидов на состояние репродуктивного здоровья женщин, а имеющиеся данные нередко противоречивы.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение комплексного влияния сельскохозяйственных ядохимикатов на репродуктивное здоровье женщин Курской области. В задачи исследования входили оценка динамики пестицидной нагрузки на сельскохозяйственные почвы за десятилетний период в различных районах Курской области; изучение динамики особенностей течения беременности, исходов родов у женщин данного региона.

В ретроспективной части исследования изучалась пестицидная нагрузка на почвы различных районов Курской области, особенности течения беременностей, частота экстрагенитальной патологии и осложнения родов за период с 1990 по 2000 г.г. Проанализированы более 10000 историй болезни.

В результате проведенного исследования было установлено увеличение частоты различных осложнений беременностей как в отдельно взятых районах, так и по области в целом. Особенно заметно произошел рост числа этих осложнений после 1996 года.

Так, частота гестозов по области в целом составила 281,2 на 10-000 родов (1986 г.) и 818,3 (1999 г.). Аналогичная ситуация имела место и с тяжелыми формами гестозов. Их количество за десять лет по области возросло с 9,23 до 44,92 на 10000 беременных.

Частота заболеваний мочевыделительной системы во время беременности (хронический и гестационный пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гидронефроз, пороки развития почек и др.) в течение последний 10 лет имело тенденцию к неуклонному росту во всех районах области с 100-200 до 900.

Аналогичная ситуация имела место и с анемией беременных. Так, средний показатель числа анемий по области за 10 лет увеличился с 98,63 до 1327,68 на 10000 беременных.

При анализе течения родов мы прежде всего обращали внимание на различного вида аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация), а также на те состояния, которые нами условно были объединены в понятие «затрудненные роды» (клинически узкий таз и др.). При наличии снижающейся рождаемости отмечалось увеличение числа самопроизвольных абортов с 4,5 до 7 на 100 родов.

Анализ территориального распределения количества пестицидов на единицу пашни в сельских районах Курской области показал наличие достаточно выраженных географических колебаний, при этом в среднем по области нагрузка ядохимикатами на пашню составляла 0,78 кг/га.

При исследовании географического расположения районов с различной пестицидной нагрузкой на почву установлено, что наибольшее количество пестицидов на единицу площади вносилось в юго-западных районах. Это позволяет рассматривать данные районы как территории с неблагополучной экологической обстановкой.

Изучение спектра пестицидов показало, что чаще всего использовали такие химические соединения как диаминовая соль, буре-фен, витатиурам, фенорам, раундап и диален. На долю этих ядохимикатов приходится 84% от общего количества пестицидов.

Характерно, что удельный вес диаминовой соли составляет 28%, буре-фена - 22%, витатиурама - 10%, фенорама, раундапа и диалена по 8%. Такие пестициды как зеллен (5%), фюзилад (4%) и метафос (3%) занимают меньший удельный вес.

Анализ динамики пестицидной нагрузки на почву выявило тенденцию к некоторому увеличению количества пестицидов, внесенных на единицу обрабатываемой площади. Так, если в 1991 и 1992 гг. количество всех ядохимикатов, использованных в сельском хозяйстве Курской области, было равно 382 г/га и 463 г/га соответственно, то к 1993 и 1994 гг. этот показатель возрос в 2 раза и составил 731 г/га и 825 г/га соответственно. Следует отметить, что в последние 2 года имело место некоторое снижение пестицидной нагрузки на почву, хотя она оставалась достаточно высокой: 653 г/га и 671 г/га соответственно.

Следует отметить, что динамика отдельных ядохимикатов неоднозначна. Так, наряду с наличием четко выраженной тенденции к увеличению использования в сельскохозяйственном производстве таких пестицидов как фюзилад и лонтрел, имело место более редкое применение 2,4-диаминовой соли. Следует, однако, отметить, что в последние годы наблюдается внедрение в сельскохозяйственное производство ряда новых пестицидов (зеллек, буре-фен, фенорам, ковбой, раундап, альто, каратэ).

Мы изучали влияние пестицидов на течение беременностей и частоту их осложнений, путем многомерного корреляционного анализа. Полученные результаты показали, что изученные нами пестициды не оказывали существенного отрицательного влияния на репродуктивное здоровье женщин.

Проведенный кластерный анализ выявил зависимость аномалий родовой деятельности от количества вносимого в почву пестицида ковбой (r=0,501). Остальные показатели репродуктивного здоровья женщин не имели достоверных связей с другими пестицидами.

Переходя к обсуждению рассмотренной проблемы на протяжении 10 - летнего периода видно, что частота гестозов в 28 районах Курской области варьирует от 128,38 до 892,39. Причины такой широкой вариабельности на территории области, по-видимому, могут быть обусловлены как медико-биологическими и социальными особенностями рассматриваемых субпопуляций, так и воздействием экологических факторов.

Большого внимания заслуживает выявленный нами выраженный рост частоты заболеваемости мочевыделительной системы беременных. За 10 лет этот показатель вырос в 5 раз. Сказанное касается и частоты анемий беременных (увеличение частоты в 13,5 раза). Эту же тенденцию отмечают и другие авторы.

Так, частота аномалий родовой деятельности с 704,0 (1990 г.) возрастала до 1231,9 на 10.000 родов (1999 г.).

Таким образом, полученные нами данные позволяют говорить об известном неблагополучии репродуктивного здоровья в Курской области.

Эти данные должны быть положены в основу мероприятий по охране репродуктивного здоровья женщин, проживающих в условиях влияния неблагоприятных факторов внешней среды. Особенно это касается пестицидов.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И СИСТЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО В РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Перфильева Г.Н., Шаламова И.В., Доценко И.В., Пуховец И.А., Драный Ю.Н. (Барнаул)

Проблема наследственной и врожденной патологии плода и новорожденного одна из главных приоритетных направлений деятельности службы охраны матери и ребенка. Большая медико-социальная значимость вопроса обусловлена высоким уровнем смертности детей от врожденных пороков развития (ВПР) в структуре перинатальной (ПС) и младенческой смертности (МлС), а также ВПР являются одной из основных причин инвалидизации ребенка с детства.

Репродуктивные потери от ВПР в Алтайском крае сохранялись на высоком уровне, так в 2002 году ПС от ВПР составляла 2,3 ‰, МлС соответственно 3,4‰. Краевой дистанционный центр родовспомогательной службы с проведением телемедицинских консультаций был создан в 2003 году на базе Краевого Перинатального Центра (КПЦ). Телемедицинские пункты в межрайонных Перинатальных центрах вводились поэтапно в городах края. К 2005 году дистанционным консультированием по телеканалам было охвачено пять отдаленных округов из шести имеющихся в крае, в том числе для 15 близлежащих территорий (Барнаульский округ), не имеющих межрайонного Перинатального центра, функции которого выполняет Краевой Перинатальный центр, где проводится очное консультирование по разработанной программе (основная группа), контрольной группой служили территории, которые пока не охвачены разработанной системой новых организационно-медицинских технологий.

Нами была разработана поисковая диагностическая система врожденной и наследственной патологии плода и новорожденного, основное содержание которой составляет перинатальный мониторинг проблемной беременности с оценкой состояния плода, фетоплацентарного комплекса в сроки гестации 10-12, 18-20, 23-24, 28-30, 34-36 недель. Особо важная роль отводится оценке плодного яйца, экстраэмбриональных структур, включая эмбриоплацентарный кровоток на ранних сроках гестации, что дает возможность «выстраивать» прогноз, определять тактику ведения. Выявленные отклонения в развитии эмбриона, плода, внезародышевых структур позволяют иметь своего рода «канву» для целенаправленного поиска патологии, а также выделять из общей популяции беременных нуждающихся в уточнении диагноза, формировать группы риска для мониторирования. Скрининговая программа по выявлению ВПР имеет трехэтапный характер исполнения: на первом этапе (ЦРБ) проводится первичный скрининг на выявление отклонений, маркеров нарушенного эмбриогенеза; на втором этапе (МПЦ) под контролем Краевого Перинатального центра – телемедицинские консультации, телеконсилиумы – проводится уточняющая диагностика; на третьем этапе (Краевая медико-генетическая консультация) – исключается хромосомная патология, устанавливается окончательный диагноз.

Скрининговая программа функционирует в системе постоянного диалога, прямая и обратная связь, между консультируемой и консультирующей сторонами. Телемедицинские технологии позволяют оперативно решать все вопросы диагностического плана и тактики. На заключительном этапе краевой перинатальный совет КПЦ определяет тактику ведения: пролонгация и хирургическая коррекция или элиминация плода.

Управление, как система контроля, координации, коррекции, также получила свое дальнейшее развитие. Нами была разработана система перинатального аудита, осуществляющего контроль, как конечного результата, так и процессуальных показателей, базирующихся на анализе, в постоянно действующем режиме (ежемесячно) персонифицированных данных.

Оценочные критерии технологического процесса были сформулированы, используя разработанную нами клинико-морфологическую классификацию ВПР. Все врожденные пороки развития были сгруппированы с учетом технологии выявления порока или его устранения, что позволяло давать оценку проводимым технологиям: первичному скринингу, уточняющей диагностики или методам хирургической коррекции, а также устанавливать тип ЛПУ, уровень оказания медицинской помощи, где допускались отклонения. Эффективность разработанной системы нашла отражение в основных показателях службы.

По итогам деятельности пяти месяцев 2005 года ПС от ВПР в основной группе составила 0,8‰, в контрольной 1,5‰. Такая же закономерность прослеживается и по младенческой смертности. МлС от ВПР за пять месяцев 2005 года в основной группе составила 2,2‰, в контрольной – 3,8‰.

Таким образом, внедрение системы диагностического поиска врожденной и наследственной патологии плода и новорожденного на основе телемедицинских технологий позволило в целом по краю иметь низкий уровень репродуктивных потерь от ВПР: ПС 1,0‰, МлС 2,6‰ – итого деятельности пяти месяцев 2005 года.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В РЕГИОНЕ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Перфильева Г.Н., Шаламова И.В., Доценко И.В., Чугунова Т.Н., Драный Ю.Н., Пуховец И.А., Перфильев А.А. (Барнаул)

Последние научные достижения позволили сформулировать концепцию перинатального акушерства на ближайшие годы и перспективу, основное содержание которой составляет превентивная перинатология, когда в центре внимания акушеров находится исход беременности, а не только состояние и здоровье беременной женщины. С позиции разработанной концепции, основополагающим принципом которой является профилактическая направленность с учетом первостепенности и важности перинатальных факторов, была определена стратегия развития перинатальной помощи в крае.

Система оказания перинатальной помощи при значительном утяжелении контингента беременных не претерпела изменений с 1999 года, оставалась прежней.

В 1990 году был открыт Краевой Перинатальный центр (КПЦ), в 1999 годы были созданы межрайонные перинатальные центры (МПЦ), которые не получили дальнейшего развития, не было отработано взаимодействие КПЦ с прикрепленными районами, амбулаторный прием для районов, кроме одного из округов, не был введен. МПЦ функционировали в основном как межрайонные стационарные отделения, а КПЦ работал напрямую с каждой районной больницей, что нельзя было признать целесообразным. Система экспертных оценок и принятие управленческих решений приводилась в действие после свершившегося случая летального исхода или развития тяжелого осложнения. Нас же интересовала возможность проведения упреждающих профилактических мероприятий еще до того, как произойдет или разовьется тяжелое осложнение. Такую возможность оперативного общения могли обеспечить телемедицинские технологии.

С учетом вышеизложенных данных нами была усовершенствована модель перинатальной помощи в регионе на принципиально новом, качественно более высоком уровне. В первую очередь была усовершенствована структура перинатальной помощи как в целом, так и на каждом уровне ее исполнения – введены амбулаторные приемы в МПЦ для прикрепленных районов, на базе которых установлены телемедицинские станции, обеспечивающие постоянное взаимодействие по телеканалам связи с КПЦ. Организованные консультативные приемы на догоспитальном этапе для прикрепленных территорий, объем деятельности которых в процессе работы увеличивался в связи с расширением их функции: посещение районов, ведение мониторинга, экспертизы и т.д., были переименованы нами в межрайонные центры перинатального мониторинга. Система функционирования модели также претерпела определенные изменения. Мы встали перед необходимостью проведения не просто консультаций одно- или двухразовых, а ведение активного перинатального мониторинга и перинатального аудита на территории.

В соответствии с изложенным с позиции системного подхода технология оказания перинатальной помощи при проблемной беременности предполагает дифференцированное ведение беременности в зависимости от ведущей фоновой патологии и исходного суммарного риска. Вся система оказания перинатальной помощи в регионах была упорядочена: КПЦ работает с МПЦ, МПЦ – с прикрепленными районами. Определено место и назначение каждого ЛПУ в общей системе перинатальной помощи. Этапное оказание медицинской помощи матери и ребенку в таком виде позволяло не только конкретизировать объем помощи, но и осуществлять контроль вышестоящих учреждений над нижестоящими. Главное содержание состоит в активном участии достижения поставленных целей и задач самих исполнителей программы, а краевой центр перинатального мониторинга (КПЦ) – главный помощник и консультант. Рабочим элементом всей разработанной системы являются центры перинатального мониторинга межрайонного и краевого уровня, основная задача которых состоит в оказании консультативно-диагностической помощи, проведении перинатального мониторинга и перинатального аудита.

Функционирование программы профилактики перинатальных потерь осуществлялось по разработанной системе прогнозирования, доклинической диагностики патологии плода и фетоплацентарного комплекса. Система разрабатывалась исходя из основных причин рождения больного ребенка. С учетом повреждающих факторов были определены прогностические тесты, содержавшие клинические, ультразвуковые, допплерометрические, гемостазиологические, микробиологические, вирусологические и другие параметры. Разработанные формализованные документы – карта исходного суммарного риска, карта перинатального мониторинга по срокам гестации, карта катамнеза, экспертная карта – являются носителями алгоритмов прогноза, ранней диагностики и тактики ведения. Профилактическая программа лечения выстраивается согласно модели пациента. Система управления рассматривается как система перинатального аудита.

Эффективность разработанной модели нашла отражение в резком снижении (на 32%) перинатальной смертности и составляющих ее компонентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ДЕМОГРАФИИ

Пестрикова Т.Ю., Бутко Т.М., Юрасова Е.А. (Хабаровск)

Демографическая ситуация последних десятилетий в Российской Федерации характеризуется стойкой депопуляцией, поскольку показатели общей смертности населения превышают показатели

рождаемости, что в конечном итоге приводит к снижению естественного прироста населения. Негативные тенденции в состоянии здоровья населения сохраняются и на территории Хабаровского края. В этой связи актуальность в вопросе изучения перинатальных потерь является социально значимой.

Целью нашего исследования было изучение клинических и патоморфологических аспектов перинатальной демографии, по результатам анализа мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

В задачи исследования входило изучение зависимости частоты мертворождаемости, ранней неонатальной смертности от срока гестации; массы плодов (младенцев); пола плодов (младенцев); плацентарных, плодовых и материнских факторов.

Методы исследования включали использования клинического обследования; лабораторно-диагностического обследования (гемостазиограмма; бактериологическое и бактериоскопическое исследование; методы ИФА, ПЦР; УЗИ, допплерометрия и т.д.); патоморфологическое исследование трупов плодов (младенцев) и последов.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в зависимости от пола изучаемый материал был представлен следующим образом, из общего числа случаев мертворождений (725 случаев): девочек было 347 (47,86±1,86%); мальчиков – 378 (52,14±1,86%). Частота первой беременности, завершившейся мертворождением, плодами женского пола составила 30,65±2,475; мужского пола – 25,16±2,23%. Суммарный показатель в категории мертворождений был равен 28,-22±1,67%, т.е. каждая третья беременность была у первобеременных женщин. Частота первой беременности, завершившейся мертворождением, достоверно чаще встречалась при массе плодов 1000,0 – 14-99,0 г (P< 0,05); 1500,0 – 1999,0 г (P< 0,05). Наибольшее количество внутриутробных потерь 74,07% (537 случаев) происходит при массе плодов от 500,0 до 900,0 г (P< 0,001). При этом нами были выделены два пика, которые соответствовали массе плодов 500,0 г и 900,0 г, как в первом, так и во втором случае большее количество потерь приходилось на плоды женского пола. При массе 2000,0 – 3000,0 г внутриутробные потери в два раза чаще встречались у плодов (младенцев) мужского пола. На сроки гестации 22 – 25 недель приходится 15,17% (110 случаев) внутриутробных потерь; в 26 – 27 недель – 49,66% (360 случаев); в 28 – 31 неделю – 13,79% (100 случаев); в 32 – 34 недели – 5,24% (38 случаев); в 35 – 37 недель – 4,97% (36 случаев); в 38 – 40 недель – 11,17% (81 случай). У плодов женского пола, при морфологическом изучении плацентарной ткани, преобладала хроническая плацентарная недостаточность: а) малая для срока плацента + хронические циркуляторные нарушения + нарушение созревания ворсин или фиброз стромы (II – III степень); б) малая для срока плацента + нарушение созревания ворсин (II степень) или микрофибриноидные депозиты (III степень); в) фиброз ворсин (III степень) или облитерирующая эндангиопатия (III степень) + паренхиматозный плацентит. Морфологическое изучение плацентарной ткани у плодов мужского пола также подтвердило преобладание хронической плацентарной недостаточности над острыми формами плацентарной недостаточности. Ведущей причиной внутриутробной гибели плодов как женского (56,80%), так и мужского (52,08%) пола является плацентит. Второе место занимают ВУИ: 31,50% - плоды женского пола; 35,64% - плоды мужского пола. Третье место у плодов женского пола, как причина внутриутробной гибели, составляют МВПР (9,10%); у плодов мужского пола – прочие причины (10,10%).

Клиническими причинами антенатальной гибели плодов как женского так и мужского пола были: преждевременные роды (95,40%; 94-,20%, соответственно); экстрагенитальная патология, в большинстве случаев воспалительного генеза (52,40%; 68,30%, соответственно); синдром ЗВУР плода III степени (41,50%; 40,20%, соответственно); гипоксия плода тяжелой степени (74,40%; 71,20%, соответственно); гестоз тяжелой степени (75,80%; 76,70%, соответственно).

Изучение структуры ранней неонатальной смертности показало, что из 98 случаев младенцы женского пола составили 41,84±4,-98% (41 случай); мужского пола – 58,16±4,98% (57 случаев), что свидетельствовало о достоверном преобладании младенцев мужского пола (P< 0,01).

Нарушение функции, изменение гемодинамики и морфоструктуры плодово-плацентарного комплекса при преждевременных родах, частота которых в нашем исследовании достигала 94,20% - 95,40%, высокие показатели неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности указывают на наличие межорганой зависимости патологии органов плода (новорожденного) от компенсаторно-приспособительных процессов в плаценте, от пола плода, срока гестации, в котором произошло прерывание беременности.

ВОЗМОЖНЫЕ СФЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ КВАНТОВОЙ ЭНЕРГИИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Пешев Л.П., Нечайкин А.С., Буренина И.А., Фоминова Г.В. (Саранск)

В докладе подведены итоги многоплановых исследований по изучению биомеханизмов действия и клинической эффективности квантовой терапии в акушерско-гинекологической практике. Наши выводы основаны на результатах обследования и лечения 824 пациенток в возрасте от 16 до 74 лет.

В клинико-экспериментальном разделе исследований с использованием разработанной нами методики «светового зондирования» была изучена оптическая плотность тканей гениталий и кожных покровов по отношению к лазерному излучению.

Результаты оптико-физических исследований показали, что:

1. Проникающая способность гелий-неонового лазерного излучения в ткани женских гениталий, а также в кожные покровы не превышает 9 мм., при этом излучение в импульсном режиме обладает в 2 раза большей проникающей способностью, по сравнению с непрерывным.
2. Оптимальным для лазерной рефлексотерапии (ЛРТ) является режим излучения частотой 4 Гц., при длине волны 632,8 нм., выходной мощности 0,2-0,4 м Вт, экспозиции луча от 6 до 15 сек., в зависимости от тонуса вегетативной нервной системы. Курс ЛРТ, при этом, как правило, не превышал 7 дней.
3. Воздействие лазером в указанном режиме на «органозависимые» биологически активные точки (БАТ) с повышенным акцентом вызывало нормализацию их биоэлектрического состояния, купирование клинических симптомов патологии (нейровегетативной формы климактерического синдрома (КС), расстройств менструального цикла в ювенильном и детородном возрастах, а также при «гормонозависимых» миомах матки; нейроциркуляторной дистонии и др.), сокращало сроки госпитального и амбулаторного этапов лечения, в среднем, на 3-7 дней.
4. Для локального облучения тканей при лечении гелий-неоновым лазером кольпита, вагиноза, дисплазий шейки матки, а также острого воспаления придатков матки эффективнее, по нашим данным (Беликова Е.В., 1999), использование непрерывного режима излучения выходной мощностью 10-12 мВт, при экспозиции луча до 4 мин. Клинический эффект наступает после 3-4 сеанса терапии, выздоровление в 92,2% - после 8-9 процедур.
5. Высокая терапевтическая эффективность ГНЛИ объясняется многообразием его позитивных механизмов, среди которых, как нами установлено, важнейшее значение имеют: стимуляция артериально-венозного компонентов регионарного кровотока, активация тканевого и гуморального звеньев иммунитета, восстановление реакций антиоксидантной защиты мембран клеток до физиологических параметров.
6. Перспективно, согласно ранее полученным нами данным (Л.П. Пешев, 1987, 1997; Г.В. Фоминова, Л.П. Пешев, Н.А. Андреева, 2002 и др.) использование квантовой энергии лазеров для лечения различных осложнений беременности, как в виде монотерапии, так и в сочетании с гормональными препаратами (утрожестан, прогестерон, ОПК), антиоксидантами (эмоксипин, плацентоль и др.), положительные эффекты которых лазерное излучение усиливает.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Погорелова А.Б., Кирбасова Н.П., Волгина В.Ф. (Москва)

Эффективность деятельности медицинских учреждений и связанный с ней уровень качества медицинской помощи – ключевые проблемы в управлении здравоохранением.

Ранее используемые методы оценки эффективности работы учреждения, включающие анализ целого ряда статистических показателей, не оказывают существенного управленческого воздействия на работу лечебных учреждений и качество медицинской помощи. Опыт показывает, что использование только традиционных статистических показателей затрудняет получение обобщенной оценки эффективности работы медицинского учреждения.

Цель исследования. Разработать и апробировать методические подходы и систему показателей для оценки качества и эффективности работы учреждения акушерско-гинекологического профиля.

Материал и методы исследования. Для решения указанной цели разработана и внедрена в практику «Экспертная карта интегрированной оценки качества медицинской помощи беременным и гинекологическим больным». Экспертиза с использованием данного документа производилась на этапе амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Экспертной оценке подвергались, имеющие значения для прогноза и качества жизни пациентки, объем и характер данных рекомендаций по полноте выписного эпикриза. Данный анализ важен в целях обеспечения преемственности лечебно-диагностического процесса на перспективу и предупреждения претензий пациенток к выбранным методам лечения и тактике ведения.

Представляет интерес и анализ профессионального уровня врачей, проводимый путем сопоставления направительного, предварительного, клинического и заключительного диагнозов.

Внимание экспертизы уделялось приоритетам при формулировке и формированию диагноза – выделение основного и сопутствующих заболеваний, оценки их течения и осложнений.

Итоговая оценка качества каждого раздела экспертизы представляла собой среднюю арифметическую всех подразделов.

Интегрированная оценка качества оказанной помощи выражалось формулой:

$$E = \frac{(A+B+C+K+R)}{n}$$, где n – количество разделов

экспертной карты. КМП считалось «отличным» в пределах 1-0,9 баллов, «хорошим» – 0,89-0,75 баллов; «удовлетворительным» – 0,74-0,61 балл; «неудовлетворительным» – < 0,60 баллов.

Нами осуществлена оценка качества медицинской помощи по результатам экспертного анализа медицинской документации 250 пролеченных больных в клинических подразделениях Центра.

Медицинская документация подбиралась методом случайной, не преднамеренной выборки.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе качества диагностических мероприятий были выявлены дефекты в процессе сбора анамнеза до 22%. Отмечен неполный объем физикального обследования при первом посещении в 18,0%. Дефектов по качеству и своевременности лабораторных и инструментальных методов обследования не было обнаружено. Балльная оценка – 0,89 – указывала на высокое качество профессионального уровня врачебного персонала.

Полнота и своевременность постановки клинического диагноза имела место в 88,0%. Дефектами являлись отсутствие в диагнозе степени и формы сужения узкого таза, степени тяжести гестоза. Но всех случаях обнаруживалась адекватность результатов диагностических исследований поставленному диагнозу, что давало право оценить данный критерий на «отлично» (0,92 балла).

При анализе адекватности стратегии ведения пациенток отмечено полное соответствие программы лечения выставленному диагнозу и сопутствующей патологии (до 89,0%). В качестве дефектов можно отметить отсутствие этапного эпикриза при изменении тактики ведения больного или удлинении сроков стационарного лечения. Не в полной мере отмечались изменения лекарственной терапии, не было четкости в рекомендациях по дальнейшему ведению пациенток.

В целом оценка лечебно-профилактических мероприятий, включающая результаты по организации процесса оказания помощи, по выбору метода терапии, объему медицинских услуг, относительно их диагнозу и динамическим изменениям в состоянии больного, составила 0,92 балла, что соответствовало высокому качеству акушерско-гинекологической помощи.

В разделе преемственности отмечались дефекты по контролю качества результата; отмечалось удлинение сроков амбулаторного наблюдения при появлении симптомов угрозы невынашивания (в 8,0%); симптомов гестоза, у беременных при узком тазе и крупном плоде. В ряде наблюдений, напротив, отмечено удлинение сроков внутригоспитального лечения (6,0%).

Оценка качества ведения документации составила 0,89 баллов и соответствовала характеристике «на хорошо». Из числа наиболее значимых дефектов отмечалось стандартное оформление дневников наблюдения за состоянием пациенток, без подробного описания жалоб, дозировок и кратности лекарственных назначений; отсутствие сведений о состоянии здоровья мужа. Небрежное оформление документации в 3,4% затруднило проведение полноценной экспертизы качества оказанной помощи.

Известно, что уровень оказания медицинской стационарной помощи определяется исходом родом, оперативных вмешательств, курса консервативной терапии.

Положительный результат медицинской помощи достигнут в 76,0% (благополучные роды без осложнений у матери и ребенка; операция без осложнений, лечение с выраженным положительным результатом). Общая оценка результативности характеризовала помощь «на хорошо» и соответствовало 0,84 баллам.

Мы вынуждены признать, что недостаточно высокий уровень эффективности и результативности акушерско-гинекологической помощи связан с низким качеством диспансерного наблюдения за беременными в территориях по месту их проживания, что вызывает необходимость разработки мероприятий по ее совершенствованию. Пациентки для родоразрешения зачастую поступали без достаточного уровня обследования, с нелеченной экстрагенитальной патологией. Снижают показатели эффективности и результативности исходы родоразрешения у беременных высокой группы риска после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона (ПЭ), у пациенток с привычным невынашиванием, генетическими нарушениями, носительством хронической генитальной инфекции, эндокринопатией.

В заключении хочется отметить, что в условиях взрывного роста информации, появления все новых лекарственных препаратов, внедрения новых технологий, диагностических методов и агрессивной рекламы фармацевтических компаний, врач в своей повседневной деятельности должен критически оценивать и использовать медицинскую информацию для принятия рациональных клинических решений.

Умение проводить клинический анализ снижает вероятность врачебных ошибок и нерациональных решений, что ведет к повышению качества медицинской помощи.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Примак Д.В. (Москва)

В последние годы в РФ наметилась тенденция к снижению относительного числа отказов от детей ВИЧ-инфицированными матерями. В 2000 году ВИЧ-инфицированные родильницы отказались

от 75 детей (11,4%), в 2001г – от 157 (8,2%), в 2002г - от 262 (6,0%), в 2003г – от 275 (4,8%), в 2004г – от 311 детей (4,9%). Однако, несмотря на то, что удельный вес отказных новорожденных постепенно снижается, их абсолютное количество увеличивается. Дети, оставшиеся без попечения родителей, находятся в большинстве случаев в изоляции и не получают необходимой социально-психологической помощи.

В исследовании, выполненном в 10 регионах РФ в 2003 г, было установлено, что из 148 детей с подтвержденным диагнозом ВИЧ инфекция 83 ребенка (56,1%) проживают вне семьи (в домах ребенка, в больницах). Следовательно, проблема социального сиротства в РФ неразрывно связана с увеличением риска инфицирования ребенка. Очевидно, что матери инфицированных детей не получили полного объема профилактических мероприятий вертикальной трансмиссии ВИЧ и имели ряд других факторов, которые повышают риск инфицирования ребенка (ИППП, преждевременные роды и др.).

С целью предупреждения социального сиротства и улучшения оказания помощи ВИЧ - инфицированным детям в РФ принят ряд законов и постановлений Правительства. Статья 18 Закона «Права родителей, дети которых являются ВИЧ - инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ - инфицированных несовершеннолетних» предусматривает совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре, с выплатой за это время пособия по государственному социальному страхованию, бесплатный проезд одного из родителей несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет при сопровождении к месту лечения и обратно, сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей несовершеннолетнего до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним. Статья 19 Закона «Социальная защита ВИЧ - инфицированных несовершеннолетних» назначает социальную пенсию-пособие, предоставляет льготы, установленные для детей-инвалидов законодательством РФ, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ - инфицированным несовершеннолетним выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством РФ.

В номенклатуру учреждений здравоохранения приказом МЗ РФ №229 от 03.06.03 введен специализированный Дом ребенка для ВИЧ - инфицированных детей. В данном учреждении предусмотрено пребывание ВИЧ-инфицированных детей и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями до снятия их с диспансерного наблюдения по причине отсутствия ВИЧ-инфицирования. В то же время рекомендации ВОЗ говорят о совместном пребывании ВИЧ-инфицированных детей в детских коллективах и отсутствии необходимости в их изоляции, которая влечет за собой стигматизацию ВИЧ-инфицированных детей.

Таким образом, проблема социального сиротства детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, до настоящего времени остается одной из самых острых и ее решение требует комплексного межведомственного подхода.

ОПЫТ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ, СТРАДАЮЩИМИ ТЯЖЕЛОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ралко В.В., Басин Б.Л., Чуловский Ю.И., Васильева Т.А., Вишня О.С., Вишня О.П.,

Лобода О.А., Пилипенко М.А., Зыкова И.А., Григорян Р.А. (Омск)

Демографическую ситуацию в России большинство специалистов оценивают как критическую. Отрицательный прирост населения, обусловленный низкой рождаемостью и высокой общей смертностью, по прогнозам демографов будет сохраняться до 2012 г. Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 36) установлено, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Эта статья создает определенные трудности акушерам – гинекологам для выполнения приказа № 302 МЗ РФ, предусматривающего перечень медицинских противопоказаний для вынашивания беременности, так как каждая женщина, независимо от состояния здоровья, желает испытать хотя бы раз чувство материнства. В условиях созданного Областного перинатального центра стало реальным желание вынашивать беременность пациенткам с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Заболеваемость ЭГП на территории Омской области за последние 5 лет увеличилась с 765, 0 (1997 г) до 857, 8 (2004 г). За 5 лет по медицинским показаниям прервано 74 беременности (34 в сроке до 22 недель и 40 в сроке более 22 недель беременности), 152 женщины, которым беременность была противопоказана, ее выносили и были родоразрешены в срок – 137 и досрочно – 15 женщин.

Поскольку областной родильный дом уже длительное время занимается курацией беременных с ЭГП нами были разработаны общие принципы их ведения:

1. Подростковый врач ЦРБ или территориальной поликлиники, принимая передающихся из детской сети девочек – подростков с тяжелой ЭГП проводит беседу с родителями и с девушками о возможности будущей беременности:

а) возможна ли она по состоянию здоровья;

б) есть ли показания для проведения коррекции по заболеванию;

в) в случае противопоказаний к вынашиванию беременности девушка и её родители ставятся в известность.

2. Ежегодно в плане диспансеризации женщин с тяжелой ЭГП участковый терапевт предусматривает консультацию акушера – гинеколога для : а) решения вопроса о методе контрацепции, если беременность противопоказана и не планируется; б) обследования и подготовки к вынашиванию планируемой беременности.

3. При наступлении беременности у женщин с тяжелой ЭГП они направляются в ОПЦ возможно в ранние сроки (до 10 недель), где проходят обследование и со смежными специалистами решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

4. Если женщина желает вынашивать беременность, необходима госпитализация её в профильные отделения ОКБ для проведения медикаментозной коррекции и выработке дальнейшей тактики ведения беременности. В последующем проводится плановая госпитализация в сроки 28 – 30 недель и 36 недель в областной родильный дом. при показаниях проводится экстренная госпитализация в любом сроке беременности. Такие госпитализации могут быть многократными.

5. Послеродовая реабилитация женщин с ЭГП: перед выпиской из родильного дома родильницы осматриваются смежными специалистами и даются рекомендации по дальнейшей тактике ведения, затем женщина передается под диспансерное наблюдение терапевта и акушера – гинеколога с последующим контролем у смежного специалиста.

Среди показаний для госпитализации в родильный дом ОКБ – 60% составляет экстрагенитальная патология, 20% из которой составляют заболевания сердечно – сосудистой системы. В условиях ОКБ при наличии кардиохирургического и ревматокардиологического отделений этим пациенткам оказывается квалифицированная специализированная медицинская помощь. Соотношение числа беременных с приобретенными пороками сердца к числу женщин с врожденными пороками составляет по данным нашей клиники 1:3. Такой патоморфоз сердечно – сосудистых заболеваний у беременных обусловлен как улучшением диагностики и лечения пороков сердца, так и действительным ростом числа врожденных пороков сердца в популяции. Нашей акушерской клиникой накоплен немалый акушерский опыт по ведению беременных с пороками сердца и артериальной гипертензией II – III ст.

С целью прогнозирования исхода беременности, определения тактики ведения пациентки и метода родоразрешения разработана схема оценки степени риска осложнений беременности. При наличии I степени риска беременность не противопоказана. При II степени риска беременность допустима, но существует определенный риск ухудшения состояния будущей матери. III степень риска предполагает возникновение многих осложнений. Беременность противопоказана и должна быть прервана в малом сроке.

Таким образом, внедрение в повседневную практику комплекса мероприятий по ведению беременных с тяжелой соматической патологией, выбор рациональной тактики их родоразрешения положительно сказывается на качественных показателях.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИМАКТЕРИЯ

Рудакова Е.Б., Бесман И.В., Дюкова А.В. (Омск)

В связи с успехами медицины увеличивается продолжительность жизни, что особенно отражается на длительности жизни женского населения. Период, когда происходят процессы угасания функции яичников и переход организма на другой режим существования, носит название климактерия. Рост продолжительности жизни привел к тому, что современная женщина проводит практически одну треть своей жизни в климактерическом периоде, а патологическое его течение называется климактерический синдром (КС). Изменение внешности, ухудшение здоровья – проблема каждой женщины в этом возрасте. Поэтому увеличение продолжительности жизни будет не столь важным достижением медицины, если оно не будет сопровождаться хорошим состоянием здоровья с достаточными физическими, психическими и интеллектуальными возможностями (ВОЗ, 1997). Для улучшения качества жизни и лечения женщин, страдающих КС, направлено действие заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Однако на территории России этот метод лечения распространен в значительно меньшей степени, чем в других развитых странах.

Цель исследования: изучить медико-социальные аспекты климактерия для определения качества медицинской помощи женщинам с климактерическим синдромом.

Материалы и методы: проведено проспективное исследование 418 женщин в возрасте от 40 до 55 лет методом анкетирования. Степень тяжести климактерических проявлений оценивалась путем расчета менопаузального индекса Kupperman и соавт. в модификации Е.В.Уваровой (ММИ).

Результаты исследования: из 418 опрошенных женщин климактерический синдром (КС) различной степени выраженности выявлен у 48%. У большинства женщин (61%) отмечена легкая степень климактерического синдрома, средняя степень установлена у 36,5%, тяжелая степень – у 2,5%, у 2,7% выявлена атипичная форма и у 80,7% опрошенных женщин установлена осложненная форма КС. Средний возраст наступления менопаузы составил 52,2 ± 0,8 года, а появление признаков климактерического синдрома начиналось за 42 ± 1,5 года до естественной менопаузы.

Проведенный опрос показал, что 61,5% опрошенных женщин обращались к врачам различных специальностей с жалобами климактерического характера. Наибольшая обращаемость была к терапевту – 30,5%, к врачу гинекологу – 25,4%, к эндокринологу – 20,3%, к неврологу – 15,3% и к другим специалистам – 8,5%. Из общего числа женщин, обратившихся с климактерическими жалобами – 81,3% было назначено лечение, которое на 92,4% представлено симптоматической терапией. Заместительная гормональная терапия была назначена в 7,6%, несмотря на то, что эффективность ЗГТ доказана и патогенетически обоснована. После проведения лечения КС обратившимся женщинам были получены следующие результаты: 38,5% опрошенных женщин отметили улучшение состояния, у 57,7% -общее состояние осталось на прежнем уровне, а у 3,8% - ухудшилось.

38,5% опрошенных женщин, имея климактерические жалобы, к врачам не обращались. Исследование причин отказа от посещения врача показало, что 20% женщин считают, что климактерий - естественное физиологическое состояние и нет необходимости влиять на этот процесс с помощью лекарств, 23,3% - неуверенны в успехе лечения, 23,3% отметили недостаток времени на посещение врача, у 20% женщин отсутствовали финансовые возможности для обследования и лечения, 3,3% не могли преодолеть барьер смущения, 6.7% - не владели информацией к какому специалисту обращаться, а 3,3% опрощенных женщин лечение посоветовали знакомые! Важно отметить, что 63,5% всех женщин являются социально-активной частью населения, а 51.5% из них составляют женщины, занятые интеллектуальным трудом. Поэтому именно своевременная коррекция климактерических нарушений у этих женщин позволит избежать снижения трудоспособности и качества жизни.

Выводы: в структуре КС преобладают осложненные формы, что свидетельствует о более тяжелом течении КС и необходимости наблюдения этих пациенток совместно с врачами других специальностей. Недостаточная эффективность лечения женщин с КС свидетельствует о том, что врачи различных специальностей не владеют достаточными знаниями и информацией о гормонодефицитных состояниях и способах их коррекции, или же их представление связано со старыми негативными стереотипами по отношению к гормональному лечению.

Анализ причин отказа женщин от посещения врача характеризует то, что у многих из них отсутствует правильное представление и достаточная информация о климактерическом синдроме как о гормонодефицитном состоянии. Следует отметить, что необходимо улучшать взаимодействие врача и пациентки в вопросах, связанных с лечением КС, особенно при назначении ЗГТ, а так же развивать способы и источники подачи информации для этой группы женщин.

ОМСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Рудакова Е.Б., Полежаев К. Л., Ралко В. В. (Омск)

Омский областной перинатальный центр (ОПЦ) создан на базе самого крупного на территории многопрофильного лечебного учреждения – Областной клинической больницы (ОКБ). Он позволил сконцентрировать в одном месте значительное число беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, в основном из районов области (половина населения территории), «высокого риска» с экономически оправданным обеспечением высококвалифицированными кадрами и современным оборудованием. Центр создан как ведущее организационно – методическое и лечебно – диагностическое звено акушерско – гинекологической службы территории.

Основные направления работы Областного Перинатального Центра:

организационно – методическое руководство акушерско-гинекологической службой районов области;

организация и реализация мероприятий по охране репродуктивного здоровья детей, подростков и не беременных женщин с использованием передовых технологий;

организация и оказание медицинской помощи на этапе планирования семьи;

организация системы однотипного динамического скрининга беременных

женщин для раннего выявления групп «повышенного риска» в регионе работы

Перинатального Центра;

внедрение новых технологий и реализация лечебных и профилактических мероприятий по антенатальной охране плода и рациональному родоразрешению женщин «групп высокого риска»;

оказание интенсивной и реанимационной помощи беременным, роженицам, родильницам и их новорожденным детям, в том числе силами отделения экстренной и плановой консультативной помощи в районах области;

санитарно – просветительная работа;

анализ уровня качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и их детям.

Особенности работы ОПЦ на территории Омской области:

1. Сочетание беззатратных организационных мероприятий (работа в рамках АПК, «подворные обходы», «прямая и обратная связь», ежеквартальный мониторинг показателей, активное кураторство в районах) и высоких технологий как в акушерстве, так и в гинекологии (эндоскопические методы диагностики и лечения, эмболизация

сосудов, органосохраняющие операции, внедрение Российско – Американского проекта «Мать и дитя»). 2. Возможность быстрого привлечения к лечебно – диагностическому процессу у акушерско – гинекологических пациенток врачей других специальностей с использованием коечного фонда профильных отделений. 3. Возможность использования потенциала отделения плановой и экстренной медицинской помощи ОКБ. 4. Наличие действующих и финансируемых специальных программ на территории: с 1990 г. – «Мониторинг и профилактика врожденной патологии», с 1998 – 2003 гг. – «Безопасное материнство», с 2003–2007гг. – «Здоровая женщина – здоровый ребенок». 5. Возможность охвата стойкими методами контрацепции групп риска по непланируемой беременности из средств ОМС.

