Всероссийский Конгресс
с международным участием

Амбулаторно-поликлиническая практика – в эпицентре женского здоровья

Сборник тезисов

Москва
20–23 марта 2012

Всероссийский конгресс с международным участием
«Амбулаторно-поликлиничнская практика – в эпицентре женского здоровья»
Сборник тезисов
М., 2012 – 416 с.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ

Российское общество акушеров-гинекологов

Российское общество по контрацепции

Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии

Конгресс-оператор ЗАО «МЕДИ Экспо»

Под редакцией
академика РАМН Г.Т. Сухих
профессора В.Н. Прилепской

Составитель сборника к.м.н. Бебнева Т.Н.

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

ISBN 978-5-94943-063-7

©«МЕДИ Экспо», 2012

РАЗДЕЛ №1

Акушерство

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ахледиани К.Н., Лубнин А.Ю., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Коваленко Т.С., М.В. Капустина, Торшина З.В.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Россия
НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Актуальность. У 75% женщин внутричерепные опухоли развиваются в репродуктивном возрасте и впервые могут дать знать о себе во время беременности. Материнская смертность среди женщин с опухолью головного мозга чрезвычайно высока и составляет 24,3%. Трудности лечения таких пациентов вполне очевидны: консервативное, и в особенности хирургическое лечение этой патологии может представлять реальную угрозу даже для физиологически протекающей беременности. А некоторые акушерские ситуации могут вызвать острую декомпенсацию интракраниальной системы с катастрофическими последствиями.

Цель: оптимизация ведения беременных с опухолями головного мозга.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находились 85 беременных с опухолями головного мозга от 21 до 43 лет. Беременные разделены на три группы. I группу составили 7 беременных: у трех астроцитома различной локализации, которая выявлена во время данной беременности в 28–31 нед. Все беременные поступили в НИИ нейрохирургии им Н.Н. Бурденко. Невринома слухового нерва – у одной, у трех пациенток – менингиома височной области, которая у одной из пациенток явилась случайной находкой в 35 недель гестации. II группу составили 62 беременные: арахноидальными кистами (25 женщин), микроаденомой гипофиза – (37 пациенток). В III группу вошли: 16 беременных, раннее перенесших нейрохирургическое вмешательство по поводу опухоли головного мозга различной локализации. Давность операции до наступления настоящей беременно-

сти 1–2 года. Всем беременным, кроме стандартных клинико-лабораторных методов исследования, с целью определения локализации и распространения опухолевого процесса применялись компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) в условиях защиты плода; электроэнцефалография (ЭЭГ) для выявления очаговых нарушений биопотенциалов мозга и/или оценки тяжести нарушений деятельности мозга в целом. Все беременные консультировались нейроофтальмологом, нейрохирургом и нейроанестезиологом, неврологом, терапевтом. Проводилось в динамике ультразвуковое исследование плода, исследование гормонального статуса фетоплацентарного комплекса (ФПК).

Результаты и их обсуждение: беременные I группы отнесены к группе высокого риска по развитию неврологических осложнений. Все они наблюдались амбулаторно и/или стационарно по индивидуальной программе. Беременность осложнилась анемией у трех, ФПН – у одной. Основное заболевание начиналось с появлением общемозговых симптомов: тошнота, рвота, нарушений зрения, что расценивалось как осложнения беременности, в последующем присоединялась очаговая симптоматика: эпилептические припадки, гипертензионно-гидроцефалический синдром, снижение слуха. Проводимое лечение включало: противосудорожные препараты, кортикостероиды, а также терапия направленная на улучшение функции ФПК. На фоне лечения удалось добиться регрессирования общемозговой и очаговой симптоматики. Беременные II группы имели низкий риск неврологических осложнений. При этом частота гестационных осложнений у них была выше, чем у женщин I и II группы: анемия выявлена у 13 пациенток, гестоз легкой степени тяжести – у 15 женщин. Чаще в этой группе наблюдалась угроза прерывания беременности, по всей видимости обусловленная гормональными нарушениями, что потребовало госпитализации в стационар (24 наблюдения). В III группе беременность осложнилась угрозой прерывания у двух пациенток, анемией – в 9 наблюдениях, гестозом легкой и средней степени – у трех. На фоне лечения у всех 85 пациенток беременность была пролонгирована до доношенного срока. У двух пациенток 1 группы проведены симультантные операции: кесарево сечение с одномоментным удалением опухоли. Пациентке с невриномой слухового нерва удаление опухоли произведено после оперативного родоразрешения. Все три пациентки с менингиомой родоразрешены через естественные родовые пути, в настоящее время одной из них после родоразрешения произведено удаление опухоли. Материнской и перинатальной смертности не было.

Выводы: 1. При первой явке беременной с неврологической симптоматикой врач женской консультации должен направить беременную на консультацию к неврологу для решения вопроса о возможности пролонгированная беременности. 2. При сохранении беременности показано диспансерное наблюдение не только акушером, но и неврологом и окулистом. 3. Ценность КТ и МРТ для диагностики опухоли головного мозга во время беременности превышает потенциальный риск для плода при соблюдении всех рекомендаций по его защите. 3. Беременным с опухолями головного мозга необходимо

профилактическое назначение комплекса лечебных мероприятий для обеспечения оптимальных условий для пролонгирования беременности и внутриутробного развития плода. 4. В случае нарастания общемозговой и очаговой симптоматики, гипертензионно-гидроцефальной симптоматики либо при стремительном падении зрения, учащении эпилептических приступов показано нейрохирургическое вмешательство, направленное на удаление опухоли, при возможности – пролонгирование беременности с последующим оперативным родоразрешением.

Таким образом, использование предложенной схемы ведения беременных с опухолями головного мозга (раннее выявление заболевания и адекватное лечение) позволяют избежать ошибок в лечебной и акушерской тактике, способствуют сохранению беременности и улучшению материнских и перинатальных исходов.

ОБУЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В КАБИНЕТЕ ДОРОДОВОЙ ПЕДАГОГИКИ «СОНАТАЛ»

Ф.Г. Ахмерова, Н.В. Жижина

ГБУ «Детская городская поликлиника №109 Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия

Актуальность: Система пренатального воспитания позволяет воздействовать как на беременную женщину, так и на ребенка, и тем самым влиять на его здоровье и психофизиологическое состояние во внутриутробном периоде и отношение пап как общаться будущим ребенком и воспитания его в семье.

Цель исследования: Подготовка молодых мам к предстоящему материнству, поддержка грудного вскармливания.

Результаты: Для решения этих проблем впервые в г. Москве при городской Детской поликлинике №109 с марта 2008 г. организован кабинет дородовой педагогики (по внутриутробному развитию ребенка) по программе методики «Сонатал» (музыка рождения) академика Лазарева М.Л. (г. Москва), введенной в России в 1983 г. Основными задачами кабинета было определено: проведение занятий по специальной программе с беременными женщинами и детьми раннего возраста; воспитание в женщинах осознания необходимости общения с ребенком до его рождения с участием всей семьи. Применение метода «Сонатал» позволяет говорить о высокой эффективности и безопасности как для беременной женщины, так и для будущего ребенка. Рождение здорового и желанного ребенка – это задача, которая должна осуществляться в тесном контакте медицинских работников с самой беременной женщиной и её семьей. Подготовка молодых мам к предстоящему материнству начинается со дня их прихода в кабинет пренатального воспитания. В

программе – дыхательная гимнастика (разработана М.Л. Лазаревым в 1984 г. и рекомендована МЗ РФ), психопрофилактическая подготовка к родам, питание беременных женщин и в период лактации, анатомо-физиологические особенности новорожденных детей, подготовка к грудному кормлению и преимущественно естественного вскармливания, профилактические прививки, уход за ребенком, пеленание и т.д. Творческая часть занятий состоит из прослушивания классической музыки и занятий ручным трудом. Занятия сопровождаются музыкой из произведений классиков и колыбельных песен.

С 2008 г. по 2011 г. в ходе обследования просмотрены 505 карт первородящих беременных женщин. Частая обращаемость от 30 и 35 недель беременности (32,4% и 32,9% соответственно). Возраст беременных женщин от 19 до 42 лет. Из них: от 16 до 20 лет – 13 (2,6%), от 20 до 25 лет – 139 (27,5%), от 25 до 30 лет – 216 (42,7%), от 30 до 35 лет 108 (21,4%), от 35 лет и более – 29 (5,8%). Замужем – 81,2%, С ними проведено 3347 занятий. 80,2% беременных женщин прошли от 4–5 до 12 занятий. В исследовании принимали участие женщины с отягощенным акушерским анамнезем: угрозой прерывания беременности, экстрагенитальной патологией (заболевания почек, пороками сердца, гипертонией и др.). Шевеление плода превалирует в 16 – 17 недель (58,3%). Менструация с 12–14 лет у 58,3%, из них с болями каждый второй и без болей – 60,1%, через 5–7 дней 53,6%. Желанная беременность у 94,7%. За этот период двое детей умерло во внутриутробном периоде, у одного ребенка в/у инфекция – прожил 10 дней, один ребенок умер через 3 дня после рождения (диагноз: врожденная пневмопатия). Кроме того, изучены анкетные данные родителей и родившихся детей в 2008–2010 г.г. (158). Возраст мам – преобладает 25–30 лет (52,5%), у пап 40,0%. Образование: высшее – 81,5%, у пап – 68,2% (среднее образование 13,6% и 27,8% соответственно). Вредные привычки – (курение) составляет 79,4% (из данных анкет). Курящих женщин – 56 (44,4%), из них: до беременности курила каждая четвертая (26,8%), среди мужей – каждый второй (55,6%), преобладает курение с 11–12 до 18 лет – 69,8%. Из наследственных заболеваний на 1-м месте – сердечно-сосудистые заболевания, на 2-м месте – онкология и на 3-м месте – сахарный диабет и ЖКТ. Среди родивших детей преобладают мальчики – 54,9%. Масса тела: до 2,5 кг – 0,9%, до 3 кг – 13,4%, от 3 кг – до 4 кг. – 77,1%, от 4 кг – и выше 8,6%. Находились на грудном вскармливании до года 80,0% (из них старше года – 42%). Кроме вышеизложенного в 2011 г. проведен анализ ф 112/у – 100 амбулаторных карт детей первого года жизни и 100 обменных карт новорожденных детей. Среди них мальчиков 53,0%. Первая беременность у первородящих – 77%, вторая – 21%, третья беременность – 2%. Первые роды – 94%. Кесарево сечение у каждого четвертого (22%). Дети родились в основном в головном предлежании. Из родильного дома каждая вторая женщина выписана на четвертый день. Масса тела 63% от 3 кг – до 4 кг. 68% новорожденных родились в удовлетворительном состоянии. При оценке состояния новорожденных после родов по шкале рождения Апгар у 71% – от 8 до 10 баллов. Приложили к груди в родильном доме сразу – 27%, в первый день 44%. Новорожденные дети профилактические прививки

в роддоме против туберкулеза получили 84%, против гепатита «Б» – 66%, а к году все прививки по календарю получили – 92% детей. Заболеваемость среди годовиков ниже в 2,5 раза, чем у детей находящихся на искусственном вскармливании, а психоэмоциональное развитие выше, чем у детей, не имеющих подобного пренатального опыта. Из наследственных заболеваний на 1-м месте: сердечно-сосудистая система, на 2-м – онкология, и на третьем месте сахарный диабет и ЖКТ. На грудном вскармливании дети до 3 – х месяцев 4%, до 6 месяцев – 10%, до одного года – 86% (из них старше года каждая вторая – 51%). Работает школа будущих отцов. На занятиях будущие отцы получают информацию о внутриутробном развитии ребенка до и после, проходит показ видеофильмов, всего обучались 237 пап. Проводится тестирование пап «Каким папой Вы будете?». Выпущен сборник стихов – творчество мам и пап «В ожидании Чуда». Ежегодно проводится торжественное мероприятие, посвященное вручению диплома мамам, которые кормили ребенка грудью до года и более и об окончании курса «Сонатал». Оформлено 4 стенда о грудном вскармливании, 12 альбомов с фото и т.д.

Таким образом, полученные в результате применения метода «Сонатал» данные, позволяют говорить о высокой эффективности и безопасности как для беременной женщины, так и для будущего ребенка. Заболеваемость у детей первого года жизни ниже в 2,5 раза, масса тела при рождении составляет 3 кг и выше (85,6%), психоэмоциональное развитие выше, к году 92% детям сделаны профилактические прививки, врожденные пороки развития не зарегистрированы, физическое развитие в пределах возрастной нормы. На естественном вскармливании до года находится 86% (более года – 51%). Однако не во всех родильных домах новорожденных приложили к груди сразу, дают в роддоме адаптированные смеси, что в последствии затрудняет прикладыванию ребенка к груди, не достаточного контакта с женской консультацией (10,7% беременных направлена в КДП), в результате на занятия женщины приходят в поздние сроки беременности..

Занятия в кабинете дородовой педагогики (пренатального воспитания) готовят молодёжь к сознательному родительству, ответственному вынашиванию, рождению и воспитанию ребенка. Необходимо проводить занятия не только с первородящими женщинами, но и с будущими папами, так как не все понимают как общаться с ребенком и как его воспитывать. Необходимо предусмотреть штаты врача в детской поликлинике – педиатра, музыкального работника, медицинской сестры.

Считаем, что данная форма работы может быть принята детскими поликлиниками и женскими консультациями как эффективный метод в управлении здоровьем будущего поколения.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Бабаева Е.Р., Краснянская О.И.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Россия

В связи с неизменной актуальностью проблемы сердечно-сосудистой патологии у женщин репродуктивного возраста перед акушерами-гинекологами стоят задачи безопасного пролонгирования желанной беременности, раннего выявления пороков развития и поиска оптимального способа родоразрешения.

В структуре Самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД) с 1994 года успешно работает стационар дневного пребывания беременных (КАДС), основными направлениями работы которого являются:

– скрининг: комплексный анализ состояния матери с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и её плода;

– диспансерное наблюдение за данными пациентками;

– компьютерная обработка и хранение полученной информации;

– обеспечение преемственности с первичным звеном (женскими консультациями), родильным домом СОККД, другими учреждениями родовспоможения Самарской области;

– внедрение инновационных методик в организации лечебно-диагностического процесса.

В 2011 году в КАДС принято 4294 женщин, 76,73% – беременные.

Профильность направлений на скрининг в течение трёх последних лет колеблется между 71,58% и 83,45%.

Патологии сердечно-сосудистой системы и ВПС не выявлено в 20,28% в 2011 году. Это на 8,14% меньше, чем в 2009 году, что подтверждает целесообразность проведения подобного обследования в возрастающих объёмах. Однако следует заметить, что рост госпитализации осуществляется преимущественно за счёт направлений из крупных городов области.

В структуре выявленной патологии сердечно-сосудистой системы первое место в течение нескольких лет занимает артериальная гипертензия (40,01%). На втором месте – нарушения ритма и проводимости, доля которых возросла с 12,5% в 2009 году до 16,33% в 2011. Выявленные при обследовании врождённые пороки сердца у беременных составили 8,43%.

На диспансерном учёте в КАДС в 2011году состояло 146 беременных с врождёнными пороками сердца. Дефект межпредсердной перегородки диагностирован у 29 женщин (19,86%), открытый артериальный проток у 31 (21,23%), дефект межжелудочковой перегородки у 31 (21,23%). Данные нозо-

логические формы стабильно занимают лидирующие позиции в структуре кардиологической патологии у беременных.

В КАДС в 2011 году наблюдались 292 женщины с нарушениями ритма и проводимости, что составила 538 госпитализаций.

Наиболее часто встречающееся нарушение ритма у беременных – экстрасистолия (57,53%). Второе место занимает пароксизмальная тахикардия (20,55%), третье – синдром WPW (8,22%). Обращает на себя внимание высокий процент РЧА в анамнезе – 5,48%.

В 2011 году в 51 случае был диагностирован и подтверждён ВПС у плода. В 19,61% (10) выявлены дефекты межжелудочковой перегородки, в 15,69% (8) – синдром гипоплазии левых отделов, в 11,76% (6) – стеноз лёгочной артерии. По каждому факту проведён перинатальный консилиум.

В связи с имеющейся возможностью хирургической коррекции порока у новорождённых в условиях СОККД 48 женщин приняли решение о пролонгированиии беременности. Им было рекомендовано: мониторинг состояния плода и динамическое наблюдение в КАДС (проведено 32 скрининг обследования), последующее родоразрешение в условиях родильного дома СОККД. Дальнейшая тактика ведения новорождённых определялась детским кардиохирургом после ЭХОКГ в первые часы жизни.

Таким образом, наличие полного цикла оказания кардиоакушерской помощи в условиях СОККД позволяет обеспечить раннюю диагностику и адекватную коррекцию нарушений как женщинам, так и новорождённым с максимально благоприятным прогнозом.

Более широкий охват кардиоакушерским скринингом беременных из других групп риска (к ним можно отнести и проживание в отдалённых районах области позволит повысить качество пренатальной диагностики и снизить уровень перинатальных потерь.

ЗНАЧЕНИЕ ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ ОСТАТКОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПОЛОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗОГО АБОРТА

Белоусов Д.М., Куземин А.А.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

Несмотря на наличие широкого выбора различных методов контрацепции и их доступность, на сегодняшний день в России прерывание беременности до 12 недель является ведущим в регуляции рождаемости.

Одним из наиболее безопасных методов искусственного прерывания беременности является медикаментозный аборт, который с 1988 г. внедрён в широкую медицинскую практику в мире, а с 1999 г. и в России. Известно, что риск осложнений значительно снижается при прерывании беременности в наиболее ранние сроки. Медикаментозный аборт с использованием мифепристона и простагландина проводится при сроке беременности до 6 недель.

В большинстве случаев диагностика остатков плодного яйца после хирургического прерывания беременности не вызывает трудностей, однако специфика течения медикаментозного аборта регулярно приводит к неоднозначной трактовке ультразвуковой картины. Довольно часто необоснованно назначается вакуум-аспирация, как правило, это «перестраховка» врачей. Квалификация врача ультразвуковой диагностики, оказывающего диагностическую помощь, играет главную роль в выборе тактики ведения таких пациенток.

Цель исследования: оценить значимость таких параметров, как гематометра, гетерогенное содержимое полости матки и его активная васкуляризация для необходимости проведения вакуум-аспирации при предположительно неполном медикаментозном аборте. При ультразвуковом сканировании полости матки у женщин на 11–14 день после медикаментозного прерывания полости матки определялась степень выраженности гематометры, при увеличении полости матки более 12 мм проводилось ЦДК. Женщины с подозрением на неполный аборт подвергались вакуум-аспирации полости матки с гистологическим исследованием. Остатки плодного яйца были подтверждены лишь у тех пациенток, которые имели выраженную васкуляризацию содержимого полости матки.

Результаты: назначение вакуум-аспирации содержимого полости матки при выраженных явлениях гематометры необоснованно при отсутствии убедительных данных о васкуляризации содержимого полости матки. В ряде случаев следует воздержаться от хирургического вмешательства и принять выжидательную тактику.

Для оценки эффективности медикаментозного аборта при ультразвуковом исследовании, которое обычно проводилось на 11–14 дни (такой календарный разброс был обусловлен выходными днями, а также невозможностью явки женщины по социальным обстоятельствам) после начала кровотечения, измерялось М-эхо, которое некоторыми исследователями ошибочно расценивается как толщина эндометрия, однако истинно представляет собой эндометрий и содержимое полости матки. Из 109 пациенток, участвовавших в исследовании у большинства (73,4%), участвовавших в данном исследовании, состояние полости матки было расценено как удовлетворительное (6,6+1,5 мм). У 21,1% женщин состояние полости матки было расценено как сомнительное (расширение полости матки превышало 12 мм и составляло 14+1,8 мм). Из них у 8,2% выраженные явления гематометры сочетались с признаками активной васкуляризации содержимого полости матки, в связи с чем был собран консилиум. Эти пациентки 9 (8,2%) были подвергнуты

вакуум-аспирации полости матки с детальным гистологическим анализом полученного материала. К остальным пациенткам из этой группы была применена выжидательная тактика.

У 2-х женщин было подтверждено наличие остатков плодного яйца (обе пациентки имели признаки активной васкуляризации содержимого полости матки). У оставшихся 7-и гистологических признаков остатков плодного яйца выявлено не было. Стоит отметить, что у одной пациентки с признаками васкуляризации эхогенного содержимого полости матки, при гистологическом исследовании были обнаружены признаки лимфоцитарной инфильтрации эндометрия, не позволившие исключить хронический эндометрит, что подтверждалось данными анамнеза.

Таким образом, вакуум-аспирация содержимого полости матки при выраженных явлениях гематометры необоснована при отсутствии убедительных данных об активной васкуляризации содержимого полости матки. Даже при наличии цветовых локусов кровотока в проекции полости матки и отсутствии меноррагии следует воздержаться от хирургического вмешательства и принять выжидательную тактику.

СОСТОЯНИЕ РУБЦА НА МАТКЕ И ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Бычков И.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Россия

Согласно данным медицинской статистики, в последние годы отмечается рост заболеваемости миомой матки, которая выявляется у 10–29% женщин (Ботвин М.А.; Вихляева Е.М.; Сидорова И.С.). Миома матки оказывает негативное влияние на репродуктивное здоровье, вызывая первичное и вторичное бесплодие в 15–35% случаев и осложненное течение беременности у каждой второй пациентки. Наиболее эффективным и физиологическим методом восстановления репродуктивной функции у женщин с данной патологией является консервативная миомэктомия. Вместе с тем, рубцовые изменения матки, вызванные оперативным вмешательством, служат фактором риска по неблагоприятному течению беременности и возникновению гипоксии плода различной степени тяжести. В связи с этим, целью настоящего исследования явилась оценка течения беременности и состояния рубца на матке у пациенток, перенесших консервативную миомэктомию.

Материалы и методы. Проведено исследование 69 женщин в сроке 36–39 недель беременности, из которых были сформированы две клинические группы. В первую группу вошли 54 пациентки, перенесшие миомэктомию. Согласно операционным протоколам более 75% женщин первой группы имели единичные или множественные (не более 3) миоматозные узлы с интерстициальной или интерстициально-субмукозной локализацией, превышающие 5 см в диаметре. Вторую группу составили 19 беременных, не имевших оперативных вмешательств. Выполнено комплексное исследование пациенток, включающее сбор общего и специального анамнеза, проведение лабораторных тестов. Ультразвуковое и допплерометрическое исследование выполнялось на аппарате Voluson 730 с помощью абдоминальных и вагинальных датчиков. Особое внимание уделяли состоянию рубцов на матке. Признаками неполноценного послеоперационного рубца считали уменьшение его толщины менее 3–4 мм, преобладание грубой соединительной ткани над мышечной, наличие неоднородной структуры с признаками «ниши» и плохого кровоснабжения данной области. Функциональное состояние плода оценивали с помощью компьютерной телеметрической кардиотокографии на аппарате Rimkus T800 и интерпретацией полученных данных по Демидову В.Н.

Результаты. Возраст пациенток в I группе составил в среднем 25,3 лет и во II группе – 26,7 лет. Количество беременностей и родов в исследуемых группах были статистически однородными. Течение настоящей беременности в I и II группах осложнилось ранним токсикозом соответственно в 16 (29,6%) и 4 (21,1%) случаев, поздним гестозом у 33 (61,1%) и 7 (36,8%) женщин. Угроза прерывания беременности отмечалась у 22 (40,7%) пациенток в первой группе и у 5 (26,3%) во второй. Задержка внутриутробного развития в первой группе диагностирована у 6 (11,1%) женщин и 1 (5,3%) женщины в контрольной группе. При ультразвуковом исследовании рубца на матке у пациенток с миомэктомией установлена его толщина, не превышающая 4 мм у 4 (7,4%) женщин, толщина менее 2 мм – у 15 (27,8%) женщин. Допплерометрическое исследование фетоплацентарной системы в первой и второй группах выявило нарушения Iа степени у 16 (29,6%) и 4 (21,1%) беременных, Iб степени – у 11 (20,4%) и 2 (10,5%) пациенток, II степени – в 5 (9,3%) и 2 (5,2%) случаях соответственно. Снижение васкуляризации в области рубца на матке отмечалось у 17 (31,5%) женщин первой группы. Все пациентки с рубцом на матке были родоразрешены путем кесарева сечения по сочетанным показаниям. В ходе операции неполноценность рубца была подтверждена у 18 (33,3%) женщин. При проведении компьютерной кардиотокографии в первой и второй группах начальные признаки страдания плода диагностированы у 17 (31,5%) и 4 (21,1%) беременных, средней степени тяжести выявлены в 9 (16,7%) и 2 (10,5%) случаях и выраженные признаки страдания установлены в 4 (7,4%) и 2 (5,5%) случаях соответственно.

Выводы. На основании данных ультразвукового исследования рубца на матке в течение беременности и объективного осмотра в ходе операции его несостоятельность была установлена у трети пациенток с миомэктомией. Течение беременности у женщин с рубцом на матке в сравнении с контроль-

ной группой осложнялось угрозой прерывания в 1,6 раза чаще, гипоксией плода в 1,4 раза, а нарушение кровотока в фетоплацентарной системе отмечалось в 1,5 раза. В связи с этим, беременным с консервативной миомэктомией в анамнезе необходимо проводить своевременную диагностику состояния рубца и оценку компенсаторно-приспособительных возможностей плода с последующей их коррекцией. Частота неполноценности рубца на матке после удаления крупных интерстициальных и субмукозных узлов может быть оценка как весьма высокая, что требует дальнейшего совершенствования оперативной техники, особенно на этапе восстановления целостности стенки матки.

МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОСНОВА КОРРЕКЦИИ ЕГО ФАКТОРНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ВРАЧОМ АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ

Васильева Т.П., Малышкина А.И., Панова И.А., Филькина Е.В., Астахов М.В.

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

В данном сообщении изложен опыт применения автоматизированного «Мониторинг здоровья и качества медицинского обеспечения беременных женщин и женщин, завершивших беременность», разработанного ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития РФ. Информационное обеспечение определения риска нарушения репродуктивного здоровья и выбора мер управления по коррекции факторов риска перинатальной и материнской патологии и смертности основывается на выявленной в ходе многолетнего использования мониторинга прогностической значимости факторов риска, дифференцированных по пяти группам. Этапность выявления факторной отягощенности здоровья женщин во время беременности реализована на введении информации в фиксированные сроки медицинского обеспечения женщин, а именно: первично при взятии женщины на учет по беременности, а затем дополнительно в 24, 36 недель беременности и после родов. На основе одной входной формы формируется более 30 выходных форм, в которых содержится информация для врача акушера-гинеколога, заведующей женской консультацией, главных специалистов с рекомендациями по профилактике реализации риска материнской и перинатальной патологии и смертности. Для врача акушера-гинеколога ввод информации о факторах риска, их динамики во время беременности обеспечивает

формирование выходной формы «Индивидуальный план ведения беременной» по риску, в котором указывается степень риска перинатальной и материнской смертности, группа здоровья, предполагаемый срок родов. Введение в программу алгоритма определения группы риска акушерского стационара, необходимой данной женщине в соответствии с приказом МЗ и СР РФ №808 н от 2 октября 2009 года «О порядке оказания акушерско-гинекологической помощи» обеспечивает в автоматизированном режиме получение данной информации и изменение ее по мере появления дополнительных показаний у женщины. Методической базой Мониторинга беременных являются разработанные критерии оценки здоровья беременных, прогностические алгоритмы риска форм акушерской и перинатальной патологии, система связи между специалистами женской консультации, взрослой и детской поликлиники, стандарты медико-социальной помощи, в том числе в группах риска, технология сбора информации. В ходе многолетнего использования мониторинга беременных в условиях субъекта РФ выявлен комплекс необходимых мер медико-организационной поддержки его внедрения, которые могут применяться в территориях, начинающих внедрять данную технологию.

Информационная система «Мониторинг беременных» предполагает использование проспективного экспертного контроля качества за счет разбора каждого случая ведения беременных на консультативно-экспертной комиссии в женской консультации. Осуществляемый заведующей женской консультацией контроль правильности выявления факторов риска и показаний для определения группы риска акушерского стационара для родоразрешения женщины обеспечивает улучшение качества входной информации, а соответственно и выходных данных по наблюдению женщин. Достоинством предложенной программы является возможность создания базы данных мониторинга не используя систему интернет, применяя любые формы передачи информации (гибкие, жесткие носители, электронную почту), что сокращает экономические затраты.

ПРИМЕНЕНИЕ УФОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ветров В.В., Васильев В.Е., Батракова Т.В., Антошина Т.А.

ФБГУ » Институт Перинатологии и Педиатрии», Санкт-Петербург, Россия
«ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. На долю раневой инфекции (чаще – воспалительные изменения швов на передней брюшной стенке, реже – провисание лигатур в полость матки, несостоятельность шва на матке) после кесарева сечения

(КС) приходится от 3 до 20% всех послеродовых гнойно-септических осложнений (ГСО). Осложненное течение послеоперационного периода увеличивает сроки лечения больных, приводит к серьезным отдаленным последствиям: вентральным грыжам, формированиям свищей и т.д. В последние годы при ГСО у родильниц все более широко применяются методы эфферентной терапии (ЭТ), в частности, ультрафиолетовое облучение крови (УФОК).

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность применения УФОК в комплексной терапии наружной раневой инфекции у родильниц после КС.

Материалы и методы исследования. В клинике Перинатального Центра ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» под наблюдением находилось 32 родильницы (основная группа) в возрасте 21–47 лет после КС. Контрольную группу составили 25 родильниц с аналогичными данными анамнеза и клиники. В целом в обеих группах преобладали повторнородящие женщины – соответственно 55,8% и 58%. В анамнезе у всех пациенток имелась соматическая и гинекологическая патология, чаще воспалительного характера. Кроме того, 80% наблюдаемых имели отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение настоящей беременности и родов. У всех родильниц в послеродовом периоде (КС выполняли в нижнем сегменте при поперечном разрезе стенки матки) были выявлены воспалительные изменения (инфильтраты, серомы, нагноение) и частичное расхождение послеоперационного шва на передней брюшной стенке. При этом пациентки предъявляли жалобы на умеренную слабость, пониженный аппетит, чувство дискомфорта в области послеоперационной раны. Одновременно у больных родильниц отмечали умеренные изменения в клиническом анализе крови (лейкоцитарный индекс интоксикации в среднем – 3,1 усл. ед., гемоглобин в среднем – 96,2 г/л). По данным гинекологического обследования и УЗИ инволюция, опорожнение матки от содержимого были в пределах «физиологической нормы».

Всем пациенткам сразу же после диагностики указанных осложнений была назначена традиционная терапия: обработки антисептиками, гипертоническим раствором в течение первых 3–5 дней, мазевые аппликации для стимуляции эпителизации ран. Антибактериальная терапия (Аугментин 1,2 г 3 раза в сутки, Супракс 400 мг в сутки) назначалась в соответствии с выявленными возбудителями, чувствительностью к антибиотикам и проводилась по времени в зависимости от клинической эффективности. Родильницам основной группы с началом манифестации указанных осложнений было дополнительно проведено 5–7 сеансов УФОК с помощью аппарата «Матрикс ВЛОК» ежедневно. Пациентки контрольной группы пролечены только с использованием традиционных методов.

Результаты и обсуждение. В основной группе полное очищение раны от некротических тканей происходило на 2–3 сутки после начала комплексного лечения, активные грануляции появлялись на 3–4 сутки, в случаях неполного расхождения ран на передней брюшной стенке (с сохранением целостности апоневроза) полная эпителизация появлялась на 7–8 сутки. В контрольной группе указанные проявления отмечались позднее на 2–3 дня, средний

курс антибактериальной терапии у родильниц составил 8,9 дней, что было в 1,7 раза дольше, чем в основной группе (5,1 дней) больных, и в каждом третьем случае потребовалась смена препарата. Данные анализов крови на 7 сутки лечения у родильниц контрольной группы были значительно хуже, чем в основной группе. Так, в контроле средние показатели гемоглобина и ЛИИ составили соответственно 94,1 г/л и 3,4 усл.ед., а в основной группе родильниц – соответственно 106,3 г/л и 2,0 усл.ед.. При этом средний койко-день в основной группе больных составил 8,9 дней, в контрольной группе – 12,3 дня, что в 1,4 раза дольше. Связать эти положительные эффекты у больных родильниц можно только с включением в курс лечения внутрисосудистого УФОК.

Выводы.

1. Включение внутрисосудистого УФОК в комплексное лечение больных с наружной раневой инфекцией после КС приводит к быстрому купированию признаков местного воспаления, улучшает сроки и качество заживления ран;
2. За счет комплексного положительного воздействия на организм пациентки УФОК способствует сокращению сроков лечения в стационаре при снижении антибактериальной нагрузки на организм матери и косвенно (через молоко) на организм новорожденного.

ВРЕМЕННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В СОЧЕТАНИИ С АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ветров В.В., Сентябрева М.С., Пьянова И.В., Васильев В.Е.

ФБГУ Институт Перинатологии и Педиатрии, Санкт-Петербург, Россия
«ФЦСКЭ им В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

По данным Ophir E., и соавт. (2009 г.), частота патологии прикрепления плаценты за последние полвека возросла в 10 раз, в основном из-за увеличения частоты операции Кесарево сечение (КС). Есть сообщения зарубежных авторов о применении временной эмболизации маточных артерий (ВЭМА) при выполнении КС по поводу предлежания плаценты.

Цель исследования. Провести анализ клинического наблюдения у беременной, получавшей предродовое аутоплазмодонорство и ВЭМА при оперативных родах по поводу полного предлежания плаценты.

Материал и методы исследования. Наблюдали пациентку в возрасте 28 лет. В анамнезе перенесла хронический пиелонефрит, хронический гастрит,

хламидиоз, уреаплазмоз. Беременность первая, наступила после ЭКО (причина – мужской фактор). При беременности отмечались угроза прерывания в ранние сроки (стационарное лечение), отеки беременных, по поводу которых получала лечение в дневном стационаре. В 30 недель с помощью УЗИ было диагностировано полное предлежание плаценты, кровотечений из половых путей не было. В 38 недель пациентке в амбулаторных условиях за два сеанса аппаратного плазмафереза (ап. «Hemonetic») было заготовлено 750 мл аутоплазмы в ФГБУ ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова. Осложнений для матери и плода при процедурах плазмафереза не было. Госпитализация плановая в 39 недель, готовилась к операции Кесарево сечение при одновременном проведении ВЭМА.

В день операции КС пациентке была выполнена ВЭМА в 2 этапа:

1 – под местной анестезией (лидокаин) и рентген-визуальным контролем с помощью катетеров Roberts Uterine Curve диаметром 4–6 F проводили катетеризацию бедренных артерий до устьев маточных артерий;

2 – сразу после извлечения плода выполняли собственно ВЭМА частицами гемостатической губки с целью остановки профузного кровотечения.

Результаты исследования. Осложнений при ВЭМА не было. Операция КС протекала без технических трудностей, родился живой доношенный мальчик массой тела 3300 гр, длиной 52 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Кровопотеря составила 900 мл, замещена аутоплдазмой и кристаллоидами, осложнений при трансфузии аутоплазмы не было.

Послеродовый период у пациентки и неонатальный период у новорожденного протекали без осложнений. Контрольное УЗИ и допплер-исследование органов малого таза проводили на 2 и 7 сутки после ВЭМА, отмечено восстановление кровотока в матке, инволюция ее была нормальной, послеродовых осложнений не было. Пациентку с ребенком, получающим грудное вскармливание, выписали домой на 8 сутки.

Пациентка обследована через три месяца после родов, жалоб не предъявляет, кормит грудью ребенка, который развивается нормально. После выписки из стационара ничем не болела, по данным осмотра и УЗИ патологии со стороны гениталий не выявлено.

Выводы.

1. Предродовая заготовка аутоплазмы в амбулаторных условиях безопасна для матери и плода.

2. Аутоплазмодонорство и использование ВЭМА явилось эффективным кровесохраняющим средством при КС по поводу полного предлежания плаценты.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Вовк И.Б.[1], Трохимович О.В.[1], Дыкан И.Н.[2], Кондратюк В.К.[1], Волык Н.К.[2]

1 – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев
2 – ГУ «Научно-практический центр лучевой диагностики НАМН Украины», Киев

Становление адекватного маточно-плацентарного кровотока имеет принципиальное значение для нормального развития беременности. Поэтому, выявление первичных нарушений маточной гемодинамики и проведение своевременной коррекции является чрезвычайно важным, начиная с самых ранних сроков беременности.

Цель исследования: изучить маточную гемодинамику у женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков в динамике лечения с использованием микронизированного прогестерона.

Материалы и методы исследования. Обследовано 35 беременных женщин с угрозой прерывания беременности в сроках 6–11 недель беременности возрастом 21–35 лет. Контрольную групу составили 15 беременных женщин с одноплодной нормально развивающейся беременностью соответствующих сроков. Ультразвуковое и допплерометрическое исследование гемодинамики матки проводили на аппарате VOLUSON 730 EXPERT (GE) трансвагинальным доступом с использованием датчика 8 МГЦ.

Результаты исследования и обсуждение. Основными жалобами женщин основной группы были ощущение «тяжести» или боли в нижних отделах живота и поясничной области, на которые указывали 9 (25,7%) и 26 (74,3%) пациенток, соответственно. У 8 (22,9%) женщин основной группы констатировано наличие кровянистых выделений из половых путей. Изучение допплерометрических показателей маточного кровотока у женщин с угрозой прерывания беременности выявило повышение индексов сопротивления в маточных сосудах. Отмечалось достоверное увеличение пульсового индекса и систоло-диастолического соотношения в субдоминантной маточной артерии по сравнению с контролем, соответственно, (2,86±0,11) и (8,42±0,31) против (2,31±0,09) и (6,63±0,32). Индекс резистентности у женщин основной группы в доминантной и субдоминантной маточной артерии соответствовал показателям контрольной группы, и составил (0,81±0,01) и (0,88±0,02), против (0,78±0,02) и (0,86±0,01). С целью лечения угрозы прерывания беременно-

сти женщины получали микронизированный прогестерон (утрожестан) в дозе 200–600 мг в сутки в зависимости от уровня прогестероновой насыщенности по данным гормональной кольпоцитологии. У всех пациенток наблюдалось клиническое улучшение начиная с первой недели терапии. Проведение эхографии отметило наличие положительной динамики у 25 (71,4%) пациенток, что проявлялось отсутсвием гипертонуса матки, наличием инволютивных изменений со стороны субхориальной гематомы. Параллельное изучение допплерометрических показателей установило снижение пульсового индекса и систоло-диастолического соотношения в субдоминантной маточной артерии, что свидетельствовало об улучшении маточной перфузии, и, соответственно составило (2,41±0,12) и (7,2±0,21).

Выводы. Угроза прерывания беременности в ранних сроках сопровождается нарушением маточной гемодинамики, что проявляется повышением индексов сосудистого сопротивления в субдоминантной маточной артерии и есть признаком угрозы прерывания беременности, что требует своевременной коррекции и динамического наблюдения.

Использование микронизированного прогестерона с целью лечения угрозы прерывания беременности является эффективным не только с позиции гормональной коррекции, но и приводит к улучшению маточного кровотока, что повышает шансы успешного завершения беременности.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Гадаева И.В., Гадаев И.Ю.

Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

В практике акушера-гинеколога на уровне амбулаторно-поликлинического звена часто приходится встречаться с «анемией беременных». В 80–90% случаев это заключение не совсем правомочно, с позиции поверхностной оценки лишь уровня красной крови (эритроцитов и/или Нв), без анализа показателей обмена железа. Это приводит к ошибочному диагнозу, и как следствие, к неправильной лечебной тактике (перегрузка железом). Известно, что сама по себе молекула железа достаточно токсична ввиду ее прооксидантных свойств в отношении клеток и в частности клеточных структур плаценты. Поэтому, представляется важным для исключения «ложной» анемии у беременных определение всех эритроцитарных индексов, цветового показателя, уровня сывороточного железа, уровня трансферрина,% его насыщения, ОЖСС. В ряде

случаев, для более точного определения дефицита запасов железа у беременных необходим и анализ ферритина (железосодержащего белка).

Представляется важным напомнить врачам амбулаторно-поликлинического звена, что под термином «анемия беременных» следует понимать исключительно железодефицитное состояние связанное с повышенным расходом железа у беременных, а не «эффект разведения» обусловленный гидремией с кажущимся снижением показателей красной крови.

При подтверждении всех критериев железодефицитной анемии необходимо решить вопрос о восполнении этого дефицита. И здесь необходимо помнить о «незыблемых» постулатах лечения ЖДА: 1. Лечить только препаратами железа, а не диетой; 2. Нет существенных различий в эффективности путей введения препаратов железа (перорально или парентерально), т.е. преимущественно per os; 3. Не прибегать к трансфузии эритроцитной массы без жизненных на то показаний; 4. Осуществлять продолжение лечения после основного курса терапии.

При выборе железосодержащих препаратов для лечения ЖДА у беременных необходимо знать: Содержание элементарного Fe в препарате, быстроту всасывания железа, нежелательные эффекты. В последнее время для лечения ЖДА разрабатываются новые многокомпонентные ферропрепараты с дополнительным воздействием на разные звенья эритропоэза. Примером может служить Ферро-Фольгамма (112 мг сульфата Fe, 5мг фолиевой кислоты, 10 мкг Vit B_{12} и 100мг аскорбиновой кислоты). Все компоненты работают в «синергизме» гораздо эффективнее в связи с активным воздействием на эритропоэз. Эффективность данного препарата (т.е. клинико-гематологическая ремиссия) показана в 90% случаев, сочетанием с хорошей переносимостью до 95% случаев и демонстрирует более интенсивный прирост Нв (до 2,5 единиц/сут), стабильность достигнутых результатов после окончания лечения.

Резюме. Таким образом, учитывая все вышеизложенные современные требования к диагностике и подходы к лечению железодефицита у беременных, в конечном итоге будут определять качество жизни, как матери, так и плода.

РОЛЬ ЭНДОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Гафарова Е.А., Мальцева Л.И., Юпатов Е.Ю., Коган Я.Э. Замалеева Р.С.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ и СР Росздрава, Россия

Преждевременные роды являются не только медицинской, но и социальной проблемой, так как определяют высокий уровень заболеваемости ново-

рожденных и перинатальной смертности, и непосредственно связаны с состоянием здоровья населения. Этиология преждевременных родов остается неизвестной, и методы предотвращения патологии отсутствуют. Учитывая факт тесной связи биологического цикла беременности с циркадианными и цирканнуанными ритмами различных функций организма, можно предположить, что шишковидная железа и ее основной гормон мелатонин могут являться важными факторами, влияющим на хронозависимое функционирование различных органов и систем во время беременности. До сих пор нет четких данных о влиянии мелатонина на продолжительность беременности и время наступления родов. Одни авторы утверждают, что начало нормальных родов характеризуется уменьшением уровня мелатонина в моче и повышением концентрации серотонина в крови, другие сообщают, что плазменный мелатонин подвержен двухфазной динамике во время беременности, повышаясь в течение первых 20 нед гестации, затем падая в течение 20–36 недели перед очередным подъемом в 36–42 нед (Pang S.F. et al, 1985). Одним из клинических проявлений низкого уровня мелатонина в организме является нарушение сна. Многие отечественные авторы обнаружили нарушение сна у женщин с угрозой преждевременных родов (Протопопова Н.В., 2010, Сахьянова Н.Л., 2010). Неоднозначны взаимодействия мелатонина с половыми стероидами. В литературе имеются данные об обратной зависимости уровня мелатонина и эстрогенов вне беременности. Несмотря на повышение уровня мелатонина в течение беременности, растет и уровень эстрадиола, концентрация которого перед родами в 50–100 раз может превышать показатели начала беременности. При преждевременных родах показано резкое повышение уровня эстрогенов в крови на фоне развившейся клиники. Таким образом, целью нашего исследования стало изучить содержание мелатонина сульфата в суточной моче, эстрадиола и прогестерона в крови у женщин с угрозой преждевременных родов. Обследованы 30 беременных женщин на сроках 22–37 недель с угрозой преждевременных родов, составивших основную группу и 10 беременных женщин с нормально протекающей беременностью на аналогичных сроках, которые вошли в группу контроля. При обследовании женщин учитывались данные анамнеза жизни, акушерско-гинекологического анамнеза, наличия экстрагенитальной патологии. Всем женщинам проводили определение метаболита мелатонина – мелатонина сульфата в суточной моче методом ИФА с использованием тест-системы IBL: melatonin sulfat 6-sulfatoxymelatonin, ELISA, Hamburg, определяли содержание эстрадиола, прогестерона в крови методом ИФА с использованием коммерческих наборов тест-систем. Средний возраст обследованных составил 30,5±2,3 года в основной группе и 28,4±2,1 года в группе контроля. У всех женщин основной группы был отягощен акушерский анамнез за счет медицинских абортов (83,3%), преждевременных родов (30%), самопроизвольных выкидышей на ранних сроках (26,6%). Соматический статус был отягощен за счет заболеваний желудочно-кишечного тракта у 90% беременных, мочевыводящих путей у 30% женщин, при этом у каждой второй женщины имелось несколько заболеваний. Уровень мелатонина сульфата в суточной моче,

собранной на момент развития выраженной клиники угрозы преждевременных родов (повышенная активность матки по данным гистерографии, укорочение и размягчение шейки матки по данным УЗИ и влагалищного исследования) оказался снижен у 23 женщин (76,6%) по сравнению с группой женщин без угрозы преждевременных родов. Клиническая картина угрозы преждевременных родов именно у этих больных сопровождалась нарушениями сна по типу увеличения периода засыпания, частых ночных пробуждений, при этом симптомы нарушения сна появились задолго до развития клиники угрозы прерывания беременности. У всех беременных основной группы обнаружено пропорциональное сроку беременности снижение содержания прогестерона и повышение эстрадиола в крови, причем именно изменение уровня эстрадиола в сыворотке крови было тем значительнее, чем более выраженными были объективные симптомы угрозы преждевременных родов и, именно у этих больных отмечался самый низкий уровень мелатонина сульфата в суточной моче.

Таким образом, влияние шишковидной железы на течение беременности и участие мелатонина в развитии преждевременных родов требует дальнейшего углубленного изучения и является новым перспективным направлением в акушерстве.

РОЛЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гладилина Л.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Саидова А.С.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздравсоцразвития Россия, Москва

В структуре спорадических выкидышей у женщин до 12 недель гестации около 30% составляет неразвивающаяся беременность. В этом случае методом выбора является только хирургическое лечение. Ведущей мерой профилактики послеоперационных осложнений в настоящее время традиционно является медикаментозная терапия. Включение в комплекс лечебных мероприятий немедикаментозной восстановительной физиотерапии у таких женщин, наиболее физиологичной и безопасной, также способствует улучшению репродуктивной перспективы, что представляет значительный интерес для практического здравоохранения.

Цель исследования: определение эффективности использования магнитолазерной терапии (МЛТ) у женщин после удаления неразвивающейся беременности.

Материалы и методы. Проведено проспективное обследования 96 пациенток в возрасте от 20 до 40 лет с потерями беременности до 8 недель гестации. Все больные были разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту и основным клиническим показателям. I группу (n=46) составили женщины, которым была проведена вакуум-аспирация, а 26 пациенткам (II группа) – инструментальное удаление (кюретаж) неразвивающейся беременности.

Контрольную (III группу) составили 24 женщины, у которых оба метода прерывания беременности были в равных соотношениях. В I и II группах пациенток наряду с профилактической антибиотикотерапией провели курс интенсивной восстановительной магнитолазерной терапии (аппарат «МИЛТА»). Первое воздействие на надлобковую область осуществляли через 3 ч после операции, далее ежедневно – 2 раза в день, по 2 мин, курс 5–9 процедур. Клиническую эффективность оценивали по клиническим критериям общего состояния, динамике бимануального исследования, общего адаптационного потенциала (АП) организма, определению характера и вида адаптационных реакций на основании детализации лейкограммы по Гаркави Л.Х. (1998).

Результаты и их обсуждение. Исходные величины АП организма в сравниваемых I, II и III группах пациенток на 2 сутки после операции были снижены, составив 2,60±0,06, 2,51±0,07 и 2,49±0,05 у.е. соответственно. В гемограмме преобладали неблагоприятные адаптационные реакции острого стресса и переактивации, а лимфоцитарный индекс (ЛИ) был ниже нормы (0,6), составив 0,37±0,03, 0,40±0,02 и 0,43±0,02 у.е. соответственно.

Все женщины физиотерапию переносили хорошо, общее состояние было удовлетворительным, неадекватные реакции отсутствовали. В I группе пациенток быстрее ($p<0,05$) прекратились кровянистые выделения из половых путей, а результаты бимануального исследования свидетельствовали об отсутствии воспалительного процесса, чем во II и III группах, где этот период был на 2 и 4 дня продолжительнее соответственно.