6. Внедрение в акушерско – гинекологическом учреждении «высокого риска» акушерских технологий, эффективность которых доказана методами доказательной медицины (Российско – Американский проект «Мать и дитя»).

Работа ОПЦ за 7 лет позволила значительно улучшить показатели работы по охране репродуктивного здоровья женщин села, что позитивно отразилось на основных показателях акушерско–гинекологической службы территории в целом:

1997 г. 2004 г

1. Материнская смертность (на 100 000 живорожденных) 94, 3 22, 7
2. Перинатальная смертность, ‰ 15, 8 11, 7
3. Ранняя неонатальная смертность, ‰ 7, 2 4, 6
4. Мертворождаемость, ‰ 8, 6 6, 3

в т.ч. антенатальная смертность, ‰ 6, 8 5, 1

5. Младенческая смертность, ‰ 17, 7 11, 0
6. Распространенность абортов (на 1000 женщин ферт. возраста) 76, 6 38, 6
7. Охват контрацепцией,% 25, 6 426, 0
8. Криминальные аборты 230 36

Дальнейшее улучшение показателей, отражающих состояние репродуктивного здоровья женского населения Омской области в рамках медицинских факторов следует связывать с переоснащением акушерско – гинекологической службы, повышением профессионального уровня специалистов и внедрением современных технологий в лечебно – диагностический процесс. На территории Омской области это возможно с учетом реализации Закона Омской области «Об областной целевой программе «Здоровая женщина - здоровый ребенок» на 2003-2007 годы.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕТЕЛЬНИЦ ТЮМЕНСКОГО СЕВЕРА

Рудакова Е.Б., Шамина И.В. (Нефтеюганск)

Интенсивное развитие нефтегазового комплекса на Севере нашей страны сопровождается ухудшением экологической обстановки и перемещением в эти районы большого контингента населения. Коренное население Севера выработало за многие века адекватный механизм приспособления к экстремальным условиям, с другой стороны, на Севере проживает большое количество пришлого населения, не адаптированного к Северным условиям. Установлено, что уже в детском возрасте у Северян имеется тенденция к повышению АД. Достаточно часто фиксируются заболевание органов дыхания, нервной системы, описторхоз, анемия. С каждым годом растет количество болезней мочеполовой системы у подростков. Особый интерес для изучения представляют критические периоды развития, а именно подростковый возраст (10-15 лет) и беременность, приводящая к срыву адаптационных механизмов организма. Исследования проводились в условиях Тюменского Севера, в г. Нефтеюганске. Всего было обследовано 336 девочек в возрасте 13-14 лет и ретроспективно проанализировано 200 амбулаторных карт беременных в возрасте 18-36 лет. В процессе исследования девочки-подростки и карты беременных были разделены на 4 группы в зависимости от анамнеза проживания па Севере (I гр. – более 10 лет, II гр. – с рождения, III гр. – жители коренного населения, IV гр. (группа контроля) составляли жительницы, проживающие на Севере не более 10 лет. Использовались неинвазивные методы исследования для физической оценки девочек, анамнез становления менструальной функции. По картам беременных проводился анализ основных показателей. Анализ полученных данных физического развития выявил достоверную разницу по ростовому показателю 13-ти и 14-ти летних девочек ($p<0,05$) в группе коренного и пришлого-коренного населения, в сравнении с контрольной группой, в сторону децелерации, а также отклонения от среднестатистических данных по России. В то время как девочки, живущие на Севере более 10 лет, имеют незначительные отличия. То же самое прослеживается и по весовым показателям, окружности грудной клетки и размерам таза. В структуре НМЦ и становления пубертата чаще встречаются отклонения у девочек коренного населения, а именно: НМЦ по типу метроррагии и ЗПР. По нашим данным в среднем у северных девочек menarche начались в возрасте от 12,4+0,1 до 12,9+0,08. Имеются достоверные различия в зависимости от анамнеза проживания на Севере у девочек II и III групп ($p<0,01$). Таким образом, по видимому, не следует исключать влияние определенных климатических условий, а также времени адаптации населения к условиям Севера. Продолжительность менструации в среднем составила от 4,9+0-,2 до 5,5+0,2 дня. Разницы в длительности менструального цикла в зависимости от анамнеза времени проживания не установлено ($p>0,05$). Продолжительность менструального цикла колебалась от 27,8+0,3 (в IV группе) до 29,3+0,4 (в III группе). Быстрее регулярный менструальный цикл устанавливается у девочек II группы ($p<0,001$), медленнее всего в III группе. В II и III группе также выше% не регулярных mensis(45% и 50% соответственно), против 33% в IV группе.

Ретроспективный анализ карт беременных выявил высокий процент ЭГП у северянок. Артериальная гипертензия встречалась в 20% - I группе, в группе контроля значительно реже – 4%. Пиелонефрит – 26% в I и II группе, 8% - в IV группе, что в 3 раза реже. Описторхоз чаще встречается в II и III группе (пришлого коренного и коренного населения) в 3,6 раза по сравнению с группой контроля. Анемия беременных – часто встречающаяся патология в I и II группе. Интересным фактом является то, что беременность в группе женщин, рожденных на Севере протекает на фоне первоначальной гипопротеинемии в крови с 1-го триместра беременности, тогда как в остальных группах гипопротеинемия отмечалась лишь к третьему триместру беременности ($p1,4<0,05$). Беременность протекала с осложнениями I триместра чаще в I и IV группах. Во II и III триместрах – осложнения чаще наблюдались в I и II группах (гестозы беременных, угроза невынашивания). Угрозы преждевременных родов: выявлено в I гр. – 52%, во II гр. – 54%, в III и IV группах по - 30%. Значительное количество преждевременных родов отмечено во II группе, (рожденных на Севере) и составило 18%, в группе сравнения – 2%. Частой патологией во время беременности является развитие ХФПН, ГДН. Это осложнение чаще развивалось в I и III группах – 54%, СЗРП выше отмечен в III группе – 34%, в сравнении с IV группой контроля – 4%. Представленные данные свидетельствуют о некоторой децелерации в темпах развития роста, формирования и функционального созревания организма подростков Северного региона, особенно у коренного и пришлого-коренного населения. А также увеличение частоты расстройств менструальной функции и нарушения пубертата у этих групп девушек. У Северянок высокий процент осложнений во время беременности и родов, высокий уровень преждевременных родов и ХФПН. Десять лет проживания в условиях Севера является тем минимальным сроком, когда организм начинает испытывать воздействие Севера на иммунную, эндокринную, сердечную и др. системы, проявляясь срывом адаптационных механизмов человека. Тогда как женщины коренного населения более адаптированы к местным условиям. Беременность протекает в основном на фоне гипопротеинемии, что приводит к развитию гестоза во 2-м и 3-м триместрах беременности. Среди женщин местного населения, адаптированных к северной среде высок процент гестозов 2-ой половины беременности, ХФПН, СЗРП. Это не может не доказывать негативное влияние Севера на течение и исход беременности у жительниц данного региона, а также на здоровье новорожденных.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕОНАТОЛОГИИ

Рыбкина Н.Л. (Казань)

Сложные демографические и социально-экономические процессы, связанные с ухудшением состояния соматического и репродуктивного здоровья населения, с ухудшением состояния здоровья беременных женщин, настоятельно требуют самого пристального внимания к воспроизводству населения, к заботе о сохранении жизни каждому новорожденному, к повышению качества оказания медицинской помощи новорожденным, к предупреждению и снижению репродуктивных потерь.

Качество оказания медицинской помощи новорожденному в процессе родов и в первые дни его жизни зависит от многих факторов, среди них необходимо отметить состояние здоровья беременной женщины и особенности течения настоящей беременности, которые могут повлиять на здоровье и развитие плода и новорожденного, своевременность обращений беременной в акушерский стационар, течение родов и осложнения в родах, состояние новорожденного при рождении, оказание медицинской помощи новорожденному в отделении (палате) новорожденных детей и в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии, профессионализм, полноту и эффективность оказания необходимых пособий и проведение лечебных мероприятий акушерами-гинекологами и акушерками акушерского стационара в отношении матери, неонатологами, реаниматологами и медицинскими сестрами отделения для новорожденных детей в отношении новорожденного ребенка.

В условиях подобной многоуровневой и многокомпонентной системы оказания медицинской помощи при наличии различных факторов риска для беременной, плода и новорожденного необходимо всестороннее изучение состояния оказания медицинской помощи новорожденным детям в целях оптимизации и управления качеством этой работы.

В отечественной и зарубежной литературе выделяется три подхода к контролю качества оказания медицинской помощи: структурный, процессуальный и по достигнутому результату. Анализ реализации этих принципов в отношении новорожденных детей в раннем неонатальном периоде, который проходит, как правило, в отделении для новорожденных детей или в акушерском стационаре (в палате для новорожденных детей), позволяет сделать следующие заключения.

Структурный компонент контроля качества медицинской помощи новорожденным детям реализуется в лицензировании и аккредитации акушерского отделения и отделения новорожденных детей, в аттестации и сертификации их врачей и средних медицинских работников. Ключевыми моментами структурного компонента является подбор и профессиональная подготовка кадров, владение персоналом современными и высокими медицинскими технологиями, что определяет разноуровневые возможности оказания медицинской помощи здоровым новорожденным, а также новорожденным разного гестационного возраста с различными патологическими состояниями и заболеваниями.

Процессуальный компонент контроля качества оказания медицинской помощи новорожденным реализуется путем различных вариантов экспертной оценки: текущего контроля (изучение состояния новорожденного, анализ результатов лабораторных и инструментальных исследований, анализ медицинской документации) и заключительного контроля (изучение медицинской документации по законченным случаям пребывания новорожденного в стационаре сплошным или выборочным методом, анализ всех случаев ранней неонатальной смертности и мертворождаемости). Ключевым моментом процессуального компонента является практическая реализация медицинских технологий в неонатологии и всемерное соблюдение принципов перинатальной помощи и технологий в уходе за новорожденными, рекомендованных Всемирной Организацией Здравоохранения в 2002 году.

Контроль качества медицинской помощи новорожденным по конечному результату должен строиться на оценке достигнутых итогов оказания медицинской помощи. В качестве инструмента анализа достигнутого результата в неонатологии могут выступать возможные стандарты достигнутых результатов, которые необходимо объективизировать и внедрять в практику.

По результатам контроля качества оказания медицинской помощи новорожденным можно выделить четыре основных варианта недоработок или ошибок:

Во-первых, организационные недоработки или ошибки: степень профессиональной подготовки врачей (неонатологов и реаниматологов) и медицинских сестер, обеспеченность стационара необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой, нарушения этапности оказания медицинской помощи беременным женщинам и др.

Во-вторых, диагностические недоработки и ошибки: позднее выявление заболеваний или патологических состояний у беременной, влияющих на здоровье плода и ребенка, позднее выявление или недиагностирование заболеваний у новорожденного, некачественная прогностическая оценка выявленных симптомов и синдромов у новорожденного;

В-третьих, лечебные недоработки и ошибки: ослабление или отсутствие полноценного динамического наблюдения новорожденного, дефекты в назначении медикаментозного лечения (в том числе полипрагмазия), дефекты в питании новорожденного;

В-четвертых, реанимационные недоработки и ошибки: несвоевременный перевод в реанимационное отделение, несвоевременное или не в полном объеме проведение реанимационных мероприятий, дефекты в назначении медикаментов (в том числе полипрагмазия), адекватность и полнота проводимой интенсивной терапии.

При анализе качества оказания медицинской помощи новорожденным, при ретроспективном изучении смертности новорожденных в акушерских стационарах и ранней неонатальной смертности необходимо четко распределять выявленные дефекты на предотвратимые, условно предотвратимые, непредотвратимые. По предотвратимым или условно предотвратимым дефектам необходим многофакторный анализ их причин, а также разработка и реализация конкретных мероприятий по устранению и недопущению их в дальнейшем.

Итогом целенаправленной работы по улучшению качества оказания медицинской помощи новорожденным является последовательное улучшение основных показателей, характеризующих состояние службы в целом, что можно убедительно показать на примере Республики Татарстан.

Вследствие целенаправленной работы, проводимой в медицинских учреждениях Республики Татарстан и среди населения по сохранению беременности и предупреждению ее осложнений, внедрению современных пренатальных технологий, организации этапной многоуровневой медицинской помощи беременным при выявлении различной патологии по повышению качества оказания медицинской помощи новорожденным, а также заболевших детей первого года жизни, удалось добиться существенного улучшения состояния здоровья новорожденных детей и детей первого года жизни, а также значительного снижения репродуктивных потерь. За пятилетний период (с 2000 по 2004 годы) показатель фетоинфантильных потерь снизился на 15,8%, младенческая смертность – на 21,1%. В структуре младенческой смертности, составившей в 2004 году 11,2‰, ранняя неонатальная смертность составила 5,2‰ (46,4%), за 5 лет она снизилась в 1,4 раза.

Системная работа по устранению, а в последующем – по предотвращению недостатков и недоработок в оказании медицинской помощи новорожденным позволит повысить качество и результативность медицинской помощи, улучшить состояние здоровья новорожденных.

МОНИТОРИНГ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ КАК ВЕДУЩИЙ ИНТГРАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АКУШЕРСТВА И НЕОНАТОЛОГИИ

Рыбкина Н.Л. (Казань)

Ранняя неонатальная смертность, отражающая смертность новорожденных детей в самый критический период – в первые 168 часов жизни, входит в состав показателей перинатальной смертности и младенческой смертности и является чутким индикатором качества оказания медицинской помощи беременным женщинам, родильницам и плоду в процессе родовой деятельности и новорожденному в первые часы и дни жизни.

Нами проведен анализ динамики ранней неонатальной смертности (РНС) в Республике Татарстан за последние 10 лет (с 1994 по 2003 г.).

За рассматриваемый период РНС уменьшилась в 2,1 раза – с 9,7‰ до 4,7‰ при устойчивой тенденции снижения по отдельным годам наблюдения.

Снижается доля РНС в структуре перинатальной и младенческой смертности. Доля РНС в структуре перинатальной смертности уменьшилась с 49,7% до 39,5%. Доля РНС в структуре младенческой смертности сократилась с 52,7% до 43,5%, а в структуре неонатальной смертности доля РНС уменьшилась с 78,9% до 67,1%, при этом необходимо отметить, что внедрение современных перинатальных технологий и повышение возможностей оказания медицинской (в том числе реанимационной) помощи в неонатологии не позволило существенно снизить долю РНС в неонатальной смертности, подчеркивая необходимость самого пристального внимания к состоянию здоровья новорожденных в раннем послеродовом периоде.

Проблема ранней неонатальной смертности во многом связана с проблемой невынашивания беременности. РНС среди новорожденных, родившихся в срок, снизилась с 2,7‰ в 1994 году до 1,4‰ в 2003 году (снижение в 1,9 раза), среди родившихся недоношенными также снизилась с 87,4‰ в 1994 году до 39,2‰ в 2003 году (снижение в 2,2 раза), однако РНС среди недоношенных намного выше (в 1993 году – в 32,4 раза, в 2003 году – в 28,0 раз) аналогично показателя среди доношенных.

Среди причин высокой РНС среди недоношенных новорожденных можно отметить неблагополучия в состоянии здоровья беременных женщин, в частности, высокую частоту экстрагенитальной патологии у беременных женщин, кроме того, удельный вес нормальных родов не превышает одной трети (1994 г. – 33,8%, 2003 г. – 31,1%), а доля родов с различными осложнениями продолжает оставаться высокой, составляя 66,2% в 1994 году и 68,9% в 2003 году.

Существенно отличается показатель РНС в городской и сельской местности, при этом исходное значение показателя РНС в 1994 году в городской местности выше, чем в сельской местности, степень снижения РНС более выражена в городской местности (снижение в 2,6 раза), чем в сельской местности (снижение в 1,6 раза), уровень показателя РНС в 2003 году существенно ниже в городской местности (4,4‰) по сравнению с сельской местностью (5,7‰).

В структуре причин РНС ведущим фактором являются отдельные состояния перинатального периода, внутри данного класса заболеваний следует выделить синдром респираторных расстройств, врожденные аномалии, внутричерепные и другие родовые травмы, асфиксию и гипоксию.

Таким образом, представленный анализ показывает, что несмотря на положительные тенденции в динамике ранней неонатальной смертности, актуальными проблемами перинатологии по дальнейшему снижению РНС остаются следующие: постоянный мониторинг состояния здоровья беременных женщин, выделение среди них групп высокого риска и проведение им необходимых превентивных диагностических и лечебных мероприятий, профилактика невынашивания беременности, повсеместная реализация принципов этапного наблюдения беременных, обеспечение качественной медицинской помощью и реанимационными пособиями всех нуждающихся новорожденных, совершенствование работы по современному выявлению врожденных пороков развития.

Проведенный нами мониторинг показал важное информативное значение показателя ранней неонатальной смертности в оценке комплекса мероприятий, проводимых акушерами-гинекологами в отношении беременной женщины и неонатологами в отношении плода и новорожденного, позволит разработать управленческие решения и мероприятия, способствующие дальнейшему снижению показателя.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ МАТЕРЕЙ

Савельева И.С., Шадчнева Е. (Москва)

В последнее десятилетие в нашей стране большое внимание уделяется охране репродуктивного здоровья молодежи и формированию грамотного и осознанного репродуктивного поведения и планирования семьи.

Репродуктивное поведение молодежи характеризуется ранним сексуальным дебютом, негативным отношением к браку, ранней беременностью и низким уровнем использования эффективных методов контрацепции. Исходы первой беременности зависят от многих факторов, при этом ведущими являются социальные. Девушки, живущие в семье и имеющие устойчивые брачные отношения, получающие высшее образование или начинающие профессиональный рост, предпочитают, в основном, искусственное прерывание беременности. Наоборот, девушки с низкой самооценкой, без устойчивых партнерских отношений, учащиеся школ или средних специальных учебных заведений, более вероятно завершат свою первую беременность родами. Несмотря на то, что с начала 90-х годов отмечается значительное снижение числа беременностей и родов у женщин репродуктивного возраста, у подростков отмечается их увеличение. Известная противоречивость и вариабельность частоты показателей, характеризующих течение гестационного периода, позволяет предположить наличие особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у подростков.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение течения беременности и родов у юных матерей и оценка последующего риска возникновения нежелательной или несвоевременной беременности.

Авторами проведен анализ репродуктивного поведения 876 девушек-подростков 14-18-летнего возраста, завершивших свою первую беременность родами, изучение клинического течения беременности, родов и послеродового периода. Среди особенностей репродуктивного поведения исследуемого контингента хочется отметить следующие: сексуальный дебют был более ранним в возрастной группе 14-15 лет (13,1 лет) и «более поздним» - в группе 18-19-летних (16,6 лет); число сексуально активных партнеров за последние 6 месяцев было достоверно меньше в старшей возрастной группе (2,1 и 3,4 соответственно); брачные отношения были более предпочтительны для старших подростков (62,57% находились в браке на момент наступления беременности по сравнению с 5,2% в группе 14-15-летних); использование любых методов контрацепции также было более характерно для этой возрастной группы.

Было установлено, что реализация репродуктивной функции осуществлялась на фоне высокой частоты соматической патологии. Так, 25,0% подростков имели анемию беременных, причем частота ее выявления и клиническая выраженность зависела от возраста: чем моложе был подросток, тем в большем числе случаев выявлялась данная патология, которая характеризовалась ранними сроками возникновения (на 16-18 неделе беременности) и большей частотой развития средних и тяжелых форм. Второй по частоте патологии были частые острые респираторно-вирусные заболевания

(10,5-25,0%) и хронические воспалительные заболевания органов дыхания (от 13,8% до 15,38%) с инфекционным или аллергическим компонентом. Заболевания органов мочевыделительной системы занимали третью позицию с частотой встречаемости от 10,0% (в группе 14-15-летних) до 20,8% (среди 18-19-летних).

Особенностью наблюдения юных беременных в женской консультации были более позднее обращение к врачу по поводу наступившей беременности и уменьшение кратности посещений женской консультации. Средний срок беременности при первой явке в женскую консультацию составил 16-18 недель. 42% юных в течение всего периода беременности посещали женскую консультацию менее 10-ти раз.

Частота осложненного течения беременности у женщин юного возраста составила 86,0%, в структуре преобладали анемия (40,9%) и гестозы беременных (34,0%), угроза прерывания беременности (22,0%), инфекции во время беременности (18,0%) и патология фетоплацентарного комплекса (19,0%). В отличие от данных других авторов, мы не наблюдали высокой частоты осложненного течения родов и послеродового периода; эти показатели соответствовали аналогичным в популяции взрослых женщин.

Таким образом, изменение репродуктивного поведения современной молодежи и повышение их удельного веса в общей структуре рождаемости диктует необходимость изучения вопросов подросткового материнства, разработки диспансерного наблюдения и повышения их эффективности, а также программ, направленных на профилактику нежелательных и несвоевременных беременностей. Повышение эффективности оказания комплексной медицинской помощи девушкам-подросткам в системе здравоохранения является резервом по улучшению репродуктивного здоровья будущего поколения, снижению показателей материнской и перинатальной смертности.

НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Самчук П.М., Бородашкин В.В. (Иркутск)

В настоящее время, несмотря на развитие современных технологий в акушерстве гнойно-воспалительные осложнения (ГВО) сохраняют свою актуальность в послеродовом периоде. Одним из наиболее частых проявлением инфекционных осложнений является эндометрит после родов и операции кесарево сечения.

Частота эндометрита по данным различных авторов после родов составляет 0,5-25%, после операции значительно выше, достигая 40%.

По данным исследования проведенного на базе Областного Перинатального центра г. Иркутска эндометрит возникает в 1,2% после родов и 1,7% после операции, субинволюция матки в 0,85% и 2,1% соответственно.

В связи с актуальностью проблемы в течение последних лет проводятся многочисленные исследования посвященные изучению иммунитета женщин в пуэрперии, инволюции матки, факторов риска и профилактики ГВО, разработке стандартов и усовершенствованию тактики лечения эндометрита.

Несмотря на значительное количество исследований, частота гнойно-воспалительных осложнений не имеет тенденции к снижению.

В настоящее время вследствие изменения иммунного статуса беременных, видового состава микробной флоры, течение послеродовых эндометритов имеет стертую, «ареактивную» клиническую картину. По данным М.И. Ковалева и соавт.(2003) до 80% эндометритов после кесарева сечения протекают в «стертой» форме, и только 20% в классической.

В связи с этим возникают значительные затруднения в постановке диагноза эндометрита, выборе объема и тактики лечения осложнений.

В связи с этим остается актуальным исследование механизмов возникновения гнойно-воспалительных осложнений, совершенствования методов ранней диагностики заболевания.

В настоящее время с целью диагностики и подтверждения ГВО осложнений применяются микробиологическое и микроскопическое исследование влагалища и полости матки, цитология лохий, ультразвуковое сканирование, гистероскопия, а также лабораторные методы обследования. Патогистологическому исследованию доступны только аспират и соскоб содержимого полости матки. На основании этого не всегда возможно, провести дифференциальный диагностику между стертым течением эндометрита и субинволюцией матки.

Новизна нашего исследования заключается в том, что нами проводилось гистологическое исследование не только кюретажного и биопсийного материала полости матки, но и прижизненной биопсии мышечных слоев матки.

Методика. Забор материала проводился во время диагностической гистероскопии. Для забора материала использовалась одноразовая автоматическая биопсийная игла Usbyopsi. Длина иглы 200 мм, выброс рабочей части 15 мм, диаметр 0,9 мм. В манипуляционный канал гистероскопа вводилась автоматическая игла, и производился «выстрел» в стенку матки под углом 45° под контролем ультразвукового исследования. Полученный «столбик» материала погружался в формалин и отправлялся на гистологическое исследование.

Манипуляция выполнялась в конце проведения гистероскопии и установки диагноза, занимала 1-2 минуты, безболезненна. Осложнений во время проведения манипуляций не отмечалось. Исследование проводилось на 4-6 сутки после родоразрешения. Процедуре предшествовало обязательное ультразвуковое исследование матки с измерением толщины ее стенок в различных отделах.

Результаты. Работа проводилась на базе Областного Перинатального центра г. Иркутска. Нами проведено 18 гистологических исследований биопсийного материала: 3 - при неосложненном течении пуэрперия, 8 - при субинволюции матки, 6 - на фоне эндометрита, а также выполнено 1 исследование состояния шва на матке на 6 сутки после операции кесарево сечение.

Диагностика эндометрита и субинволюции матки проводилась на основании клинических проявлений, данных микробиологического исследования, ультразвукового сканирования (Aloka SSD–5500, датчик 3,5 мг), гистероскопии (гистероскоп Olympus). Субинволюция матки устанавливалась на основании данных ультразвукового исследования (измерение размеров матки, объема матки, состояния полости матки), а также отсутствие клинических проявлений воспаления. При микробиологическом исследовании содержимого полости матки бактерии находились в количественном отношении менее 103, отсутствовали ассоциации микроорганизмов. Гистероскопическая картина нарушения обратного развития матки характеризовалась расширением полости матки, наличием в полости сгустков крови, снижением сократительной способности, отсутствием признаков воспаления на стенках матки.

При данном методе исследования были доступны изучению клетки миометрия, соединительная ткань, сосуды миометрия, эндометриальные железы миометрия.

При исследовании состояния рубца на матке после операции отсутствовали гистологические признаки воспаления, выявлены группы гладкомышечных клеток с развитием коллагеновых волокон, скудная инфильтрация нейтрофилами (без распада) и лимфоцитами. Получено подтверждение его состоятельности.

При субинволюции матки в материале выявлены гипертрофированные гладкомышечные волокна со слабовыраженными соединительнотканными прослойками, малокровными сосудами. В артериолах имелись явления склероза стенки, гиалиноз и эндотелиоз, визуализировались фрагменты децидуальной ткани с дистрофическим изменением клеток, умеренной реактивной нейтрофильной инфильтрацией.

На фоне послеродового эндометрита выявлялись воспалительные изменения в децидуальном слое, явления воспаления в мышечном слое не выявлены, но имели место расширенные мелкие вены миометрия.

Выводы. Полученные результаты исследования позволяют проследить морфологические изменения, происходящие в слоях стенки матки при неосложненном и осложненном течении послеродового периода.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «МАТЬ И ДИТЯ» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Скляр М.С. (Екатеринбург)

Ухудшение медико-демографической ситуации в 90-х годах XX прошлого столетия стало основанием для разработки в Свердловской области комплексной целевой программы «Мать и дитя». Цель ее – обеспечить государственные гарантии доступной, бесплатной, надлежащего объема и качества медицинской помощи матерям в период беременности и родов, а также новорожденным. Основные задачи, которые требовалось решить в ходе Программы:

1. Совершенствование организации медико-профилактической помощи женщинам и детям на этапах: женская консультация, роддом, специализированный центр.
2. Разработка единых территориальных отраслевых протоколов ведения женщин в период беременности, родов и новорожденных.
3. Разработка единых лекарственных формуляров для беременных, рожениц и новорожденных.
4. Обоснование объемов медицинской помощи.
5. Расчет финансовой потребности службы родовспоможения.
6. Определение стоимости медицинской помощи на разных ее этапах.
7. Переход на способ оплаты медицинской помощи в зависимости от выполненного ее объема и качества.
8. Организация дневных стационаров для обследования, оздоровления и реабилитации беременных.
9. Поэтапное реформирование областной службы родовспоможения с развитием перинатальных центров.

На первом этапе основные положения целевой программы отрабатывались в трех «пилотных» учреждениях разных технологических уровней. В частности, с целью оптимального и рационального выбора лекарственных препаратов на основе соблюдения принципа «затраты – эффективность» были впервые разработаны и внедрены «Временные стандарты фармакотерапии в акушерстве и неонатологии» по всем нозологиям в зависимости от технологического уровня. На основе этих стандартов были созданы «Перечень лекарственных средств, используемых в акушерстве и неонатологии», включающий в себя 175 наименований, а также «Временный перечень расходных материалов и изделий мягкого инвентаря для новорожденных».

На амбулаторном этапе для оплаты медицинской помощи, оказываемой беременным в женских консультациях, были определены тарифы врачебных посещений, дифференцированные по видам посещений, а для оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи - тарифы медико-экономических стандартов (МЭС) для каждой из нозологий, входящих в разделы «Акушерство» и «Роддом». В дальнейшем, при расширении рамок программы были разработаны тарифы МЭСов и для раздела «Неонатология».

Практика применения этих тарифов в рамках программы «Мать и дитя» подтвердила корректность методики расчета, а также достаточность их для возмещения затрат службы родовспоможения по статьям расходов, что позволило обеспечить беременных, рожениц и новорожденных доступной, бесплатной, качественной медицинской помощью с использованием современных технологий и методов лечения.

Для контроля за ходом реализации программы в 2000 г. ежемесячно, а с 2001 г. ежеквартально, проводилась очная экспертиза и анонимное анкетирование пациенток с целью оценить удовлетворенность женщин условиями содержания и лечения, а также выяснить, имеют ли место платные услуги и за что пациентам пришлось платить. По результатам анализа анкет 98% беременных женщин были удовлетворены условиями содержания, лечения и отсутствием платных услуг в рамках программы.

В настоящее время в рамках программы работают 54 роддома, 31 дневной стационар для беременных и 85 женских консультаций. Практически во всех службах родовспоможения проведена рациональная реструктуризация коечного фонда, внедрены передовые перинатальные технологии. Программа «Мать и дитя», начавшись с внедрения ее в службах родовспоможения по специальностям «Акушерство» и «Роддом», постепенно расширяется.

Финансовая стратегия Программы позволила в полном объеме компенсировать расходы ЛПУ по всем видам помощи в женских консультациях, стационарозамещающих подразделениях и в условиях круглосуточного стационара медицинских учреждений. В табл. 1 приведены данные о динамике изменения объемов медицинской помощи и расходов на оплату по видам помощи.

Реализация программы «Мать и дитя» позволила увеличить стоимость 1-го случая госпитализации по разделу «Акушерство» в 10,6 раза, по разделу «Роддом» в 11,6 раза по сравнению с 1999 годом (табл. 2).

Таблица 1

Динамика изменения объемов медицинской помощи (по видам) и расходов на ее оплату в рамках программы «Мать и дитя» по Свердловской области, 2000-2003 гг.

Год	Амбулаторно-поликлиническая помощь		Стационарозамещающая помощь		Стационарная помощь			
					Акушерство		Роддом	
	Кол-во посещений	Сумма, тыс. руб.	Кол-во пролеченных	Сумма, тыс. руб.	Кол-во госпитализированных	Сумма, тыс. руб.	Кол-во госпитализированных	Сумма, тыс. руб.
2000	192860	2673,2	2397	1421,5	31674	40283,9	2875	1324,9
2001	393450	5889,3	8039	5773,1	69290	104962,2	37408	19404,0
2002	440256	11985,2	11169	11707,1	744412	160923,4	40922	28859,1
2003	486861	21885,8	12900	20325,5	76425	252352,2	42576	42848,9

Таблица 2

Стоимость одного случая госпитализации до начала действия программы «Мать и дитя» и в период ее реализации

Год	Акушерство		Роддом	
	Кол-во госпитализированных	Стоимость 1 случая, тыс. руб.	Кол-во госпитализированных	Стоимость 1 случая, тыс. руб.
1999	64099	312	32418	87
2001	69290	1515	37408	519
2002	74442	2162	40922	705
2003	76425	3302	42576	1006

Экономический анализ показателей деятельности медицинских учреждений, работающих по программе «Мать и дитя», показывает, что основная цель внедрения программы – обеспечение женщин в период беременности и родов, а также новорожденных бесплатной медицинской помощью на основе реального финансового обеспечения службы родовспоможения, - достигнута.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «МАТЬ И ДИТЯ» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Скляр М.С. (Екатеринбург)

Последнее десятилетие XX столетия в Свердловской области отличалось неблагоприятной демографической ситуацией, главными проявлениями которой стали формирование режима депопуляции и изменение возрастной структуры населения в сторону «постарения». Одно из направлений политики, проводимой региональными органами управления здравоохранением по стабилизации медико-демографической ситуации, было связано с улучшением здоровья детского населения области. Результатом ее стала разработка целевой программы «Мать и дитя», реализация которой началась в июле 2000 года.

В Свердловской области последнее десятилетие прошлого столетия характеризовалось резким спадом рождаемости, статистически значимо превышающим таковой по России в целом. Согласно разработанным прогнозам при сохранении данной тенденции уровень её в области составил бы в 2001 – 2003 гг. от 7,2 до 7,0 на 1000 населения. Однако в реальности ситуация изменилась на противоположную и, несмотря на то, что в целом по стране также был отмечен рост рождаемости, в Свердловской области он проходил более быстрыми темпами и впервые за последние 14 лет областные показатели достигли среднероссийского уровня (табл. 1).

Таблица 1

Показатели рождаемости в Свердловской области и Российской Федерации, на 1000

Территория	1990	1993	1995	1998	2000	2001	2002	2003
Свердловская область	12,2*	8,5*	8,5*	8,5*	8,2*	8,9	9,8	10,3
РФ	13,4	9,4	9,3	8,8	8,7	9,1	9,8	10,3

**) здесь и далее статистически значимые различия*

Важным индикатором здоровья детского населения является младенческая смертность. Период 1990-2000 гг. характеризовался в Свердловской области высоким её уровнем, хотя и статистически достоверно более низким, чем в среднем по стране. Результаты, разработанных прогнозов свидетельствовали о том, что при сохранении в области сформировавшейся к 2000 г. тенденции, в 2001 г.-2003 гг. следовало ожидать следующих уровней смертности детей до 1 года: 15,3, 15,0, 14,7 на 1000 соответственно. В реальности же, как видно из материалов табл. 2, она оказалась гораздо ниже прогнозируемых.

Таблица 2

Показатели младенческой смертности в Свердловской области и Российской Федерации, на 1000 родившихся живыми

Территория	1990	1993	1995	1998	2000	2001	2002	2003
Свердловская область	16,1*	19,2*	17,5*	14,1*	15,0*	12,2*	11,6*	12,2*
РФ	17,4	19,9	18,1	16,5	15,3	17,6	13,3	12,4

При анализе состояния здоровья детского населения наряду с параметрами, характеризующими смертность, важное значение имеют и те, которые отражают заболеваемость. Одним из них является показатель заболеваемости новорожденных. Из данных табл.3 видно, что последние годы XX столетия число родившихся больными и заболевшими новорожденных детей оставалось стабильным, но, уже начиная с 2001 г., наметилось явное его снижение. Вместе с тем, как явствует из результатов прогноза, при сохранении существовавшей до 2000 г. тенденции уровень заболеваемости новорожденных в области должен был сохраниться бы на прежнем уровне.

Таблица 3

Динамика изменений и прогноз заболеваемости новорожденных в Свердловской области, на 1000 родившихся живыми

Показатели	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Фактические	473,6	482,0	468,8	482,9	475,7	451,0	427,3
Прогнозируемые					480,5	482,0	483,0

Таким образом, обобщая результаты исследования в Свердловской области в последние 14 лет, можно выделить 2 этапа – первый из них с 1990 по 2000 гг. характеризовался снижением рождаемости, повышением показателей смертности и заболеваемости детского населения, второй же, наоборот, в основном был отмечен изменением этой динамики на противоположную, при этом прослеживалось явное несовпадение реально регистрируемых показателей с прогнозируемыми, полученными путем экстраполяции сложившихся в течение 90-х годов тенденций. Очевидно, что одним из факторов, способствующих этому можно назвать реализуемую в области целевую программу «Мать и дитя», главной задачей которой является обеспечение доступной, квалифицированной помощи беременным, матерям, новорожденным и детям Свердловской области. Последовательное и системное выполнение принятых в рамках этой программы мер, позволило в короткие сроки изменить к лучшему основные показатели здоровья детского населения в регионе, повысить доступность медицинской помощи.

КАЧЕСТВО АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Скрипник Е.В. (Москва)

В системе охраны материнства и детства первичная медико-санитарная помощь всегда занимала особое место. В условиях реформирования здравоохранения предполагается еще большее усиление роли амбулаторно-поликлинической службы, увеличение объема помощи на этом этапе, повышение ее качества.

Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологий с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска (Аведис Донабедиан, 1980). В деятельности лечебно-профилактических учреждений качество медицинской помощи оценивается по ряду показателей, в частности в области акушерства по исходам беременности, перинатальным потерям.

Женская консультация занимает ведущее место в оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи.

С целью повышения качества акушерской помощи в условиях женской консультации (№121 ЮЗАО) нами расширен стандартный объем обследования беременных женщин: КТГ с 32 недель беременности; при УЗИ в сроки 16-20 нед., 32-36 нед. проводится допплерография. Проанализированы исходы беременности у 100 женщин, родоразрешенных в 2004 г. У 60% обследованных беременных диагностирована экстрагенитальная патология, у 26% -угроза прерывания беременности, у 33% - отеки, протеинурия и гипертензионные расстройства.

Динамическое наблюдение беременных с включением указанного объема обследования позволило 94% женщин доносить беременность до срока; у 2% - беременность завершилась преждевременными родами; у 4% - беременность прервалась до 20 недель. Случаев перинатальной смерти не зарегистрировано.

Таким образом, объективная оценка состояния здоровья матери и плода во время беременности является важным фактором для своевременной профилактики и терапии нарушений, а также для решения вопроса о выборе акушерского стационара для родоразрешения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Сорокина С.Э. (Минск, Беларусь)

Показатель вероятности интранатальной гибели плода характеризует опасность гибели плода во время родов. Однако перинатальный исход в значительной степени зависит от адаптации к внеутробному существованию, прежде всего в раннем неонатальном периоде, а также от уровня развития неонатальных технологий.

Ранняя неонатальная смертность составляет около 40% перинатальной смертности и обусловлена комплексным воздействием факторов антенатального, интранатального и раннего неонатального периодов. Ее уровень коррелирует с массой тела ребенка при рождении, снижаясь с 535‰ у глубоконедоношенных детей, 60‰ у недоношенных до 1,65‰ у доношенных детей. При увеличении массы тела ребенка на каждые 500 г (до 3000 г) ранняя неонатальная смертность снижается в 2,5- 6 раз ($P<0,05$).

Для определения тактики ведения беременных женщин группы высокого риска и характеристики эффективности применяемых перинатальных технологий, с нашей точки зрения, может использоваться расчет вероятности гибели плодов с различной массой тела (живых перед началом родовой деятельности) в родах и в раннем неонатальном периоде. Показатель может быть рассчитан как отношение суммы погибших в интранатальном и раннем неонатальном периоде к количеству плодов, живых перед началом родовой деятельности (сумме живорожденных и погибших в интранатальном периоде, или разности родившихся и антенатально погибших); для удобства восприятия умножается на 1000 и выражается в промилле (‰).

Вероятность гибели плода в интранатальном и раннем неонатальном периодах (‰):

$$\frac{\text{Количество погибших в интранатальном и раннем неонатальном периодах} \times 1000}{\text{Количество родившихся живыми и мертвыми} - \text{количество погибших антенатально}}$$

Согласно нашим данным, вероятность гибели в родах и в раннем неонатальном периоде в 2003 г.г. В Беларуси составляла для плодов с массой тела 500-999 г – 588‰, для плодов с массой 1000-1499 г - 113‰, при массе тела плода 1500-1999 г – 26‰, у плодов с массой 2000-2499 г - 13‰, среди доношенных – 1,6‰. Величина показателя уменьшалась ($P<0,05$) приблизительно в 2-4 раза при увеличении массы плода (ребенка) на 500 г до достижения им массы 3000 г. Значения этого показателя, в том числе и для конкретного родовспомогательного учреждения, необходимо учитывать при принятии решения о родоразрешении по показаниям со стороны плода. Так, в Беларуси при наличии признаков угрозы жизни плода в утробе матери при массе тела плода до 1000 г в большинстве случаев родоразрешение в интересах плода нецелесообразно, поскольку высока вероятность его гибели в родах и в ранний неонатальный период (588‰). У рожениц с массой тела плода 1500 г и более этот показатель существенно ниже.

Показатель вероятности гибели в родах и в раннем неонатальном периоде может использоваться для характеристики уровня оказания перинатальной помощи и развития перинатальных технологий в различных медицинских учреждениях и в стране в целом.

Величина этого показателя, рассчитанная для групп плодов и детей с применением разных технологий ведения интранатального и раннего неонатального периодов, может использоваться для оценки эффективности и разработки протоколов ведения определенных групп плодов: с пренатально выявленными врожденными аномалиями, требующими хирургической коррекции непосредственно после рождения; плодов с выраженной задержкой внутриутробного развития; недоношенных плодов с высоким риском развития респираторного дистресс-синдрома.