Так, на 3 сут лечения у 42 (91,3%) пациенток I группы АП соответствовал удовлетворительному, составив 1,98±0,04 у.е., ЛИ повысился до нормативного значения, а в гемограмме определяли только благоприятные адаптационные реакции по Гаркави.

На 5 сут у 23 (88,5%) больных II группы исследуемые показатели восстановились до нормативных значений. А у 12 (50,0%) пациенток III группы в этот период по-прежнему сохранялись низкие АП (2,19±0,03) и ЛИ (0,48±0,01), а также неблагоприятные адаптационные реакции, что свидетельствовало об ослаблении компенсаторно-приспособительных возможностей и необходимости продолжения лечения еще 2 сут.

Полученные результаты позволили определить минимальный курс МЛТ у пациенток I и II групп в 5 и 9 процедур соответственно, что связано с «травматичностью» метода хирургического лечения.

Итак, локальной действие МЛТ у пациенток способствовала повышению иммунореактивности и общего АП организма, а также созданию благоприятных условий для физиологической регенерации эндометрия. Неспецифический, триггерный характер магнитолазерного воздействия опосредуется центральной нервной системой и завершается системными реакциями организма. Это происходит вследствие способности МЛТ повышать в тканях содержания нейрогормонов, вовлекать в процесс специфические белки клеточных мембран, вызывающих активизацию ферментов, что приводит к нормализации местной и общей физиологической реакции, способствует восстановлению гомеостаза и адаптации организма.

Анализ отдаленных результатов лечения свидетельствовал о том, что у пациенток с потерями беременности в анамнезе и ранее получавших восстановительную МЛТ, беременность наступала в желаемые сроки в 2 раза чаще и имела благоприятный исход. У пациенток, не получавших МЛТ, эти показатели были ниже.

Вывод. Полученные нами данные свидетельствуют о значимом терапевтическом эффекте МЛТ у пациенток после неразвивающейся беременности и целесообразности использования в комплексном восстановительном лечении у этой когорты больных.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ В СЕМЬЯХ С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ

Грабарь В.В.

Центр репродукции человека «САНА-МЕД», Харьков, Украина

Научные исследования проблемы бесплодия позволили изучить некоторые этиопатогентические механизмы нарушений репродуктивного здоровья семьи, но по-прежнему актуальным является поиск прогностических маркеров невынашивания беременности у женщин с осложненным репродуктивным анамнезом, а ультразвуковой метод является наиболее доступным неинвазивным методом диагностики состояния эмбриона и плода.

Цель. Выявить значимость измерений объема амниотической жидкости (ОАЖ), копчико-теменного размера (КТР), среднего диаметра желточного мешка (СДЖМ), ЧСС эмбриона для прогнозирования неразвивающейся беременности в I триместре.

Материал и методы. Нами проведено ретроспективное изучение результатов ультразвукового исследования у 205 беременных женщин, 65 из них были с невынашиванием беременности в анамнезе (группа 1), данная беременность у них наступила спонтанно; у 42 пациенток (группа 2) в анамнезе было бесплодие, беременность наступила после ВРТ; контрольная группа (группа 3) сформирована из 98 пациенток с неосложненным репродуктивным анамнезом, физиологическим течением данной беременности.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось на сканере SONOASE X8 (Medison, Korea) в сроки 4–5 нед., 7–8 нед., 12 нед. и при появлении симптомов угрожающего аборта. УЗИ проводилось после информированного согласия пациенток. Для статистической обработки данных использовался двухвыборочный Стьюдент-тест для разных дисперсий с определением средних значений переменных, среднестатистического отклонения и статистической достоверной вероятности, которая была принята за $P<0,05$.

Результаты. В зависимости от исхода I триместра группы 1 и 2 были разделены на подгруппы 1а (44) и 2а (30) с успешным и 1б (21) и 2б (12) с неблагоприятным исходом I триместра. По возрасту группы 1, 2 и 3 были сопоставимы – соответственно 28,9±0,3 лет, 30,4±0,6 и 27,1±0,5 лет ($P>0,05$).

Объем амниотической жидкости (ОАЖ) в 1 триместре вычислялся с использованием 3-х измерений (А, В и С) по формуле эллипса (АхВхС)/2. ОАЖ оценивался как нормальный, олигогидрамнион или полигидрамнион по номограммам.

В группе 3 ОАЖ в 7 нед. беременности составил 1,42±0,08 мл, в 4 (4,1%) случаях отмечен олигогидрамнион, в 3 (3,1%) полигидрамнион. В подгруппе 1а ОАЖ был 1,54±0,05 мл, в 2 (4,5%) выявлен олигогидрамнион, случаев полигидрамниона не было. В подгруппе 2а ОАЖ составил 1,49±0,03 мл, в 1 (3,3%) случае олигогидрамнион, в 1 (3,3%) полигидрамнион ($P_{3,\ 1а,\ 2а}>0,05$). В подгруппах с невынашиванием беременности 1б и 2б ОАЖ составил соответственно 0,81±0,06 мл и 0,78±0,09 мл. Частота аномального ОАЖ в подгруппа 1б и 2б была статистически выше, олигогидрамнион соответственно в 6 (28,6%) и 4 (33,3%) случаях, полигидрамнион в 5 (23,8%) и 3 (25,0%) ($P_{3,\ 1а,\ 2а\text{-}1б,2б}<0,05$).

Отставание КТР является известным прогностическим маркером неблагоприятного исхода I триместра. Так, в группе 3 КТР в 7 нед беременности составил 6,7±0,31 мм, в подгруппах 1а – 6,9±0,45 мм, 2а – 6,6±0,50 мм, в подгруппе 1б – 5,9±0,28 мм, 2б – 6,0±0,37 мм ($P_{3,\ 1а,\ 2а\text{-}1б,2б}<0,05$).

Нами отмечено, что у женщин старшего возраста (35–40 лет) КТР был меньше, чем среди 25–30-летних, соответственно в группе 3 – 6,3±0,15 мм, в подгруппах 1а – 6,2±0,26 мм, 2а – 6,1±0,24 мм, в подгруппе 1б – 5,9±0,31 мм, 2б – 5,8±0,56 мм. Однако в группах 3, в подгруппах 1а, 2а темпы прироста КТР были выше, чем у более молодых женщин и сравнивались с ними к сроку 12 нед., а в подгруппах 1б и 2б – темпы замедлялись, и в дальнейшем происходила остановка роста эмбриона.

Мы определили прогностическое значение разницы между средним диаметром плодного яйца (СДПЯ, среднеарифметическое значение от 3-х измерений) и КТР.

В группе 3 в 7 нед. беременности разница между СДПЯ и КТР составила – 13,3±0,4 мм, в подгруппе 1а – 12,8±0,2 мм, 2а – 13,9±0,5 мм ($P_{3, 1а, 2а}$>0,05); в подгруппах 1б – 7,9±0,6 мм и 2б – 7,7±0,3 мм ($P_{3, 1а, 2а\text{-}1б,2б}$<0,05). Таким образом, уменьшение разницы между СДПЯ и КТР менее 8 мм ассоциировалось с неблагоприятным исходом I триместра беременности.

Желточный мешок визуализировался во всех случаях в группе 3, в подгруппах 1а и 1б, СДЖМ в сроках 5 нед. и 7 нед. составил соответственно 1,42±0,35 мм и 2,94±0,22 мм; 1,38±0,35 мм и 3,25±0,12 мм; 1,45±0,23 и 3,26±0,18 мм ($P_{3, 1а, 2а}$>0,05). В подгруппах 1б и 2б у 2 (9,5%) и у 1 (8,3%) отсутствовал желточный мешок. СДЖМ в сроках 5 нед. и 7 нед. был статистически больше, чем в группах 3, 1а, 2а и составил в этих подгруппах 1б и 2б – 5,26±0,46 мм и 2б – 4,93±0,27 мм ($P_{3, 1а, 2а\text{-}1б,2б}$<0,05), что, вероятно, является отражением аномального метаболизма в желточном мешке вследствие резорбции тканей эмбриона.

Исследование зависимости между ЧСС эмбрионов и исходом I триместра (во всех трех группах) показало, что при уровне ЧСС 60–110 уд' (27 эмбрионов) беременность пролонгировалась в 4 случаях (14,8%), прерывалась в 23 (85,2%); при ЧСС 111-130 уд' (63 эмбриона) прогрессировала в 55 (87,3%) и прерывалась в 8 (12,7%); при ЧСС 131–150 уд' (45 эмбрионов) – в 43 (95,6%) и 2 (4,4%), при ЧСС 151-≥160 уд' во всех 70 случаях беременность прогрессировала.

Сравнение средней ЧСС эмбрионов между группой 3, подгруппами 1а и 2 а и подгруппами 1б и 2б показало, что в эмбриональном сроке 5 нед. при прогрессирующей беременности ЧСС составляет в группе 3 – 134±8 уд', подгруппе 1а – 136±2уд', подгруппе 2а – 148±3уд'; при неразвивающейся беременности в подгруппе 1б – 118±2уд', 2б – 116±5уд' ($P_{1б,2б-\ 3,1а,2а}$ <0,05); в 7 нед. в группе 3 – 152±4 уд', подгруппе 1а – 148±6уд', 2а – 150±2уд; в подгруппе 1б – 108±3уд', 2б – 102±5уд' ($P_{1б,2б-\ 3,1а,2а}$ <0,01).

Таким образом, аномальный ОАЖ, увеличение СДЖМ, уменьшение КТР, уменьшение ЧСС эмбриона являются прогностическими маркерами неблагоприятного исхода I триместра беременоти.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ

Давыдкина Ю.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Россия

Актуальность. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации 211644 от 27 января 2006 г «О долечивании больных в условиях санатория», впервые в список

рекомендаций по медицинскому отбору включены беременные женщины группы риска. Врач женской консультации, направляя беременную на стационарное лечение по поводу угрозы невынашивания, должен информировать женщину о возможности санаторного долечивания. Хотя окончательное решение о целесообразности такого лечения принимает лечащий врач и заведующий отделением патологии беременности, учитывая ряд условий и противопоказаний, представленных в приказе.

В соответствии с приказом на долечивание в санаторий направляются беременные группы риска, пролеченные в стационаре не менее 10–12 дней с момента госпитализации, при удовлетворительном общем состоянии, способности самостоятельно доехать до санатория, при этом срок пребывания в санатории составляет 21 день.

Однако эффективность санаторного лечения невынашивания беременности изучена недостаточно, что побудило нас провести по данной проблеме научные исследования.

Цель. Исследование эффективности санаторного лечения беременных группы риска по невынашиванию путем сравнительного анализа клинического течения и исхода беременности в зависимости от прохождения санаторного долечивания.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной в работе цели было проведено ретро- и проспективное обследование 100 беременных. Исследования проводили в 2009–2010 годы на базе 20, 21 акушерских отделений ММУ «Городская клиническая больница 21161 имени Н.И. Пирогова» г.о. Самары и санатория «Поволжье».

Стационарное лечение беременных проводили в течение 10–12 дней. Они получали комплексную терапию: витаминно-минеральный комплекс, токолитические и спазмолитические средства; гормональные, антибактериальные и железосодержащие препараты по показаниям.

Все обследованные женщины методом рандомизации были распределены на 2 группы:

– I основная группа – 50 беременных с угрозой прерывания беременности, которые после стационарного лечения проходили долечивание в санатории «Поволжье»;

– II группа сравнения – 50 беременных с угрозой прерывания беременности, которые после стационарного были отправлены на амбулаторное лечение.

Подбор групп проводили по принципу «копи-пара» по возрасту, семейному положению, региону проживания, трудовой занятости, паритету. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ MS Excel 2007. Отсутствие статистически достоверной разницы по этим параметрам позволяет считать группы сопоставимыми.

Результаты и их обсуждение. При оценке клинического течения беременности мы учитывали количество госпитализаций по поводу угрозы преждевременного прерывания беременности после выписки из санатория: госпитализаций не было у 84% женщин; 5% находились в дневном стационаре при женской консультации; один раз были госпитализированы в отде-

ление патологии беременности – 9%; дважды проходили стационарное лечение 2% беременных.

У всех исследуемых женщин беременность завершилась родами. В основной группе все роды были срочными (37–40 нед), в контрольной группе у 8%±3,83% беременных роды наступили преждевременно. Роды через естественные родовые пути произошли у 72%±6,34% женщин основной группы и у 54%±6,23% в группе сравнения.

Физическое состояние новорожденных, родившихся от матерей основной группы, оказалось лучше, чем от матерей, не прошедших лечение в санатории.

В первой группе средняя масса тела новорожденного составила 3539,8±55,02 г, во второй группе – 3296±76,08 (p02C20,01); средняя длина – 54,26±0,44 см и 51,94±0,5 см (p02C20,001) соответственно.

Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар. Выявлена более высокая оценка их состояния в основной группе. Так, средняя оценка на первой минуте составила 7,78±0,06 баллов в первой группе и 7,28±0,06 (p02C20,001) баллов во второй группе, а на пятой минуте – 8,6±0,06 и 8,38±0,09 баллов (p02C20,05) соответственно.

Недоношенных детей в первой группе не было. В группе сравнения четверо новорожденных родились недоношенными и были переведены на II этап выхаживания.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о положительном влиянии санаторного этапа лечения в комплексной терапии беременных с угрозой невынашивания.

ИЗМЕНЕНИЯ АДАПТАЦИОННО-ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ НЕ ПЛАНИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Даниленко Е.

«ГУ Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», Киев

Целью исследования. Изучение состояния адаптационно-защитных механизмов на основе определения уровней гормонов симпато-адреналовой системы, а также изменения психоэмоционального состояния по анализу результатов гессенского опросника, методики САН (самочувствие, активность, настроение), а также измерения уровня тревожности Тейлора у женщин с не планированной беременностью.

Материал и методы. Исследования проведенные у 40 женщин, из которых 10 (контрольная группа) имели планированную и желанную беремен-

ность. Основную группу составили 30 женщин. Возраст всех исследуемых 18–35 лет, социальный статус однородный, материальное благосостояние равное. У 40% (12) исследуемых женщин основной группы данная беременность была первая. Проведено сравнение исследуемых показателей у перво- и повторно-беременных, а также с показателями контрольной группы.

Результаты. У первобеременных женщин с не планированной беременностью значительно изменены адаптационно-защитные механизмы, что проявлялось в высоком уровне как гормонов симпато-адреналовой системы, так и их предшественников в сравнении с показателями у повторнобеременных и контрольной группы.

У 70% (21) женщина выявлены признаки психоэмоциональной дезадаптации, которые особенно были выражены у первобеременных. Отмечались усиления «вегетативных признаков» соответственно у перво- и повторнобеременных: боли в эпигастральной области (88 и 67 баллов), артралгии (67 и 49 баллов), сердечные боли (32 и 38 баллов). У 16,6% (5) женщин было отмечено повышение артериального давления. По результатам методики САН у первобеременных выявлены показатели самочувствия – 3,3 активности – 3,8, настроение – 3,1 баллов в сравнении с повторнобеременными соответственно – 3,9; 4,2; 4,0 баллов. Уровень тревожности у первобеременных составил 37 баллов, что соответствует высокому уровню тревожности, у повторнобеременных он соответствовал 25 баллам, что свидетельствует о тревожности среднего уровня с тенденцией к высокому.

Таким образом, выявлено, что не планированная беременность, особенно первая и в возрасте до 20 лет, существенно изменяет как адаптационно-защитные механизмы так и психоэмоциональный статус, что безусловно требует коррекции как в случае прерывания, так и при пролонгировании беременности.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Ерофеев Б.Б., Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Россия

Преждевременные роды являются самым частым и грозным осложнением беременности, частота которых составляет 4–12% и, несмотря на внедрение новых технологий и методов лечения, имеет тенденцию к росту. Медико-социальная значимость преждевременных родов обусловлена высоким удельным весом репродуктивных потерь. Установлено, что в генезе преждевременных родов основное значение принадлежит плацентарной недостаточности, которая приводит к гипоксии плода, задержке развития и гибели

плода. Существующие традиционные методы лечения имеют ряд недостатков: противопоказания со стороны матери и плода, осложнения и побочные эффекты и являются недостаточно эффективными.

Цель. Оценка эффективности применения медицинского озона в комплексе с утрожестаном на течение беременности у пациенток с угрожающим дородовым прерыванием в сроки 22–36 недель.

Материал и методы. Обследовано 180 беременных с угрожающими преждевременными родами в сроки 22–36 недель, из них 90 пациенток в 1 группе получали медицинский озон в комплексе с утрожестаном, во 2 группе – 90 пациенток – традиционную терапию спазмолитиками, токолитиками и антигипоксантами. Обследование и лечение проводилось на базе гинекологического отделения, отделения гравитационной хирургии Дорожной клинической больницы ст. Чита 2. Оценка эффективности лечения осуществлялась на основании результатов клинического наблюдения за течением беременности, развитием осложнений со стороны матери и плода, данных УЗИ, УЗДГ и КТГ.

На фоне терапии озоном в сочетании с утрожестаном у 83% пациенток основной группы на 2–3 день отмечалось субъективное улучшение состояния, более быстрое снятие болевого синдрома, нормализация тонуса матки, снижение общей нервной возбудимости. У беременных, получивших традиционное лечение, болевой синдром купировался на 5–7 день применения терапии. Среди осложнений беременности в группах хроническая плацентарная недостаточность отмечалась в 100% случаев. После использования озонотерапии в комплексе с утрожестаном в 1 группе пациенток во II и III триместре признаков компенсированной формы ХФПН не было выявлено. Проведённое традиционное лечение не привело к снижению частоты компенсированной формы ХФПН. После комплексной курсовой озонотерапии при наиболее частой – субкомпенсированной форме ХФПН установлено снижение частоты хронической гипоксии во II триместре в 7,5 раз (46,8% и 6,25%), в III – в 5 раз (44,11% и 8,82%). На фоне традиционной терапии частота хронической гипоксии уменьшилась во II триместре на 6,4%, в III – на 9,3%.

У пациенток, получивших озонотерапию в комплексе с утрожестаном, повторная угроза прерывания беременности отмечалась в 2,2 раза реже во II, и в 1,9 раз – в III триместре. Во 2 группе женщин, пролеченных традиционным методом, к концу беременности сохранился высокий уровень повторного угрожающего прерывания беременности во II и III триместрах (22,5% и 18,7%), что свидетельствует о недостаточной эффективности лечения. Частота анемии уменьшилась после комплексного метода во II триместре в 2,4 раза, в III – в 1,7 раза. После лечения по традиционной методике число женщин с анемией во II и III триместрах осталось высоким (22,5% и 21,8%).

В результате использования медицинского озона частота гестационного пиелонефрита уменьшилась как во II, так и в III триместре в 2,3 раза. После традиционного лечения симптоматика гестационного пиелонефрита сохранилась у 12,9% во II триместре и 9,3% пациенток – в III триместре.

Результаты. Заболеваний инфицированного амниона свидетельствует об эффективном антибактериальном эффекте у беременных 1 группы. У паци-

енток, получивших комплексное лечение, частота маловодия снизилась в 2,4 раза во II триместре и 2 раза – в третьем. Во 2 группе пациенток процент маловодия остался высоким – 6,4% и 9,3%. На фоне озонотерапии отмечалось снижение частоты многоводия в 3 раза во II и в 2,5 раза в III триместре. После лечения по традиционной методике число беременных с многоводием осталось без изменений: 3,2% и 9,3%.

Частота гестоза лёгкой степени в 1 группе пациенток, получивших озонотерапию, уменьшилась во II триместре в 2,4 раза, в III – в 1,6 раза. У беременных, получивших традиционное лечение, сохранился высокий уровень частоты гестоза к завершению курса терапии: 6,4% и 9,3%.

Таким образом, полученные результаты при использовании метода озонотерапии в комплексе с утрожестаном в лечении угрожающих преждевременных родов и хронической фетоплацентарной недостаточности показали высокую эффективность лечения и снижения риска развития осложнений беременности.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Ерофеев Б.Б., Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г., Тарбаева Д.А, Анохова Л.И.

Читинская государственная медицинская академия, Россия
ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия

Медико-социальная значимость преждевременных родов обусловлена высоким удельным весом репродуктивных потерь. Установлено, что в генезе преждевременных родов основное значение принадлежит плацентарной недостаточности, которая приводит к гипоксии плода, задержке развития и гибели плода.

Цель. Оценка эффективности применения медицинского озона в комплексе с утрожестаном на течение беременности у пациенток с угрожающим дородовым прерыванием в сроки 22–36 недель.

Материал и методы. Обследовано 180 беременных с угрожающими преждевременными родами в сроки 22–36 недель, из них 90 пациенток в 1 группе получали медицинский озон в комплексе с утрожестаном, во 2 группе – 90 пациенток – традиционную терапию спазмолитиками, токолитиками и антигипоксантами. Обследование и лечение проводилось на базе гинекологического отделения, отделения гравитационной хирургии Дорожной клинической больницы ст. Чита 2. Оценка эффективности лечения осуществлялась на основании результатов клинического наблюдения за течением беременности, развитием осложнений со стороны матери и плода, данных УЗИ, УЗДГ и КТГ.

На фоне терапии озоном в сочетании с утрожестаном у 83% пациенток основной группы на 2–3 день отмечалось субъективное улучшение состояния, более быстрое снятие болевого синдрома, нормализация тонуса матки, снижение общей нервной возбудимости. У беременных, получивших традиционное лечение, болевой синдром купировался на 5–7 день применения терапии. Среди осложнений беременности в группах хроническая плацентарная недостаточность отмечалась в 100% случаев. После использования озонотерапии в комплексе с утрожестаном в 1 группе пациенток во II и III триместре признаков компенсированной формы ХФПН не было выявлено. Проведённое традиционное лечение не привело к снижению частоты компенсированной формы ХФПН. После комплексной курсовой озонотерапии при наиболее частой – субкомпенсированной форме ХФПН установлено снижение частоты хронической гипоксии во II триместре в 7,5 раз (46,8% и 6,25%), в III – в 5 раз (44,11% и 8,82%). На фоне традиционной терапии частота хронической гипоксии уменьшилась во II триместре на 6,4%, в III – на 9,3%.

У пациенток, получивших озонотерапию в комплексе с утрожестаном, повторная угроза прерывания беременности отмечалась в 2,2 раза реже во II – и в 1,9 раз – в III триместре. Во 2 группе женщин, пролеченных традиционным методом, к концу беременности сохранился высокий уровень повторного угрожающего прерывания беременности во II и III триместрах (22,5% и 18,7%), что свидетельствует о недостаточной эффективности лечения. Частота анемии уменьшилась после комплексного метода во II триместре в 2,4 раза, в III – в 1,7 раза. После лечения по традиционной методике число женщин с анемией во II и III триместрах осталось высоким (22,5% и 21,8%).

В результате использования медицинского озона частота гестационного пиелонефрита уменьшилась как во II, так и в III триместре в 2,3 раза. После традиционного лечения симптоматика гестационного пиелонефрита сохранилась у 12,9% во II триместре и 9,3% пациенток – в III триместре.

Результаты. Заболевания инфицированного амниона свидетельствует об эффективном антибактериальном эффекте у беременных 1 группы. У пациенток, получивших комплексное лечение, частота маловодия снизилась в 2,4 раза во II триместре и 2 раза – в третьем. Во 2 группе пациенток процент маловодия остался высоким – 6,4% и 9,3%. На фоне озонотерапии отмечалось снижение частоты многоводия в 3 раза во II и в 2,5 раза в III триместре. После лечения по традиционной методике число беременных с многоводием осталось без изменений: 3,2% и 9,3%.

Частота гестоза лёгкой степени в 1 группе пациенток, получивших озонотерапию, уменьшилась во II триместре в 2,4 раза, в III – в 1,6 раза. У беременных, получивших традиционное лечение, сохранился высокий уровень частоты гестоза к завершению курса терапии: 6,4% и 9,3%.

Таким образом, полученные результаты при использовании метода озонотерапии в комплексе с утрожестаном в лечении угрожающих преждевременных родов и хронической фетоплацентарной недостаточности показали высокую эффективность лечения и снижения риска развития осложнений беременности.

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД

Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Шатилова Н.В., Цыбульская О.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь, и актуальность невынашивания беременности не вызывает сомнения, так как является наиболее частым ее осложнением. (Радзинский В.Е. и др. 2009, Dodd J.M. et al. 2006, Oates-Whitehead R.M. et al. 2007). Отсутствие снижения частоты потери беременности указывает на трудности, возникающие при ведении этой группы пациенток. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических механизмов заболевания, с другой – несовершенством применяемых диагностических методик и отсутствием адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности (Белоусов Д.М., 2007, Тирская Ю.И., Рудакова Е.Б. 2010, Oates-Whitehead R.M. et al., 2007).

В результате комплексного воздействия неблагоприятных факторов возникает комбинированный ответ организма, проявляющийся в гормональном срыве, остром воспалении плодовместилища и вегетативном стрессе, что приводит к снижению адаптационного потенциала организма.

Цель. Изучение биоэлектрической активности головного мозга у пациенток с синдромом потери плода в острый период.

Материал и методы. Обследовано 62 пациентки в возрасте от 19 до 35 лет, в остром периоде после потери беременности. Регистрацию и анализ электроэнцефалограммы на фоне перенесенного стресса проводили с помощью программно-аппаратного комплекса «Нейрон-спектр» («Нейрософт») с оценкой частотно-амплитудных показателей альфа-ритма, бета-ритма и тета-колебаний в состоянии спокойного расслабленного бодрствования. Исследования проводились дважды: на 2-е и 6-е сутки после потери беременности. Полученные данные сопоставлены со значениями ЭЭГ 20 здоровых женщин репродуктивного возраста выполненных в первую фазу менструального цикла.

Результаты. Анализ ЭЭГ показал, что средняя частота альфа-ритма на 2-е сутки после потери беременности была сниженной (7,06±1,3 с амплитудой до 57,27±16,5 мкВ Гц против 10,1±0,03 Гц с амплитудой 28,9±1,27 мкВ у здоровых обследованных) и не нормализовалась к 6-м суткам после потери беременности 8,21±0,85 Гц с амплитудой – 67,9±18,4 мкВ ($p<0,05$). К 6-м суткам у 80% обследованных произошло уменьшение частотно-амплитудных пока-

зателей бета-ритма, преимущественно в передних и задних областях мозга. Однако показатели его частоты не отличались от таковых на 2-е сутки, оставаясь в среднем на уровне 14,2±1,19 Гц с амплитудой волн 30,44±12,5 мкВ и приближаясь к показателям здоровых женщин, составивших 16,5±0,13 Гц с частотой 7,7±0,08 мкВ соответственно (p<0,05). Отмечалось также незначительное усиление тета-активности в передних отделах мозга. Средняя амплитуда тета-колебаний после окончания лечения составила 44,21±13,32 мкВ, частота – 5,05±1,8 Гц, против 26,3±3,17 мкВ, частотой 6,5±0,18Гц (p<0,05) в контрольной группе здоровых женщин. При проведении реакции на открывание глаз уменьшения амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма не произошло в 85,8% случаев, что указывает на отсутствие регуляторного взаимодействия коры головного мозга с подкорковыми центрами.

Таким образом, в острый период потери плода на ранних сроках выявлена тенденция к восстановлению амплитудно-частотных характеристик ЭЭГ, появилось незначительное повышение амплитуды альфа-ритма, уменьшение бета-активности. Однако преобладало угнетение синхронизирующих структур мозга, что позволяет говорить о сохраняющемся дисбалансе церебрального гомеостаза, что может привести к гормональной недостаточности и способствовать невынашиванию беременности в будущем.

В связи с этим, требуется разработка нового концептуального подхода в терапии и ранней профилактики синдрома потери плода.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗИЛИЯТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., Шевцова Е.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

Преждевременное излитие околоплодных вод представляет собой одну из актуальных проблем акушерской практики. Данное осложнение нарушает нормальное развитие родовой деятельности, являясь причиной неблагоприятных исходов для матери и плода. Частота преждевременного излития не имеет тенденции к снижению, встречается в 10–19% при своевременных родах.

Цель исследования: дифференцировать неблагоприятные факторы, обуславливающие преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ историй родов на базе МУЗ «Клинический родильный дом №2»; 400 родильниц (основная группа), доношенная беременность у которых осложнилась преждевременным излитием вод и 100 историй родов (контрольная

группа) с физиологическим течением родов. Для оценки факторов риска изучались данные анамнеза, менструальная и репродуктивная функции, экстрагенитальная патология, осложнения течения настоящей беременности.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток в обеих группах составил 26,2±0,54 года. Преждевременное излитие околоплодных вод чаще наблюдалось у повторнородящих (66%), чем у первородящих (44%).

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза ($p<0,05$) на первом месте были аборты – 65,7%, самопроизвольные выкидыши – 14,5%, среди гинекологических заболеваний – доминировал хронический воспалительный процесс придатков матки – 18,2%, при нарушении биоценоза влагалища – кольпит в 19,3%.

Среди экстрагенитальной патологии достоверно ($p<0,05$) в основной группе превалировали: хронический пиелонефрит (26,6%), гестационный пиелонефрит (36,6%), болезни органов дыхания (24,5%), сердечно сосудистая патология (36,2%), нейроэндокринные нарушения (15,7%), инфекционные заболевания мочеполовой системы (38,2%), ОРВИ – (12,7%).

При изучении осложнений беременности наблюдались в достоверно большем проценте ($p<0,01$) угроза прерывания беременности в 39,4%, гестоз второй половины беременности – 32,5%, многоводие – 17,4%. Сочетание несколько факторов риска наиболее часто встречалось у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод. Сочетание гестоза, хронического пиелонефрита, угрозы прерывания беременности встречалось у 9,8% беременных. Факторы взаимного отягощения необходимо считать одним из главных критериев формирования группы риска по развитию преждевременного излития околоплодных вод. Доля операций кесарева сечения, выполненных у беременных с преждевременным излитием вод, составляет 20,4% от общего количества оперативных родов. Следовательно, каждая пятая операция выполняется по поводу безэффективности медикаментозной коррекции нарушений сократительной деятельности матки после преждевременного излития околоплодных вод.

Таким образом, 1) ведущей причиной развития преждевременного излития околоплодных вод является инфекция; 2) необходимо учитывать наиболее неблагоприятные комбинации факторов риска по развитию преждевременного излития околоплодных вод, что позволит оптимизировать тактику ведения беременности и родов, снизить количество оперативных родов и улучшить перинатальные исходы для матери и плода.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Замалеева Р.С., Лазарева В.К., Юпатов Е.Ю., Коган Я.Э., Гафарова Е.А.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ и СР Росздрава, Россия

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является важнейшей проблемой современного акушерства. Частота ее колеблется от 4 до 45% и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на использование новейших методов диагностики и лечения, недостаточность функций плаценты остается ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности. В связи с этим, проблема охраны здоровья матери и ребенка при ФПН требует научных исследований, направленных на совершенствование доклинической оценки риска ее развития.

Цель. Определение прогностической значимости некоторых регуляторных аутоантител у беременных группы риска по развитию фетоплацентарной недостаточности.

Материал и методы. Проведено обследование 41 беременных с экстрагенитальной патологией, преэклампсией, угрозой прерывания беременности, абортами в анамнезе. В I триместре беременности на сроках 8–12 недель беременности всем пациенткам с помощью твердофазного иммуноферментного метода ЭЛИ-Тест (Полетаев А.Б. 2004) определяли сывороточное содержание аутоантител класса IgG связывающихся с хориогонадотропином, PAPP белком, ANCA (анионным белком эндотелия), TrM (суммарными тромбоцитарными антигенами с молекулярной массой 10–15 Да), двуспиральной ДНК, в-2ГП (в – 2 гликопротеином1), СФЛ (суммарными фосфолипидами), Fc-фрагментам Ig (ревматоидный фактор). Ретроспективно, в зависимости от развития плацентарной недостаточности все пациентки были разделены на три группы. Основную группу составила 21 женщина с развившейся плацентарной недостаточностью (ЗВУР плода, инфарктами в плаценте, отставанием массы плаценты от роста плода). В группу сравнения вошли 20 пациенток, у которых фетоплацентарная недостаточность не развилась. В основной группе наиболее часто настоящая беременность осложнялась преэклампсией (57%), угрозой преждевременных родов (43%). В группе сравнения были отмечены такие осложнения беременности как угроза прерывания (48%), рецидивирующие кольпиты (28%), анемия (24%). С учетом наличия клинических, ультразвуковых симптомов плацентарной недостаточности все женщины получали терапию, направленную на расслабление мускулатуры матки (препараты прогестерона), воздействие на микроциркуляцию и рео-

логические свойства крови (курантил, фраксипарин), воздействие на сосудистую стенку (флебодиа–600).

Результаты и их обсуждение. Среди беременных основной группы с развившейся плацентарной недостаточностью патологические изменения в сывороточном содержании естественных аутоантител встречались в 93%. В первую очередь, это выражалось в снижении содержания аутоантител к хориогонадотропину у 19 (90%) беременных (в диапозоне от – 56–80 у.е.), в несколько меньшей степени – аутоантител к в-2ГП, у 15 (71%) – (от –45–58 у.е) и аутоантител к ДНК – у 16 (76%) пациенток (от –41 – –56 у.е.) В группе сравнения изменения уровней аутоантител находились в пределах слабых отклонений от нормы (от –20 до –40 и от +10 до +40) и носили разнонаправленный характер, что объяснятся разнообразием сопутствующей патологии у этих пациенток. Вероятно, особенности встречаемости патологических уровней регуляторных аутоантител у беременных могут служить ранними прогностическими маркерами развития фетоплацентарной недостаточности.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Зароченцева Н.В., Серова О.Ф., Торшина З.В., Меньшикова Н.С., Кишьян, Л.В. Малиновская В. В., Титченко Ю.П.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Россия
ГУЗ Московский областной перинатальный центр, Россия

Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ) в последние годы привлекает особое внимание в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя. Известно, что беременность является фактором риска ПВИ и способствует активной репликации и персистенции вируса папилломы человека (ВПЧ). При этом латентная форма ПВИ может перейти в суб- и клинические формы. Функция Th1-клеток активизируется интерлейкином-12 (ИЛ-12) и направлена на продукцию провоспалительных цитокинов, интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-2), интерферонов (ИФН), факторов некроза опухолей (ФНО-α, ФНО-β) – факторов противовирусной, противоопухолевой, антибактериаль-ной защиты. Th2-клетки активизируются ИЛ-4 и продуцируют ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, которые активизируют В-клетки и стимулируют гуморальный иммунитет, ингибируя клеточный иммунный ответ. Кроме субпопуляций лимфоцитов CD4+ и CD8+, выделяют

естественные клетки-киллеры (ЕКК). Они играют роль первой линии защиты в противоопухолевом и противовирусном иммунитете.

Цель. Изучение состояние местного иммунитета, уровня продукции цитокинов ИЛ-4, ИЛ-6,ФНО, ИФН-, ИНФ-, ИНФ- в цервико-вагинальном смыве, определение содержание иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM в цервикальном смыве, выявление особенностей микробиоценоза влагалища у беременных с ПВИ.

Материалы и методы. Проведено обследование 95 беременных, составивших 3 группы: I группу составят 30 беременных с клиническими проявлениями ПВИ и наличием низкоонкогенных типов вируса (ВПЧ 6, 11). II группу составят 40 беременных с наличием ВПЧ высокого канцерогенного риска (16, 18, 45, 56, 33, 35). III группу сравнения составят 25 беременных без ПВИ. Для выполнения поставленных задач при обследовании женщин использованы следующие методы: клинико-визуальный, расширенная кольпоскопия, цитологический, молекулярно-биологические, гистологический, бактериологические, иммуноферментный.

Результаты и обсуждение. На фоне ПВИ у беременных I и II группах в вагинально-цервикальном секрете наблюдалось изменение содержания иммуноглобулинов всех изотипов, по сравнению с беременными без патологии шейки матки и ИППП. Особенно выраженные изменения в содержании иммуноглобулинов наблюдались у беременных во II группы, характерным являлось крайне низкая продукция sIgA (с 12,8±0,5 мкг\мл до 2,1±0,5 мкг\мл) и высокий уровень Ig M (с 2,9±0,5 мкг\мл до 25,8±0,9 мкг\мл), который рассматривают, как маркер воспаления. У большинства пациенток в цервикальной слизи наблюдается достоверное повышение количества ФНО в I и в II группах (с 2,5±5 мкг\мл до 10±4,5 и 15±6,3 мкг\мл), свидетельствующее об активации воспалительного процесса. Известно, что ФНО является позитивным регулятором воспалительной реакции и пусковым фактором в цепи продукции цитокинов воспалительного процесса. ФНО (15±6,3 мкг\мл) и ИЛ-8 (2625,9±824,7 мкг\мл при норме 1154±27,17 мкг\мл), отвечающий за неспецифический иммунитет, достоверно выше у беременных с высокоонкогенными ВПЧ (II группы). ИФН–γ и ИЛ-8 отвечает за неспецифический иммунитет. ИФН–γ – у беременных I группы и II группы не изменен. ИЛ-8 – повышен как в I так и во II группе. В то же время, у беременных при инфицировании ВПЧ, особенно высокоонкогенными типами, отмечено снижение Th-II – ИЛ-4 как в I так и во II группе (с 6,3±0,5 мкг\мл до 2,7±1,1 и 2,8±1,4 мкг\мл соответственно) и снижением интерлекина α (с 37,5±8,3 мкг\мл до 31,5±4,3 и 30,9±7,2 мкг\мл соответственно. ИЛ-6 может рассматриваться как фактор патогенности, усиливающий воспаление вследствие того, что тормозит естественные регуляторные клетки, участвует в установлении противовирусного и противомикробного иммунитета. ИЛ-6 повышен несколько в I группе (с 33,1±10,5 мкг\мл до 17,4±11,5) и достаточно повышен во II группе (с 33,1±10,5 мкг\мл до 41,3±23,1).

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты подтверждают, что наличие вируса папилломы человека и наличие ВПЧ-ассоциированных заболеваний приводит резкому нарушению состояния местного иммунитета,

сопровождающегося снижением секреторного иммуноглобулина А (sIgA), выполняющего защитные функции, повышением ФНО, интерлейкинов 6, 8, а также снижением интерлейкина α. По данным анализа содержания цитокинов в вагинально-цервикальном секрете отмечается повышение ИЛ-8 и ИЛ–6 особенно во II группе, что является признаком иммунопатологического процесса и мощного воспаления.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГАЗОВО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НЕЗРЕЛЫМИ РОДОВЫМИ ПУТЯМИ

Зенкина З.В., Пузикова О.З., Линде В.А., Ищенко Е.В., Аскалепова М.К.

ФГБУ » Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздравсоцразвития, Россия

К настоящему времени достигнуто понимание того, что одним из важных факторов перинатального риска является перенашивание беременности. Абсолютно очевидна необходимость выбора тактики в отношении группы беременных с незрелыми родовыми путями, угрожаемых по перенашиванию.

Цель. Изучение эффективности и безопасности для новорожденного выжидательной и активной тактики подготовки родовых путей у беременных в сроке гестации 40–41 нед. Одной из поставленных задач было изучение показателей газового и электролитного состава пуповинной крови.

Материал и методы. В исследование были включены 50 беременных в возрасте 18–39 лет со сроком гестации 41 неделя, степенью зрелости шейки матки 1–2 балла по Бишопу. 1 группу составили беременные с исходным индексом Бишопа 1–2 балла, у которых подготовка родовых путей проводилась с использованием мифепристона или с помощью эндоцервикального геля динопростона. Во 2 группу были включены беременные, у которых родоразрешение осуществлялось оперативным путем без использования медикаментозных средств. Кислотно-щелочное состояние, электролитный и газовый состав артериальной и венозной крови пуповины оценивался по уровню pH, pO_2, pCO_2, K^+, NA^+, ABE, SBE с помощью анализатора газов крови, оксиметрии, электролитов и метаболитов ABL – 800 flex.

В результате обследования было выявлено достоверное снижение уровня pH пуповинной артериальной крови (p=0,006), а также достоверное сниже-

ние ABE артериальной крови (p=0,035) во 2 группе женщин по сравнению с 1 группой, подтверждающее дефицит оснований, как индикатор метаболического ацидоза новорожденного. Исследование уровня парциального давления кислорода в артериальной крови пуповины – pO_2 также показало снижение последнего во 2 группе женщин по сравнению с 1 группой (p=0,060). Существенных различий в составе электролитов крови новорожденных двух групп выявлено не было.

Выявленные изменения кислотно-щелочного состояния (КЩС) и газового состава артериальной крови пуповины свидетельствуют о наличии более выраженного снижения уровня pH, pO_2, ABE у новорожденных, родившихся в группе женщин с незрелыми родовыми путями без медикаментозной их подготовки. Согласно данным многочисленных многоцентровых исследований, проводившихся в разные годы за рубежом, подобные характеристики КЩС пуповинной артериальной крови являются неблагоприятным прогностическим признаком в отношении возможного развития повреждения ЦНС у ребенка. Следовательно, необходимо придерживаться более активной тактики подготовки родовых путей (медикаментозной) у беременных со сроком гестации 41 нед. и незрелой шейкой матки в целях минимизации негативного влияния родового акта на плод.

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА БЫСТРЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН

Зефирова Т.П., Железова М.Е., Яговкина Н.Е.

Казанская государственная медицинская академия, Россия

Актуальной проблемой современного акушерства является изучение влияния инфекционной патологии женщины на сократительную деятельность матки и течение родового акта. Взаимосвязь воспалительных событий в организме беременной и характера родовой деятельности вполне закономерна, так как процессы подготовки и реализации родов во многом напоминают модель воспаления. Можно предположить, что реализация воспалительного процесса генитальной локализации во время беременности может быть фактором риска развития чрезмерной сократительной активности матки и приводить к быстрым и стремительным родам.

Цель. Изучить факторы риска и условия развития быстрых родов у беременных с хронической урогенитальной инфекцией.

Материал и методы исследования. Был осуществлен ретроспективный анализ частоты и структуры аномалий родовой деятельности у 228 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями мочевых и половых путей и у 120 условно здоровых женщин, не имевших инфекционной патоло-

гии. Обследуемые группы были идентичными по признакам возраста и паритета (test Levene p>0,05, ANOVA p>0,05). Быстрые (или стремительные) роды имели место у 18,4% с инфекционной патологией, что было в 5.2 раза выше, чем в группе сравнения (где 3.5%, z=9.66, p=0.001). Показатель частоты быстрых родов оказался наивысшим при хронической хламидийной инфекции (30,9%). Фактор хламидий увеличивал шансы быстрых родов в 11.7 раза по сравнению с неинфицированными беременными (b=2.5, Wald's χ2=5.6, p=0.01). Для дальнейшего анализа были отобраны 126 пациенток с доказанной хронической хламидийной инфекцией. У 39 из них реализовались быстрые (или стремительные) роды, они составили I группу. Другие 87 женщин вошли во II группу. Группу сравнения (III) сформировали 28 пациенток, не имевших инфекционных отягощений и нарушений родовой деятельности.

Результаты исследования. Отличительной чертой акушерского анамнеза у женщин I группы было наличие самопроизвольных выкидыше, которые встречались в 6.5 раз чаще, чем во II группе (43,5% и 6.7% соответственно, χ2=24.1, p=0.01). У женщин I группы в 1,4 раза чаще имелась активация инфекционных процессов мочевых путей. Рецидивирующая форма кольпита и цервицита наблюдалась в 44.7% (против 14.8% во II группе, χ2=11.84, p=0.006). Показатель частоты угрозы прерывания беременности в I группе был в 1.3 раза выше, чем во II (84.6% и 66.2% соответственно, χ2=4.77, p=0.028), и в 55.1% случаев угроза прерывания носила рецидивирующий характер (во II группе – в 33.3%, χ2=2.88, p=0.048). Среди пациенток II группы было значительно больше таких, кто получал во время беременности антибактериальную терапию, направленную на лечение инфекционной патологии. Установлено, что антибактериальная терапия во время беременности снижает вероятность развития чрезмерной родовой деятельности в 7.4 раза (b=2.0, Wald's χ2=7.6, p=0.001). Характер маточной активности накануне родов оценен по данным четырехканальной гистерографии на аппарате фирмы «Волготех» (г. Саратов) с записью сигналов в реальном режиме времени. У беременных I группы частота высокоамплитудных сокращений Брекстона Гикса оказалась существенно выше, чем во II группе и у здоровых беременных (6.2±0.4 за 60 минут против 3,9±0,2, p=0.01). Таким образом, у женщин с быстрыми родами еще до их начала проявлялись признаки высокой функциональной активности миометрия. Травмы мягких тканей у женщин I группы имелись в 53.8%, что выше, чем во II группе в 2.5 раза. Более низкий показатель по Апгар определялся после быстрых родов (4.55±0.35 балла и 8.11±0.2 балла, p=0.01). Интранатальная гипоксия отмечена у 51,3% плодов I группы, у 72.8% детей имели место осложнения неонатального периода.

Таким образом, хроническая хламидийная инфекция у беременных представляется важным фактором риска развития быстрых и стремительных родов, а повышенная маточная активность формируется еще до начала родовой деятельности. Основными предикторными факторами быстрых и стремительных родов у беременных с хламидийной инфекцией нужно считать следующие: в анамнезе – потерю первой беременности, при данной

гестации – рецидивирующую угрозу прерывания и наличие неоднократных эпизодов активации инфекционно-воспалительных процессов мочевых и половых путей. Своевременная антибактериальная терапия инфекционного процесса, проведенная по показаниям во время беременности, считается надежной мерой профилактики быстрых родов у женщин с хламидийной инфекцией.

АКТУАЛЬНОСТЬ АНАЛИЗА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Иголкина М.Н., Мингалёва Н.В., Колесникова Л.А., Топорова Л.А., Хачак С.Н.

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Диагностика, лечение и профилактика синдрома задержки развития плода (СЗРП) является одной из актуальных проблем современного акушерства. Плод, развивающийся в условиях хронической гипоксии, рожденный с признаками СЗРП, часто имеет тяжелые функциональные изменения в органах и системах, приводящие к формированию патологии в неонатальном и других периодах детства. В последние годы наблюдается значительный рост числа новорожденных с СЗРП, для которых характерны высокая перинатальная заболеваемость, смертность и значительные отклонения соматического и нервно-психического развития в последующей жизни, в связи с этим чрезвычайна важна профилактика, своевременная диагностика и лечение этой патологии еще при беременности.

Цель исследования: Проанализировать оценку пренатальных факторов риска (ФР) в условиях женской консультации (ЖК) и определить его значимость при нарушении состояния плода, проявляющимся СЗРП при беременности.

Материалы и методы: Проанализирована мед.документация 100 случаев закончившихся беременностей у женщин с СЗРП при беременности (1 гр.), выявленного по данным УЗИ в III триместре и 100 сл. без данного осложнения беременности (всего 600 мед. документов).

Результаты и обсуждение: Средний возраст беременных в 1 группе составил – 25,1±4,8 года, во 2 группе – 27,6±4,5. Подавляющее большинство женщин (78% и 85%) встали на учет по беременности в сроке до 12 недель. Более половины (58% и 66%) состояли в зарегистрированном браке, 35% и 27% – в «гражданском». Проф.вредности отмечались только у 4,7% и 6,4% работающих женщин. Почти все они были без вредных привычек

(курили чаще в гр.1) 5,8% и 3%, при этом половина мужей курили (37% и 46%). Рост менее 158 см в 1 гр. встречался в 2,1 раза чаще (у 15,6%), в том числе в 2,6 раза ИМТ был менее 18,5 (10%). Средняя прибавка веса за беременность в 1 гр. менее 10 кг встречалась у половины женщин, что чаще, чем во 2 гр. на 19,2%. У 36% и 41% пациенток половой дебют пришелся на возраст до 18 лет. Обращает на себя внимание, что первая настоящая беременность зарегистрирована в 1 группе у 60% женщин (в 1,6 раз чаще), в группе повторнобеременных 2–3 родов в анамнезе было у 41% (в 2,6 раза, чаще чем во 2 гр.), 45% женщин 1 гр. перенесли аборты (1 аборт чаще на 18%, 2 и более – чаще на 31%). Отрицали какие-либо гинекологические заболевания и в ЖК не обращались также чаще женщины гр. 1 (55% и 20%). Среди пациенток с некоторой гин. патологией в анамнезе существенной разницы по ретроспективному материалу выявлено не было, описаны: «эрозии» (по МКБ-Х) шейки матки (ШМ) у 48% и 55%, бесплодие у 11% и 10%, кисты яичников у 5,5% и 1%, миома матки у 3,4% гр. 2. Обращает на себя внимание, что женщины в СЗРП в анамнезе в 4,7 раза реже получали лечение по поводу различных ВЗОМТ, т.к. к врачу не обращались несмотря на имеющиеся жалобы.