Так, в г. Минске в результате изменения алгоритма пренатальной профилактики рдс при преждевременных родах (рекомендовано использование этимизола) ранняя неонатальная смертность недоношенных детей снизилась с 49‰ до 23‰, при этом в целом ранняя неонатальная смертность от рдс уменьшилась с 2,6‰ до 1,2‰. Для объективизации снижения перинатальных потерь при внедрении интранатального использования этимизола в г.минске и исключения его отрицательного действия как дыхательного аналептика в интранатальный период рассчитан предлагаемый показатель вероятности гибели плода в родах и в ранний неонатальный период. При внедрении использования этимизола он снизился с 10,5‰ до 7,6‰ (в 1,4 раза), в т.ч. От рдс и патологии, патогенетически с ним связанной (гипоксии плода и врожденной пневмонии) – с 7,1‰ до 4,6‰ (в 1,5 раза).

Таким образом, расчет показателя вероятности гибели в родах и в раннем неонатальном периоде можно использовать для характеристики качества оказания перинатальной помощи, эффективности технологий ведения интранатального и раннего неонатального периодов при различных состояниях плода, а также для принятия решения о целесообразности родоразрешения в конкретные сроки гестации по показаниям со стороны плода.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР В СОСТАВЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ – ОПТИМАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сорокина С.Э. (Минск, Беларусь)

На протяжении последних 7 лет произошло достоверное увеличение заболеваемости беременных женщин. В 2003 г. 77% беременных женщин имели заболевания, осложняющие течение беременности, на каждую беременную женщину приходилось в среднем 1,7 заболевания (на каждую заболевшую – 2,2). Такой уровень состояния здоровья беременных женщин сложился, несмотря на активно ведущуюся в течение 10 лет диспансерную работу с подростками и с «группой резерва родов». Проводимые во время беременности лечебные мероприятия кардинально не меняли ситуации, и среди рожениц и родильниц более 70% имели сопутствующую патологию. Необходимость оказания беременным женщинам акушерской помощи требует госпитализации их в акушерский стационар, в то время как лечение соматической патологии должно проводиться при обязательном участии смежных специалистов.

На фоне роста заболеваемости беременных женщин, рожениц и родильниц с 1999 г. зарегистрировано и увеличение показателя материнской смертности (с 1,2 х 10-4 на 105 живорожденных в 1999, 2001 г.г. до 2,1 х 10-4 в 2002 г. и 2,3 х 10-4 в 2003 г). В структуре причин материнской смертности в 2003 г. 19% составили сердечно-сосудистые заболевания, 24% – легочная эмболия, 19% – прочие не акушерские причины, 5% – осложнения, связанные с проведением анестезии, т.е. в 2003 г. (как и в 2002 г.) 2/3 умерших во время беременности, родов и послеродового периода женщин (даже без учета случаев гестоза и родового сепсиса, также требовавших лечения смежными специалистами) требовали коллегиального интенсивного лечения врачами терапевтического и хирургического профиля. По данным Минздрава Беларуси, самыми частыми дефектами в системе оказания медицинской помощи беременным женщинам были отсутствие консультаций врачей-специалистов и не в полном объеме выполненные лабораторные и инструментальные исследования.

Большинство перинатальных центров III уровня Беларуси (4 из 6: областные родильные дома Брестской, Витебской, Гродненской, Минской областей), куда согласно инструкций Минздрава, госпитализируются беременные женщины с тяжелой соматической патологией, в настоящее время представляют собой учреждения, расположенные отдельно от многопрофильных больниц, не имеющие возможности адекватного динамического наблюдения и оказания экстренной помощи врачами смежных специальностей, требующие проведения специальных организационных мероприятий по ведению женщин с сочетанной патологией. Доля случаев материнской смертности от причин, связанных с экстрагенитальной патологией, в учреждениях этих регионов составила 79% от числа всех случаев материнской смертности (22 из 28: в 2002 г. – 81%, в 2003 г. – 75%).

В то же время в Беларуси имеются 2 региона (Могилевская и Гомельская области), где перинатальные центры III уровня расположены на базе многопрофильных больниц. Подобная организация ПЦ позволила в 2002-2003 г.г. добиться более низкой частоты случаев материнской смертности от причин, опосредовано связанных с беременностью и родами (42%) в структуре материнской смертности (5 из 12 случаев: в 2002 г. – 57%, в 2003 г. – 20%).

Одной из причин материнской смертности, на долю которой в 2002-2003 г. приходилось 17-19% в структуре материнской смертности, были сердечно-сосудистые заболевания. До 2000 г. в Беларуси существовал республиканский центр родоразрешения женщин с сердечно-сосудистой патологией (на базе 4 клинической больницы г.Минска). Случаев материнской смертности от этой патологии в 1997-2000 г.г. в этом центре не было. После закрытия центра с 2001 г. отмечается рост смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы (в 2001 г. – 1 женщина (9% в структуре материнской смертности), в 2002 г. – 3 (17%), в 2003 г. – 4 женщины (19% в структуре материнской смертности).

Следовательно, организацию перинатального центра, оказывающего помощь женщинам с тяжелой соматической патологией, необходимо предусмотреть в составе многопрофильной больницы либо вблизи нее с официальным закреплением консультантов. Дородовое консультирование и родоразрешение женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией должно происходить в родовспомогательных учреждениях, расположенных на базе соответствующих центров лечения соматических заболеваний с доступностью круглосуточного наблюдения профильными специалистами. Это необходимо для улучшения качества оказания медицинской помощи,

уменьшения затрат времени и риска ухудшения состояния пациентов при необходимости их транспортировки в специализированные учреждения для выполнения лечебно-диагностических манипуляций и операций, снижению репродуктивных потерь, а также уменьшению транспортных расходов перинатального центра.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ

Сорокина С.Э., Воскресенский С.Л. (Минск, Беларусь)

Перспективным направлением совершенствования помощи беременным женщинам и младенцам является развитие перинатальных центров (ПЦ), оказывающих высокотехнологичную лечебно-консультативную помощь беременным, роженицам, родильницам и их новорожденным, а также выполняющих организационно-методическую и научно-исследовательскую работу, обучение кадров. При совершенствовании системы ПЦ, на наш взгляд, следует предусмотреть:

1. Дальнейшее развитие принципов доказательной медицины, особенно при принятии организационных решений. Научная разработка новых лечебно-диагностических технологий, оценка их клинической и экономической эффективности на первом этапе с последующей организационно-методическим анализом эффективности внедрений являются обязательным условием проведения обоснованного реформирования здравоохранения.

2. Своевременное внедрение медико-организационных технологий, дающих клинический и экономический эффект, усовершенствование протокола оказания медицинской помощи при физиологическом и осложненном течении беременности.

Нашими исследованиями клинически и экономически обосновано проведение допплерометрического обследования при беременности в 26-33 недели гестации, КТГ в 32-33 недели, а также комплексного обследования (УЗИ, КТГ, допплерометрия) накануне родов; использование антиоксидантов для профилактики и лечения перинатальной патологии; прием препаратов йода для коррекции геохимически обусловленного йодного дефицита; проведение профилактики РДС недоношенных новорожденных этимизолом. Недостаточно эффективны, на наш взгляд, оценка гормональной функции ФПК и биопсия плаценты в прогнозировании перинатального исхода, интерпретация выявляемых при УЗИ локальных утолщений миометрия как признака угрозы прерывания беременности, проведение эпизиотомии для снижения родового травматизма недоношенных младенцев, профилактика РДС мукосольваном.

3. Организацию амбулаторно-консультативной службы при ПЦ III и IV уровня. Это позволит решить как вопрос эффективного использования дорогостоящей аппаратуры и высокоспециализированных кадров, так и преемственности в определении показаний к госпитализации и родоразрешению при осложненном течении беременности.

4. Территориальную близость многопрофильной взрослой и детской больниц. В Беларуси более 3/4 беременных женщин имеют заболевания, осложняющие течение гестационного периода. Во время беременности в связи с изменением гормонального, иммунологического статуса и увеличением нагрузки на организм женщины часто наступает обострение и декомпенсация соматических заболеваний. Дородовое консультирование и родоразрешение женщин с тяжелой экстрагенитальной патологией должны происходить в родовспомогательных организациях, расположенных на базе соответствующих центров лечения соматических заболеваний с доступностью круглосуточного наблюдения профильными специалистами.

Для оказания своевременной квалифицированной помощи младенцам с тяжелыми заболеваниями, в т.ч. с нарушающими функции жизнеобеспечения врожденными пороками развития, следует предусмотреть территориальную близость детской многопрофильной больницы с хирургическим стационаром.

5. Материально-техническое и кадровое укрепление районных организаций здравоохранения, где будет наблюдаться большинство беременных женщин и проходить основная часть родов. Здесь необходимо предусмотреть возможность оказания экстренной помощи в полном объеме при госпитализации не подлежащих транспортировке женщин с серьезными осложнениями гестационного периода. Развитие дистанционной телемедицинской диагностики с использованием системы Интернет (на первом этапе - оказание консультативной помощи по телефону) приведет к увеличению эффективности и доступности высококвалифицированной помощи.

6. Развивать преемственность акушеров-гинекологов и неонатологов в решении вопроса о родоразрешении по показаниям плода и подготовки плода к родам.

Реализация этих направлений позволит существенно приблизить высококвалифицированную медицинскую помощь к пациентам, улучшить ее качество и эффективность, рационально используя ресурсы и средства здравоохранения.

ДИНАМИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОССИИ (МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Суханова Л.П. (Москва)

Акушерские кровотечения продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой в России и занимают одно из ведущих мест в структуре причин материнской смертности (МС), причем доля их имеет тенденцию к росту и в 2003 г. достигла 29,6% среди причин акушерской смерти в сроке беременности «28 недель и более».

Согласно данным статистической формы №32 МЗРФ, частота акушерских кровотечений в России увеличивалась в середине 90-х годов (с 33,3 на 1000 родов в 1991 г. до 39,3‰ в 1997 г. - максимальный показатель) с последующим относительно равномерным снижением до 27,9‰ в 2004 г. (табл.1). Общий уровень кровотечений определяется частотой их в последовом и послеродовом периоде, максимальный уровень которых отмечен в 1994 и 1997 гг. (28,1 и 28,0‰). В последующие годы наблюдалось относительно равномерное снижение частоты кровотечений в последовом и послеродовом периоде (до 16,3‰ в 2004 г.) при одновременном повышении уровня кровотечений в связи с преждевременной отслойкой и предлежанием плаценты (с 9,1‰ в 1991 г. до 11,5‰ в 1999 г. – максимальный уровень показателя - и 10,95‰ в 2004 г.).

В структуре акушерских кровотечений наблюдается отчетливое снижение доли кровотечений в последовом и послеродовом периоде – с 70,0% в 1991 г. до 58,4% в 2004 г. (или на 16,6%); одновременно наблюдается увеличение удельного веса кровотечений в связи с предлежанием и преждевременной отслойкой плаценты (суммарно) – с 27,3% до 39,1% за те же годы. Чрезвычайно неблагоприятным является рост в России удельного веса кровотечений в связи с преждевременной отслойкой плаценты - с 25,4% от числа всех родов, сопровождавшихся кровотечением в 1999 г. (года начала регистрации этой патологии при переводе статистического учета на МКБ-Х), до 32,0% в 2004 г. Этот факт закономерно связан с сохраняющимся высоким уровнем патологии среди рожающих женщин, и, прежде всего, гестоза (225,1 на 1000 родов в 2004 г.), болезней системы кровообращения (68,3‰), мочеполовой системы (до 93,6‰) и др. С 2001 г. отмечается рост доли кровотечений в связи с нарушением свертываемости крови (до 2,5% от числа всех акушерских кровотечений).

В разрезе федеральных округов максимальный уровень акушерских кровотечений в 2004 г. отмечен в Дальневосточном ФО (34,1 на 1000 родов) и Южном ФО (31,6‰), преимущественно за счет кровотечений в последовом и послеродовом периоде (табл.2).

В Дальневосточном ФО в 2004 г. отмечено максимальное число кровотечений в связи с преждевременной отслойкой плаценты (10,74 на 1000 родов) и, соответственно, наибольшая частота кровотечений, сопровождавшихся нарушением свертываемости крови (1,22‰).

Таблица 1.
Динамика и структура акушерских кровотечений в России в 1991-2002 гг.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Частота акушерских кровотечений на 1000 родов (по статистической форме № 32)														
Сумма всех кровотечений	33,3	34,8	36,8	38,9	38,5	37,7	39,3	36,4	36,2	35,7	31,9	30,8	29,0	27,9
Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде	23,3	24,8	26,4	28,1	27,5	26,7	28	25,1	24,2	24,3	20,1	18,8	17,8	16,3
Кровотечения в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9,1	9,4	9,8	10,2	10,3	10,3	10,7	10,7	11,5	10,9	11,1	11,3	10,7	10,9
Нарушение свертываемости крови	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,65	0,7	0,6	0,7
Структура акушерских кровотечений (% к сумме кровотечений)														
В последовом и раннем послеродовом периоде	70,0	71,3	71,7	72,2	71,4	70,8	71,3	69,0	66,9	68,1	63,0	61,0	61,4	58,4
В связи с отслойкой и предлежанием плаценты	27,3	27,0	26,6	26,2	26,8	27,3	27,2	29,4	31,8	30,5	34,8	36,7	36,9	39,1
Нарушение свертываемости крови	2,4	2,3	1,9	1,8	1,6	1,6	1,8	1,7	1,7	1,7	2,0	2,3	2,1	2,5
Летальность от акушерских кровотечений														
Число женщин, умерших от кровотечений в сроке 28 нед и более(абс)	127	114	98	87	91	85	72	74	98	84	79	74	107	
Число пациенток с акушерскими кровотечениями (абс)	58440	54339	51333	54151	51794	48229	48657	46035	43446	44539	41405	42337	41682	40788
Показатель летальности (в% к числу заболевших)	0,22	0,21	0,19	0,16	0,18	0,18	0,15	0,16	0,23	0,19	0,19	0,17	0,26	

Таблица 2.
Сравнительный анализ частоты кровотечений (на 1000 родов) в федеральных округах России в сопоставлении с частотой анемии у рожениц/родильниц (на 1000 родов) в 2004 г.

	РФ	Центральн ФО	Сев-Западн ФО	Южный ФО	Приволжс ФО	Уральск ФО	Сибирск ФО	Д-Восточн ФО
Кровотечения в связи с предлежанием плаценты	2,00	2,04	1,74	3,50	1,62	1,33	1,49	1,97
Нарушение свертываемости крови	0,71	0,74	0,37	0,46	0,59	1,11	0,90	1,22
Кровотечения в связи с преждевр. отслойкой плаценты	8,94	9,29	7,23	9,40	8,48	10,12	8,63	10,74
Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде	16,27	15,40	13,7	18,2	17,2	14,8	15,2	20,2
Сумма всех кровотечений	27,9	27,5	23,0	31,6	27,9	27,4	26,2	34,1
Анемия рожениц/родильниц	257,93	197,12	211,73	305,11	286,87	267,-42	279,-22	255,24

Представляется чрезвычайно важным, что в течение последних пяти лет на фоне снижения частоты регистрируемых кровотечений в России наблюдается рост летальности при этой патологии (табл.1). Так, если за период 1991-1998 гг. среднегодовой показатель летальности от кровотечений составил 0,18% (748 умерших от акушерских кровотечений из 412978 родов с этим осложнением), то за 1999 - 2003 гг. показатель вырос до 0,21% (442 умерших из 213409), причем в 2003 г. летальность достигла уровня 0,26%.

Всего с 1991 по 2003 гг. от акушерских кровотечений умерли 1190 женщин, что составило 0,19% от общего числа кровотечений у беременных, рожениц и родильниц за эти годы (626387 пациенток за 13 лет). В структуре МС по среднегодовому показателю за 1991-2003 гг. кровотечения явились причиной смерти у 14,5% среди всех умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода и у 21,0% среди умерших в сроке «28 недель и более». Негативная динамика летальности от кровотечений может быть обусловлена, во-первых, изменением структуры кровотечений – ростом наиболее неблагоприятных в плане исхода для жизни женщины кровотечений в связи с преждевременной отслойкой плаценты, сопровождающейся, как известно, нарушением гемокоагуляции с развитием ДВС-синдрома и критических состояний у женщины. Однако повышение летальности от кровотечений может свидетельствовать и о «директивном» снижении их частоты, что наблюдается в некоторых регионах, активно борющихся за снижение частоты акушерских осложнений.

Выявленная прямая коррелятивная связь частоты анемии у рожениц/родильниц с числом акушерских кровотечений (r=+0,61), в т.ч. кровотечением в связи с преждевременной отслойкой плаценты (r=+0,53), кровотечением в последовом и послеродовом периоде (r=+0,51) свидетельствует о том, что анемия рожениц/родильниц является в значительной части случаев постгеморрагической и, следовательно, отражает частоту патологической кровопотери в родах и послеродовом периоде, являясь своего рода «маркером» частоты кровотечений в регионе. Представляет интерес наличие связи (r=-+0,32) частоты кровотечений с долей «бедного» населения в регионе (с доходами ниже прожиточного минимума), что подтверждает, с одной стороны, наблюдающуюся дифференциацию медицинской помощи по социальному признаку, с другой стороны, отражает тот факт, что акушерская патология как индикатор медико-социальной помощи характеризует степень благополучия популяции и уровень общественного здоровья населения.

В таблице 3 представлены регионы России с минимальным и максимальным уровнем акушерских кровотечений (суммарно) в 2004 г. Региональный разброс показателей в 9,4 раза отражает различия в качестве акушерской помощи по регионам страны.

Таблица 3.
Регионы с различным уровнем акушерских кровотечений (на 1000 родов) в 2004 г.

Территории с минимальным уровнем акушерских кровотечений	Сумма кровотечений на 1000 родов	Территории с максимальным уровнем акушерских кровотечений	Сумма кровотечений на 1000 родов
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	13,97	ИНГУШСКАЯ РЕСП.	130,96
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	14,35	ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	114,09
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	15,38	КАРЯКСКИЙ АО	63,24
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	16,28	РЕСП.САХА(ЯКУТИЯ)	56,59
САМАРСКАЯ ОБЛ.	17,07	КОМИ-ПЕРМЯЦКИЙ АО.	49,90
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	19,09	УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ БУРЯТСКИ	49,45
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	19,14	КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	48,03
ОМСКАЯ ОБЛ.	19,33	РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	46,66
ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	19,41	ЧУКОТСКИЙ АВТ.ОКР.	44,27
АГИНСКИЙ БУРЯТСКИЙ АО	19,51	РЕСП. ТАТАРСТАН	42,39
РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ	19,98	КАБАРДИНО-БАЛКАР. РЕСП.	41,94
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	20,05	ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	41,39
ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	20,51	РЕСП.ДАГЕСТАН	39,66
РЕСП.СЕВ.ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	21,50	ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АО	39,61
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	21,86	РЕСП. АЛТАЙ	39,15
РЕСПУБЛИКА КОМИ	21,98	КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	38,85
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	22,26	ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	37,36
РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ	22,60	РЕСПУБЛИКА ТЫВА	35,59
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	23,45	ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	34,30

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ РОЛИ АКУШЕРКИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Ткаченко Л. В., Генералова Г. Е. (Волгоград)

Цель исследования – определение роли акушерки в российском здравоохранении, социальных параметров, влияющих на ее профессиональную деятельность, рекомендаций по организации работы сестринского персонала в акушерских стационарах и обучению сестринских кадров.

Для проведения социологического исследования по практически неисследованной проблеме использовались специально разработанные анкеты для акушерок, врачей акушеров–гинекологов и пациенток родовспомогательных учреждений и карта самооценки соответствия уровня знаний и умений акушерок требованиям квалификационной характеристики, позволившие получить определенный объем информации о социальных параметрах, влияющих на профессиональную роль акушерки. В ходе исследования проведен анкетный опрос 172 акушерок г. Волгограда и Волгоградской области, 139 пациенток акушерских стационаров и 71 врача акушера– гинеколога.

Большая часть (86%), участвовавших в анкетировании акушерок имеют базовый уровень образования по специальности «Акушерское дело», 14% – повышенный уровень образования, специалистов с высшим сестринским образованием среди наших респондентов не было. Следует отметить, что 77% акушерок имеют квалификационную категорию, в том числе 35% - высшую, 35% - первую и 7% - вторую.

Подавляющее большинство (89%) акушерок выбрали свою профессию по призванию. Практически все (98%) отметили, что профессия акушерки является необходимой для общества, более половины респондентов (69%) считают ее интересной, 22% - не престижной. Примечательно то, что почти половина опрошенных пациенток (45%) и врачей акушеров–гинекологов (49%) также сомневаются в престиже профессии акушерки.

По мнению 62% врачей акушеров–гинекологов и 65% акушерок основным условием реализации акушерками в полной мере своих умственных и физических способностей является достойный уровень заработной платы.

Уровень материальной обеспеченности акушерок выглядит следующим образом: наибольшая категория респондентов – 83% - имеют доходы на одного человека в семье от 1000 до 3000 руб. в месяц. У 65% опрошенных основой семейного бюджета является доход супруга.

Пациентки охарактеризовали акушерок, как внимательных (83%), ответственных (62%) специалистов, уважительно относящихся к женщинам (44%), и все же некоторые респонденты считают, что акушеркам не хватает чуткости (24%), отзывчивости (21%), деликатности (14%).

Удовлетворенность работой акушерок высказали 51% врачей, 30% считают акушерок инициативными, 88% - способными принимать решения в пределах своей компетенции, но половина респондентов акушеров-гинекологов не всегда доверяют акушерке, с которой работают, а три четвертых опрошенных уверены, что для получения оптимального результата работу акушерок надо контролировать постоянно, или, по крайней мере, достаточно часто. Большинство докторов (92%) допускают возможность высказывания акушеркой ценного, аргументированного мнения, однако только 45% врачей готовы обсудить с акушеркой вопросы диагностики и лечения пациентки. За необходимость присутствия акушерок на рапортах высказались 71% акушеров–гинекологов, полагая, что это улучшит качество сестринской помощи. Почти половина докторов (44%) считают, что акушерка должна иметь высшее сестринское образование.

Анализ карт самооценки соответствия уровня знаний и умений акушерок требованиям квалификационной характеристики анкетирования показал, что свои специальные знания акушерки оценивают выше (средний балл – 4,3) общих знаний (средний балл – 4,0). Оценка профессиональных умений (средний балл – 4,4) также оказалась выше общих умений (средний балл – 4,2). Собственная оценка выполнения манипуляций в среднем составила 4,3.

Вывод. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод, что на профессиональную деятельность акушерки оказывают влияние различные социальные факторы, однако ведущее место занимают уровень материальной обеспеченности и условия труда. Низкая оплата труда, выполнение неквалифицированной работы (за последние три десятилетия в стране практически исчезла категория младшего медперсонала), отсутствие современного оборудования, особенно в сельской местности и на ФАПах привели к падению престижа профессии акушерки и колоссальному оттоку акушерских кадров среднего звена в другие отрасли.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ

Ткаченко Л.В., Горшкова Н.В., Кириллова Т.А., Козырева О.Н. (Волгоград)

Проблема ВИЧ-инфицирования остается одной из актуальнейших в связи с ростом данной патологии, как в мире, так и в России.

В Волгоградской области с 2000 года началось неуправляемое эпидемическое распространение вируса иммунодефицита человека. В 2000 году выявлено в 8,7 раза больше случаев заболеваний, чем в 1999 г. В 2001 году было выявлено 1863 случая ВИЧ-инфекции, что в 7,0 раз превысило число лиц зараженных ВИЧ в 2000 году и в 4,5 раза число зарегистрированных больных за 14 предшествующих лет с начала регистрации инфекции на территории области. Несмотря на то, что в последние 3 года несколько стабилизировался рост данной патологии, по-прежнему наибольший удельный вес среди больных ВИЧ-инфекцией занимают лица 18-29 лет, то есть молодые люди активного репродуктивного возраста. В 2004 году произошло перераспределение в структуре путей заражения: парентеральный путь составил 62%, гетеросексуальные половые контакты – 38% (в 2002 году - 85% и менее 15%).

Увеличению числа лиц заразившихся гетеросексуальным путем способствовало бесконтрольное распространение коммерческого секса. По данным Центра СПИД более 7% анонимно обследованных женщин, предоставляющих сексуальные услуги, являлись больными ВИЧ-инфекцией.

На 01.01.05 года среди всех ВИЧ–инфицированных 43% женщин, в том числе 1125 фертильного возраста, что значительно выше, чем в предыдущие годы. Увеличение количества женщин с 25% в 2002 году до 43% в 2004 году является неблагоприятным прогностическим признаком. В связи с этим за последние годы резко возросла доля беременных среди ВИЧ-инфицированных женщин. Всего до 2000 года на учете состояло 24 беременных. В 2004 году на диспансерном учете в Центре СПИД уже находилось 270 беременных инфицированных ВИЧ, что в 10 раз больше, чем за все предыдущие годы. Большая часть беременных выявлена в г. Волжском (48%) и в г. Волгограде (43%), остальные – в сельских районах области. В возрастном аспекте преобладают беременные до 26 лет (86%).

Из впервые поставленных на учет в 2004 году ВИЧ–инфицированных женщин каждая вторая была выявлена при обследовании в связи с беременностью, в 2002 году - каждая третья. Показатель числа случаев беременности на 100 женщин детородного возраста по области составляет 13%, в то время как аналогичный показатель среди ВИЧ-инфицированных женщин - 29%. За 12 месяцев 2004 года прервали беременность 153 ВИЧ-инфицированные женщины. В Центре СПИД – 101 (66%), в медицинских учреждениях области – 42 (34%).

При диспансеризации в Областном центре СПИД у 78% женщин диагностированы заболевания, передающиеся половым путем, хронические воспалительные заболевания влагалища и шейки матки. Около 75% беременных имеют наркотическую зависимость в настоящее время или в анамнезе, у 84% обследованных ВИЧ-инфи-

цированных родильниц обнаружен хронический гепатит С. С 2001 года для снижения риска перинатального инфицирования детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин, проводится назначение химиопрофилактики перинатальной трансмиссии, организуется клинический и иммунологический контроль проводимой терапии. За счет средств Федеральной и областной целевой программы «Анти-СПИД» применяются два вида химиопрофилактики: полный курс длительностью до 25 - 26 недель (протокол 076) и короткий курс (профилактика вирамуном).

Если за 12 лет две трети беременностей у ВИЧ-инфицированных завершались медицинскими абортами, то за 2004 год количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин зарегистрировано - 95, что было в 2 раза больше, чем в 2002 г. и в 12 раз больше, чем за 10 предыдущих лет. Скачкообразное увеличение рождаемости у ВИЧ-инфицированных женщин связано с ростом гетеросексуального пути передачи, как следствие - увеличением доли женщин фертильного возраста в структуре ВИЧ-инфицированных больных, а также с активным внедрением антиретровирусной терапии для химиопрофилактики плода, что дает возможность ВИЧ-положительной женщине родить неинфицированного ребенка.

В результате проведенной работы, из 95 родивших в 2004 году химиопрофилактику получили 74 (78%) женщин, из них полный курс – 50 (53%) от всех получивших химиопрофилактику. В течение последних лет рождено 269 детей от ВИЧ-инфицированных матерей, причем 95 детей рождены за 2004 год.За последние 2 года в акушерских стационарах области каждая пятая ВИЧ-инфицированная мать отказалась от новорожденного, что в 2 раза больше, чем в среднем по РФ.

Таким образом, проблема ВИЧ–инфекции в акушерстве остается актуальной, как в медицинском, так и в социальном аспектах и требует своего разрешения.

РОЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Тохиян А.А., Ковтун О.Г., Карапетян Т.Э. (Москва)

Послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания представляют важную медицинскую и социальную проблему, так как в настоящее время являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Частота послеродовых воспалительных осложнений остается достаточно высокой и не имеет тенденции к снижению, несмотря на успехи, достигнутые в диагностике, профилактике и лечении. Так, их частота находится в пределах 5-26%, при этом на долю материнской смертности от септических осложнений приходиться 4,5-15%.

Риск септических послеродовых осложнений увеличивается у родильниц с гестозом. Частота их коррелирует с длительностью и тяжестью течения гестоза. Получены данные сравнительной динамики кровотока в артериях матки у родильниц с нормальным послеродовым периодом и осложненным эндометритом, установлено, что предрасполагающим фактором для его развития у родильниц с гестозом являются более высокие показатели ИР (индекса резистентности) и СДО (систолодиастолического отношения) в аркуатных и в радиальных артериях матки, чем у здоровых родильниц на 2-е сутки послеродового периода. Впервые для профилактики послеродовых гнойно-септический осложнений предложено использование продуктов сои в комплексной терапии гестоза с третьего семестра (Шаршова О.А., Амур. ГМА). Проведена дифференцированная оценка факторов риска осложнения послеродового периода субинволюцией матки, ранним и поздним эндометритами, определена роль первичной субинволюции матки в развитии поздних послеродовых эндометритов, установлена прогностическая ценность допплерометрического исследования кровотока в маточной артерии в оценке эффективности консервативного лечения субинволюции матки (Поженко Е.В., ГОУ ВПО Алтай. ГМУ). Получены новые данные о состоянии интерферонового статуса, а также микрофлоры в аспирате из полости матки у родильниц с осложненным течением послеродового периода, исследовано влияние индуктора интерферона – ридостина с целью комплексного лечения родильниц с послеродовым эндометритом и субинволюцией матки, даны определение сходства и различия субинволюции матки и послеродового эндометрита и оптимизированы методы обследования и лечения родильниц (Кутеко А.Н., РГМУ). Установлены количественные критерии воспалительных изменений тканей последа на основании лазерной биофотометрии, позволяющие выделять пациенток группы высокого риска развития гнойно-септических осложнений после прерывания беременности поздних сроков, разработан алгоритм диагностических, профилактических и лечебных мероприятий по ведению пациенток после прерывания беременности поздних сроков, основанный на выделении группы риска по развитию послеабортной инфекции и активном профилактическом и лечебном воздействии на очаг воспаления. Доказано, что включение в комплекс профилактических мероприятий местного послеабортного применения естественных цитокинов повышает эффективность профилактики эндометрита, а определение уровня активности интерлейкина – 1 в лохиях дает возможность прогнозировать его развитие на доклинической стадии (Майорова И.М., Смолеснк. ГМА). Изучена роль генитальной микоплазменной инфекции у женщин в развитии эндометрита после операции кесарева сечения, патогенетически обоснована возможность эффективного применения медицинского озона для профилактики инфекционных осложнений. Определена активность биогенных аминов – гистамина, серотонина, катехоламинов в лейкоцитах, плазме крови, эндометрии, отражающих степень воспалительной реакции эндометрия и свидетельствующих о системной воспалительной реакции организма (Драгунова Н.Е., Казанск. ГМА).

Таким образом септические послеродовые осложнения представляют одну из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве. Для ее решения важное значение приобретают разработка и внедрение в акушерскую практику современных методов неинвазивной диагностики, а также новых высокоэффективных профилактических и лечебных мероприятий что создает дополнительные резервы для снижения частоты послеродовой инфекции у родильниц.

ВКЛАД НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ, УТВЕРЖДЕННЫХ ВАК РФ за 2003-2004 гг.

Тохиян А.А., Романова Е.А., Ковтун О.Г. (Москва)

Плацентарная недостаточность (ПН) является одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и перинатологии. Многие гестационные осложнения (угроза прерывания беременности, гестоз) непосредственно связаны с патологическими процессами, происходящими в плаценте. Плацентарная дисфункция служит основной причиной внутриутробного гипоксии, задержки роста и развития плода и обуславливает высокую частоту соматической и инфекционной заболеваемости новорожденного, нарушения физического и умственного развития ребенка.

Определена роль метаболического статуса в формировании ПН. Впервые установлено влияние системы полиморфного ацетилирования на формирование плацентарной недостаточности и определены особенности ее клинического течения у беременных в зависимости от ацетиляторного статуса. Выявлена взаимосвязь

между степенью тяжести фетоплацентарной недостаточности и скоростью реакции ацетилирования, между фенотипом ацетилирования и гистоморфологическими изменениями в плаценте. Разработаны методы рациональной терапии нарушений в фетоплацентарном комплексе с учетом метаболического статуса беременной. Установлено, что эпиталамин оказывает регулирующее воздействие на метаболический статус. Применение эпиталамина как монотерапии для лечения ФПН у беременных с различными фенотипами ацетилировнаия позволяет сдвигать скорость реакций ацетилирования в сторону промежуточного фенотипа у медленных ацетиляторов и достигать выраженного клинического эффекта. При проведении монотерапии эпиталамином отмечен положительный клинический эффект у 93,35% беременных с ФПН (Дальнев. ГМУ).

Дана оценка диагностической и прогностической ценности трофобластического β1-гликопротеида в диагностике фетоплацентарной недостаточности и прогнозе течения осложненной беременности. Снижение концентрации трофобластического β1-гликопротеида в материнском кровотоке в сроке беременности 35-40 недель является прогностическим показателем возникновения осложнений для матери и плода в родах. Это подтверждается достоверным увеличением аномаплий родовой деятельности, учащением рождения маловесных детей, нарастанием количества операций кесарева сечения в связи с прогрессированием плацентарной недостаточности в родах. Разработаны рекомендации по рациональному ведению родов в зависимости от уровней трофобластического β1-гликопротеида в сыворотке материнской крови перед родами. (Новосибир. ГУ).

Получены новые данные о роли нитрооксидэргической системы и эндотелий зависимой вазодилятации в развитии микроциркуляторных нарушений при хронической плацентарной недостаточности, предложен комплекс диагностических мероприятий, включающий определение базальной и стимулированной продукции оксида азота и показателей эндотелий зависимой вазодилятации. Также вышеуказанные маркеры эндотелиальной дисфункции могут быть использованы в качестве одного из критериев эффективности проводимой терапии и оценки степени тяжести и прогноза осложнений при ХПН (Жирова Н.В., Красноярск. ГМА).

Впервые изучены патогенетические механизмы коррекции хронической плацентарной недостаточности препаратами гидроксилированного крахмала и медицинским озоном, что проявляется в снижении интенсивности свободно радикального окисления и активации антиоксидантной системы защиты, нормализации Т- и В-клеточных звеньев иммунитета и улучшении гемокоагуляционных свойств крови (нормализация функциональной активности тромбоцитов, содержание фибриногена, РКМФ, АЧТВ), а также в их положительном влиянии на гормонопродуцирующую функцию плаценты (увеличение уровней плацентарного лактогена и эстриола), маточно-плодовый кровоток. Научно обоснована целесообразность использования препаратов оксиэтилированного крахмала и медицинского озона в комплексной терапии беременных с хронической плацентарной недостаточностью. Установлено, что применение этих препаратов способствует пролонгированию беременности, снижают в 2,5 раза частоту кесарева сечения, в 3 раза уменьшают риск развития слабости родовой деятельности, снижают кровопотерю в родах и во время операции кесарева сечения, а также облегчают переносимость плодом родового процесса, тем самым, улучшая перинатальные исходы и адаптацию детей в течение первых 18 месяцев жизни, уменьшая риск возникновения неврологических нарушений и в 2 раза снижая частоту отставания в физическом и психомоторном развитии (Нижегородск. ГМА).

Предложен эффективный метод лекарственной терапии ФПН у беременных групп риска по невынашиванию беременности с включением отечественного препарата димефосфона в общепринятый комплекс для улучшения состояния фетоплацентарной системы и исходов беременности (Працук С.А., Казан. ГМУ).

Разработана и обоснована оптимальная тактика родоразрешения беременных с ФПН различного генезе и степени тяжести с целью снижения перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Доказана высокая диагностическая и прогностическая значимость комплексной оценки гемодинамики не только в системе мать-плацента-плод, но и оценки центральной, внутрисердечной гемодинамики плода, а также его артериального и венозного кровообращения, что дает возможности индивидуального подхода к каждому пациенту при выборе срока и метода родоразрешения (Афанасьева Н.В., ММА им. И.М. Сеченова).

Дальнейшие исследования в этом направлении позволят лучше оценить основные параметры состояния фетоплацентарной системы для выявления начальных признаков страдания плода, что составит основу для выработки рациональных методов комплексного лечения и определения акушерской тактики.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССИИ

Узденова З.Х., Лепшоков Р. Д. (Черкесск)

Материнская смертность, как один из основных показателей, характеризующих состояние здоровья женщин и уровень медицинской помощи в Карачаево-Черкессии, в 2 раза ниже среднероссийского показателя и в 2004 г. составил 19,1 на 100 000 родившихся живыми.

Проблема материнской смертности продолжает сохранять свою медико-социальную значимость и требует клинического анализа с целью выявления современных аспектов основных видов акушерской патологии и недостатков в оказании медицинской помощи.

С целью изучения причин материнской смертности в Карачаево-Черкессии нами проведен ее анализ за последние 10 лет (1995-2004 гг.). Анализ основан на данных медицинской статистики и экспертной оценки первичной медицинской документации 21 умерших женщин в возрасте от 18 до 43 лет. Из них в 10 случаев зарегистрировано в стационарах г. Черкеска и 11 – в районах республики. В 1995 г. показатель материнской смертности на 100000 родившихся живыми составлял 40,0.

В течение последних 15 лет в республике не было случаев смерти женщин от внематочной беременности, 6 лет не регистрировалась материнская смертность от аборта. В структуре причин материнской смертности, как и в прежние годы, преобладают беременные со сроком 28 недель и более, роженицы и родильницы. Удельный вес женщин, умерших при сроке 28 недель беременности, составлял в различные годы от 50 до 100%. Среди причин материнской смертности на первом месте гестоз - 7 (33,3%) случаев, акушерские кровотечения – 4 (19%), сепсис – 4 (19%) и др. Из 21 случая на диспансерном учете по беременности с ранних сроков наблюдались 10 беременных, с поздних – 7, и не состояло – 4. Несмотря на снижение числа абортов и увеличение числа женщин, пользующихся эффективными методами контрацепции, в республике не уменьшается смертность от абортов (4 случаев – 19%). По сроку гестации умершие от абортов распределились до 12 недель – 1 случай, с 13 до 26 недель – 3 случая.

Клинический анализ первичной медицинской документации женщин выявил ряд недостатков в оказании медицинской помощи в женской консультации и стационаре: низкое качество или отсутствие диспансерного наблюдения, недостаточный уровень обследования и лечения, позднюю диагностику акушерской патологии, нарушение преемственности между женской консультацией и стационаром, несоблюдение этапности оказания медицинской помощи, несвоевременность госпитализации, неготовность ЛПУ к оказанию экстренной помощи, нерациональное ведение родов, запоздалое оперативное родоразрешение, позднее хирургическое вмешательство, наркозные осложнения.

Проведенный анализ показал, что женщины, умершие до 28 недель беременности как от причин, непосредственно связанных с беременностью и ее введением, так и от косвенных причин, имели отягощенный социальный, соматический и акушерский анамнез. Летальные исходы в анализируемых случаях обусловлены отсутствием ответственного отношения к собственному здоровью самих женщин, о чем свидетельствуют данные о тяжести состояния при поступлении их в стационар. Существенной особенностью контингента погибших от заболеваний, не зависящих от беременности и родов, явилось то, что 8 (38%) женщинам беременность и роды были противопоказаны.

Экспертная оценка случаев материнской смертности показала, что смертность была предотвратимой и условно предотвратимой в 17 (80,9%) случаях.

Продолжает уменьшаться число патологоанатомических исследований умерших, так, за анализируемый период вскрыто только 33,3%, в связи, с чем стоит проблема правильности установления диагноза, причины смерти и проведения экспертизы материнской смертности. В 2000 и в 2002 годах случаев материнской смертности по республике не было.

Таким образом, анализ случаев материнской смертности позволяет выявить не только основную причину летального исхода, но и факторы, способствующие ей, что дает возможность наметить эффективные пути профилактики.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Федорович О.К., Карахалис Л.Ю. (Краснодар)

За несколько последних десятилетий мы перешли к глубокому пониманию механизмов, определяющих половую дифференцировку, половое созревание и процессы размножения.

Существование живой материи обеспечивается ее воспроизведением. Формы воспроизведения могут быть различными. Распространены в мире, в основном, две стратегии размножения: экстенсивная – частое воспроизводство большого количества потомков, большая часть которых элиминируется в процессе онтогенеза (грызуны, свиньи и т. д.) и интенсивная – рождение малого количества потомков после длительной беременности, находящихся продолжительное время под опекой родителей, умеющих противостоять вредным условиям окружающей среды (лошади, обезьяны, человек). Эффективная реализация процесса репродукции обеспечивается комплексом элементов (органов), именуемых репродуктивной системой.

Актуальность проблемы далеко перешагнула сугубо медицинские аспекты. Вопросы репродукции являются предметом детального анализа социологов и политиков, приобретая глобальный характер. В соответствии с рекомендациями Программы действий международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Конгресс, 1994), под репродуктивным здоровьем понимается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы.

Основа формирования репродуктивного здоровья – репродуктивный потенциал, характеризующий уровень физического и психического состояния девочки, который позволяет при достижении социальной зрелости произвести здоровое потомство.

Абсолютное большинство современных проблем, связанных с репродукцией, требует понимания принципов структурной организации и функционирования гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы в норме и при патологии.

По оригинальным анкетам было опрошено более 550 женщин, проживающих в разных городах Краснодарского края, проведен ретроспективный анализ более 3000 историй болезни.

Всем опрошенным женщинам было предложено ответить на вопросы о социальном, трудовом, семейном, гинекологическом, контрацептивном анамнезе.

Пациентки были разделены на 5 групп: до 20 лет, 20 – 29 лет, 30 – 39 лет, 40 – 49 лет, 50 лет и старше.

Оказалось, что интеллигенция превалировала в возрастной группе 30-39 лет (21,2%), служащие в возрастной группе 40-49 лет (43,5%), домохозяйки в группе обследуемых 30-39 лет (43,8%) и учащиеся в возрасте до 20 лет (75%).

Неотягощенный профессиональный анамнез отмечен у 32% опрошенных женщин. Наличие же профессиональных вредностей было зарегистрировано во всех возрастных группах, причем больше всего – среди 30 – 39-летних и составило 75%, в группе 50-лет и старше таких женщин было 50%, в группе 20-29 лет – 62% и 40-49 лет 40,8%.

Очевидно, это связано как с высокой трудовой, так и физической активностью. При этом наиболее часто указывались контакты с агрохимикатами, определяемые сельскохозяйственной спецификой нашего края, психоэмоциональные напряжения, стрессы.

Следует полагать, что такой отягощенный трудовой анамнез в будущем сможет способствовать неблагоприятному течению пперименопаузального и климактерического периодов, развитию гинекологических заболеваний и экстрагенитальной патологии.

Очевидна связь изменения индекса массы тела (ИМТ) и возраста. Индекс массы тела – это отношение веса к росту в квадрате, позволяющее судить о выраженности нейроэндокринных нарушений.

Наименьшие показатели ИМТ отмечены до 30 лет – в пределах нормы (18 – 24). В старших возрастных группах ИМТ увеличивался до 30 – 41,2, что превышает нормальные значения и соответствует ожирению 2 – 3 степени. Причем среди незамужних женщин ИМТ стабильно оставался в пределах 18 – 24, а у замужних отмечалось неуклонное его увеличение выше нормы. Мы считаем, что это связано с определенными установившимися эстетическими стандартами, предъявляемыми общественным мнением и самими женщинами к себе.

Наиболее ранее наступление менархе (в 11 лет) отмечалось у женщин старше 50-ти, позднее (в 15 лет) – у 20-летних, что соответствует периодичности акселеративных скачков. У 70% опрошенных в возрастной группе после 50 лет отмечено установление регулярного менструального цикла сразу после менархе. В группе до 20 лет эта цифра составила лишь 50%, в то время как менструальный цикл оставался нерегулярным более 12 месяцев у 25% женщин этого возраста.

Раннее начало половой жизни (до 16 лет) регистрировалось примерно в одинаковых соотношениях у женщин до 30 и старше 50 лет (14,7% и 16,6%, соответственно). Причем 60,6% молодых опрошенных начинали половую жизнь вне брака, а проанкетированные старше 50 лет, практически все – в браке.

Количество беременностей увеличивалось в каждой последующей возрастной группе. Так, у женщин до 30 лет в 72% случаев отмечено от 1 до 3 беременностей, а в старшей возрастной группе не было ни одной пациентки, имевшей менее 4-х беременностей в анамнезе, а у 13% проанкетированных этого возраста имелось свыше 15 беременностей.

Аналогичная тенденция прослеживается и в отношении абортов. У 100% опрошенных до 20 лет не было ни одного аборта. А в возрастной группе старше 40 лет у 38% отмечено более 3 искусственных прерываний беременности, а именно: 3 – 5 абортов – у 19% женщин, 6 –10 абортов – у 13% и более 10 абортов – у 6% пациенток.

Хотелось бы надеяться, что повышение уровня сексуальной грамотности населения, пропаганда контрацепции будут способствовать снижению числа нежелательных беременностей и, как следствие, уменьшению количества абортов, а значит, и сохранению репродуктивного здоровья в целом.

Анализируя контрацептивный анамнез, мы увидели, что предпочтение гормональным методам отдавали молодые женщины. В возрасте до 40 лет 27,9% отдавали предпочтение КОК, 60,6% - презервативам, 19,7% применяли свечи, 17% - календарный метод, 22,5% - прерванный половой акт, 10,2% - ВМК.

Причем, осложнения (в виде кровотечений, воспаления, экспульсии) отмечали 44,2% опрошенных, применявших ВМК и 27,7% женщин, применявших КОК, отмечали тошноту, увеличение веса, головную боль, «кровомазание» (оцениваемые как использование1 прокладки в день), депрессию.

Экстренной контрацепцией пользовались 15,7% женщин (постинор). Доступность КОК по их стоимости: для женщин до 20 лет – 50%, для пациенток 20 – 29 лет – 44,2%, для опрошенных 30 – 39 лет – 25% . При этом 10% женщин старше 50 лет могут позволить себе препараты ЗГТ.

Среди пожеланий, высказываемых относительно работы женских консультаций и акушерско-гинекологических стационаров, можно выделить два основных направления: улучшение структуры и слаженности в работе и бесплатность. Интересен тот факт, что для опрошенных до 40 лет более важно первое, и особенно, обеспечение более подробной и полной информацией о методах обсле-

дования, лечения и о современных оральных контрацептивах. Для возрастных групп старше 40 лет, наоборот, важнее бесплатность.

ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРОЕКТОВ В РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Филиппова Т.Ю. (Тольятти)

Проблемы охраны репродуктивного здоровья населения в условиях экономической нестабильности и демографического кризиса приобретают характер первостепенных задач национальной политики и требуют принятия комплексных мер. Реализация международных проектов способствует выполнению этой сложной задачи.

В акушерско-гинекологической службе города проводится работа по 3 международным проектам, «Безопасное материнство» с неправительственной организацией HealthProm (Великобритания) (1995-1998 гг.); «Инфекционный контроль» с той же организацией (2002 – 2004 г.г.); «Предупреждение передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду» с Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ) с июня 2003 года.

Первый международный проект «Безопасное материнство» позволил в кризисный для акушерско-гинекологической службы период быстро перестроить стратегические направления развития службы, опережая общероссийские тенденции.

К реализованным в рамках проекта мероприятиям относятся:

реконструкция акушерских стационаров, с развёртыванием только индивидуальных родильных залов и палат совместного пребывания матери и ребёнка в 100% от общего количества родильных коек;

обеспечение возможностей партнёрских родов (33% от общего числа родов), свободного посещения родственников;

ранняя выписка из акушерского стационара на 3-4 сутки после родов, способствующая сокращению средней длительности пребывания на койке для беременных и рожениц с 7,3 (1996 г.) до 5,3 дней (2004 г.);

внедрение методики лапаротомии по Joel–Cohen в модификации M. Stark;

применение эпидуральной анестезии для обезболивания родов и операции кесарева сечения и т.д.

За успешную организацию работы по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания двум акушерским стационарам города было присвоено звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

В ходе реализации проекта «Безопасное материнство» в рамках успешного сотрудничества с HealthProm возникла идея нового проекта «Инфекционный контроль». Основными мотивирующими факторами были: вспышка внутрибольничной гнойно-воспалительной заболеваемости новорожденных в родильном доме в 1996 г.; отсутствие взаимопонимания в вопросах внутрибольничной инфекции между сотрудниками акушерских стационаров, специалистами ЦГСЭН и Департамента здравоохранения.

В проекте принимали непосредственное участие ведущие специалисты Центрального института эпидемиологии МЗ России и Лаборатории национального здоровья Великобритании.

В результате его реализации удалось достичь:

взаимопонимания и взаимодействия в вопросах инфекционного контроля между администрацией, клиницистами, эпидемиологами, бактериологами, средним медицинским персоналом;

внедрения новых противоэпидемических организационных технологий (контроль микробного пейзажа с использованием информационной системы «Whonet», группа инфекционного контроля);

обучения клиницистов правильной технике забора биологического материала, обеспечения условий его хранения и транспортировки;

отработки алгоритма действий диспетчерской службы, гарантирующей своевременность доставки образцов в бактериологическую лабораторию и возвращение результатов клиницистам с возможностью предоставления предварительных данных;

перераспределение акцентов и ресурсов на качество бактериологических исследований для нужд конкретных пациентов и эпидемиологическое расследование конкретной ситуации за счет сокращения масштабов малоинформативных исследований;

совершенствования микробиологических исследований путем организации централизованной бактериологической лаборатории оснащенной автоматическим анализатором, внедрения внутривидовой идентификации возбудителя, и т.д.

Мотивационным фактором 3 проекта стала генерализация эпидемии ВИЧ инфекции, усугубляющей демографический кризис в России.

В рамках проекта с расширением знаний медицинских и социальных работников по проблеме удалось изменить, в первую очередь, их отношение к инфицированным пациентам.

Разработка и внедрение программы компьютерного мониторинга ведения ВИЧ позитивных беременных и новорожденных позволило на фоне увеличения количества родов у ВИЧ инфицированных женщин до уровня 2,8% выявить положительные тенденции реализации проекта: изменение репродуктивного поведения ВИЧ позитивных женщин; повышение качества медицинской помощи беременным, роженицам родильницам с ВИЧ инфекцией и новорожденным с перинатальным контактом по ВИЧ, снижение социального сиротства с 13% до 2,2% и перинатальной смертности с 58,8‰ до 9,5‰.

Таким образом, реализация международных проектов является одним из эффективных путей внедрения современных медико-организационных технологий, направленных на охрану репродуктивного здоровья населения, развития межведомственного и междисциплинарного взаимодействия.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ НА НАЛИЧИЕ АНАЭРОБНОЙ И МИКРОАЭРОФИЛЬНОЙ ФЛОРЫ В ПОЛОВЫХ ПУТЯХ

Фоминых Е.А. Хасанов А.А. (Казань)

Невынашивание беременности - одна из основных патологий акушерства, составляет 25% от всех желанных беременностей.

В работе представлен анализ финансовой стоимости проблемы потери беременности с учетом рекомендаций приказов МЗ РФ, медико-экономических стандартов и стоимости услуг. Вопрос о полноценном обследовании женщины на носительство инфекции, генетических, гормональных, иммунологических нарушений и органических изменений в половых путях возникает после первого эпизода потери беременности. В случае недостаточной полноты обследования последующая желанная беременность у этой женщины требует больших экономических затрат, но не гарантирует благоприятного ее исхода в 100% случаев, так как процент невынашивания остается неизменным в пределах 5-20% в популяции.

Для оценки глубины и качества обследования с последующей коррекцией осложнений беременности рассмотрим наиболее частую причину невынашивания – инфекционную (60%). Характерной особенностью микроценозов эндометрия у пациенток с невынашиванием, по данным литературы, является наличие в них ассоциаций облигатно- анаэробных и микроаэрофильных микроорганизмов в 61,4% и 31,8% соответственно. В 13% случаев эндометрита возбудитель не был выявлен..

Анализ данных литературы и опыт собственных исследований позволяют сделать вывод о значимости бактериологического метода исследования пациенток с потерей беременности. Следует отметить факторы, затрудняющие бактериологическое исследование: приме-

нение антибактериальных препаратов широкого спектра действия в условиях гинекологического отделения, отсроченность исследования-проводится через 1-2 месяца после эпизода самопроизвольного аборта на фоне нормального иммунного статуса. Так же отсутствует должное исследование абортного материала. Дополнительные методы исследования: на ИППП (в динамике), гормонального фона, органические изменения в половых путях с применением УЗИ и ГСГ (редко) проводятся на фоне приема женщиной КОК, что может повлиять на их результат. Такие осложнения беременности как ИЦН и АФС требуют применения УЗИ и исследования крови на АФС- АТ в динамике в течение последующей беременности. Исключение генетических факторов самопроизвольного аборта часто проводится только после 2-3 эпизодов прерывания беремености.

В нашей работе проведено обследование 90 женщин с невынашиванием беременности неясного генеза (исключены все известные причины невынашивания) на наличие кампилобактерной инфекции в цервикальном канале. При сравнении эффективности бактериологического исследования с применением газовой смеси (85% N2, 10% CO2 и 5%O2) и методики с использованием газпаков, показана более высокая частота выявления кампилобактерной инфекции (41,2%) в сравнении с таковой(13%) у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе. Исследование содержимого цервикального канала и абортного материала на кампилобактерную инфекцию в короткие сроки после момента выкидыша с использованием усовершенствованной методики позволит снизить частоту случаев невынашивавния неясного генеза. Адекватно подобранная антибиотикотерапия позволит санировать половые пути для последующей беременности.

Нормально протекающая беременность позволит сохранить средства, затрачиваемые на коррекцию длительно протекающей угрозы прерывания беременности: уменьшить количество койко- дней в стационаре, а так же снизить затраты на лекарственные препараты, применяемые для коррекции возможных осложнений беременности.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ И ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ (ОГП)

Франк М.А., Петров Д.В., Брагина Г.В. (Екатеринбург)

Острый пиелонефрит при беременности может возникать на протяжении всего гестационного периода: по данным разных авторов им страдают 48% беременных, 17% рожениц и 35% родильниц (М.М.Шехтман, 2000 г.; Kremlin с соавт, 1985). За последние годы значительно увеличилось поступление в урологические клиники больных с ОГП. По данным Т.А. Обоскаловой с соавт.(2002 г.) количество оперуруемых женщин с гнойно-деструктивными формами ОГП достигает 19,5%.

В апреле 2003 года приказом ГУЗо г. Екатеринбурга сформулированы принципы оказания специализированной помощи женщинам с патологией почек, развившейся в период беременности. В связи с этим приказом женщины с клиникой ОГП, а также бессимптомной пиурией и бактериурией госпитализируются в ГКБ № 40, где после совместного осмотра акушера-гинеколога и уролога решается вопрос госпитализации. В последующем, независимо от профиля отделения, осуществляется ежедневный контроль специалистов.

В урологическом отделении МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга за два года пролечено 146 беременных женщин с ОГП. Возраст больных от 14 до 38 лет. У 38 беременных ОГП диагностирован в первом, у 91 – во втором и у 17 – в третьем триместрах. Чаще гестационный пиелонефрит встречался у первобеременных и составил 86,9% (127 больных). Локализация воспалительного процесса в правой почке отмечена у 137 больных (93,8%), в левой – 8 больных (5,5%) и у одной больной – двустороннее поражение почек. Симптоматика ОГП в последние годы изменилась, что порой затрудняет диагностику. Однако мы считаем, что анализ клинической картины заболевания, лабораторных данных, ультразвукового исследования почек в большинстве случаев является достаточным для постановки диагноза и определения тактики лечения. Экскреторную урографию применяем по строгим показаниям в случае намечающегося оперативного лечения. При этом придаем большое значение ультразвуковому мониторингу, который позволяет оценить состояние почки в процессе лечения.

Лечение ОГП должно начинаться с восстановления уродинамики. 104 больным (71,2%) была выполнена катетеризация почки в первый час от поступления. Длительность стояния катетера - 5 суток. Непосредственно при катетеризации берется моча из почки на бактериологическое исследование. Принципиально важным считаем дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, который обеспечивает:

фиксацию к нему мочеточникового катетера;

исключает сокращения стенки мочевого пузыря, при которых мочеточниковый катетер «извлекается» из почки;

создает дополнительное условие для соблюдения постельного режима.

15 больным (10,3%) – произведена чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) со стороны поражения, 1 больной (0,68%) – ЧПНС с обеих сторон. 26 женщинам удалось восстановить отток мочи, не прибегая к дренированию, используя позиционную терапию (коленно-локтевое положение 10-12 раз в сутки по 10-15 минут), введение спазмолитиков, анальгетиков. Всем больным после восстановления пассажа мочи проводилась адекватная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Стартовой антибактериальной терапией считаем цефалоспорины III поколения. Комплексная этиопатогенетическая терапия позволила купировать атаку пиелонефрита у 136 больных (93,1%). У 1 (0,68%) женщины, несмотря на проводимую терапию, развился гнойный пиелонефрит, потребовавший оперативного лечения. Показанием к оперативному лечению были сохраняющаяся лихорадка, нарастающие признаки интоксикации (тошнота, тахикардия, продолжающиеся ознобы), сохранение болей, появление ригидности поясничных мышц на стороне воспаления. Больной через 20 часов была выполнена декапсуляция почки, иссечение карбункула, нефростомия. В 16 (10,9%) случаях после удаления мочеточникового катетера, в связи в неадекватным восстановлением пассажа мочи, что повлекло за собой прогрессирование пиелонефрита, выполнена чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС). Выполнение повторной катетеризации мочеточника мы считаем нецелесообразным и потенциально опасным в связи с возможностью инфицирования госпитальными штаммами. Открытого оперативного вмешательства у этой группы женщин не потребовалось.

2 пациенткам (1,36%), поступившим в приемное отделение с клиникой гнойно-деструктивного пиелонефрита, осложненного сепсисом, выполнена нефрэктомия. Летальных исходов не было. После выздоровления по медицинским показаниям 3 больным выполнена плодоразрушающая операция.

Все без исключения больные после купирования атаки пиелонефрита переводятся в отделение патологии беременных для дальнейшего лечения. 16 беременных с нефростомическими дренажами в последующем благополучно родоразрешены. Считаем, что длительное дренирование почек предпочтительнее осуществлять путем ЧПНС, как альтернативой «стенту», по следующим причинам:

нет опасности инфицирования мочевого пузыря;

отсутствуют механизмы возникновения ПМЛР (пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса) со стороны поражения;

отсутствуют дизурические расстройства;

отсутствуют механизмы компроментации контрлатеральной почки.

На 10 – 12 сутки после родов нефростомический дренаж удаляли в урологическом отделении.

Наши клинические наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. Для адекватного лечения женщин с ОГП целесообразным считаем формирование структурного подразделения в составе многопрофильной больницы, где имеется специализированная урологическая и акушерско-гинекологическая служба;

2. При консервативном лечении особое значение имеет стартовая антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения);

3. Кратковременное дренирование (5 суток) целесообразно выполнять мочеточниковым катетером с обязательным дренированием мочевого пузыря;

4. При необходимости длительного дренирования следует отдавать предпочтение ЧПНС.

5. Отсутствие четких диагностических критериев диктует сегодня необходимость поиска новых доказательных методов диагностики ОГП.

ЗНАЧЕНИЕ НОМЕНКЛАТУРЫ РАБОТ И УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ)

Фролова О.Г., Ландеховский Ю.Д., Николаева Е.И. (Москва)

Дальнейшее развитие национальной системы акушерско-гинекологической помощи требует системных изменений процесса и технологий управления ресурсами на основе интеграции информационных потоков о конечных результатах медицинской. научной и финансово-хозяйственной деятельности, эффективной координации деятельности с другими субъектами системы здравоохранения и медицинского страхования. Финансирование стационарных учреждений должно осуществляться не по числу развернутых коекмест, а по фактически оказанным объемам медицинской помощи с учетом сложности и затратности медицинских услуг.

Важной проблемой современного здравоохранения является обеспечение сбалансированности гарантированных объемов предоставляемой населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства.

Решение этой задачи требует разработки и внедрения автоматизации процесса учета персонифицированных данных о заболевании, состоянии пациента, затратах на оказание медицинской помощи, в том числе по высокотехнологичным ее видам.

Таким образом возникает необходимость в единой отраслевой методике расчета стоимости медицинских услуг, позволяющей произвести стоимостную оценку отдельных структурных подразделений и групп специалистов, а также каждой пациентки.

Осуществить эту работу на практике призвана номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Выборку из общей номенклатуры работ и услуг в области акушерства и гинекологии поможет специалистам акушерам гинекологам более эффективно обеспечить единую нормативную базу работы и услуг нашей отрасли.

Номенклатура работ и услуг в здравоохранении в целом, в том числе в области охраны репродуктивного здоровья, утверждена заместителем Министра здравоохранения и социального развития России В.И.Стародубовым 12 июля 2004 года.

Номенклатура работ и услуг в здравоохранении разработана для решения следующих задач:

- обеспечение развития и функционирования системы классификации и кодирования в здравоохранении;
- обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи;
- формирование единых подходов к созданию прейскурантов медицинских услуг в системе обязательного и добровольного медицинского страхования;
- обеспечение единой системы оценки экономических характеристик медицинских услуг;
- разработка критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских учреждений и доступности медицинской помощи.

Для решения указанных задач акушерами-гинекологами была проведена работа по созданию выборки работ и услуг, а также реестра медицинских услуг с указанием условных трудозатрат в области акушерства и гинекологии.

Нормативный документ в своем составе имеет шесть основных разделов:

Раздел А - «Простые медицинские услуги»;

В - «Сложные и комплексные медицинские услуги»;

С - «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав»;

D - «Манипуляции, исследования, процедуры и работы в здравоохранении»;

F - «Услуги медицинского сервиса».

Реестр работ и услуг с указанием условных единиц трудозатрат.

Система типовых разделов является открытой, предусматривающей включение при необходимости новых типов медицинских услуг.

Так, требуют включения следующие типы медицинских услуг из практики акушера гинеколога: пальпация молочных желез, измерение размеров таза, оформление партограммы, рентгенпельвиометрия, рассечение промежности, перинеоррафия, наложение акушерских щипцов, наложение вакуум-экстрактора, эпидуральная анестезия, катетеризация эпидурального пространства, трансфузия компонентов крови, гигиенический душ, уход за эпидуральным катетером.

К простым медицинским услугам (Раздел А) относятся неделимые услуги, имеющие самостоятельное законченное лечебное или диагностическое значение, исследование, анализы, процедуры, манипуляции, а также оперативные вмешательства. Простая медицинская услуга имеет четкое описание технологии выполнения, при этом допускается несколько способов (методов) выполнения услуг.

Простая медицинская услуга является базовым потребителем натуральных ресурсов, первичным носителем затрат, с другой - первичным элементом медицинской технологии, представляет собой точку сопряжения исполнителя с пациентом или биологическим материалом.

При работе с разделом А «Простые медицинские услуги» следует обращать внимание на код типа услуг, код класса услуг, код вида услуг. Указание кода услуг позволяет иметь единое понимание услуги во всех ЛПУ страны.

Тип услуги имеет 26 разделов с собственным номером - от 01 до 26. Например: 01 - методы функционального обследования без использования приспособлений, приборов включает физикальные исследования, сбор жалоб, анамнеза, перкуссию, пальпацию и аускультацию; 14 - манипуляции сестринского ухода. Каждый типовой раздел простых медицинских услуг делится на классы. Деление основано на анатомо-функциональном признаке - кожа, мышечная система, женские половые органы и т.д. - всего 31 классовых раздела, идентичных во всех типовых разделах.

Типовые разделы В «Сложные и комплексные медицинские услуги» и С «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав» имеют 5 типовых разделов - от 01 до 05: 01 - Услуги врача лечебно-диагностические, 02 - Услуги сестринского ухода, 03 - Комплексные диагностические услуги, 04 - Медицинские услуги по профилактике и 05 - Медицинские услуги по реабилитации. Услуги данных типовых разделов содержат по 69 классов (каждый класс соответствует медицинской специальности; например: 001 -акушерство и гинекология, 006 - генетика, 032 - неонатология и т.д.). Вид услуги идентичен в определении с простыми услугами. Так, в классе 003 - анестезиология и реанимация вид простой услуги - осмотр (консультация) врача анестезиолога.

Раздел D представляет собой перечень работ в здравоохранении (22 типовых раздела - 01 - работы по техническому обслуживанию медицинской техники, 17 - санитарно-эпидемиологические работы, 18 - судебно-медицинская деятельность).

Раздел F представлен перечнем услуг медицинского сервиса в здравоохранении (состоит из 6 разделов - 02 услуги справочно-информационных служб с использованием современных компьютерных технологий, 03 - услуги патологоанатомического бюро и т.д.)

В работе представлены также основные положения по расчету затрат на медицинские услуги, которые производятся на основе учета и анализа фактических расходов в ЛПУ в целом.

Завершается номенклатура реестром работ и услуг, который представляет собой перечень простых услуг, расположенных в алфавитном порядке с указанием для каждой услуги расчетных норм - условных единиц трудозатрат. Условные единицы трудозатрат приводятся отдельно для врачебных кадров и среднего медицинского персонала.

Таким образом, номенклатура работ и услуг в акушерстве и гинекологии позволит создать единую терминологию медицинских услуг для разработки нормативных документов (протоколов ведения больных, матриц и др.) и позволит исключить неправильную оценку деятельности медицинских работников со стороны финансовых организаций, страховых компаний, юристов, а также защитить права пациентов.

Присвоение кода медицинским услугам имеет важное значение для статистической обработки полученных данных.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОЦИАЛЬНО–ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Холодков В.А., Ивашина Л.А., Нестеров Ф.В. (Курган)

Особенностью региона Западная Сибирь является задержка сроков процесса акселерации роста по сравнению с показателями развитых стран мира и крупных городов центральной части России. Кроме того, после смены политической и экономической ориентации нашей страны в 1990 году произошло снижение показателей жизненного уровня населения регионов. России. За последние 15 лет численность населения Курганской области уменьшилась более чем на 40 тысяч человек. Помимо генетических, на рост и развитие детей оказывает влияние целый ряд внешних социальных и экономических факторов. Несомненную роль в ускорении роста и развития детей играет изменение характера питания, в частности увеличение в рационе населения доли белков животного происхождения. Известно, что ограничение поступления полноценного белка приводит к временной задержке роста.

По нашим данным темп возрастного увеличения продольных размеров тела женщин, связанного с акселерацией, на протяжении 20-го века составлял в среднем 0,136 см в год. У жительниц Курганской области в конце прошлого века этот темп был выше в 2 раза. Поскольку у современных подростков женского пола г. Кургана первые регулы наблюдаются в 12,6 лет, а продольный рост тела заканчивается в 15 лет, нами проанализирована динамика продольных размеров девушек за последние 15 лет. Выявилось снижение продольных размеров тела в период после 1990 года. Так в 1996 году рост девушек стал меньше чем в 1990 году на 2,8 см. Нами замечено, что после 1990 года началось снижение размеров тела и особенно окружности головки новорожденных, причину такого снижения мы видим в вынужденной недостаточности потребления населением полноценного белка животного происхождения.

Снижение потребления белка после 1990 года составило более 33%. В этот же период достоверно увеличилось число новорожденных с задержкой внутриутробного развития, что является тревожным признаком социального неблагополучия в обществе.

Таким образом, нарушение качества питания способно привести к временной задержке роста подростков, задержки роста головки новорожденных, снижению показателей их функциональной зрелости, увеличению числа больных детей.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗК О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

Цветков В.В., Боровикова Т.Ю., Пономарева А.И., Доненко С.Р. (Краснодар)

Одной из наиболее важных проблем современного здравоохранения является сохранение репродуктивного здоровья женщин. Столь пристальное внимание к этой проблеме связано, в первую очередь, с демографической ситуацией, сложившейся в России. Одним из основных направлений решения задачи улучшения репродуктивного здоровья и сохранения детородной функции женщин является профилактика незапланированной беременности и уменьшение числа медицинских и криминальных абортов.

Целью нашего исследования являлся анализ информированности и отношения студентов медицинской академии, а также врачей к различным методам контрацепции.

Нами было проанкетировано 115 студентов лечебного и 102 студентов фармацевтического факультетов IV-V курса в возрасте 20-23 лет. Каждому предлагалось заполнить анкетный бланк, выбирая из предложенных вариантов ответов и дописывая свои, анкетирование проводилось анонимно. Большинством из числа опрошенных были женщины – 82%. По результатам нашего исследования стало очевидно, что наиболее частыми источниками информации о медикаментозной контрацепции являются медицинская литература 40%, немедицинские журналы 32%, а также знакомые и друзья 27%.

Из числа опрошенных 25% пользовались медикаментозной контрацепцией. Практически все из них применяли препараты экстренной контрацепции, и только единицы указали на использование постоянной.

Важно то, что примерно 1/3 анкетируемых ничего не знают о мини-аборте; ещё одна треть не слышала о медикаментозном прерывании беременности. Из числа молодых людей, подвергшихся исследованию, более 3/4 считают необходимым увеличить количество часов в курсе фармакологии для изучения медикаментозных контрацептивов.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о недостаточной информированности молодёжи о современных средствах контрацепции. Несмотря на то, что опрошенные являлись студентами медицинского ВУЗа, основными источниками информации о контрацепции, которым они доверяют, являлись знакомые и друзья, что, несомненно, способствовало высокой популярности высокодозированного гормонального контрацептива (постинор) и повлияло на формирование недоверия к постоянному медикаментозному способу ОК.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ

Шаршенов А.К., Маматов Э.А., Салыбаев А.Д., Маматова Н.Э., Лагутина О.В., Назаралиева С.Б., Кибец Е.А. (Бишкек, Кыргызская Республика)

Несмотря на внедрение фонда обязательного медицинского страхования и сооплаты, эти средства не в состоянии покрыть реальные расходы для лечения больных, поэтому в настоящее время, наряду с государственными лечебными учреждениями, все шире внедряются и частные, которые более обеспечены современной аппаратурой, квалифицированными кадрами и др.

В данном сообщении приводятся подходы к лечению 764 больных в негосударственной клинике, которая была организована одной из первых в Киргизии. В процессе работы совершенствованы тактические и технические решения, направленные на улучшение результатов оперативного лечения. Клиника располагает современным оборудованием, квалифицированными врачами анестезиологами, хирургами и гинекологами. Учитывая влияние длительности пребывания больных в клинике до операции на присоединение госпитальной инфекции, обследование осуществляли амбулаторно, а госпитализировали в день операции, это также уменьшило сроки пребывания в стационаре.

Следующим моментом было максимальное применение перидуральной анестезии в сочетании с управляемой гемодилюцией, что позволяло рано активизировать больных и предотвратить развитие легочных и тромбоэмболических осложнений в ранние сроки по-

сле операции и к тому же нами было установлено, что этот метод в два раза экономичнее в сравнении с эндотрахеальным, поскольку, прямые расходы при перидуральной анестезии были значительно меньше. Перидуральная анестезия в сочетании с управляемой гемодилюцией давала возможность выполнить операции у больных с тяжелой сопутствующей патологией (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, коронарная болезнь сердца и др.).

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений мы использовали медицинский озон, который применялся в виде озонокислородной смеси и озонированных растворов поваренной соли. Нами было установлено, что озонированный физиологический раствор поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/ мл обладает хорошим бактерицидным действием на аэробную и анаэробную микрофлору.

Также в процессе работы совершенствовали операционный доступ и чаще всего при гинекологических операциях использовали поперечный доступ по Пфаненнштилю, который менее травматичен, и в то же время позволяет выполнить операцию при большинстве заболеваний женской половой сферы.

Озонокислородную смесь и озонированные растворы использовали для обработки брюшной полости после любой операции, что обеспечивало профилактику гнойно-воспалительных осложнений.

Кроме того, в процессе работы, учитывая частоту сочетанных заболеваний, требующих оперативного лечения нами были разработаны критерии для определения возможности выполнения симультанных операций, что в последующем подтвердило целесообразность использования их в повседневной работе.

Из 764 больных у 301 была миома матки, у 264 кисты и кистомы яичников, у 87 внематочная беременность, у 63 опущение матки и влагалища, а у 49 – наличие сочетанных гинекологических и хирургических заболеваний, у всех больных были применены разработанные нами тактические и технические решения, что обеспечило благоприятное течение послеоперационного периода.

Все больные операцию перенесли удовлетворительно, осложнений в момент операции не было, больные впервые же часы после операции активизировались, на следующий день они ходили по палате, у них стабилизировались гемодинамические показатели, что позволяло их выписывать – на 2-3 сутки, и лишь немногие (12 чел) находились в стационаре более продолжительное время. После выписки больные являлись в клинику на 7 и 21 сутки после операции, что давало возможность судить о течении послеоперационного периода в ближайшие сроки. При контрольном обследовании осложнения выявлены у 17 (2,22%) из них частичное нагноение раны имело место у 6 (0,78%), возникновение инфильтрата в области операционного шва у 11 (1,43%), других осложнений мы не наблюдали.

Таким образом, разработка и использование современных подходов в лечении гинекологических больных, в успешно работающих частных клиниках, могут снять остроту проблемы связанной с недофинансированием государственных медицинских учреждений.

РЕЗЕРВЫ УЛУЧШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Калканбаева Ч.К. (Бишкек, Кыргызская Республика)

Кыргызская Республика является модельной страной по проведению реформирования здравоохранения. Исходя из международных стандартов системы здравоохранения ВОЗ, было признано завышение числа медицинских учреждений, койко-мест, медперсонала на душу населения, продолжительности пребывания в стационаре, чрезмерно высокая специализация медицинской помощи, высокие показатели материнской смертности и перинатальных потерь особенно среди доношенных детей, что связано с высокой частотой родов и низким процентом кесарева сечения. Начиная с 1996 года в родовспомогательных учреждениях республики проведены реформы: ликвидированы все женские и детские консультации; при всех поликлиниках созданы группы семейных врачей (ГСВ), в обязанности которым вменено наблюдение беременных женщин и их детей; введена сооплата за медицинские услуги; внедряется страховая медицина; сокращены акушерские и гинекологические койки. В настоящем исследовании поставлена цель: определить, как отразилось реформирование здравоохранения на основных показателях родовспоможения. В задачи исследования входило: 1) по данным официальной статистики провести сравнение основных показателей амбулаторного и стационарного звеньев родовспоможения за период с 1995 г. (до внедрения реформы) по 2001 г. включительно; 2) провести анализ причин перинатальных потерь после кесарева сечения на основе материала одного из клинических роддомов г. Бишкек. Исследование проводилось в г. Бишкеке, в котором число женщин фертильного возраста в структуре всего населения возросло за названный период времени с 24,3% до 31,7%, а число родов снизилось с 11319 до 10528. В связи с реформированием родовспоможения в городе снижено число акушерских коек с 410 до 332, гинекологических – с 225 до 122. Ликвидированы все женские консультации, созданы и функционируют 19 ГСВ. В динамике 1996-2001 гг. положительными результатами реформирования можно считать рост показателя охвата женщин фертильного возраста контрацептивами с 19,2% до 46,5%; снижение материнской смертности с 93,4% до 37,6% на 100 тыс. живорожденных, а перинатальной смертности – с 20,3‰ до 19,1‰. О недостаточном качестве работы ГСВ свидетельствуют: снижение охвата беременных наблюдением с 12-недельного срока с 64,7 до 42,4%; осмотра терапевтом 99,0% до 91,2%; рост урогенитальных инфекций среди беременных женщин с 52,5% до 79,1%; рост железодефицитных анемий с 50,9% до 59,4%; ОПГ-гестоза в родах с 4,0% до 10,6%, в том числе доли эклампсий с 3, 08% до 6,5%; доли перинатальных причин в структуре младенческой смертности с 29,0% до 33,1%, в том числе – детей с врожденными аномалиями с 9,3 до 10,1%. Рост тяжелых преэклямсий и эклампсий в родах – свидетельство поздней выявляемости и запоздалой госпитализации женщин в акушерские стационары. Также отмечен рост показателя патологических родов с 53,0% до 66,3%. Проведенный анализ 135 случаев перинатальных потерь после кесарева сечения за 5-летиний период в одном из клинических роддомов города показал, что частота абдоминального родоразрешения возросла с 11,7% до 15,0%, при этом показатель перинатальной смертности составил 17,8% из числа всех случаев перинатальной смертности и не имеет тенденции к снижению. Потери в антенатальном периоде составили 23,0%, интранатально – 4,5% и в раннем неонатальном периоде – 72,5%. Среди погибших плодов и новорожденных 72,4% составили недоношенные дети. Исследование показало, что 36,4% из числа женщин с перинатальной смертностью после кесарева сечения на учете по поводу беременности не состояли, 20,6% - посещали врача эпизодически и лишь 43,0% - наблюдались регулярно, однако из числа последний пренатальный скриннинг в виде однократного УЗИ у 47,8% женщин. В 83,1% случаев перинальных потерь имело место госпитализация по экстренным показаниям. Показатель перинатальной смертности после кесарева сечения среди плодов и новорожденных массой тела 1501-2000,0 возрос на 8,3%, с 2001-2500,0 – на 17,0% от 3001-3500,0 – в 2 раза (с 3,1 до 6,2%), с 3500-4000,0 – в 1,5 раза (с 8,3 до 12,5%). Обращает на себя внимание тот факт, что антенатальные потери составили 23,0%, интранатальные – 4,5% и в раннем неонатальном периоде – 72,6% детей. Заболеваемость новорожденных в акушерских стационарах выросла с 434,0 на 1000 живых, до 660,7; летальность – снизилась с 6,7 до 3,8‰.

Таким образом, резервами для улучшения основных показателей родовспоможения в условиях реформирования здравоохранения являются: восстановление преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями, доступности медицинской помощи для всех категорий женщин, организация работы по реконцепционной подготовке женщин группы риска по перинатальной смертности и кабинетов диагностики нарушений развития плода, оснащенных современным оборудованием. В условиях акушерских стационаров необходимо усилить службу выхаживания новорожденных детей.

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Шестакова Ж.Н., Гурьева В.А. (Барнаул)

Население России, согласно прогнозу Госкомстата РФ, к концу 2050 года уменьшится на 30% и составит 101.9 млн. жителей.

В сложившихся демографических условиях проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей и требует участия в ее решении не только заинтересованных министерств и ведомств, но и различных общественных структур. Особое медико – социальное значение в условиях демографического кризиса имеет проблема бесплодия.

Нами была изучена демографическая ситуация в Барнауле, который является самым крупным городом Алтайского края (столицей) с развитым промышленным комплексом. Исследование проводилось по материалам записей актов гражданского состояния. На фоне всех районов г. Барнаула выгодно отличался самый крупный – Индустриальный. Пристальное внимание привлекло то, что на протяжении многих лет он занимает лидирующее положение по числу заключаемых браков (в 1,5 – 3 раза) и рождаемости (в 1,4 – 1,7 раза) по сравнению с другими районами, что позволяет сделать вывод о том, что это «молодой» район. Изучение репродуктивного здоровья жителей г. Барнаула наиболее объективно отразит частоту бесплодного брака, позволит изучить структуру, найти пути решения данной проблемы.

Проанализирован период с 1994 по 2004 годы. Очевидно, что частота заключенных браков увеличилась в 2 раза, но также вырос и показатель разводов (в 2 раза). По литературным данным в структуре мотивов расторжения браков на бесплодие приходится 7,5%, причем на втором - четвертом годах брака уровень разводов среди бездетных супругов был в 2,1-4,2 раза выше, чем среди имеющих детей.

Количество зарегистрированных смертей по изучаемому району увеличилось в 1,95 раза, в то время как число рождений всего в 1,9 раза. Если взять показатели последнего года по г. Барнаулу число смертей составило 8120, а число рождений – 7358, таким образом, смертность в 1,1 раза превышает рождаемость.

На динамику числа браков положительно влияют не только благоприятные характеристики половозрастной структуры населения. Показатели возрастной интенсивности брачности во всех возрастных группах за исключением подростков до 18 лет и старшей группы (более 36 лет) также обнаруживают тенденцию к росту. Лишь интенсивность заключения браков для самых молодых юношей и девушек продолжает снижаться, достигнув минимальных значений. Сверхранняя брачность в Барнауле становится все более статистически незначимой величиной - лишь 8 юношей из 1000 и 40 девушек из 1000 в возрасте от 16 до 18 лет заключили брак в 2004 г. Еще недавно, в 1994-1995 гг., интенсивность заключения браков у девушек-подростков до 18 лет была выше в 2,6 раза. А по общероссийским данным (Центр демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН) интенсивность заключения браков в период с 1989 по1997 у девушек-подростков до 18 лет была даже выше, чем у женщин в возрасте 25-35 лет в 1,5-2 раза. Сейчас соотношение резко изменилось в противоположную сторону, но эта статистика касается официально регистрируемых браков.

В возрастных группах 18-35 лет, наметилось оживление брачности в 1,3 раза. Однако в последние 2 года наметилась динамика увеличения брачности в возрастах 26-35 лет и уменьшение в 18-25 летних браках. В результате всех этих изменений средний возраст жениха и невесты быстро увеличивается.

По сравнению с минимальными значениями, достигнутыми в 1994 г., средний возраст вступления в брак, по нашей оценке, для мужчин увеличился на 2,5 года и составил в 2004 г. 28,8 лет, в том числе для вступающих в первый брак - на 2,8 лет (26,8 лет). Для невест повышение возраста было меньшим, чем для женихов, но также весьма существенным - на 2,3 года для всех браков (средний возраст невесты в 2004 г. – 26,7 лет) и на 2,4 года для первых браков (24,2 года). Итак, сегодня средний возраст «официальных» жениха и невесты в г. Барнауле выше, чем 10 лет назад.

Более интенсивное «постарение» брачности у мужчин вызвало увеличение средней разницы в возрасте жениха и невесты при первом браке - она устойчиво увеличивалась на протяжении 1994-2004 годов и в 2004 г. достигла 2,6 лет (в 1994 – 2,2 года). Такая подвижка может объясняться как изменениями в социальном поведении (например, тем, что девушки при вступлении в первый брак все более склонны выбирать потенциальных женихов с устойчивым социальным и экономическим статусом), так и изменением ситуации на брачном рынке в связи с меняющимся соотношением возрастных групп потенциальных женихов и невест.