Всем беременным в 100% случаев проводился подсчет факторов риска (ФР) по различным шкалам, в том числе шкале №1 – Фроловой О.Г. и Николаевой Е.Н., (1979), Шкале №2 – Радзинского В.Е., Князевой С.Е., Костина И.Н., (2009). ФР оценивались при постановке на учет, после первичного обследования, в 20, 24, 30, 36 недель и перед родами. При первой явке 96% и 94% беременных были отнесены к группе низкого, 4% и 6% – к группе среднего риска. К группе высокого риска никто из беременных не был отнесен. По Шкале №2 среднее количество баллов при 1 посещении составило 4 и 6,1. После первичного обследования (через 1 неделю) среднее число баллов в сравнении с первым подсчетом увеличилось в 2,2 и 1,6 раза, в 30 нед. увеличилось в 3 и 1,7 раза, в 36 нед. – в 4,7 и 1,9 раза. Перед родами уже больше половины пациенток (61%) 1 гр. и только 11% 2 гр. были отнесены к группе высокого риска, 35% и 42% – к среднему риску и лишь 4% и 47% – отнесены к группе низкого риска. Средне число баллов перед родами составило в 1 гр. 21,2 (в 1,6 раза больше) и 13,5 во 2 группе. В гр. 1 в 1,2 раза чаще встречались: хр.специфические инфекции, в 2,3 раза хр.заболевания почек, в т.ч. в 2,1 раза с обострением заболевания почек при беременности, острые инфекции перенесенные во время беременности чаще в 1,1 раза, маловодие – в 3,4 раза, изосенсибилизация по АВ0 в 1 гр. встречалась чаще в 3,3 раза. Среди социально-биологических ФР самыми «популярными» оказались: возраст 30–34 года, рост 158 см и менее и курение. В анамнезе чаще отмечены следующие ФР: доброкачественные заболевания и состояния ШМ (48% и 55%), начало половой жизни до 18 лет, ВЗОМТ, аборты перед первыми предстоящими родами, привычное невынашивание. Среди экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались: хр. специфические инфекции, миопия, заболевания почек, анемия (33% и 30%), ВСД (21% и 33%), коагулопатии (по 14% в обеих группах) и варикозная болезнь нижних конечностей (8% и 5%). Среди осложнений беременности в картах наиболее часто описаны:

острые инфекции при беременности, маловодие (гр.1 31%), поздний гестоз (20% и 17%), рецидивирующая угроза прерывания беременности (15% и 18%).

Таким образом, подсчет и анализ факторов риска при беременности имеет крайне важное значение для своевременной профилактики осложнений и прогнозирования благополучного исхода беременности.

АУТОАНТИТЕЛА К КОФАКТОРАМ В ДИАГНОСТИКЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМИ ПОТЕРЯМИ ПЛОДА

Ионанидзе Т.Б., Агаджанова А.А., Менжинская И.В.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

Актуальность: Общепризнанным аутоиммунным состоянием, ведущим к гибели эмбриона/плода, является антифосфолипидный синдром (АФС). Особая роль в патогенезе АФС отводится протеинам кофакторам, среди которых β2–гликопротеин 1 (β2-ГП-1), аннексин V, протромбин. Нарушения инвазии трофобласта, вследствие воздействия аутоантител могут быть настолько выражены, что беременность прерывается неоднократно уже в первом триместре. В 2004 году на конгрессе в Сиднее лабораторные критерии претерпели изменений наряду с волчаночным антикоагулянтом (ВА) и антикардиолипиновыми анителами (АКЛ) в диагностические критерии АФС внесены антитела к β2-ГП-1.

Цель исследования. Оптимизация системы диагностики аутоиммунной тромбофилии у пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 280 женщин с репродуктивными потерями на разных сроках беременности. Из них отобрано 129 пациенток с верифицированным диагнозом АФС. Для изучения роли аутоантител к кофакторам, в реализации осложнений беременности пациентки поделены на группы в зависимости от данных анамнеза. I группу составили 42 пациентки с поздними гестационными осложнениями в исходе предыдущих беременностей (антенатальная гибель плода, преэклампсия, задержка роста плода); во II группу вошли 52 пациентки с привычными ранними потерями беременности в анамнезе, III группу составили 35 первобеременных пациенток с бесплодием, неудачами ЭКО, активацией внутрисосудистого свертывания. Проводилось определение уровней антител к β2-гликопротеину-1, аннексину-V, протромбину методом иммуноферментного анализа наборами ORGENTIC; исследование системы

гемостаза (тромбоэластография, определение РКМФ, Д-димеров); определение циркулирующих антифосфолипидных антител (классов G и M) к кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидилэтаноламину, фосфатидилхолину, сфингомиелину; коагуляционные тесты на определение волчаночного антикоагулянта; диагностика генетически обусловленных тромбофилий методом ПЦР.

Результаты исследования. Пациентки исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, возраст составил от 22 до 43 лет (среднее значение 28,3±2,5 лет). При анализе полученных данных, в I группе аутоантитела к кофакторам выявлены в 76,1% случаев, из них, к двум и более кофакторам в 28,5% случаев. Аутоантитела к β2-ГП-1 встречались в 42,8%, аннексину в 19,1%, протромбину в 14,2% случаев. Во II группе, у женщин с ранними гестационными потерями аутоантитела к кофакторам встречались несколько чаще, в 80,7% случаев, из них к двум и более кофакторам в 30,7%. Аутоантитела к β2-ГП-1 встречались в 57,7%, аннексину в 13,4%, протромбину в 9,6% случаев. В III группе аутоантитела к кофакторам определялись в 54,2% случаев, к двум и более в 14,2%. Аутоантитела к β2-ГП-1 встречались в 34,2%, аннексину в 8,5%, протромбину в 11,4% случаев. Проба на ВА была положительной у 4,7%, АКЛ (в средних и высоких титрах) у 66,6% женщин I группы. В то же время классические серологические маркеры у женщин с ранними потерями идентифицировались достоверно реже, чем во II группе – проба на ВА была положительной в 3,8%, АКЛ в 34,6% случаев ($p<0,05$), а в третьей группе проба на ВА выявлялась чаще, 8,9%, чем в I и II группах и составила АКЛ в 40,0% случаев. Частота изменений в системе гемостаза была сопоставимой во всех группах 57,1%, 61,5% и 48,5% случаев соответственно. На основании определения аутоантител к кофакторам и отягощенного акушерского анамнеза был поставлен диагноз АФС с последующим проведением терапии вне и во время беременности. Лечебные мероприятия включали: назначение низкомолекулярных гепаринов под контролем гемостазиограммы, с увеличением доз при активации внутрисосудистого свертывания, терапию гестагенами в I триместре. У 82 женщин (30 в I группе, 32 во II группе, 20 в III группе) проведен анализ течения беременности на фоне проводимой терапии. Угрожающий выкидыш в первом триместре отмечен несколько чаще во II группе 56,2% по сравнению с 40,0% в I группе и 32,0% в III группе, при этом с явлениями отслойки хориона в I группе 23,3%, во II группе в 28,1%, в III группе 20,0%. Проводилась терапия, направленная на пролонгирование беременности. Во II группе отмечены 4 неразвивающиеся беременности (12,5%) случаев, из них в двух наблюдениях имело место сочетание АФС с гомозиготной формой мутации метилентетрагидрафолатредуктазы и PAI. Поздние гестационные осложнения были представлены плацентарной недостаточностью, частота которой во всех группах достоверно не отличались во II 37,5%, по сравнению с 33,3% в I группе и 28,0% во III группе. При этом внутриутробная задержка роста плода регистрировалась достоверно чаще во II группе – в 34,3% случаев по сравнению с 23,3% в I группе ($p<0,05$) и 12,0% в III группе ($p<0,05$). Тромботические осложнения во время беременности и после родов не отмечены ни в одном случае.

Заключение: Таким образом, выявление аутоантител к кофакторам позволяет быстро верифицировать АФС, что дает возможность своевременно назначить патогенетически обоснованную терапию для предотвращения акушерских и тромботических осложнений.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИДУРАЛЬНЫЙ БЛОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ, СОЧЕТАНИЕМ ГЕСТОЗА И АНЕМИЕЙ

Исаева З.И.

Дагестанский Научный Центр РАМН, Махачкала, Россия,

В последнее время наблюдается тенденция к росту количества детей, рожденных с признаками задержки внутриутробного роста плода. В структуре причин перинатальной заболеваемости синдром задержки роста плода занимает третье место. Частота данной патологии, по данным литературы, колеблется от 4,5% до 39%. Частой причиной развития фетоплацентарной недостаточности и ЗВРП является гестоз, особенно сочетанные формы.

Цель. Изучение эффективности комплексной терапии ЗВРП при сочетании гестоза и анемии.

Материал и методы. В группу исследования были отобрано 124 беременных с сочетанием гестоза с анемией и с диагностированной задержкой внутриутробного роста плода. I-я группа воздействия – 74 беременных с сочетанием гестоза и анемии, получившие комплексную терапию, включающую применение в пренатальном периоде длительного перидурального блока. II-я группа сравнения – 50 беременных с сочетанием гестоза и анемии, получившие традиционную терапию без применения ДПБ. Терапию гестоза и ЗВРП начинали с применения ДПБ в течение первых 3-х суток и, добиваясь нормализации общей и фетоплацентарной гемодинамики, затем продолжали по общепринятой методике. При наличии эффекта от проводимой терапии гестоза и ЗВРП продолжалась до срока, гарантирующего рождение жизнеспособного плода или до наступления родов.

Результаты. Под действием проводимой терапии у 89,2% беременных группы воздействия отмечался клинический эффект: улучшилось самочувствие беременных, снижался уровень артериальной гипертензии (у 66,2% беременных – до нормализации цифр АД) и протеинурии. Произошла нормализация диуреза, за счет улучшения функции почек. Аналогичный показа-

тель в контрольной группе составил 74% (у 54% беременных – до нормализации цифр АД) (P<0,05). У 10,8% женщин группы воздействия и у 26% женщин группы сравнения мы не наблюдали улучшения клинической картины гестоза на фоне проводимого лечения. При применении ДПБ терапевтический эффект достигается в результате снятия спазма артерий, уменьшения периферического сопротивления в зоне блока, улучшения маточно-плацентарного и плодового кровотока. Было отмечено достоверное снижение систолодиастолического отношения в артерии пуповины в группе воздействия, что позволяет сделать вывод об улучшении плодово-плацентарного кровотока на фоне терапии. При анализе течения родов было выявлено, что у женщин группы воздействия имело место снижение частоты оперативного родоразрешения. В группе воздействия роды завершились кесаревым сечением у 22,9%, в то время как у беременных группы сравнения данная операция произведена в 36% случаев (p<0,05). Наибольший процент кесарева сечения приходится на резистентность гестоза к проводимой терапии в группе воздействия 10,8% и 22% группе сравнения (p<0,05), из них по поводу преэклампсии операция кесарево сечение произведена у 2,7% беременных группы воздействия и у 4% группы сравнения (p>0,05). Средний срок гестации к моменту родов не имел достоверной разницы и составил в группе воздействия 37,2±0,22 нед, в группе сравнения – 36,8±0,30 нед. Своевременными родами в группе воздействия завершилась беременность у 38 (51,3%) женщин, в сроке 35–36 недель – у 28 (37,8%) и в сроке до 34 недель – у 8 (10,8). Аналогичный показатель в группе сравнения составил – 44% (22), 30% (15) и 26% (13). В группе сравнения достоверно чаще наблюдались преждевременные роды в сроке гестации до 34 недели (P<0,05). В группе сравнения частота досрочного родоразрешения в 1,5 раза выше, чем группе получившей терапию с применением ДПБ, что указывает на эффективность терапии, которая позволило пролонгировать беременность до более благоприятного для плода срока. У новорожденных группе воздействия средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте составила 7,3±0,2 балла, на пятой минуте после рождения – 8,4±0,2 балла. В группе сравнения оценка по шкале Апгар оказалась несколько ниже и составила на первой минуте 6,6±0,4 балла, на пятой минуте – 7,6±0,4 балла. В группе воздействия с средней оценкой 8–9 баллов на первой минуте жизни родилось 55,4% новорожденных с ЗВРП, в группе сравнения – 48%. В состоянии тяжелой асфиксии родились двое новорожденных с ЗВРП в группе воздействия, что составило 2,7%, в группе сравнения – 12% (p<0,05). Среди различных осложнений у новорожденных с ЗВРП гипоксическое поражение ЦНС оставалось наиболее частым, ее доля составила в группе воздействия 28,3%, в группе сравнения – 48% (p<0,05). Синдром дезадаптации отмечен у новорожденных в 20,2%, и в 24% случаев соответственно, (p>0,05). Продолжительность пребывания новорожденных в стационаре колебалась от 6 до 15 суток в группе воздействия и составила в среднем 9,14±0,78 дней. В группе сравнения – от 6 до 18 суток – 9,31±0,42 дней. Для дальнейшего лечения и выхаживания 31,01% (23) новорожденных с задержкой внутриутробного роста группе воздействия, в группе сравнения

–48% (24), (p<0,05) были переведены в отделение патологии новорожденных. Перинатальная смертность в группе воздействия составила 13,51‰, в группе сравнения – 60‰ (p<0,05). Представленные данные позволяют нам полагать, что предложенная нами схема комплексного лечения, направленная на нормализацию течения беременности у женщин с сочетанием гестоза и анемии является достаточно эффективной и может быть применена в повседневной практике.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Казачкова Э.А., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Хелашвили И.Г.

Челябинская государственная медицинская академия, Россия

Невынашивание беременности ранних сроков является одной из главных составляющих репродуктивных потерь. К самопроизвольному аборту может приводить развитие патологических вариантов имплантации вследствие нарушения рецептивности эндометрия. У большинства пациенток с невынашиванием беременности имеет место хронический эндометрит. Влияние хронического эндометрита на рецептивность эндометрия изучено недостаточно.

Цель. Изучение структурных особенностей поверхностного эпителия и рецепторного статуса эндометрия у пациенток с невынашиванием беременности ранних сроков, ассоциированном с хроническим эндометритом.

Материал и методы. Осуществлён анализ морфологического состояния эндометрия у 35 пациенток, страдающих невынашиванием беременности ранних сроков инфекционно-воспалительного генеза и 15 гинекологически здоровых женщин, обратившихся по вопросам планирования семьи, которые составили группу сравнения. Все пациентки находились в репродуктивном возрасте, имели овуляторный менструальный цикл, нормальный уровень гормонов гипоталамо-гипофизарной системы, стероидных гормонов яичников, гормонов надпочечников, щитовидной железы в сыворотке крови. Эндометрий получали путём пайпель-биопсии на 7–8 день после овуляции и подвергали комплексному морфологическому и морфометрическому исследованию. В биоптатах эндометрия, окрашенных гематоксилином и эозином, при увеличении микроскопа х600 подсчитывали процент покровных эпителиоцитов, имеющих пиноподии. Для суждения о состоянии стероидной рецепции эндометрия определяли процент клеток желёз и стромы, экспрессирую-

щих ERα и PR (моноклональные антитела «Novocastra», UK), с помощью метода гистологического счёта HISTOSCORE с вычислением эстроген-прогестеронового соотношения (ERα/PR). Степень выраженности экспрессии оценивали в баллах. Полученные результаты обрабатывали с применением непараметрических статистических методов с помощью критерия Манна-Уитни.

В биоптатах женщин группы сравнения эндометрий находился в средней стадии фазы секреции. Число покровных эпителиоцитов, имеющих пиноподии, варьировало в пределах 55–70% (средний параметр – 63,4±4,1). В поверхностных клетках и гландулоцитах желез средний показатель экспрессии ERα составил 58,3±4,7 балла, в клетках стромы – 83,5±6,3 балла; одноимённые значения параметров экспрессии PR составили 126,8±10,1 и 204,1±14,3 баллов соответственно. Средний показатель ERα/PR для поверхностных эпителиоцитов и клеток желез оказался равным 0,5, для клеток стромы – 0,4.

У женщин с невынашиванием беременности, ассоциированном с хроническим эндометритом, эндометрий находился преимущественно в ранней стадии фазы секреции, реже – в средней стадии. Уровень поверхностных эпителиоцитов с пиноподиями был достоверно ниже (средний показатель 37,5±2,1; $p<0,01$), что мы связываем с альтеративными изменениями покровных клеток различной степени выраженности, обусловленными активным хроническим эндометритом. При этом обнаружено уменьшение высоты покровного эпителия и его объёмной плотности ниже контрольных значений, а также нарушение дифференцировки эпителиоцитов в виде резкого снижения числа реснитчатых клеток и повышения количества активно секретирующих эпителиальных элементов. Наблюдалось значительное увеличение уровня экспрессии ERα в железистом эпителии ($p<0,01$) и в клетках стромы ($p>0,05$). Интенсивность экспрессии PR, напротив, достоверно снизилась относительно одноимённых показателей группы сравнения как в покровном эпителии и гландулоцитах желёз ($p<0,01$), так и в клетках стромы ($p<0,01$). В связи с этим достоверно увеличились средние показатели ERα/PR, которые составили для железистого эпителия и клеток стромы 0,8 и 0,6 соответственно.

Таким образом, хронический эндометрит значительно нарушает рецептивность эндометрия, в частности, за счёт повреждения поверхностного эпителия слизистой оболочки матки и увеличения экспрессии железистым эпителием и клетками стромы ERα.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГРИППОМ А H1N1

Калиматова Д.М.

Актуальность темы: Вирусные инфекции являются одной из основных причин репродуктивных потерь. Особое место среди инфекционных заболеваний беременных занимает грипп. Многочисленные исследования свидетельствуют о тяжелом течении гриппа А H1N1 у беременных женщин, повышенном риске гибели плода и спонтанного аборта у инфицированных женщин, что связано с изменениями в иммунной, дыхательной и сердечно-сосудистой системе женщин.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальные исходы у беременных с гриппом А(H1N1)2009.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй родов и историй их новорожденных 30 женщин, у которых был обнаружен вируса А(H1N1).

Результаты исследования. Средний возраст заболевших гриппом А(H1N1) составил 26 лет. Срок беременности при поступлении в среднем составил 34 недель. Диагноз грипп А(H1N1) подтвержден вирусологически у 30 (100%) беременных женщин. Ни одна из женщин от сезонного гриппа не прививалась. До 12 ч с момента первых симптомов за медицинской помощью обратились 2 (6%) женщины, от 12 до 24 ч – 7 (23%), от 24 ч до 72 ч – 15 (50%) и свыше 72 ч – 8 (26%). Из фоновых заболеваний мы отметили анемию у 20 (66%) женщин, хронический пиелонефрит – 12 (40%), гипертоническую болезнь – 10 (33%), хронический гастрит – 8 (26%), инфекции передающиеся половым путем – 6 (20%), кандидозный кольпит – 9 (30%). В 12 (40%) наблюдениях грипп протекал в среднетяжелой форме, у 15 (50%) женщин в тяжелой форме, у 3 (10%) женщин грипп осложнился развитием отека легких.

Течение беременности осложнилось развитием хронической фетоплацентарной недостаточности – у 20 (66%) женщин, угрозой прерывания беременности – у 5 (16%), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты – 4 (13%), гестозом – 10 (33%), синдромом задержки развития плода – 9 (30%), маловодием – 15 (50%), многоводием – 1 (3%) наблюдений.

При гистологическом исследовании плаценты у 18 (60%) женщин выявлены следующие изменения: воспалительная альтерация и дегенеративные изменения морфофункциональных структур, нарушение дифференцировки плацентарной ткани, подавление компенсаторно-приспособительных сосудистых реакций ворсин.

Беременность завершилась срочными родами у 20 (66%) женщин, преждевременными родами – 10 (33%) женщин. Самопроизвольные роды в 12 (40%) наблюдениях (среднетяжелое течение гриппа), оперативные – в 18 (60%) наблюдениях (тяжелое течение гриппа). В родах отмечалась сла-

бость родовой деятельности у 2 (6%) женщин, дородовое излитие околоплодных вод у 3 (10%), раннее излитие околоплодных вод у 5 (16%) женщин. Недоношенными родились 10 (33%) детей. Из них 5 (16%) с экстремально низкой массой тела 2 (6%), низкой массой – 8 (26%). Ишемическое поражение ЦНС наблюдалось у 7(23%), врожденная пневмония – 1 (3%), гипербилирубинемия – 8 (26%), судорожный синдром – 1 (3%).

Выводы: Состояние физиологического иммунодефицита, свойственного беременности, предрасполагает к более тяжелому течению гриппа способствует развитию его осложнений. В данном исследовании подавляющее число пациенток имели сопутствующие заболевания, такие как: анемия, хронический гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, хронический гастрит, инфекции передающиеся половым путем, кандидозный кольпит. 70% новорожденных имели нарушения в неонатальном периоде.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г., Петров В.Л., Быкова Н.Н.

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Россия
Родильный дом им. К.А. Гуткина, Петрозаводск, Россия

Актуальность. Как показывают зарубежные исследования (Ryan D. et al., 2005; Stewart D.E., 2006; Leigh B. et al., 2008), депрессия является одной из ведущих причин снижения трудоспособности у женщин репродуктивного возраста, поэтому неудивительно, что депрессия и связанные с нею состояния часто встречаются во время беременности. Симптомы депрессии во время беременности аналогичны таковым вне ее, однако, иногда их трудно дифференцировать от некоторых симптомов, связанных с самой беременностью. Доказано неблагоприятное влияние материнской депрессии на течение и исход беременности для плода и новорожденного. По данным ряда авторов (Robinson G.E. et al., 2001) у женщин с антенатальной депрессией чаще происходят преждевременные роды и/или отмечается задержка роста плода, нарушение адаптации новорожденного, что приводит к целому ряду проблем медицинского и психологического характера в дальнейшем. Установлено, что депрессия и тревожность зачастую идут «рука об руку». При обследовании беременных женщин было показано, что состояние тревоги отмечалось у 11%, а депрессия – у 13% обследованных (Heron J. et al., 2004). В работе Bennett H.A. et al. (2004) установлено, что частота депрессии во II триместре составляет 12,8%, а в III триместре отмечается у 12% обследованных женщин. По данным Josefsson A. et al. (2001) во II половине беременности частота депрессии составляла 17%. Частота депрессивных симптомов во время бере-

менности по данным других авторов составляет 20% (Ryan D. et al., 2005). Для оценки степени тревожности и депрессии предложены различные шкалы, которые могут использоваться как медицинскими сотрудниками (опрос), так пациентками (самооценка).

Цель исследования – изучить частоту тревожно-депрессивных состояний у женщин во второй половине беременности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 163 беременные женщины. Исследование проводилось на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (г. Петрозаводск). Критериями включения являлись соответствующий срок беременности, а также отсутствие данных о тревожно-депрессивных состояниях в анамнезе и лечении у психотерапевта/психиатра. Все пациентки самостоятельно заполняли анкету (20 вопросов) по определению состояния тревоги и депрессии (шкала ТиД, разработанная Spielberger C.D., 1970; в модификации Ханина Ю.Л., 1976). По специальным таблицам баллы переводились в диагностические коэффициенты тревоги и депрессии, проводились расчеты с последующей интерпретацией данных.

Полученные результаты. Возраст обследованных женщин был от 15 до 39 лет (средний показатель 26,9±4,5 лет). 49,7% пациенток имели высшее образование, 49,1% – среднее и среднее специальное, 1,2% – начальное. На момент наступления беременности 63,8% женщин работали, 25,2% по различным причинам не работали или считали себя домохозяйками. Остальные получали образование или совмещали работу с учебой.

Среди всех обследованных было 38% первобеременных женщин. В анамнезе у повторнобеременных отмечались роды (44,8%), медицинские аборты (31,3%) и самопроизвольное прерывание беременности (14,1%).

Наше исследование показало, что у 62,6% женщин во второй половине беременности отсутствовало чувство тревожности, а у 58,9% не было проявлений депрессии. У 20,2% отмечено пограничное состояние в плане состояния тревоги; у 19% аналогичное состояние выявлено в отношении депрессии. Наличие выраженной тревожности было диагностировано у 17,2% обследованных пациенток, а симптомы депрессии – у 22,1% женщин.

Заключение. Проведенное нами исследование позволило установить, что у большинства женщин во второй половине беременности имелся нормальный психоэмоциональный фон (62,6% и 58,9% по шкале оценки тревожности и депрессии соответственно). Согласно полученным данным 17,2% пациенток имели состояние выраженной тревоги, а 22,1% – депрессии, что, на наш взгляд, требовало консультации психолога или психотерапевта еще на этапе беременности. Следует обратить внимание на группу женщин с пограничным психоэмоциональным состоянием (20,2% по тревожности и 19% по депрессии), которые могут нуждаться в более глубоком обследовании психоэмоционального состояния у соответствующих специалистов и проведении профилактических мероприятий. Очевидно, что частота состояний тревоги и депрессии в представленных группах сопоставима.

Беременность – уникальный период жизни, в течение которого женщина в большинстве случаев постоянно и длительно контактирует с врачами и

средним медицинским персоналом различного профиля, нередко госпитализируется с профилактической или лечебной целью. Именно поэтому акушеры-гинекологи и врачи других специальностей должны иметь знания, которые позволят им провести скрининг возможной антенатальной депрессии и направить женщин группы риска для углубленного обследования к соответствующим специалистам. Полученные результаты ставят перед нами новые вопросы. Как вести беременных с выявленными симптомами тревоги и депрессии? Если диагноз тревожно-депрессивного состояния впервые поставлен во время беременности, то надо ли лечить и чем? Как оценить эффективность лечения во время беременности? Существуют ли в настоящее время методы профилактики тревожно-депрессивных состояний во время беременности?

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ СВОБОДНОГО ОКСИПРОЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ РАННИХ СРОКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Киселева О.Ю.

ГБОУ ВПО «Ивановская Государственная Медицинская Академия Минздравсоцразвития России», кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии педиатрического факультета, МБУЗ » Родильный дом №4» г. Иваново (женская консультация №6)

Актуальность. В последние годы все большее значение в патогенезе осложнений беременности придается недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). НДСТ характеризуется высокой распространенностью в популяции, клиническим полиморфизмом, прогредиентностью течения и преобладанием пациентов молодого, детородного возраста. Беременные, имеющие проявления НДСТ, относятся к группе высокого риска акушерских осложнений. По имеющимся данным, у женщин с НДСТ значительно чаще отмечаются такие осложнения I триместра беременности, как токсикоз, угроза прерывания, отслойка хориона. Содержание оксипролина в крови – один из основных информативных показателей метаболизма соединительной ткани, в частности, коллагеновых и эластиновых волокон. Определение свободного оксипролина сыворотки крови является важным критерием лабораторной диагностики патологических сдвигов в обмене соединительной ткани.

Цель: уточнить особенности содержания свободного оксипролина в сыворотке крови у беременных ранних сроков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования. Обследовано 2 группы беременных ранних сроков: основная группа – 18 женщин ранних сроков беременности с внешними и висцеральными маркерами НДСТ, контрольная группа – 16 женщин без признаков НДСТ. Были изучены жалобы, особенности анамнеза, клинические признаки НДСТ. Проводились общий осмотр и акушерское исследование, определение уровня свободного оксипролина в сыворотке крови (колориметрический метод L. Bergman и R. Loxley, в модификации С. С. Тетянец, 1985 г.), УЗИ внутренних органов, матки. Статистическая обработка – с помощью пакета прикладных программ Windows Excel.

Результаты и обсуждение. НДСТ была диагностирована в случае выявления 5 и более маркеров дисплазии соединительной ткани. В структуре признаков НДСТ у беременных основной группы преобладали диспластические особенности сердечно-сосудистой системы (нейро-циркуляторная дистония – 68%, варикозная болезнь нижних конечностей – 41%, пролапс митрального клапана I степени – 11%, ложные хорды – 6%), особенности строения скелета и связочного аппарата (астеническое телосложение – 68%, нарушения осанки – 54%, уплощение свода стоп – 17%, дисплазия тазобедренных суставов – 6%, миопия – 50%, гипермобильность суставов – 17%), дисплазии желудочно – кишечного тракта (дискинезии желчевыводящих путей – 20%, перегиб желчного пузыря – 6%), склонность к аллергическим реакциям – 11%, повышенная кровоточивость – 11%, эмоциональная лабильность – 56%. Женщины основной группы чаще имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, преобладали нарушения менструальной функции (по типу гиперполименореи – 20%, опсоменореи – 11%, позднее менархе – 11%, ювенильные маточные кровотечения – 6%), гирсутный синдром – 17%, воспалительные заболевания органов малого таза – (38%), привычное невынашивание беременности (11%), погибшая беременность (6%). У пациенток контрольной группы нарушения менструальной функции по типу гиперполименореи отмечались в 11% случаев, дисменореи – в 6%, воспалительные заболевания органов малого таза – в 27%.

При изучении течения настоящей беременности было установлено, что беременность у пациенток обеих групп на ранних этапах гестации в ряде случаев протекала с осложнениями. У беременных с НДСТ в 1,8 раза чаще беременность осложнялась угрозой прерывания (70% случаев в основной группе и 40% – в контрольной, $p<0,05$), в 2,3 раза чаще угроза прерывания беременности сопровождалась возникновением ретрохориальной гематомы (45% случаев в основной группе, 20% – в контрольной, $p<0,05$).

Концентрации свободного оксипролина в основной и контрольной группах при неосложненном течении беременности ранних сроков достоверно не различались (2,82±0,16 мкг/мл и 2,72±0,18 мкг/мл соответственно, $p>0,05$). Показатели свободного оксипролина сыворотки крови при угрозе прерывания беременности в основной группе были выше, чем в контроль-

ной (3,19±0,11 мкг/мл в основной группе против 2,92±0,16 мкг/мл), однако, достоверных различий также не было получено (p>0,05). Были выявлены достоверные различия содержания оксипролина сыворотки крови у беременных с НДСТ при частичной отслойке хориона(у женщин основной группы 3,34±0,09 мкг/мл, 2,8±0,20 мкг/мл в группе сравнения, p<0,01).

Выводы. У беременных основной группы в 1,8 раза чаще беременность осложнилась угрозой прерывания, в 2,3 раза чаще угроза прерывания беременности сопровождалась частичной отслойкой плодного яйца. У беременных с НДСТ были отмечены достоверно более высокие концентрации оксипролина в сыворотке крови при частичной отслойке плодного яйца, что может быть объяснено возможным нарушением обмена соединительной ткани в зоне образовавшейся ретрохориальной гематомы.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Киселева О.Ю.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России
МБУЗ » Родильный дом №4», Иваново, Россия
Женская консультация №6, Иваново, Россия

Данные о распространенности недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) разноречивы. В настоящее время в литературе отсутствуют данные о распространенности НДСТ у беременных.

Цель: определить частоту встречаемости НДСТ в популяции беременных.

Задачи: выявить фенотипические и висцеральные маркеры НДСТ у беременных; установить взаимосвязь внешних и висцеральных признаков НДСТ между собой.

Материал и методы. Проведено сплошное популяционное исследование беременных. Ретроспективно изучено 2261 история родов. При проспективном исследовании осмотрено 495 беременных. Проводилось общеклиническое исследование, УЗИ внутренних органов. Математическая обработка материала – с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. НДСТ была диагностирована в случае выявления не менее 5 клинико-инструментальных признаков данной патологии. Распространенность НДСТ у беременных составила 65,2%. Проведенный частотный анализ отдельных признаков НДСТ показал распределение основных фенотипических маркеров: астеническое телосложение – 52%, симптом Дюбуа – 48%, арахнодактилия – 40%, нарушения осанки – 26,4%, келоид-

ные рубцы, пигментные пятна, выраженный венозный рисунок – 25,6%, диспропорция пальцев рук – 20,8%, готическое небо – 16%, вывихи, подвывихи суставов – 11,2%, гипермобильность суставов – 11,2%, варусная деформация нижних конечностей – 10,6%, вальгусная деформация нижних конечностей – 8,9%, повышенная кровоточивость – 8,8%, дерматит, экзема – 7,2%, грыжи различных локализаций – 4,8%, анатомически узкий таз – 3,6%, врожденный вывих бедра – 0,8%. Висцеральные признаки НДСТ характеризовались многообразием клинических проявлений. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы, в структуре которой преобладали нейроциркуляторная дистония (НЦД) – 68%, аритмии – 16%, варикозная болезнь нижних конечностей – 15,2%, пролапс митрального клапана I ст. – 8%, ложные хорды – 6,8%, геморрой (4,9%), пролапс трикуспидального клапана I ст. – 2,8%. Заболевания дыхательной системы были представлены хроническим бронхитом у некурящих женщин (4,6%), бронхиальной астмой (2,4%), поликистозом легких (0,8%). В структуре диспластических изменений со стороны мочевыделительной системы в 24, 3% случаев был выявлен солевой диатез, в 4% – мочекаменная болезнь, в 1,6% – нефроптоз (преимущественно правосторонний) и аномалии развития почек, в 0,8% – пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Дисплазии желудочно-кишечного тракта были представлены гастро-эзофагеально-рефлюксной болезнью (12,2%), дискинезией желче – выводящих путей (8,2%), гипотонией кишечника – 5,1%, лабильным перегибом желчного пузыря (3,2%), утолщением связки Трейца (0,8%). Среди других проявлений НДСТ были выявлены нарушения рефракции (38,4%), склонность к аллергическим и анафилактическим реакциям реакциям (12%), тугоухость (0,8%). В структуре диспластических проявлений со стороны репродуктивной системы преобладали нарушения менструальной функции по типу гиперполименореи (16,8%), высокая ригидная промежность – 14,8%, преждевременные роды (11%), ювенильные маточные кровотечения (4%), гипотонические послеродовые кровотечения (3,1%), пролапс гениталий (2,1%). При проспективном исследовании у 18,3% случаев у беременных с НДСТ не определялись внешние признаки дисплазии соединительной ткани. С другой стороны, более половины обследованных имели сочетания нескольких внешних и внутренних диспластических маркеров. Методом ранговой корреляции Спирмена установлена связь между наиболее часто встречающимися внешними и висцеральными признаками НДСТ. Так, диспропорция размеров пальцев рук сочеталась с астеническим телосложением, келоидными рубцами, выраженным венозным рисунком, диспластическими изменениями опорно-двигательного аппарата и пищеварительной системы; арахнодактилия – с нарушенями рефракции и нейроциркуляторной дистонией; келоидные рубцы, подчеркнутый венозный рисунок, готическое небо – с перегибом желчного пузыря, рефлюксной болезнью, спаечной болезнью, нарушениями рефракции, нейроциркуляторной дистонией ($p<0,05$). Гипермобильность суставов находилась во взаимосвязи с астеническим телосложением и нефроптозом ($p<0,05$). Грыжи сочетались с нарушением роста зубов, миопией и патологией желудочно-кишечного тракта; пролапсы клапанов сердца – с диспропорцией

размеров пальцев рук и нарушением роста зубов, астеническим телосложением, тонкой кожей (p<0,05). Следует отметить, что в 1/3 случаев при пролапсах клапанов сердца фенотипические признаки НДСТ отсутствовали.

Выводы. Частота встречаемости НДСТ у беременных составила 65,2%. Фенотипические маркеры были представлены преимущественно диспластическими особенностями опорно-двигательной системы. В структуре висцеральных дисплазий преобладала патология сердечно-сосудистой и пищеварительной систем и зрительного анализатора. Проведенный корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязь между фенотипическими и висцеральными проявлениями НДСТ. Объединения внешних признаков с висцеральными позволяют предположить наличие внутренних диспластических проявлений уже при первичном осмотре беременной и прогнозировать ряд осложнений беременности, органической основой которых они могут явиться.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПРОЛАКТИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Керимли Л.М., Соснова Е.А.

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии №1

Изменение процентного соотношения изоформ пролактина, приводящее к формированию так называемого феномена макропролактинемии диагностируется у беременных с частотой 10–46%. Под феноменом макропролактинемии подразумевают преобладание в сыворотке крови неактивных фракций высокомолекулярных форм ПРЛ – макро или big-big-пролактина, представляющих собой комплекс Ig G с мономерным ПРЛ молекулярной массой 23 кДа. Феномен макропролактинемии более распространен во время беременности, чем у небеременных.

Цель: Изучить частоту и клинические особенности феномена макропролактинемии во время беременности и определить прогностическую значимость изменений молекулярного полиморфизма пролактина у беременных.

Материалы и метода исследования: В основу работы положен анализ обследования 150 беременных женщин. Было сформировано 4 группы: 1 – самопроизвольно наступившая беременность, протекающая с угрозой выкидыша (n=60); 2 – беременность, наступившая после ЭКО и ПЭ, протекающая с угрозой выкидыша (n=30); 3 – группа сравнения – неразвивающаяся беременность наступившая самопроизвольно (n=40); 4 – контрольная группа – физиологическое течение беременности не требующее медикаментозной коррекции. В течение беременности помимо систематического клинического

наблюдения женщинам основных клинических групп, а также группы сравнения 1 раз в неделю определяли концентрацию в сыворотке крови макропролактина, пролактина, ТТГ, прогестерона и эстрадиола. Определение содержания в сыворотке крови гормональных параметров проводилось на автоматических иммунохемилюминисцентных анализаторах «ADVIA CENTAUR» (Bayer. USA) и на IMMULITE, IMMULITE 2000 (DPC, USA).

Результаты и их обсуждение: Выявлена прямая зависимость между уровнем пролактина, макропролактина и прогестерона. Низкая концентрация прогестерона в сыворотке крови сопровождается как снижением суммарного уровня пролактина, так и соотношения концентраций пролактина к макропролактину. Снижение нормальных значений макропролактина в 1,5 раза является признаком неразвивающейся беременности.

Выводы: Исследование процентного соотношения изоформ пролактина позволит прогнозировать течение беременностей высокого риска невынашивания, не ориентируясь на стандартные лабораторные методики, в частности – на концентрацию прогестерона. Определение молекулярного полиморфизма пролактина во время беременности можно использовать в качестве диагностического теста состояния синцитиотрофобласта.

АЛГОРИТМ КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Кирющенков П.А., Андамова Е.В., Тамбовцева М.А.

ФГУ «НЦ АГиП имени академика В.И.Кулакова Минздравсоцразвития России», Москва (директор – акад. РАМН Сухих Г.Т.)

Наиболее частые и тяжелые осложнения в течении беременности, родов и послеродового периода обусловлены изменениями в системе гемостаза: привычная потеря беременности, раннее начало и тяжелое течение преэклампсии, отслойка плаценты, плацентарная недостаточность, тромбоэмболические осложнения. В гинекологической практике исследования системы гемостаза следует производить перед и в процессе гормональной контрацепции, ЗГТ, при опухолевых процессах, в периоперационном периоде.

В настоящее время спектр гемостазиологических исследований широк, но целесообразность и интерпретация полученных результатов зачастую для акушеров гинекологов представляет сложности.

В связи с изложенным предлагается следующий алгоритм клинико-гемостазиологических исследований:

1. Тщательный сбор анамнестических данных.

2. Анализ конкретной клинической ситуации, при которой возникли нарушения в системе гемостаза.

3. Выполнение общеоценочных, наименее дорогостоящих и наименее трудоёмких тестов с целью дифференциального анализа полученных данных.

4. В зависимости от полученных данных более детальное исследование различных звеньев системы гемостаза.

5. Установление диагноза и подбор терапии.

6. Клинико-лабораторный контроль за эффективностью и безопасностью терапии.

Наиболее распространенными и угрожающими состоянию здоровья жизни являются различные тромботические и тромбоэмболические осложнения.

Из анамнестических данных факторами высокого риска развития тромбозов являются: семейный тромботический анамнез, развитие первого эпизода тромбоза в возрасте до 40 лет, нетипичная локализация тромбоза (в мезентериальных, почечных, портальных, церебральных венах), тромботические осложнения после травм и операций, тромбозы и рецидивирующие тромбофлебиты во время беременности и после родов, рецидивирующие венозные тромбозы при лечении антикоагулянтами, терапии эстроген-гестагенными препаратами.

Соматическими факторами высокого риска тромбозов являются: длительная иммобилизация, злокачественные заболевания, активная фаза инфекционно-воспалительных процессов. Умеренной степени риска: объемные оперативные вмешательства, сахарный диабет 1 типа, артериальная гипертензия, нефротический и метаболический синдромы, дегидратация, ожирение, варикозная болезнь. Низкой степени риска: возраст более 35 лет, курение, многократные внутривенные манипуляции. Группу высокого риска по предшествующим акушерско-гинекологическим осложнениям составляют женщины, имеющие в прошлом тяжелые осложнения беременности (тяжелые формы преэклампсии, антенатальная гибель плода и др). Умеренной степени риска : миома матки больших размеров и множественная миома матки, повторные оперативные вмешательства, наличие 2-х и более потерь беременности ранних сроков, многоплодная беременность, синдром гиперстимуляции яичников, гормональная контрацепция, ЗГТ. К низкой степени риска относятся несколько неудачных попыток ЭКО.

Во время беременности гемостазиологический мониторинг производится при первом обращении, 1 раз в месяц и перед родами и включает: определение концентрация фибриногена; количество тромбоцитов; АЧТВ; ПИ; РКМФ; ТЭГ.

При тромбофилическом анамнезе исследование производится при первом обращении, 1 раз в 2 недели, перед родами и в послеродовом периоде. В объем обследования дополнительно включается определение Д-димера, агрегация тромбоцитов (АДФ, адреналин, коллаген); активность АТ III; полиморфизм генов (Leiden, протромбина, MTHFR,PAI-1); антитела к бета-2-гликопротеину-1, протромбину, аннексину V, ВА; двойной ТЭГ. По показаниям: активность Pr C и Pr S Функциональная диагностика : допплерометрия вен нижних конечностей

При геморрагическом анамнезе исследование производят при 1-м обращении, 1 раз в месяц, перед родами и в послеродовом периоде. Дополнительно выполняются тесты: определение Д-димера; двойной ТЭГ; агрегация с АДФ, ристомицином, коллагеном; фактор Виллебранда; полиморфизм генов VII и XIII факторов. По показаниям: фактор VIII и IX; антитела к VIII фактору.

Таким образом, предложенный алгоритм позволяет оптимизировать гемостазиологическое обследование и адекватную коррекцию выявленных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВОГО АКТА У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ

Киселева О.Ю., Керимкулова Н.В.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

С каждым годом увеличивается количество пациенток, родивших детей с обвитием пуповины. По нашим данным, в 2001 году их было 19%, в 2010 эта цифра возросла до 36,1%. Это состояние может вызвать осложненное течение родов и отразиться на здоровье ребенка.

Целью нашей работы является выявление особенностей течения беременности, родов и состояния детей при обвитии пуповиной у плода.

Исследование проводилось на базе родильного дома №4 г. Иваново в 2011 г.. Было создано 2 группы женщин: 60 составили основную (с обвитием пуповины), 40 – контрольную (без обвития пуповины у плода).

Треть женщин 1 группы были старше 30 лет. У большинства пациенток 1 группы были гинекологические вмешательства, такие как выскабливание полости матки, миомэктомии, кистомэктомии в отличие от контрольной, где не было оперативных манипуляций на половых органах. Эрозия шейки матки встретилась в 2 раза чаще в основной группе. У женщин 1 группы было более раннее созревание плаценты по данным УЗИ в 22–24 и 32–34 недели беременности. Гестоз у женщин 1 группы встречался в 5 раз чаще по сравнению с контрольной. По данным КТГ у женщин 1 группы была отмечена гипоксия плода в 3 раза чаще, чем у женщин контрольной. Значительно чаще, чем в группе контроля, наблюдались преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, удлиненный период изгнания.

Оценка по шкале Апгар 5–7 баллов выставлена в 7 раз чаще у детей, рожденных с обвитием пуповины, и только дети из данной группы были отправлены на второй этап выхаживания новорожденных.

Наиболее частая форма обвития – однократное, нетугое вокруг шеи, в 2 раза реже встречается однократное, тугое вокруг шеи, в 3 раза реже двукратное, нетугое и в 3,5 раза реже двукратное, тугое вокруг шеи.

Таким образом, фактором, приводящим к обвитию пуповиной, является хроническая плацентарная недостаточность, которая в 2 раза чаще диагностировалась в 1 группе и развивалась в раньше, чем у пациенток контрольной. Таких беременных следует отнести в группу риска на развитие обвития пуповиной у плода. Роды у женщин группы риска или с верифицированным обвитием пуповины у плода должны проводиться под постоянным мониторным контролем состояния ребенка.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кляусова Е.Г.

БГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия.

Вопросы профилактики и лечения угрожающих преждевременных родов на сегодняшний день являются весьма актуальными. Согласно приказу № 443 МЗ РФ от 2008 г. с этого года началась регистрация рождения детей в соответствии с критериями, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения. Обследовано 135 беременных в сроке 22–28 недель гестации (очень ранние преждевременные роды). Основными критериями диагностики угрожающих преждевременных родов явились жалобы на тянущие, схваткообразный боли в нижних отделах живота, а также объективный критерий – укорочение длины шейки матки при трансвагинальном ультразвуковом сканировании. Измерение длины шейки матки с помощью ультразвуковой диагностики проводилось согласно критериям, рекомендованным Nicolaides K. H. (2006 г) – измерение длины от внутреннего до наружного зева при должном увеличении изображения, при наличии воронкообразного расширения внутреннего зева измеряется сохранившаяся часть шейки матки. Наличие или отсутствие расширения внутреннего зева не добавляет практической информации и само по себе не увеличивает риск наступления преждевременных родов. При наличии некоторой кривизны шейки матки измерение производится от внутреннего до наружного зева без учета этой кривизны. 135 беременным, госпитализированным в отделение патологии беременных перинатального центра г. Перми в сроке гестации 22–28 недель в течение первых суток проведено трансвагинальное УЗИ для оценки длины шейки матки, а также исследован уровень прогестерона крови. Следует отметить, что при исследовании уровня прогестерона крови достоверного различия между группами выяв-

лено не было. Результаты всех проб соответствовали референтным значениям (27,9–242.5 нг/мл).

В 1 группу (контрольную) вошли 25 беременных госпитализированных без признаков угрожающих преждевременных родов. В данной группе у всех беременных длина шейки матки составила 30 мм и более.

2 группу составили 110 беременных госпитализированных с признаками угрожающих преждевременных родов. Укорочение длины шейки матки при УЗИ менее 25 мм выявлено в 13 случаях, что составило 14,3% (группа 2а). У 2 беременных укорочение шейки матки сопровождалось пролабированием плодного пузыря. Группу 2 b (97 женщин) составили беременные, госпитализированные с признаками угрожающих преждевременных родов и длиной шейки матки более 25 мм. В данной подгруппе проведена профилактика СДР плода дексаметазоном и в 21 случае (21,6%) токолиз нифедипином.

В подгруппе 2а помимо дексаметазона был назначен микронизированный прогестерон по 200 мг через 8 часов интравагинально (600 мг/сут). На третьи сутки отмечено исчезновение тянущих болей в нижних отделах живота у 8 беременных. Через 10 суток проведено контрольное УЗИ для определения длины шейки матки, в 6 случаях отмечено удлинение шейки до 28–30 мм. 12 женщин выписаны с пролонгированной беременностью и рекомендациями по дальнейшему приему микронизированного прогестерона в дозе 200 мг в сутки до 34 недель. В одном случае на фоне пролабированного плодного пузыря за наружный зев беременность пролонгирована на 15 дней, роды преждевременные в сроке 29 недель. Всего законченных случаев 6: трое срочных родов, а также роды в сроке 35 и 36 недель гестации. Остальные женщины продолжают вынашивать беременность.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАГИНОРМА С У БЕРЕМЕННЫХ.

Коваленко Т.С., Ахведиани К.Н., Петрухин В.А., Будыкина Т.С., Капустина М.В.. Давыдова Т.В.

МОНИИАГ Россия Москва

Изменение микрофлоры влагалища приводит к развитию инфекционных осложнений у матери и плода во время беременности и родов, а также увеличивает риск развития послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения вагинорма С при II и III степени чистоты влагалищного мазка у беременных с доношенным сроком, с целью нормализации микрофлоры влагалища и тем самым снижения материнского травматизма в родах, а также послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Материалы и методы: исследование проведено у 20 беременных, поступивших в 1 акушерскую клинику МОНИИАГ в связи с наличием акушерской патологии или экстрагенитальных заболеваний для лечения и родоразрешения. Возраст беременных колебался в пределах от 22 до 38 лет. Из них 9 (45%) повторнородящие, 11 (55%) первородящие, при этом первобеременных было 6 (55%) женщин. В исследования включались беременные со 2–3 степенью чистоты влагалища и\ или наличием бактериального вагиноза, на основании данных лабораторных исследований: наличие умеренного лейкоцитоза во влагалищных мазках и\или наличие в мазках «ключевых клеток», при этом посев из влагалища был стерилен. Субъективных жалоб и клинических признаков кольпита не отмечалось. Всем беременным назначался Вагинорм С по 1 (250 мг) вагинальной таблетке перед сном во влагалище на ночь в течение 6-ти дней. Лабораторные исследования влагалищных мазков проводились в динамике: до начала лечения, через 2–3 дня после окончания лечения. У 4-х беременных роды произошли через 2–5 дней от начала санации, в связи, с чем оценка эффективности действия применяемых препаратов проведена на основании клинических данных. У одной беременной препарат отменен в связи с выраженными побочными эффектами (жжением во влагалище).