Не исключено, что наметившийся рост регистрируемой брачности будет способствовать поддержанию тенденции к некоторому увеличению рождаемости в стране, а изменение возрастной модели брачности - стимулировать дальнейшую трансформацию возрастной модели рождаемости в сторону «постарения». Хотя здесь возможна и обратная зависимость: сдвиг рождений к более поздним возрастам стимулирует и более позднюю регистрацию уже существовавших фактических браков.

Характер рождаемости в г. Барнауле определяется массовым распространением малодетности (1-2 ребенка), откладыванием рождения первого ребенка. Такой уровень и характер рождаемости не могут сохранить демографический потенциал в г. Барнауле, и требует создание с одной стороны социальных программ на региональном уровне для оптимизации демографической ситуации с позиции решения которой сложившаяся демографическая ситуация является медико-социальной проблемой, а с другой – разработка мероприятий по терапии невынашивания и бесплодного брака.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В МОНГОЛИИ

Эрхэмбаатар Т., Лхагва-Очир Э. (Улан-Батор, Монголия)

Проблема охраны здоровья матери и ребенка в нашей стране является особенно актуальной, учитывая некоторые социально-экономические, демографические, климатогеографические, медико-биологические и антропометрические особенности Монголии (Р.Бямбаа, 1986; Ц. Содномпил, 1993; Т. Эрхэмбаатар, 2004).

Материнская смертность один из основных показателей социально-экономического развития региона, деятельности службы охраны материнства и детства и системы здравоохранения в целом.

В мировой практике последние два десятилетия разработана и успешно применяется в акушерстве, гинекологии и перинатологии стратегия формирования групп беременных высокого риска в плане прогнозирования и предупреждения материнской и перинатальной смертности (В.Н. Серов, 1984; О.Г. Фролова, 1994; В.И. Кулаков, 2004).

В данной работе представлены результаты анализа показателей материнской смертности (МС) в Монголии за десятилетний период – с 1995 по 2004 гг. Средний показатель МС за этот период составил 150,6 на 100 000 живорожденных детей, что было достоверно выше, чем показатель материнской смертности за предыдущее десятилетие – с 1982 по 1991 гг. (112,7 на 100 000 живорожденных).

С 2000 г. материнская смертность начала снижаться и в 2004 году показатель был равен 98,5 на 100 000 живорожденных (169,3 – в 2001 г., 124 – в 2002 г., 109,5 – в 2003 г. и 98,5 – в 2004 г.).

Это снижение связано с тем, что Министерство здравоохранения Монголии стало осуществлять стратегический план по снижению материнской смертности, который был одобрен нынешним Правительством и 2 раза в год обсуждается на совещании руководящих работников.

Наши исследования основаны на результатах анализа первичной медицинской документации 43 случаев МС (истории родов, протоколы смерти матери, материалы совещаний врачей ЛПУ, клинико-анатомических конференций, годовых и помесячных статистических данных Минздрава Монголии).

Как показали наши исследования, для Монголии характерна, прежде всего, большая доля (65,1%) акушерских причин, в чем проявляется сходство с развивающимися странами.

Среди причин МС первое место занимают акушерские кровотечения (27,5%), среди которых наиболее значимыми были кровотечения, обусловленные гипотонией матки и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Далее следуют экстрагенитальные заболевания, они составляют 23,5%, при этом более половины (от 57,1% до 65,7% в зависимости от срока беременности) приходится на сердечно-сосудистые заболевания.

Третье место заняли септические послеабортные, послеродовые и послеоперационные осложнения (18,5%). В 49,2±4,4% они протекали в виде перитонита. Развитию сепсиса в 41,5% случаев предшествовали внутриматочные вмешательства, причем более половины из них (55,6%) составили операции выскабливания матки после самопроизвольного прерывания беременности.

Роль гестоза, как непосредственной причины смерти, на первый взгляд, не столь велика. Он занимает четвертое место и составляет 12,3%. Значение его в летальном исходе варьирует в широких пределах в зависимости от возраста женщины – от 66,7% у юных до 83% - у женщин после 30 лет.

Последнее, пятое место (6,8%), заняли разрывы матки. Следует обратить внимание на условность выделения этой группы. В нее отнесены случаи, в которых имел место факт разрыва, хотя смерть женщины могла наступить вследствие последовавшего геморрагического шока, развившегося в дальнейшем гнойно-септического процесса или в результате других осложнений. Проведенный анализ материнской смертности и допущенных ошибок при ведении беременных пациенток позволил сделать вывод, что в большинстве случаев женщины погибли от условно-предотвратимых причин.

Выявлены недостатки при ведении пациенток как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. Среди них: недостаточное обследование беременных женщин, несвоевременная госпитализация пациенток с высоким риском, неверный выбор способа родоразрешения, задержки в проведении радикальной операции, ошибки при выполнении интенсивной терапии.

Меры, направленные, в первую очередь, на повышение профессионального уровня врачей, задействованных в службе родовспоможения, а также на улучшение взаимодействия между специалистами разного профиля, являются основными по профилактике МС.

Организация акушерско-гинекологической помощи в регионе с обширной территорией и низкой плотностью населения должно предусматривать:

1) адаптацию существующей системы помощи к региональным особенностям, характеризующимся многоуровневостью и многоэтапностью в сочетании с высоким удельным весом лечения больных на сомонных, межсомонных, семейных, участковых и маломощных районных больницах;

2) целенаправленное выявление отклонений от нормального течения беременности и экстрагенитальной патологии у беременных, составляющих высокую группу риска по МС;

3) создание информационной системы скрининга для дородового наблюдения, адаптированной к условиям организации лечебно-профилактического процесса в регионе;

4) обеспечение безопасности родоразрешения.

ВОЗМОЖНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПРИ ПОТЕРЕ РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Алибекова Р.А. (Хасавюрт)

Одной из основных нагрузок для врача акушер – гинеколога является на сегодняшний день хирургическая ревизия полости матки при ранней потере беременности. С момента внедрения в 30-е годы XX века эта операция остается методом выбора при оказании пособия в этой ситуации.

В последние годы ряд исследований показали возможность консервативного ведения женщин с потерей беременности в ранние сроки.

Целью данного исследования было установить возможность выжидательного ведения в случаях неполного и несостоявшегося выкидышей. Диагноз ранней потери беременности был основан на результатах ультразвукового исследования. Неполный выкидыш был диагностирован, когда картина срединных структур была неоднородной с потерей срединного эха, наводящего на мысль об остатках, у женщин с предварительно установленной маточной беременностью. Несостоявшийся выкидыш был диагностирован, когда или средний диаметр пустого ПЯ был больше 18 -20 мм (анэмбрионическая беременность) или когда при КТР более 5 мм не детектировалось сердцебиение.

Из исследования были исключены случаи с выраженным кровотечением, и\или температурной реакцией, и\или выраженным расширением полости матки и подозрением на трофобластическую трансформацию.

Исследование проведено у 28 женщин с потерей беременности в сроки 5 – 14 нед беременности. В этой группе у 18 женщин были признаки неполного выкидыша, и у 10 –несостоявшийся выкидыш. Каждой пациентке проводились повторные УЗИ и мазок на флору влагалища на 4-6 и 14 дни после установления диагноза нарушения развития беременности. Профилактически антибиотики не были назначены. Всем женщинам с выжидательной тактикой проводился тест мочи на беременность через 14 дней. Выжидательное ведение при нарушениях ранней беременности считалось неудачным, если возникла необходимость хирургической эвакуации из-за длительного или выраженного кровотечения, чрезмерной брюшной боли, признаков инфекции, УЗ признаков остатков, положительного теста на беременность.

Эффективность выжидательного ведения при потере ранних сроков беременности в нашем исследовании составила 78,5% (22/28). Частота успеха в группе с неполным выкидышем (83,3%) была значительно выше, чем в группе с несостоявшимся выкидышем (60%). Консервативное ведение оказалось неудачным у 3\18 женщин с несостоявшимся выкидышем и у 4\10 женщин с неполным выкидышем. Все 7 женщин подверглись хирургической эвакуации. В 3 из них показаниями явились продолжающиеся кровянистые выделения и желание женщины. Остальных случаях признаки инфицирования в мазках (2 случая) и наличие остатков при УЗИ (2 случая). Средняя продолжительность вагинального кровотечения у женщин с выжидательной тактикой была 9,2 дня (диапазон 2-14).

Как показывают результаты данного исследования, выжидательное ведение при потере ранней беременности, может рассматриваться как практически эффективная и безопасная альтернатива хирургической маточной эвакуации. Подобная тактика особенно применима в группе женщин с диагнозом неполного выкидыша, где наше исследование показало 83,3% успешного исхода. С другой стороны, выжидательное ведение несостоявшихся выкидышей, не оказалось таким успешным, и поэтому не может быть методом выбора для всех женщин.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПЛОДОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ИНСУЛИНОЗАВИСИМОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Анисимов К.Ю., Малкин К.В. (Екатеринбург)

Диагностика начальных стадий сердечной дисфункции у плодов затруднена, это связано с тем, что нет четких критериев состояния сократительной активности миокарда, становления диастолической функции и ее роли в развитии сердечной недостаточности. Поскольку механизм Франка-Старлинга – основной регуляторный контур производительности сердца плода и новорожденного (Rudolph C., 1985), то диагностика расслабления миокарда и наполнения камер весьма важна для раннего выявления сердечной недостаточности плода.

Имеются единичные сообщения (Rizzo J., 1992) об ускоренном развитии сердца и патологических изменениях центральной гемодинамики у плодов с материнским диабетом. Однако исследований, посвященных состоянию диастолической функции сердца плодов при беременности, осложненной ИЗСД мы в доступной литературе не обнаружили.

Метод допплеровской эхографии дает количественную оценку основных показателей кардиального кровотока, в том числе диастолической функции желудочков, позволяет определить структуру фазы диастолического наполнения, более точно описать функциональный статус миокарда и помогает определить начальные стадии заболевания. Однако, большинство параметров сложны для интерпретации, так как сравниваются измерения, полученные при различной частоте ритма сердца или объемов наполнения.

Для преодоления указанных недостатков был разработан новый индекс диастолической функции левого желудочка - дважды нормированный интеграл «частота-наполнение» (Io) - который нормализован для частоты сердцебиений и объема камеры, причем интеграл разделен в соответствие с фазами пассивного (IE) и активного наполнения (IA).

При развитии беременности в условиях инсулинозависимого сахарного диабета (ИЗСД) достаточно рано, как показали наши предыдущие исследования, во втором триместре, формируется плацентарная недостаточность. Выраженность последней определяется степенью компенсации компенсации ИЗСД до и в первом триместре беременности и тяжестью сопутствующих полиорганных нарушений. С этой точки зрения теоретический и практический интерес представляет изучение параметров центральной гемодинимики плода при развитии беременности и ИЗСД.

Задачей данного раздела исследования было оценить информативность интегралов «частота-наполнение», а также их отношения для фаз раннего и позднего наполнения левого желудочка, в оценке нормальной и патологической диастолической функции плода во втором триместре и сравнить новые индексы с другими показателями центральной гемодинамики, вычисляемыми рутинно.

Показатели центральной гемодинамики определялись у 42 плодов, беременных с ИЗСД во втором триместре беременности, контролем служили аналогичные показатели 18 плодов здоровых беременных.

Пре исследовании трансмитрального и аортального кровотоков было выявлено, что средняя продолжительность кардиоциклов у плодов, беременных с ИЗСД была существенно короче ($p<0,001$) по сравнению со здоровым при соответствующем гестационном возрасте. Различия скоростей пассивного наполнения в сравниваемых группах не было, в тоже время пиковая скорость систолы предсердия была значительно выше в группе плодов от матерей с ИЗСД ($p<0,05$).

Средние значения интеграла «время-скорость» активного наполнения были достоверно выше в клинической группе ($p<0,05$) при существенно более низких значениях показателя пассивного наполнения и их отношения .

Таким образом, в группе плодов с материнским диабетом найдено возрастание скорости активного наполнения, снижение E/A отношения и возрастание вклада предсердной фракции в общее желудочковое наполнение в условиях относительной тахикардии.

Параметры пиковой скорости кровотоков в восходящей аорте были значительно ниже у плодов, беременных с ИЗСД при более высоких значения пульсационного индекса ($p<0,05$)

Анализ предложенных показателей диастолической функции левого желудочка обнаружил, что у плодов, беременных с ИЗСД, наблюдается достоверное уменьшение общего интеграла «частота-наполнение» по сравнению со здоровыми плодами и отражает ограничение левожелудочкого наполнения. Это снижение Io происходит за счет достоверно более низких значений частных интегралов фаз активного и пассивного наполнения левого желудочка. По сравнению со здоровыми, отношение IE/IA у плодов беременных с ИЗСД резко снижено ($p< 0,01$).

Таким образом, исследование диастолической функции у плодов беременных ИЗСД с использованием в качестве критерия гипоксического повреждения миокарда и формирования скрытой сердечной недостаточности интеграла «частота-наполнение» обнаружили признаки раннего его поражения (во 2 триместре). На фоне снижения объема камеры левого желудочка, как следствие кардиомиопатии, вклад активной фазы левого желудочка еще более усиливается, что диктует необходимость проведения лечебных мероприятий по лечению гипоксии плода со 2 триместра беременности.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНДРОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРЕКОНЦЕПЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

Артифексов С.Б., Артифексова А.А., Буренина Н.А., Сергеев М.Ю. (Нижний Новгород)

Мероприятия преконцепционной профилактики возможных мультифакториальных состояний проводится гинекологом и включает возможно полное и глубокое исследование особенностей функционирования половой системы и этиотропной и патогенетически обоснованной коррекции выявленных сдвигов (Кулаков В.И. с соавт.,2001). На этом фоне участие врача уролога или андролога предполагает лишь оценку показателей спермограммы и выявление, и лечение очагов инфекции (Царегородцев А.Д., Таболин В.А.,2002).

Подобный подход вряд ли приемлем, поскольку не учитывает накопленных в последние годы данных об активном влиянии гамет отца не только на процесс инициации, но и развития беременности, в том числе и обеспечения органо - и системогенеза. С другой стороны, не вызывает сомнения что соматическое здоровье отца и образ его жизни, в том числе и производственная деятельность, оказывают существенное влияние на процессы гаметогенеза в его половых железах, формируя потенциальную опасность нарушения здоровья потомства (Седельникова В.М., 2000, Курило Л.Ф., Адамян Л.В., 2005). Все выше изложенное определило цель настоящего исследования и позволило сформулировать его основные задачи: изучить этиологию, факторы риска и патогенез основных патологических состояний половой сферы мужчин, приводящих к аномалиям развития у плода и перинатальной смертности, а так же разработать патогенетически обоснованный алгоритм преконцепционной профилактики для мужчин обеспечивающий минимизацию риска для потомства.

В качестве объекта исследования выступали 233 мужчины, состоящие в браке и/или имеющие постоянного полового партнера в течение не менее одного года. Из общего числа всех обследованных было выделено две группы, в первую из которых вошли 89 мужчин обратившиеся в специализированное лечебно - диагностическое учреждение для оценки состояния репродуктивного здоровья перед зачатием. Во вторую группу вошли 112 мужчин, состоящих в бездетном браке, результатом, которого, в частности, явилась потеря беременности, в том числе привычная, и / или являющиеся отцами детей с аномалиями развития, в том числе и погибшими в разные сроки после родов.

Контрольную группу (группа 3) составили 32 мужчины, которые имели нормальный репродуктивный потенциал, подтвержденный наличием детей, беременности у супруги и результатами клинического и параклинического обследования.

Мужчины наблюдались с использованием всех методов, обеспечивающих обследование бесплодных супружеских пар по рекомендациям ВОЗ (2001).

Установлено, что в среднем 84% мужчин из семей всех исследуемых групп, (196 человек) не имели представления о наиболее адекватном характере воспроизводства. Во всех случаях они направлялись на обследование по инициативе врача – гинеколога, при этом

положительно оценивали его инициативу лишь 68 человек (60,7%), тогда как могли объяснить смысл такого обследования всего трое из мужчин (2,6%). Более 80% мужчин не владели информацией о своей генеалогии и только 4,46% считали эти знания значимыми при выборе полового партнер. Показано, что среди факторов достоверно значимых в плане развития имевших место репродуктивных потерь у обследованных пациентов обнаруживались влияние неблагоприятных факторов внешней среды и привычные интоксикации (42%). Нарушение репродуктивной функции в семье (33%). Хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы или травмы половых органов (16,7%). Наличие экстра генитальной патологии (13,4%); отставание и нарушения (аномалии) полового развития (11,6%). Выявлены достоверные в сравнении с контролем ($p<0,001$) изменения показателей спермограмм в виде тератозооспермии(1) (49,2%), астенозооспермии(2) (25,1%) и полиспермии-(3) (24,6%) имеющие высокую положительную корреляцию с числом эпизодов невынашивания беременности ($r1= +0,89$; $r2 = +0,71$; $r3 = +0,75$ соответственно) при оценки этиологической и патогенетической значимости привычной интоксикации в возникновении репродуктивных потерь. Менее выраженная, но достоверная связь была характерна и для других изученных факторов. Установлено, что патогенетически обоснованная фармакологическая коррекция патоспермии и последующее сохранение нормоспермии в течении 5- 8 месяцев достоверно снижает число эпизодов репродуктивных потерь 1,5-2 раза. Эффективность преконцепционной нормализации показателей спермограмм требует селекции гамет в процессе искусственной внутриматочной инсеминации спермой мужа. В тех случаях, когда причиной предшествующих репродуктивных потерь оказывались ненаследственные факторы и были своевременно и адекватно устранены женские факторы невынашивания беременности положительный эффект, в плане сохранения беременности и рождения детей без признаков аномалий развития достигается в 69% случаев.

Участие врача андролога в рамках преконцепционной подготовки должно включать не только осмотр больного и оценку результатов спермограммы, но и предполагает детальную оценку факторов риска нарушения репродуктивной функции и последующее этиотропное и патогенетически обоснованное восстановление нормоспермии. Алгоритм мероприятий прекоцепционной профилактики репродуктивных потерь должен быть индивидуализирован с учетом особенностей состояния репродуктивного потенциала партнерской пары в целом, синхронизирован в плане одновременного достижения половыми партнерами момента готовности к оплодотворению, достижение которого так же как и снижение риска репродуктивных потерь и аномалий развития потомства существенно облегчается при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и в первую очередь искусственной внутриматочной инсеминации сперматозоидами мужа, подвергнутыми селекции после предварительного лечения.

РОЛЬ ГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Артифексов С.Б., Буренина Н.А. (Нижний Новгород)

По некоторым данным отечественной литературы, микоплазменная инфекция считается одной из основных причин хронической фетоплацентарной недостаточности (ФПН), ведущей к задержке внутриутробного развития (ЗВУР) плода (Мальцева Л.И.,1996; Цинзерлинг А.В., 2002). В последние годы опубликовано большое число работ, посвященных данному осложнению гестации (Сидорова И.С., 2000, Пак С.В., 2003), однако некоторые аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и эффективных способов лечения хронической фетоплацентарной недостаточности у беременных с генитальной микоплазменной инфекцией противоречивы и до конца пока еще не изучены.

Основной целью нашего исследования явилось изучение особенностей этиологии и патогенеза хронической фетоплацентарной недостаточности у беременных с генитальной микоплазменной инфекцией.

Материал исследования. Обследовано 106 беременных женщин с диагностированной хронической фетоплацентарной недостаточностью в сроки беременности от 26 до 37 недель. В зависимости от наличия микоплазменной инфекции выделены две группы: 1-я - 57 беременных с ФПН и ассоциированной с ней микоплазменной инфекцией; 2-я – 49 пациенток с ФПН, не ассоциированной с ИППП.

Методы исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические; эхографическое, кардиотокографическое, допплерометрическое исследования, статистические методы. Следует отметить, что диагностическим критерием отбора беременных в 1-ую группу служило количество микоплазм при посеве исследуемого клинического материала на специальные среды более 1×104 КОЕ/мл.

Результаты исследования и обсуждение. Тщательный анализ клинической характеристики пациенток обеих групп убедительно подтвердил мнение о полиэтиологичности факторов, приводящих к развитию хронической фетоплацентарной недостаточности. В результате собственных исследований мы установили, что у женщин с микоплазменной инфекцией достоверно чаще в анамнезе встречались первичное бесплодие, синдром поликистозных яичников и, соответственно, гормональное индуцирование настоящей беременности в целях коррекции бесплодия. Анализ соматического здоровья пациенток показал, что экстрагенитальные заболевания имели 100% обследованных беременных. Анализируя характер течения изучаемой беременности установлено, что у значительной части пациенток ведущими осложнениями явились гестоз, анемия и угроза прерывания беременности. При сравнении показателей обеих групп между собой следует отметить, что в 1-ой группе основную долю составил гестоз легкого течения, тогда как во 2-ой группе в большей части случаев отмечен гестоз средней и тяжелой степени тяжести. Изучение видового и количественного состава микрофлоры влагалища беременных подтвердило мнение некоторых авторов, что микоплазма является индикатором дисбактериоза влагалища.

Анализ данных, характеризующих исходное состояние иммунитета у беременных с ФПН, протекающей на фоне микоплазменной инфекции и у беременных с ФПН без инфекции выявил выраженное нарушение процессов активации иммунокомпетентных клеток у всех обследованных женщин. Изучение показателей клеточного звена иммунной системы в обеих группах обнаружило значительное снижение популяции Т- лимфоцитов (CD3+) и Т-хелперов/индукторов (CD4+) по сравнению со здоровыми беременными. Количество Т-супрессоров/цитотоксических клеток (CD8+) имело тенденцию к повышению в обеих группах. Уровень активированных Т-лимфоцитов, экспрессирующих рецептор интерлейкина-2 (CD25+), так же как и уровень натуральных киллеров (CD16+) в обеих группах значительно превышали показатели здоровых беременных, причем количество CD16+ в 1 и 2 группах достоверного различия между собой не имели, а значения CD25+ у женщин с ФПН без инфекции, достоверно превышали данный показатель у беременных с ФПН, развившейся на фоне микоплазменной инфекции в 1,4 раза. Отклонения параметров гуморального иммунитета выражались в достоверно высоком содержании В-клеточных популяций (CD 20+), повышенном количестве IgM и сниженном содержании Ig G в обеих группах в сравнении со здоровыми беременными, причем количество CD 20+ лимфоцитов, IgM и Ig G не имело достоверного различия между 1 и 2 группами ($p>0,05$).

Анализ изучения состояния перекисного окисления липидов и общей антиоксидантной системы защиты показал, что в обеих обследуемых группах имело место повышение интенсивности свободно-радикального окисления при сниженной емкости антиоксидантной системы, причем у беременных с микоплазменной ин-

фекцией количество триеновых коньюгатов и оснований Шиффа было ниже, а интенсивность хемилюминесценции и общая антиоксидантная активность сыворотки крови достоверно не отличались от аналогичных показателей пациенток без инфекции.

Изучение показателей тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза подтвердило результаты предыдущих исследований. Женщины обеих групп имели однонаправленный характер изменений, которые выражались в гиперагрегации тромбоцитов в ответ на р-р АДФ, гиперфибриногенемии, в обнаружении в крови маркеров хронического ДВС-синдрома (РКФМ, ПДФ).

Таким образом, специфического отягощающего влияния микоплазменной инфекции на гемостаз, иммунный статус, процессы свободно-радикального окисления нами не зарегистрировано. Проведенное исследование позволило заключить, что основные звенья патогенеза хронической фетоплацентарной недостаточности не меняются в зависимости от присутствия данного вида микроорганизмов. Обращает на себя внимание нарушение стероидогенеза в яичниках у пациенток с генитальной микоплазменной инфекцией, которое, на наш взгляд, и послужило пусковым механизмом в каскаде патологических процессов у беременных с данным осложнением гестации.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕСТОЗА

Бандеева Э.Б (Красноярск)

По данным различных авторов частота гестоза колеблется от 1,5% до 23,2%. В современных условиях реальным единственным путем снижения частоты гестозов и предупреждения развития тяжелых форм становится ранняя диагностика и профилактика этого осложнения беременности. Несмотря на возрастающее число научных работ, посвященных диагностике, лечению и профилактике гестоза, в связи с отсутствием тенденции к снижению его частоты актуальность данной проблемы не теряет своего значения.

В настоящее время предложено большое количество фармакологических препаратов, направленных на коррекцию указанных нарушений, однако, интенсивная медикаментозная терапия является небезразличной для беременной женщины, плода и новорождённого.

Препараты, содержащие рыбий жир, применяемые с целью лечения гестоза добываются из рыбьей печени, тушек морских рыб и содержат значительное количество скапливающихся там токсинов, что делает их ограниченными для использования во время беременности. В отличие от них препарат «Омеганол», содержит рыбий жир, получаемый только из тканевого подкожного жира из рыб строго определенного возраста, размера и области обитания, в связи, с чем он является рафинировано чистым, безвредным и поэтому может оптимально использоваться на протяжении всей беременности. Также в состав препарата входят оливковое и пальмовое масла и аллицин, которые выступают в качестве биостимуляторов, и являются мощными антиоксидантами.

Содержащиеся в «Омеганоле» омега-3, - омега-6 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) включаются в фосфолипиды клеточных мембран всего организма, способствуют структурно-механической их перестройке, изменениям активности мембранно-связанных ферментов и синтеза биологически активных веществ и нормализации соотношения простоциклин/тромбоксан, изменения которого занимают одну из ключевых позиций в генезе гестозов, задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) и сопутствующей им плацентарной недостаточности (ПН).

Цель исследования: Снижение частоты развития гестоза и плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска путем использования препарата «Омеганол»

Методология: проспективное исследование.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находилось 50 женщин с беременностью от 15 до 36 недель, с отягощенным акушерским анамнезом, которые входили в группу высокого риска по развитию гестоза. Первородящих было 28, повторнородящих – 22. Возраст пациенток колебался от 20 до 36 лет, составляя в среднем 24±0,5 лет.

Первую группу (основную) составили 30 женщин, которым проводили профилактику препаратом «Омеганол» по 2,7 г в сутки, начиная с 15-16 недель беременности. (Приоритетное свидетельство на изобретение № 2005112991/14 (014985) от 28 апреля 2005г.)

Вторую группу (контрольную) составили 20 женщин, профилактика которым проводилась обычным медикаментозным способом – назначением аспирина в дозе 50 мг в сутки.

При наличии экстрагенитальной патологии назначали соответствующее лечение.

Все исследования у беременных были проведены до начала и через 1 месяц после начала лечения.

При исследовании системы гемостаза были изучены следующие параметры: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), время рекальцификации (ВР), протромбиновый индекс (ПТИ), тромбиновое время (ТВ), агрегация тромбоцитов с АДФ, антитромбин 3.

С целью определения влияния предлагаемого метода профилактики на состояние кровообращения в системе мать – плацента – плод проводили допплерографическое исследование кровотока в пуповинной и маточных артериях с использованием оценки “уголнезависимых” индексов: систолодиастолического отношения и индекса резистентности при помощи аппаратов «Aloka»-1700 (Япония) и «SIM» 5000plus (Италия)

Содержание общего белка, белковых фракций, креатинина, общего билирубина, мочевины в крови беременных, а также гематокрит определяли общепринятыми методами.

Все полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики.

Результаты исследования: После профилактического курса лечения препаратом «Омеганол», у беременных женщин с высоким риском развития гестоза уровень периферического сосудистого сопротивления в маточно-плацентарном ($p<0,001$) и плодово-плацентарном ($p<0,01$) кровотоке оказался значительно ниже, чем у беременных женщин, пролеченных традиционным способом.(табл.1)

Следовательно, использование такого способа профилактики гестоза беременности способствует улучшению кровообращения в системе мать-плацента-плод при этом уменьшается число перинатальных осложнений.

Таблица 1

Сравнительная динамика показателей маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока у женщин из группы высокого риска по развитию гестоза

Показатели	До лечения (контрольная группа)	После лечения (контрольная группа)	До лечения (основная группа)	После лечения (основная группа)
СДО в артерии пуповины	5,78 ± 0,62	3,81± 0,31	6,82 ± 0,42	3,21± 0,24**
ИР в артерии пуповины	0,91 ± 0,02	0,72 ± 0,04	0,87 ± 0,4	0,69 ±0,21
СДО в маточной артерии.	3,01 ±0,08	2,01 ± 0,17 *	3,14 ± 0,06	1,91± 0,15***
ИР в маточной артерии.	0,83 ± 0,04	0,54 ± 0,03	0,78 ± 0,061	0,51± 0,01

Степень достоверности разности сравниваемых величин в группах 1 и 2
** - p< 0,05 ** - p< 0,01 *** - p<0,001*

Полученные данные (табл. 2) доказывают положительное влияние на систему гемостаза у женщин, включенных в группу высокого риска по развитию гестоза, в частности, на снижение активности факторов «внутреннего» ($p<0,01$) и «внешнего» ($p<0,05$) путей свертывания крови. На фоне приема препарата у беременных обеих групп достоверно снизилось количество основного субстрата свертывания крови - фибриногена ($p. < 0,05$), причем у беременных женщин основной группы это снижение произошло за короткий промежуток времени. При применении Омеганола подтвердились антикоагулянтные и фибринолитические свойства последнего.

Таблица 2
Сравнительная динамика показателей системы гемостаза

Показатели	Контрольная группа (n = 20)		Основная группа 2 (n = 30)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1. АЧТВ, сек.	26,06 ± 0,7	33,12 ± 0,65*	27,12 ± 0,41	36,41 ± 0,6**
2. АВР, сек.	54,19 ± 1,26	61,62 ± 1,41*	51,07 ± 1,32	66,51 ± 1,12**
3. ПТИ,%	105,36 ± 1,75	101,43 ± 1,37*	107,05 ± 1,62	99,38 ± 1,74*
4. Фибриноген, г/л	5,59 ± 0,14	4,75 ± 0,52*	5,66 ± 0,11	4,22 ± 0,12*
5. Степень агрегац. Тромб. С АДФ,%	55,33 ± 1,37	51,39 ± 1,21*	56,88 ± 1,89	48,42 ± 1,47*
6. Антитромбин III,%	0,154 ± 0,02	0,168 ±0,031	0,159 ± 0,91	0,172 ± 0,041*
7. ТВ, сек.	13,87 ± 0,094	14,12 ± 0,096*	13,92 ± 0,047	14,39± 0,0-96***

Степень достоверности разности сравниваемых величин в исследуемых группах

** - p.< 0,05 ** - p< 0,01 *** - p<0,001*

Это привело к уменьшению гиперкоагуляции, характерной для хронического ДВС – синдрома, сопровождающего гестоз и проявляющегося политромбозами в системе микроциркуляции. Подтверждением служит динамика тромбинового времени (ТВ), характеризующая конечные этапы тромбинообразования и с большей степенью достоверно возрастающего в основной группе, по сравнению с контрольной ($p < 0,05$) .

При анализе течения и исходов беременности у женщин с высоким риском развития гестоза, при включении в курс профилактики препарата «Омеганол» выявлено: — у женщин основной группы по сравнению с женщинами контрольной группы в 4 раза реже развился гестоз, в 5,3 раза реже встречалась гипоксия плода, в 5,0 раза реже выявлялась задержка внутриутробного развития плода. В группе женщин, пролеченных данным способом в 1,25 раза ниже частота операции кесарева сечения.

Заключение: Применение препарата «Омеганол» у беременных из группы высокого риска оказывает положительное влияние на систему гемостаза, гормональный фон, метаболические процессы и показатели адаптации в организме беременной женщины и способствовали оптимизации гестационного процесса и благоприятному исходу беременности. Следовательно, использование препарата «Омеганол» для профилактики гестоза при высоком риске его развития, является патогенетически обоснованным.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА (МКПП) С УЧЕТОМ БАЛЬНОЙ ШКАЛЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Башмакова Н.В., Кучумова О.Ю., Филонова Л.В. (Екатеринбург)

Высокая частота рецидивов маточных кровотечений у девочек-подростков, достигающая по данным некоторых авторов 30%, свидетельствует о необходимости проведения реабилитации у данной категории пациенток. В настоящее время об эффективности проведенной терапии судят по нормализации менструального цикла. Отсутствие комплексных критериев качества проводимой реабилитации после маточных кровотечений пубертатного периода затрудняет принятие индивидуального решения при выборе тактики ведения девочек с МКПП.

Цель работы: объективно оценить качество проведенной реабилитации менструального цикла у пациенток с маточными кровотечениями пубертатного периода с использованием бальной шкалы риска их возникновения.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 48 девочек, поступившие в отделение гинекологии УрНИИ ОММ с повторным эпизодом маточного кровотечения. Остановка кровотечения и реабилитация этих девочек после предыдущего кровотечения проводились по месту жительства. Возможность рецидива кровотечения оценивалась с учетом предложенной балльной шкалы риска их возникновения на момент поступления, через 3 и 6 месяцев после кровотечения.

Результаты исследования. Проведенный анализ выявил, что мероприятия по профилактике рецидивов МКПП проводились у большинства обследованных девочек. Им давались рекомендации по нормализации режима дня и питания. Лечебные мероприятия сводились к назначению: циклической витаминотерапии (ЦВТ) в течении трех месяцев – 19 девочек (39,58%); комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в течении 1-3-6 месяцев – 9 девочек (18,75%); КОК с последующим переходом на ЦВТ (КОК + ЦВТ) – 18 девочек (37,5%). В трех случаях реабилитация после кровотечения вообще не проводилась (4,17%). Среди КОК преобладали низкодозированные монофазные или трехфазные препараты, которые назначались 21-дневным курсом с 7-дневным перерывом. Однако детальный анализ выявил отсутствие единого алгоритма ведения девочек-подростков после остановки маточного кровотечения. В ряде случаев прослеживалось субъективное отношение врача к выбору того или иного вида реабилитации без учета возраста и тяжести состояния пациентки. Практически не использовались рефлекторные и физиотерапевтические методы воздействия, адаптогены, психотерапия.

Проведенная терапия позволила достичь нормализации менструальной функции у 29 пациенток (18,75%). Однако при оценке степени риска рецидива МКПП по предложенной шкале выявлено, что 41 девочка по-прежнему относилась к группе высокого риска по развитию рецидива маточного кровотечения (85,42%).

На следующем этапе реабилитация данных пациенток проводилась с учетом индивидуальных факторов риска рецидивов МКПП. Девочки с частыми ОРВИ, хроническими заболеваниями ЛОР-органов, наличием очагов хронической инфекции были проконсультированы педиатром, отоларингологом, стоматологом, после чего в комплекс реабилитации были включены индивидуальные мероприятия, направленные на санацию очагов хронической инфекции, профилактику ОРВИ. Хорошо зарекомендовали себя антигомотоксические препараты фирмы Hell (Тонзилла композитум, Эхинацея композитум С, Галиум-Хель). При выявлении хронических стрессовых факторов воздействия наблюдение и лечение девочек осуществлялось с привлечением психолога. Реабилитация менструального цикла проводилась с учетом тяжести кровотечения. Комбинированные оральные контрацептивы назначались с лечебной целью в случаях кровотечения, осложненного постгеморрагической анемией, а также при отсутствии эффекта от симптоматического гемостаза. Длительность гормональной терапии не превышала трех месяцев. Для профилактики длительной задержки менструации после отмены КОКов мы назначали Овариум композитум или Гормель С.

Динамическая оценка степени риска рецидивов МКПП показала, что через 3 месяца после кровотечения 12 девочек можно было отнести к группе высокого риска (25%), что потребовало продолжения или пересмотра терапии. Еще через три месяца их было всего 2 (4,17%). Наблюдение данной группы девочек в течение года после кровотечения показало, что у 35 из них менструальный цикл нормализовался (72,12%), у четырех - отмечен рецидив МКПП (8,34%).

Выводы. Реабилитация девочек с МКПП должна быть комплексной и индивидуальной, с привлечением смежных специалистов и динамической оценкой эффективности проводимой терапии. Разработанная система ведения данных пациенток с учетом степени риска рецидивов маточных кровотечений позволила существенно снизить их частоту.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Безнощенко Г.Б., Чаунин А.В., Сабитов Ш.С., Маевский Е.В. (Омск)

Инфекционно-воспалительные заболевания (ИВЗ) матки и её придатков выявляются у 60-65% гинекологических больных, обращающихся в женские консультации (Савельева Г.М.,1990). За последние десять лет заболеваемость сальпингоофоритами возросла в два раза (Цвелёв Ю.В.,1996), при этом около 70% воспалительных процессов придатков матки приходится на возраст до 25 лет. Хронизация заболевания является причиной женского бесплодия (Прилепская В.Н.,1995), что свидетельствует о высокой медико-социальной значимости этой патологии.

Целью исследования явилась оптимизация тактики ведения больных с ИВЗ женской половой сферы в условиях специализированного гинекологического отделения МСЧ-9г.Омска.

На первом этапе работы отделения (2000-2002 гг.) эндоскопия применялась в основном как диагностическая процедура. Её основными задачами являлись: исключение острой хирургической патологии и внутрибрюшного кровотечения, уточнение выраженности воспалительного процесса гениталий. Число диагностических лапароскопий за три года работы выросло с 260 до 482.

На втором этапе работы отделения (2003-2004гг.) большую значимость приобретает оперативная лапароскопия. Основную долю при этом составили пациентки с подострыми процессами гениталий. За два последних года лечебные эндоскопические процедуры произведены 286 больным. Второе место по частоте и значимости заняли больные с кистами яичников (соответственно выполнено 137лечебных и лечебно-диагностических лапароскопий). При этом из общего количества произведённых операций в целом в отделении (лапаротомным и лапароскопическим доступами) наметилась тенденция к преобладанию последних на 30,4%.

Следует отметить, что на этапе внедрения эндоскопической хирургии в практику отделения проводились операции в основном по поводу кист небольших размеров, воспалительных заболеваний гениталий в сочетании со спаечным процессом I-II степени, а также диагностические манипуляции (биопсии яичников, ретроградная хромогидротубация). В дальнейшем, по мере внедрения оперативной лапароскопии, стали выполняться более сложные манипуляции (при наличии кист больших размеров, спаечного процесса органов брюшной полости III-IV степени). Изменился также подход к ведению больных с ИВЗ особенно для пациенток в репродуктивном возрасте.

Лапаротомическому доступу отдавалось предпочтение при наличии осумкованных образований придатков матки с выраженной инфильтрацией окружающих тканей; разлитом перитоните; высоких показателях интоксикации (ССВО-2,высоким ЛИИ); соматической патологии. В остальных случаях учитывая возраст пациенток и нереализованный репродуктивный потенциал, после проведения курса противовоспалительной терапии в течение 10-14 дней, при стихании острых проявлений воспалительного процесса, проводилась операция.

У женщин до 40 лет преобладали органосохраняющие лапароскопические манипуляции (сальпингоовариолизис, сальпинготомия, проведение ретроградной хромогидротубации). Через1-2месяца после проведения органосохраняющей операции больным в репродуктивном возрасте с выраженным спаечным процессом в 15 случаях выполнена динамическая лапароскопия при которой у 13 пациенток наблюдалась нормальная анатомия гениталий а обе маточные трубы свободно проходимы для контраста. Пациенткам старше 40 лет проводилось максимально щадящее по объёму оперативное лечение, в основном в виде тубэктомии. При сочетании катарально-гнойного сальпингита с пельвиоперитонитом в отдельных случаях выполнялась ранняя динамическая лапароскопия (в течение трёх дней после оперативной).

Таким образом, дифференцированный консервативно-эндохирургический метод лечения больных с ИВЗ может явиться альтернативным традиционному чревосечению. Данный метод является эффективным, что значительно сокращает время восстановительного лечения больных, позволяет сохранить менструальную и репродуктивную функции женщин.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ ИМЕЮЩИХ ПАПИЛОМОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Воробцова И.Н., Киселев О.И., Тапильская Н.И., Гайдуков С.Н. (Санкт- Петербург)

Среди инфекций, передаваемых половым путем, особое значение придается папиломовирусной инфекции гениталий. Большинство работ отражают высокую распространенность папиломовирусной инфекции и максимальную заболеваемость в возрасте от 18 до 25 лет. Данные о частоте инфицирования вирусом папилломы человека среди беременных весьма разноречивы. Имеются научные данные о внутриутробном инфицировании плода.

Нами было обследовано 166 беременных в третьем триместре беременности. Обследование проводилось на базе 16 родильного дома и 38 женской консультации г. Санкт- Петербурга.

Выделено 2 группы:

Группа №1 беременные женщины в третьем триместре беременности, имеющие клиническую и субклиническую форму папиломовирусной инфекции(106 человек).

Группа №2 беременные женщины с отсутствием проявлений папиломовирусной инфекции(60 человек).

Анализировались: 1. Статус беременной женщины в третьем триместре беременности, включающий акушерско-гинекологический анамнез, соматические и эндокринные заболевания. 2. Клинико-лабораторные обследования. Все беременные женщины были обследованы методом полимеразной цепной реакции на наличие вируса папилломы человека.

Из анамнеза было выяснено, что существенных колебаний в возрасте обследуемых(24,8 и 26,3 лет), начале половой жизни(17,5 и 17,92) в основной и контрольной группе не было. Более половины беременных в анамнезе имели искусственное прерывание беременности на ранних сроках. Отмечена высокая частота различных соматических заболеваний(62,26% и 61,67%).

В результате исследования было показано, что в основной группе из 106 обследуемых у 72(67,92%) был обнаружен вирус папилломы человека, в контрольной группе из 60 беременных женщин инфицировано 7(11,6%) человек. Было проведено серотипирование вируса папилломы человека. Онкогенным серотипом вируса папилломы были инфицированы 59 беременных (16,18,31,33,39,45,52,56,58,59 типы).

Неонкогенными серотипами инфицированы 13 беременных(6-,11 типы).

16 тип-15(20,83%0, 18 тип-3(4,16%), 31 тип-16(22,2%), 33 тип-5(-6,945%), 39 тип-3(4,16%), 45тип-5(6,94%),52 тип- 1(1,38%), 56 тип-2(2,77%), 58 тип-2(2,77%), 59 тип-3(4,16%); 6тип-7(9,72%), 11 тип-6(-8,33%).

Таким образом, можно отметить, что более половины(67,92%) беременных, имеющих клинические и субклинические признаки папиломовирусной инфекции, инфицированы вирусом папилло-

мы человека, причем из них 81,94% имеют онкогенные серотипы вируса, также отмечено сочетание папиломовирусной инфекции с другими скрытыми инфекциями(в основной группе 57,54% и в контрольной 38,33%).

Основным путем инфицирования детей вирусом папилломы человека является прохождение по родовым путям матери. Считается, что вирус папилломы человека также является основным этиологическим агентом ювенильного респираторного папилломатоза (ЮРП).

ЮРП - наиболее часто встречающаяся опухоль верхних дыхательных путей, занимающая первое место среди причин возникновения хронических обструкций гортани у детей. Папиллома является доброкачественной опухолью, развивающейся из плоского и переходного эпителия. Особенностью течения ювенильного респираторного папилломотоза является: частое рецидивирование, бурный рост и стеноз гортани.

Нами было обследовано 99 детей, которые были разделены на следующие группы:

1. Основную группу составили 46 детей, рожденных от матерей с клиническими и субклиническими проявлениями папиломовирусной инфекции.

Во вторую группу включено 27 детей, рожденных от женщин, не состоявших на учете по беременности в женской консультации.

Контрольную группу составили26 новорожденных от обследованных матерей во время беременности (включая диагностику вируса папилломы человека, методом полимеразной цепной реакции, с отрицательным результатом).

Обследование детей проводилось методом полимеразной цепной реакции, на пятый день жизни ребенка, путем взятия соскоба со щек и зева.

Было выявлено, что в основной группе из 46 детей у 4(8,69%) результат на ВПЧ положительный, причем при типировании типы выявленные у детей совпадают с типами матерей. 1 ребенок-45 тип, 1- 11тип, 1- 6 тип, 1- 59 тип.

Во второй группе вирус папилломы человека, данным методом, был выявлен у 4 из 27(14,81%) обследованных новорожденных. Вероятно, повышенная частота инфицирования детей обусловлена социальным статусом матерей. В данной группе анамнестически выявлено: отсутствие инфекционного контроля в фертильном возрасте, а также высокая частота смены половых партнеров(в среднем 6-7).

В контрольной группе детей, инфицированных вирусом папилломы человека, не обнаружено.

Делая вывод, можно отметить, что у беременных с выявленной папиломовирусной инфекцией около 8,69% детей инфицированы вирусом папилломы человека, а среди беременных женщин, не состоявших в женской консультации на учете и не обследованных 14,81%.

Мы считаем, что именно эти дети являются группой риска по заболеваниям ЛОР- органов, в частности по папилломатозу гортани и ротовой полости.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОСТА МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Гармонова Н.А., Раскуратов Ю.В. (Тверь)

Всемирная Организация Здравоохранения рассматривает ожирение как эпидемию, охватившую миллионы людей и влияющую на здоровье населения больше, чем традиционные проблемы здравоохранения, в частности, голодание и инфекционные заболевания. Являясь весьма распространенной патологией и среди беременных женщин – 12,3-38%, избыточная масса тела (ИМТ) и ожирение обуславливают различные осложнения в гестационном периоде. Начиная со второй половины беременности, у женщин с ИМТ и ожирением за счет истощения компенсаторных и адаптационных механизмов может отмечаться патологический прирост массы тела, возможно, происходящий за счет прогрессирования ожирения.

Целью нашего исследования было изучение течения беременности и родов у женщин с ИМТ и ожирением в зависимости от прироста массы тела за гестационный период. Под наблюдением находилось 200 беременных женщин с ИМТ и ожирением, диагностированном на основании рассчитанного индекса Кетле (масса тела, кг / рост, м2) при первой явке в женскую консультацию не позднее срока беременности 12 недель. Ожирение I ст. было выявлено у 34% беременных, ожирение II и III ст. – у 22% и 6% соответственно, ИМТ определялась у 38% женщин. По величине общего прироста массы тела в течение беременности были сформированы следующие группы женщин:

I группа – прирост массы тела до 4 кг: в нее вошли 16 женщин;

II группа – прирост массы тела от 4 до 8 кг: 58 женщин;

III группа – прирост массы тела от 8 до 12 кг: 74женщины;

IV группа – прирост массы тела более 12 кг: 52 женщин.

Факт нахождения столь значительной по численности группы женщин, 78% из которой – беременные с ИМТ, в диапазоне прироста массы тела более 12 кг, возможно, свидетельствует о прогрессировании ожирения за счет несоблюдения принципов рационального питания с ограничением инсулиногенных веществ и жиров, а также отсутствием адекватного для беременности режима физических нагрузок. При выяснении социального анамнеза и условий труда выяснено, что 78% женщин в III и 86% - в IV группах были заняты трудом, не сопряженным с физическими усилиями. По частоте сопутствующей беременности экстрагенитальной патологии, лидирующую позицию среди которой занимала артериальная гипертензия, отягощенность в группах с приростом массы тела от 8 до 12 кг и более 12 кг была 57%, что в 1,5 раза больше, чем с приростом массы тела ниже 8 кг. Во всех группах был отмечен высокий уровень хронической никотиновой интоксикации – 11,5% женщин, что требует разработки эффективных и адекватных профилактических мероприятий среди данного контингента.

При изучении течения беременности на фоне ИМТ и ожирения прослеживалась зависимость частоты гестационных осложнений от увеличения массы тела, произошедшей во время беременности. Ранний гестоз возникал в 2 раза чаще в III и IV группах, гестоз второй половины беременности одинаково часто возникал у женщин с приростом массы тела более 8 кг, составляя 14% от общего количества беременных. Следует отметить, что поздний гестоз у беременных с ожирением развивался ранее 30 недель и характеризовался упорным и длительным течением, являясь либо непосредственной, либо косвенной причиной осложнений родов. Невынашивание беременности имело тенденцию к росту в зависимости как от степени ожирения, так и от прибавленной в период беременности массы тела, составляя 2,5% во II, 4,5% – в III и 5% в IV группах. Анемия I и II половины беременности встречалась с одинаковой частотой во всех группах женщин – 6%, обуславливая хроническую внутриутробную гипоксию плода у 7,5% беременных с ИМТ и ожирением.

Изучение особенностей течения родов на фоне ИМТ и ожирения также показало зависимость частоты встречаемости осложнений родового акта как от степени выраженности ожирения, так и от прироста массы тела за гестационный период. Тенденция к переношенной беременности прослеживалась в III и IV группах (прирост массы тела до 12 и более 12 кг), что соответствует 3 и 5,5% случаев запоздалых родов в данных группах. Слабость родовой деятельности и ее дискоординация, формирующаяся у рожениц с ожирением вследствие гормонального дисбаланса и отложения жировых масс в мышечных волокнах матки, отмечалась у женщин, входящих в группу с приростом массы тела более 12 кг: 12% случаев против 3,5% в группе с приростом массы тела менее 8 кг. Несвоевременное излитие околоплодных вод, наблюдающееся при ИМТ и ожирении в 1,5-2 раза чаще вследствие морфологических изменений плодных оболочек и метаболических расстройств, было отмечено у 34% от общего числа женщин. В группах рожениц, прибавивших за бере-

менность от 8 до 12 и более кг, частота данной патологии была в 2 раза выше, чем в группах с приростом массы тела до 8 кг: так во II группе несвоевременное излитие околоплодных вод имело место в 7,5% от общего числа родов, в III – в 10,5%, а в IV – в 16%. Частота рождения детей массой более 4000г наблюдается у женщин с ожирением в 11,6-38,2% случаев. В исследуемой группе беременных было зафиксировано 22% рождения детей с массой тела более 4 кг. Согласно цели нашего исследования, наблюдение рождения таких детей отмечалось чаще в группе женщин с прибавленной за период гестации массой тела от 8 до 12кг (5,5%), тогда как во II и IV группах эти показатели существенно не отличались. Родовой травматизм матери и плода отмечается у женщин с ожирением в 1,5 раза чаще в сравнении с родами на фоне нормальной массы тела. Тенденция к росту данной патологии прослеживалась также в группах с более выраженным приростом тела – III и IV, составляя 4,5% от общего числа родов.

Проанализировав течение беременности и родов у исследуемой группы можно сделать вывод, что избыточную массу тела и ожирение следует рассматривать как отрицательный преморбидный фон периода гестации, особенно для развития поздних гестозов и невынашивания беременности. Прирост массы тела у беременных женщин с ожирением более 8-12 кг увеличивает риск гестационных осложнений, что требует разработки своевременных профилактических мероприятий с доминирующим принципом рационального сбалансированного питания и адекватной для беременности физической нагрузки. Женщин с ИМТ и ожирением, особенно с выраженным приростом массы тела во время беременности, следует рассматривать как группу повышенного риска по развитию как осложнений течения беременности, так и родового акта, что диктует необходимость разработки тактики рационального ведения беременности и родов у данного контингента.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ КЛОФЕЛИНОМ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ

Глухова Т.Н., Салов И.А. (Саратов)

Целью работы явилась оценка эффективности метода эпидуральной аналгезии родов клофелином у женщин с тяжелым течением гестоза. Согласно данным литературы, при эпидуральном введении 50-150 мкг клофелина наблюдается отчетливый аналгетический и седативный эффект, а также снижение АД, что позволяет рекомендовать данный метод как средство выбора у женщин с гестационной гипертензией (Зильбер А.П., Шифман Е.М., 1997).

Проведен суточный мониторинг артериального давления (СМАД) в условиях палаты интенсивной терапии Областного родильного дома у 34 беременных женщин с тяжелым течением гестоза (оценка по шкале Goeke в модификации Г.М.Савельевой – 12 баллов и более). Использован монитор Omni-Trak NVZ «Invivo-Research Inc».

Высокая информативность метода суточного мониторирования АД, неинвазивность и отсутствие отрицательного воздействия на организм матери и плода позволили применить СМАД у беременных женщин.

Обследованные пациентки были разделены на две группы. Возраст пациенток был в пределах от 17 до 39 лет, срок беременности – от 32 до 40 недель. Группы беременных были рандомизированы по тяжести гестоза и характеру фоновой экстрагенитальной патологии.

В I группу вошли 18 беременных, получивших общепринятую терапию гестоза (сульфат магния внутривенно в суточной дозе 10-15г, нифедипин 30-60 мг/сут, седативные препараты, дезагреганты, глюкокортикоиды для профилактики развития респираторного дистресс-синдрома плода. Лечение проводилось в качестве подготовки к родоразрешению путем операции кесарево сечение в связи с тяжелым течением гестоза.

II группу составили 16 беременных с тяжелой формой гестоза, в комплексном лечении которых наряду с указанным комплексом препаратов было использовано введение клофелина в перидуральное пространство в дозе 50 мкг для коррекции гемодинамики.

Контроль артериального давления проводился с интервалом 1 час в течение периода, предшествовавшего родоразрешению (18-24 часа), и первых суток после оперативного родоразрешения. Полученные данные оценивались с использованием следующих показателей: средние цифры систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления за дневные (Д), ночные (Н) часы и сутки в целом; индексы времени (ИВ), определяющие процент времени, в течение которого АД превышает критический уровень (за критические значения мы принимали АД в дневные часы 140/85 мм рт ст и в ночные часы – 120/70 мм рт ст).

Сравнительная оценка показателей суточного мониторинга артериального давления у беременных I группы на фоне традиционной терапии гестоза и у беременных II группы, в комплексную терапию которых входило введение клофелина в перидуральное пространство

Показатель СМАД	Группы больных		Значения p
	1 группа	II группа	
САД (д),мм.рт.ст	145±5,5	129± 4,4	<0,05
ДАД(д), мм.рт.ст	95± 4,0	80 ± 3,5	<0,05
САД(н),), мм.рт.ст	140± 6,5	136± 5,4	>0,05
ДАД(н), мм.рт.ст	95± 7,0	85± 6,4	>0,05
САД (24),мм.рт.ст	142± 3,4	128± 2,6	<0,05
ДАД(24), мм.рт.ст	92± 6,4	75 ± 3,8	<0,05
ИВ САД(д)%	25± 3,0	12 ± 1,5	<0,01
ИВ ДАД(д)%	65± 6,6	15± 1,4	<0,01
ИВ САД(н)%	75± 7,0	45± 3,5	<0,01
ИВ ДАД(н)%	90± 8,5	25 ± 3,0	<0,01

Примечание.

САД - средние цифры систолического АД в дневные (д) и ночные (н) часы

ДАД – средние цифры диастолического давления в дневные (д) и ночные (н) часы

ИВ – индекс времени, определяющий процент времени, в течение которого АД превышает критический уровень.

Как оказалось, у больных I группы в период, предшествующий родоразрешению, средние цифры систолического и диастолического давления как в дневные, так и в ночные часы значительно превышали аналогичные показатели у больных II группы наблюдения. В течение суток после родоразрешения имелась тенденция к нормализации исследуемых параметров на фоне улучшения состояния больных, существенной разницы изучаемых показателей у больных I и II группы в послеоперационном периоде выявлено не было.

Таким образом, примененный наряду с традиционными методами лечения метод введения клофелина в перидуральное пространство у беременных с тяжелой формой гестоза позволяет быстрее стабилизировать гнмодинамику больной и обеспечить проведение родоразрешения в более безопасных условиях как для роженицы, так и для плода.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО БАЛАНСА ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Захарова Н.Б., Салов И.А., Новичков Д.А., Захарова М.Б. (Саратов)

В лечении органических видов бесплодия, связанных с нарушением механизмов транспорта яйцеклетки и сперматозоидов, к настоящему времени достигнуты значительные успехи. Вместе с тем, в виду сохраняющейся достаточно высокой частоты отрицательных результатов, как по экстракорпоральному оплодотворению, так и по эндохирургии и микрохирургии, среди гинекологов не существует единого мнения о преимуществах того или иного метода в

лечении трубно-перитонеального бесплодия. Оценку эффективности каждого из этих методов в отдельности нельзя признать целесообразной. Их следует рассматривать как звенья и этапы одного процесса – хирургического лечения перитонеального бесплодия. А частота отрицательных результатов может быть снижена при правильном подборе больных, подлежащих либо эндохирургическому и микрохирургическому лечению, либо экстракорпоральному оплодотворению. При подборе больных, стратегически важно знать, можно ли вернуть пораженной маточной трубе ее нормальные транспортные функции, или эта возможность утрачена полностью. Если существуют предпосылки сохранения или восстановления репродуктивной функции трубы, несомненен приоритет эндохирургии и микрохирургии. В случаях необратимой трубной непроходимости следует прибегнуть к экстракорпоральному оплодотворению, как к единственно оставшемуся шансу получения зачатия. При нормальной гормональной регуляции, сочетающейся с полноценным созреванием и овуляцией яйцеклетки, состояние нервных структур, расположенных вокруг сосудов, всецело зависит от уровня кровотока в стенке маточной трубы. Кровоснабжение, в особенности состояние микроциркуляторного бассейна маточной трубы, определяет физиологические функции захвата, питания и транспорта яйцеклетки, что необходимо для обеспечения зачатия. Микроциркуляция стенки трубы, с функциональной точки зрения, по данным Глуховца Б.И., Лебедева С.С., Ухова Ю.И., 1982 г., не имеет аналогов в других органах и тканях организма и постоянно изменяется на протяжении менструального цикла.

Поскольку трубно-перитонеальный фактор бесплодия, в том числе и внематочная беременность, как правило, возникает на фоне последствий хронических сальпингитов, развивающихся на фоне вторичного иммунодефицитного состояния, и спаечного процесса в полости малого таза, мы попытались сопоставить возникающие при этом анатомические изменения с их физиологической ролью и состоянием иммунитета.

Хорошо известно, что в результате повреждения и/или инфицирования тканей в организме человека развивается многокомпонентная последовательность реакций, направленных на предотвращение дальнейшей тканевой деструкции, активацию репаративных процессов и восстановление исходного гомеостаза. Инициация и основные этапы развития воспалительного ответа контролируются, главным образом, противовоспалительными цитокинами, которые продуцируются в ответ на стимуляцию антигенами возбудителя. Для избежания избыточных проявлений системного воспаления в организме включаются механизмы негативного контроля, опосредованные продукцией противовоспалительных цитокинов и растворимых ингибиторов провоспалительных цитокинов (CARS). При сбалансированном течении CARS подавляет системную воспалительную реакцию. В то же время, при чрезмерной выраженности или пролонгированном течении CARS может индуцировать развитие глубокой иммунодепрессии, что проявляется нарушением процесса репарации. Таким образом, одной из основ патогенеза развития спаечного процесса при трубно-перитонеальном бесплодии является запуск цитокинового каскада, который включает, с одной стороны, провоспалительные цитокины, а с другой – противовоспалительные медиаторы. Баланс между двумя оппозитными группами во многом определяет степень распространенности спаечного процесса. Соответственно, изучение и управление цитокиновым балансом рассматривается в качестве новой мишени воздействий при лечении больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Кроме того, следует признать, что практически полностью отсутствуют клинические наблюдения и прямые доказательства взаимосвязи между характером/выраженностью иммунных нарушений и изменениями цитокинового баланса у больных со спаечным процессом при трубно-перитонеальном бесплодии. В связи с этим, одной из целей настоящей работы явились изучение цитокинового баланса про- и противовоспалительных реакций, а так же цитокин-опосредованных механизмов формирования и патогенетической значимости системной иммуносупрессии. Для решения поставленной задачи, моделью для исследования мы выбрали трубную беременность.

В исследование были включены 72 женщины со спаечным процессом I-IV степени, с длительностью хронического сальпингоофарита от 1 года до 5 лет, оперируемых по поводу внематочной беременности и здоровые доноры. Удаленная вместе с плодовместилищем труба подвергалась гистологическому исследованию в зонах с сохраненной структурой стенки, то есть на расстоянии 0,5 см от плодовместилища, в области плодовместилища. Окраска парафиновых срезов производилась гематоксилин-эозином и по методу Ван-Гизона. Для суждения об уровне кровоснабжения раздельно подсчитывалось количество артерий и вен в наружной и средней оболочках. Произведение количества артерий и вен на их средний диаметр условно обозначали как суммарную площадь сосудистого русла стенки трубы. И хотя этот показатель не является действительной площадью поперечного сечения сосудов, он дает достаточное представление о васкуляризации стенки трубы на разных ее уровнях. Так исследование показало, что при спаечном процессе в полости малого таза, не превышающем II степени, стенка маточной трубы практически не претерпевала существенных изменений. Структура ее сохраняется, а уровень кровоснабжения существенно не отличается от такового в контрольной группе. При спаечном процессе III-IV степени кроме резкой деформации самой трубы отмечается выраженный склероз ее стенки с редукцией сосудистого русла по сравнению с контролем: площадь артерий редуцируется на 45%, а площадь вен - в два раза.

Сравнительная оценка содержания цитокинов в сыворотке крови больных в сформированных группах показала, что у всех женщин страдающих трубно-перитонеальным бесплодием содержание цитокинов превышало показатели нормы. У женщин со степенью распространенности спаечного процесса III-IV степени, концентрация IL-4 была достоверно ниже, чем у больных со степенью распространенности спаечного процесса, не превышающей II. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клинически значимом изменением цитокинового баланса у больных с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, что проявляется увеличением уровня как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов., но тем не менее, оценка соотношения IL-4/TNF-α четко показывает преобладание факторов с иммуносупрессорными свойствами в обеих группах. Максимальные значения соотношения IL-4/TNF-α, свидетельствующем о сдвиге цитокинового баланса в сторону провоспалительных медиаторов наблюдались в обеих группах, но в группе женщин со спаечным процессом в брюшной полости III-IV степени данное соотношение было в 2,5 раза выше.

При спаечном процессе III-IV степени наблюдается более выраженный сбой в иммунологическом ответе организма и дальнейшее беспрепятствованное развитие и рецидивирование процесса спайкообразования. В связи с этим, реконструктивные михрохирургические и эндохирургические операции при трубно-перитонеальном бесплодии не только трудно выполнимы технически, но и бесперспективны. У этих женщин возможность зачатия может быть достигнута только при ЭКО, хотя эффективность которого, к сожалению, не превышает 7-12%. Восстановление генеративной функции посредством реконструктивных вмешательств целесообразно производить при распространенности спаечного процесса в органах малого таза не более II степени.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И ИХ РЕЦИДИВОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Кучумова О.Ю., Башмакова Н.В., Филонова Л.В., Мазуров А.Д. (Екатеринбург)

В современной литературе имеются указания на роль разнообразных причин, способствующих возникновению маточных кровотечений в пубертатном периоде (МКПП). Одни из них встречаются достаточно редко, другие - практически у всех пациенток. К таким наиболее значимым этиологическим факторам, по данным

Гоготадзе И.Н.,2003, относятся: неблагоприятное течение перинатального периода, острые и хронические заболевания ЛОР-органов, аутоиммунные дисфункции, врожденные соединительнотканные дисплазии, психотравмирующие факторы. Следует отметить, что описанные выше методы, строго говоря, не являются методами прогноза и дают лишь вероятностную оценку риска развития маточных кровотечений, не уточняя степень риска этиологических факторов.

Методы, основанные на математическом анализе и моделировании клинических и лабораторных данных, представляют собой комплекс решающих правил прогноза нарушений менструального цикла у девочек-подростков. Однако достаточно трудоемкий процесс расчета функции прогноза, требующий, как правило, специального компьютерного оснащения, является одной из причин ограниченного использования данных методов в практической медицине.

Балловая оценка факторов риска по дисфункции яичников с учетом особенностей антенетального развития, предложенная Ю.А. Гуркиным,1979, позволяет врачу уже при первом осмотре отнести девочку к группе повышенного риска по нарушениям менструального цикла, на основании чего взять ее на диспансерное наблюдение. Однако предложенный метод распространяется на все проявления овариальной дисфункции, что затрудняет выбор индивидуальных профилактических мероприятий.

В доступной литературе нам не встретились методы бальной оценки риска развития маточных кровотечений у подростков.

Цель работы: заключалась в выявлении факторов риска, наиболее значимых для возникновения маточных кровотечений пубертатного периода, с последующим созданием бальной системы их прогноза.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и оценка возможных факторов риска маточных кровотечений у 100 пациенток пубертатного возраста с учетом прогенеза, особенностей перинатального анамнеза, течения «нейтрального», препубертатного и пубертатного периодов, физического и полового развития. Методом дискриминантного анализа с использованием пакета прикладных компьютерных программ "Statgraphics", "Квазар" и "Квазар плюс" проведено сравнение обучающей (80 девочек с МКПП) и контрольной (20 девочек без МКПП) выборки пациенток.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным стандартизированного уровня информативности, отражающего диагностическую ценность признака в правильной классификации обучающей выборки, были отобраны наиболее значимые для возникновения маточных кровотечений в пубертате параметры. К ним относились:

аномалии родовой деятельности у матери обследованной пациентки (быстрые и стремительные роды, слабость родовой деятельности с необходимостью медикаментозной коррекции);

частые ОРВИ (более 5 за последний год);

высокий инфекционный индекс (более трех перенесенных девочкой инфекционных заболеваний);

хронический стресс (повышенная учебная нагрузка, более двух внешкольных нагрузок, неполная семья, многодетная семья, алкоголизм или тяжелая болезнь родителей);

отклонение балла полового развития (сравнение суммарного «балла полового развития», подсчитанного по формуле 1,2Ма+0,4Ах+0,3Р+2,1Ме, со стандартами полового развития, предложенными М.В.Максимовой);

отягощенный гинекологический анамнез матери (нарушения менструального цикла в подростковом или репродуктивном возрасте, привычное невынашивание беременности);

хронические заболевания ЛОР-органов;

нарушения менструального цикла у девочки (данные менограммы).

После приведения функции прогноза к нулю и преобразования коэффициентов информативности, была получена шкала оценки степени риска маточных кровотечений пубертатного периода и их рецидивов.

Шкала имеет следующий вид:

Признак	Количество баллов
1. Аномалии родовой деятельности у матери	1
2.Частые ОРВИ	2
3. Инфекционный индекс > 3	2
4. Хронический стресс	3
5.Отклонение балла полового развития от возрастных стандартов	3,5
6. Отягощенный гинекологический анамнез матери	3,5
7. Хронические заболевания ЛОР-органов	3,5
8. Нарушение менструального цикла девочки	4

С учетом группировки дискриминантной функции прогноза маточных кровотечений пубертатного периода выделены следующие бальные критерии степени риска: низкая степень риска (до 10 баллов), высокая степень риска (более 10 баллов). Чувствительность правила прогноза составила 87,7%, специфичность – 95,83%. Разработанная модель апробирована на «независимой » выборке, состоящей из 30 девочек с МКПП, правильный прогноз составил 86,6%.

Предложенный метод был внедрен в работу гинекологического отделения УрНИИ ОММ. Так как в основе и дебюта, и рецидива маточных кровотечений у девочек-подростков лежат аналогичные причины, метод использовался и для оценки эффективности реабилитации, проводимой после кровотечения.

После обследования девочки подсчитывалось общее количество набранных баллов и делалось соответствующее заключение о степени риска маточного кровотечения или его рецидива. С учетом полученных результатов давались рекомендации по проведению лечебно-профилактических мероприятий для каждого их прогнозируемого вариантов.

При низком риске возникновения МКПП проведения лечебных мероприятий не требовалось. Низкая степень риска у девочек с маточным кровотечением в анамнезе свидетельствовала о высокой эффективности проведенной терапии, пациентки находились на диспансерном наблюдении детского гинеколога.

При высоком риске возникновения МКПП проводились выявление провоцирующих кровотечение факторов и их профилактика (санация хронических очагов инфекции, нормализация психоэмоционального состояния девочки и др.). Если после реабилитации девочки с МКПП в анамнезе сумма балов была выше 10, то это свидетельствовало о высоком риске возникновения рецидива кровотечения, что требовало продолжения терапии или ее изменения.

Выводы. Таким образом, предложенный метод позволяет провести объективную оценку степени риска рецидивов маточных кровотечений у девочек-подростков и позволяет принять решение о прекращении, продолжении или изменении проводимой терапии.

К ВОПРОСУ О ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

Лузанова И.М. (Оренбург)

За последние несколько лет увеличилось количество медицинских конфликтов, за разрешением которых пациенты обращаются в суд. Централизованной статистики подобных обращений граждан не ведется. Заслуживает внимания опыт организации отчетности в медицинских учреждениях системы МПС (инструкция по составлению формы оперативной ведомственной отчетности «Организация защиты прав граждан при оказании медицинской помощи в медицинских учреждениях МПС России»). По данным различных авторов, число комиссионных судебных экспертиз, связанных с оказанием медицинской помощи выросло с 1999г. в несколько раз, особенно в Москве и Санкт- Петербурге.

Доля экспертиз акушерско- гинекологического профиля в общем количестве экспертиз по так называемым врачебным делам составляет по различным субъектам федерации от 15% до 41%.что ставит нашу профессию на одно из первых мест по риску быть привлеченным к юридической ответственности за профессиональные право-

нарушения. Это связано со значительной интенсивностью профессиональной деятельности акушеров- гинекологов, ургентностью оказываемой помощи, высоким% оперативных вмешательств, социальной и психологической значимостью вопросов, касающихся нарушения здоровья женщины и ребенка. Практическое (медико- социальное) значение имеет и тот факт, что женщины более активны, чем мужчины в предъявлении претензий (в1. 84 раза при отсутствии вреда здоровью, при легком вреде – в 3.87раза, при вреде средней тяжести – в 1.56 раза и тяжком вреде- в 2. 48раза), чаще предъявляют обоснованные претензии(Сергеев Ю. Д., Ерофеев С.В. 2001г).

По общему мнению специалистов в области медицинского права, количество обращений пациентов в суды постоянно растет и будет увеличиваться в дальнейшем, несмотря на определенное улучшение показателей качества медицинской помощи. По данным социологического исследования, проведенного в Новосибирске(Канунникова Л.В.),10,9% пациентов готовы обратиться в суд за разрешением медицинского конфликта. Росту правовой информированности населения способствуют прежде всего создаваемая нормативно- правовая база, деятельность общественных организаций (напр. Лига защиты прав пациентов), деятельность медицинских страховых организаций, средств массовой информации.

При анализе непосредственных причин подачи исковых заявлений на 1 месте стоит неблагоприятный исход медицинского вмешательства(Сергеев Ю. Д., Ерофеев С.В. 2001г).Причинами подачи исков послужили: смерть пациента(48.8%); причинение вреда здоровью легкой- (12,1%),средней- (14%), тяжелой степени(7.7%).17,7% Исков подано пациентами, недовольными оказанием медицинской помощи при отсутствии вреда здоровью.

Виды неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике, послужившие причинами разрешения медицинского происшествия в правоохранительных органах или суде: - смерть женщины в результате беременности и родов;-23.5%,смерть ребенка (в неонатальном периоде или в младенчестве)-29.45%;-травмы плода в родах-11,7%;- дефекты диагностики пороков развития плода-11.7% ;- осложнения после медицинских манипуляций-17,6%; - прочие-6.05%.

Мотивами подачи заявлений в прокуратуру или в суд для разрешения медицинского конфликта явились:

Основные: неудовлетворенность уровнем оказания медицинской помощи и ее исходом; психоэмоциональные факторы - реакция родственников на смерть близкого им человека (такие иски имеют короткий временной интервал от момента происшествия до подачи иска); нарушение этических норм со стороны медицинского персонала;

Дополнительные: оказанные платные услуги при медицинском вмешательстве; неосторожно данные оптимистичные или противоречивые прогнозы относительно течения и исхода заболевания; несовпадение объявленного родственникам ранее клинического и позже патолого-анатомического диагнозов; величина расходов на последующее лечение и реабилитацию;« рентная» заинтересованность пациента (термин, введенный еще З.Фрейдом и употребленный социологом Т. Парсонсом для характеристики «роли больного»).

Среди предъявленных претензий 35.3% разрешались органами прокуратуры и в рамках уголовного судопроизводства, 64,7%-в рамках гражданского судопроизводства.

Все уголовные дела возбуждались по статье 109 ч.2 УК РФ « Причинение смерти по неосторожности».

В последние годы отмечается тенденция подачи гражданских исков как в случаях, не связанных с неблагоприятным исходом (по нашему региону она еще не просматривается), так и связанных с летальными исходами при оказании медицинской помощи. В акушерской практике это касается в первую очередь исков, связанных с летальностью новорожденных(17% анализируемых были поданы в 2004г). Гражданские иски связаны с требованием возмещения вреда. Понятие вреда здоровью пациента наиболее полно раскрыто в методических рекомендациях ФФОМС от 1998г. Вред может быть материальный и моральный. Согласно ст.1068 Гражданского кодекса вред, причиненный работником при исполнении трудовых обязанностей, возмещает юридическое лицо (в рассматриваемых случаях ЛПУ). Размер возмещения зависит от величины понесенных на лечение расходов, длительности нетрудоспособности, результата. Размер возмещения определяется на основании счетов соответствующих организаций, документов. Иными словами все расходы должны быть подтверждены документально. Исковые требования по возмещению материального вреда именно в силу строго документального подтверждения встречаются редко(5.8%). В подавляющем большинстве случаев выдвигается требование компенсации морального вреда. Моральный вред, нанесенный пациенту при оказании медицинской помощи, не так давно известен отечественной судебной практике. Большинство пациентов, подающих подобный иск, считает, что сам факт неблагоприятного исхода и наличие определенных недостатков в действиях медиков дают основания для компенсации морального вреда, не требующего сложного и точного доказывания. При этом суммы запрашиваемой компенсации во много раз могут превышать материальный ущерб. Моральный вред, как правило, возмещается в денежной форме, хотя может и в иной материальной, независимо от подлежащего возмещению имущественного ущерба. Необходимо подчеркнуть, что на требования о компенсации морального вреда не распространяется срок исковой давности (ст.208 ГК РФ). Это значит, что мы можем столкнуться с исками, поданными через достаточно удаленный период от самого медицинского происшествия. Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых был причинен вред, и представленных истцом доказательств, а также индивидуальных особенностей потерпевшего. Такими доказательствами являлись справки от врача терапевта о соматической патологии, возникшей после смерти ребенка, свидетельство о разводе, выписка из заключения психолога- консультанта, свидетельские показания родственников и сослуживцев о психоэмоциональных проблемах. Размер моральной компенсации по требованиям составил от100 до 500 тысяч рублей по сходным искам например по смерти в неонатальном периоде. Суд, как правило, удовлетворяет их частично, уменьшая сумму компенсации в 10 раз (50-70 тысяч).

Урегулирование медицинских конфликтов требует 1) законодательных мер: разработки и доработки действующего законодательства;2) изменения модели взаимоотношений «врач- пациент» с переходом от патерналистской к партнерской, расширяющей участие пациента в лечебно- диагностической процессе на основе осознанного информированного выбора;3)разработки организационных процедур по поэтапному урегулированию медицинского конфликта на досудебном уровне; 4) психологического тренинга врачей по поведению в предконфликтных и конфликтных ситуациях;5) повышения уровня правовой информированности врачей-;6)сотрудничества лечебного учреждения с юрисконсультом, специализирующемся в области медицинского права;7) позитивного сотрудничества со средствами массовой информации.

ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРИ

Маршалов Д.В., Салов И.А. (Саратов)

Несмотря на определенные успехи в области снижения уровня материнской смертности в России, акушерские кровотечения остаются основной причиной гибели беременных, рожениц и родильниц. Опыт показывает, что синдромы критических состояний, которым являются синдром острой массивной кровопотери, рентабельнее предотвращать, основываясь на прогнозе их развития, чем проводить комплексную интенсивную терапию уже возникших системных дисфункций. Существующие на настоящий момент методы прогнозирования акушерских кровотечений позволяют выявить и проанализировать спектр возможных вариантов развития этого осложнения, однако не предусматривают прямого корригирующего воздействия на будущее. Прогноз же должен быть ориентирован не только на безусловное предсказание, но и на содействие поис-

ку оптимального решения, что свидетельствует о необходимости дальнейших исследований в указанном направлении.

Цель: Разработка методики прогноза массивной акушерской кровопотери и оптимизация ее превентивной интенсивной терапии.

Материалы и методы исследования: Провели исследование 235 беременных, разделенных на две группы: Группа сравнения - 190 пациенток, с кровопотерей в родах (1,8-55,7% ОЦК), позволившая ретроспективно определить и оценить анамнестические, клинические и функционально-биохимические факторы прогноза массивной акушерской кровопотери и эффективность проводимой превентивной терапии. Все пациентки в зависимости от объема кровопотери разделены на 3 подгруппы. Первая (n = 61) с кровопотерей менее 10% ОЦК; Вторая (n = 76) – с кровопотерей 11-30% ОЦК; Третья подгруппа (n = 53), с массивной кровопотерей (более 30% ОЦК). Группа наблюдения – 45 пациенток, выделенная для оценки эффективности разработанной методики прогноза и оптимизированной комплексной превентивной терапии. Также разделенная на 3 подгруппы в зависимости от степени вероятности развития патологической кровопотери в родах. Распределение женщин по возрасту, конституциональным, анамнестическим, клиническим данным, причинам кровотечения, а также способу родоразрешения и проводимому анестезиологическому пособию в обеих группах было сопоставимым. У беременных проведен тщательный анализ анамнеза, статуса, генеза патологической кровопотери в родах. Применяли комплексное функционально-биохимическое исследование, позволяющее оценить состояние всех основных систем организма. Сроки обследования соответствовали основным этапам адаптивно-приспособительных реакций на кровопотерю и родоразрешение. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики с расчетом параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования: Мы предлагаем рассматривать кровопотерю не только с точки зрения ее абсолютного значения, но и с позиций вызываемых ею сопряженных функциональных сдвигов, поскольку в практической работе реаниматолога ориентация на уже свершившиеся отклонения задерживает интенсивную терапию. Прогнозировать возможные осложнения считаем целесообразным по двум направлениям – стратегическому и тактическому. Стратегический прогноз - основан на анализе признаков индивидуальной и групповой резистентности, он не зависит от способа родоразрешения, методов и активности интенсивной терапии. Для построения стратегического прогноза вероятности патологической кровопотери, а также ее объема нами проанализировано 74 показателя. На основе отобранных критериев, нами была разработана балльная шкала, с помощью которой прогнозируется вероятность патологической кровопотери, а также ее объем. Важно, что приведённые в шкале группы факторов риска, оцениваемые в совокупности, не только достоверно влияют на возможность развития и объем кровопотери, но и позволяют определить индивидуальную устойчивость организма женщины к кровопотере. На основе полученных данных путем составления линейных уравнений регрессии нами построены математические модели прогноза.

ВПК = [(1,00682 + 0,028067×ИИР) – 1] × 100, где: ВПК – вероятность патологической кровопотери в родах, %; ИИР – индекс индивидуальной резистентности.

ПОК = - 248,633 + 49,4682 × ИИР, где: ПОК – предполагаемый объем кровопотери, мл; ИИР – индекс индивидуальной резистентности.

Одновременное применение двух показателей прогноза обусловлено тем, что вероятность развития массивной кровопотери может по-разному соотноситься с ее объемными значениями, что имеет принципиальное значение при построении стратегии и тактики интенсивной терапии. Возрастание объема предполагаемой кровопотери должно влиять на интенсивность обследования и лечения пациентки.

В ходе исследования нами разработан тактический прогноз. Его отличием от стратегического является динамичность, основанная на функционально-биохимических изменениях в организме, зависимость от методов и активности интенсивной терапии, определяется на различных ее этапах и отражение адекватности ее проведения. В результате многофакторного математического анализа ряда функционально-биохимических показателей были отобраны наиболее статистически значимые, легко воспроизводимые и доступные: ТИП = [(-1,306027 + 0,012872×X2 + 0,018307×X3 + 0,000573×X4 – 0,010225×X5 – 0,024676 ×X6 + 0,274984×X7) – 1] × 100, где:

ТИП – тактический индекс прогноза вероятности дизадаптивной кровопотери, %; X2–число сердечных сокращений, мин; X3–ударный объем сердца, мл; X4–общее периферическое сосудистое сопротивление, дин/с см-5; X5–гематокрит, %; X6 – частота дыхательных движений, мин; X7 – лейкоцитарный индекс интоксикации, (усл.ед.).

Значение ТИП следует интерпретировать по следующим значениям: «норма» 45% и меньше; состояние компенсации 46-55%; состояние субкомпенсации 56-75%; состояние декомпенсации более 75%. Стало очевидным, что с ТИП связаны состояния ведущих факторов патогенеза и компенсации массивной кровопотери. Поэтому основные направления в терапии были подобраны с учетом ТИП. Оптимизированная превентивная терапия включала коррекцию волемических, реологических расстройств и детоксикацию. Основой для назначения интенсивной терапии являлся ТИП со значением более 55%.

Проведено сравнение результатов превентивной терапии, как по общепринятой, так и по оптимизированной методике. Для этого были выделены 2 подгруппы беременных по 30 пациенток в каждой, в которые вошли по 15 женщин как из группы сравнения, так и группы наблюдения, которым в дородовом периоде проводилась терапия (не менее 5 дней). 1-я подгруппа включала беременных со средней вероятностью развития массивной кровопотери в родах; 2-я подгруппа - с высоким риском массивной кровопотери. Динамика ТИП в группах беременных после проведения терапии в группах имела существенные отличия. В группе беременных, которым проводилась оптимизированная терапия, показатель ТИП в среднем уменьшился на 28%. Оценка эффективности проведенной превентивной терапии в комплексе общепринятых функционально-биохимических критериев проводилась определением разницы значения тактического прогноза до и после лечения. Его изменение в 20% и более соответствовало достаточному терапевтическому эффекту, от 19% до 10% - эффекту средней степени значимости, а 9% и ниже – указывало на неэффективность лечения. Подтверждением преимущества оптимизированной превентивной терапии перед общепринятой методикой служила меньшая частота (на 60% меньше) и выраженность патологической кровопотери (на 20% меньше) в родах ($p < 0,05$); Не было также отмечено случаев декомпенсации геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Заключение: Разработанный алгоритм прогноза и превентивной терапии позволяет снизить частоту и тяжесть патологической акушерской кровопотери, а также минимализировать развитие геморрагического шока и синдрома диссеминированного свертывания крови.