Результаты: исследования влагалищного мазка показали, что у 65% беременных имелся умеренный лейкоцитоз со сниженным или нормальным количеством палочковой флоры. В 35% случаев выявлены ключевые клетки, что свидетельствовало о наличии бактериального вагиноза. Посевы из влагалища во всех случаях были стерильные. После 2–4 дней у беременных пролеченных вагинормом С, при исследовании влагалищных мазков была отмечена положительная динамика: количество лейкоцитов снизилось до 0–6 в поле зрения, флора была палочковой, лишь в 20% сохранялся умеренный лейкоцитоз до 20. В одном случае после проведенного лечения во влагалищных мазках выявлены дрожжеподобные грибы. У 18 (90%)беременных произошли срочные самопроизвольные роды. Роды протекали через естественные родовые пути, у 5-ти рожениц в связи с угрозой разрыва промежности произведена эпизиотомия. При осмотре родовых путей после родов у 2 беременных обнаружены разрывы стенок влагалища. Разрывы шейки матки 1 ст обнаружены у 4-х родильниц. Разрывов шейки матки 2 и 3 степени и разрывов промежности не отмечалось. У 2-х произведено кесарево сечение по сочетанным показаниям. Все дети родились в удовлетворительном состоянии, с оценкой состояния по шкале Апгар 8–9 баллов. Послеродовый период во всех случаях протекал без осложнений. На 5–6 сутки все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило эффективность препарата вагинорм С, как средства для нормализации микрофлоры влагалища у беременных с бактерильным вагинозом и 2–3 степенью чистотой влагалища накануне родов. Нормализация влагалищной флоры способствует снижению материнского травматизма в родах, таких как разрыва влагалища, шейки матки и промежности.

АКТИВНАЯ ФОРМА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ – КЛЮЧ К РЕШЕНИЮ ФОЛАТЗАВИСИМЫХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кононова И.Н.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Высокая распространенность самопроизвольных прерываний беременности диктует необходимость более глубокого изучения этой проблемы с целью выбора тактики и совершенствования прегравидарной подготовки и ведения беременности у женщин с данной патологией. На сегодняшний день участие фолиевой кислоты в снижении частоты репродуктивных потерь и генетически обусловленной патологии ЦНС у плода является очевидным и подтвержденным многочисленными исследованиями. Сама по себе фолиевая кислота не является метаболически активным соединением, биологической активностью обладает тетрагидрофолат и его производные, образующиеся при участии фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР). При генетически обусловленном дефекте МТГФР затруднено образование 5-Метил-ТГФ и перевод гомоцистеина в метионин, что способствует развитию гипергомоцистеинемии, оказывающей неблагоприятное влияние на течение беременности и развитие плода. Поскольку нарушается процесс трансформации фолиевой кислоты в активную форму 5-МТГФ и стандартные рекомендации по приему фолиевой кислоты не могут обеспечить оптимальный фолатный статус пациенток с привычным невынашиванием, решением проблемы может быть использование активной формы 5-МТГФ – метафолина.

Цель: оценить эффективность активной формы фолиевой кислоты – метафолина у женщин с привычным невынашиванием беременности в период преконцепции и при ведении беременности.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 104 пациенток с привычным невынашиванием в анамнезе. Обследование включало в себя сбор анамнеза, данных о течении предыдущих беременностей и комплексное обследование с целью выявления причин невынашивания: гормоны крови, бактериологическое и вирусологическое обследование, УЗИ малого таза, гемостазиограмму. По данным обследования были выделены и включены в исследование 18 пациенток с наличием полиморфизма генов MTFR C667. Пациентки разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 9 пациенток, принимающих препарат «фемибион» один раз в день на этапе прегравидарной подготовки за 4 недели до зачатия и во время беременности. Вторую группу составили 9 пациенток, получавших фолиевую кислоту по 200 мкг 2 раза в день за 4 недели до зачатия и в период беременности. Критериями оценки эффективности профилактического приема

препарата «Фемибион» являлись структура исходов беременности, структура осложнений настоящей беременности и степени их тяжести, оценка состояния здоровья новорожденных.

Результаты и обсуждение. При анализе осложнений течения беременности значительно чаще встречалась угроза прерывания беременности, гипоксия плода, фето-плацентарная недостаточность у пациенток 2-й группы, поскольку, по данным Макацария А.Д., повышение уровня гомоцистеина в плазме крови напрямую коррелирует с угнетением синтеза тромбомодулина, понижением активности AT-III и эндогенного гепарина, а также с активацией выработки тромбоксана А2. В дальнейшем, подобные изменения вызывают микротромбообразование и нарушения микроциркуляции, что в свою очередь играет существенную роль в патологии спиральных артерий и развитии акушерских осложнений, связанных с изменением маточно-плацентарного кровообращения, что на ранних сроках беременности может приводить к прерыванию беременности, развитию первичной плацентарной недостаточности, а во втором и третьем триместрах к развитию вторичной плацентарной недостаточности, гипоксии плода.

При анализе исхода родов у женщин, получивших преконцепционную подготовку фемибионом, беременность прервалась в ранние сроки в 1-м случае, во 2-й группе таких пациенток оказалось 4, беременность завершилась в сроке преждевременных родов в 1-й группе в 1-м случае, во 2-й группе – в 5 случаях. При анализе массо-ростовых показателей новорожденных у пациенток, завершивших беременность срочными родами, выявлена гипотрофия плода у 7 пациенток 2-й группы.

Выводы. Таким образом, результаты работы показали высокую эффективность применения активной формы фолиевой кислоты в период преконцепции и во время беременности для снижения фолатзависимых акушерских осложнений у пациенток с полиморфизмом генов МТГФР.

СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ

Корнацкая А.Г., Дубенко О.Д., Баранецкая И.А.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев, Украина

Актуальность. Прерывание беременности в первом и втором триместрах значительно повышает риск развития патологи молочних желез (МЖ) в следствии того, что регрессивные процессы в МЖ проходят не всегда однозначно и равномерно, что может явиться пусковым моментом для формирования диффузных или узловых изменений в тканях МЖ.

Основываясь на многочисленных исследованиях, можно сделать вывод, что многие факторы репродуктивного анамнеза женщины имеют достоверную связь с ризком развития дисгормональных заболеваний молочних желез (ДЗМЖ). Однако систематизированных данных про зависимость возникновения и развития заболеваний МЖ от вида и срока ранних репродуктивных потерь в доступной литературе не встречалось.

Цель исследования: изучить состояние МЖ и клинико-анамнестические особенности у женщин с ранними репродуктивными потерями (РРП).

Материалы и методы. Обследование пациенток проводилось по разработанной единою программе, которая включала сбор анамнеза, клинико-лабораторные обследования, мануальное и ультразвуковое обследование МЖ и органов малого таза.

Результаты исследований. Нами обследовано 69 женщин возрастом от 20 до 45 лет. Средний возраст менархе их составил 13,9+1,6 лет. В 65 (94,2%) случаях у пациенток был регулярний менструальний цикл. Основным диагнозом у 46 (66,7%) был воспалительный процесс органов малого тазу. ДЗМЖ встречались у 22 (31,9%) женщин, из них у 18 (81,8%) виявлялись диффузные формы ДЗМЖ, узловая патология была верифицирована у 4 (18,2%) жінок.

При изучении состояния МЖ и сроков, которые прошли после последней беременности установлено, что ДЗМЖ определялись в 56,3% случаях у женщин, у которых прошло больше 1 года, в 25% случаях когда прошел 1 год и в 18,8% случаях непосредственно во время госпитализации по поводу РРП.

На основании проведенного анализа детородной функции обследованных женщин характерным для пациенток с ДЗМЖ были следующие особенности: – РРП в анамнезе 55 (79,7%); – соотношение родов и абортов (1:2); – женщины с нереализовонной беременностью (абортов 10 (14,5%), самопроизвольных выкидышей 14 (20,3%), внематочных беременностей 20 (29,0%), замерших беременностей 11 (15,9%)).

Выводы. Женщины с РРП входят в группу ризка по возникновению ДЗМЖ. Поэтому, прегравидарная подготовка и проведение адекватной терапии направленной на сохранение настоящей беременности у женищин с РРП в анамнезе являються профилактикой ДЗМЖ.

ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ

Корнилова Т.С, Ковчур П.И, Рыбкина Л.А, Белоярова В.С, Бахлаев И.Е.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Целью исследования – изучить перинатальные исходы при терапии урогенитальной и ВПЧ-инфекции у беременных с патологией шейки матки. Диагноз ВПЧ-инфекции ставился по результатам кольпоскопии (14, 24 недели), цитологического и гистологического исследований, и наличия ВПЧ-инфекции по данным ПЦР соскоба шейки матки. Проведен анализ течения беременности и родов у 116 беременных. Выделены 3 группы: 1 группа – 38 беременных с заболеваниями шейки матки с урогенитальной и ВПЧ-инфекцией. Структура ВПЧ-инфекции представлена: тип 16–16 (42,1%); тип 33–9 (23,7%); тип 31–7 (18,4%); тип 18–6 (15,8%). 2 группа – 58 беременных с заболеваниями шейки матки с урогенитальной инфекцией без ВПЧ. В 3 группу были включены 20 здоровых беременных, не имеющие указания на перенесенную инфекцию и патологию шейки матки. В 1 группе у беременных выявлена осложненная псевдоэрозия шейки матки у 34 (89,5%), в том числе в сочетании с кондиломами вульвы у 14 (36,8%) и железистым полипом шейки матки у 1 (2,6%); CIN I–II степени – у 2 (5,3%); CIN III степени – у 1 (2,6%); рак in situ шейки матки – у 1 (2,6%). Во 2 группе – неосложненная псевдоэрозия шейки матки у 48 (82,8%), в том числе с кондиломами – у 12 (20,7%); осложненная псевдоэрозия – у 9 (15,5%); CIN I степени – у 1 (1,7%). В 3 группе – патологии шейки матки у пациенток не было. Возраст беременных в исследуемых группах не различался, преобладали первородящие (81,6%, 91,4%, 85%). Частота ИППП и неспецифических кольпитов составила 44,1% и 46,6% в 1 и 2 группах. По онкоцитологии в 1 группе ASCUS отмечен у 50% пациенток, HSIL – у 7,9%, AIS – у 2,6%, норма – у 39,5%. Во 2 группе – ASCUS – у 51,7% пациенток, LSIL – у 1,7%, норма – у 46,6%. В 3 группе – у 100% пациентов нормальный цитологический мазок. Микоплазменная инфекция во время беременности диагностирована у 14 (36,8%) и 16 (27,6%), хламидиоз у 2 (5,3%) и 11 (19,0%), неспецифические кольпиты у 26 (68,4%) и 29 (50%) беременных 1 и 2 группах. Лечение микоуреаплазменной и хламидийной инфекции проводилось антибактериальными препаратами: ровамицином по 3млн ЕД 3 раза в сутки в течение 10 дней у 37,5% (6) и 40,7% (11), вильпрафеном по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней у 43,7% (7) и 51,9% (14), не проводилось – у 18,8% (3) и 7,4% (2) в 1 и 2 группах в связи с их отказом. При анализе течения беременно-

сти угроза прерывания до 12 нед отмечена в 5 (13,2%) и 16 (27,6%), в 13–20 нед – 10 (26,3%) и 14 (24,1%), в 21–28 нед – 23 (60,5%) и 27 (46,6%) у беременных 1 и 2 групп. Рецидивы угрозы с неоднократными госпитализациями были отмечены у каждой третьей пациентки. В 3 группе у 100% пациентов не было указаний на перенесенные во время беременности инфекции и угрозы прерывания. Всем беременным с ВПЧ-инфекцией проведена иммунотерапия свечами виферон-3 с 28 недель беременности ректально 1 раз в течение 20 дней. Во 2 группе препарат Виферон-3 не использовался. Хроническая плацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития плода выявлена у 4 (10,5%) и у 7 (12,1%), многоводие у 4 (10,5%) и у 7 (12,1%), маловодие у 1 (2,9%) и у 4 (6,9%) беременных 1 и 2 групп соответственно. В 3 группе таких осложнений не отмечено. Срочные роды зарегистрированы у 36 (94,7%) и у 56 (96,6%), запоздалые роды – 5,3% и 1,7% соответственно, преждевременные роды – только во 2 группе 1,7%. Операцией кесарева сечения закончились 18,4% и 17,2% по акушерским показаниям. В 3 группе отмечены только срочные роды. В 1 группе родились в асфиксии легкой степени 2,6% (1), остальные дети – 8–10 баллов. Во 2 группе – в асфиксии легкой степени родилось 10,3%, в асфиксии средней степени – 1,7%. В 3 группе – в 100% случаев родились дети в удовлетворительном состоянии (8–10 баллов). Оценка состояния плода после родоразрешения достоверно чаще свидетельствовала о его удовлетворительном состоянии у беременных с интерферонотерапией. При этом роды у матерей 1 группы протекали с меньшим числом осложнений, чем в группе без применения виферона, а также отмечено достоверное увеличение рождения детей с крупной массой тела.

Таким образом, с практической точки зрения целесообразно обследование беременных женщин с субклиническими и клиническими проявлениями ВПЧ-инфекции в сочетании с микоуреаплазмозом, хламидиозом и неспецифическими воспалительными заболеваниями. Ведение беременных с патологией шейки матки должно проводиться при динамической кольпоскопиии (14, 24 нед) и цитологическом контроле, с обязательным лечением урогенитальной инфекции и проведением иммунокорригирующей терапии. При выявлении CIN II, III у беременных необходима консультация онкогинеколога. В дальнейшем проводится динамическое наблюдение, срочные влагалищные роды, через 8 недель повторное комплексное обследование. Данный подход к ведению беременных дает возможность своевременно выявлять инфекционные заболевания, прогнозировать осложнения у матери и плода, а также проводить профилактические или лечебные меры, способствующие реальному снижению уровней перинатальной заболеваемости и смертности.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ОЧАГЕ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ГРИППА А(H1N1)/09

Кошмелёва Е.А., Белокриницкая Т.Е.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ», Чита

Цель исследования. Изучить клиническое течение беременности в очаге пандемического гриппа А (H1N1)/09 в Забайкалье.

Материалы и методы. Проведён анализ медицинской документации 504 беременных, состоявших под наблюдением в ЛПУ г. Читы и перенесших неосложненные и осложненные формы гриппа А(H1N1)/09 в различные гестационные сроки. Учитывая, что все беременные женщины находились в очаге пандемии и заразились от членов семьи или сослуживцев с подтвержденным гриппом А (H1N1), они были объединены в группу пациенток с пандемическим гриппом. При этом все заболевшие имели сходные симптомы и клинические проявления, и за пределы Забайкальского края в доэпидемический период и в период эпидемии не выезжали, что, согласно рекомендациям главного санитарного врача России Г.А. Онищенко во время визита в г. Читу, послужило основанием для постановки им всем диагноза «Пандемический грипп». Контрольную группу составили 100 беременных, не болевших пандемическим гриппом и состоявших на диспансерном учете в это же время, отобранных сплошным методом и сопоставимых по возрасту и паритету.

Результаты и обсуждение. У заболевших женщин самопроизвольный выкидыш в I триместре беременности произошел в 7,14% (9/126, $p\chi^2<0,008$) случаев, во II триместре – 0,85% (2/236, $p\chi^2<0,001$) случаев, в III триместре и контроле – выявлено не было (все $p\chi^2=0,000$). Прерывание беременности по медицинским показаниям (ВАР плода после перенесенного гриппа) проведено в I триместре в 3,96% (5/126, $p\chi^2<0,05$), во II, III триместрах и группе контроля – не проводилось (все $p\chi^2=0,000$).

Хроническая ФПН отмечена со следующей частотой: среди беременных, перенесших грипп в I триместре, в 77,8% (98/126) случаев (в контроле 34%, $p\chi^2<0,0004$), во II триместре – 80,5% (190/236) случаев (в контроле 34%, $p\chi^2<0,0001$), среди заболевших в III триместре – 92,96% (132/142) случаев (в контроле 34%, $p\chi^2<0,0001$). В исследуемых группах беременных в последствии развился поздний гестоз: среди женщин, перенесших грипп во II триместре, – 5,5% (13/236, $p\chi^2<0,05$) и в III триместре – 1,4% (2/142, $p\chi^2<0,05$). Патология амниона после перенесенного гриппа в I триместре выявлена в виде маловодия с частотой 3,97% (5/126, $p\chi^2<0,001$), в контроле – 11% (11/100, $p\chi^2<0,05$); во II триместре – 16,53% (39/236, $p\chi^2<0,001$), в III – 11,27% (16/142, $p\chi^2<0,04$). После гриппа А во II триместре диагностировано многоводие в 4,66% (11/236), в III триместре – в 4,22% (6/142) случаев (в контроле – 4% (4/100; $p\chi^{2\ II,\ III}<0,01$). ПОНРП произошла во II триместре у

1,69% (4/236) беременных (в контроле 0%, $p\chi^2$=0,000). Среди беременных, перенесших грипп в I триместре, хроническая гипоксия плода отмечалась в 21,4% (27/126, $p\chi^2$<0,03) случаев, во II триместре – 36,01% (85/236) случаев (в контроле 21%, $p\chi^2$<0,04), в III триместре в 23,24% (33/142, $p\chi^2$<0,05). В группе беременных, перенесших грипп в I триместре, частота синдрома задержки развития плода составила 3,17% (4/126), во II триместре – 8,05% (19/236) случаев (в контроле – 10% (10/100; $p\chi^{2\ I,\ II}$<0,04), в III триместре – 6,34% (9/142, $p\chi^{2\ I,\ II}$>0,05).

Частота развития гестационной анемии в данных группах составляет: в I триместре – 5,6% (5/126), во II триместре в 21,6% (51/236 $p\chi^{2\ I,\ II}$<0,0006) случаев и 10% (10/100, $p\chi^{2\ II}$<0,03) в группе сравнения, в III триместре – 16,9% (24/142, $p\chi^{2\ I}$<0,01). Гестационный пиелонефрит был выявлен среди беременных, перенесших грипп A(H1N1) во II и III триместрах, что составило 1,69% (4/236) и 4,2% (6/142) соответственно, (в контроле 2%, $p\chi^{2\ II,III}$<0,02).

Выводы. У женщин, перенесших грипп в I триместре гестации, частота акушерских и перинатальных осложнений, таких как самопроизвольный выкидыш, прерывание беременности по медицинским показаниям, превышали показатели в группах женщин, перенесших грипп во II и III триместрах, а также в группе сравнения. Течение беременности у матерей, переболевших гриппом во II и III триместрах гестации, чаще сопровождалось осложнениями, наиболее распространенными из которых были плацентарная недостаточность, патология амниона, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гестационная анемия и гестационный пиелонефрит.

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПОВТОРНОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Магомедова П.А, Магомедова М.А., Аттаева А.М.

Дагестанская Государственная Медицинская Академия, Россия

Прогнозирование вероятности патологических состояний имеет важное научное и практическое значение. Эктопическая беременность (ЭБ) представляет собой серьезную угрозу репродуктивному здоровью женщины, а в некоторых случаях является причиной летальных исходов. Частота ЭБ имеет стойкую тенденцию к росту, составляя 0,8–2,4% по отношению к родам, повторный эпизод встречается у 7,5–22% женщин.

Целью настоящего исследования была разработка критериев количественной оценки степени индивидуального риска и метода прогнозирования вероятности возникновения повторной эктопической беременности.

Были проанализированы результаты обследования 246 женщин, из них у 166 имели место две внематочных беременности и у 80 имелся один эпизод

внематочной беременности. Проводился корреляционный, регрессионный и дискриминантный анализ по Фишеру по 48 признакам унифицированной карты обследования с использованием пакета программ SPSS 15.

Для решения задачи оценки степени индивидуального риска возникновения повторной ЭБ и разработки метода индивидуального прогнозирования определялась информационная значимость и прогностическая ценность каждого фактора риска. Выделены 3 степени риска: высокий – при сумме коэффициентов 13 баллов и выше (вероятность повторной ЭБ составляет 90%); средняя степень риска при сумме от 12 до 3 (вероятность повторной ЭБ составляет 50%); и низкий от 2 и менее баллов (вероятность патологии составляет менее 20%).

Высокий информационный индекс имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

При неблагополучном социальном статусе у женщины меньше возможности своевременно обратиться за медицинской помощью в связи с отдаленным местом жительства, отсутствием телефонной связи или с недостаточной осведомленностью в вопросах собственного здоровья. Бесплодие, которое возникло после перенесенной операции по поводу ЭБ, – это косвенное, но достаточно веское свидетельство неблагополучного исхода операции, после которой, возможно, развился спаечный процесс, нарушающий репродуктивный статус женщины, речь идет о любом хирургическом вмешательстве на органах брюшной полости. Вероятность повторной ЭБ выше после лапаротомического доступа.

Наличие в анамнезе инфекции, передающейся половым путем, является фактором риска развития не только повторной ЭБ, но также и первичной ЭБ. У 106 (63,6%) пациенток основной группы были выявлены инфекции, передающейся половым путем, однако назначенную врачом терапию женщины либо вообще не проводили (42 женщины – 25,2%), либо провели частично (54 пациентки – 32,4%). Причем лечение партнеров было проведено только в 37 (22,2%) случаях.

Высокий риск развития повторного эпизода трубной беременности имеют осложнения послеоперационного периода: послеоперационная лихорадка, обострение пиелонефрита, нарушение функции кишечника, нагноение или выраженная инфильтрация тканей послеоперационной раны, а также сохранение жидкости в позадиматочном пространстве к концу первой послеоперационной недели. Большая интраоперационная кровопотеря ведет как к истощению защитных сил организма, так и к большой вероятности развития спаечного процесса. В нашем регионе бездетные семьи нередко распадаются, и поэтому при угрозе развития трубного бесплодия в связи с тубэктомией, особенно при повторной ЭБ, врачи стремятся сохранить трубу. Однако риск развития повторной ЭБ при этом достаточно высок.

Значение фактора времени от первых клинических проявлений до начала хирургического вмешательства обусловлено глубокими деструктивными изменениями в тканях, выбросом биологически активных веществ, скоплением крови, образованием фибринозных пленок в последующем может послужить причиной повторного эпизода ЭБ.

Заключение: высокий информационный индекс возникновения повторного эпизода ЭБ имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Макаров И.О., Воеводин С.М., Шеманаева Т.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Плацентарная недостаточность занимает ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. В подавляющем большинстве случаев при внутриутробной инфекции определяется плацентарная недостаточность. Плацентарная дисфункция, в свою очередь, служит основной причиной внутриутробной гипоксии, синдрома задержки роста плода.

Цель исследования: оценить возможности и значение эхографии, иммуноферментного анализа (CD 25+, CD 71+) и морфологического исследования плаценты для диагностики плацентарной недостаточности при ВУИ.

Материалы и методы: проведен анализ 50 случаев выявленной плацентарной недостаточности, в сочетании с различными ультразвуковыми маркерами внутриутробной инфекции (кальцификаты в паренхиматозных органах, инфекционные кардиопатии, неиммунная водянка, нейроинфекция). Данные пациентки вошли в основную группу. Контрольную группу составили 55 женщин с нормально протекающей беременностью. Возраст в обеих группах беременных варьировал от 20 до 42 лет (в среднем 27,5±6,2 года). Выявление плацентарной недостаточности осуществлено на сроках беременности 18–39 неделя. Для диагностики плацентарной недостаточности основным методом явилась допплерометрия. С помощью ультразвуковой мультиплоскостной объемной (3D/4D) эхографии выявлены маркеры внутриутробной инфекции у плода во всех наших наблюдениях. Иммуноферментным анали-

зом реактивами фирмы «Bender MedSystems» (Австрия) определена концентрация в сыворотке крови CD 25+, CD 71+. Проведено также морфологическое исследование плаценты после родов.

Результаты и их обсуждение: выполненное исследование продемонстрировало высокую информативность эхографии для выявления маркеров внутриутробной инфекции у плода. Допплерометрическое исследование оказалось особенно эффективным для выявления наличия или отсутствия плацентарной недостаточности. В основной группе нарушение кровотока легкой степени у 14%, средней степени у 24%, тяжелой у 25%, и с явлениями декомпенсации у 8% женщин. У женщин основной группы нами отмечено повышение количества CD 25+ ($p<0,001$) и CD 71+ ($p<0,001$), по сравнению с контрольной группой. Сочетание послеродового морфологического исследования плаценты с функциональными методами состояния плода и эхомаркерами позволили выявить ретроспективную корреляцию между результатами использованных диагностических методов и тяжестью состояния родившегося ребенка.

Выводы: на современном этапе представляется эффективным использования эхографии, допплерометрии, иммуноферментного анализа для диагностики и оценки тяжести плацентарной недостаточности в случаях внутриутробной инфекции.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Макаров И.О., Боровкова Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России, Москва, Россия.

В России избыточная масса тела отмечена у 35% беременных, при этом каждая пятая из них страдает ожирением. После завершения беременности, вне зависимости от ее течения и исхода, возможно прогрессирование основных составляющих метаболического синдрома (МС), развитие почечной патологии и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Целью исследования явилось выявление динамики основных составляющих МС у женщин по мере прогрессирования беременности и их оценка в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. Проспективное когортное исследование включало 100 женщин с абдоминальным ожирением, МС, одноплодной беременностью, отсутствием диагностированного СД и хронической болезни почек (ХБП). В сроки 8–10, 22–26 и 32–36 недель беременности и через 6

месяцев после родов проводили антропометрическое и клинико-лабораторное обследование. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле: (140-возраст) х масса тела кг/креатинин плазмы мкмоль/л)х0,85. Показатель HOMO: (инсулин плазмы натощак (МкЕД/мл) х глюкоза плазмы натощак (моль/л)/ 22,5. За норму принимали показатель до 2,5. Уровень гликемии исследовался с использованием глюкометра One Touch Select (США). Микроальбуминурия оценивалась полуколичественного с помощью индикаторных тест-полосок URS (Urine Reagent Strips) – 1Р (США). При оценке функции почек использовалась классификация K/DOQI, 2006 года.

Результаты исследования. У всех женщин были выявлены критерии МС. Артериальная гипертензия (АД≥130/85 мм рт. ст.) имела место у 6 женщин с ожирением 2 и 3 степени, а МАУ и гипергликемии не было выявлено ни в одном случае. Возраст беременных составил в среднем 30±4,4 лет. Пациентки были разделены на 3 подгруппы в зависимости от степени ожирения (1 ст. – 60 человек, 2 ст. – 28 человек и 3 ст. – 12 человек). У женщин с МС и ожирением 3 степени по сравнению с ожирением 1 степени в 4 раза чаще выявлялась артериальная гипертензия, в 1,5 раза чаще диагностировалась НЦД по гипертоническому типу, в 3 раза чаще встречалось варикозное расширение вен, в 7 раз – МКБ. Менструальный цикл был регулярный у 51,66%, 92,85% и 75%. Среди гинекологических заболеваний доминировали эктопия шейки матки (40%, 50% и 41,66%) и кандидозный кольпит (15%, 17,85% и 50%). В I триместре угроза СПВ диагностирована в 33,33%, 46,42% и в 50% соответственно подгруппам. Во II триместре у беременных с ожирением 3 ст. в каждом 2 наблюдении был диагностирован гестоз и гестационный СД, в каждом 3 – угроза преждевременных родов, в каждом 4 случае развилась ФПН. В III триместре гестоз был выявлен в 25% в 1 подгруппе, в 53,57% во 2 и в 75% в 3 подгруппе. Частота ЗРП увеличивалась с 6,66% в 1 подгруппе до 33,33% в 3 подгруппе, частота инфекций мочевыводящих путей увеличивалась с 8,33% до 25%, гестационного СД – с 5% до 58,33%, а угрозы преждевременных родов – с 20% до 41,66%. В сроке беременности до 10 недель индекс HOMO в среднем составил 3,28±0,52, что свидетельствует о наличии ИР. По данным ГТТ в 1 подгруппе было выявлено 3 случая гестационного СД, во 2-й подгруппе – 6 случаев, в 3-й подгруппе – 7 случаев. У всех пациенток в I триместре была выявлена гиперфильтрация почек (по MDRD). Однако ни в одном наблюдении не было МАУ. Настоящая беременность закончилась своевременными родами у 85%, 75% и 66,66% женщин соответственно. КС проведено у 20%, 25% и 33,33% женщин соответственно в связи с рубцом на матке (n=16), слабостью родовой деятельности (n=3) и тяжелым гестозом (n=4). У новорожденных от пациенток с ожирением 3 ст. в 3,5 раза чаще диагностировалась хроническая внутриутробная гипоксия плода, в 6 раз чаще развивалась аспирация околоплодными водами, в 13 раз чаще было выявлено ишемически-гипоксическое поражение ЦНС плода. После родов через 6 месяцев у 9 пациенток прибавка веса составила от 15 до 22 кг. У 30% женщин отмечено стойкое повышение АД до 140/90 мм рт. ст. У всех обследованных сохранялась дислипидемия, гипертриглицеридемия на фоне нормального уровня глюкозы

в плазме натощак. Было выявлено нарастание выраженности ИР по данным HOMO=4,97±0,43. Оценка функции почек показала сохраняющуюся гиперфильтрацию (СКФ=151,45±16,31) и снижение MDRD до 85,93±11,62. Однако, у 62 пациенток из 100 (62%) полуколичественным методом была выявлена МАУ, что позволяет предположить неиммунный механизм прогрессирования ХБП до ее 2 стадии у женщин с МС. Нами была рассчитана ранговая корреляция Спирмена с целью выявления зависимости между выраженностью инсулинорезистентности и СКФ. Была выявлена прямая зависимость СКФ от выраженности показателя ИР (r=0,45 при p≤0,05).

Выводы. МС усугубляет течение беременности, приводя к значимому увеличению частоты гестоза (до 75%), ФПН (до 34%), угрозы преждевременных родов (до 41%) и гестационного СД (до 16%). Женщины с МС и ожирением 3 степени имеют больший риск развития неблагоприятных перинатальных исходов: в 3,5 раза чаще диагностируется хроническая внутриутробная гипоксия плода, в 6 раз чаще аспирация околоплодными водами, в 13 раз чаще выявляется ишемически-гипоксическое поражение ЦНС плода.

Лабораторное обследование выявило, что после окончания беременности, у пациенток с ожирением сохраняются лабораторные проявления МС, а выраженность ИР достоверно повышается. У 62% женщин появляется МАУ, которую расценивают как предиктор СД, артериальной гипертензии и ХБП.

БИОЦЕНОЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК, ПРИ НАРАСТАНИИ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА

Манухин И.Б., Тоноян Л.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Актуальность. Согласно данным литературы распространенность преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ) от 3–19%, осложняет течение родов в 19,95%. Преждевременный разрыв плодных оболочек является сложной акушерской проблемой, в связи с отсутствием единого мнения относительно тактики ведения родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод. Время между разрывом плодных оболочек и появлением схваток называется латентным периодом, а между разрывом плодных оболочек и рождением плода – безводным промежутком.

По мере удлинения безводного промежутка, независимо от причин разрыва оболочек, риск внутриутробной инфекции возрастает. Вероятность инфици-

рования оболочек восходящим путем из шейки матки при преждевременном излитии околоплодных вод подтверждена многочисленными работами.

Цель исследования: изучение биоценоза родовых путей у рожениц, с преждевременным излитием околоплодных вод, при нарастании безводного промежутка.

Материалы и методы: нами были обследованы 125 женщин, поступивших для родоразрешения в родильное отделение ГКБ №36 г. Москвы, с преждевременным излитием околоплодных вод, в возрасте от 18 до 38 лет, со сроками беременности от 34 до 41 недели.

В зависимости от продолжительности безводного промежутка были выделены следующие группы:

1-я группа – продолжительность безводного промежутка до 12 часов.

2-я группа – продолжительность безводного промежутка от 12–18 часов.

3-я группа – продолжительность безводного промежутка более 18 часов.

4-я группа – роженицы со своевременным излитием околоплодных вод.

Основную группу составили 125 рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод. Контрольную группу составили 20 рожениц со своевременным излитием околоплодных вод, беременность и роды которых протекали без осложнений и завершились рождением доношенных зрелых новорожденных.

Применялись клинико-лабораторные методы исследования, бактериологическое исследование содержимого цервикального канала, с определением чувствительности к антибиотикам, использовался метод газожидкостной хроматографии для определения продуктов метаболизма лактобактерий и облигатно-анаэробных микроорганизмов – молочной и янтарной кислот, с целью косвенного определения соотношения лактобактерий и облигатно-анаэробной флоры (бактероидов, фузобактерий, пептострептококков, пептококков).

Результаты: была выявлена тенденция к нарастанию общей обсемененности родовых путей (в 1-й группе 6,05±0,05 lg КОЕ/мл.); во 2-й группе 5,66±0,02 lg КОЕ/мл.), с достоверным увеличением общей обсемененности после 18 часов безводного промежутка, у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод (7,36±0,02 lg КОЕ/мл.), с нарастанием безводного промежутка обнаружено увеличение обсемененности дрожжеподобными грибками рода Candida и пептострептококками до 10^8 КОЕ/мл в 3-й группе, протеем от 10^3–10^4 КОЕ/мл.

В первой группе (до 12 часов безводного промежутка) соотношение янтарной и молочной кислот составило 0,242±0,982, во второй группе – (от 12 до 18 часов безводного промежутка) 0,4633±0,1804, и в третьей группе – (более 18 часов безводного промежутка) 1,0138±0,3375 мг/л. В контрольной – четвертой группе 0,2±0,2мг/мл. В норме соотношение молочной и янтарной кислот – 0,4 мг/л.

Выводы. При преждевременном излитии околоплодных вод, до 12 часов безводного промежутка у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод, нет нарушений в микрофлоре влагалища и шейки матки. После 12 часов имеется тенденция к нарастанию обсемененности родовых путей с

увеличением дисбиотических нарушений. После 18 часов безводного промежутка увеличивается обсемененность общей и условно-патогенной флорой и нарастает дисбаланс в пользу облигатно-анаэробной флоры.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД, ПРИ НАРАСТАНИИ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА

Манухин И.Б., Томакян Р.Г., Тоноян Л.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Цель. Выявление иммунологических проявлений воспалительной реакции в организмах рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод, при нарастании длительности безводного промежутка.

Материалы и методы: нами были обследованы 125 женщин, поступивших для родоразрешения в родильное отделение ГКБ №36 г. Москвы, с преждевременным излитием околоплодных вод, в возрасте от 18 до 38 лет, со сроками беременности от 34 до 41 недели.

В зависимости от продолжительности безводного промежутка были выделены следующие группы:

1-я группа – продолжительность безводного промежутка до 12 часов.

2-я группа – продолжительность безводного промежутка от 12–18 часов.

3-я группа – продолжительность безводного промежутка более 18 часов.

4-я группа – роженицы со своевременным излитием околоплодных вод.

Основную группу составили 125 рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод. Контрольную группу составили 20 рожениц со своевременным излитием околоплодных вод, беременность и роды которых протекали без осложнений и завершились рождением доношенных зрелых новорожденных.

Проводилось иммунологическое исследование сыворотки крови рожениц (определение ФНО-альфа, интерлейкина-1 бета, интерлейкина-8, иммуноглобулинов A, M,G). Для определения в сыворотке крови иммуноглобулинов использовались иммунодиффузные планшеты на иммуноглобулины A, M, G для радиальной иммунодиффузии, имеющие форму кольца и содержащие агаровый гель со специфической антисывороткой против Ig A, Ig M, Ig G, и наборы для иммуноферментного анализа ФНО-альфа, ИЛ-1 бета, ИЛ-8).

Результаты. Нами выявлена тенденция к увеличению содержания ИЛ – 8 с 237±5,0 Пг/мл в первой группе до 256±8,0 Пг/мл во второй группе,

достигая 286±13 в третьей группе, в контрольной четвертой группе ИЛ – 8 – 100±100 Пг/мл.

Незначительное увеличение уровня ФНО-альфа после ПИОВ, по сравнению с группой контроля (с 25±25 до 56±1,0) до 12 часов безводного промежутка, с дальнейшей тенденцией к увеличению уровня ФНО-альфа, с нарастанием безводного промежутка до 18 часов, сменяется некоторым снижением уровня ФНО-альфа в кровотоке после 18 часов безводного промежутка (56±1,0 в первой группе, 71±4,0 во второй группе, 65±2,0 в третьей группе, 25±25 в четвертой группе), что может быть связано с усиленным потреблением ФНО-альфа из кровотока в очаг воспаления.

Подобная динамика провоспалительных цитокинов может быть обусловлена их рекрутизацией в очаге воспаления (Туркин П.Ю., 2005). Однако, при изучении гуморального иммунитета (Ig A, M, G,) у рожениц не отмечено никаких заметных изменений. Наши данные совпадают с литературными: показатели гуморального иммунитета не претерпевали заметных изменений с увеличением безводного промежутка (Кузнецова Н.Ю.,1988).

ИЛ-1 центральный медиатор локальных и системных воспалительных реакций признан наилучшим прогностическим критерием сосудистого распространения, а ФНО-альфа – лучшим предсказателем развития тяжелых ранних инфекций (Сухих Г.Т., Ванько Л.В., 2003). Обнаружено увеличение ИЛ-1 бета в 1-ой группе (41+/– 2,0П г/мл), нарастание во 2-ой и 3-тьей группах до 55+/-4,0 и 55+/– 6,0П г/мл. В контрольной 4-ой группе ИЛ-1 бета не определялся. При сравнении уровня иммуноглобулинов A,M,G, у рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод, с уровнем в группе контроля достоверных различий не выявлено. Тем не менее, отмечены статистически значимые колебания уровня IgM (1,15+/–0,1) и IgG (8,6+/–0,6), снижение этих показателй в 3-тьей группе.

Выводы. До 12 часов безводного промежутка в сыворотке крови рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод нет признаков иммунологических проявлений воспалительной реакции. После 12 часов определяются иммунологические проявления воспалительной реакции, максимально выраженные после 18 часов безводного промежутка, с признаками нарушения регуляции иммунного ответа. Эти данные указывают на необходимость проведения антибактериальной терапии после 12 часов безводного промежутка.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ. МЕТОДЫ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Манухин И.Б., Кочарян А.А., Биштави А.Х, Смирнова С.О., ассистент к.м.н. Харлова О.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Превентивный гемостаз путем временной вазокомпрессии и вазоконстрикции позволяет оптимизировать реконструктивно-пластические операции у больных миомой матки, расширяет возможности применения органосохраняющих операций у больных миомой матки, сокращает количество послеоперационных осложнений, дает возможность избежать массивных гемотрансфузий.

В современной оперативной гинекологии прослеживается тенденция максимально бережного отношения к матке. Большинство клиницистов подчеркивают важность выполнения органосберегающих операций не только с целью сохранения репродуктивной функции, но и исходного «качества» жизни. Одним из осложнений консервативной миомэктомии является большой объем кровопотери во время проведения операции. В результате кровотечения происходит диспропорция между уменьшенным ОЦК и емкостью сосудистого русла, что сначала проявляется нарушением системного кровообращения, затем появляются микроциркуляторные расстройства и, как следствие их, развиваются прогрессирующая дезорганизация метаболизма, ферментативные сдвиги и протеолиз. Эти осложнение трудно преодолевать, в особенности, если в матке находится множество узлов, крупные узлы, узлы с варикозно расширенными кровеносными сосудами.

Также важно помнить, что миома матки очень часто сопровождается постгеморрагической железодефицитной анемией. Учитывая, что широкая распространенность анемии среди пациентов с хирургической патологией способна увеличить риск послеоперационных осложнений и смертности, перед проведением хирургического органосохраняющего лечения миомы матки, проводили трехэтапное лечение ЖДА в терапевтической дозе 200 мг двухвалентного железа в сутки.

Цель настоящего исследования – разработать и внедрить в клиническую практику методы снижения интраоперационной кровопотери при хирургическом органосохраняющем лечении миомы матки. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 250 женщин с миомой матки в возрасте от 24 до 55 лет. Подавляющее большинство из них, 84 пациентки (44,09%), обращались с жалобами на обильные и/или длительные менструации, ноющие и тянущие боли внизу живота и поясничной области, слабость,

быструю утомляемость, снижением гемоглобина периферической крови до 90 г/л. В этой ситуации требовалась тщательная предоперационная подготовка, направленная на лечение анемии. У 64 (76,2%) отмечались нарушение менструального цикла и схваткообразные боли внизу живота, и 20 (23,8%) женщин не предъявляли каких-либо специфических жалоб, миома матки была обнаружена при профилактическом осмотре. Всем больным миомой матки произведено органосохраняющее хирургическое лечение. В 95 наблюдениях выполнена традиционная консервативная миомэктомия, в 69 – с применением различных методов снижения кровопотери. Техника миомэктомии существенно не отличалась и определялась особенностями локализации и размерами миоматозных узлов. Гистологическое изучение макропрепаратов, удаленных во время операции, во всех наблюдениях обнаружило лейомиому. Все больные были разделены на 6 групп. I гр. – (N-95) – произведена традиционная консервативная миомэктомия. Диаметр миоматозных узлов, удаленных во время операции, варьировал от 2 до 8 см, а их количество – от 2 до 6.Общая кровопотеря составила от 400 до 1500 мл. В 22 случаях производилась интраоперационная гемотрансфузия. II гр (N-35): первый этап лечения – 6 месяцев курс адьювантной терапии с использованием а-ГнРг, второй этап – консервативная миомэктомия. В данной группе диаметр миоматозных узлов составил от 3,2 до 5 см, а общая кровопотеря во время операции от 350 до 800 мл. В 7 случаях проводилась гемотрансфузия. III гр. (N-20) – больные с миомой матки, которым за 1 час до операции давали 400 мкг мизопростола, который увеличивает частоту и силу сокращений миометрия. Размеры удаленных миоматозных узлов варьировали от 2,5 до 8 см, а общая кровопотеря во время операции составила от 300 до 1000 мл. IV гр. – (N-16) – интраоперационно в миоматозные узлы диаметром от 8 до 11 см, вводили предварительно разведенный на физ. растворе (1:100) адреналин, как сосудосуживающее средство, с целью уменьшения кровопотери. Общая кровопотеря составляла от 400 до 800 мл. V гр. (N-10) Больные с ранее выполненной эмболизацией маточных артерий. В данном случае удалялись множественные миоматозные узлы диаметром от 10 до 60 мм, и количеством от 6 до 13. Общая кровопотеря – 600 и 800 мл. IV гр. (N-74) – пациентки, которым проводился комплексный временный интраоперационный гемостаз путем управляемой компрессии основных сосудов матки. С целью временной компрессии восходящих ветвей маточных артерий использовалась петля, накидка которой позволяет регулировать уровень компрессии в восходящих ветвях маточных артерий и атравматичные петли для вазокомпрессии ветвей яичниковых артерий в ходе операции. В пяти случаях были удалены конгломераты миоматозных узлов, наибольший диаметром 150 мм, в остальных 11 случаях диаметр удаленных узлов составлял от 1 до 9,5 см. При этом общая кровопотеря – от 150 до 600 мл. Предварительные результаты свидетельствуют о значительном снижении кровопотери при проведении консервативных миомэктомий, на фоне применения комплексного превентивного интраоперационного гемостаза путем временной вазокомпрессии и вазоконстрикции, что в дальней-

шем позволит оптимизировать реконструктивно-пластические операции у больных миомой матки, сократить количество послеоперационных осложнений, избежать массивных гемотрансфузий.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

И.О. Маринкин В.О., Кулешов В.М., Илизарова Н.А., Непомнящих Г.И.

Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития, Россия
НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Привычное невынашивание беременности (ПНБ) является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем. Внедрение новых технологий и методов лечения привело к снижению уровня репродуктивных потерь, но не изменило частоты угрозы невынашивания, которая по-прежнему составляет 15–20%. Современный подход к лечению эндокринных форм ПНБ заключается в использовании средств, обладающих прямым или опосредованным действием на метаболизм стероидов. Эпителий и строма эндометрия являются одними из самых чувствительных мишеней гормональных воздействий и под влиянием половых гормонов очень быстро подвергаются ремоделированию. Важен не только уровень стероидов в организме, но и сохранение всех путей реализации гормонального эффекта. Однако недостаточная эффективность восстановления фертильности при ПНБ требует разработки новых подходов к терапии и совершенствования схем предгравидарной подготовки.

Цель настоящего исследования: на основании морфофункционального изучения эндометрия оптимизировать тактику предгравидарной подготовки при привычном невынашивании беременности.

Исследованы клиническая картина и биоптаты эндометрия 80 женщин с ПНБ (1, 2 и 3 группы) с тремя различными схемами предгравидарной подготовки в течение 3-х менструальных циклов; 20 женщин с наличием в анамнезе беременностей с благоприятным исходом составили контрольную группу.

1 группа: 20 женщин – циклическая метаболическая терапия.

2 группа: 30 женщин – сочетание циклической метаболической терапии и натурального аналога прогестерона – дидрогестерона (дюфастона) по 20 мг/сут с 16-го по 25-й день.

3 группа: 30 женщин – сочетание циклической метаболической и гормональной терапии, включающей фемостон 1/10 (1 мг 17β-эстрадиола и 10 мг дидрогестерона) с 1-го по 28-й день цикла и дополнительно дидрогестерон (дюфастон) по 10 мг/сут с 16-го по 25-й день.

Выполнено клинико-лабораторное обследование репродуктивной системы пациенток с ПНБ и комплексное патоморфологическое исследование 196 биоптатов эндометрия у пациенток с ПНБ, взятых на 22–24-й день менструального цикла до и после курса предгравидарной терапии (световая, электронная микроскопия, морфометрия, иммуногистохимическое исследование экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону).

Эндометрий в биоптатах контрольной группы соответствовал полноценно сформированной средней стадии фазы секреции с большим количеством активно секретирующих желез. При ПНБ (до лечения) в среднюю стадию фазы секреции менструального цикла отмечалась выраженная атрофия эндометрия, в том числе атрофия желез и гландулярного эпителия, единичные железы соответствовали стадии фазы секреции, также было резко снижено количество спиральных артерий.

В результате изучения влияния различных схем предгравидарной подготовки на структурно-функциональное состояние эндометрия установлено, что изменения эндометрия в биоптатах 1-й группы отражают несоответствие циклических преобразований средней стадии фазы секреции. Применение дидрогестерона (дюфастона) на фоне метаболической терапии оказалось более эффективным, но не определило в полной мере адекватного развития эндометрия. Комплексная предгравидарная подготовка (3-я группа) обеспечила высокий уровень экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону, сопровождающийся ускорением внутриклеточных регенераторных реакций с реализацией секреторного фенотипа, соответствующего физиологическим показателям репродуктивного цикла. Циклическая гормональная терапия на этапе предгравидарной подготовки способствовала наступлению беременности у 87% пациенток с ПНБ.

По результатам комплексного клинико-патоморфологического исследования ПНБ в динамике различных схем предгравидарной терапии, сочетающих индукцию метаболических процессов и гормональной рецепции, сформулирована новая концепция патоморфогенеза ПНБ – метаболическая дисфункция клеточных популяций эндометрия, являющаяся структурным эквивалентом универсального синдрома регенераторно-пластической недостаточности. Сущность синдрома регенераторно-пластической недостаточности состоит в нарушении процессов внутриклеточной регенерации и формировании пластического дефицита. В основе гормонотерапии привычного невынашивания беременности лежит индукция регенераторных реакций в клеточных популяциях эндометрия, что способствует активации рецепторной чувствительности и позитивным структурно-функциональным преобразованиям.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ПЛОДА ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Махмудова А.Р., Гатина Г.А., Омарова Х.М.

Кафедра акушерства и гинекологии ДГМА, Махачкала, Россия.

Не вызывает сомнения приоритетность вопросов связанных с внутриутробной инфекцией (ВУИ). По нашим данным ВУИ, как причина заболеваемости и смертности плода занимает второе место и составляет 30–34%.

Цель исследования: ранняя диагностика ВУИ с применением ультразвукового исследования (УЗИ) для оценки состояния эмбриона.

Материалы и методы. Нами исследовано 127 беременных с ВУИ в сроках от 10 до 24 недель, находившихся на лечении в отделении невынашивания. Первую группу составили 49 серопозитивных беременных с низкими и средними титрами IgG и высокоавидными IgG. Во вторую группу вошли 78 серопозитивных беременных с высокими титрами IgG, IgM и низкоавидными IgG. Исследование проводили на ультразвуковом аппарате LODGIC 500 для выявления маркеров внутриутробного инфицирования. Всем обследуемым женщинам в крови определяли уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и альфафетопротеины (АФП) в сроке 18–24 недель беременности.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлено наличие эхографических признаков ВУИ в обеих исследуемых группах. В I группе были обнаружены следующие признаки: утолщение хориона 8 (16,3%), гипертонус стенок матки 37 (75,5%), внутриматочные тяжи 1 (4,9%), гиперэхогенный кишечник 3 (6,1%), маловодие 1 (2,1%). Во II группе было обнаружено гораздо больше эхографических признаков ВУИ: утолщение и изменение эхогенности плаценты 23 (29,4%), маловодие 4 (5,1%), пневматоз кишечника 19 (24,3%), наличие гипертонуса стенок матки 52 (66,6%), увеличение размеров печени 2 (2,5%), СЗРП 17 (21,7%), раннее созревание плаценты 8 (10,2%), признаки внутриутробной пневмонии 1 (1,3%).