ТЕСТ СТРЕСС-МОДЕЛИРОВАНИЯ В ПРОГНОЗЕ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРИ

Маршалов Д.В., Салов И.А. (Саратов)

Целью исследования явилось изучение функционального состояния резервных возможностей системы гемостаза у беременных с различной степенью риска акушерской кровопотери.

Материалы и методы: Исследование проводилось среди 3 групп женщин: I включала в себя беременных с прогнозируемой кровопотерей в физиологических пределах. II и III объединяли беременных с патологической кровопотерей. При этом в III предполагалась массивная кровопотеря. Оценка степени риска определялась на основании разработанной нами прогностической шкалы путем анализа параметрических и непараметрических признаков, отражающих групповую и индивидуальную резистентность, а также функционально-биохимических изменений сопоставляемых с классифика-

ционными признаками акушерской кровопотери. Функциональная проба представляла собой нагрузку глюкозой в дозе 75 г с регистрацией состояния гемостаза до и через час после нагрузки. Состояние гемостаза оценивалось инструментальным (электрокоагулография) и биохимическими методами.

Результаты: Анализ исходного состояния гемостаза показал регистрирацию гиперкоагуляционного сдвига и ослабление фибринолиза. При анализе данных, полученных при проведении нагрузочной пробы, были констатированы два типа реакции: I – тип реакции характеризовался активацией прокоагулянтного и сосудисто-тромбоцитарного звеньев гемостаза с угнетением фибринолиза. При II типе - активация прокоагулянтного звена и угнетение фибринолиза сочетались со снижением активности тромбоцитов. Функциональная активность прокоагулянтного звена гемостаза при проведении нагрузочной пробы отмечалась однонаправленным характером, как при первом, так и при втором типе реакций имелся только активирующий эффект. Наиболее выраженная активация образования протромбиназы на проведение нагрузочной пробы имела место у беременных I и II групп. Причем, достоверно значимые отличия исследуемых показателей по сравнению с исходными значениями отмечались как при I, так и при II типе реакции. В III достоверной динамики показателей ни при I, ни при II типе реакции отмечено не было. Содержание тромбоцитов у беременных I группы при проведении нагрузочной пробы было в нормальных пределах, в II и III оно неуклонно снижалось, достигая минимальных значений у беременных III группы. При изучении влияния нагрузочной пробы на изменения функциональной активности тромбоцитов, у беременных с I типом реакции отмечалась: исходная активация, высокая степень готовности к агрегационному ответу и повышенная эффективность начального этапа развития АДФ–индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличенная высоко эффективная общая агрегационная активность на фоне сниженной степени выраженности и эффективности тромбоцитарной реакции высвобождения. В III группе, так же была отмечена сниженная стабильность образовавшихся тромбоцитарных агрегатов. У беременных со II типом реакции наблюдалось: снижение агрегационной активности тромбоцитов и снижение стабильности образовавшихся тромбоцитарных агрегатов, на фоне исходно адекватной активации тромбоцитов. Причем снижение агрегации не являлось следствием уменьшения их числа. Анализ агрегатограмм показал, что у беременных с I типом реакции, наиболее высокие показатели степени агрегации тромбоцитов выявлены в III группе по сравнению с пациентками I и II групп ($p < 0,001$). При II типе самые низкие показатели агрегации были отмечены также у женщин III группы. У пациенток I и II групп по сравнению с III группой, способность тромбоцитов к агрегации была достоверно выше и не имела достоверных отличий друг от друга. Результаты исследования фибринолитической активности выявили ее глубокую депрессию практически у всех пациенток. При исследовании РФМК установили повышение их уровня у 100% беременных, причем нарастание их концентрации усиливало степень корреляции с прогнозом кровопотери. 2/3 беременных I, II групп на нагрузочную пробу ответили реакцией гемостаза I типа. У 1/3 обследуемых этих групп отмечался II тип реакции. Пациентки III группы имели противоположное соотношение типов реакций.

Итак, у большинства обследуемых нагрузочная проба вызывает стимуляцию процессов коагуляции крови. Регистрируемый сдвиг гемостатического потенциала и угнетение фибринолитической активности крови у женщин с I типом реакции нами трактовалось как естественные физиологические изменения гемостатического потенциала при реакции напряжения. Ответная реакция гемостаза на проведение пробы, проявляющаяся изменениями гемостатического потенциала II типа может иметь двойственное происхождение: стресс – нагрузка у пациентов с индивидуально обоснованным ограничением функциональных возможностей гемостаза приводит к быстрой смене начального периода гиперактивации системы к гипоактивации. Данный факт можно объяснить существованием интервалов колебаний гемостатического потенциала. Чем меньше интервал, тем больше вероятность выхода за его приделы. Иное дело – когда синхронная разнонаправленность изменений показателей коагулограммы (диссоциация) развивается в процессе длительной адаптации к стрессорному воздействию. Наступить это может как следствие активации непрерывно осуществляющегося процесса свертывания крови. Это состояние, если оно сохраняется достаточно долго, за счет усиленного потребления факторов свертывания, приводит к некомпенсируемому биосинтезом дефициту прокоагулянтов. Что и подтверждается показателями, отображающими состояние плазменного звена гемостаза, у беременных III группы. Таким образом, при изучении резервных возможностей гемостаза на экстремальный раздражитель, в частности, на нагрузочную пробу глюкозой, выявлено, что коагуляционные свойства крови изменяются по двум типам реакции. У большинства обследуемых пациенток наблюдается однонаправленный - гиперкоагуляционный сдвиг показателей коагулограммы, что характеризует естественную, физиологическую реакцию системы на стресс.

Второй же тип реакции, отличается гиперкоагуляционно – гипоагрегационной диссоциацией и является маркером ограничения адаптивных возможностей гемостаза, и определяется как фактор риска реализации геморрагических осложнений. В условиях сопутствующей патологии (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, тяжелое течение экстрагенитальных заболеваний, гестоз), при оперативном родоразрешении вероятность этой реализации возрастает многократно. Изменение соотношения типов реакции у беременных III группы имеет также два варианта объяснения:

1.Истощение резервных механизмов гемостаза ввиду длительного стрессорного воздействия (гестоз, декомпенсированная форма течения экстрагенитальной патологии).

2.Наличие системных нарушений адаптационных механизмов, вследствие вызванной гестозом, дисинхронизации регуляторных систем.

Следственно, интенсивность гемокоагуляционных сдвигов после воздействия раздражителя может служить мерой адаптивных возможностей организма.

Заключение:

1.Предлагаемый методологический подход к оценке функционального состояния гемостаза беременных позволяет определить резервные возможности исследуемой системы и степень риска реализации геморрагических осложнений.

2.Результаты проведенной пробы могут служить показанием к проведению специфической корригирующей терапии у пациентов с высокой степенью риска развития геморрагических осложнений, а также определить качественно-количественный состав инфузионно трансфузионной терапии в периоперационном периоде.

СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Мозес В.Г., Ушакова Т.А., Минаева Т.А. (Кемерово)

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) - это хроническое заболевание с прогредиентным течением. Заболевание встречается у женщин во все основные возрастно-биологические периоды жизни: в подростковом, репродуктивном, во время беременности, в пре и постменопаузе. В генезе варикозной болезни большую роль играет патология соединительной ткани, так называемая дисплазия соединительной ткани. Таким образом, определение состояния соединительной ткани у подростков, когда происходит становление ВРВМТ, представляется актуальным.

Цель исследования. Изучить состояние соединительной ткани у подростков с варикозным расширением малого таза.

Материалы и методы: проведено исследование состояния соединительной ткани у 150 подростков. Все исследованные паци-

ентки были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 100 подростков с ВРВМТ; в группу сравнения вошли 50 подростков без ВРВМТ. Наличие ВРВМТ доказывалось при помощи ультразвукового и допплерографического исследования венозной системы малого таза. У всех пациенток изучалось состояние соединительной ткани: клинически оценивались и подсчитывались стигмы дизэмбриогенеза, значимым считалось наличие 5 и более стигм одновременно. У 50 девочек основной группы и у 50 девочек группы сравнения исследовалась экскреция метаболитов коллагена – гликозаминогликанов и оксипролина. Статистические показатели вычислялись при помощи программы Statistica 6.0. Нормальность распределения выборочных средних проверялась при помощи критерия Колмогорова - Смирнова. В случае нормального распределения средних гипотеза об их равенстве проверялась при помощи t-критерия. В других случаях применялся критерий Манна – Уитни.

Результаты исследования и обсуждение. Одним из важных критериев патологии соединительной ткани является выявление и клиническая оценка стигм дизэмбриогенеза, которые являются внешним проявлением дисплазии соединительной ткани. Достоверным критерием ДСТ является наличие у пациента 5 и более стигм. В отличие от группы сравнения, у подростков с ВРВМТ выявлено статистически значимое преобладание 5 и более стигм (88±4,9% в основной группе и1,2±1,2% в группе сравнения, P>0,001).

Наличие дисплазии соединительной ткани у подростков с ВРВМТ подтверждают результаты биохимического исследования суточной экскреции метаболитов соединительной ткани. У пациенток с ВРВМТ экскреция оксипролина (6,3±0,4 мкг\мл в основной и 4,5±0,4 мкг\мл в группе сравнения, P>0,05) и гликозаминогликанов (2,7±0,7 мкг\мл в основной и 1,2±0,2 мкг\мл в группе сравнения, P>0,05) была достоверно выше.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сформулировать вывод о наличии поражения соединительной ткани у подростков с ВРВМТ. Осознание этого факта позволит найти новые пути профилактики и лечения ВРВМТ у женщин.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Перепелица С.Е., Костина Н.В, Салов И.А., Перепелица В.Я. (Саратов)

Среди известных причин, приводящих к нарушению репродуктивного здоровья женщины, видное место занимает искусственное прерывание беременности. Несмотря на широкое внедрение различных программ по планированию семьи, появлению новых, менее опасных для здоровья женщины противозачаточных средств, число абортов снижается медленно.

Операция аборта у первобеременных, особенно, юных женщин, представляет значительную опасность для здоровья, особенно неблагоприятного ее влияние на дальнейшую репродуктивную функцию.

Исходя из объективной реальности, возникла необходимость разработки модернизированных методов обследования и прерывания первой беременности и проведения в полном объеме лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Средний возраст начала половой жизни составляет 15,5 лет, увеличилась сексуальная раскрепощенность подростков, степень их инфицирования заболеваниями, передающимися половым путем. В комплексное обследование перед абортом включалось: бактериологическое исследование секрета цервикального канала, мазки на внутриклеточные инфекции, анализы крови на сифилис, гепатиты В, С, ВИЧ-инфекцию, иммунограмму, ультразвуковое исследование, кольпоскопию. По этой программе было обследовано 36 беременных в возрасте от 15 до 19 лет. У 30 женщин обнаружены различные внутриклеточные инфекции в сочетании с грибковой и условно-патогенной флорой, и лишь у 6 женщин – мазки соответствовали 2 степени чистоты.

При кольпоскопии у 32 – обнаружена различная фоновая патология шейки матки: железистые псевдоэрозии, простые и мозаичные лейкоплакии, цервициты, что косвенно свидетельствует об индексе их инфицирования.

Во всех случаях при УЗИ была подтверждена маточная беременность (5-9 недель).

При субпопуляционном анализе лимфоцитов периферической крови у беременных с инфекцией отмечалось: значительное снижение уровня Т-хелперов, увеличение содержания В-лимфоцитов. По содержанию основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови достоверных отклонений от нормы не обнаружено, хотя содержание секреторного Ig A (из цервикального канала) было на нижней границе нормы, что свидетельствует о низком уровне местного иммунитета.

Все первобеременные пациентки на первом этапе получили комплексный курс общей и местной противовоспалительной терапии в условиях стационара, что позволило добиться мазков 1 и 2 степени чистоты.

Мы считаем, что адекватная противовоспалительная терапия перед первым абортом необходима, даже в ущерб прогрессирующему сроку беременности, так как позволит свести к минимуму количество послеабортных осложнений.

Аборт производился, в основном, методом вакуум-аспирации; у 5 женщин проведено медикаментозное прерывание беременности мифепристоном (при сроке - до 6 недель) – 600 мг однократно, через 24 часа – энзапрост 5 мг в/в капельно.

Все аборты производились с последующим УЗ-контролем через 24 часа для исключения остатков плодного яйца и гематометры. В послеоперационном периоде продолжалась этиотропная противовоспалительная терапия, спазмолитики, имптоматические гемостатические и утеротонические средства (по показаниям), проводилась коррекция иммунного статуса с упором на повышение клеточного иммунитета (тималин, Т-активин, имунофан).

В результате нормализовались количественные параметры субпопуляций Т-клеток, восстановилось относительное и абсолютное содержание Т- и В-лимфоцитов, повысился уровень Ig A и факторов местной защиты. Активация иммунного статуса, мобилизация защитных сил организма способствовали также уменьшению частоты осложнений после аборта.

После произведенных медицинских абортов у 36 первобеременных женщин не было ни одного случая раннего или позднего послеоперационного осложнения.

Тем не менее, всем пациенткам был настоятельно рекомендован контрольный осмотр через месяц со взятием контрольных мазков, повторной кольпоскопией и решением вопроса о дальнейшей контрацепции. При контрольном осмотре у 60% женщин были мазки 2 степени чистоты без обнаружения микробного фактора, у остальных – 1 степени чистоты. Кольпоскопически также отмечено улучшение: уменьшение размеров фоновых процессов шейки матки, в двух случаях участки простой лейкоплакии не визуализировались совсем.

Признаки нестойкой ремиссии воспалительного процесса внутренних гениталий обнаружено у 4 женщин, по поводу чего им были назначены биостимуляторы, повторный курс иммуномодуляторов-индукторов интерферона, комплекс витаминов, энзимотерапия, препараты, улучшающие региональную микроциркуляцию, физиолечение.

Женщинам с патологией шейки матки в дальнейшем проведена обработка солковагином - с хорошим эффектом.

В вопросе о дальнейшей контрацепции решающую роль играли семейное положение и психологический настрой женщин. Женщинам, имеющим одного полового партнера (4 человека), после его предварительного обследования и санации, рекомендовались трехфазные эстроген-гестагенные оральные контрацептивы, либо монофазные с минимальным содержанием гормонального компонента (логест). Уровень таблетированных стероидов имитирует колебание естественных половых гормонов, что приводит к нормализации менструального цикла и к обеспечению состояния некоторой эндокринной стабильности, а также способствует профилактике воспалительных заболеваний гениталий.

Юным и незамужним женщинам рекомендовалась только барьерная контрацепция, часто с последующим местным использованием сильных антисептиков (мирамистин, хлоргексидин).

Для молодых женщин, не зависимо от их социального статуса, искусственно прервавшей первую беременность, важно сохранить здоровье, трудоспособность, репродуктивную функцию. Использованный нами алгоритм обследования и лечения первобеременных женщин, на наш взгляд, является наиболее функциональным, достаточно простым и отвечающим духу времени. Он позволяет вовремя выявить возможные причины осложнений, своевременно их устранить и провести современную реабилитацию после процедуры искусственного прерывания первой беременности.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Романовская А.В., Салов И.А. (Саратов)

Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания представляют собой важную медицинскую и социальную проблему, так как до настоящего время являются одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности.

Одной из наиболее распространенных форм гнойно–воспалительных заболеваний в послеродовом периоде является послеродовой эндометрит. Важное значение эндометрита обусловлено не только его распространенностью, но также и тем фактом, что эндометрит – наиболее частая и вероятная причина распространения инфекции на брюшину (перитонит) или ее генерализации (сепсис, септический шок)

Целью исследования явилось изучение клинико-лабораторных критериев тяжести послеродового эндометрита.

У всех больных оценивали клинические и лабораторные показатели интоксикации: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и уровень молекул средней массы крови (МСМ) по Н.И. Габриэлян (1984г.).

Под нашим наблюдением находилось 87 женщина с послеродовым эндометритом, которые находились на лечении в гнойно-септическом отделении и в палате интенсивной терапии 1-ой городской клинической больницы г. Саратова. Средний возраст родильниц составлял 26,7±1,4 лет. Первородящие составляли 69,5%, вторые роды имели место у 30,5% родильниц.

На возникновение послеродового эндометрита у родильниц оказывали влияние такие осложнения беременности, как гестоз II половины (39чел.), крупный плод (28чел.) и анемия (31чел.). Предрасполагали к возникновению послеродового эндометрита ручное обследование полости матки (15чел.), разрывы мягких тканей родовых путей (26чел.), кесарево сечение (24чел.).

Манифестация симптомов послеродового эндометрита после самопроизвольных родов в большинстве случаев происходила на 15-20 сутки. Эндометрит после кесарева сечения характеризовался более поздним началом на 21-28 сутки, что, возможно, связано с более частым использованием антибиотикопрофилактики и проведением интенсивной терапии после оперативного родоразрешения.

При поступлении в стационар все пациентки предъявляли жалобы на боли внизу живота. Боли носили чаще тупой или давящий характер. У незначительного числа больных (11чел.) отмечалась иррадиация боли в прямую кишку, поясничную область. Другой частой жалобой были патологические выделения из половых путей: гнойные или гнойно-кровянистые (49чел.), длительные мажущие кровянистые выделения (10чел.), обильные кровотечения (2чел.).

В зависимости от выраженности клинических симптомов интоксикации, гемодинамических нарушений все больные были разделены на 2 группы. В 1-ую группу входило 49 человек, которые находились в палате интенсивной терапии. У всех пациенток этой группы регистрировались выраженные клинические признаки интоксикации: гектическая температура (38,9+0,7°С) с повторными ознобами, тошнота, рвота, гемодинамические нарушения в виде бледности кожных покровов, стойкая тахикардия (110+6,5 в 1 мин.), одышка (26-32 в 1 мин.). Во 2 группе больных (38 чел.) симптомы интоксикации были менее выражены: гипертермия (37,8+0,5°С), вялость, адинамия, снижение аппетита, тошнота, умеренная тахикардия.

У всех родильниц было выявлено повышение показателей МСМ и ЛИИ, уровень которых находился в прямой зависимости от тяжести состояния. У родильниц 1-ой группы уровень МСМ составлял 0,52±0,07 опт.ед.($p<0,001$), ЛИИ повышался до 3,07±0,45 ($p<0,05$), у больных 2-ой группы уровень МСМ были достоверно ниже - 0,38+-0,02 ($p<0,05$), при норме 0,24+0,02.

Как показали наши исследования, у родильниц с послеродовым эндометритом выявлена прямая зависимость между клиническими признаками тяжести заболевания и лабораторными показателями эндогенной интоксикации. Определение МСМ крови служит важным прогностическим критерием, скрининг-тестом для определения тяжести течения и исхода заболевания.

ВЛАГАЛИЩНЫЙ ДИСБИОЗ НА ФОНЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Рудакова Е.Б., Лазарева О.В. (Омск)

Рак шейки матки (РШМ) остается одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей женских гениталий, занимает третье место после рака эндометрия и рака яичников в мировой статистике и второе – в России (Урманчиева А.Ф. и соавт., 2001). В последние годы, особенно в экономически развитых странах, отмечен рост частоты возникновения РШМ среди женщин молодого возраста (Muroua T. et al., 1996). В России средний возраст больных преинвазивным раком шейки матки составляет 42,2 года, а инвазивным – 48,6 года (Казаченко В.П., 2004). Установлено, что критическим фактором в патогенезе цервикальных неоплазий и РШМ является инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ). Особое значение имеют так называемые онкогенные типы ВПЧ (16, 18, 31, 33 и др.) (Казаченко В.П., 2001; Минкина Г.Н. и соавт., 2001).

Инфицирование женщин ВПЧ, развитие предрака и рака шейки матки разделены по времени. Пик инфицирования ВПЧ приходится на возраст 20-30 лет. Средний возраст больных ЦИН I – 34,5 года, ЦИН II – 37,0 лет, ЦИН III – 38,3 года, преинвазивным раком – 42,2 года (Бохман Я.В., 1986; Казаченко В.П., 2004). Папилломавирусная инфекция (ПВИ) часто имеет длительное течение без выраженной клинической симптоматики, не редко рецидивирует после лечения и характеризуется возможностью спонтанной регрессии (Роговская С.И., Прилепская В.Н., 2004). По данным В.П. Казаченко (2004) спонтанно могут регрессировать до 10% ЦИН III, до 40% ЦИН II и до 55% ЦИН I.

Учитывая все это, а так же данные о том, что ВПЧ является ведущим, но не единственным фактором канцерогенеза, задачей врача клинициста является предупреждение прогрессирования дисплазии и создание условий для обратного развития ПВИ (Кропанева В.В. и соавт., 2001).

В этой связи одним из направлений в решении основной задачи может стать возможность влияния на кофакторы канцерогенеза, к которым относят дисбиотические нарушения влагалища и признаки цервикального воспаления (Минкина Г.Н., Манухин И.Б., 2001; Новиков А.И., Кононов А.В., Ваганова И.Г., 2002; Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б., Кононов А.В., 2003; Манухин И.Б. и соавт., 2004).

Влагалищный дисбиоз – состояние, при котором отсутствует клиника вагинита на фоне вытеснения одних условно-патогенных микроорганизмов другими. Влагалищный дисбиоз и вагиниты – формы и этапы развития инфекционного заболевания влагалища. Возникновение инфекционного заболевания влагалища связано со снижением его колонизационной резистентности.

По данным С.И. Роговской и В.Н. Прилепской (2004) в 71% случаев ПВИ встречается в виде микстинфекции, при этом наиболее часто она сочетается с бактериальным вагинозом (26,6%) и вульвовагинальным кандидозом (32%). Основное значение имеют рецидивирующие формы. Сопутствующие ПВИ и ЦИН бактериальный вагиноз и вуль-

вовагинальный кандидоз редко вызывают классическую клиническую картину и выявляются при бактериологическом исследовании.

Бактериальный вагиноз (БВ) – это состояние патологической обсемененности влагалища со своим «клинико-лабораторным лицом»: колонизация слизистой влагалища преимущественно облигатно-анаэробными бактериями на фоне уменьшения или исчезновения лактофлоры, сопровождающаяся патологическими выделениями, при отсутствии клинической и морфологической картины вагинита.

Клинический признаки БВ включают наличие по крайней мере 3 из 4 признаков: гомогенные выделения из влагалища при отсутствии признаков воспаления, наличие ключевых клеток при микроскопии нативных неокрашенных мазков из влагалища, pH вагинального отделяемого > 4,5 и положительный аминный тест.

Ассоциацию между БВ и ЦИН можно объяснить тем, что бактерии продуцируют нитрозамины, которые способны выступать в качестве кофакторов развития неопластической трансформации при взаимодействии с ВПЧ (Frega A, et ae., 1997).

В ряде случаев к влагалищному дисбиозу можно отнести вульвовагинальный кандидоз (ВВК). ВВК – инфекционное поражение нижнего отдела гениталий, вызванное дрожжеподобными грибами рода Candida. Выделяют три клинические формы ВВК: кандидоносительство, острый и хронический (рецидивирующий) урогенитальный кандидоз.

Механизмы канцерогенеза шейки матки при влагалищном дисбиозе:

Воздействие нитрозаминов, выделяющихся в процессе жизнедеятельности анаэробных бактерий.

На фоне усиленной адгезии к эпителиоцитам при сочетании БВ и ВВК грибы рода Candida могут накапливаться и продуцировать сложные вещества – факторы агрессии: эндотоксин, гликопротеиды, ферменты (протеолитические, липолитические), вызывающие патологические изменения в тканях.

Нами обследовано 26 женщин с патологическими изменениями эпителия шейки матки в возрасте от 19 до 56 лет. Всем женщинам проводилась кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследование биоптатов шейки матки, обследование на ВПЧ методом ПЦР, бактериологическое исследование влагалищной микрофлоры. У 5 (19,2%) пациенток ВПЧ не выявлен, у остальных обнаружены ВПЧ различных типов. ВПЧ типов 16 и 18 выявлены у 10 (47, 6%) женщин, типов 31, 33 – у 3 (14,2%), сочетание типов «низкого» и «высокого» риска – у 8 (38,2%). Среди 21 пациентки с ВПЧ 9 человек – возрастом до 30 лет, остальные – 17 женщин – от 31 до 50 лет.

В результате проведенного бактериологического исследования (на базе кафедры микробиологии ОГМА) наших пациентов, инфицированных ВПЧ, получены следующие данные. У 7 (33%) женщин выявлено сочетание ВПЧ с бактериальным вагинозом, у 3 (14,3%) – с вульвовагинальным кандидозом, у 3 (14,3%) – сочетание бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза, у 2 (9,6%) – с уреаплазмозом, у 2 (9,6%) – с хламидиозом. У 4 (19%) пациенток сопутствующей инфекции выявлено не было.

Среди ВПЧ–инфицированных женщин выявлены следующие изменения эпителия шейки матки. Эктопия эпителя выявлена у 6 (28%) женщин, ЦИН I – у 1 (4,8%), ЦИН II – у 5 (23,8%), ЦИН III – у 1 (4,8%), острый цервицит – у 2 (9,6%), лейкоплакия шейки матки – у 2 (9,6%), стационарный цервикоз – у 2 (9,6%), плоскоклеточный рак – у 2 (9,6%).

Среди 7 пациенток с ЦИН на фоне ПВИ у 2 не выявлено сопутствующей инфекции, у остальных отмечалось наличие бактериального вагиноза – у 3, хламидиоза – у 1, сочетание бактериального вагиноза и кандидоза – у 1

На основании данных литературы, результатов нашего обследования можно предположить, что состояние влагалищного биоценоза влияет на течение ПВИ. Адекватная его коррекция может способствовать спонтанному регрессу ПВИ и обратному развитию вызванной ВПЧ цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Лечение БВ: I этап – антибактериальные и антисептические препараты (метрони-дозол, тинидозол, орнидозол, клиндамицин, гексикон), II этап – реколонизация влагалища.

В качестве антимикотического средства перспективно использование итраконазола (орунгал). Он обладает более широким спектром действия на все виды Candida по сравнению с другими антимикотивами, высоко липофилен.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ МАТОЧНЫХ СОСУДОВ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Салов И.А., Аккерман Г.Л., Романкин В.П., Хворостухина Н.Ф. (Саратов)

Наиболее частыми причинами массивных кровотечений в гинекологии являются рак тела или шейки матки, особенно III- IV стадии, и фибромиома матки. Трудности остановки маточных кровотечений вызваны особенностями органного кровообращения, а также развитой сетью коллатеральных анастомозов между ветвями внутренних подвздошных артерий. Эта проблема усугубляется при злокачественном поражении матки. Консервативные мероприятия для остановки маточных кровотечений при данной патологии малоэффективны, так как сосуды опухоли нечувствительны к действию сосудосуживающих препаратов. Хирургические вмешательства в случаях, когда имеются анемия, массивная опухоль, тяжелая сопутствующая патология, связаны с большим риском и часто невыполнимы. Бурное развитие ангиографии в 80-е годы XX столетия создало возможность осуществлять остановку кровотечений из распадающихся опухолей гениталий с помощью рентгеноэндоваскулярной окклюзии (РЭО) ветвей внутренних подвздошных артерий.

В 1983 году, впервые в нашей стране, в городе Саратове на базе 1-ой Клинической больницы, с целью гемостаза, выполнена эмболизация ветвей внутренних подвздошных артерий у больной с распадающейся опухолью шейки матки. Эффект был положительный. Всего за период с 1983-1987 гг. было выполнено 19 РЭО у больных в возрасте от 30 до 86 лет, страдающих раком тела или шейки матки III-IV стадии, состояние которых усугублялось тяжелым маточным кровотечением. Во всех случаях произвести традиционные операции не представлялось возможным из-за распространенности опухолевого процесса, сопутствующих заболеваний, больших кровопотерь. У 12 больных эмболизация была односторонняя, у 7 - двусторонняя.

Технология эмболизации слагалась из 3-х этапов: 1) диагностическая тазовая ангиография; 2) собственно эмболизация; 3) ангиографический контроль. В качестве эмболизирующего материала использовалась измельченная гемостатическая вискоза.

Эмболизация проводилась по следующей методике. С контрлатеральной стороны по Сельдингеру пунктируется бедренная артерия и вводится зеленый катетер с небольшим радиусом изгиба. Конец его через бифуркацию аорты устанавливается в устье противоположной общей подвздошной артерии. Вновь вводится проводник, и конец его располагается на уровне отхождения внутренней подвздошной артерии. Производится замена на катетер с большим радиусом изгиба. Это позволяет подвинуть его во внутреннюю подвздошную артерию, дистальнее отхождения верхней ягодичной артерии. Выполняется артериография, а затем - под контролем рентгенотелевидения и видеозаписи - эмболизация маточной артерии. Обычно расходуется 4-8 мл эмболизирующего вещества. Степень и уровень эмболизации контролируются введением дробных доз контрастного раствора. Для эмболизации второй маточной артерии целесообразно производить повторную катетеризацию с другой стороны по описанной выше методике.

Во всех случаях эмболизация маточных сосудов позволила остановить кровотечение, ослабить болевой синдром, уменьшить опухоль в размерах. У 2 больных кровотечение значительно уменьшилось, но не прекратилось. Это следует объяснить тем, что в обширный опухолевый процесс, с прорастанием и распадом окружающих тканей, были вовлечены сосуды из бассейна наружной подвздошной артерии. Одной пациентке с раком тела матки III стадии, через 3 недели после эмболизации маточных сосудов, была произведена

радикальная операция с минимальной кровопотерей и без особых технических трудностей. Данную методику целесообразно применять для предоперационной подготовки при гинекологических операциях, связанных с большими кровопотерями (экстирпация матки, операция Вертгейма). Это позволит оперировать с минимальным кровотечением и предупредить диссеминацию опухолевых клеток или эмболов.

Принимая во внимание отмеченный ранее регресс размеров злокачественной опухоли после окклюзии питающих ее сосудов, была предпринята попытка добиться подобного эффекта у больных с миомой матки. Рентгеноэндоваскулярная окклюзия маточных сосудов была произведена двум больным с миомой матки. Размеры миоматозной матки были увеличены в одном случае до 12-недельного срока гестации, в другом - до 14. Во время проведения эмболизации у 2-ой больной произошло осложнение - тромбоэмболия бедренной артерии окклюзионным материалом. Причиной этого, по-видимому, явилась передозировка эмболизирующего материала. Больной была произведена эмболэктомия, вследствии чего кровообращение в конечности восстановилось без отягощающих последствий. Пациенток после РЭО наблюдали в течение 2-х лет. У 1-ой больной матка уменьшилась до физиологических размеров в течение 9 месяцев, у 2-ой - в течение 13 месяцев. К сожалению, из-за вышеописанного осложнения, эмболизации при миомах матки были прекращены на некоторое время.

Тем не менее, принимая во внимание описанные РЭО ветвей внутренних подвздошных артерий при доброкачественных опухолях матки, авторы a priore вправе оспорить приоритет француза Жака Раввина на данную методику, примененную им в 1990 году.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Салов И.А., Хворостухина Н.Ф., Рогожина И.Е. (Саратов)

Бесплодие в браке продолжает оставаться актуальной проблемой в акушерстве и гинекологии. Наиболее распространенной формой женского бесплодия является трубно-перитонеальное, на долю которого приходится от 30 до 74%. Важная роль в диагностике и лечении данной патологии отводится эндоскопическим методам. В настоящее время все большее распространение получает метод интраоперационного исследования проходимости маточных труб – фаллопоскопия, которая позволяет выявить проходимость маточной трубы с диагнозом проксимальной окклюзии, а также получить дополнительную информацию о состоянии дистальных отделов маточных труб, эффективно устранить непроходимость последних.

Целью нашего исследования явилось изучение роли фаллопоскопии в выявлении основной причины женского бесплодия. За период 2002-2004 гг. в гинекологическом отделении ММУ «1-я Городская клиническая больница» проведено обследование 78 женщин в возрасте от 21 до 37 лет. Длительность бесплодия пациенток колебалась от 2 до 12 лет. Первичное бесплодие наблюдалось у 21,8% (n=17) женщин, вторичное – у 78,2% (n=61).

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза установлено, что хронический воспалительный процесс гениталий имел место у всех обследуемых, различные нарушения менструального цикла – у 54 (69,2%). 10,3% (n=8) женщин с вторичным бесплодием в анамнезе имели внематочную беременность с удалением одной маточной трубы, 67,9% (n=53) – искусственные или самопроизвольные аборты. Оперативные вмешательства по поводу кистозных образований яичников были выполнены у 30,8% (n=24) больных.

Комплексное клинико-лабораторное обследование заключалось в изучении гормонального, инфекционного, иммунологического статуса, результатов ультразвукового исследования органов малого таза. Всем пациенткам в процессе обследования была выполнена лапароскопия, из них у 17 – фаллопоскопия. Использовались лапароскопическое оборудование и фаллопоскоп фирмы K Storth.

При лапароскопии патология была выявлена в 88,5% (n=69) случаев: спаечный процесс в малом тазу различной степени выраженности диагностирован у 42 женщин (53,8%), наружный генитальный эндометриоз – у 17 (21,9%), склерополикистозные яичники – у 6 (7,7%), миома матки – у 4 (5,1%). В этой группе больных (n=69) были проведены следующие виды оперативных вмешательств: адгезиолизис, сальпингоовариолизис, фимбриопластика, резекция яичников, коагуляция эндометриоидных очагов, энуклеация миоматозных узлов. У 9 (11,5%) обследуемых женщин патологии выявлено не было. В 17 наблюдениях у пациенток со спаечным процессом в малом тазу была выполнена фаллопоскопия. Плотные спайки в истмическом отделе маточной трубы диагностированы у 5 (6,4%) женщин. Этой группе пациенток были рекомендованы вспомогательные методы репродуктивных технологий (ЭКО, ПЭ). В 4 (5,1%) случаях диагностирована слизистая пробка и сгустки крови, которые были удалены аквадиссенцией. У остальных женщин (n=8) маточные трубы оказались проходимы.

В послеоперационном периоде всем пациенткам проведен стандартный объем лечебных и реабилитационных мероприятий. В течение первого года наблюдения беременность наступила у 46,2% обследованных женщин.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости использования фаллопоскопии параллельно с лапароскопией, что позволяет добиться оптимальных результатов в диагностике и лечении женского бесплодия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕДИНДУКЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ К ЭЛИМИНАЦИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Суворова Г. С., Салов И. А. (Саратов)

Неразвивающейся беременностью (НБ) по положению ВОЗ (1980) считается состояние, когда в течение неопределенно долгого периода времени отсутствует элиминация погибшего плодного яйца из полости матки.

При неразвивающейся беременности нередко развивается патологическое состояние- синдром мертвого плода, включающий в себя нарушения гемостаза, протекающие по типу синдрома ДВС. Характер нарушений определяется сроком гестации и длительностью задержки погибшего плодного яйца в полости матки.

Родовозбуждение у женщин с внутриутробной гибелью плода представляет определенные трудности по причине патологической инертности миометрия, развивающейся в результате сохраняющейся гормонопродуцирующей функции плаценты на фоне отсутствия фетальных факторов инициации сократительной деятельности.

Патогенез внутриутробной задержки погибшего плода (эмбриона) взаимосвязан с протекторной функцией белков «зоны беременности», обладающих выраженными иммуносупрессивными свойствами, что проявляется относительной Т-лимфопенией, сохранением или даже усилением Т-супрессии, снижением субпопуляции Т-хелперов и уменьшением отношения Т-хелперы/Т-супрессоры относительно аналогичных показателей при неосложненном течении гестационного процесса. Тем самым сохраняется толерантность организма матери к тканям фетоплацентарного комплекса, ингибируется запуск имунного механизма отторжения и изгнания неразвивающегося плодного яйца.Таким образом, корригируя у больных с НБ иммунный статус, можно способствовать активации абортивной реакции женского организма на находящееся в матке инородное тело, которым является погибший плод.

Гемоциркуляция повышенного количества ПДФФ (>15х10-3 г/л) у больных с НБ, помимо прямого влияния на свертывание крови, приводит к формированию так называемого синдрома Шера,

заключающегося в блокаде рецепторов миометрия, что является причиной гипотонии матки, рефрактерной к воздействию эндо- и экзогенных окситотических веществ и приводит к увеличению объема кровопотери. Целью настоящего исследования являлось оптимизирование тактики ведения женщин с несостоявшимся выкидышем путем совершенствования программы прединдукционной подготовки к родовозбуждению, включающей: 1) коррекцию нарушений гемостаза, характерных для данной патологии; 2) повышение функциональной готовности организма женщины к отторжению и экспульсии плодного яйца.

Исследовалась эффективность лечебного плазмафереза (ЛПА) при данной нозологии. Сеансы ЛПА проведены 24 женщинам с внутриутробной гибелью плода на различных сроках гестации при выраженной исходной гиперкоагуляции (хронической форме ДВС-синдрома). ЛПА осуществлялся дискретным методом на отечественном фракционаторе ПФ-05.Курс лечения, как правило, состоял из двух сеансов ЛПА с интервалом 2-3 дня. Стандартное плазмовозмещение при аферезе 600 мл плазмы за сеанс складывалось из 200 мл физиологического раствора, 500 мл 6% раствора гидроксиэтилкрахмала и 300 мл донорской свежезамороженной плазмы.

Проведена оценка эффективности ЛПА в терапии хронической формы ДВС-синдрома, а также изменений иммунного статуса и состояния функциональной готовности организма женщин к плодоизгнанию.

Для оценки показателей системы гемостаза до и после лечения использовались следующие методы: определение концентрации фибриногена в плазме по методу Р.А. Рутберг; активированного частичного тромбопластинового времени по методу З.С. Баркагана; протромбинового индекса методом Quick в модификации В.Н. Туголукова; концентрации в плазме крови продуктов деградации фибрина и фибриногена с помощью теста склеивания стафилококков по методу J.Hawiger et al.; концентрации в плазме крови растворимых комплексов мономеров фибрина с помощью фенантролинового теста по М.П. Момот и соавт.; активности антитромбина-III по Hensen и Loeliger; активности фактора XIII ускоренным методом по В.П. Балуде; оценка агрегации тромбоцитов при стимуляции АДФ фотометрическим методом с графической регистрацией процесса по Born на приборе агрегометре АТ-02 НИИТИ МЛТ (РФ). Для оценки иммунного статуса-определение количества Т-лимфоцитов, субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров в сыворотке крови. Для оценки функциональной готовности организма женщины к родовозбуждению применялись: наружная гистерография с обработкой результатов по А. З. Хасину, тест чувствительности матки к окситоцину, определение «зрелости» шейки матки по шкале Bishop.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel-1997». Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента.

Проведенный анализ исследуемых гемостазиологических параметров установил, что после второй процедуры ЛПА наблюдалась выраженная тенденция к купированию нарушений гемокоагуляционного потенциала у обследованной группы больных. Коагулокорригирующее действие ЛПА при исходной гиперкоагуляции у больных с НБ выражалось в неспецифической активации противосвертывающей системы, которая детектировалась повышением активности АТ-III с 82,31+3,34 до 98,54+3,92 (P<0,01) и увеличением АПТВ с 22,89+1,84 до 30,25+2,52 (P<0,05). Изменения коагулологических показателей, характеризующие внешний путь свертывания крови, были менее выражены. ПИ сразу после первого ЛПА снизился в среднем с 107,41+1,66 до 98,32+3,34% (P<0,05), оставался достоверно сниженным по отношению к исходному до окончания второго ЛПА, поднявшись на следующий день после него до 101,12+3,21% (P>0,05).Структурная гиперкоагуляция, зависящая от количества и качества фибриногена, сохранилась (P>0,2). Плазменная концентрация РКМФ и ПДФФ после первого ЛПА изменилась несущественно, а сразу после второго достоверно уменьшилась, соответственно - с 11,92+1,19x10-2 до 4,19+ 0,52x10-2 г/л (P<0,001) и с 24,35+3,45x10-3 до 9,26+ 2,31x10-3 г/л (P< 0,01).

Снижение активности фибринстабилизирующего фактора и фибринолитической активности эуглобулиновой фракции было незначительным, соответственно-P>0,05 и P>0,2.

Средняя величина агрегационной способности тромбоцитов у обследованной группы больных после ЛПА достоверно снижалась с 52,38+3,27 до 42,12+3,19(P<0,05).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об уменьшении проявлений, а в отдельных случаях - исчезновении признаков ДВС-синдрома после ЛПА у больных с НБ.

В иммунном статусе у данной группы больных произошли следующие изменения: снижение относительного содержания Т-супрессоров с 24,17±1,48% до 20,18±1,72% (P<0,05) и повышение- Т-хелперов с 27,11±1,96% до 34,43±2,82% (P<0,02). Также имело место увеличение соотношения Т-хелперы/Т-супрессоры с 1,06±0,15 до 1,63±0,23 (P<0,05).

При оценке функциональной готовности организма женщины к родовозбуждению обнаружены следующие изменения: 1) параметров окситоцинового теста- с 3,57 ±0,28 мин. до 2,46±0,33 мин.(P<-0,02); 2) суммарной оценки «зрелости» шейки матки- с 1,91±0,23 до 2,92±0,27 баллов (P<0,05); 3) на гистерограммах- увеличение количества волн 2 порядка, появление волн 1 порядка.