Таким образом, в I группе ультразвуковые признаки ВУИ были обнаружены у 17 беременных (24%), а во II группе – у 31 (39%).

У женщин I группы показатели ХГЧ и АФП были в пределах нормы. Во II группе показатель ХГЧ был повышен у 6 (7,7%) беременных, а АФП снижен у 3 (3,9%) беременных.

В I группе все беременности были сохранены. Во II группе – 2 беременности самопроизвольно прервались в сроках 10 и 14 недель, в 2-х случаях произошла антенатальная гибель плода в сроках 11 и 16 недель.

Заключение. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что выявление эхографических признаков ВУИ при сроке беременности 10–24 недели является информативным методом диагностики состояния плода.

СКРИННИНГОВОЕ УЛЬТРАЗВУКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОДИЛЬНИЦ, КАК РЕЗЕРВ ПО СНИЖЕНИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Махмудова А.Р., Омарова Х.М.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ДГМА, Махачкала, Россия

Снижение послеродовых осложнений является одной из важных задач акушеров. По данным отечественных авторов частота послеродовых эндометритов составляет 3–5%, а после кесарева сечения – 20–30%. Высокие показатели послеродовых осложнений свидетельствуют о необходимости оптимизации ведения родильниц. В настоящее время одним из информативных методов исследования является эхография матки в раннем послеродовом периоде. Использованы методы доклинической диагностики течения раннего послеродового периода.

Цель исследования: определение значимости скриннингового ультразвукового исследования (УЗИ) родильниц, выработка доклинических эхографических критерий наличия послеродовых осложнений у женщин Республики Дагестан.

Материал и методы. Нами было проанализировано 2804 историй родов. Из них: 1508 родильниц, которым проводилось УЗИ – I обследуемая группа, и 1296 родильниц без УЗИ – II обследуемая группа. Исследование проводили на ультразвуковом аппарате LODGIC 500, на 3–5 сутки после родов по показаниям. Изучена динамика инволюции матки в пуэрперии.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований выявлены следующие осложнения: в I группе субинволюция матки 27 (1,8%), послеродовый эндометрит 165 (11%), остатки плацентарной ткани 2 (0,6%), лохиометра 19 (1,3%). Во II группе соответственно 52 (4%), 212 (16,4%), 24 (1,8%) и 25 (1,9%). Выявлено некоторое снижение послеродовых осложнений в I обследуемой группе, что, по всей вероятности, является результатом своевременной диагностики начальных проявлений осложнений при УЗИ на 2–3 дни после родов и повтора исследования на 7–8 дни. В 137 (3,9%) наблюдениях было диагностировано расширение полости матки до 25 мм максимально с содержимым неоднородной структуры, что явилось основой для проведения вакуум – аспирации содержимого матки. При этом у 20% из числа аспирированных, гистологически подтверждены остатки плацентарной ткани. Из 21 (0,5%) обследуемых с предполагаемым диагнозом эндометрит, УЗ признаки заболевания выявлены у 4 (19%). В 69 (1,9%) наблюдениях было отмечено расширение параметральных или аркуатных сосудов матки, что явилось показанием для динамического УЗ наблюдения.

В результате проведенных УЗИ у родильниц не наблюдалось ни одного случая послеродового кровотечения, связанного с остатками плацентарной ткани. Кроме того, УЗ диагностика признаков эндометрита и субинволюции матки, позволило своевременно приступить к соответствующей терапии и избежать послеродовых осложнений.

Из 1296 родильниц, которым не проводилось динамическое УЗ-исследование, у 3-х (0,23%) наблюдалось позднее послеродовое кровотечение, связанное с остатками плацентарной ткани, что явилось причиной для экстренной повторной госпитализации, вакуум-аспирации содержимого матки с последующим переливанием кровезаменителей и применения антибиотиков.

У 8 (0,6%) родильниц II группы после выписки отмечался подъем температуры до 38–39 С° в течении 5–7 дней, что, видимо, было связано с явлениями субинволюции матки с последующим эндомиометритом. Этим пациентам амбулаторно проводился курс антибактериальной и утеротонической терапии.

Заключение. Таким образом, превентивное проведение УЗИ всем роженицам на 4–5-е сутки после родов, позволяет своевременно диагностировать и лечить послеродовые осложнения, сокращает дни пребывания в стационаре и экономит дорогостоящие лекарственные средства для лечения поздних послеродовых осложнений. Все предыдущие годы УЗИ в послеродовом периоде проводилось только по показаниям и послеоперационным женщинам. Учитывая высокую информативность УЗИ диагностики наличия остатков плацентарной ткани, субинволюции матки и метроэндометрита, возникла необходимость в расширении показаний для УЗИ. В результате удалось уменьшить число послеродовых осложнений. Так, если в 2005 году количество послеродовых кровотечений составляло 109, то в 2006 году их количество удалось снизить до 47 случаев.

ОЦЕНКА РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОСИТЕЛЕЙ ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В КОГОРТЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Медянникова И.В., Гудинова Ж.В.

Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Гемореологические расстройства являются важным звеном патогенеза акушерской патологии. Во многом это связано с активацией системы гемостаза при беременности, что создает преморбидный фон для тромбогемор-

рагических осложнений. В основе дезадаптации плацентарного кровообращения лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии вследствие сердечнососудистых, инфекционно-септических, иммунных, метаболических и генетических факторов.

Несмотря на многочисленные исследования, остаются неизвестными значимость каждого из факторов риска и механизмы регуляции патогенеза преэклампсии, замедленного роста плода, преждевременной отслойки плаценты, антенатальной гибели плода, преждевременных родов.

В этой связи особого внимания заслуживают генетические тромбофилии 2012 наследственные формы недостаточности ингибиторов свертывания или аномалии коагуляционных протеинов, обусловливающие состояние претромбоза, поскольку часто протекают без клинических проявлений и ассоциируются с плацентарными нарушениями и неблагоприятными исходами гестационного периода, как для матери, так и для плода.

Данная работа является частью научного исследования «Диагностика и лечение коагулопатий у беременных с осложнениями гестационного периода», направленного на изучение гемостазиологических взаимосвязей в патогенезе гестационных осложнений для прогнозирования риска неблагоприятных исходов беременности.

Одной из задач исследования явилась оценка генетических маркеров наследственной тромбофилии, среди практически здоровых беременных женщин, без клинических проявлений тромбофилии.

В рамках когортного проспективного исследования беременных женщин, на территории крупного административного центра Сибирского федерального округа РФ (Омск), проведено генотипирование по четырем протромботическим полиморфизмам. Методом полимеразной цепной реакции выполнен рестрикционный анализ амплифицированных фрагментов ДНК генов-кандидатов: коагуляционного фактора V (F5); коагуляционного фактора II (F2), протромбина; ингибитора активатора плазминогена (PAI-1); гена метилтетрагидрофолатредуктазы (MTHFR).

Участники исследования отбирались путем последовательной популяционной выборки в период 2009–2011 гг. Кандидатами для исследования были 2497 человек; когорту составили 2356 практически здоровых женщин с одноплодной беременностью до 12 недель; проанализированы данные 2177 пациенток (92,4%). Все беременные состояли на диспансерном учете в 12 женских консультациях и впоследствии родоразрешались в 6 родильных домах города Омска.

Результирующие осложнения гестации оценивались после 28 недель беременности: преэклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды, перинатальная заболеваемость и смертность, обусловленные внутриутробной гипоксией и замедленным ростом плода. В основную группу исследования вошли 1684 пациентки с осложнениями второй половины беременности легкой, средней и тяжелой степени тяжести. Контрольную группу составили 493 женщины с физиологическим течением беременности, родов, удовлетворительным состоянием новорожденных.

Для оценки относительного риска акушерских осложнений между основной и контрольной группами использовался анализ таблиц сопряженности, отношение шансов (OR), двусторонние 95%-ные доверительные интервалы (CI); оценка различий частот и долей проводилась с применением критерия хи-квадрат (χ^2).

В исследуемой когорте беременных женщин высокий уровень полиморфизма, при котором частота редкого аллеля превышает 30%, характерен для генов PAI-1 (62%) и MTHFR (36%), низкая распространенность полиморфных локусов выявлена в генах F5 (2%) и F2 (3%).

Между исследуемыми пациентами с осложнениями гестации и при физиологическом течении беременности не выявлены значимые различия частот полиморфизмов плазменных факторов свертывающей системы крови, F5 (OR=1,9; CI=0,7-5,5; χ^2=3; df=1; p=,113) и F2 (OR=1,8; CI=0,7-4,6; χ^2=2; df=1; p=,125).

Носительство редкого аллеля гена метилентетрагидрофолатредуктазы в два раза увеличивает риск развития неблагоприятных исходов гестационного периода (OR=2,1; CI=1,7-2,6; χ^2=1; df=1; p=,000..).

Среди полиморфизмов ингибитора активатора плазминогена в основной группе исследования, преобладают гетерозиготные носители, значимо повышая шансы развития гестационных осложнений (OR=1,7; CI=1,4-2,2; χ^2=25; df=1; p=,000..), при этом гомозиготные генотипы гена PAI-1 не были связаны с рассматриваемым риском.

Исследование проводится при государственной поддержке молодых российских ученых – Грант Президента Российской Федерации (МК-163.2011.7).

УРОВНИ ИНСУЛИНО-ПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА СВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОЗДНИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ПРЕРЫВАНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Милушева А.К., Агаджанова А.А., Кречетова Л.В.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Актуальность. Система инсулино-подобный фактор роста (ИПФР) – инсулино-подобный фактор роста связывающий глобулин (ИПФР-СГ) в настоящее время рассматривается как важный регуляторный механизм роста и развития плода во втором и третьем триместрах беременности. Кроме того, есть данные о значимости системы ИПФР – ИПРФ-СГ в прогнозировании поздних преры-

ваний беременности у женщин с наличием в анамнезе гестационных потерь. В этой связи определение ИПФР-СГ у женщин во втором и третьем триместрах беременности для прогнозирования ее исхода представляет большой интерес.

Цель исследования. Определить значимость инсулино-подобного фактора роста связывающего глобулина (ИПФР-СГ) в отделяемом цервикального канала у женщин во втором и третьем триместрах беременности в прогнозировании поздних гестационных осложнений.

Материалы и методы исследования. Группу исследования составили 85 женщин на сроках от 20 до 30 недель беременности, среди которых 43 пациенток с отсутствием репродуктивных неудач и 42 с наличием в анамнезе потерь плода во втором и третьем триместрах беременности. Забор материала проводился после предварительной обработки эктоцервикса стерильным ватным тампоном, мягким свабом с последующим помещением в фосфатно-солевой раствор и центрифугированием. Определение ИПФР-СГ проведено методом иммуноферментного анализа (ИФА) наборами фирмы Bioserv. Уровни ИПФР-СГ сопоставлены с данными клинико-лабораторного обследования, включающими показатели воспалительного ответа, микроскопическое, бактериологическое и ПЦР исследование отделяемого цервикального канала. Проанализированы течение и исходы беременностей. Статистическая обработка данных выполнена на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statistica for Windows» v. 6.0, StatSoft Inc. (США). Статистически значимыми считались отличия при $p<0,05$ (95%-й уровень значимости) и при $p<0,001$ (99%-й уровень значимости).

Результаты исследования. Уровни ИПФР-СГ колебались в широких пределах от 0,1 до 1082,17 мкг/г, составляя в среднем 86,9±15,1 мкг/г. У женщин с неотягощенным акушерским анамнезом средние значения ИПФР-СГ были достоверно ниже, чем у пациенток с потерями плода на поздних сроках в анамнезе и составили 11,8±6,4 мкг/г, и 248,9±31,3 мкг/г соответственно ($p<0,05$). При сопоставлении результатов бактериологического исследования отделяемого цервикального канала и выявления внутриклеточных микроорганизмов по данным ПЦР достоверной связи с повышением ИПФР-СГ выявить не удалось. При анализе гестационных осложнений установлено, что у 35 женщин с развитием угрозы прерывания беременности, потребовавшей стационарного лечения в сроках от 25 до 30 недель беременности, уровень ИПФР-СГ был достоверно выше и составил 298,0±35,4 мкг/г, чем у 23 пациенток с неосложненным течением беременности – 1,8±0,5 пг/мл, ($p<0,001$). Изменения уровней ИПФР-СГ имели место как у женщин с невынашиванием, так и у пациенток с отсутствием репродуктивных неудач в анамнезе. Уровни ИПФР-СГ были повышенными за 3–5 недель до появления симптомов угрозы прерывания беременности. Установлена сильная корреляционная связь между наличием лейкоцитоза в периферической крови и повышением ИПФР-СГ ($r=0,7$, $p<0,05$).

Вывод: Полученные данные позволяют предположить, что повышение ИПФР-СГ в отделяемом цервикального канала может служить предиктором возникновения угрозы поздних самопроизвольных прерываний беременности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАРКЕРОВ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ

Мурашко А.В., Магомедова Ш.М.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Последние годы по данным литературы отмечено участие инсулиноподобного фактора роста -1 (ИФР–1) в развитии плацентарной недостаточности и преэклампсии.

Цель: определение продукции плацентарных гормонов и инсулиноподобного фактора роста -1 у беременных с плацентарной недостаточностью и преэклампсией.

Материалы и методы: в процессе работы обследовано 90 беременных женщин, которые были разделены на 4 группы: 1 группа – беременные с плацентарной недостаточностью (n=30), средний возраст составил 33±5, 2 группа беременные с умеренной преэклампсией (n=30), средний возраст 33±4, 3 группа – сочетание преэклампсии и плацентарной недостаточности (n=10), средний возраст 33±4 и 4 группа сравнения, беременные с отсутствием вышеперечисленных заболеваний (n=20) средний возраст составил 34±5. Данным пациенткам помимо стандартного обследования определяли концентрацию ИФР–1, ПЛ в сыворотке крови в динамике иммуноферментным методом, на сроке беременности от 20 до 30 недель. Определение содержания в сыворотке крови гормональных параметров проводилось на автоматических иммунохемилюминисцентных анализаторах «ADVIA CENTAUR» (Bayer USA) и на IMMULITE 2000 (DPS, USA) инсулиноподобный фактор роста -1 определялся в сыворотке человека иммуноферментным методом с помощью тест-системы IGF-1 ELISA фирмы IDS (Immunodiagnosticsystems).

Результаты и их обсуждение: в ходе исследования отмечено некоторое снижение уровня инсулиноподобного фактора роста -1 (ИФР-1), в 1 группе концентрация составила -281.4±3,0 мкг/л, во 2 группе – 234±5,0 мкг/л, в 3 группе – 265±2,0 мкг\л, а в группе сравнения 289.5±3,0 мкг\л. Причем наиболее значительное снижение ИФР–1 наблюдали в 3 группе при сочетании плацентарной недостаточности и преэклампсии. Полученные данные согласуются с теорией неполноценной плацентации (недостаточной инвазии трофобласта) и ее роли в развитии плацентарной недостаточности.

Наиболее значительное снижение ИФР–1 отмечено в 3 группе, может быть связано с последствиями проявления преэклампсии, как осложнения плацентарной недостаточности.

Концентрация плацентарного лактогена была снижена в 1 группе – 8.8, повышена во 2 группе – 11.07 и 3 группе – 12.4. В группе контроля концен-

трация ПЛ была в пределах нормы. Максимальная концентрация плацентарного лактогена (ПЛ) отмечена в 3-й группе.

Выводы: полученные данные свидетельствуют, что изменения продукции факторов роста, может быть использовано в качестве маркеров плацентарной недостаточности и преэклампсии.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Нурмагомедова С.С., Меджидова Д.Р., Казиева С.Э, Омаров Н.С-М..

Дагестанская Государственная Медицинская Академия, Махачкала, Россия

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных в акушерстве и гинекологии. Частота этой патологии составляет 13–30% и не имеет тенденции к ее сокращению. В последние годы особое внимание уделяется внедрению научно обоснованных нетрадиционных методов лечения данной патологии.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения медицинского озона в комплексной терапии угрожающего аборта.

Обследованы 110 женщин с угрозой прерывания беременности в сроках от 5 до 12 недель. В основную группу вошли 60 беременных, получивших в составе комплексной терапии угрозы прерывания беременности медицинский озон; в контрольной группе 50 беременных, получивших традиционную терапию. Частота привычного невынашивания составила 80,9% (89), на одну женщину приходилось в среднем 2,7 выкидыша в I триместре беременности. У всех обследованных беременность протекала с явлениями угрозы прерывания с ранних сроков, что клинически проявлялось болевым синдромом различной интенсивности, а у 46 пациенток (42,7%) это подтверждалось ультразвуковым исследованием. Все обследованные беременные были с эндокринным генезом невынашивания: с различными формами гиперандрогении (надпочечниковая, яичниковая, смешанная) – 61,8% (68) и с недостаточностью лютеиновой фазы – 38,2%. Критерием исключения явилось наличие у беременных ИЦН органической и функциональной природы, специфической и неспецифической урогенитальной и вирусной инфекции.

Оценивали параметры гормонального статуса: эстриол (Э), прогестерон (П) с использованием диагностических наборов Immunotech (Чехия), хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ) и дегидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-S) радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов «KIT». Всем беременным проводились общеклинические и ультразвуковое исследования.

60 пациенткам (I группа), помимо традиционной терапии угрозы прерывания ранних сроков беременности, назначали инфузии озонированного физиологического раствора натрия хлорида по 200–400 мл с концентрацией озона 2 мг/л в течение 5–7 дней.

Применение озона привело к значительно более быстрому, чем в контроле, купированию болевого синдрома, исчезновению гипертонуса миометрия, что позволило в большинстве случаев снизить дозу и длительность назначения спазмолитиков и гормонов. Беременность была сохранена у 91,8% пациенток основной группы, тогда как в контрольной – в 78% случаях.

Анализ динамики уровня гормонов ФПК убедительно продемонстрировал, что способность озонотерапии к стимуляции гормонопродуцирующей функции плаценты выражена сильнее, чем при традиционном лечении. Так, среднее содержание Э в основной группе заметно увеличилось с 193,47±16,70ммоль/л до 248,72±13,8 ммоль/л ($p<0,01$). Средний недельный прирост его концентрации в крови больных, получивших озонотерапию, достоверно – в 2,5 раза ($p<0,05$) – превысил тот же показатель в контроле, составил 29,34±7,6 ммоль/л, что свидетельствует о важной роли озона в ликвидации гипоэстрогении, характерной для невынашивания. Сходный эффект наблюдался и в отношении П, уровень которого к концу озонотерапии нормализовался более чем у половины беременных. Среднее содержание данного гормона достоверно возросло с 62,7±5,0 ммоль/л до 88,0±7,9 ммоль/л ($p<0,05$). Коэффициент недельного прироста уровня П в крови пациенток основной группы был в 3,3 раза выше, чем в контроле ($p<0,05$) и составил 25,3±4,5 ммоль/л. Нормализация уровня ХГЧ была достигнута у 72% наблюдений в основной группе. Отмечено достоверное увеличение у них среднего содержания гормона с 46,57±2,84 тыс. МЕ до 78,85±3,38 тыс. МЕ ($p<0,05$). Средний недельный прирост концентрации ХГЧ в основной группе был 12,3±2,5 тыс. МЕ, что в 3, 6 раза выше ($p<0,05$) в сравнении с контрольной. При примененииии медицинского озона нами было отмечено снижение уровня ДГЭА-S в основной группе с 31,9±0,6 нмоль/л до 16,89±0,8 нмоль/л ($p<0,05$). В тоже время в контрольной группе стабилизация показателей ДГЭА-S была менее выражена: 28,7±0,7 нмоль/л и 19,76±1,9 нмоль/л.

Выводы: проведенное нами исследование показало высокую эффективность медицинского озона в лечении угрозы прерывания ранних сроков беременности, под влиянием которого улучшается гормональная функция трофобласта и, как следствие, быстро наступает клиническое улучшение.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2008–2011

Панкова С.В.[1],Колясова Е.Н.[1], Кузнецова Н.Н.[1], Кузнецова Е.П.[2], Евсеева Л.А.[1]

1 – БУЗ ГКБ №9, г. Ижевск, Россия
2 – ГБОУ ВПО ИГМА Минздравсоцразвития, Ижевск, Россия

Актуальность. Проблема преждевременных родов приобрела особую медико-социальную значимость в связи с происходящими социально-экономическими изменениями в России, на фоне перехода медицинского сообщества на новые критерии живорожденности и выхаживания маловесных детей. Проблема преждевременных родов имеет не только медицинское, но и большое социальное значение, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются тяжелой психической травмой для всей семьи. Огромное социальное значение приобретает проблема преждевременных родов, учитывая высокую стоимость выхаживания недоношенных детей.

Цель исследования. Анализ частоты и выявление причин преждевременных родов.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 89 индивидуальных карт женщин, закончивших беременность преждевременными родами в 2008–2011 года.

Результаты. За изученный период времени в женской консультации наблюдалось 1347 беременных, их них преждевременными родами завершилось 6,2% беременностей. В структуре преждевременных родов доминируют женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (56%) – искусственные аборты, самопроизвольные выкидыши, замершая беременность, рубцы на матке, антенатальная гибель плода. Прерывание беременности происходило в сроке 35–37 недель в 63% наблюдений, в 32–34 недели в 32%, в 28–31 неделю в 5%. По возрастному составу женщины распределились следующим образом: 18–25 лет – 37%, 26–30 лет – 32%, 31–35 лет – 26%, 36–40 лет – 5%. Профессиональную вредность имели 47% беременных женщин. Экстрагенитальную патологию 86,5%: анемия –36%, заболевания ЖКТ – 24%, заболевания мочевыделительной системы – 39%, сердечно-сосудистая патология – 38%. Сочетание экстрагенитальных заболеваний наблюдалось у 81% женщин. У 63% беременных был выявлен высокий инфекционный индекс. Получили лечение урогенитального уреаплазмоза и хламидиоза 28%, вагиниты различной этиологии 45%, остроконечные кондиломы были выявлены у 11%. Кроме того беременные часто страдали ОРВИ, в том числе неоднократными – (62%). В течение беременности у 89% женщин наблюдалась неоднократная угроза прерыва-

ния беременности, по этому поводу беременные получали амбулаторное и стационарное лечение.

По нашим данным, непосредственной причиной преждевременных родов явилось: изосенсибилизация по АВО, осложнившаяся гемолитической болезнью новорожденного – 2,2%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2,2%), преждевременная отслойка низко расположенной плаценты (2,2%), гестозы (5,6%), преждевременное отхождение околоплодных вод (13%), многоплодная беременность (2,2%).

Заключение: для снижения преждевременных родов необходима прегравидарная подготовка к беременности, своевременное лечение хронической экстрагенитальной патологии, выявление и санация очагов инфекции. Резервом снижения преждевременных родов является также выделение групп риска на преждевременные роды, особенно у женщин старшего репродуктивного возраста и с индуцированной беременностью.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Пароконная А.А., Нечушкин М.И., Кампова-Полевая Е.Б.

Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н .Блохина РАМН, Москва, Россия

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) занимает 2 место по частоте после рака шейки матки среди всех злокачественных новообразований, диагностированных во время беременности. На 3000 беременностей приходится 1 случай РМЖ. Около 3% всех случаев рака диагностируются во время беременности. 25% случаев заболевания встречается в возрасте до 45 лет, в активный репродуктивный период.

Материалы и методы. Нами изучена группа из 245 больных РМЖ, диагностированного на фоне беременности, лактации или в течение 1-го года после завершения беременности, получавших лечение в Российском Онкологическом научном центре в период с 1964 по 2009 год. В среднем больные прослежены 63 месяца, медиана времени наблюдения составила 48 месяцев. Средний возраст исследованных больных, составил 33 года.

Результаты исследования. Основными жалобами беременных и лактирующих больных явились следующие: в 97% определяется опухоль в молочной железе, в 54% – увеличение молочной железы в размере. Гиперемия кожи наблюдалась в 21%. В 10% отмечалась деформация молочной железы. 95% больных обнаружили опухолевый узел самостоятельно, при этом 20% из них не обращались далее за врачебной помощью.

Отмечена высокая частота врачебных ошибок при диагностике рака во время беременности и лактации: 28%. Типичной ошибкой в клинической практике являлась постановка диагноза лактационный мастит при наличии злокачественной опухоли в молочной железе. Отмечено высокое число случаев необоснованного и неадекватного применения лечебных физиотерапевтических процедур, которые стимулировали диссеминацию злокачественного процесса и приводили к быстрой инвазии в окружающие ткани, образуя так называемые «острые» или «диффузно-инфильтративные» формы рака.

Поздняя диагностика РМЖ в период беременности приводит к отсрочке в лечении пациенток в среднем на 2–3,5 месяца. Вследствие этого, к моменту установления диагноза средние размеры опухоли колебались от 5–6 см до 15 см, процент распространенных форм составил от 72 до 85%. Опухолевый узел занимал ½ объема и весь объем молочной железы в исследуемой группе в два раза чаще, чем в контрольной. В 73% имелось метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Третья стадия рака наблюдалась в группе беременных и лактирующих больных в 53% в сравнении с 38% из контрольной группы. К моменту установления правильного диагноза заболевание нередко находилось в неоперабельной стадии. Случаи с генерализацией процесса отмечены в 7% по сравнению с 1% из контрольной группы.

Отмечены сложности диагностики опухоли на фоне беременности. Стандартное пальпаторное исследование неэффективно и в большинстве случаев, особенно на более поздних сроках беременности не позволяет дифференцировать опухоль. Стандартное маммографичекое исследование ассоциируется с негативным влиянием на плод. Ультразвуковое исследование является вариантом наиболее рекомендуемым при постановке диагноза «рак» у беременных и лактирующих пациенток и позволяет провести дифференциальный диагноз между кистозными и солидными образованиями у 97% больных. Цитологическое и гистологическое исследование являются самыми достоверными и ценными методами диагностики. Однако, результат цитологического исследования у пациенток с существующей беременностью во многом зависит от опыта работы цитолога с аналогичными случаями. Наиболее достоверным методом диагностики остается морфологическое исследование. Эксцизионная биопсия (Core-биопсия) выполняемая под местной анестезией, является «золотым стандартом» при любой неясной патологии в молочной железе.

Выводы. Помимо повышения информированности женщин репродуктивного возраста о возможной злокачественной патологии молочных желез на фоне беременности, необходимо внедрять методы самообследования молочных желез у женщин, планирующих беременность. Основные профилактические меры должны быть направлены на выявление болезни на максимально ранних сроках. Необходимо включить ультразвуковое обследование молочных желез в план наблюдения беременной женщины, либо на этапе планирования беременности, либо в I триместре беременности. При определении первых признаков неблагополучия в молочной железе либо при трудностях интерпретации симптомов воспаления необходима консультация онколога.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВНУТРИ- И МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО КОНСУЛЬТИРОАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА

Песикин О.Н., Васильева Т.П., Бойко Е.Л., Панова И.А.

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития, Россия

Управление регионализацией медицинской помощи женщинам во время беременности направлено, прежде всего, на улучшение эффективности охраны их репродуктивного здоровья, а также ресурсосбережение отрасли. Поэтому разработка механизмов реализации профилактики акушерской и перинатальной патологии на принципах регионализации помощи является весьма актуальной. В данном сообщении представлен анализ многолетнего использования предложенной организационно-функциональной модели амбулаторного внутри- и межтерриториального консультирования беременных высокой степени риска (на примере Ивановского кураторского системокомплекса, в состав которого входят восемь субъектов РФ и Федеральное учреждение – Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова Минздравсоцразвития РФ). Данные территориально-функциональные объединения сформированы на территории страны приказом Минздрава РФ в 2001 году путем прикрепления субъектов РФ к Федеральным профильным научным центрам и НИИ.

Организационную структуру предложенной модели амбулаторного внутри- и межтерриториального консультирования беременных высокой степени риска составляют кабинеты территориальных и межтерриториального амбулаторных консультативных акушерских приемов, функциональную основу– система взаимодействия этих организационных структур. Целью создания модели определено обеспечение управления регионализацией родоразрешения женщин в акушерских стационарах необходимого уровня, в том числе с использованием базы Федерального учреждения-куратора, на основе планового отбора беременных и формирования мотивации у них для родоразрешения в акушерском стационаре необходимого уровня. Для обеспечения координации функционирования этих организационных структур обоснована необходимость формирования в составе межтерриториального консультативного акушерского центра, создаваемого в учреждении, имеющем акушерский стационар третьего уровня, отделения планового межтерриториального акушерского консультирования, которое технологически свя-

зано с другими двумя другими отделениями центра: отделением экстренного консультирования и отделением мониторинга обращений.

В отделе планового межтерриториального акушерского консультирования в базовом компьютере концентрируются данные обо всех женщинах с показаниями для родоразрешения в акушерском стационаре третьего уровня, в том числе Федерального профильного учреждения состоящих на учете в субъектах федерации, входящих в системокомплекс. Полученный опыт использования предложенной организационно-функциональной модели составил основу разработки методических основ межтерриториального информационного обеспечения амбулаторного акушерского консультирования, функционального обеспечении на основе внутри и межтерриториальной маршрутизации беременных женщин с учетом риска и реализацией женщиной права на свободный выбор, экспертного обеспечения качества организации консультирования, а также показал возможность управления этим выбором. Для практического здравоохранения предложены шкалы отбора женщин на амбулаторное акушерское консультирование, документооборот, критерии оценки эффективности, нормативы объема работы, Положение о работе. Медико-социальная эффективность выразилась в повышении качества маршрутизации женщин, снижении перинатальной смертности.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А.

ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздравсоцразвития, Россия

Цель исследования: изучение рациональных методов диагностики и терапии пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы после преждевременного прерывания беременности.

Методология: рандоминизированное исследование.

Методы исследования: клинический, бактериоскопический, бактериологический, иммуноферментный анализ, метод полимерной цепной реакции

при исследовании эпителиальных клеток влагалища, канала шейки матки, эндометрия; метод ультразвукового исследования; лапароскопический метод. Результаты проведенных исследований были подвергнуты методике статистической обработки с вычислением средней арифметической ошибки (m) и достоверного различия между показателями (p) с учетом достоверной вероятности по критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования: 97 пациенткам, гестационный период у которых завершился самопроизвольным прерыванием беременности (13–21 неделя), было проведено морфологическое изучение плацентарной ткани; клиническое и лабораторно-диагностическое обследование, подтвердившее наличие у них хронического эндометрита и сальпингоофорита.

Назначение антимикробной терапии, направленной на элиминацию имеющихся возбудителей бактериальной инфекции, должно сочетаться с использованием препаратов, обладающих антимикотическим эффектом, а также препаратов, усиливающих индукцию интерферонов.

Заключение: Рациональная антимикробная терапия хронических процессов репродуктивной системы органов малого таза, способствующая элиминации инфекционных возбудителей является важным фактором прегравидарной подготовки пациенток с преждевременным прерыванием беременности.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА С АУТОИММУННЫМ КОМПОНЕНТОМ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Плужникова Т.А.

Центр профилактики и лечения невынашивания беременности, Родильный дом №1, Санкт-Петербург, Россия

В результате обследования 159 женщин, страдающих невынашиванием беременности, диагноз хронического эндометрита установлен у 105 пациенток (66,0%). Для диагностики хронического эндометрита (ХЭ) использовался иммуногистохимический метода с определением количества NK-клеток (СД16+, СД56+), HLA-DR+ и В-лимфоцитов (СД20+) в эндометрии с использованием моноклональных антител. Более чем у половины женщин ХЭ протекает с аутоиммунным компонентом (АИК), что сопровождается повышенным содержанием антиэндометриальных антител (АЭА) в периферической крови. У больных ХЭ с АИК достоверно чаще наблюдается отставание секреторной

трансформации эндометрия при полноценной гормональной активности желтого тела с нормальным содержанием прогестерона в крови. Не исключено, что АЭА могут оказывать самостоятельное влияние на гормон-рецепторные взаимодействия в ткани эндометрия, нарушая морфофункциональное состояние эндометрия. Комплексная терапия ХЭ приводит к элиминации АЭА, улучшению состава эндометриальных лимфоцитов (у 80% женщин с ХЭ и у 70% женщин больных ХЭ с АИК), восстановлению секреторной трансформацию эндометрия (у 75% у женщин с ХЭ и у 66,7% больных ХЭ с АИК).

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОРСИН ХОРИОНА НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И.А. Попова, С.В. Меренова, Ж.Ж. Валиуллова, В.Н. Балашова, Е.В. Писарева, Н.П. Портянникова

Самарская областная больница им. М.И.Калинина, Россия
Медико-генетическая консультация, Самара, Россия
Самарский государственный медицинский университет, Россия

Для человека характерна высокая частота репродуктивных потерь: шансы наступления и успешного завершения беременности у женщин в возрасте 20–30 лет составляют в среднем только 21–28% в течении одного менструального цикла. Около 60% зигот элиминируется на ранних сроках развития, а 15–20% клинически распознаваемых беременностей спонтанно прерываются в первом триместре [1]. Столь значительная частота потерь определяет актуальность исследования, направленного на установление причин с помощью цитогенетического метода – кариотипирования, позволяющего выявить отклонения в структуре и числе хромосом [2]. В связи с этим целью данной работы стало исследование генетических причин замерших беременностей у женщин разных возрастных групп, вызванных хромосомными патологиями. В задачи работы входило проведение анализа результатов цитогенетического исследования ворсин хориона с целью выяснения причин неразвивающихся беременностей и выявление зависимости срока гибели эмбриона от наличия и вида хромосомной аномалии.

Данная работа проводилась в Самаре впервые, на базе медико-генетического центра Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина (СОКБ), в лаборатории пренатальной диагностики. В качестве материала для исследования были использованы ворсины хориона, взятые после выскабливания полости матки у пациенток отделения акушерской патологии СОКБ при неразвивающейся беременности.

Проведена серия цитогенетических исследований абортного материала (всего 123 случая). Выделение и фиксация хромосом проводилась по стандартной методике – кариотипирования [3], с окраской по Гимзе и визуальной идентификацией хромосом. Из 123 замерших беременностей в 37 – обнаружен нормальный кариотип, а в 86 – различные хромосомные отклонения. Среди исследованных случаев хромосомной патологии фигурируют различные численные и структурные нарушения хромосом, приводящие к рождению ребёнка с тяжелыми дефектами развития и не совместимые с жизнью, в следствие грубых нарушений хромосомного аппарата. По полученным данным можно сделать вывод, что при неразвивающейся (замершей) беременности в I триместре хромосомная патология у эмбриона преобладает, и возможно это является основной причиной неразвивающейся беременности.

Среди обнаруженных хромосомных патологий встречаются следующие отклонения от нормы: трисомия 16 (анэмбриония) – 36% (из них 34% в сроке замирания беременности 5–6 недель и 2% в 7–8 недель), трисомия 13 (синдром Патау) – 13% (7,1% – в 5–6 недель, 4,9% – 7–8 недель), три- и тетраплоидия – 13% (4,9% – 5–6 недель, 1,2% – 7–8 недель, 3,4% – 9–10 недель, 2,5% – 11–12 недель), трисомия 18 (синдром Эдвардса) – 7% (все в сроке 5–6 недель), синдром Кляйнфельтера – 7% (2,5% – 5–6 недель, 2,5% – 7–8 недель, 1,2% – 9–10 недель, 1,2% – 11–12 недель), синдром Шерешевского-Тернера – 7% (3,5% – 7–8 недель, 2,5% – 9–10 недель, 1,2% – 11–12 недель), трисомия 21 (синдром Дауна) – 5% (все в сроке 5–6 недель), различные хромосомные перестройки – 12% (10,8% в сроке 7–8 недель и 1,2% в 10–11 недель).

Общее количество обнаруженных хромосомных аномалий эмбриона при замершей беременности составило в сроке 5–6 недель – 84%, 7–8 недель – 53%, 9–10 недель – 66%, 11–12 недель – 62%. В случаях замершей беременности на сроке больше 12 недель (2 случая) хромосомной патологи не обнаружено.

Таким образом, наиболее частыми обнаруженными хромосомными патологиями, приводящими к замиранию беременности, являются трисомии по 13 (синдром Патау), 16 (анэмбриония), 18 (синдром Эдвардса), 21 (синдром Дауна) хромосомам. Гибель эмбриона с хромосомными нарушениями происходит на ранних сроках I триместра (5–6 недель). У женщин перенесших замершую беременность с нормальным эмбриональным кариотипом, возможными причинами неразвивающихся беременностей в 54% являются гормональные нарушения и гинекологические заболевания, а в 9% – антифосфолипидный синдром. Кроме этого у женщин с неразвивающейся беременностью и нормальным кариотипом были обнаружены синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) в 24% случаев, инфекционные заболевания – 13%, что так же может являться причиной остановки развития эмбриона.

Библиографический список

1. Кишкун А.А. Гормональные и генетические исследования в клинической практике. – М.: Лабора, 2007. – 400 с.

2. Захаров А.Ф., Бенюш В.А. Хромосомы человека (Атлас) АМН СССР. –М.: Медицина, 1982. – 264 с.
3. Основы цитогенетики человека / Под ред. А.А. Прокофьева – Бельговская. – М.: Медицина, 1969. – 544 с.

СРАВНЕНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ВАГИНАЛЬНЫХ ЛАКТОБАЦИЛЛ БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Припутневич Т.В., Анкирская А.С., Мелкумян А.Р., Муравьева В.В., Меджидова М.К., Любасовская Л.А., Завьялова М.Г.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ России, Москва

Внедрение инновационных технологий в микробиологическую диагностику расширяет наши познания в области медицинской микроэкологии. Возможность видовой идентификации лактобацилл, основной составляющей нормофлоры вагинального биотопа, возможно позволит ближе подойти к пониманию некоторых механизмов развития оппортунистических вагинальных инфекций, установить корреляцию между видовым составом этих микроорганизмов и инфекционной патологией влагалища.

Цель исследования: сравнить видовой состав вагинальных лактобацилл, выделенных у женщин репродуктивного возраста (беременных и вне беременности).

Материалы и методы: обследованы 182 женщины: 101 беременная (I группа) и 81 – вне беременности (II группа). Всем женщинам проведено комплексное микроскопическое и бактериологическое исследование микроценоза влагалища. Лактобациллы культивировали в микроаэрофильных и строго анаэробных условиях и идентифицировали методом времяпролетной масс-спектрометрии (MALDI TOF MS).

Результаты: на основании результатов исследования в общей группе (n=182) состояние микроценоза оценено как нормоценоз (Н) у 93 (51,1%) женщин, а у 89 (48,9%) – диагностированы различные варианты вагинальных инфекций. Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) выявлен у 31 (17,0%) пациентки; неспецифический вагинит (НВ), ассоциированный с факультативно-анаэробными УПМ – у 26 (14,3%); бактериальный вагиноз (БВ) и мезоценоз (М) суммарно – у 23 (12,6%); и у 9 (5,0%) пациенток диагностировано сочетание БВ и ВВК. Сравнение микробиоты влагалища в обеих группах не выявило существенной разницы в частоте Н (48,5 и 54,3% соответственно) и вагиналь-

ных инфекций (51,5 и 45,7% соответственно). Среди вариантов инфекционной патологии близкие по частоте выявления данные получены для НВ (14,9 и 13,6% соответственно) и сочетания БВ с ВВК (5,9 и 3,7% соответственно). В то же время при беременности в 1,7 раза чаще диагностировали ВВК и реже в 1,6 раза выявляли БВ и М.

При культуральном исследовании выделено 274 штамма лактобацилл. По данным масс-спектрометрии, 256 штаммов (93,4%) идентифицированы до вида и 18 (6,6%) – до рода. С высокой степенью достоверности (lg score≥1,9) 75,5% культур и 24,5% – с lg score<1,9. Видовой спектр был представлен 17 видами. Лидирующее положение занимают 3 вида: L.crispatus (33,5%), L.jensenii (23,0%) и L.gasseri (18,6%). Долевое участие прочих видов (L.iners, L.fermentum, L.salivarius, L.mucosae, L.oris, L.ultunensis, L.delbrueckii, L.plantarum, Lrhamnosus, L.kitasatonis, L.casei, L.paracasei, L.johnsonii и L.viridescens (Weissella v.) колебалось от 0,4 до 4,4%. Изучение частоты выделения отдельных видов лактобацилл в группах сравнения показало, что и в I, и во II группах доминируют три вида: L.crispatus (34,3 и 33,0% соответственно), L.jensenii (22,9 и 23,0% соответственно) и L.gasseri (18,0 и 19,2% соответственно): суммарно по 75% от всех штаммов в каждой группе. Редкие виды были представлены 10 видами в I группе и 9-ю – во II. Различие в видовом составе касалось L.mucosae, L.ultunensis, L.plantarum, L.kitasatonis, L.casei, L.paracasei, L.johnsonii и L.viridescens, которые не дублировались в группах сравнения.

Оценка видового спектра лактобацилл при различных состояниях вагинального микроценоза показала, что в общей группе у 93 пациенток с Н видовой состав лактобацилл был представлен 11 видами, а у 89 женщин с нарушением вагинальной микрофлоры – 14 видами. Наиболее часто при Н выделяли L.crispatus (61,3%), с заметным отставанием высевали L.jensenii (39,8%) и L.gasseri (16,1%). У 31 пациентки с ВВК также доминировали эти виды, но процентное соотношение их не столь контрастно: L.crispatus (45,2%), L.jensenii (35,5%) и L.gasseri (25,8%). Среди 26 женщин с НВ также превалировал вид L.crispatus (38,5%), затем L.gasseri (34,6%) и L.jensenii (23,1%). У 23 женщин с БВ и М также с явным преимуществом, по сравнению с другими видами, выделяли L.crispatus, L.jensenii и L.gasseri (34,8, 43,5 и 30,4% соответственно).

У 94 (51,6%) пациенток общей группы лактобациллы выделены в монокультуре, у 88 (48,4%) – ассоциации. При оценке степени обсемененности вагинального отделяемого лактобациллами установлено, что 75% культур лактобацилл выделены в высоком титре (≥7 lg) и 25% – в низком (<4lg). Высокие титры лактобацилл были характерны для Н и ВВК, низкие титры чаще выявляли при БВ и НВ, а также при обнаружении редких видов в составе ассоциаций при различных вариантах микробиоты.

Таким образом, достоверной разницы в состоянии вагинального микроценоза в группах сравнения не выявлено. Однако при беременности в 1,7 раза чаще диагностировали ВВК и, напротив, в 1,6 раза реже выявляли БВ и М. Видовой спектр вагинальных лактобацилл отличается широким разнообра-

зием и представлен 17 видами. В группах сравнения доминировали три вида L.crispatus, L.jensenii и L.gasseri с одинаковым долевым соотношением, и эти три вида превалировали при различных вариантах вагинального микроценоза: при Н в большей степени вид L.crispatus, при других состояниях микробиоты все три вида распределялись более равномерно.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Пуршаева Э.Ш., Хамошина М.Б., Тараскина Е.В., Чакчурина И. А.

ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

В настоящее время не подлежит сомнению факт неблагоприятного влияния на течение беременности и перинатальные исходы дефицит массы тела.

Целью нашего исследования явилось улучшить исходы беременности и родов у женщин с дефицитом массы тела.

Материалы и методы исследования: исследование проведено в г. Москве, на базе родильного дома №25 (главный врач Оленева М.А.). В когорное проспективное исследование были включены 328 родильниц, в возрасте 20–25 лет. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле ИМТ =масса тела, кг/ (длина тела)^2. За нормативные показатели принимали ИМТ=18,0–24,0. Женщины оптимально репродуктивного возраста исследуемой и контрольной групп, после получения их согласия на участие в исследовании, были подвергнуты комплексному социально-психологическому исследованию по специально разработанным анкетам-опросникам. Данные были получены в результате объективного осмотра, специального гинекологического исследования, а также путем выкопировки из первичной медицинской документации.

Исследуемые были разделены на 2 группы: I основную группу (n=57) составили родильницы, с дефицитом массы тела. II контрольную группу (n=329) – родильницы с нормальной массой тела. Для статистической обработки результатов исследования в качестве основного программного обеспечения использовали пакет прикладных программ STATISTICA 6.0. фирмы StatSoft Inc (США).

Результаты исследования:

В результате проведенного исследования было установлено, угроза потери беременности у женщин с низкой массой тела наблюдается в 1,6 раза чаще, чем у нормовесных беременных (24,0% против 15,0%, p<0,05). Частая рвота по утрам отмечена в 5,5% у женщин в основной группе и 4,4% (p<0,05) в контрольной группе.

Следует отметить, что в первом триметре беременности ОРВИ регистрировалась в I группе – 13,7% случаев, во II группе 10,1% (p<0,04). Анемия

легкой степени в основной группе составила 15,3%, в контрольной группе – 13,7% (p<0,05).

Течения родового акта в обеих группах осложнялась дородовым излитием околоплодных вод (в I группе 6,8%, II группе 6,7% p<0,05). Слабость родовой деятельности не наблюдалась в основной группе, в то время как в контрольной группе она составила 4,9% (p<0,05). Ручная ревизия полости матки в группе женщин с дефицитом массы тела проводилась в 1,7 раз чаще в сравнении с женщинами с нормальной массой тела (3,4% против 1,9% p<0,05).

При сравнительном анализе течения послеродового периода различий между группами установлено не было (p<0,05).

Средняя масса плода в I группе составила 2540+/-448, во II группе– 3422+/– (p<0,07).

Заключение: таким образом, проведенное нами исследование выявило, что дефицит массы тела неблагоприятно влияет на течение беременности и исход родов. Масса тела относится к управляемым медико-биологическим факторам. Следовательно, необходимо более тщательное наблюдение данной категории женщин.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ СОСУДИСТЫЙ ТОНУС, В РАЗВИТИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Путилова Т.А., Ковалев В.В., Дерябина Е.Г.

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздравсоцразвития России», Екатеринбург, Россия

Известно, что осложнения беременности, пороки развития плода, кесарево сечение с более высокой частотой встречается у женщин с гестационной гипертензией (ГГ) в сочетании с гестационным сахарным диабетом (ГСД), чем у женщин с ГГ и нормальной толерантностью к глюкозе. ГГ и ассоциированные с ней патологические изменения – одно из основных причин материнской и перинатальной смертности. Поиск генов–предикторов ГГ ведется с 60-х годов прошлого века, но имеющиеся в литературе данные неоднозначны.

Цель: изучение частоты полиморфизма генов, регулирующих сосудистый тонус, при ГСД в сочетании с ГГ.

Материал и методы: были обследованы 107 беременных с ГСД. Все женщины находились в послеродовом отделении ФГБУ «УНИИ ОММ». Из них 63 человека с ГСД и АГ, и 44 человека с ГСД без АГ. Критерии исключения:

прегестационный сахарный диабет, хроническая артериальная гипертензия, тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность. Всем женщинам проведено молекулярное исследование генетического полиморфизма генов, ассоциированных с риском развития гипертонии, а именно: гена ангиотензиногена (AGT) – AGT: 704 T>C; AGT: 521 C>T; гена рецептора тип I к ангиотензину II (AGTR1) – AGTR1: 1166 A>C; гена рецептора тип II к ангиотензину II (AGTR2) – AGTR2: 1675 G>A; гена G белка – GNB 3: 825 C>T; гена эндотелиальной NO синтетазы (NOS 3) – NOS 3: 786 T>C; NOS 3: 894 G>T.

Результаты. У 63 женщин был выявлен гестоз второй половины беременности или гестационная гипертензия. В группе обследованных женщин с ГСД и АГ было выявлено 263 мутации указанных генов в различных сочетаниях, в другой группе у женщин с ГСД без АГ было выявлено 212 мутаций также указанных генов. Наиболее часто выявлялись полиморфизмы: 704T>C в гене AGT (80,94% и 63,63%), AGTR2:1675 G>A (88,95% и 81,81%) и 786 T>C гена NOS3 (82,53 и 68,17), в исследуемых группах.

Выводы: при гестационном сахарном диабете, независимо от наличия гестоза или гестационной гипертензии, наблюдается высокая частота полиморфизма генов, регулирующих сосудистый тонус. Следовательно, необходимо продолжить изучение генетической предрасположенности к артериальной гипертензии при гестационном сахарном диабете. Полученные результаты позволят не только отнести пациентку в группу высокого риска по развитию гестационной гипертензии, но и спрогнозировать, проводить профилактику и лечение гипертензивных осложнений и снижать риск материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗАППАРАТНОГО МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ГЕПАТОЗОМ

Рощупкина И.А., Ветров В.В.

Институт Перинатологии и Педиатрии ФБГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Преэклампсия является одной из ведущих причин материнской смертности, в том числе при развитии хелп-синдрома. В последние годы при преэклампсии с лечебной целью применяется метод плазмафереза центрифужным или аппаратным способами, что требует сравнительного дорогостоящего оборудования.