Таким образом, суммируя вышеизложенное, следует отметить повышение биологической готовности организма женщины к прерыванию неразвивающейся беременности после сеансов ЛПА.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности включения в комплексную прединдукционную подготовку к родовозбуждению при неразвивающейся беременности сеансов ЛПА.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Хворостухина Н.Ф., Салов И.А. (Саратов)

Целью работы явилось исследование гемостазиологических изменений при внутриутробной гибели плода (ВГП) в зависимости от гестационного срока и давности гибели плодного яйца, разработка усовершенствованных методов профилактики и лечения нарушений гемостаза при данной патологии.

Обследовано 222 женщины с ВГП (по календарным срокам у 101 – в I триместре, у 82 - во II, у 39 - в III). Длительность задержки погибшего плода (эмбриона) в матке до 3 недель по разнице календарного срока и объективных размеров матки, а также по данным ультразвукового и патогистологического исследований отмечена у 81 (80,2%) женщин в I триместре, у 49 (59,8%) - во II и у 26 (66,6%) - в III (1 подгруппа); более 3 недель, соответственно – у 20 (19,8%), у 30 (40,2%) и 13 (33,4%) (2 подгруппа). Исследование тромбоцитарного звена системы гемостаза производилось с помощью определения количества тромбоцитов в счетной камере Бюркера с сеткой Горяева и оценке степени агрегации тромбоцитов, вызванной АДФ, фотометрическим методом с графической регистрацией процесса, по Born на приборе агрегометре АТ-02 НИИТИ МЛТ (РФ). Исследование коагуляционного звена системы гемостаза у обследованных женщин производилось с помощью 15 биохимических тестов и электрокоагулографического метода.

Проведенное нами исследование гемостаза констатировало развитие синдрома ДВС у всех женщин с неразвивающейся беременностью (НБ), в том числе у 197 (88,7%) – хронической формы, а у 25 (11,3%) – декомпенсированной подострой формы.

Среди больных с ВГП в I триместре хроническая форма ДВС-синдрома с реальной гиперкоагуляцией и гиперреактивностью тромбоцитов обнаружена у 98 (97,1%) женщин. При прогрессировании синдрома ДВС развивались начальные признаки коагулопатии и тромбоцитопатии потребления, т.е. формировалась подострая форма ДВС-синдрома. Выраженность хронической формы синдрома ДВС зависила от длительности задержки плодного яйца в матке: при задержки погибшего эмбриона в матке до 3 недель прогрессирование хронической формы синдрома ДВС не отмечено, а

при внутриутробной задержки более 3 недель в 3 (15,0%) случаях имело место прогрессирование хронической формы ДВС-синдрома в подострую. Более выраженные нарушения в системе гемостаза констатированы у больных с различной давностью внутриутробной гибели плода во II и Ш триместрах. Среди беременных с задержкой плодного яйца в матке менее 3 недель хроническая форма ДВС-синдрома обнаружена во II триместре у 44 (89,8%), в III – у 23 (88,5%) женщин, более 3 недель соответственно – у 24 (72,7%) и 8 (61,5%) женщин. Масштабы хронической формы диссеминированной интраваэальной коагуляции мы оценивали по активации прокоагулянтного и тромбоцитарного звеньев системы гемостаза, увеличению уровня растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ) и продуктов деградации фибриногена и фибрина (ПДФФ) и уменьшению антикоагулянтного потенциала крови. Снижение активности антитромбина III (АТ-III) мы расценивали как проявление ДВС-синдрома, поскольку АТ-III расходуется на формирование комплексов с образующимся интраваскулярно тромбином. АТ-III также образует комплексы с факторами XII, IX, II, I внутреннего пути свертывания, которые активируются вторично. Констатированное нами снижение содержания гепарина в крови, по-видимому, связано с активацией антигепариновой активности и обуславливает до некоторой степени повышение свертывающих свойств крови. Можно предположить, что повышенный уровень РКМФ и ПДФФ свидетельствует о вторичном фибринолизе, возникающем при значительной активации внутрисосудистой коагуляции. Удлинение времени лизиса эуглобулинового сгустка свидетельствовало об умеренном потреблении при неразвивающейся беременности до 3 недель активаторов плазминогена – основного субстрата фибринолитического звена системы гемостаза. При внутриутробной задержке погибшего плода до 3 недель у 5 (10,2%) пациенток во II и у 3 (11,5%) – в III триместре имело место прогрессирование хронической формы синдрома ДВС в подострую, при фетальной задержке более 3 недель, соответственно у 9 (27,3%) и 5 (38,5%) женщин. Признаками подострой формы ДВС-синдрома явились: снижение концентрации фибриногена в крови, тромбоцитопения, удлинение показателей суммарной активности факторов свертывания крови, увеличение плазменной концентрации РКМФ и ПДФФ, снижение активности АТ-III и концентрации эндогенного гепарина, понижение интенсивности агрегации тромбоцитов. В пользу подострой формы синдрома ДВС красноречиво говорило снижение активности фибрин-стабилизирующего фактора, который интенсивно расходуется при диссеминированной интраваэальной коагуляции и очень медленно восстанавливается. Заметное ускорение лизиса эуглобулинов плазмы у 5 (4,1%) больных, по-видимому, было обусловлено первичной активацией плазминовой системы в связи с появлением в материнском кровотоке при длительной внутриутробной задержке мертвого плода значительного количества внешних активаторов – фетальных тканевых лизокиназ и лизосомальных протеаз. Полученные нами биохимические данные внутрисосудистых условий гемостаза полностью согласуются с результатами проведенного электрокоагулографического исследования.

Патогенетической основой профилактики коагулопатических кровотечений является устранение непосредственной причины активации системы гемостаза (погибшее плодное яйцо), купирование тромбинемии и дефицита компонентов свертывания крови и их ингибиторов. В процессе клинического ведения больным с НБ для коррекции субклинической хронической формы ДВС-синдрома проводилось лечение токоферола ацетатом и никотиновой кислотой. С целью купирования выраженной хронической формы ДВС-синдрома для профилактики дальнейшего развития гемостазиологических нарушений 49 (22,1 %) больным с НБ проводилось противотромботическое лечение низкомолекулярным гепарином (НМГ) - фраксипарином. При наличии признаков патологической активации тромбоцитарного звена у 39 (17,6 %) женщин противотромботическое лечение дополнялось антиагрегантными препаратами: теоникол, курантил, а также 6 % HAES-steril, который снижает агрегацию тромбоцитов, вязкость крови и гиперкоагуляционные свойства плазмы. Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о целесообразности включения в комплекс лечения выраженной хронической формы синдрома ДВС при НБ сеансов лечебного плазмафереза (ЛПА). При разработке программы лечения подострой формы синдрома ДВС учитывался механизм его возможного развития. Основными задачами патогенетической терапии являются: 1-прерывание порочного круга, приводящего к потреблению прокоагулянтов и тромбоцитов; 2-устранение повышенной фибринолитической активности и ингибирование вторичных антикоагулянтов; 3-восполнение потребившихся компонентов тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза. Фраксипарин назначался с целью прерывания внутрисосудистого свертывания крови только после проведения многокомпонентной заместительной терапии. Применение дробных доз свежезамороженной плазмы (5 мл/кг) позволяет возместить у пациенток недостающие в гемокоагуляции прокоагулянты и одновременно увеличить антикоагулянтный потенциал свертывания крови. Опыт применения ингибиторов вторичных антикоагулянтов показал высокую эффективность естественных антипротеаз: контрикал, трасилол, гордокс. При чрезмерной активации фибринолиза применяется дезактиватор плазминогена – трансамин или трансамча. Для купирования сосудисто-тромбоцитарных нарушений назначаются дицинон и АТФ.

Таким образом, гемостазиологический контроль позволил своевременно обнаружить дефекты тромбоцитарно-сосудистого и плазменно-коагуляционного звеньев системы гемостаза. На основании полученных данных нами предложены достаточно эффективные методы профилактики и лечения гемостазиологических нарушений при ВГП, которые позволили сократить сроки пребывания больных стационаре на 7,9±0,3 койко-дней, снизить частоту кровотечений в раннем послеабортном (послеродовом) периоде в 2,5 раза, свести к нулю полостные оперативные вмешательства и летальность.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПРИДАТКАХ МАТКИ

Шатунова Е.П., Линева О.И., Каганова М.А. (Самара)

Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) занимают первое место в структуре гинекологической патологии. Около 1 млн. женщин ежегодно болеют воспалительными заболеваниями матки и придатков, из них 20% нуждаются в стационарном лечении (Евсеев А.А., Богинская Л.Н., 2003).

В современных условиях увеличивается число хронических вялотекущих форм воспалительных заболеваний гениталий со стертой симптоматикой, итогом которых является формирование гнойных тубовариальных образований, развитие параметритов, пельвиоперитонитов с присоединением полиорганной недостаточности и вторичного иммунодефицита (Серова В.Н., 2003).

Зачастую клиническая картина, данные анализов, УЗИ не соответствуют тяжести патологического процесса; а так же не способны дать информацию о глубине иммунных нарушений, прогнозе заболевания.

Таким образом, целью нашего исследования является поиск более адекватных критериев диагностики тяжести патологического процесса. Многочисленные исследования, проведенные в течение последних лет, отчетливо показали, что на клиническое течение воспалительного заболевания и состояние репаративных процессов значительное влияние оказывают такие механизмы регуляции иммунологических реакций, как функции иммуно-компетентных клеток, продукция тех или иных цитокинов, уровень продукции патогенных иммунных комплексов и адгезивных молекул (Мазуров В.И. и соавт., 1999; Rigott R., Power Ch.,1993 и др.).

Одним из критериев диагностики тяжести патологического процесса взят ИЛ 1-β - секреторная форма ИЛ-1. Он принадлежит к классу провоспалительных цитокинов и представляет собой иммунорегуляторный медиатор, выделяемый при воспалительных

реакциях, тканевых поражениях и инфекциях активированными моноцитами, В-лимфоцитами, тканевыми макрофагами (Теплова С.Н., Алексеев Д.А., 2002).

Нами проведено обследование 56 женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки: 22 из них с острым воспалением придатков матки, 34 – хроническое гнойное, 10 женщин составило группу контроля (здоровые доноры). Всем больным проведено полное клинико-лабораторное обследование, включающее в себя общий анализ крови, биохимические исследования, по формуле Я.Кальф-Калифа находили лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), по формуле Буровой – показатель клеточно-фагоцитарной защиты (КФЗ), исследование ИЛ-1 в сыворотке крови и перитонеальной жидкости. С диагностической целью всем больным проведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Пунктат центрифугировали, осадок подвергали цитологическому исследованию, в надосадке определяли содержание цитокинов – ИЛ-1β. Осадок наносили на предметное стекло, фиксировали в смеси Никифорова, окрашивали по Романовскому-Гимзе, проводили микроскопию мазков. Клеточный состав для удобства выражался в процентах. Концентрацию ИЛ-1β определяли твердофазным иммуноферментным методом двойных антител, применением пероксидазы хрена, реактивов ТОО «Протеиновый контур». Результаты исследования приведены в таблице №1.

Таблица №1

Основные показатели воспалительного процесса

Показатель	Острое серозное воспаление, N=22	Хроническое гнойное воспаление, N=36	Здоровые доноры, N=10	примечание
ЛИИ	1,60 ±0,03	3,02± 0,02	0,78±0,03	p<0,001
СОЭ, мм/час	18,22± 0,14	35,57± 0,32	6,55± 0,54	p<0,001
КФЗ	805,50 ±37,85	680,97± 35,62	1182,62± 64,35	p<0,01
ИЛ-1β сыворотки крови, пг/мл	131,17± 12,1	373,70 ±21,12	16,38± 1,34	p<0,05
ИЛ-1β перитонеальной жидкости, пг/мл	145,03± 13,2	304,60 ±42,8	53,27± 4,31	p<0,05

ЛИИ, как известно, свидетельствующий о тяжести интоксикации и степени иммуносупрессии организма, при гнойных ВЗПМ в 3 раза превышал таковой у здоровых женщин. В свою очередь показатель КФЗ в данной группе был резко снижен по сравнению с острым серозным воспалением и здоровыми женщинами, их соотношение составило соответственно 1:1,18:1,74, что тоже подтверждало фагоцитарную недостаточность.

Исследование концентрации ИЛ-1β позволило нам выявить значительные изменения как на системном, так и на местном уровнях. Увеличение концентрации ИЛ-1β было прямо пропорционально тяжести воспалительного процесса, при чем наиболее показательными эти изменения были в сыворотке крови. Их соотношение у здоровых женщин и пациенток с острым серозным и хроническим гнойным воспалением составило 1:8:22,8, а в экссудате – 1:2,72:5,71. Чрезмерный синтез данного цитокина приводил к дезинтеграции иммунного ответа, вызывая надпороговую активацию каскада цитокиновых реакций неполноценных фагоцитов. В свою очередь активированные нейтрофильные гранулоциты вырабатывают свободные радикалы кислорода, лизосомальные катионные белки, которые отрицательно влияют на гомеостатические процессы в организме, способствуют формированию так называемого порочного круга. Цитологическое исследование перитонеальной жидкости так же дало возможность оценить глубину изменений (таблице №2).

Таблица №2

Цитограмма у больных с ВЗПМ

Клеточный состав мазка,%	Острое серозное воспаление N=22	Хроническое гнойное воспаление, N=34
Нейтрофильные лейкоциты	15,18 ±1,12	85,36± 8,21
макрофаги	8,6 ±0,94	0
лимфоциты	49,2 ±3,25	12,83 ±1,94
эпителий	27,02 ±1,81	1,78± 0,06
Микробные клетки	отсутствуют	Сплошь

При остром серозном воспалении экссудат был мутным, содержал слущенный эпителий (79%), лейкоциты (15-20%), лимфоциты (69%), микроорганизмы отсутствовали. При гнойном воспалении в экссудате определялось большое количество нейтрофилов (до 78% в зависимости от тяжести процесса) на разных стадиях разрушения, сниженное число лимфоцитов (5-6%), множество микроорганизмов с частицами тканевого детрита. Данная методика объективно отражает состояние тканей, тяжесть патологического процесса и дает возможность при стертом течении заболевания выявить особенности, присущие различным формам воспалительного процесса, оценить степень его активности и получить информацию на несколько дней раньше четких клинических симптомов.

Таким образом, на основании вышеперечисленных исследований можно судить о тяжести патологического процесса, прогнозировать его течение и во время и в полной мере провести патогенетически обоснованную комплексную терапию и решить вопрос о необходимости оперативного лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА С ДРУГИМИ МЕТОДИКАМИ

Кузина Т.В., Глухов Е.Ю., Громова Л.М.
(г. Екатеринбург)

Аргонусиленная коагуляция (АУК), как метод монополярного высокочастотного воздействия на ткани, за последние годы все шире применяется в эндоскопии, открытой и лапароскопической хирургии с целью остановки кровотечений и девитализации поверхностных патологических процессов. При этом применение этого метода в амбулаторной гинекологии пока мало распространено.

Суть методики заключается в следующем: энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом, с помощью ионизированного газа (аргона). Струя аргона, выходящая из отверстия зонда-манипулятора, образует на его конце облако, которое ионизируется подаваемым высокочастотным напряжением и вызывает образование аргоноплазменной дуги (факела) между наконечником зонда-манипулятора и поверхностью ткани. При воздействии на ткань происходит ее локальный нагрев, высушивание и коагуляция глубина которой, обусловленная физическими особенностями метода не превышает трех миллиметров и зависит от длительности воздействия.

Нами проведено клиническое исследование, целью которого явилась оценка эффективности использования аргонусиленной коагуляции (АУК) у женщин с псевдоэрозией шейки матки в сравнении с традиционными методиками (ДЭК, криодеструкция).

В исследования были включены 75 пациенток от 20 до 32 лет (средний возраст 26,5 лет) с эктопией шейки матки. Величина эктопии была сравнима у всех женщин. Всем пациенткам была произведена бактериоскопия мазка, кольпоскопия с биопсией. Гистологический диагноз биоптата – эпидермизирующий эндоцервикоз. Пациентки были разделены на три группы, по 25 человек. В первой группе (основной) методом лечения эктопии шейки матки выбрана АУК, во второй – ДЭК, в третьей – криодеструкция. Манипуляции выполнялись в амбулаторных условиях без обезболивания. Оценка эффективности различных методик основывалась на данных осмотра и кольпоскопии, проводимых через 1 и 2,5 месяца после процедуры. Фиксировались интенсивность болевых ощущений во время и после манипуляции, а также продолжительность выделений из половых путей.

Пациенткам первой (основной) группы процедура АУК выполнялась на аппарате ФОТЕК ЕА-140 (ООО «Фотек», Екатеринбург,

Россия) в режимах «спрей» и «коагуляция» с подачей аргона, мощность электрохирургического воздействия – 60 – 80 Вт. Длительность манипуляции составила 7 – 15 сек.

Во 2 группе ДЭК проводилась по стандартной методике, шариковым монополярным электродом, в режиме коагуляции на аппарате Е-301 (ООО «Фотек», Екатеринбург, Россия). Мощность электрохирургического воздействия – 60 – 80 Вт.

В 3 группе криодеструкция выполнялась по стандартной методике, в качестве охлаждающего агента использовалась закись азота (t° -89° С).

В первой (основной) группе только 2 пациентки (8 %) характеризовали ощущения во время манипуляции как «умеренные боли», остальные отмечали легкий дискомфорт внизу живота. 7 пациенток (28 %) отмечали мажущие выделения из половых путей в течение 7-10 дней после процедуры.

При осмотре и кольпоскопии через 1 месяц у 20 пациенток (80 %) регистрирована полная эпителизация раневой поверхности.

У 5 пациенток эпителизация была неполной (3 из них были первыми при освоении методики), что потребовало назначения эпителизирующих средств при повторной кольпоскопии.

Через 2,5 месяца полная эпителизация отмечена у 23 пациенток (92 %). У 5 пациенток, которым АУК выполнялась по поводу рецидивирующей эрозии шейки матки после ДЭК, полная эпителизация наступила через 1 месяц. При сравнении субъективных ощущений при выполнении ДЭК и АУК, пациентки отмечали значительно лучшую переносимость последней.

Все больные 2 группы (ДЭК) во время манипуляции отмечали тянущие боли внизу живота различной интенсивности, две из них характеризовали боли как «нестерпимые». У 5 пациенток (20 %) боли внизу живота сохранились в течение суток после процедуры. Все пациентки 2 группы жаловались в течение месяца на гнойно-кровянистые выделения из половых путей, чувство жжения в области наружных половых органов.

При кольпоскопии через 1 месяц у 15 пациенток (60 %) отмечались явления перефокального воспаления и вялая эпителизация раны, что потребовало назначения противовоспалительных и эпителизирующих препаратов.

Кольпоскопия через 2,5 месяца выявила полную эпителизацию у 22 пациенток (88 %).

В 3 группе больных (криодеструкция) ни одна из пациенток не отмечала болевых ощущений во время манипуляции. У 16 пациенток (64 %) в течение месяца были обильные водянистые выделения из половых путей, иногда с примесью крови.

У 6 пациенток (24 %) аналогичные выделения беспокоили в течение 2х недель, и только 3 пациентки (12 %) не предъявляли никаких жалоб.

При проведении кольпоскопии через 1 месяц выявлена «вялая» эпителизация у всех пациенток, а у 7 из них (28 %) отмечались явления цервицита. Всем больным этой группы дополнительно назначались эпителизирующие средства.

Контрольная кольпоскопия через 2,5 месяца показала полную эпителизацию у 12 пациенток (48 %). У остальных регенерация тканей была неполная.

Таким образом, по данным кольпоскопии через 2,5 месяца, выздоровление в 1 группе имело место у 92% женщин, во 2 группе – 88%, и лишь у 48% пациенток 3 группы.

У трёх пациенток, не вошедших в данное исследование, с успехом применялась АУК для остановки кровотечения, возникшего при электроконизации шейки матки.

Выводы:

Методика аргонусиленной коагуляции с успехом может быть использована для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки наряду с общепринятыми методами.

Более щадящее электро-хирургическое воздействие АУК на ткани чем при ДЭК и, возможное отсутствие грубого рубцевания шейки матки в отдалённом периоде после лечения может служить дополнительным аргументом для ее применения у нерожавших женщин.

Полное выздоровление при использовании метода АУК наступает значительно быстрее, чем при криодеструкции.

АУК обладает высокой эффективностью, хорошей переносимостью, и обеспечивает более высокие темпы эпителизации эндоцервикса, сочетая в себе преимущества методов ДЭК и криодеструкции, что позволяет рекомендовать ее более широкое применение.

ПУТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ

Линева О.И., Муравец Е.Н.(Самара)

Синдром хронических тазовых болей является одним из психосоматических вариантов «боли-болезни», при которым зависимость формирования боли и болевого поведения обуславливается повреждением ноци- и антиноцицептивной системы (Савицкий Г.А. с соавт., 2003). Частые нарушения основных категорий качества жизни, развитие астенического и психовегетативного синдрома у данной категории больных диктуют необходимость восстановления баланса активирующих и тормозных процессов в центральной нервной системе, а также вегетокоррекции при проведении комплексной патогенетической терапии синдрома хронических тазовых болей (СХТБ).

Целью данного исследования явилась оптимизация программы лечения больных с СХТБ с учетом выявления психосоматических нарушений с помощью препаратов Грандаксин и Энерион.

Пациенты и методы исследования: обследовано 220 больных в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих синдромом хронических тазовых болей. Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Для оценки психосоматического статуса использовали следующие тесты: шкалу самооценки Спилберга в модификации Ю.Ханина для определения состояния реактивной и личностной тревожности; тест Бека для определения уровня депрессии; тест MMPI в модификации Л.Собчика для многофакторного исследования личности; шкалу Гамильтона для определения тяжести депрессии; шкалу MFI-20 для субъективной оценки астении; шкалу Р.Мелзака для оценки интенсивности боли.

Результаты исследования:

Проведенное тестирование позволило нам выделить 2 группы пациентов. Первую составили 160 женщин с преобладание психовегетативного синдрома и синдрома вегетативной дистонии. 80 пациенток этой группы получали общепринятое лечение СХТБ в зависимости от характера гинекологической патологии (нестероидные противовоспалительные препараты; нормализация метаболических процессов, микроциркулляции; физиотерапия и т.д.) Остальные 80 женщин помимо вышеперечисленных средств получали Грандаксин (50 мг тофизопама) по 1 таб. 3 раза в день в течение 28 дней. У 60 женщин второй подгруппы преобладала симптоматика астенического синдрома. По аналогии они были разделены на две подгруппы: 30 женщин со стандартной схемой лечения, а 30 женщин дополнительно получали Энерион (400 мг сальбутиамина) по 2 таб. в сутки в течение 28 дней. Все 4 группы подобраны по принципу «случай-контроль» и были идентичны по возрасту, наличию сопутствующих гинекологических заболеваний. Тестирование проводилось до и после лечения.

На фоне лечения Грандаксином у 72 больных значительно уменьшилось количество жалоб, обусловленных психовегетативным синдромом, улучшилось «качество жизни», снизился индекс боли (с 2,48+0,26 до 1,81+0,15; $p<0,05$) по шкалам Р.Мелзак. Кроме того, получено достоверное снижение реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности по шкалам Спилберга-Ханина (РТ снизился с 51,5+5 до 41+3, а ЛТ с 69+7 до 50+5; $p<0,05$), а также существенное снижение уровня депрессии (16+2,1 до 11+1,1; $p<0,05$) по шкалам Бека.

К 28 дню лечения Энерионом подавляющее большинство жен-

щин (26) отметили улучшение субъективного самочувствия, что подтверждают показатели анкетного тестирования, уменьшилась выраженность астенических проявлений (общий балл выраженности астении снизился с 17,6+2,1 до 8,3+3,4 балла) по шкалам MFI-20. В Контрольных группах произошло снижение индекса боли и улучшение общего самочувствия только у 50%-30% пациенток без существенных изменений психосоматического статуса.

Оба препарата обладают хорошей переносимостью.

Таким образом, результаты нашего исследования показали высокую эффективность селективного анксиолитика и вегетокорректора Грандаксина и антиастенического препарата Энериона для купирования психосоматических, вегетативных и астенических проявлений при синдроме хронических тазовых болей, следовательно, эти препараты должны быть включены в программу комплексной терапии данного заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Тихомиров А.Л., Олейник Ч.Г.

В настоящее время одним из самых распространённых заболеваний женских половых органов является бактериальный вагиноз. Это заболевание сравнительно недавно выделено в самостоятельную нозологическую форму и по современным представлениям определяется как дисбиотическое состояние влагалищного биотопа, вызванное резким увеличением количества облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и резким снижением или исчезновением лактобактерий, особенно H2O2-продуцирующих.

У 1/2 женщин бактериальный вагиноз протекает бессимптомно, в связи с чем определить его истинную частоту встречаемости не представляется возможным. Однако по данным различных авторов его частота колеблется в пределах 15-19% в амбулаторной гинекологической практике, 10-30% среди беременных женщин, 24-40% среди женщин с ИППП, 35% у женщин с ВЗОМТ.

Успешное лечение бактериального вагиноза, как и любого заболевания, зависит от правильной и своевременной постановки диагноза и проведения патогенетически обоснованной терапии. Цель лечения бактериального вагиноза –задержать рост микроорганизмов, не свойственных этому микроценозу и восстановить нормальную микрофлору влагалища. Терапия бактериального вагиноза остаётся нелёгкой задачей ввиду частого рецидивирования или низкой эффективности ряда предложенных препаратов.

Многочисленные работы последних лет свидетельствуют о том, что препаратами выбора в настоящее время для этиотропной терапии являются орнидазол, метронидазол и клиндамицин, которые обладают антианаэробными свойствами. Однако данная терапия недостаточна для существенного уменьшения частоты рецидива бактериального вагиноза. Причины рецидивов недостаточно выяснены. Считается, что причиной рецидива являются нарушения вагинальной экосистемы и местного иммунитета.

В последних научных работах всё больше внимания уделяется вопросам зависимости развития бактериального вагиноза от состояния местного иммунитета влагалища (Лимарёва Л.В., Целкович Р.Б., 2004). У женщин с бактериальным вагинозом отмечается значительное снижение уровней sIgA, IgA, IgG, что является отражением депрессии иммунной системы на местном и системном уровне при данном заболевании. Этим и объясняется необходимость применения при лечении бактериального вагиноза препаратов воздействующих на местный иммунитет влагалища.

Для повышения эффективности лечения бактериального вагиноза путём воздействия на местный иммунитет влагалища фирмой «Хеминова Интернасиональ С.А.» был предложен препарат «эпиген интим»-спрей. Действующее вещество – активированная глицирризиновая кислота (ГК), получаемая из нетоксичного растительного сырья (экстракт Glicyrriza glabra). При нанесении препарата на кожу или слизистую оболочку ГК накапливается в очагах поражения, системная абсорбция происходит медленно. Глицирризиновая кислота обладает противовоспалительным (активация клеточных стероидных рецепторов, инактивация 11-бета-гидроксистероиднгидрогензазы, преобразующей кортизол в менее активную форму – кортизон), антиаллергическим (подавление простагландина Е2), антибактериальным, стимулирующим регенерацию эпителия кожи и слизистых, иммуностимулирующим эффектами, интерфероногенной активностью. В специальных лабораторных исследованиях показано, что ГК не оказывает эмбриотоксического и тератогенного эффекта, что даёт возможность применять его во время беременности.

Под нашим наблюдением находилось 42 пациентки с бактериальным вагинозом. Схема лечения всех 42 пациенток включала применение одного из вышеперечисленных антианаэробных препаратов и препарат «эпиген интим» интравагинально 4 раза в день в течение 10 дней. «Эпиген интим» хорошо переносился всеми больными, не вызывал побочных эффектов, был удобен в применении. При контрольном исследовании данной группы пациенток после каждой последующей менструации на протяжении 3 менструальных циклов отмечалось состояние нормобиоценоза влагалища на фоне отсутствия клинических симптомов бактериального вагиноза. Полученные результаты предложенного метода лечения доказали отсутствие рецидивов у данного контингента больных на протяжении исследуемого периода.

Кроме того при назначении «эпиген интим» на фоне применения антибактериальной терапии микстинфекции влагалища (четырёхкратное орошение влагалищной части шейки матки, слизистой влагалища и вульвы в течении 7-10 дней) купирование местных воспалительных проявлений происходит уже к 3-4 суткам (тогда как при обычном лечении – только после или за день-два до окончания курса антибиотиков). Также отмечалось более динамичное купирование симптомов, что проявлялось в более раннем исчезновении жалоб на боли, учащённое мочеиспускание.

Таким образом «эпиген интим» позовляет оптимизировать традиционную терапию бактериального вагиноза, повышая её эффективность вероятно за счёт активации факторов иммунитета и восстановления влагалищного микробиоценоза, что приводит к предотвращению рецидивов заболевания, и может быть рекомендован для широкого внедрения в практику лечения бактериального вагиноза.

СТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

Елгина С.И., Кочергина Ю.В. (Кемерово)

По современным представлениям зрелость репродуктивной системы – это, прежде всего, зрелость ее нейроэндокринного звена. Гипофиз и гонады полностью способны функционировать сразу после рождения. Клинико-лабораторные показатели состояния репродукции к моменту рождения ребенка – одна из важнейших научных и практических проблем клинической репродуктологии. По аналогии с другими возрастными периодами, показателями состояния репродуктивной системы новорожденных могло бы служить исследование гипофизарных гормонов, гормонов щитовидной железы, стериодных гормонов надпочечников и половых желез, так как системы гипофиз-щитовидная железа, гипофиз-надпочечники, гипофиз-гонады принимают участие в становлении репродуктивной системы.

Целью настоящего исследования явилось установление нормальных показателей ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, ТТГ, Т3 и Т4 в сыворотке крови новорожденных с учетом пола и определении их диагностической ценности в становлении репродуктивной системы новорожденных.

Методы и материалы исследования. На базе перинатального центра и родильного дома №1 г. Кемерово обследовано 100 доношенных новорожденных, из них 47 девочек и 53 мальчика, рожденных матерями, не имеющих какой-либо эндокринной патологии. Исследование проведено методом иммунно-ферметного анализа с использованием тест- систем фирмы ЗАО «Алкор-Био» (г. Санкт-

Петербург). Данные лабораторных исследований были обработаны методом вариационной статистики с помощью пакета программ Microsoft Excel.

Результаты исследования. Большинство детей (94%) родились в удовлетворительном состоянии без отклонений в состоянии здоровья. Наружные половые органы 86% новорожденных были сформированы правильно. У 8,4% девочек при осмотре наружных половых органов выявлено недоразвитие больших половых губ; 5,6 % мальчиков родилось с недоразвитием полового члена, мошонки, гипоспадией, крипторхизмом. Содержание ТТГ в сыворотке крови матерей, родивших мальчиков (3,75±0,6 мМе/л), несколько выше, чем в сыворотке матерей, родивших девочек (2,95±0,41 мМе/л), однако различия не являются статистически достоверными (P›0,05). Концентрация ТТГ в сыворотке пуповинной крови мальчиков (8,-26±0,87 мМе/л) также несколько выше, чем у девочек (6,46±0,69 мМе/л), но различия статистически не достоверны (P›0,05). Более высокое содержание ТТГ в сыворотке пуповинной крови в сравнении с содержанием его в сыворотке материнской крови статистически достоверно (P‹0,001). У матерей, родоразрешенных плодом мужского пола, уровень Т3 в сыворотке крови составил 2,38±0,23 нмоль/л; у матерей, родоразрешенных плодом женского пола 2,-56±0,25 нмоль/л, различия не достоверны (P›0,05). Не выявлено достоверных различий (P›0,05) в содержании Т3 у новорожденных мальчиков и девочек (1,27±0,19 нмоль/л и 1,65±0,18 нмоль/л). При рождении мальчиков концентрация Т4 в сыворотке материнской крови составила 213,34±17,47 нмоль/л; при рождении девочки – 188,41±14,43 нмоль/л, различия не являются статистически достоверными (P›0,05). Не выявлено достоверных различий (P›0,05) в содержании Т4 у новорожденных мальчиков и девочек (139,05±11,31 и 126,87±7,76 нмоль/л). Более высокое содержание Т3, Т4 в сыворотке материнской крови статистически достоверно в сравнении с содержанием их в пуповинной крови (P‹0,001). Содержание ФСГ у матерей, родивших девочек выше, чем у девочек (1,93±0,54мМЕ/мл и 0,46±0,09мМЕ/мл), различие статистически достоверно (P‹0,01). Статистически достоверное различие в содержании ФСГ (P‹0,01) обнаружено также среди матерей, родивших мальчиков (1,31±0,42 мМЕ/мл), и у мальчиков (0,95±0,15мМЕ/мл). Содержание ФСГ в группе мальчиков несколько выше, чем у девочек (P‹0,01). Превышение ЛГ в материнской крови, как при рождении мальчиков, так и при рождении девочек статистически достоверно. Содержание ЛГ материнской крови при родоразрешении плодом мужского пола составило 2,93±0,77 мМЕ/мл, содержание ЛГ пуповинной крови - 1,78±0,29мМЕ/мл (P‹0,01). Содержание ЛГ при родоразрешении плодом женского пола составило в материнской крови 4,15±0,87мМЕ/мл, в пуповинной - 1,25±0,32мМЕ/мл (P‹0,01). Уровень ЛГ новорожденных мальчиков достоверно превышает уровень ЛГ новорожденных девочек (P‹0,05). Более высокое содержание эстрадиола в пуповинной крови девочек (25228±2044,1нг/мл) по сравнению с мальчиками (24059±3124нг/мл), статистически не достоверно (P›0,05). У девочек имелось статистически достоверное отличие (P‹0,001) в содержании эстрадиола, чем у матерей (14705-±2093,34нг/мл). У мальчиков показатели эстрадиола - также выше материнского (15083,09±2445,56нг/мл) (P‹0,05). Не обнаружено статистически достоверных отличий (P›0,05) в содержании тестостерона у новорожденных мальчиков и девочек (30,34±3,24нмоль/л и 29,02±2,47нмоль/л). Показатели тестостерона в крови девочек выше в сравнении с материнскими показателями (10,28±2,6нмоль/л), однако различия не достоверны (P›0,05). У матерей, родивших мальчиков, содержание тестостерона в сыворотке крови было достоверно ниже (24,77±5,63нмоль/л), чем в пуповинной крови мальчиков (P‹0,01). Содержание прогестерона в группе мальчиков и девочек (492,87±103,21нмоль/л и 425,91±68,56нмоль/л) не является статистически достоверным (P›0,05). Уровень прогестерона в крови матерей, родивших девочек (427,71±68,11нмоль/л), практически не отличался от его уровня в сыворотке пуповинной крови девочек (P›0,05). Не выявлено статистически достоверных различий (P›0,05) в показателях прогестерона у матерей, родивших мальчиков (557,5-2±94,03нмоль/л) и у мальчиков.

Таким образом, полученные данные содержания гормонов могут служить стандартными показателями для женщин и новорожденных с учетом пола. Особую диагностическую ценность, по нашим данным, имеет определение ФСГ и ЛГ, так как половые различия этих гормонов проявляются особенно отчетливо, а ЛГ играет существенную роль в становлении репродуктивной системы новорожденных.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ КТГ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Цидвинцева Л.Н. (Москва)

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности является одной из важнейших проблем здравоохранения. Гипоксия плода и новорожденного занимает ведущее место в структуре перинатальной смертности.

Снижение перинатальной смертности во многом определяется ранней диагностикой нарушений состояния плода во время родов. В настоящее время для раннего выявления гипоксических состояний плода в родах широко применяют кардиотокографию.

Внедрение в акушерскую практику этого метода дало возможность осуществлять непрерывное наблюдение за частотой сердечных сокращений плода и характером родовой деятельности на протяжении всего родового акта.

Однако существенным недостатком данного метода является то, что оценка состояния плода осуществляется на «глазок», обычно без расчёта параметров мониторных кривых.

С тем, чтобы устранить эти недостатки ТОО «Уникос» и Научным Центром акушерства гинекологии и перинатологии РАМН был создан не имеющий аналогов полностью автоматизированный интранатальный монитор (АММ – 06).

Основной особенностью данного прибора является то, что оценка состояния плода при его исследовании производится по 10 бальной шкале аналогичной шкале Апгар в реальном масштабе времени. На экране прибора после появления цифры 7 отображается приблизительное время, через которое оценка состояния плода по шкале Апгар должна составить 6 баллов. В случае резкого нарастания острой гипоксии плода прибор определяет время необходимое для экстренного родоразрешения в целях получения жизнеспособного новорожденного. Кроме того, прибор через 15 – 20 минут восстанавливает потерянную информацию при вынужденном его отключении.

При анализе родовой деятельности на экране дисплея выводятся основные показатели родовой деятельности: длительность каждого маточного сокращения и маточного цикла, общее число маточных сокращений за время исследования. Кроме этого отмечается гипертонус матки, а также нерегулярность частоты и интенсивности маточных сокращений.

Первое сообщение об использовании данного прибора было представлено в 2001 году В.Н. Демидовым и соавторами. Однако в связи с тем, что в исходную компьютерную программу были внесены некоторые дополнения, то мы решили сообщить о последних результатах наших исследований.

Результаты интранатальной кардиотокографии проанализированы у 160 рожениц. Через естественные родовые пути родили 147(92%) женщин. У 13 (8%) рожениц имело место оперативное родоразрешение в связи с аномалией родовой деятельности и гипоксией плода. Из них, у 9 рожениц – кесарево сечение и у 4 – акушерские щипцы.

Родилось 160 живых доношенных детей. Из них 155(96,8%) детей родилось в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар у 56(35%) детей составила 9 – 10 баллов, у 62(38%) - 8 баллов, у 37(23%) – 7 баллов, у 3 (1,8%) – 6 баллов, у 2(1,3%) – 5 баллов.

Выполненные исследования показали, что точность правильной оценки состояния плода по шкале Апгар констатирована в 126(78-

,7%) наблюдений, ошибка в один балл отмечена у 27 плодов (16,8%), в 2 балла – у 11 (6,8%), в 3 балла – у 5(3,1%) и 4 балла – 1(0,6%).

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, что автоматизированная интранатальная кардиотокография является ценным методом, который позволяет с довольно высокой точностью выявлять острую гипоксию плода в родах, и, основываясь на полученных данных осуществлять необходимые в каждом конкретном случае лечебные мероприятия, направленные на снижение перинатальной заболеваемости и смертности.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ НАРУШЕНИИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Черданцева Г.А., Кочарина Т.В., Краева О.А., Ярыгина И.А. (Екатеринбург)

Цель: Изучить состояние центральной и почечной гемодинамики у новорожденных с нарушением адаптации в раннем неонатальном периоде.

Материал и методы исследования: 30 доношенных новорожденных детей с дезадаптацией в раннем неонатальном периоде, 10 здоровых доношенных новорожденных от здоровых матерей при неосложненной беременности и родах, ультразвуковое сканирование сердца и почек с допплерометрией.

Результаты исследования: В группе здоровых детей изменений в течении адаптационного процесса не было.Все дети со срывом адаптационных процессов родились у женщин с осложненным течением беременности. Угроза прерывания беременности наблюдалась в 66%, отечная форма гестоза в 38%, хроническая фетоплацентарная недостаточность - 37%, хроническая гипоксия плода - 37%. Ведущей соматической патологией матерей являются хронический пиелонефрит (30%), анемия (20%), миокардиодистрофия (12%). Спонтанные роды проходили у 67% женщин, способом кесарева сечения - 33%. Большинство детей (63%) родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести. Оценка по Апгар на 1 минуте составила 6,7±0,2 балла, на 5 минуте - 8 баллов.

К концу 1 суток жизни у 83% детей состояние расценивалось как среднетяжелое, 17% - удовлетворительное. В клинической картине у 85% доминировал синдром угнетения, у 15% синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. У всех детей с нарушением адаптации имелись изменения со стороны работы сердца: периферический цианоз, брадикардия. При ультразвуковом сканировании наблюдалась сферизация камер, перегрузка объемом, повышение сократительной способности миокарда (увеличение фракции изгнания, фракции укорочения).Не смотря на увеличенные конечно-диастолический и конечно-систолический размеры и объемы левого желудочка, ударный и минутный объемы находились в пределах обычных величин здоровых доношенных новорожденных детей с нормальной адаптацией. Увеличение силы сокращений не обеспечивало должный гемодинамический эффект у детей с нарушением ранней неонатальной адаптации. Относительное уменьшение сердечного выброса вызывает периферический вазоспазм и увеличение общего периферического сопротивления сосудов, к дефициту регионарного кровотока в почках, что сопровождается ишемией в виде обеднения сосудистого рисунка. Индексы резистентности сосудов почек были высокими (0,9 – 1). В 35% диастолический компонент отсутствовал.

Таким образом, исследование центральной и почечной гемодинамики при срыве процессов адаптации является малоисследованной областью требующей комплексного подхода к изучению и поэтапному наблюдению.