Целью исследования явилось проведение анализа результатов применения безаппаратного мембранного плазмафереза (БМПА) у беременных с преэклампсией и гепатозом.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 20 беременных женщин в возрасте 23–37 лет, которые за две-три недели до родов поступали в акушерский стационар с типичными жалобами и клиникой по поводу преэклампсии легкой степени и гепатоза. Основную группу составили 10 женщин, получавшие БМПА в комплексе с базовой терапией. Остальные женщины составили контрольную группу и лечились традиционно. Данные анамнеза, предыдущего течения беременности и клиники в обеих группах больных практически не отличались. БМПА проводили без специальной подготовки женщин с помощью мембранного плазмофильтра ПФМ–800. За сеанс эксфузировали в среднем 230 мл плазмы, в качестве плазмозаменителя использовали кристаллоиды. На курс применяли 4 процедуры БМПА, которые проводили через день-два. Контрольными тестами служили данные общепринятых исследований матери и плода.

Результаты исследования. При БМПА осложнений не наблюдали, состояние плода не страдало. Уже после первой процедуры беременные отмечали уменьшение кожного зуда и отеков, нормализацию сна и аппетита, улучшение общего самочувствия и настроения. Положительная динамика в клинико-биохимических анализах крови появлялась позднее, после второй и, особенно, третьей процедуры БМПА: снижались до нормы уровни аминотрансфераз, уменьшался до нормы показатель лейкоцитарного интоксикации (ЛИИ). У пациенток контрольной группы такого быстрого и значимого эффекта не было, данные клиники, уровней АЛТ, АСТ в плазме крови, показателя ЛИИ улучшались лишь к 10–12 суткам лечения. В двух случаях эффекта от лечения не было вообще, при этом у женщин ухудшилось состояние плода по данным УЗИ, кардиотокографии и допплерометрии, что потребовало досрочного родоразрешения оперативным путем. У беременных основной группы после курса БМПА нарушений маточно-плацентарного и плодового кровотока не выявляли ни разу, хотя исходно нарушения кровотока 1 степени были в одном случае. Во всех случаях у женщин основной группы беременность была пролонгирована и средний срок ее окончания в основной группе составил 38,2 недели, в контроле – 37,1 недели.

Выводы. 1. Методика БМПА не требует дорогостоящего оборудования, безопасна для матери и плода, способствует улучшению результатов лечения с пролонгированием беременности при преэклампсии легкой степени и гепатозе; 2. Оптимизация лечебных показателей обусловлена в основном детоксикационным эффектом процедур БМПА.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Самчук П.М., Торубаров С.Ф., Леваков С.А., Марченко А.А., Самчук Д.П.

ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, Москва
Родильный дом №16, Москва, Россия

В настоящее время, неуклонно растает количество беременных женщин с рубцом на матке как после операции кесарево сечение, миомэктомии, так и после реконструктивно-пластических операций. До настоящего времени остаются недостаточно изучены критерии, при которых возможны роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения (Айламазян Э.К., Кулаков В.И. и др., 2007).

Целью исследования явилась комплексная оценка состояния рубца на матке и прогнозирование метода родоразрешения на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 48 беременных с рубцом на матке после операции кесарева сечения обследование, которых проводилось в условиях женской консультации №5 г. Москвы, последующее родоразрешение в родильном доме №16 города Москвы в 2011 году. Беременные были разделены на 2 группы у всех отмечено головное предлежание. Первую группу составили 18 женщин с рубцом на матке, в последующем 15 (83,3%) беременных родоразрешены через естественные родовые пути. В этой группе отсутствовали осложнения в послеоперационном периоде при предыдущей операции и осложнения при настоящей беременности. В женской консультации с этой группой беременных проводилась специальные занятия создающие мотивацию на самопроизвольные роды. Плацента в первой группе пациенток располагалась вне зоны рубца на матке. 2-ю группу составили 30 женщин, имевших осложнённое течение послеоперационного периода (эндомиометрит, повышение температуры тела), а при настоящей беременности отмечалась частая угроза прерывания беременности во втором, третьем триместрах. Пациентки данной группы родоразрешены путем операции кесарево сечение. Средний возраст женщин составил 24,3±4,4 года.

Результаты исследования. К моменту обследования срок беременности в группах составлял 37–39 недель. Во 2-й группе беременность осложнилась токсикозом первой и второй половины у 16 пациенток, угрозой прерывания у 28, синдромом задержки развития плода у 4, анемией у 12 и многоводием у 2 женщины. У 22 беременных 2-й группы начиная с третьего триместра, периодически отмечалась локальная болезненность над лобком и болезненность матки, все эти беременные были госпитали-

зированы в отделение патологии беременных, где находились под постоянным наблюдением до родоразрешения. Толщина миометрия в нижнем сегменте матки при ультразвуковом исследовании в 1-й группе составила 4–5 мм с ультразвуковыми признаками анатомической полноценности зоны рубца. Во второй группе толщина миометрия составляла 2–3–4 мм с неоднородной эхоструктурой и большим количеством гиперэхогенных включений. В 1-й группе женщин в родах наблюдались следующие осложнения: несвоевременное излитие вод у 2, угрожающий разрыв промежности у 3, разрывы промежности, стенок влагалища, шейки матки у 5 родильниц. Во всех случаях роды обезболивались методом эпидуральной анальгезии. Проводился непрерывный кардиотокографический мониторинг. Проведенное во всех случаях контрольное ручное обследование полости матки подтвердило целостность стенок. Масса новорожденных в 1-й группе составила от 3100 до 3700 граммов. Во 2-й группе 26 пациенток родоразрешены в плановом порядке, а в 4 случаях в экстренном путем операции кесарево сечение. Интраоперационно в 26 (86,7%) случаях 2-й группы выявлен неполноценный, истонченный с включениями соединительной ткани рубец. Проведено обновление краев раны, все иссеченные рубцы подверглись гистологическому исследованию и представляли собой пучки грубой волокнистой соединительной ткани. В 4-х случаях имелась картина анатомически полноценного маточного сегмента с полноценной регенерацией мышечной стенки. Масса новорожденных во 2-й группе составила от 2900 до 4100 граммов.

Заключение. Таким образом, основными критериями состоятельности рубца на матке, являются неосложненное течение послеоперационного периода, неосложненное течение настоящей беременности и анатомически полноценная толщина миометрия в нижнем сегменте. Особое внимание по отбору пациенток на самостоятельное ведение родов следует уделять клиническим симптомам несостоятельности.

РЕЗЕРВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Самчук П.М., Торубаров С.Ф., Леваков С.А., Самчук Д.П.

ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, Москва
Родильный дом №16, Москва, Россия

С 2012 года Российская Федерация переходит на новые критерии регистрации живорожденных, рекомендованные ВОЗ. Все новорожденные, появившиеся на свет после 22 недель беременности, массой от 500 грамм попадут в официальную статистику (Байбарина Е.Н., 2011).

Целью нашего исследования явилось изучение основных причин приводящих к угрожающим очень ранним преждевременным родам и разработка профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 2-е группы беременных. Основную группу составили 208 беременных в сроки гестации 22–27 недель с угрозой прерывания подтвержденной клинико-анамнестическими, ультразвуковыми и лабораторными критериями и 76 беременных в эти же сроки без явлений угрозы – контрольная группа. Лечение беременных с угрозой прерывания проводилось в условиях отделения патологии беременных родильного дома №16 г. Москвы. Обследование беременных контрольной группы проводилось в условиях женской консультации №5 г. Москвы в 2011 году.

Результаты исследования. Средний возраст беременных обеих групп не имел различий и составлял 25,3±2,3 года, что приходится на возраст максимальной фертильности (67%). В основной группе преобладали повторнобеременные (59%). Боль как основной клинический симптом в основной группе отмечен у 86% беременных, при ультразвуковом исследовании симптомы угрозы диагностированы у 36,2% пациенток. У 9,7% беременных имелись признаки истмико-цервикальной недостаточности, которая на момент поступления в стационар уже была корригирована наложением шва или акушерским пессарием. В первом триместре в основной группе, угроза прерывания отмечена у 55% беременных. Гестагенные препараты применялись у всех беременных этой группы. Во втором триместре угроза прерывания диагностирована у 60% беременных, причем гестагены в этой группе применялись, только у 6% беременных. В контрольной группе угроза прерывания встречалась в первом триместре у 2,3% беременных и во втором триместре (до 22 недель), только у 1,8% беременных. При поступлении в стационар максимум пациенток с угрозой прерывания беременности в основной группе приходилось на 22 недели гестации (39%). В этой группе гестагены применялись только до 16 недель беременности, а с целью лечения угрозы невынашивания у 94% беременных использовались препараты с минимальным лечебным эффектом для этого гестационного срока (гинипрал, свечи с папаверином). В последующие гестационные сроки частота угрозы прерывания находилась практически на одном уровне (23 нед. – 11,2%; 24 нед. – 11,2%; 25 нед. – 14,8%; 26 нед. – 10,7%; 27 нед.– 13%).

Заключение. Таким образом, на основании выше изложенного следует, что основными причинами угрозы очень ранних преждевременных родов явились, сохраняющаяся после 16 недель гестации угроза и отсутствие эффективной терапии с использованием гестагенов в этот период. Для достижения эффекта от терапии угрозы невынашивания целесообразно использование препаратов прогестерона не только до 16 недель, но и после этого срока до 28–32 недель гестации, что позволит снизить прерывание беременности в группе очень ранних преждевременных родов.

ЗНАЧЕНИЕ ОДНОВРЕМЕННОГО УЧЕТА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДАННЫХ ЭХОГРАФИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЧХГ В КРОВИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Саркисов С.Э., Демидов В.А., Романовская О.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва, Россия

Цель работы – выяснение современных возможностей в диагностике внематочной трубной беременности.

Обследовано 40 пациенток с этой патологией. Исследование основывалось на результатах анализа клинической картины заболевания, данных эхографии и определения уровня чХГ в крови. Срок гестации на момент первого обследования варьировал от 4,5 до 12 недель.

В результате проведенных исследований было установлено, что основными клиническими проявлениями трубной беременности являлись задержка месячных (90%), кровяные выделения из половых путей (75%) и боли внизу живота (45%). Увеличение размеров матки отмечалось у 45% пациенток, болезненность придатков при их пальпации на стороне измененной трубы у 70%, тогда как выявление объемного образования оказалось возможным в значительном меньшем числе наблюдений (в 10%).

Абсолютные эхографические признаки беременности, порявляющиеся в выявлении плода, констатированы у 40% и желточного мешка также у 40%. Вероятные признаки трубной беременности отмечались в значительно большем числе наблюдений. Пустое плодное яйцо было обнаружено у 15% женщин и перитубарная гематома у 42,5%. У 5% женщин единственным косвенным признаком внематочной беременности являлся гемиперитонеум. В 22,5% случаев в связи с невозможностью при первом ультразвуковом исследовании установить или исключить внематочную беременность возникла необходимость в определении чХГ. Проведение данного исследования у 2 пациенток позволило исключить наличие беременности, у 3 – поставить правильный диагноз развивающейся маточной беременности, у 1 (2,5%) – развивающейся трубной беременности и у 3 (7,5%) – неразвивающейся трубной беременности. Точная диагностика трубной беременности в наших исследованиях оказалась возможной во всех наблюдениях.

Из представленных данных следует, что одновременный учет клинических признаков, данных эхографии и определения уровня чХГ в крови позволяет с высокой точностью диагностировать такое серьезное осложнение, как внематочная беременность.

РОЛЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ

С.В. Сологорский, В.О. Генералов, А.Б. Орехов, И.А. Ушакова

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

Ангионеврологические аспекты акушерства в настоящее время являются недостаточно изученными. Между тем беременные женщины с ангионеврологическими проблемами встречаются довольно часто. Наиболее частой жалобой предъявляемой этими пациентками является головная боль.

Цель исследования. Изучение цефалгического синдрома у беременных.

Материал и методы. Для обследования были выбраны 36 беременных женщин с разными сроками беременности в возрастном диапазоне от 23 до 45 лет, обратившиеся с жалобами на головные боли. Всем пациенткам данной группы было проведено комплексное ангионеврологическое обследование, включающее в себя неврологичекий осмотр, консультацию окулиста, проведение ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов (УЗДС), транскраниальной допплерографии (ТКДГ).

Проанализировав данные, полученные в результате комплексного обследования данной группы, было выявлено, что у 24 из 36 женщин головная боль имела давящий или пульсирующий характер, локализовалась в лобно-височных областях, иногда сопровождалась тошнотой, рвотой, ощущением дурноты и слабости. У 20 женщин на фоне цефалгий отмечалось наличие пастозности кожных покровов и усиления венозной сети лица, более выраженной в утренние часы. У 19 из 24 женщин с клиническими признаками венозных церебральных дисциркуляций (ВЦД), ранее не отмечающих повышение АД, в период беременности отмечалась артериальная гипертензия до 140/90 мм рт. ст. У большинства беременных в неврологическом статусе выявлялась симптоматика свидетельствующая о дисфункции стволовых и корковых структур головного мозга. По данным ультразвуковых методов исследования у 23 женщин были выявлены разной степени выраженности признаки затруднения венозного оттока из полости черепа в виде затруднения венозного кровотока по орбитам и усиление сигналов

от позвоночного сплетения при УЗДС, и в виде повышения индекса периферического сопротивления в передней мозговой артерии (ПМА) и средней мозговой артерии (СМА), повышения скорости кровотока в прямом синусе при ТКДГ. При осмотре окулистом глазного дна у 21 женщины выявлялось полнокровие и расширение вен сетчатки.

Детализация анамнеза позволила утверждать, что у значительной части женщин до беременности уже имелся характерный для ВЦД симптомокомплекс, выраженность которого в период беременности возросла и качественно осложнила течение беременности. На основании этого можно предположить недооценку важности ангионеврологического обследования в прегравидарный период у женщин с цефалгическим синдромом .

Таким образом, признаки ВЦД отмечались у 24 из 36 женщин, что составляет 66% от всех беременных женщин с цефалгическим синдромом.

С целью коррекции венозной дисциркуляции выявленной у беременных женщин был проведен курс венозных ангиопротекторов в лечебной дозировке. Оценка результата проводилась через 1 месяц от начала терапии. На фоне приема венотоников у 21 женщины отмечался значительный регресс субъективной и объективной симптоматики в виде уменьшения цефалгического синдрома (19 женщин), отечного синдрома (16 женщин), уменьшение неврологического дефицита (18 женщин). Кроме этого у 12 женщин, не принимающих гипотензивную терапию, отмечалась нормализация цифр артериального давления.

Эффект терапии венозными ангиопротекторами был подтвержден контрольными методами обследования в виде нормализации ультразвуковой картины венозного кровотока, уменьшения венозного застоя при осмотре глазного дна.

Выводы: 1) ВЦД является одной из частых причин развития цефалгического синдрома у беременных. 2) Своевременная диагностика и рациональное лечение церебральных венозных дисциркуляций на этапах подготовки и в период беременности может предупредить декомпенсацию церебральной венозной дисгемии. 3) Учитывая результаты проведенной работы, считаем целесообразным ввести в протокол прегравидарной дианостики комплексное ангионеврологическое обследование.

ПРОФИЛАКТИКА АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Стеняева Н.Н.[1,2], Короткова Н.А.[1], Пучко Т.К.[1], Аполихина И.А.[1,3]

1– ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
2 – ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва
3 – Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ им. И.М. Сеченова

Период жизни женщины, связанный с беременностью, родами, уходом за новорожденным, сопровождается выраженными физическими и эмоциональными нагрузками. Стресс после родов может оказать разрушительное действие на женщину, ее ребенка, взаимоотношения в семье и социальной среде. Дисгармония семейных – сексуальных отношений относится к факторам риска, приводящим к нарушениям адаптации у женщин в послеродовом периоде.

Цель: разработать эффективную форму краткосрочного психотерапевтического вмешательства в раннем послеродовом периоде для профилактики невротических расстройств аффективного спектра у женщин.

Материалы и методы: Проведено клинико-динамическое обследование 56 женщин, получавших специализированную помощь в физиологическом акушерском отделении ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, после неосложненных самопроизвольных родов (НСР), новорожденные которых были здоровы. Выделены 2 группы. 1-ю группу составили 29 женщин, прошедшие «адаптационный тренинг», разработанный в рамках когнитивно-бихевиоральной модели. Средний возраст пациенток составил 27±5,3 лет. 2-я группа (контрольная) – 27 женщин без психотерапевтического сопровождения. Средний возраст – 26,7±5,4 лет. Группы были сбалансированы по возрасту, социально-экономическому статусу, уровню образования и семейному положению. Применялись клинический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Результаты: Программа «адаптационного тренинга» представлена информационным модулем и интерактивной работой с использованием дискуссии, включала вопросы мотивации родительства, формирование партнерского подхода в уходе за новорожденным, укрепление семейных и межличностных связей в паре, обсуждение адаптивных форм сексуального поведения в паре, а также здорового образа жизни, профилактики психоэмоциональных нарушений в паре. Также проводилось обучение техникам аутотренинга и релаксирующего дыхания. Сравнительная оценка уровня тревожности в раннем послеродовом периоде и через 2 месяца после

родов у женщин показала, что степень выраженности личностной тревожности в 1 и 2 группах была низкой и достоверно не отличалась, оставаясь в пределах 27,4+9,3 балла. Показатели ситуативной тревожности в 1 группе были умеренно выраженными (35,3+9,6 баллов) в раннем послеродовом периоде, с тенденцией к снижению через 2 месяца после родов (30,6+12,1 балла). Во 2 группе ситуативная тревожность после родов также была умеренной (34,8+13,2 балла), но с тенденцией к повышению через 2 месяца после родов (37,4+11,7 балла). В раннем послеродовом периоде с помощью шкалы Бека выявлено отсутствие депрессивных проявлений (4,5+3,6). Через 2 месяца после родов в 1 группе также депрессивные явления не обнаруживались (6,7+4,6). А во 2 группе наблюдалась депрессия легкой степени выраженности ситуативного генеза (10,6+5,1). Через 2 месяца после родов сексуальные отношения возобновились у всех женщин в 1 группе и у 81,5% женщин из 2 группы. При этом в 1 группе сексуальная активность оценивалась позитивно как необходимый и значимый элемент отношений в паре, в то время как во 2 группе доминировала фиксация на соматическом состоянии и потребностях ребенка.

Выводы: Период жизни женщины, связанный с беременностью, родами, уходом за новорожденным, является кризисным и может приводить к нарушениям адаптации и формированию патологии аффективного спектра. Психотерапевтическая помощь во время беременности и в послеродовом периоде способствуют адаптации женщин, и является эффективной мерой профилактики аффективных нарушений.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ И ИСКУССТВЕННЫЙ АБОРТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Суханова Л.П., Саниева С.М.

ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, Москва

Демографическая ситуация в Российской Федерации и большинстве ее регионов характеризуется продолжающимся снижением численности населения в результате падения рождаемости при высокой смертности, что формирует естественную убыль населения. В Республике Башкортостан репродуктивная ситуация повторяет общероссийскую, и лишь за последний год отмечен незначительный естественный прирост населения (+0,6 на 1000). Это определяет актуальность проблемы сохранения репродуктивного потенциала в регионе. Важнейшим направлением для достижения этой цели является сокращение репродуктивных потерь, и прежде всего снижение числа самопроизвольных и вынужденных абортов.

Проблема аборта в России остается актуальной, несмотря на снижение числа их в последние годы, поскольку сокращение числа абортов сопровождается изменением их структуры. Прежде всего, это характеризуется ростом удельного веса самопроизвольных прерываний беременности, доля которых – по мере снижения частоты артифициальных абортов в России (в том числа за счет недоучета коммерческих абортов) – прогрессивно увеличивается – с 6,43% в 1991 г. до 16,4 в 2010 г.; одновременно растет и доля зарегистрированных неуточненных внебольничных абортов – с 3,20 до 4,93%, а также абортов по медицинским показаниям – с 1,56% до 2,70 за те же годы. Следовательно, проблема абортов в современных условиях приобретает новый ракурс и существенно преобразует условия функционирования гинекологической службы в стране.

Материалом для настоящего исследования послужили статистические данные по формам №13 Российской Федерации и Республики Башкортостан, а также отчеты лечебных учреждений РБ. Используя аналитический, статистический и эпидемиологический методы исследования мы выявили, что в Республике наряду с проблемой искусственных абортов весьма остро стоит проблема самопроизвольного прерывания беременности.

Так, частота самопроизвольных абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми в Республике Башкортостан составила в 2010 г. 10,8 (при показателе в России 9,8, а по Приволжскому Федеральному Округу 10,2); распространенность их на 1000 женщин фертильного возраста составила в РБ 5,64 (при 4,59 в России и 4,71 в ПФО). Доля спонтанных абортов в РБ (23,4% от числа всех абортов) также превышает таковую в России (16,4) и в ПФО (15,9%).

Частота абортов по медицинским показаниям в РБ также выше и составляет 2,6 на 100 родившихся (при показателе в России 1,6 и в ПФО 1,5), а распространенность их в РБ составила 1,37 на 1000 женщин репродуктивного возраста (при 0,76 в РФ и 0,71 в ПФО). Удельный вес их составил 5,69% (при 2,70 в России и 2,39 в ПФО). Настораживает тот факт, что среди всех абортов по медицинским показаниям 9,3% составили юные девушки – до 19 лет (при показателе 8,7 в России и 10,4 в ПФО).

Число медицинских легальных абортов в РБ ниже, чем в целом по России, и составляет 30,8 на 100 родившихся (в России – 45,3, в ПФО – 50,1); распространенность на 1000 женщин 15–49 лет – 16,0 (при 21,3 в России и 23,1 в ПФО). Удельный вес медицинских легальных абортов в РБ в 2010 г. снизился до 66,4% (при 75,9 в России и 78,0% в ПФО).

В городе Уфа уровень абортов несколько превышает общереспубликанский уровень. Данные по ГКБ №8 в целом отражают ситуацию в республике, причем, поскольку в данном учреждении концентрируются женщины с генитальной и соматической патологией, удельный вес самопроизвольных абортов и прерываний беременности по медицинским показаниям превышает уровень в РБ.

Приведенные данные о высокой частоте самопроизвольных и вынужденных прерываний беременности в РБ свидетельствуют о неблагополучии в репродуктивном здоровье женщин Республики Башкортостан.

Последний тезис убедительно подтверждается данными о высокой частоте внематочной беременности, уровень которой в РБ составил в 2010 г. 3,1 на 100 родившихся, что превышает показатель по России (2,87) и по Приволжскому ФО (3,0).

Таким образом, анализ частоты и распространенности беременностей с абортивным исходов в Республике Башкортостан выявил, что основной особенностью ситуации в РБ является высокий уровень самопроизвольных прерываний беременности, абортов по медицинским показаниям и внематочной беременности, что характеризует ухудшение репродуктивного здоровья женщин республики Башкортостан. Это диктует необходимость разработки в республике комплекса мер по снижению гинекологической патологии и борьбе с невынашиванием беременности.

Трансформация структуры абортов в динамике (рост числа спонтанных и вынужденных абортов при снижении числа артифициальных) определяет неизбежное изменение режима работы и структуры коечного фонда в гинекологических стационарах.

В отношении искусственных абортов в РБ, как и в России в целом, остро стоит вопрос обеспечения наиболее безопасного медикаментозного аборта (наряду с разработкой мер по внедрению эффективной, доступной широким слоям населения контрацепции).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В 2011 ГОДУ

Тарбаева Д.А., Анохова Л.И., Брылева Л.И., Ерофеева Л.Г.

Читинская государственная медицинская академия, Россия

Группа острых респираторных вирусных инфекций (ОРИ) у беременных составляет до 80% инфекционной патологии в структуре всей экстрагенитальной патологии. Значимость проблемы определяется неблагоприятным влиянием респираторной вирусной инфекции на течение беременности, родов, послеродового периода, а также перинатальную заболеваемость. В январе-феврале 2011 заболеваемость гриппом и острых респираторных инфекций (ОРИ) по опорной базе Федерального центра гриппа (г. Чита) превысила эпидемический порог по совокупному населению в 2,6 раза.

Цель исследования: изучить особенности течения ОРИ среди женщин во время и вне беременности за период с января по февраль 2011 года.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 188 статистических карт, историй болезни женщин за данный период, а также журнала регистрации результатов исследований методом ПЦР (коро-

новирус, метапневмовирус, парагрипп 1, 2, 3 и 4 типов, респираторный синтициовирус, бокавирус, аденовирус, риновирус и грипп AH1N1 swine). Среди них мы выделили основную группу 79 беременных и контрольную группу 109 женщин репродуктивного возраста вне беременности.

Результаты исследования. Средний возраст заболевших женщин был примерно одинаковым 26,5±5,5 лет. Все женщины жительницы Забайкальского края. В первом триместре гестации заболели ОРВИ 22,8% женщин, во втором – 49,4%, в третьем – 27,8%. Среди обследованных пациенток в обеих группах соотношение работающих к неработающим было 1:1. Учитывая, что Краевая клиническая инфекционная больница (ККИБ) находится на территории города, преобладали соответственно горожанки – в основной группе 80%, контрольной 75%. По тяжести ОРИ средней степени встречалась у 82,3% основной группы против 49,5% в контроле. В то же время ОРВИ тяжелой степени не зарегистрировано среди беременных, тогда как среди небеременных встречалось в 6% случаев, что связано с ранней госпитализацией и своевременно начатой противовирусной терапии, в первую очередь среди беременных.

Основными проявлениями ОРИ средней степени были ринофарингит и трахеобронхит, которыми беременные болели в 1,5 раза чаще. Однако осложнения в виде пневмоний встречались среди беременных реже чем в контроле, причем средней степени тяжести в 2,6 раза меньше (3,8% против 10%), а пневмония тяжелой степени 1,2% против 4%. В структуре экстрагенитальной патологии ведущее место принадлежит хроническому пиелонефриту, составляющему 15,2% в основной группе и 4,6% в контрольной ($p<0,05$) и анемии (15% против 1,8%, $p<0,05$).

В структуре возбудителей заболеваний по частоте на первом месте в обеих группах встречался парагрипп 2 типа (52,1% против 55,7%), затем грипп AH1N1 swine (6,3% против 5,5%), на третьем месте метапневмовирус (4,2% против 4%), на четвертом – парагрипп 1 типа (1,4% против 0,7%). Необходимо отметить, что парагрипп 3 типа встречался только у беременных (1,4%), а респираторный синцитиовирус у небеременных (2%).

Встречались и микст-инфекции причем в основной группе сравнительно реже, так парагрипп 1 и 2 типа 4,2% против 3,6% у небеременных, парагрипп 2 типа в сочетании с респираторным синцитиовирусом отмечался в 1,4% против 4,7%. Другие сочетания инфекций такие как метапневмовирус с парагриппом 2 типа (2%), метапневмовирус с парагриппом 1 типа, парагрипп 1 типа и 3 типа, а также парагрипп 2 и 3 типов по 0,67% случаев наблюдались только у небеременных. В нашем исследовании прошли женщины, у которых не был выделен какой-либо вирус в основной и контрольной группе 35,2% и 25,5% соответственно. Это может быть связано с тем, что на другие возбудители гриппа (A H3N2, B, C) верификация не проводилась. Возможно, последняя группа женщин имела данные инфекции.

Выводы:

1. Беременные женщины представляют группу риска по заболеваемости ОРИ, причем риск их развития увеличивается пропорционально возраста-

нию срока гестации. В первом триместре гестации заболели ОРИ 22,8% женщин, во втором – 49,4%, в третьем – 27,8%. Среди них достоверно повышена частота беременных с анемией и хроническим пиелонефритом.

2. В настоящую эпидемию осложненных форм ОРИ среди беременных встречалось реже, чем среди небеременных, что вероятно связано с ранней госпитализацией и своевременно начатой противовирусной терапией у данного контингента женщин.

3. В структуре возбудителей заболеваний в эпидемию ОРИ 2011 по частоте на первом месте в обеих группах встречался парагрипп 2 типа, затем грипп AH1N1 swine, на третьем месте метапневмовирус, на четвертом – парагрипп 1 типа. Микст-инфекции среди беременных встречались в единичных случаях.

ПРЕДГЕСТАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ (АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ)

Тетруашвили Н.Т.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России,, Москва

Привычные потери беременности представляют собой актуальную проблему современного акушерства, так как являются полиэтиологичным состоянием, объединяющим различные нарушения, как в репродуктивной системе, так и в организме женщины в целом. Выяснение причинных факторов привычных потерь беременности и их своевременная коррекция – необходимое условие для реализации успешной имплантации, что предотвращает не только потери, но и другие поздние гестационные осложнения.

Цель исследования: Изучить этиологические факторы привычного выкидыша у супружеских пар на основании разработанного алгоритма обследования.

Материалы и методы исследования: Для изучения структуры причин привычного выкидыша нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 230 супружеских пар, обратившихся в Научно-Поликлиническое отделение Центра по поводу привычного выкидыша. Обследование включало: общеклиническое обследование, кариотипирование и HLA типирование партнеров, гормональное обследование, ультразвуковое исследование в I и II фазах менструального цикла, выявление аутоиммунных факторов (антитела к β2–гликопротеину, аннексину, протромбину, фосфатидилсерину, кардиолипину, проба на волчаночный антикоагулянт, гемостазиограмма), иммунограмма, определение полиморфизмов генов, ответственных за реализацию тромбофилии.

Результаты исследования: Средний возраст женщин составил 32,6±0,33 лет, варьируя от 22 до 44 лет. Преобладали женщины возрастных групп – 30–34 лет (41,3%), 25–29 лет (23,5%). Женщины старше 40 лет составили 5,6% от всех пациенток с привычным выкидышем. Всего в анамнезе у 230 женщин с привычным выкидышем было 1072 беременности. В среднем на одну пациентку приходилось 4,7±0,9 беременностей.

У женщин с привычным выкидышем из соматических заболеваний превалировали болезни мочевыделительной системы – у 30,4% в основном воспалительного характера (цистит, пиелонефрит), желудочно-кишечного тракта – у 24,8% аутоиммунные заболевания в 13,3% случаев, пролапс митрального клапана у 9,6% женщин. При анализе гинекологической заболеваемости обращала на себя внимание высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза 35,6% (эндометрит, сальпингит, оофорит), из них тубоовариальные образования в 6,1% случаев, проводилось этио – патогенетическое лечение. Внутриматочные синехии, как следствие перенесенных внутриматочных вмешательств, отмечены у 9,1% женщин. Врожденные аномалии матки (седловидная, двурогая матка, внутриматочная перегородка, удвоение матки) верифицированы у 10,0% пациенток.

Субмукозное расположение узлов миомы матки, большие размеры узлов явились показаниями для миомэктомии у 21 женщины (9,1%). Наличие внутриматочной патологии послужило показанием для проведения гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания у 56 (24,3%) пациенток. В 2-х наблюдениях по поводу рака шейки матки in situ проведена конизация шейки матки.

Особенности кариотипа родителей, представленные сбалансированными хромосомными перестройками отмечены у 10,4% супружеских пар, гистосовместимость родителей (наличие 3 и более совпадений по системе главного комплекса гистосовместимости HLA II класса) в 32,2% наблюдений. Гормональные нарушения, включающие поликистозные яичники, гиперпролактинемию, повышение тропных гормонов гипофиза, гипофункцию щитовидной железы наблюдались у 33,0% пациенток.

Серологические тесты, для выявления антифосфолипидного синдрома – положительные пробы на волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела и антитела к β2-гликопротеину, подтвержденные двукратным определением с 6–8 недельным интервалом, регистрировались у 40,0% женщин. Тромбофилическое состояние вне беременности, обусловленное различными причинами, главным образом антифосфолипидным синдромом и его сочетанием с полиморфизмами генов, ответственных за реализацию тромбофилии установлено у 27,8% женщин. Подбор терапии проводился индивидуально в зависимости от полученных данных обследования, согласно разработанным алгоритмам.

Выводы: Привычный выкидыш – полиэтиологичное состояние, у большинства супружеских пар отмечено сочетание нескольких причинных факторов. Тщательное обследование, направленное на выявление всех причинных

факторов исключительно важно для их своевременной коррекции до наступления беременности и индивидуализированного подхода к терапии с ранних сроков гестации у женщин, страдающих привычным выкидышем.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Торубаров С.Ф., Самчук П.М., Леваков С.А., Устимов М.А., Самчук Д.П.

ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, Москва
Родильный дом №16, Москва, Россия

В настоящее время задержка роста плода (ЗРП) в нашей стране встречается от 5 до 18%, варьируя в широких пределах (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. и др., 2004). При ЗРП плод подвержен повышенному риску перинатальных повреждений, отмечается высокая частота гипоксии при беременности, асфиксии в родах и мекониальной аспирации.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности при задержке роста плода.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 беременных с диагностированной задержкой роста плода 3-й степени. Диагноз ЗРП был выставлен на основании измерения окружности живота, высоты стояния дна матки и ультразвуковой фетометрии. Все пациентки были родоразрешены в условиях родильного дома №16 города Москвы в 2010–2011 годах. Средний возраст женщин составил 26,2±3,4 лет.

Результаты исследования. Симметричная форма ЗРП диагностирована у 37 (74%) случаев, ассиметричная форма 13 (26%) случаев. Во втором триместре ЗРП диагностирована в 8% случаев, в третьем триместре в 92% случаев. Изучая особенности течения беременности у пациенток с диагностированной задержкой развития плода 3-й степени, выявлен ряд неблагоприятные факторов предшествующих беременности, среди них курение у 22% женщин, наркомания у 2%, постоянная трудовая деятельность, связанная с работой на компьютере у 34% пациенток, тяжелое производство у 4% и социальная неустроенность у 14% пациенток. В 1-м триместре выявлены следующие осложнения: угроза прерывания беременности отмечена у 28% пациенток (проводилась терапия с использованием препаратов прогестерона), ОРЗ у 10% пациенток, ранний токсикоз у 16% пациенток, а также следует отметить, что у 6% пациенток был повышен пренатальный биохимический скрининг. Во 2-м триместре основными осложнениями явились угроза прерывания беременности в 14% случаев (проводилась терапии токолитиками), в 4% случаев определялся повышенный риск трисомии, проведенная инвазивная диагно-

стика исключила наличие синдрома Дауна. К другим осложнениям 2-го триместра беременности следует отнести острый бронхит у 2% женщин, гипертония 2%, анемия легкой степени у 12% пациенток, острые пиелонефрит у 4% женщин. У 20% женщин отмечены ОРЗ с повышением температуры тела. В 3-м триместре угроза преждевременных родов отмечена у 8% женщин (проводилась токолитическая терапия), ОРЗ встречалось в 12% случаев, у 6% маловодие, у 8% многоводие. Беременные с ЗРП в 34% случаев госпитализированы однократно, в 26% госпитализированы дважды, в 2% случаев три и более раз. Следует отметить, что проводимая в условия стационара терапия не повлияла на снижение степени ЗРП.

Заключение. Таким образом, неблагоприятным фоном предшествующей беременности явилось курение, длительная работа за компьютером. Основными осложнениями беременности при ЗРП третей степени явились угроза прерывания беременности, частые ОРЗ, мало и многоводие.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА

Торубаров С.Ф., Самчук П.М., Леваков С.А., Львова Е.С., Самчук Д.П.

ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России, Москва
Родильный дом №16, Москва, Россия

Пренатальный скрининг в настоящее время, позволяет с высокой частотой вероятности выявить риск хромосомной патологии. В тоже время для диагностики хромосомной патологии плода необходимо инвазивное вмешательство с целью получения плодового материала (Медведев М.В., 2005; Энкин М. и др., 2003).

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности пренатальной диагностики синдрома Дауна.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ 22 случаев рождения детей с синдромом Дауна за 5 лет, наблюдавшихся в женских консультациях г. Москвы. Частота этого синдрома составила 0,15% на 14424 родов прошедших в родильном доме №16 города Москвы за 2007–2011 годы. У всех новорожденных диагноз был установлен на основании проведенного кариотипирования.

Результаты исследования. Возраст пациенток до 35 лет в группе исследования составил 54,5%, старше 35 лет в 45,5% случаев. По паритету в 50% случаев отмечены первые роды и в 50% вторые роды в анамнезе. У 6 паци-

енток пренатальная диагностика на протяжении всей беременности не проводилось. Пренатальный биохимический скрининг проведен у 16 пациенток. Из них у 8 (49,5%) пациенток биохимический скрининг в 1 и 2 триместрах оказался положительным (у 2-х пациенток проведено оба скрининга, они оказались положительными, у 5 пациенток проведен только первый скрининг, который также оказался положительным и у 1 пациентки проведен только 2-й скрининг – положительный). При этом у 8 (49,9%) пациенток биохимический скрининг оказался отрицательным (у 3-х пациенток оба отрицательные скрининга, в тоже время следует отметить, что у 2-х из них, имелись ультразвуковые маркеры синдрома Дауна, у 5 пациенток первый скрининг был отрицательным, а второй не проводился). Анализируя категорию пациенток, у который не проводился перинатальный скрининг (мотивация и нежелание со стороны пациентки), у 1-й из них в анамнезе имелись роды двойней у одного из новорожденных диагностирован синдром Дауна. У 2-х беременных при первом отрицательном скрининге имел место положительный 2-й скрининг, этим пациенткам предложено картирование, от которого они отказались. При проведении первого ультразвукового скрининга у одной пациентки при отрицательных обеих биохимических показателях, обнаружены положительные УЗС маркеры. Пациентке предложено проведение инвазивного вмешательства с целью диагностики, от которого она отказалась. У одной пациентки при отрицательных биохимических показателях (1 и 2 триместр), обнаружены положительные УЗС маркеры при проведении второго скрининга, пациентке также предложено проведение кордоцентеза от которого она отказалась. При проведении ультразвукового скрининга у беременных из числа обследованных (16), полный УЗС скрининг проведен у 12 пациенток, у 4 пациенток (однократно в 1-й пациентки только в первом триместре, у одной не проводился вообще, и 2-х УЗС проводилось во 2-м триместре). При проведении анализа эффективности пренатальной диагностики выявлено, что даже при неполном выполнении всех требований, диагностическая значимость при обследовании 16 пациенток составляет 62,5%, у 10 пациенток выявлены те или иные признаки риска синдрома Дауна у плода. При этом у 8(50%) имели место положительные биохимические признаки и у 2 ультразвуковые маркеры.

Заключение. Таким образом, на основании вышеизложенного следует, что проведение перинатального скрининга должно выполняться в регламентированные сроки и включать биохимический и ультразвуковой скрининг. Необходимо обращать внимание на любые отклонения от нормы того или иного показателя обеих скринингов с последующим углубленным исследование, включая инвазивные методы диагностики, что позволит снизить частоту не диагностированного антенатально синдрома Дауна.

ИНФОРМАЦИОННАЯ И МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВРАЧЕЙ, НАБЛЮДАЮЩИХ ЖЕНЩИН НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ, КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УСЛУГ

Трофимов В.В., Халецкий И.Г., Чумаков А.С., Линовицкая С.А., Сазанов В.В.,

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития, Россия

Среди факторов, определяющих качество медицинских услуг, приоритетными остаются связанные с характеристиками потребителей и производителей медицинских услуг. Проведено комплексное социально-гигиеническое исследование врачей акушеров-гинекологов, врачей терапевтов, стоматологов, оториноларингологов, наблюдающих беременных женщин на амбулаторном этапе в соответствии с приказом №808н МЗСР РФ (201 чел.), и беременных женщин (300 чел., в том числе инвалидов – 38 чел.) с использованием методов социологического опроса, психологического и информационного тестирования, а также экспертиза 200 случаев оказанных перинатальных услуг по авторской методике с дифференциацией качества по свойствам. Сбор информации об информационной готовности врачей проводился с использованием разработанных в ходе исследования тестов знаний и умений по факторам риска нарушения репродуктивного здоровья, по определению уровня акушерского стационара для родоразрешения данной женщины, по объему профилактических мероприятий в связи с беременностью. Сбор информации о мотивационной готовности врачей проводился с использованием психологических тестов. Сбор информации об информационной готовности к охране собственного здоровья и плода у женщин, в том числе имевших инвалидность, проводился по анкете, в которой также использованы вопросы, характеризующие знание факторов риска, наличия факторов у себя, значения родоразрешения в акушерском стационаре определенного уровня, о необходимом для собственных родов, об объеме необходимых медицинских вмешательств и значении их выполнения во время беременности. Мотивационная активность определялась по авторской методике определения уровня приверженности профилактике. В ходе экспертизы качества оказанных случаев перинатальных услуг выявлены дефекты перинатальной профилактики и дефекты участия врачей и беременных в ее проведении на амбулаторном дородовом этапе, проведена группировка их по свойствам

качества и выявлена приоритетность их снижения. На основании полученных данных доказана факторная обусловленность результативности охраны здоровья женщины и плода уровнем информационной и мотивационной готовности беременных и врачей, наблюдающих их на амбулаторном этапе, разработан и апробирован комплекс медико-организационных мероприятий.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭКОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА НАТУРОПАТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ У БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕД РОДОРАЗРЕШЕНИЕМ

Фадеева Н.И., Яворская С.Д., Ремнёва О.В., Медведева М.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Профилактика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний является актуальной проблемой в акушерской практике, причем после кесарева сечения их частота в 8–10 раз выше, чем после самопроизвольных родов. Фактором риска развития послеродовых осложнений выступают инфекционно-воспалительные заболевания нижнего отдела полового тракта, лечение которых у беременных – непростая задача.

Нами было проведено оригинальное исследование, позволившее оценить эффективность, безопасность и переносимость местного применения натуропатического средства «Малавит» в программе предоперационной подготовки к плановому кесареву сечению по сумме сочетанных показаний 80 пациенток с доношенным сроком гестации. Критериями включения в исследование было наличие клинических и/или лабораторных данных за инфекционно-воспалительный процесс влагалища; информированное согласие беременной на участие в клиническом исследовании и обработку ее персональных данных. Критериями исключения – вульвовагинит специфической этиологии, тяжелая акушерская патология матери и/или плода, аллергия на лекарственные препараты.

Основную группу составили 30 пациенток, получавших санацию влагалища перед родами препаратами «Малавита» (раствор и крем-гель) – 37-компонентного природного продукта даров Алтая, в состав которого входят 12 лекарственных трав. Группа сравнения была представлена 21 беременной, которым проведена санация вагинальными свечами «Клотримазол». Контрольная группа – 29 беременных, не получавшая санацию из-за отсутствия показаний.

Беременные групп сравнения были рандомизированы по возрасту, паритету, наличию соматической и гинекологической патологии. Течение гестационного периода у них одинаково часто осложнялось угрозой прерывания, анемией, гестозами и плацентарной недостаточностью.

Основным показанием к плановому абдоминальному родоразрешению выступал рубец на матке. На момент начала санации пациентки основной группы достоверно чаще (p=0,002 χ^2=8,8) испытывали дискомфорт в области наружных половых органов: 60,0% против 23,8% случаев в группе сравнения). Патологические бели выявлялись у каждой второй беременной основной и каждой четвертой группы сравнения (p=0,03 χ^2=4,5), зуд и жжение во влагалище беспокоили женщин групп сравнения с одинаковой частотой – в 16,0% случаев (p>0,05).

При бактериоскопии влагалищного отделяемого и бактериологическом посеве из цервикального канала частота выявления патогенной и условно-патогенной микрофлоры в группах сравнения была практически идентичной (p>0,05).

По окончании санации ни у одной беременной не обнаружено нитей псевдомицелия, ключевых клеток и роста патологической микрофлоры в мазках и посевах, однако патологические выделения из влагалища сохранялись у 4 (19,0%) пациенток группы сравнения (p=0,04 χ^2=3,85). В ходе клинического испытания препаратов группы «Малавит» у трех пациенток были зафиксированы нежелательные явления в виде отека половых губ, а в одном случае – в сочетании со жжением во влагалище. Лабораторные показатели состояния влагалищного биоценоза после санации «Малавитом» были сопоставимы с наиболее часто используемым в акушерстве химическим противогрибковым препаратом «Клотримазол».

На момент родоразрешения средний риск гнойно-септических осложнений в группах сравнения достоверно не различался. Кровопотеря во время операции в группах сравнения была идентичной. Масса, рост, оценка новорожденного по шкале Апгар, количество переведенных на II этап выхаживания, не имели достоверных различий (p>0,05).

Ведение послеродового периода у всех родильниц проводилось согласно существующим отраслевым стандартам. Осложненное течение раннего пуэрперия наблюдалось только у пациенток группы сравнения и контрольной группы. Субинволюция матки установлена в 23,8% и 13,8% случаев соответственно при отсутствии таковых в основной группе без статистически значимых различий (p>0,05). Инфильтрация рубца на матке диагностирована у пациенток группы сравнения недостоверно (p>0,05) реже (9,5% случаев против 13,8% в контрольной группе), где санацию влагалища вообще не проводили.

Таким образом, проведенное клиническое исследование показало, что препараты группы «Малавит» (раствор и крем гель) имеют 90% эффективность в восстановлении физиологического биоценоза влагалища у беременных с неспецифическими, кандидозными вульвовагинитами и бактериальным вагинозом. Их эффективность в купировании клинических и микробиологических признаков воспаления нижних отделов полового тракта не уступает наиболее распространенному в акушерстве химическому препарату «Клотримазол».

Предложенная методика проведения санации легко выполнима, экономична, в основном хорошо переносится беременными женщинами

(нежелательные явления – 10%), что позволяет рекомендовать их к применению у беременных, имеющих воспалительные заболевания нижнего полового тракта, в том числе и в амбулаторных условиях с целью восстановления вагинальной экофлоры и профилактики послеродовых гнойно-септических заболеваний.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ СВОБОДНОЙ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ДНК ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Федорова Н.И., Тетруашвили Н.К., Карнаухов В.Н., Файзуллин Л.З., Трофимов Д.Ю.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

В настоящее время особую актуальность представляет задача в предельно ранние сроки беременности прогнозировать не только патологию плода, но и гестационные осложнения. Установлено, что свободная эмбриональная ДНК (сэ-ДНК) имеет плацентарное происхождение и поступает в кровь беременной вследствие плацентарного апоптоза. В этой связи, можно предположить, что чем более интенсивны процессы апоптоза в развивающемся трофобласте, тем выше вероятность осложнений беременности, ассоциированных с неудачной имплантацией.

Цель настоящего исследования: установить взаимосвязь повышения уровней сэ-ДНК на ранних сроках беременности с осложненным течением беременности.

Материалы и методы: Обследовано 238 женщин, из них 135 с привычным выкидышем на ранних сроках беременности (основная группа) и 103 с неотягощенным акушерским анамнезом (контрольная группа). Критериями включения в исследование являлись: возраст беременной от 20 до 40 лет, самопроизвольное наступление данной беременности, срок беременности от 5 до 16 недель, отсутствие грубых анатомических аномалий репродуктивных органов, хромосомных перестроек у родителей, тяжелой экстрагенитальной патологии беременной, информированное согласие на проведение исследования. Материалом для исследования служила плазма периферической крови беременных. Первый забор крови осуществлялся при установлении факта беременности в сроке 5–6 недель от первого дня последней менструации. Кровь собирали в пробирки с ЭДТА, центрифугировали при 2500 об/мин в течении 10 минут, плазму отбирали и повторно центрифугировали

при 13 000 об/мин в течении 5 минут, после чего проводилось выделение ДНК. Количественную оценку содержания сэ-ДНК в плазме крови беременной проводили методом количественной ПЦР в реальном времени с использованием праймеров и флуоресцентно меченных зондов (TaqMan), специфичных к генам Y хромосомы: однокопийному гену SRY и многокопийный (15–35 копий) гену DYS-14. Исследование проводили с 2-х недельным интервалом от 5 до 16 недель беременности. В случае отсутствия выявления DYS-14 в двух образцах с двухнедельным интервалом, результат признавался отрицательным, забор крови больше не производился. После рождения детей во всех случаях была оценена точность теста определения пола плода, при этом учитывался фенотипический пол, пол по данным ПЦР определения и в единичных неясных случаях проводилось кариотипирование новорожденного.

Результаты исследования: при определении количественного содержания генов DYS-14 и SRY в крови беременной в сроках 7–8 недель беременности было выявлено, что они достоверно различаются в основной группе женщин с привычным выкидышем и контрольной группе. В основной группе концентрация ДНК DYS-14 была почти в 6 раз выше, чем в контрольной, 1021,0±660,6 копий/мл и 172,4±56,8 копий/мл, соответственно ($p<0,05$).

Аналогичные показатели получены и по данным гена SRY: в основной группе средний показатель в 2,7 раз превосходил уровень SRY в группе контроля и составил 124,4±48,3 по сравнению с 45,3±21,6 копий/мл ($p<0,05$). Проведен корреляционный анализ значений сэ-ДНК генов DYS-14 и SRY в основной и контрольной группах. Установлена сильная прямая корреляционная связь между показателями DYS-14 и SRY, коэффициент корреляции составил 0,66 ($p<0,05$) в основной группе, в контрольной группе $r=0,73$ ($p<0,05$). При динамическом исследовании выявлена тенденция к линейному росту сэ-ДНК в динамике первого и второго триместров беременности как у женщин с неосложненным анамнезом, так и у пациенток с привычным выкидышем.

Вывод: Достоверные различия в уровнях сэ-ДНК между женщинами с привычным выкидышем по сравнению с пациентками с неосложненным акушерским анамнезом могут свидетельствовать об апоптотических процессах в трофобласте/плаценте женщин с акушерской патологией. Определение высоких значений сэ-ДНК на ранних сроках беременности может служить неблагоприятным прогностическим маркером реализации акушерских осложнений.

РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ

Фролова О.Г., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К., Чаусов А.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

Цель исследования: показать роль амбулаторного этапа оказания медицинской помощи в профилактике и снижении материнской смертности от преэклампсии и эклампсии.

Материалы и методы исследования: Карты донесения о случае материнской смерти (36 случаев материнской смерти от преэклампсии и эклампсии в 2010 г.); методы статистический, аналитический.

Среди причин материнской смертности в 2010 г. преэклампсия и эклампсия занимали третье место составляя 10,84% (2,01 на 100000 родившихся живыми в 2009 г. – 2,21%). По Федеральным округам (ФО) значимость данной причины различна: В Южном ФО не зарегистрировано не одного случая смерти от данной причины, в Уральском ФО умерших женщин от преэклампсии и эклампсии зарегестрированно в два раза меньше, чем по РФ в целом (1,2 на 100000 живорожденных). В ЦФО смертность от преэклампсии и эклампсии составили 2,4 на 100000 живорожденных. В субъктах РФ при разных уровнях показателя МС значимость преэклампсии и эклампсии меняется. При уровне МС до 8 на 100000 живорожденных на долю этой причины в 2010 г. приходилось 18,75% случаев; при уровне 8,2 – 16,0 на 100000 живорожденных – 24,2%; при уровне 16,1 – 28,0 на 100000 живорожденных – 30,1%. Из 36 женщин умерших от преэклампсии и эклампсии 7 умерли после прерывания беременности до 28 недель, одна во время беременности при сроке 38–39 недель и 28 в послеродовом периоде. Среди умерших эклампсия явилась причиной смерти у 36,1% женщин. Родоразрешение путем кесарева сечения проведена у 75,0%, гистеэктомия проведена у 33,3% умерших женщин.

Все женщины умерли в стационаре, в том числе в ЛПУ I уровня – 6 женщин, II уровня – 8 и III уровня 22 женщины.

Представляют интерес данные экспертных заключений о причинах предотвратимых, непредотвратимых и условно предотвратимых случаях материнской смерти. Экспертное решение принималось на основе изучения качества медицинской помощи на всех этапах, включая медицинскую активность и приверженность лечению со стороны самой пациентки. В данной группе предотвратимыми признаны 9 случаев смерти (25,0%), условно предотвратимыми – 23 (63,9%), непредотвратимыми – 4 (11,1%)

Подавляющее большинство смертельных случаев, связанных с развитием преэклампсии и эклампсии, были отнесены в категорию условно предотвра-

тимых (63,3%) и предотвратимых (30,0%) за счет своевременной госпитализации пациентки, более ранней диагностики и своевременного начала адекватного лечения.

При анализе причин материнской смерти всегда большое внимание уделяется ошибкам в лечебном процессе. В меньшей степени рассматриваются объективные обстоятельства, приводящие к неблагоприятному исходу. Расследование причин материнской смерти международными экспертами проводится с позиции изучения ошибок, допущенных на этапе подготовки женщины к беременности, организации и качества медицинской помощи, а также медицинской активности женщины и членов ее семьи.

По данным 2010 г. на амбулаторном уровне дефекты оказания медицинской помощи выявлены у 76,4% всех умерших женщин, причем в зависимости от уровня показателя МС их удельный вес существенно колебался.

Основными ошибками на амбулаторном уровне умерших женщин от преэклампсии и эклампсии были: недостатки в диагностике и запоздалая диагностика осложнений беременности, недостатки в консультациях смежных специалистов, отсутствие или запоздалая госпитализация, неадекватная терапия.

Таким образом, проведенный анализ показал, что существенную роль в профилактике и снижении материнских потерь от преэклампсии и эклампсии играет доступность и качество амбулаторной помощи.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ

Харитонова Е.А., Хрипунова Г.И., Шляхова И.Ю., Шипилова Л.М., Грибова С.Н., Дубровская М.В.

Саратовский Государственный медицинский университет, Россия

В настоящее время патология околоплодной среды является актуальной темой, так как маловодие и многоводие могут быть проявлениями аномалий развития плода или другой патологии, приводящей к неблагоприятному исходу беременности. Известно, что у беременных с патологией околоплодной среды выше частота акушерских осложнений, а также перинатальной заболеваемости.

Целью исследования явилось изучение исхода беременности и родов для новорожденного при патологии околоплодной среды.

Материалы и методы исследования. Основную группу наблюдения составили 48 беременных с различной патологией околоплодной среды (как маловодием, так и многоводием), в контрольную группу вошло 23 пациентки без данной патологии. Средний возраст беременных обеих групп составил 25 лет.

Кроме общеклинического обследования использовались такие методы, как ультразвуковая фето- и плацентометрия, допплерометрическое исследование кровотока в сосудах маточно-плацентарного и плодово-плацентарного русла в динамике, морфологическое исследование плаценты, оценка состояния новорожденных по шкале Апгар.

Результаты исследования. Основную группу составили 27 (56%) первородящих и 21 (44%) повторнородящих женщин, группу контроля – 10 (44%) и 13 (56%) соответственно. Течение настоящей беременности у пациенток с патологией околоплодной среды чаще всего осложнялось возникновением гестоза, неправильным положением плода, угрозой преждевременных родов. Частота гестоза в основной группе составила 51%, что почти в 3 раза больше, чем в группе контроля. При этом беременные с многоводием страдали гестозом в 1,5 раза чаще, чем женщины, чья беременность осложнилась маловодием. В 28% случаях у пациенток с патологией околоплодной среды отмечалась угроза преждевременных родов, у 30,5% – наблюдалось тазовое предлежание плода. В контрольной группе наблюдения угроза преждевременных родов диагностирована у 15% беременных, что почти в 2 раза реже, чем в основной группе, а тазовое предлежание не отмечалось вовсе.

По данным допплерометрического исследования снижение фетоплацентарного кровотока отмечалось у 8% женщин основной группы, при этом у 20% одновременно был снижен и маточно-плацентарный кровоток. У 6 (12,5%) беременных с патологией околоплодной среды наблюдалось транзиторное снижение кровотока в средней мозговой артерии плода, причем у женщин, страдающих маловодием, это осложнение встречалось в 15 раз чаще, чем у беременных с многоводием. По данным ультразвуковой фетометрии у 60% пациенток основной группы была диагностирована задержка внутриутробного развития плода.

Роды через естественные родовые пути произошли у 20 (47%) женщин с патологией околоплодной среды. Таким образом, практически у каждой второй беременной с данной патологией родоразрешение было произведено путем операции кесарево сечение, причем в 90% – по показаниям со стороны плода.

Частота рождения маловесных детей у женщин основной группы составила 59%, у 33% исследуемых с данной патологией родились дети с массой тела 3900 г и более. Каждый второй ребенок пациенток с патологией околоплодной среды родился в асфиксии различной степени тяжести, что в 3 раза больше, чем в группе контроля. При этом асфиксия чаще наблюдалась у детей, родившихся у женщин, страдающих во время беременности маловодием. В 30% случаев в основной группе оценка состояния новорожденных по шкале Апгар составила 6–7 баллов. Состояние 5 (10%) детей при рождении оценено как тяжелое (2–4 балла по шкале Апгар), причем их развитие протекало с нарушением адаптации к внеутробной жизни. Трое из детей этой группы родились у женщин, беременность которых осложнилась маловодием, 2 – многоводием. В группе контроля во всех случаях состояние новорожденных рас-

ценено как удовлетворительное (7–9 баллов по шкале Апгар). Расстройства дыхания у детей, рожденных женщинами с патологией околоплодной среды., наблюдались в 5 раз чаще, а неврологические нарушения – в 3 раза чаще, чем в группе контроля. В период новорожденности у таких детей отмечалась большая физиологическая убыль массы тела (более 10–15%), замедленное восстановление первоначальной массы.

Заключение. В настоящее время патология околоплодной среды является одной из важнейших причин, приводящей к неблагоприятным исходам для матери и для плода. Исходом беременности, осложненной как маловодием, так и многоводием, является врожденная гипотрофия, а также хроническая гипоксия плода, что приводит к возникновению функциональных нарушений со стороны центральной нервной системы новорожденного. Развитие таких детей в раннем неонатальном периоде протекает с нарушением адаптации к внеутробной жизни, а также с психоневрологическими нарушениями, обусловленными нарушением мозгового кровообращения плода, что, в свою очередь, требует разработки новых подходов к диагностике, патогенетической терапии и профилактике патологии околоплодной среды.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВУИ

Шеманаева Т.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России

Плацентарная недостаточность (ПН) занимает ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. В подавляющем большинстве случаев при внутриутробной инфекции (ВУИ) определяется ПН.

Цель исследования: оценить возможности и значение эхографии, иммуноферментного анализа (CD 25+, CD 71+) и морфологического исследования плаценты для диагностики ПН при ВУИ.

Материалы и методы: Проведен анализ 45 случаев выявленной ПН, в сочетании с различными ультразвуковыми маркерами ВУИ инфекции (кальцификаты в паренхиматозных органах, инфекционные кардиопатии, неиммунная водянка, нейроинфекция и другие) – основная группа. Контролем послужили 50 женщин с нормально протекающей беременностью (группа контроля). Возраст в обеих группах беременных варьировал от 20 до 40 лет (в среднем 25,6 года). Выявление ПН осуществлялось при сроках беременности 17–41 неделя. С помощью ультразвуковой мультиплоскостной экспертной эхографии выявлялись маркеры ВУИ. Допплерометрия применялась для диагностики ПН. Иммуноферментным анализом определялась концентрация

в сыворотке крови CD 25+, CD 71+. Проводилось морфологическое исследование плаценты после родов.

Результаты и их обсуждение: выполненное исследование продемонстрировало высокую информативность эхографии для выявления маркеров ВУИ у плода. Допплерометрическое исследование оказалось особенно эффективным для выявления наличия или отсутствия ПН. У женщин основной группы наблюдалось повышение количества CD 25+ ($p<0,001$) и CD 71+ ($p<0,001$), которое в сочетании с послеродовым морфологическим исследованием плаценты позволили выявить ретроспективную корреляцию между результатами использованных диагностических методов и тяжестью состояния родившегося ребенка.

Выводы: представляется эффективным использования эхографии, допплерометрии, иммуноферментного анализа для диагностики и оценки тяжести ВУИ и плацентарной недостаточности.

ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Эльжорукаева Ж.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии», Россия.

Согласно обобщенным данным литературы, 15–20% клинически диагностированных беременностей заканчиваются спонтанным прерыванием, при этом на долю I триместра приходится до 75–80% (Hill J.A., Choi B.C., 2000). К новому направлению в поиске решения проблем этиологии и патогенеза невынашивания беременности относится иммунология, исследования в области которой, в последние годы дали новые результаты в понимании причин невынашивания беременности (Радзинский В.Е. и соавт., 2009).

В настоящее время доминирует точка зрения, что успешное завершение гестационного процесса во многом определяется характером течения малых сроков беременности, или «ранней беременности». Успех имплантации зависит от синхронизации клеточно-гуморальных взаимодействий между рецепторным эндометрием, бластоцистой и желтым телом. Этот гормонзависимый процесс трансформации и увеличения количества специализированных лимфоцитов (естественных киллеров) сопровождается продукцией иммунных цитокинов (Croy A., Chantakru S., Esadeg S. et al. 2002). Цитокиновая сеть представлена множеством протеинов. В отдельную группу выделены факторы роста. По данным Сухих Г.Т. (2003), ведущая роль в формировании неоангиогенеза при физиологическом течении беременности отводится трансформирующему и эпидермальному факторам роста. Значимость факторов роста в процессе нормальной беременности неоспорима, однако сложная цепь реакций, ведущая к прерыванию беременности, не ясна и подлежит дальнейшему изучению.

Цель исследования: определение роли трансформирующего и эпидермального факторов роста при физиологическом течении и при неразвивающейся беременности в I триместре. Были исследованы 100 пациенток, ретроспективно разделенных на 2 группы. Во 1 группу вошли 50 пациенток с неразвивающейся беременностью в I триместре. 2 группу составили 50 женщин с физиологическим течением беременности в I триместре. В 1 группе средний возраст пациенток составил 25±3 года, во 2-группе 26±4 года, В группе пациенток с физиологическим течением беременности 79,8% женщин были первобеременными, 20,2% – повторнобеременные. В I группе первобеременные составили 75,3%, а повторнобеременные – 24,7%. Удельный вес перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин первой группы был в 1,7 выше, чем в контрольной группе беременных. Для чистоты эксперимента из исследования были исключены женщины с эндокринной патологией, нарушениями в системе гемостаза, дисфункцией коры надпочечников. Следует отметить, что по клиническим данным группы были репрезентативны. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом.

Материалом исследования служила сыворотка крови женщин, взятая натощак в сроке гестации 6 недель. Неразвивающаяся беременность диагностирована при ультразвуковом исследовании. Методом иммуноферментного анализа определяли содержание эпидермального и трансформирующего факторор роста в сыворотке крови.

Полученные результаты исследования показали, что в группе с физиологическим течением беременности, уровень эпидермального фактора и трансформирующего фактора роста в 1,3 и 1,4 раза превышали аналогичный результат, полученный в группе с неразвивающейся беременностью. Полученный результат коррелировал с удельным весом воспалительных заболеваний органов малого таза в исследуемых группах, что возможно привело к поражению эндометрия. На основании проведенных исследований, сделан вывод, что у пациенток с неразвивающейся беременностью имеет место снижение активности факторов роста – регуляторов эмбриогенеза в эндометрии.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Эльжорукаева Ж.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии», Россия

Одним из возможных механизмов прерывания беременности в I триместре может быть формирование неполноценного плодного яйца, которое не вырабатывает достаточное количество мессенджеров для стимуляции нормальной

гормональной продукции желтого тела беременности (L. Rodger et.al., 1998). Под влиянием прогестерона происходит выработка цитокинов, участвующих в формировании окна имплантации при беременности (B. Polgar et.al., 2003). Система «плод-плацента» совместно с материнским организмом представляет собой единую функциональную гормональную систему, являясь предшественником кортизола, 17-гидроксипрогестерона плодового происхождения (Салова И.А., 1998). В последние годы в мировой литературе, неуклонно растет интерес к роли мелатонина при физиологическом и осложненном течении беременности. Так, по данным Okatani Y. И соавт., (2001), что увеличение концентрации мелатонина в сыворотке крови, коррелирует с тяжестью плацентарной недостаточности (Okatani Y. et al., 2001). Предполагают, что благодаря повышенному содержанию мелатонина в плаценте создаются условия для поддержания ее функции и сохранения жизнеспособности внутриутробного плода (Третьякова М.Б., 2006). Изучение взаимосвязи прогестерона и мелатонина при беременности, определение «важного» гормона и послужило посылом для проведения данного исследования.

Цель исследования: изучение роли прогестерона и мелатонина при физиологическом течении беременности. Были исследованы 150 пациенток в сроке 8–9 недель беременности. По данным проспективного анализа, пациентки были разделенны на 2 группы. Во 1 группу вошли 70 пациенток с угрозой прерывания беременности в I триместре. 2 группу составили 80 женщин с физиологическим течением беременности в I триместре. В 1 группе средний возраст пациенток составил 25±3 года, во 2 группе 26±4 года, По возрасту, паритету родов, клиническим характеристикам группы были сопоставимы. Критериями включения пациенток в клинические группы были срок гестации, параметры ультразвукового исследования. По данным ультразвукового исследования, в 1 группе пациенток отслойка хориона отмечалась в 83% случаев, в 100% имели место в клинике кровянистые выделения из половых путей. Из исследования были исключены женщины с эндокринопатиями и экстрагенитальной патологией. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Согласие на исследование было получено у всех пациенток.

Материалом исследования служила сыворотка крови женщин. Содержание прогестерона и мелатонина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Результаты исследования показали, что в контрольной группе пациенток уровень прогестерона достоверно не отличался от результата в группе с угрозой прерывания беременности. Иная картина отслеживалась при изучении содержания в сыворотке крови мелатонина. Уровень мелатонина во 2 группе превышал данные полученные в 1 группе в 1,2 раза.

Полученные нами результаты исследования, о доминирующей роли прогестерона в сохранении беременности не противоречит научным данным, а лишь подтверждает гипотезу, о том, что на физиологическое течение беременности оказывает влияние не только абсолютные значения прогестерона, но и его метаболизм. Таким образом, система «плод-плацента» является уникальной и метаболизм гормонов в этой системе требует дальнейшего изучения и обсуждения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОГО И ЛЕЧЕБНОГО ТОКОЛИЗА

Яковлева О.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Росздрава,, Россия

В настоящее время практическим врачам приходится работать в условиях «ножниц» между действующими приказами МЗ и СР, национальным руководством по акушерству, протоколами по ведению преждевременных родов и знанием доказательной базы международных рандомизированных исследований.

Цель работы – исследование эффективности профилактического и лечебного токолиза нифедипина и гинипрала при самопроизвольно начавшихся преждевременных родах во втором триместре беременности в зависимости от социально-демографических характеристик и позиций в отношении применения лекарственных средств, а так же оценка побочных эффектов лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование и оценка использования токолиза нифедипина и гинипрала при начинающихся преждевременных родах в 22–27 недель, наличие и степень выраженности побочных эффектов лекарственной терапии среди 750 беременных женщин во втором триместре гестации. Токолиз нифедипином проводился у 350 пациенток (первая группа) до 40 мг\сутки. Лечение гинипралом получили 400 женщин (вторая группа) до 1520 мкг\сутки. Токолиз проводился монопрепаратом. Оценка эффективности токолиза проводилась клиническим путем и с использованием токограммы через 1, 24, 48 и 72 часа от начала лечения. Группы пациенток были сопоставимы по возрасту, паритету, акушерско-гинекологическому анамнезу, экстрагенитальной патологии. Возраст беременных составил в первой группе 26,1±3,2 года, во второй группе 25,4±2,6 лет. Первородящие в первой группе составили 86,3%, а во второй группе – 86,5%.

Результаты исследования и их обсуждение. Назначение превентивного токолиза в «критические сроки беременности» продекларировали большинство участниц опроса (98,4%). Одновременно для профилактики осложненного течения беременности женщинам назначалось 4 препарата – 38,7%, 5 препаратов – 17,6%, 6 препаратов и более – 15%. Более половины пользователей (54,2%) при профилактическом лечении, используя по четыре и более средства, отмечали побочные реакции. Типичный профиль женщин, которым назначалось с целью профилактики одновременно 5 и более препаратов, представлен домохозяйками, курящими, с умеренным семейным доходом, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и неустойчивой нервной системой. При оценке эффективности проводимой токолитической терапии установлено, что прием нифедипина возможен сублингвально еще вне отделения стационара при исключении гипотонии у женщины. Более раннее назначение препарата еще с приемного отделения позволило иметь более выраженный клинический и токографический эффект токолиза

в течение первого часа от госпитализации по сравнению со второй группой наблюдения ($p<0,01$). Однако в последствие клинические и токографические показатели эффективности токолиза через указанные ранее промежутки наблюдения выравнивались ($p>0,05$). Побочные реакции применения лекарственного средства в первой группе имели 19,1% беременных. Из них незначительное изменение пульса и снижение артериального давления, не влияющие на самочувствие у 97%. И лишь у 2 беременных (3% от числа женщин с регистрируемыми побочными реакциями и 0,6% от числа пациенток получивших препарат) назначение отменено ввиду выраженности гипотонии. У 0,9% токолиз нифедипином был заменен в первые сутки ввиду его не эффективности. Во второй группе побочные эффекты выявлены у 29,3% женщин. Выраженность адреномиметических клинических проявлений гинипрала, потребовшая дополнительного назначения препаратов составила 76%. У 0,75% токолиз был не эффективен.

Выводы. Полученные результаты подтверждают необходимость тщательного исследования назначения лекарственных средств беременным женщинам с целью профилактики осложненного течения беременности. Возникновение клиники начавшихся преждевременных родов на фоне «профилактического токолиза», свидетельствует о необходимости пересмотра ведения группы риска по невынашиванию в условиях женской консультации, не эффективности третичной профилактики преждевременных родов. Полипрагмазия в «критические сроки беременности» не только не дает предполагаемого эффекта, но и зачастую осложняется большим количеством побочных эффектов. Назначение токолитиков может и должно осуществляться только при верифицированных начинающихся преждевременных родах. Нифедипин более удобен в условиях оказания быстрой помощи (женская консультация, скорая помощь, приемное отделение родильного дома), не требует освоения внутривенного доступа. Его прием сопровождается меньшим количеством побочных реакций. Вышеуказанное определяет нифедипин препаратом выбора при необходимости проведения токолиза после 16 недель беременности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

Яковлева О.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Росздрава, Россия

В настоящее время более широкое распространение приобретает использование средств комплементарной и альтернативной медицины, к которым относится применение растительных продуктов. Распространенность

использования фитотерапии и корригирующего питания продуктами растениеводства у беременных и лактирующих женщин достигает до 96% (Westfall R. E., 2003). При этом на одну женщину может приходиться более 10 наименований трав (Holst L., 2009).

Цель работы – исследование использования растительных средств и растительных продуктов беременными.

Материалы и методы исследования. Проведен анкетированный опрос среди 350 женщин в послеродовом периоде. Анкеты разрабатывались и планировались согласно общепринятой методологии и включали 20 пунктов. В ответах представлены три раздела: демографический и социальный, использование фитотерапии в каждом триместре беременности и в послеродовом периоде, источник информации пациента. Все женщины ранее использовали растительные средства или продукты в течение своей жизни до наступления беременности с целью лечения. Возраст пациенток составил 29,7±2,8 лет, из них первородящие составили 51,7%.

Результаты исследования и их обсуждение. В первом триместре беременности с целью лечения применяли фитотерапию 4,5% пациенток. Основными показаниями для назначения лечения лекарственными травами послужили острые респираторные заболевания и необходимость седатации. Информацию о возможности и безопасности применения данных трав женщины получали от акушера-гинеколога и терапевта. Во втором триместре беременности применяли растительные средства 81,7% женщин. Чаще беременные использовали растительные средства при заболеваниях дыхательной системы, расстройствах сна и инфекции мочевого тракта. Основным источником информации о траволечении были участковые акушеры-гинекологи. Наиболее популярными были ромашка, валериана, пустырник, зеленый чай, клюква, брусника, овес и чеснок. В третьем триместре беременности и после родов все беременные применяли фитотерапию. Основным показанием к применению фитотерапии в послеродовом периоде явилась гипогалактия. В то же время 36% женщин сообщили об использовании, по крайней мере, более пяти растительных средства во время данной беременности. Более половины пользователей (74,8%) одновременно применяли обычные медикаменты во время траволечения. Чаще всего это были антибактериальные препараты, уросептики, холеретики, гипотензивные средства. Типичный профиль женщин, использующих более четырех растительных средств, представлен домохозяйками, с семейным доходом 4–5 тысяч рублей на члена семьи, хроническими заболеваниями (хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь) и сопутствующей фармакотерапией. Основным источником информации о растительных средствах для большинства пациенток был акушер-гинеколог, в то время как вне беременности – врач-терапевт, друзья и члены семьи.

Выводы. Полученные результаты подтверждают необходимость тщательного исследования потребления растительных продуктов беременными женщинами с целью их безопасного использования. Широкое распространение фитотерапии, положительное отношение к этому виду лечения как

акушерами-гинекологами, так и беременными, а так же лактирующими женщинами, использование средств с неизвестной оценкой по классификации безопасности препарата по отношению к плоду и новорожденному, применение растительных средств с недоказанной эффективностью действия, все это вызывает тревогу. Здесь на первый план выходит проблема взаимодействия лекарственных средств и растительных препаратов, мониторинг репродуктивной безопасности с целью управления и снижения риска необоснованной фармакотерапии в акушерской практике.

РАЗДЕЛ №2

Гинекология

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ЦЕРВИЦИТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Тагиева А.В.

ФГБУ «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

В последние годы значительно возрос интерес практических врачей к вопросу влияния заболеваний, передающихся половым путем, на состояние шейки матки и влагалища. До настоящего времени урогенитальный хламидиоз (УХ) остается одним из распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Наиболее частым проявлением УХ у женщин является цервицит, обусловленный тропизмом Chlamydia trachomatis к цилиндрическому эпителию. Лечение УХ должно быть комплексным, этиотропным, включать коррекцию сопутствующей урогенитальной инфекции, нарушений иммунной системы.

Цель исследования явилась оценка эффективности применения препарата Лавомакс в комплексной терапии цервицитов, обусловленных хламидийной инфекцией.

Материал и методы. В исследование были включены 30 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 26,2±1,2 года) с клиническими проявлениями и подтвержденным диагнозом урогенитального хламидиоза по данным клинико-лабораторных методов исследования.

Все пациентки были обследованы с применением клинических (анализ анамнестических данных, жалоб пациентки), гинекологических (осмотр вульвы, слизистых влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное гинекологическое исследование, расширенная кольпоскопия) и лабораторных (ПЦР, ИФА) методов исследования.

83,3% пациенток предъявляли жалобы на обильные выделения из влагалища; тянущие боли внизу живота отмечались у 36,7% пациенток; зуд во влагалище и в области наружных половых органов отмечали 13,3% паци-

енток; жжение в области наружных половых органов отмечалось у 26,7%; 16,7% пациенток не предъявляли жалоб при обращении. При гинекологическом осмотре у всех пациенток отмечались гиперемия слизистой оболочки влагалища, шейки матки и вульвы той или иной степени выраженности. При лабораторном исследовании у 100% пациенток методом ПЦР была выявлена хламидийная инфекция. При расширенной кольпоскопии у всех пациенток были выявлены отек и гиперемия слизистой шейки матки, расширенные субэпителиальные сосуды. При окраске раствором Люголя отмечались признаки цервицита. При микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого у пациенток зарегистрирована III–IV степень чистоты влагалища.

Пациентки перед назначением терапии были разделены на две группы. В I группу включены 15 пациенток, которые принимали препарат «Лавомакс» таблетки по 0,125 г. в составе комплексной терапии: первые двое суток по 125 мг, затем по 125 мг через 48 ч. Курсовая доза 1,25 г. Во II группу включены 15 пациенток, которые для лечения УХ получали стандартную антибактериальную терапию.

До начала исследования в обеих группах среднее значение уровня специфических Ig G и Ig A были практически одинаковыми и составляли, соответственно, 1,76±0,15 и 0,48±0,1 оп.ед. в I группе и 1,39±0,13 и 0,59±0,12 оп.ед. во II группе. Также близкими по значению были у них уровни ИНФ α и ИНФ γ – соответственно, 20,6±0,4 и 3,1±0,9 в I группе и 20,7±0,5 и 3,2±0,7 во II группе. Эти данные говорят о равнозначности двух исследуемых групп по характеру течения хламидийной инфекции.

При оценке эффективности терапии клинические симптомы, которые отмечались до начала терапии и явления цервицита при расширенной кольпоскопии отсутствовали у 93,3% пациенток I группы и 80% пациенток II группы. У 6,7% пациенток I группы и 20% пациенток II группы отмечались незначительные клинические симптомы заболевания. (слабо выраженный цервицит). Отсутствие эффекта от проведенной терапии не отмечено ни у одной пациентки обеих групп. При двукратном контрольном исследовании соскоба из цервикального канала методом ПЦР у пациенток обеих групп хламидийная инфекция не обнаружена. При микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого у всех пациенток отмечена I–II степень чистоты влагалища. После завершения лечения уровень специфических Ig G в среднем по группам изменился незначительно. Содержание Ig A в крови у всех пациентов обеих групп снизилось до уровня отрицательного контроля. При контрольном исследовании после лечения у пациенток II группы уровень ИФН α и ИФН γ существенно не изменялся. В то же время у пациенток I группы отмечено увеличение уровня ИФН α почти в полтора раза (среднее значение до лечения – 20,6±0,4, после лечения – 29,2±1,6). Уровень ИФН γ у пациенток I группы, в среднем повысился почти в 3 раза – до лечения среднее значение в группе было 3,1±0,9, после лечения 8,1±0,9.

Таким образом, проведенное клинико-лабораторное исследование показало, что применение препарата Лавомакс в составе комплексной терапии

цервицитов, обусловленных хламидийной инфекцией, приводит к выраженному положительному клиническому эффекту и способствует более быстрому исчезновению клинических симптомов урогенитального хламидиоза, нежели стандартная терапия антибактериальными препаратами.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВАГИНАЛЬНОГО ШТАММА 2029 LACTOBACCILLUS CRISPATUS

В.М. Абрамов[1], В.С. Хлебников[1], Н.Е. Сузина[3], Г.Р. Байрамова[2], И.В. Косарев[1], В.К. Сакулин[1], Н.Л. Куликова[1], Р.Н. Василенко[1], В.Г. Мельников[4], В.Н. Прилепская[2], Г.Т. Сухих[2]

1 – ОАО «Институт инженерной иммунологии», Любучаны, Московская область.
2 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова», Москва, Россия
3 – Институт биохимии и физиологии микроорганизмов им. Г.К. Скрябина РАН, Пущино, Россия
4 – Международный научно-технический центр, Москва, Россия

Вид Lactobacillus crispatus является одним из превалирующих вагинальных лактобацилл, обнаруживаемых у здоровых женщин репродуктивного возраста в России. Особенностью этого вида лактобацилл является их способность продуцировать H_2O_2. Согласно данным литературы женщины, у которых в вагинальном микробиоценозе обитают лактобациллы, продуцирующие перекись водорода менее подвержены инфицированию вирусом иммунодефицита (HIV) и более резистентны к гонококку. У таких женщин реже наблюдается развитие бактериального вагиноза. В результате проведенных нами сравнительных исследований видового спектра лактобацилл, выделенных у 398 здоровых женщин репродуктивного возраста было генетически идентифицировано 179 штаммов L. crispatus.

Цель данной работы – поиск наиболее оптимального штамма L. crispatus в качестве одного из компонентов нового пробиотического препарата для лечения урогенитальных инфекций у женщин репродуктивного возраста.

На первом этапе исследований был проведен отбор штаммов по их способности продуцировать H_2O_2. Согласно проведенному анализу у 145 штаммов продукция H_2O_2 была в пределах 3–30 мг/литр, у 30 штаммов – на уровне 30–100 мг/литр и у 4 штаммов – более 100 мг/литр. Только один штамм 2029 L. crispatus из четырех суперпродуцентов соответствовал всем

технологическим требованиям при культивировании и производстве биомассы. У этого штамма в дальнейшем были изучены более подробно его пробиотические свойства.

Адгезия лактобацилл к вагинальному эпителию служит важным показателем их участия в формировании колонизационной резистентности. Штамм 2029 эффективно прикреплялся к монослою клеток Hela. Природа этой адгезии была выяснена с помощью электронной микроскопии. На поверхности клеток штамма 2029 обнаружен выраженный S-слой. Известно, S-слой у ряда бактерий может служить акцептором для коллагена типа IV, входящего в состав поверхностного матрикса интестинальных и вагинальных эпителиальных клеток. Методом радиолигандного анализа нами впервые изучены параметры специфического взаимодействия ^{125}I-меченого человеческого коллагена типа IV с живыми клетками штамма 2029 L. crispatus. Специфичность высокоаффинного взаимодействия ^{125}I-коллагена типа IV с S-слоем, расположенным на поверхности клеток штамма 2029 L. crispatus характеризуется константой диссоциации Kd=(1,6±0,1)x 10^{-10}M. Штамм 2029 эффективно ингибирует рост тест-культур E-coli AECC-25922 и S. aureus FDA 209P.

Таким образом, проведенные исследования позволили выбрать наиболее оптимальный штамм L. crispatus в качестве одного из компонентов нового пробиотического препарата для лечения урогенитальных инфекций у женщин репродуктивного возраста.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОСТМЕНОПАУЗОЙ

Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Эседова А.Э.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Высокая частота климактерических расстройств отражается на качестве жизни современных женщин, треть которой приходиться на наиболее социально значимый постменопаузальный период.

Материалы и методы. С целью исследования частоты полиморфных аллелей генов ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1 4G/5G) и 5,10-метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР С 677Т) при сердечно-сосудистых заболеваниях и генов альфа 1 – цепи коллагена I типа (COLIA1 S/s) и рецептора витамина Д (VDR B/в) при остеопорозе, обследованы женщины в возрасте 52–69 лет. Обследовано 89 женщин, из которых 37 страдали гипертонией, 32 имели в анамнезе ИБС и ИМ (инфаркт миокарда) и 20 условно здоровых женщин (контроль). Кроме того, 103 женщины были с постменопаузальным остеопорозом и 71 – без остеопороза.

Для определения ассоциации полиморфных маркеров генов, кодирующих ферменты антиокислительной защиты – каталазы, генов кодирующих митохондриальную (SOD2) и внеклеточную (SOD3) супероксиддисмутазы и конечного продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) малонового диальдегида (МДА – с исследуемыми генами) у женщин с климактерическим синдромом (КС), нами обследованы 80 женщин с ранними и средневременными симптомами КС.

Исследование генетического полиморфизма проводилось методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР) с фланкирующими праймерами. Малоновый диальдегид определяли в плазме крови по методу Jshihara в модификации М.С.Гончаренко и М.А.Латипова.

Результаты. При этом выявлено, что у женщин, как с ИМ в анамнезе, так и с артериальной гипертонией значительно чаще, чем в контроле обнаруживались генотипы, содержащие 4G аллель в гомо- или гетерозиготной форме (4G/4G или 4G/5G) гена PAI-1. Так, у женщин с ИБС частота 4G аллели составила 57,8%, у женщин с гипертонической болезнью – 63,5%, у женщин с варикозной болезнью – 59,6%. Статистически достоверны были различия и по частоте гомозиготного носительства аллеля Т гена метилентетрагидрофолатредуктазы.

У женщин с постменопаузальным остеопорозом (ОП) частота «дефектного» аллеля s гена COLIA1 была достоверно выше (26,2%), чем в контроле (15,5%). В основной группе почти в 3 раза больше было носительниц полиморфного аллеля в гомозиготной форме (ss), по сравнению с женщинами контрольной группы. При исследовании полиморфизма гена рецептора витамина Д была выявлена достоверно более высокая частота аллеля В у женщин с ОП – 52%, по сравнению с контрольной группой (39,5%).

При сравнении распределения аллелей и генотипов полиморфного маркера С1167Т гена каталазы (CAT – один из основных ферментов антиокислительной защиты) в группах с КС+ и КС– обнаружено достоверное увеличение частоты аллеля Т и генотипа ТТ у больных с КС+ (OR=8,32), в сравнении с контрольной группой. Напротив, у носителей аллеля С риск развития данного заболевания понижен (OR=0,51).

Сравнение аллелей и генотипов полиморфного маркера Ala(-9)Val гена SOD2 (SOD – играет ключевую роль в инактивации супероксидных радикалов) в группах больных с КС+ и контроля показало достоверное снижение частоты аллеля Ala (OR=0,62) и генотипа Ala/Ala (OR=0,93), что коррелирует со сниженным риском развития КС. Выявлено достоверное увеличение частоты аллеля Val (OR=1,97) и генотипа Val/Val (OR=1,1) в группе с КС. Следовательно, можно сделать вывод об ассоциации полиморфного маркера Ala(-9)Val гена SOD2 с развитием КС.

Изучение распределения аллелей и полиморфного маркера Arg213Gly гена SOD3 достоверных различий в частоте носительства к предрасполагающей или уменьшающей риск развития КС не обнаружено, что свидетельствует о не вовлеченности гена SOD3 в развитие КС.

Оценивая интенсивность ПОЛ и распределение диапазона концентраций МДА в группах с разными генотипами по полиморфизму CAT, SOD2 и SOD3,

средние концентрации МДА были повышены и достоверно различались между генотипами.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что одним из основных факторов риска возникновения КС является окислительный стресс, развивающийся вследствие неферментативного гликилирования. Носители аллелей генов SOD2 и CAT лучше защищены от прогнозируемого развития КС. Причинами развития сердечно-сосудистых заболеваний, тромбофилических состояний и постменопаузального остеопороза, наряду с дефицитом эстрогенов, могут быть генетические нарушения. Это свидетельствует о необходимости учитывать эти данные для выработки стратегии обследования и лечения заболеваний, связанных с постменопаузой.

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Айвазова Д.С., Пальчик Е.А., Дуянова О.П.

Орловский Государственный Университет, Медицинский институт, Орел, Россия.

Согласно современным представлениям об этиологии предраковых и раковых заболеваний вульвы и влагалища – ведущая роль в ней принадлежит вирусам, таким как вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейн-Барр. Длительная персистенция вируса в организме приводит к развитию иммунодефицитных состояний. Дистрофические изменения вульвы и влагалища ассоциированы с перименопаузальным и постменопаузальном периодами, когда происходят качественные сдвиги в гуморальном и клеточном иммунитете. В результате этих процессов образуется порочный круг, влияющий на состояние иммунной системы – это инволютивно-атрофические изменения и вирусная персистенция, поддерживающая формирование воспалительных и дистрофических изменений.

Цель исследования: изучение состояния иммунного статуса пациенток с диагнозом «Дистрофия вульвы и влагалища» и оценка его показателей после проведенной этиопатогенетической терапии.

Материалы и методы исследования: было обследовано 24 пациентки от 48 до 60 лет, средний возраст составил 54,8±1,3 года. Все пациентки проходили клинико-лабораторное обследование: общий осмотр и гинекологическое обследование, кольпоскопия, вагиноскопия, вульвоскопия, цитологическое исследование с шейки матки и мазков-отпечатков с поверхности влагалища и вульвы, бактериоскопия содержимого влагалища, исследова-

ние показателей системного иммунитета, исследования мазков-соскобов с поверхности шейки матки и цервикального канала, с боковых стенок влагалища, вульвы для выявления специфической и неспецифичской инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, мико- и уреаплазмоз, ВПЧ 6, 11 типа, ВПЧ ВКР, ВПГ 1, 2 типа, ЦМВ, вирус Эпштейн-Барр) методом ПЦР. До начала терапии осуществляли санацию выявленных воспалительных заболеваний урогенитального тракта и инфекций, передаваемых половым путем. В качестве противовирусного и иммунокорегирующего препарата использовался лекарственный препарат растительного происхождения Панавир в виде суппозиториев и геля. Методом слепой выборки все пациентки были разделены на две группы: 1-ю группу (n=11), получавшую панавир в виде ректальных суппозиториев и геля, и 2-ю группу (n=13), получавшую данный лекарственный препарат только в виде геля. Суппозитории ректальные «Панавир» 200 мкг №10 вводили 1 раз в сутки на ночь, гель 0,002% «Панавир», в тубах по 30 грамм, наносили тонким слоем на пораженные участки вульвы и слизистой влагалища 3 раза в сутки в течение 15 дней. Оценка эффективности терапии проводилась на основании клинических данных, вагиноскопии, вульвоскопии, показателей иммунного статуса, определение методом ПЦР мазков-соскобов вульвы, слизистой влагалища на вирусные инфекции передаваемые половым путем (ВИППП) через 1 месяц после окончания лечения.

Результаты и их обсуждение: до начала лечения все 24 пациентки были обследованы на выявление вирусной инфекции методом ПЦР, при этом у 7 из них был выявлен ВПЧ 6, 11 типы, у 3 пациенток ВПЧ 16 тип, у 5 пациенток ВПЧ 16, 18 типы, у 5 пациенток – ассоциация ВПЧ 11 типа и ВПГ 2 типа, у 3 пациенток – ЦМВ и у 1 пациентки – вирус Эпштейн-Барр. При иммунологическом обследовании пациенток до лечения нами было отмечено резкое снижение показателей клеточного звена иммунитета по сравнению с нормой ($p<0,05$). По группам и в зависимости от вирусного агента статистически значимых различий не установлено. Выявлено резкое снижение показателей CD3, CD4, CD19 и увеличение показателя CD8, вследствие чего наблюдалось снижение индекса CD4/CD8. При изучении фагоцитарного звена отмечено снижение фагоцитарного числа и фагоцитарной емкости крови. Исследование показателей гуморального иммунитета не выявило статистически значимых различий уровня IgA, IgG, IgM в группах и по сравнению с нормой, но в обеих группах содержание комплемента было незначительно выше нормы. После лечения через 1 месяц в 1-й группе при проведении ПЦР-диагностики на ВИППП у всех 11 пациенток был выявлен отрицательный результат, во 2-й группе – у 9 пациенток отмечалась отрицательная ПЦР-диагностика ВИППП, у 2 пациенток – повторно диагностирована ЦМВ-инфекция и у 1 пациентки – вирус Эпштейн – Барр. Иммунологическое обследование пациенток после лечения препаратом «Панавир» выявило положительную динамику показателей клеточного иммунитета и стабилизации показателей гуморального иммунитета в обеих группах. При сравнении количественных данных по группам, в 1-й группе показатели CD3, CD4, CD19 и индекс CD4/CD8 были значительно выше, чем во 2-й группе. В 1-й группе выявлена положительная динамика со

стороны гуморального иммунитета по сравнению с таковыми во 2-й группе. Так, показатели IgA, комплемента были статистически значимы выше, а IgM и IgG ниже, чем во 2-й группе.

Выводы: «Панавир» является препаратом двойного действия – противовирусного в сочетании с иммунокорегирующим, улучшает показатели тканевого и гуморального иммунитета у женщин с дистрофическими изменениями вульвы и влагалища. Применение противовирусного и иммунокорегирующего препарата «Панавир» является патогенетически оправданным, эффективным и безопасным.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗОВ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Качалина О.В., Гонова Е.С., Куделькина С.Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Н.Новгород, Россия
Медицинсий центр «Тонус», Н.Новгород, Россия

В настоящее время инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта занимают важное место в акушерско-гинекологической, дерматовенерологической и урологической практике. Одной из ведущих причин такого рода нарушений является дисбаланс нормальной и условно-патогенной микробиоты. Для своевременной клинико-лабораторной диагностки заболеваний урогентиального тракта инфекционного характера существует способ исследования условно-патогенной флоры, основанный на комплексной оценке основных групп микроорганизмов, формирующих урогенитальный биоценоз, методом ПЦР в режиме реального времени. Цель исследования определить характеристики биоценозов урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста. Изучаемую группу составили 434 женщины возрасте от 18 до 50 лет. Материал для исследования собирали с заднебоковой стенки влагалища в пробирку «Эппендорф» объемом 1,5 мл, содержащую 1 мл стерильного физиологического раствора. Выделение ДНК проводили с использованием комплекта реагентов «Проба-ГС» (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия). Исследование биоценоза влагалища проводили методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени с использованием тест-системы «Фемофлор» (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия) в детектирующем амплификаторе ДТ-96 согласно инструкции производителя. Качество взятия биоматериала оценивали по результатам анализа геномной ДНК человека в каждом образце (внутренний контроль). Показателем пра-

вильного взятия биоматериала является содержание геномной ДНК человека в образце не ниже 10^4 геном-эквивалентов/мл (гэ/мл). При помощи специализированного программного обеспечения расчитывали количество (в геном-эквивалентах/мл (гэ/мл)) общей бактерильной массы (ОБМ), лактобацилл и различных групп условно-патогенных микроорганизмов (факультативно- и облигатно-аэробных микроорганизмов, микоплазм и дрожжеподобных грибов). Также оценивали долю нормофлоры, факультативно-аэнаэробных микроорганизмов и анаэробых микроорганизмов в процентах среди всех выявленных бактерий. В соответствии с данными клинической апробации теста «Фемофлор» была предложена следующая классификация состояния биоты в зависимости от соотношения нормофлоры и условно-патогенной флоры: 1. Нормоценоз (Лактобактерии составляют более 80% от ОБМ, абсолютный показатель условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) и микоплазм составляет $<10^4$, для кандид абсолютный показатель $<10^3$). Различают абсолютный и относительный нормоценоз. При относительном нормоценозе абсолютный показатель УПМ и микоплазм равен 104 или чуть выше, кандид – 10^3 или чуть выше. 2. Умеренный дисбиоз (Лактобактерии составляют 20–80% ОБМ, абсолютный показатель УПМ и микоплазм составляет $>10^4$, для кандид абсолютный показатель $>10^3$). 3. Выраженный дисбиоз (Лактобактерии составляют менее 20% ОБМ, абсолютный показатель УПМ и микоплазм составляет $>10^4$, для кандид абсолютный показатель $>10^3$). В зависимости от этиологической структуры различают следующие типы дисбиозов: анаэробный – дисбиоз, вызванный преимущественно анаэробными микроорганизмами: Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Mobiluncus spp., Corynebacterium spp. и др. Аэробный – дисбиоз, вызванный преимущественно аэробными микроорганизмами: Enterobacteraceae, Streptococcus spp. и Staphylococcus spp. Смешанный (аэробно-анаэробный) – дисбиоз, вызванный сочетанием аэробной и анаэробной биоты. Были получены следующие результаты исследований: преобладающим типом дисбиоза оказался выраженный дисбиоз – он был выявлен у 133 женщин, что составляет 30,6%. Умеренный дисбиоз был отмечен у 88 пациенток (20,1%). Среди женщин с явлениями дисбиоза в ряде случаев отмечается нормальный уровень лактобацилл. Среди них абсолютный нормоценоз был отмечен у 50 пациенток (11,5%), а относительный – у 61 женщины (14,1%). Среди различных видов дисбиозов анаэробный оказался наиболее распространенным и был выявлен у 176 пациенток, что составляет 40,5% всех обследованных. Смешанный дисбиоз отмечался реже – у 48 женщин (11,1%), а аэробный встречался всего у 22 человек (5,1%). Этиологическую структуру аэробного дисбиоза составляют энтеробактерии, стафилококки и стрептококки. Стрептококки встречались чаще, чем стафилококки, соответственно у 34 (7,8%) и 17 (3,9%) женщин. Тест «Фемофлор» позволяет выявить облигатно-анаэробные бактерии, диагностика которых другими методами малоэффективна в связи с трудностями, возникающими при их культивировании. Таким патогеном, который к тому же считают высокоспецифичным маркером бактериального вагиноза, является Atopobium vaginae. Данный микроорганизм был выявлен у 95 жен-

щин (21,9%). Среди других представителей анаэробной микрофлоры наиболее значимы гарднереллы и мобилункус. Гарднереллы были обнаружены у 172 женщин (39,6%), мобилункус – у 41 пациентки (9,4%). В структуре нарушений биоценозов урогенитального тракта основную роль играют анаэробные микроорганизмы, в том числе с участием кандид, упеаплазм и микоплазм. Оценка количества микоуреаплазм, а также дрожжеподобных грибов рода Candida показала преобладание уреаплазм (93 женщины (21,4%) над микоплазмами и кандидами (22 и 47 женщин (5,1% и 10,8%) соответственно. Сочетание уреаплазмоз+кандидоз обнаруживается у 16 пациенток (3,7%), микоплазмоз+кандидоз – у 1 человека (0,2%), микоплазмы и уреаплазмы одновременно были выявлены у 11 женщин (2,5%). Таким образом, современный молекулярно-биологический тест «Фемофлор», в основе которого лежит метод ПЦР в реальном времени, является чувствительным инструментом для исследования биотопа влагалища. Использование данного теста позволило установить, что 384 женщины (88,5%) имели те или иные нарушения биоценоза влагалища, что, возможно, является одной из ведущих причин урогенитальных инфекционно-воспалительных заболеваний. Таким образом, применение углубленных методов диагностики, инновационных лабораторных технологий, а именно ПЦР в реальном времени позволяет в короткие сроки, объективно, точно оценить систему биоценоза влагалища путем учета биоты изучаемого эпитопа в целом. Использование теста «Фемофлор» может позволить выбрать правильную терапию и контролировать ее проведение, определять критерии излеченности и прогноз заболевания.

ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Андреева М.В., Смолова Н.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Актуальность. Установлено, что при хронических воспалительных заболеваниях придатков матки, сопровождающихся болевым синдромом (ХВЗПМ с БС), у 67% больных возникают функциональные нарушения деятельности в центральном и вегетативном отделах нервной системы (НС). Эти изменения оказывают неблагоприятное влияние на процессы адаптации пациенток, а также на течение процесса в очаге воспаления. Традиционная противовоспалительная терапия не всегда ведет к устранению болевого

синдрома при ХВЗПМ, связанных с нарушением функции НС. В связи с этим возникает необходимость применения нового неинвазивного метода лечения у данной категории больных, такого как транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия).

ТЭС-терапия является одним из методов немедикаментозной антистрессорной технологии с выраженным анальгетическим эффектом.

ТЭС-терапия обладает выраженным комплексным гомеостатическим и саногенетическим эффектами, что приводит к нормализации нарушенных нервных механизмов регуляции и может способствовать восстановлению общей адаптации.

Работ по влиянию ТЭС на общие адаптационные возможности организма больных с ХВЗПМ с БС в доступной нам литературе не найдено, что и послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель работы – усовершенствование комплексного метода лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки с болевым синдромом с использованием ТЭС-терапии на основе изучения показателей общей адаптации.

Материалы и методы исследования. Проведены обследование и терапия 150 больных с ХВЗПМ с БС. Основную группу составили 78 женщин, которым в традиционный комплекс лечения была включена ТЭС-терапия. В группу сравнения вошли 72 пациентки, получавшие только традиционное лечение.

Лечение методом ТЭС проводилось ежедневно с помощью прибора «Трансаир–01» стационарного, разработанного в Центре ТЭС Института физиологии имени академика И.Л. Павлова под руководством профессора В.П. Лебедева. На курс требовалось 8–10 процедур, продолжительностью по 60 минут каждая, силой тока до 0,8–2,5 мА. Каждый сеанс проводился с прослушиванием лечебных психотерапевтических формул и расслабляющей музыкотерапии, рекомендованных разработчиками прибора.

Адаптационные возможности организма пациенток изучались до и после лечения по индексу функциональных изменений (ИФИ) (А.П.Берсенева, 1991).

Полученные результаты. Изучение ИФИ у обследованных больных показало, что удовлетворительная адаптация и функциональное напряжение у пациенток основной группы до лечения наблюдались всего в 7,69% и 20,51% случаев, соответственно ($p>0,05$). У большинства больных основной группы (71,79%) выявлено нарушение процессов адаптации в виде срыва адаптации (25,64%) и неудовлетворительной адаптации (46,15%). Соотношение частоты различных форм нарушений адаптации было аналогичным у пациенток в группе сравнения ($p>0,05$). Результаты исследований свидетельствуют о значительном снижении резервных функциональных возможностей больных с ХВЗПМ с БС. Кроме того, ИФИ позволяет объективно оценить устойчивость их к стрессу, который сопровождает длительнотекущий хронический воспалительный процесс в придатках матки.

После проведенного лечения у больных с ХВЗПМ с БС улучшились адаптационные возможности организма, но полученные данные, на основе анализа показателей ИФИ, свидетельствуют о наиболее выраженном положи-

тельном эффекте у больных, получавших ТЭС-терапию. Процент больных основной группы, имевших показатели в виде удовлетворительной адаптации и ее напряжения, достоверно увеличился после лечения, составив соответственно 16,67% и 41,03% ($p<0,05$). В группе сравнения таких больных было достоверно меньше ($p<0,05$). Надо отметить, что на фоне ТЭС-терапии в основной группе резко снизился процент женщин, имеющих срыв адаптации – более чем в 4 раза по сравнению с данными в группе сравнения (6,41% и 18,06% соответственно, $p<0,05$). Количество пациенток с неудовлетворительной адаптацией после ТЭС-терапии стало достоверно меньше (35,90%), чем в группе сравнения (47,22%, $p<0,05$).

Обращает внимание факт, что в группе сравнения больных с удовлетворительной адаптацией и функциональным напряжением даже после проведенного лечения было всего 9,72% и 25,00% соответственно.

Выводы. Таким образом, ТЭС-терапия, обладающая выраженным анальгетическим эффектом, оказывает положительное влияние на общие механизмы адаптации. Следовательно, ТЭС можно рассматривать как метод выбора при лечении женщин с ХВЗПМ с БС для быстрого купирования психоэмоциональных нарушений и выраженного болевого синдрома.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Андреева М.В., Пахуридзе Р.Ф.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Среди острых гинекологических заболеваний одно из ведущих мест занимают гнойные тубоовариальные образования (ГТОО). Они составляют 20–30% среди больных, поступивших в гинекологический стационар. ГТОО могут протекать тяжело и в большинстве случаев требуют экстренного хирургического вмешательства, часто приводящего к утрате части органа и формированию спаечного процесса. Усовершенствование ведения послеоперационного периода у женщин с ГТОО является залогом реабилитации их репродуктивного здоровья. Работы по применению квантовой терапии (КТ) для профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с ГТОО, отсутствуют, что явилось предметом наших исследований.

Цель исследования: усовершенствование комплексной профилактики осложнений у больных с ГТОО в раннем послеоперационном периоде на основе применения КТ.

Материалы и методы исследования. Всего прооперированы 83 больные с ГТОО.

Основную группу составили 42 женщины, которым проводилось традиционное лечение с включением в него КТ с первых суток после операции, и группу сравнения – 41 пациентка, получавшая в раннем послеоперационном периоде тот же лечебный комплекс, кроме КТ.

Для проведения профилактических мероприятий использовался аппарат магнитоинфракрасной лазерной терапии «РИКТА», который обеспечивает лечебный эффект за счет одновременного воздействия нескольких излучений – импульсного лазерного излучения инфракрасного диапазона волн, непрерывного инфракрасного излучения, излучения красного видимого света и постоянного магнитного поля. КТ, благодаря обезболивающему, противовоспалительному, репаративному, иммуномодулирующему, десенсибилизирующему, антистрессорному и др. свойствам, а также повышению чувствительности организма к антибиотикам, может служить высокоэффективным методом профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с ГТОО. Лечение методом КТ проводилось ежедневно в течение 8–10 дней, начиная с первых суток после операции.

Результаты исследования. На фоне применения КТ в раннем послеоперационном периоде частота осложнений в основной группе была более чем в 2 раза меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Нарушение восстановления моторики кишечника в виде его пареза после операции в основной группе не выявлено. В группе сравнения частота данной патология составила 7,32% ($p<0,05$). Восстановление моторики кишечника у больных основной группы происходило, в среднем, на одни сутки раньше, чем у пациенток в группе сравнения (3,31±0,09 и 4,35±0,12 дня соответственно, $p<0,05$). Это можно объяснить стимулирующим эффектом КТ на перистальтику кишечника больных с ГТОО. Кроме того, значительное уменьшение потребления больными на фоне проведения КТ количества наркотических анальгетиков, назначаемых в послеоперационном периоде, существенно снижало их отрицательное влияние на перистальтику кишечника у этих пациенток.. Средняя суммарная доза опиатов, примененных с целью обезболивания пациенток основной группы после операции, была в 3,5 раза меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$).

В раннем послеоперационном периоде в основной группе только в 4,76% случаев зарегистрировано обострение экстрагенитальной патологии, в группе сравнения таких осложнений было в 2,6 раза больше ($p<0,05$). Частота осложнений в послеоперационном периоде, связанных с нарушением иммунной системы, в основной группе составила 4,76%. В группе сравнения их было достоверно больше – 12,20% ($p<0,05$). Это можно объяснить мощным стимулирующим влиянием КТ на иммунную систему пациенток основной группы в послеоперационном периоде.

Установлена более ранняя – на 2–3 сутки после операции – нормализация температуры тела у больных основной группы, в то время как в группе сравнения – на 4–5 сутки ($p<0,05$), что можно объяснить противовоспалительным эффектом КТ.

Выявлено, что на фоне КТ значительно быстрее происходит нормализация некоторых показателей коагулограммы (времени рекальцификации плазмы, содержания фибриногена в крови), гемодинамики (АД, ЧСС). Так, у больных основной группы эти показатели к 8-м суткам после операции соответствовали физиологическим значениям нормы. В группе сравнения аналогичных изменений указанных показателей не установлено. Это можно объяснить стимулирующим влиянием КТ на кровообращение

Средняя продолжительность пребывания больных основной группы в стационаре после операции была на 2,29 койко-дня меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$). В связи с этим экономический эффект при лечении составил 3058,98 рубля на каждую больную.

Заключение. Таким образом, разработанный нами новый комплекс профилактики послеоперационных осложнений у пациенток с гнойными тубоовариальными образованиями, с включением в него квантовой терапии, способствует более быстрой нормализации раннего послеоперационного периода, значительному уменьшению применения наркотических анальгетиков, более ранней выписки из стационара. Это приводит к значительному снижению материальных затрат, которые имеют место при выполнении оперативного лечения данной категории больных.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВАГИНИТОВ, БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Аполихина И.А.[1], Асланян К.О.[2],Тетерина Т.А.[1], Трофимов Д.Ю.[1], Анкирская А.С.[1]

1 – ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
2 – Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Многообразие различных микроорганизмов, участвующих в возникновении бактериального вагиноза, объясняет термин «бактериальный», а в связи с отсутствием в отделяемом влагалища лейкоцитов – клеток, ответственных за развитие воспалительной реакции, произошло изменение термина «вагинит» на термин «вагиноз». Бактериальный вагиноз – нарушение микроэкологии влагалища – наиболее распространенное состояние у женщин детородного возраста. Вульвовагинальный кандидоз – это воспалительное заболевание слизистых оболочек влагалища и наружных половых органов, вызванное грибами рода Candida, которые отличаются высокой приспосо-

бляемостью и способностью активизироваться при появлении в организме ИППП и возбудителей др. инфекций. Альтернативным методом при отсутствии эффекта от традиционной терапии является фотодинамическая терапия.

Цель нашего исследования. Оценка эффективности и безопасности проведения флуоресцентной диагностики и фотодинамической терапии с 5-аминолевулиновой кислотой (5-АЛК) у женщин с хроническим вульвовагинальным кандидозом, бактериальным вагинозом и неспецифическим вагинитом.

Материалы и метод. Фотодинамическая терапия проведена 60 пациенткам, из них у 20 с вульвовагинальным кандидозом, у 25 – бактериальным вагинозом и у 15 – неспецифическим вагинитом. После введения тампона с 1,5% раствором 5-АЛК во влагалище было проведено спектрально-флуоресцентное исследование на диагностической установке «Спектр-Кластер». Визуальная оценка накопления протопорфирина IX в тканях вульвы была проведена с использованием синей лампы с длиной волны 400 нм (ООО «Полирониk»). Статистическая оценка спектров всех пациенток показала накопление протопорфирина IX преимущественно в пораженных участках слизистой влагалища и вульвы. Через 2 часа после введения тампона всем пациенткам проводилось 4 сеанса ФДТ лазером синего света с длиной волны 400 нм 1 сеанс в 3 дня. Эффективность лечения оценивали на основании микроскопии мазков по Грамму, ПЦР в режиме реального времени (Фемофлор) и результатов бак. посевов.

Результаты. После сеансов ФДТ при оценке клинической эффективности у пациенток с вульвовагинальным кандидозом у всех 20-ти (100%), бактериальным вагинозом 25 (100%), неспецифическим вагинитом 15 (100%) – пациенток исчезли или значительно уменьшились жалобы на зуд и жжение сразу после первого сеанса. У 6-ти (40%) пациенток с вульвовагинальным кандидозом сохранялись жалобы на незначительные выделения, однако у 4-х (26%) пациенток они прошли сразу же после второго сеанса ФДТ, а у 2-х (13%) после третьего сеанса.

У 15-ти (60%) – пациенток с бактериальным вагинозом сохранились жалобы на незначительные выделения, которые прошли сразу же после второго сеанса ФДТ. У всех пациенток с неспецифическим вагинитом отмечалось уменьшение гиперемии и количество вагинальных выделений.

При оценке мазков на флору у всех 20-ти пациенток с вульвовагинвльным кандидозом отмечалась положительная динамика: у 8 пациенток (40%) в мазке на флору, взятом до начала лечения, был выявлен лейкоцитоз, у 12-ти (60%) – только грибы рода Candida.

После 1 сеанса ФДТ грибы рода Candida выявлялись в бактериальном посеве у 11 пациенток (73%), уже после второго сеанса ФДТ – у 8 пациенток (53%), после 3 сеанса – у 4-х пациенток (27%), после 4 сеанса – у 5-ти пациенток (33%). Окончательно эффективность оценивали через 4 недели после проведения 4-го сеанса ФДТ, которая отмечалась у 16 пациенток и составила 80%. По данным ПЦР в режиме реального времени (Фемофлор) после проведения сеансов ФДТ уменьшалась общая бактериальная масса, у пациенток с бактериальным вагинозом, количество гарднерелл после первого сеанса

до нормы. У пациенток с вульвовагинальным кандидозом количество грибов снижалось после второго–третьего сеансов.

Заключение. Проанализировав полученные результаты, можно сделать вывод о достаточно высокой эффективности ФДТ вульвовагинального кандидоза, бактериального вагиноза и неспецифического вагинита (80%). Об этом свидетельствуют как исчезновение жалоб у пациенток, отсутствие грибов рода Candida и восстановление микробиоценоза влагалища по данным мазков на флору, ПЦР в режиме реального времени (Фемофлор) и бактериального посева. По сравнению с традиционным методом лечения в 5 раз снижается количество рецидивов заболевания. Таким образом, ФДТ можно рассматривать в качестве альтернативного метода лечения вульвовагинального кандидоза, который не только обеспечивает эффективное лечение, но и, впоследствии, снижает частоту рецидивирования процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В ПОВЫШЕНИИ КОМПЛАЕНТНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Аскерова М.Г., Аскеров Р.А., Киселева М.К., Маясина Е.Н.

Уральская Государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция (ГК). Причины отказа от оральной контрацепции (ОК) в первые циклы приема препаратов различны. Побочные эффекты отмечаются в первые 2–3 месяца и могут послужить основной причиной отказа от ОК (до 30–37%). Отмена приема КОК после 1–2 циклов без использования другого метода контрацепции приводит к увеличению числа незапланированных беременностей.

Целью работы явилось изучение возможности применения мастодинона при возникновении мастодинии и масталгии с началом ГК.

Под наблюдением находилось 58 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, 80% из них имели в анамнезе 1 или 2 родов. 20 женщин до назначения КОК указали на масталгию в предменструальный период в течение 6–12 месяцев, в медицинское учреждение не обращались. При индивидуальном подборе ГК с учетом анамнеза, результатов обследования по общепринятым стандартам и дополнительных потребностей: лечение, минимизация метаболических эффектов, – 4% женщин отметили возникновение мастодинии и масталгии, снижающих качество жизни. Заслуживает внимания указание на профессию (медработники, преподаватели), связанную с неоднократными стрессовыми ситуациями в течение рабочего дня. Это может вызывать латентную гиперпролактинемию, не диагностируемую при определении уровня пролактина в

утренние часы, но приводящую к возникновению мастодинии и масталгии. При появлении жалоб на масталгию и мастодинию на фоне приема КОК мы назначали мастодинон по 1 таблетке 2 раза в сутки на период от 1 до 3 месяцев. При наличии в анамнезе предменструальной масталгии прием мастодинона назначался с 1-го дня приема КОК, не менее 30 дней. Назначение мастодинона позволило исключить причину отказа в приеме КОК возникновение мастодинии и масталгии.

Таким образом, перед назначением КОК необходимо уточнять самочувствие женщины в предменструальный период, наличие мастодинии и масталгии, проводить обследование молочных желез с включением УЗИ и своевременно назначать мастодинон для комплаентности выбранного метода контрацепции.

ОНКОБЕЛКИ Е7 И Р16 ink4α В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

Ахметзянова А.В., Нигматулина Н.А.

Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Рак шейки матки занимает второе место в мире среди злокачественных опухолей женских репродуктивных органов. В последние годы наблюдается тенденция роста заболеваемости этой патологией в молодом возрасте – до 30 лет. Профилактикой рака шейки матки является выявление и лечение цервикальных интраэпителиальных неоплазий. Однако исследования и дискуссии относительно тактики ведения интраэпителиальной цервикальной неоплазии I степени продолжаются в связи с высоким уровнем регрессии и низким уровнем прогрессии этой патологии. Важнейшим фактором канцерогенеза шейки матки является инфицирование женщин вирусом папилломы человека. Согласно современным представлениям, вирусные онкобелки Е6 и Е7 создают условия для пролиферации и выживания клеток, инфицированных ВПЧ за счет нарушений в системе контроля клеточного цикла. Известно, что основным свойством вирусного белка Е7 является взаимодействие с продуктом гена ретинобластомы, регулирующего клеточную пролиферацию, что в свою очередь приводит к гиперэкспрессии клеточного онкобелка p16ink4α.

Цель исследования: оценить экспрессию вирусного онкобелка Е7 методом иммуноферментного анализа и клеточного онкобелка p16ink4α с помощью иммуноцитохимии на основе жидкостной цитологии у женщин с CIN I.

Материал и методы исследования: определение онкобелков Е7 и p16ink4α проведено у 40 женщин с CIN I. Обследованы женщины в возрасте от 18 до 40 лет. Все женщины были инфицированы вирусом папилломы

человека 16, 18 типов. Материал для исследования белка Е7, полученный из цервикального канала щеточкой цито-браш, помещали в центрифужную пробирку типа «эпендорф», содержащую 1 мл физиологического раствора. Пробирку с полученным материалом замораживали при t -20^0 С. После размораживания при комнатной t содержимое пробирки центрифугировали в течении 10 минут. Из надосадочной жидкости брали пробы на исследование. Выявление онкобелка Е7 в цервикальных пробах проводилось методом иммуноферментного анализа.

Материал для определения белка p16ink4a получали с шейки матки при помощи эндоцервикальной щеточки (cervix-brush) и цито-браш, помещали в контейнер с адаптированной транспортной средой Thermo Shando. В дальнейшем клеточная суспензия обрабатывалась на цитоцентрифуге Cytospin®4 с формированием двух мазков. Первый из них окрашивался рутинным способом по Романовскому-Гимзе, второй подвергался иммуноцитохимическому исследованию на белок p16ink4a.

Результаты: по результатам жидкостной цитологии диспластические изменения эпителия I степени выявлены у 40 женщин. У всех женщин определялся онкобелок Е7. Положительный результат на белок p16ink4α иммуноцитохимическим методом оказался у 14 женщин, отрицательный у 26 женщин. Женщинам, позитивным на белок p16ink4a выполнена конусовидная эксцизия шейки матки с целью широкой биопсии. После гистологического исследования оказалось, что у 6 женщин подтвердилась дисплазия 1 степени, у 5 женщин выявлена умеренная дисплазия, у 3 женщин была тяжелая дисплазия плоского эпителия шейки матки. Женщинам негативным на белок p16ink4a проводили прицельную биопсию с целью подтверждения дисплазии, затем назначали препарат Индинол по 2 капсулы 2 раза в день на 6 месяцев и свечи Панавир ретально 10 дней, интравагинально 14 дней. Эффективность лечения оценивалась через 6 месяцев, повторно исследовали белок Е7. У женщин после эксцизии вирусный белок Е7 не определялся. У женщин после лекарственного лечения при жидкостной цитологии дисплазия не выявлялась, у 11 из них отмечена элиминация вируса, онкобелок Е7 не определялся, у остальных женщин белок Е7 выявлен повторно. Мы продолжили наблюдение за данной категорией больных, рекомендовали повторный курс лечения.

Вывод: Для определения тактики ведения и мониторинга лечения женщин с CIN I мы рекомендуем использовать онкобелки Е7 и p16ink4a.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Барт Б.Я.[1], Ларина В.Н.[1], Рунихина Н.К.[2]

1 – ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравосоцразвития, Москва, Россия
2 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравосоцразвития, Москва, Россия

Цель. Оценка влияния состояния сердечно-сосудистой системы и репродуктивного здоровья на когнитивный статус у женщин с артериальной гипертонией (АГ) в период постменопаузы.

В исследование было включено 42 женщины в возрасте от 44 до 88 лет (67,8±10,1 лет) с АГ 1–3 степени. Всем женщинам проводилось клинико-лабораторное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ исследование. Толерантность к физической нагрузке определяли с помощью тредмил теста, психо-эмоциональный статус – опросника MMSE, качество жизни – визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). На момент включения в исследование женщины получали стандартную медикаментозную терапию в связи с АГ, ИБС. Ингибиторы АПФ принимали 35 (83,3%), АРАII – 8 (19%), бета-адреноблокаторы – 32 (76,2%), гидрохлортиазид – 22 (52%), антагонисты кальция – 25 (59,5%), статины – 12 (28,6%) женщин.

Результаты. У 16 (38%) женщин в анамнезе была ИБС, у 8 (19%) – перенесенный инфаркт миокарда. У 18 (42,9%) женщин АГ осложнилась развитием хронической сердечной недостаточностью II–III ФК по NYHA. Избыточная масса тела была у 14 (33,3%), ожирение – у 20 (47,6%) женщин. Длительность менопаузы колебалась от 1 до 40 лет (19,4±9,7 лет), возраст наступления менопаузы – от 40 до 56 лет (49,3±4, лет). Тредмил-тест был проведён у 34 (80,9%) женщин, который оказался положительным у 14 из 34 (41,2%). Длительность нагрузки составила 2,6±1,2 минут. Качество жизни по ВАШ соответствовало 61,4±12,5%. По данным опросника MMSE у 11,9% женщин наблюдалось снижение когнитивного статуса. Проведённые нами исследования показали, что у женщин с АГ происходит ухудшение когнитивного статуса с возрастом ($p=0,001$, $r=-0,50$). Слабая обратная корреляция была выявлена между уровнем когнитивного статуса и длительностью менопаузы ($<0,001$, $r=-0,54$), концентрацией мочевины ($p<0,001$, $r=-0,57$) и толщиной задней стенки ЛЖ по данным ЭхоКГ исследования ($p=0,016$, $r=-0,40$). Прямая корреляция имелась между уровнем когнитивного статуса и длительностью нагрузки по данным тредмил-теста ($p=0,031$, $r=0,307$).

Заключение. Поражение головного мозга с нарушением когнитивного статуса при АГ у женщин формируются одновременно с повреждением дру-

гих органов-мишеней – сердца и почек – и взаимосвязано с выраженностью гипертрофии миокарда левого желудочка и азотемией. Раннее наступление менопаузы и низкая переносимость физической нагрузки ассоциируют со снижением когнитивной функции у женщин с АГ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У СТУДЕНТОК В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Анохова Л.И., Белозерцева Е.П.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

На фоне огромных достижений и успехов современной медицинской науки и практики проблема заболеваний шейки матки не теряет своей актуальности ввиду высокой частоты этой патологии и существенного «омоложения» возраста пациенток. По данным официальной статистики, в настоящее время 47% больных раком шейки матки моложе 35 лет, а с 1993 г. по 2010 г. прирост женщин моложе 35 лет с раком шейки матки составил более 150%.

Цель исследования. Изучить распространенность и структуру доброкачественных заболеваний шейки матки у студенток в процессе обучения в вузе.

Материалы и методы. Распространенность заболеваний шейки матки у студенток оценена по результатам профилактического осмотра. Верификацию характера поражения эпителия шейки матки проводили при цитологическом исследовании и кольпоскопии (кольпоскоп фирмы «Sensitec slc-2000», Голландия). Для оценки межгрупповых различий по качественным бинарным признакам использовали критерий χ^2, считая статистически достоверными значения $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В целом при профилактическом осмотре патологические изменения цервикального эпителия выявлены у 15,57% (144/925) студенток. Следует особо отметить, что неосложненные эктопии шейки матки, обнаруженные у 3,46% (32/925) девушек, при этом не учитывалась, поскольку не являются патологическим процессом. В общей структуре выявленных гинекологических заболеваний доброкачественные заболевания шейки матки заняли второе ранговое место – 25,14% после расстройств менструации и нарушений менструального цикла – 27,17%.

Установлено, что показатель распространенности доброкачественных заболеваний шейки матки у студенток возрастал от 1 к 6 курсам (прямая корреляционная связь средней силы, R=0,59835, p=0,019578). Так, частота патологии цервикального эпителия на первом курсе составила 1,13%

(2/177), на втором – 16,44% (24/146, $p\chi^2_{1\text{-}2курс}<0,001$), на третьем курсе – 16,56% (26/169, $p\chi^2_{1–3курс}<0,001$; $p\chi^2_{2–3\ курс}>0,05$), на четвертом курсе – 20,38% (32/157, $p\chi^2_{1–4курс}<0,001$; $p\chi^2_{2–4\ курс}>0,05$; $p\chi^2_{3–4\ курс}>0,05$), на пятом – 24,82% (35/141, $p\chi^2_{1–5курс}<0,001$; $p\chi^2_{2–5\ курс}>0,05$; $p\chi^2_{3–5\ курс}>0,05$; $p\chi^2_{4–5\ курс}>0,05$), на шестом курсе – 18,52% (25/135, $p\chi^2_{1–6}<0,001$; $p\chi^2_{2–6\ курс}>0,05$; $p\chi^2_{3–6\ курс}>0,05$; $p\chi^2_{4–6\ курс}>0,05$; $p\chi^2_{5–6\ курс}>0,05$).

Как следует из представленных данных, максимальный прирост заболеваний шейки матки отмечен у студенток 2-го курса: их удельный вес на 1 курсе составил 4,26% (2/47), а на 2 курсе возрос в 6,96 раз и стал равен 29,63% (24/81, $p\chi^2_{1–2\ курс}<0,001$). Столь высокий темп прироста частоты цервикальной патологии у второкурсниц, на наш взгляд, объясняется интенсивным увеличением показателя численности сексуально активных студенток от 1-го ко 2-му курсу: на 66,67% или в 1,67 раз.

Структура заболеваний шейки матки в сравниваемых группах была различной, число нозологических форм увеличивалось от 1-го к 5–6-му курсам. Так, у студенток 1 курса выявлялись только хронические цервициты 1,13% (2/177); у девушек 2 курса частота хронических цервицитов возрастала в 13,94 раза и составила 15,75% (23/146, $p\chi^2_{1–2}<0,001$), в 0,68% (1/146, $p\chi^2_{1–2}=0,000$) встретился полип цервикального канала. У третьекурсниц распространенность хронических цервицитов осталась практически неизменной – 14,20% (24/169, $p\chi^2_{1–3}<0,001$; $p\chi^2_{2–3}>0,05$); острые цервициты диагностированы в 1,18% (2/169, $p\chi^2_{1–2}=0,000$; $p\chi^2_{2–3}=0,000$) случаев. У студенток 4 курса удельный вес всех цервицитов повышался: хронических – в 1,35 раз, составив 19,11% (30/157, $p\chi^2_{1–4}<0,001$; $p\chi^2_{3–4}<0,05$); острых – в 1,08 раза, составив 1,27% (2/157, $p\chi^2_{1–4}=0,000$; $p\chi^2_{3–4}>0,05$). У пятикурсниц продолжало увеличиваться число острых и хронических цервицитов в 1,12 и в 1,15 раз, составив соответственно, 1,42% (2/141, $p\chi^2_{1–5}=0,000$; $p\chi^2_{4–5}>0,05$) и 21,99% (31/141, $p\chi^2_{1–5}<0,001$; $p\chi^2_{3–4}<0,05$). В структуре доброкачественных заболеваний шейки матки зарегистрированы CIN I–II степени – 0,71% (1/141, $p\chi^2_{1–5}=0,000$; $p\chi^2_{4–5}=0,000$) и эктропион шейки матки – в 0,71% (1/141, $p\chi^2_{1–5}=0,000$; $p\chi^2_{4–5}=0,000$). У девушек 6 курса удельный вес острых цервицитов остался практически неизменным 1,48% (2/135, $p\chi^2_{1–6}=0,000$; $p\chi^2_{5–6}>0,05$). Доля хронических цервицитов снизилась в 1,4 раза, составив 15,56% (21/135, $p\chi^2_{1–6}<0,001$; $p\chi^2_{5–6}<0,05$). Распространенность CIN I–II и эктропиона шейки матки осталась практически неизменной и составила по 0,74% (по 1/135, $p\chi^2_{1–6}=0,000$; $p\chi^2_{5–6}>0,05$).

Выводы. Современные девушки-студентки характеризуются высокой распространенностью доброкачественных заболеваний шейки матки, которые занимают второе ранговое место в общей структуре гинекологических заболеваний. Частота цервикальной патологии в процессе обучения в вузе возрастает, что обусловлено как увеличением численности сексуально активных студенток, так и их низкой приверженностью в отношении профилактических и оздоровительных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МАТОЧНОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Борцвадзе Ш.Н, Джибладзе Т.А., Ищенко А.И., Брюнин Д.В.

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Инфертильность является тяжелым состоянием, нарушающим социальную и психологическую адаптацию человека, влияющим на его здоровье и качество жизни. В силу этого бесплодие в семье остается одной из важнейших медицинских и государственных проблем. Нарушения репродуктивной функции женщин являются следствием множества причин, где маточный фактор составляет 24–62%. Маточная форма бесплодия возникает при анатомических врожденных или приобретенных дефектах матки. Врожденные дефекты – пороки развития. Приобретенные дефекты – результат внутриматочных вмешательств (выскабливание полости матки, метросальпингография и др.) и воспалительных процессов эндометрия, приводящих к рубцовым деформациям полости матки, внутриматочным сращениям (синехиям), а также гиперплазии эндометрия (полипозу и т.д.). В нашей стране в структуре внутриматочной патологии доля женщин с внутриматочными синехиами составляет от 3 до 13%.

Наиболее информативным скрининговым методом диагностики внутриматочной патологии является офисная гистероскопия, которую возможно производить в амбулаторных условиях.

Нами широко используется офисный гистероскоп «CIRCON ACMI» с диаметром дистальной части 2,3 мм, проксимальной 3,4 мм, с двумя операционными каналами диаметром 1,1 и 0,8 мм.

Важным преимуществом офисной гистероскопии является возможность её проведения без расширения цервикального канала и без анестезии, что позволяет осуществлять это вмешательство в амбулаторных условиях.

При внутриматочных синехиях и перегородках офисная гистероскопия позволяет оценивать степень их распространения, размеры, локализацию по отношению к стенкам матки. В ряде случаев целесообразно проведение офисной гистероскопии под ультразвуковым контролем, что позволяет более точно определить локализацию патологических участков по отношению к миометрию.

При наличии единичных сращений возможна их лазерная деструкция с помощью световода, проведённого через операционный канал офисного гистероскопа, что является немаловажным у нерожавших женщин для избежания дополнительной травмы шейки матки при расширении, а также пре-

имуществом проведения этой манипуляции является возможность её проведения в амбулаторных условиях.

За год нами было произведено 80 диагностических гистероскопий у женщин репродуктивного возраста с бесплодием. 45 – у женщин с вторичные бесплодием и 35 – с первичным. У 50 из них в анамнезе были внутриматочные вмешательства: гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием, прерывания беременности, выскабливания полости послеродовой матки.

У 50 женщин при офисной гистероскопии были обнаружены внутриматочные синехии и единичные полипы эндометрия (размер до 5 мм), не диагностированные ранее при ультразвуковом исследовании. 45 из этих пациенток в последующем были госпитализированы для оперативной гистероскопии, а 5 из ни них была произведена лазерная деструкция единичных внутриматочных сращений в амбулаторных условиях.

У 17 женщин выявлены признаки хронического эндометрита, подтверждённые цитологическим и бактериологическим исследованием. Этим пациенткам была произведена этиотропная противовоспалительная терапия. Для контрольного обследования после лечения пациенткам производилась офисная гистероскопия, цитологические и бактериологические исследования.

У 13 женщин внутриматочной патологии обнаружено не было.

Таким образом, офисная гистероскопия является высокоэффективным амбулаторным методом диагностики и личения внутриматочной патологии у женщин репродуктивного возраста, не требующим обезболивания и может применяться в качестве скринингового метода обследования у женщин с бесплодием, а также в ряде случаев может применятся как оперативное вмешательство без дополнительной травматизации цервикального канала и шейки матки в амбулаторных условиях.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСМЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ МПК ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ АМЕНОРЕИ

Бурдули А.Г.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, Москва, Россия

Установлено, что гормоны репродуктивной системы оказывают значимое влияние на костный метаболизм (Nicks KM et al., 2010). Половые стероиды регулируют созревание скелета и его сохранение у обоих полов. Этот факт был замечен еще в 40-х гг. XX века Albright и Reifenstein (Albright F., Reifenstein EC, 1948). Позднее он получил материальную основу с открытием

рецепторов к половым гормонам на костных клетках в конце 80-х гг. XX века (Vanderschueren D et al., 2004).

Цель исследования. Определение возможной взаимосвязи гормонов репродуктивной системы и минеральной плотности костной ткани (МПК) при некоторых формах аменореи.

Материалы и методы. В исследование вошли 114 женщины в возрасте от 18 до 40 лет с различными формами аменореями (дисгенезия гонад (n=22), гипогонадотропная аменорея (n=34), преждевременная недостаточность яичников (n=58)), из исследования исключались женщины с аменореей на фоне экстрагенитальных заболеваний, маточными формами аменореи, XY-реверсией пола, опухолями гипоталамо-гипофизарной области, с СПКЯ. Средний возраст пациенток составил 28,3±6,8 лет. Всем пациенткам была проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия.

Результаты и их обсуждение. Гормональные факторы, особенно эстрогены и андрогены играют важную роль в формировании костной ткани (Riggs BL et al., 2002). В нашем исследовании было установлено наличие связи между уровнями эстрогенов и показателями МПК в области шейки бедра (r 0,437 (p=0,004)) у женщин с преждевременной недостаточностью яичников. Возможно, это связано с тем, что у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников именно эстрогендефицит способствует ускорению патологических процессов в костной ткани, так как до развития недостаточности яичников у данных пациенток отсутствует один из ведущих факторов риска снижения МПК – гипоэстрогения (Asli IN et al., 2010).

У пациенток с дисгенезиями гонад мы не определили связь между уровнями гормонов репродуктивной системы и МПК. По данным литературы у женщин с синдромом Тернера патологические процессы в скелете в первую очередь обусловлены генетически, а именно связаны с гаплонедостатком (haploinsufficiency) SHOX – X-хромосома – псевдоаутосомального гена, вовлеченным в скелетогенез (Ross JL, et al., 2001).

Мы также оценивали наличие возможной взаимосвязи между показателями МПК и уровнями гонадотропных гормонов – ФСГ и ЛГ.

Получены обратные корреляции средней силы между уровнем ФСГ и показателями МПК шейки бедра (r -0,304 (p=0,04) в группе с повышенным уровнем ФСГ – группе преждевременной недостаточности яичников.

Впервые о возможной роли ФСГ в патогенезе снижения плотности костной ткани было заявлено в 2006 году в публикации Sun и соавт. (2006). Авторы предположили, что ФСГ требуется для гипогонадной потери костной ткани и что высокие уровни ФСГ вызывают данное состояние. Ряд исследований также продемонстрировал непрямые действия ФСГ на костно-мозговые макрофаги и гранулоциты, которые стимулируют остеобласт – и остеокластобразование и костную резорбцию, возможно, через ФНО-α (Iqbal J et al., 2006).

При оценке коррелятивной взаимосвязи между уровнями гормонов и показателями МПК в области поясничного отдела позвоночника для всех пациенток (n=114) нами были выявлены слабые, но статистически значимые корреляции между уровнем другого гонадотропного гормона – ЛГ и параме-

трами плотности костной ткани в поясничной области позвоночника (МПК L1-L4 r 0,229 (p=0,028). Влияние ЛГ на текальные клетки яичника может проявляться стимуляцией синтеза андростендиона и тестостерона (Kaaijk EM et al., 2000). С учетом наличия рецепторов к ЛГ и в надпочечниковой ткани существует предположение о продукции ДГЭА-С, стимулированной повышенными уровнями ЛГ (Alevizaki M et al., 2006).

При изучении возможной связи андрогенов и показателей МПК в нашем исследовании были получены статистически значимые корреляции между показателями МПК шейки бедра и общим тестостероном крови и свободным тестостероном слюны, наиболее выраженными данные ассоциации были в группе гипогонадотропной аменореи. Однако по данным обзора 2004 года у пациенток с гипогонадотропной аменореей среди факторов, определяющих снижение МПК, ведущую роль играет энергетическая недостаточность (De Souza M J, Williams N, 2004), которая включает в себя как дефицит массы тела, так и наличие чрезмерных физических нагрузок. Помимо связи с состоянием МПК шейки бедра, были получены умеренные корреляции свободного тестостерона слюны и МПК поясничного отдела позвоночника (r 0,605, p=0,022). Таким образом, связь уровней андрогенов и показателей МПК может проявляться в областях скелета с преобладанием как кортикальной, так и трабекулярной кости.

Помимо анализа связи показателей тестостерона и состояния МПК у пациенток с аменореей в работе были изучены уровни надпочечникового андрогена ДГЭА-С, учитывая ряд данных о терапевтическом эффекте введения ДГЭА при остеопорозе и у пациенток с аменореями (Barad DH et al., 2009). В нашей работе не было выявлено наличие коррелятивной связи между уровнем ДГЭА-С и показателями МПК у женщин с аменореями.

Выводы. Изложенные данные согласуются с представлениями, что существует взаимосвязь между некоторыми гормонами (эстрадиол, ФСГ, ЛГ, тестостерон) репродуктивной системы и показателями МПК, которая может осуществляться посредством стимуляции костной минерализации и влияния на клетки кости через локальные и системные факторы, контролирующие физиологию костных клеток и костно-клеточного микроокружения.

ДИНАМИКА ПРОЛАКТИНА ПРИ ПРИМЕНЕНИИИ ПИОГЛИТАЗОНА У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА С СПКЯ

Валикова О.В., Мухотина А.Г.

Владивостокский государственный медицинский университет, Россия
Центр Диабета и эндокринных заболеваний, Владивосток, Россия
ГБУЗ ККБ №2

Цель: изучить эффективность пиоглитазона у женщин с нормальной массой тела, с инсулинорезистентностью и гиперпролактинемией на фоне СПЯ.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 5 женщин. В возрасте от 20 до 28 лет с нормальной массой тела и с проявлениями СПЯ. Диагноз выставлялся на основании жалоб на нарушение менструального цикла по типу олиго- или аменории, бесплодие, гирсутизм, акне, данные физикального обследования измерение ИМТ, ОТ. Определялся уровень триглицеридов, трансаминазы, сахар крови, лютеинизирующего, фолликулостимулирующего, тиреотропного гормонов, тестостерона, глобулина, связывающего половые стероиды. Уровень пролактина определялся в трех точках. Определялся уровень инсулина базальный и стимулированный после принятия 75 гр. глюкозы, для оценки инсулинорезистентности оценивалась модель гомеостаза – HOMA-IR. Проводилось УЗИ щитовидной железы, органов малого таза, по показаниям проводилось МРТ головного мозга.

Результаты: у всех обследуемых женщин ИМТ был в пределах 23±2 кг/м, триглицериды 2,6±0,4 ммоль/л, уровень пролактина составил 1460±91 мМЕ/мл, гиперпролактинемия носила функциональный характер, уровень иммунореактивного инсулина был в пределах 40,5±15,5 мМЕ/мл, модель HOMA-IR 6,5±2,5. При ультразвуковом исследовании органов малого таза-картина СПЯ. Все женщины получали пиоглитазон в дозе 15 мг в сутки в течение 6 месяцев. Каждый месяц контролировался вес, уровень триглицеридов и трансаминаз. Через 3 месяца определялся уровень пролактина и ИРИ.

Выводы: на фоне проводимой терапии пиоглитазоном у всех женщин нормализовался менструальный цикл. Уровень триглицеридов нормализовался. Все женщины переносили препарат хорошо. Пролактин нормализовался через три месяца от начала лечения без назначения агонистов дофамина. Величина HOMA-IR и уровень инсулина нормализовались к шестому месяцу лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ P16(INK4a/CDKN2a) В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Вовк И.Б., Задорожная Т.Д., Калюта А.А., Пустовалова О.И.

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Киев

Рост заболеваемости и частота инвалидизации больных раком шейки матки предопределяет необходимость поиска нових диагностических мероприятий и прогностических маркеров онкопатологии у женщин. Папилломавирусная инфекция имеет доказанную связь с развитием злокачественных опухолей нижних отделов половой системы.

Целью работы было определение значения экспрессии p16 (INK4a/CDKN2a) для прогноза и выбора рациональной тактики ведения пациенток с диспластическими процессами эпителия шейки матки и инфицированием вирусом папилломы человека.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 30 женщин репродуктивного возраста (18–39 лет) с патологией шейки матки, средний возраст составил 26±2,3 лет. Использованы следующие методы исследования: ПЦР на выявление ИППП и ВПЧ в соскобах шейки матки; метод Кунса в прямой модификации с использованием флуоресцентного иммуноглобулина к ВПГ-2; бактериологический; расширенная кольпоскопия; гистологическое и иммуноцитогистохимическое исследование. Иммуноцитогистохимическое исследование проводилось непрямым стрептавидин-пероксидазным методом. Для выявления клеточного маркера p16INK4a в клетках эпителия шейки матки использовали CIN tec с моноклональным антителом (Monoclonal anti p16INK4a protein (clone JC8)) для качественного определения онкопротеина p16 в цитологических препаратах и биоптатах шейки матки. Распространенность и интенсивность иммуноцитохимической реакции оценивали полуколичественным методом в баллах, от 0 до 3: а) распространенность (в 8-ми полях зрения) : 0 – нет окрашивания; 1 – менее 10% положительно окрашенных клеток; 2 – более 10% и менее 50% позитивно окрашенных клеток; 3 – гомогенное окрашивание более 50% клеток; б) интенсивность реакции: 0 баллов – нет видимого окрашивания; 1 балл – слабое окрашивание; 2 балла – умеренное окрашивание; 3 балла – выраженное окрашивание.

Результаты. Среди основных жалоб, которые отмечали женщины, были: обильные выделения у 86,7% обследованных, жжение – у 28,3%, на зуд ука-

зывали 21,7% больных. ВПЧ (16-й, 18-й) определялся у 60,0% женщин, при этом у 22,2% обследованных выявлялись ВПЧ (6, 11, 16, 18) типов. Наличие герпетической инфекции в сочетании с ВПЧ (16-й, 18-й) отмечено у 27,8% пациенток. При кольпоскопическом исследовании у 88,9% женщин определялись признаки, соответствующие субклинической форме папилломавирусной инфекции (уксусно-белый эпителий, нежная мозаика и пунктация, а также йоднегативные зоны). При цитоморфологическом исследовании цервикальных мазков отмечалась достаточно выраженная воспалительная инфильтрация, которая была представлена нейтрофилами, лимфоцитами и макрофагами, что свидетельствует о хроническом течении воспалительного процесса у всех обследованных пациенток. Иммуноцитогистохимическое исследование показало положительную экспрессию (от 1-го до 3 баллов) в эпителии и ядрах клеток вирус-положительных женщин. Наиболее выраженная экспрессия (3 балла) отмечалась у женщин с ассоциацией ВПЧ и ВПГ-2, что свидетельствует о наличии неопластических изменений в эпителиальных клетках плоского эпителия шейки матки и подтверждается данными цитоморфологических исследований, при которых были выявлены легкие диспластические изменения у 60,0% обследованных.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали высокую чувствительностьь и информативность иммуноцитогистохимического метода для дифференцирования патологических процессов шейки матки и определения прогноза их течения. Положительная экспрессия p16 (INK4a/CDK2a) в цервикальных мазках и биоптатах шейки матки обследованных женщин от 1-ого до 2-х баллов, а при сочетании инфицирования ВПЧ и ВПГ-2 – до 3-х баллов является информативным диагностическим критерием, свидетельствующим о возрастающем риске развития неопластической трансформации эпителиальных клеток шейки матки у данного контингента пациенток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРТАКОНАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Вознесенская Н.В., Харитонов В.М., Бурганова Р.Ф., Истомина Н.С., Саакян К.

Ульяновский государственный университет, Россия
ГУЗ » Ульяновская областная больница», Россия

Частота встречаемости вульвовагинального кандидоза (ВВК) среди беременных по данным различных авторов колеблется от 30 до 40%, а перед родами наблюдается почти у половины беременных. Лечение ВВК при бере-

менности часто является трудно разрешимой проблемой ввиду резкого повышения эстрогенного влияния на влагалищный эпителий и структурных изменений, происходящих в нем, а также ограниченными возможностями использования антимикотических препаратов.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности препарата Залаин для лечения вагинального кандидоза у беременных. За период с 2010–2011 гг. в отделении патологии беременных ГУЗ » Ульяновская областная больница» г. Ульяновска было обследовано 174 пациентки в возрасте от 15 до 42 лет, у которых выявили генитальный кандидоз. Обследование включало: сбор анамнеза, акушерский осмотр, бактериоскопическое и бактериологическое исследование вагинального отделяемого. Часть обследованных женщин (60 чел.) рандомизировано была разделена на две группы. Пациентки первой группы (n=32) получали однократно 1 вагинальный суппозиторий (залаин 300мг) в задний свод влагалища на ночь. Пациентки второй группы (n=28) получали интравагинально по 1 свече с нистатином (250 тыс ед.) утром и вечером в течение 7 дней. Назначение нистатина в группе сравнения было обусловлено результатами бактериологического исследования, при котором самая высокая чувствительность C. albicans была выявлена именно к этому препарату. Клинический мониторинг беременных осуществлялся через 7 и 14 дней от момента начала лечения. Все лабораторные исследования проводились перед началом лечения, в процессе лечения через 7 и 14 дней. Таким образом, первое исследование служило базовым, по результатам второго можно было судить о клинической эффективности препарата, а третье исследование позволило судить о характере микробиоценоза влагалища по завершению лечения.

За двухлетний период наблюдения вагинальный кандидоз был зарегистрирован у 92,8% беременных женщин, причем пик заболеваемости приходится на возрастную группу 21–30 лет. При первичном обследовании практически все беременные жаловались на наличие обильных или умеренных белей (91,7%). Зуд и раздражение наружных половых органов беспокоили 60% женщин. При исследовании влагалищных мазков 3 степень частоты выявлена в 38±3,67%, случаев, 4 степень – в 62±3,67%. В посевах определялся рост грибов рода Candida и неспецифической флоры. Так обсемененность спорами Candida влагалищного содержимого у обследованных составила 92,8±1,95% в сочетании с условно патогенной микрофлорой: Staphilococcus, E.Coli, Streptococcus epidermidis, Proteus, Klebsiella pneumonia. Бактериологический посев влагалищного отделяемого производили на среду Сабуро. При кандидозной моноинфекции видовое разнообразие распределилось следующим образом: C. albicans – 78±3,14%, C. не-albicans – 14,8±2,69%, среди которых C.tropicalis обнаружили у 10,3±2,3% женщин, C.lambica выявили в 2,8±1,24%, C.pseudotropicalis – в 1,7±0,97%. Определение чувствительности к антибиотикам позволило выявить следующее: C. albicans оказались наиболее чувствительны к нистатину – 90±2,27%, амфотерицину – 83,7±2,8%, клотримозолу–42±3,74%, к флуконазолу чувствительность оказалась значительно ниже – 19,5±3,0%, кетоконазолу –

15,5±2,74%, итраконазолу – 13,2±2,56%. Чувствительность C. ne-albicans к вышеперечисленным препаратам не превышала 20%.

После лечения Залаином положительную динамику отмечали практически все пациентки основной группы 28 (93,3%) уже на 3-и сутки (исчезновение субъективных симптомов заболевания). В группе сравнения к этому сроку бели продолжали беспокоить почти треть беременных – 6 (21,4%). На 7 день при вагинальном осмотре наличие белей послужило поводом для назначения повторного курса терапии у 2 (6,7%) беременных основной группы и 4 (14,3%) беременных группы сравнения. К окончанию лечения клинических проявлений кандидоза не было ни у одной больной. При бактериоскопии пейзаж влагалищного мазка нормализовался у всех беременных основной группы: отмечено снижение количества лейкоцитов до 10–15 в поле зрения, отсутствие грибов рода Candida. Культуральное исследование выявило нормализацию влагалищного биотопа у 29 (96,7%) беременных, у одной больной были обнаружены споры грибов рода Candida (беременная, страдающая гестационным сахарным диабетом) в клинически незначимом количестве. В группе сравнения при бактериоскопическом исследовании мазка споры гриба были обнаружены у 4 (14,3%) женщин. При этом микробный пейзаж был представлен условно патогенной флорой в небольшом количестве. Ни одна пациентка не была исключена из исследования из-за непереносимости препарата или побочных действий лечения сертаконазолом.

Таким образом. эффективность препарата Залаин проявлялась через несколько первых дней лечения значительным ослаблением клинических проявлений и симптомов заболевания, а также отрицательными результатами первого микробиологического тестирования и составила 96,7%.

РОЛЬ СОЧЕТАННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Вознесенская Н.В., Насыров Р.А., Кометова В.В., Савинова Н.А.

Ульяновский государственный ниверситет, Россия
Педиатрическая академия, С.Петербург, Россия

Несмотря на то, что этиологическими факторами РШМ признаны высокоонкогенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ), в последние годы ряд исследователей считает, что для развития РШМ одной ВПЧ-инфекции недостаточно. В таком сложном процессе, как инициация опухолевого роста, могут играть роль другие факторы – комутагены, которые самостоятельно не вызывают мутаций, но усиливают мутагенные эффекты других факторов. К ним можно отнести возбудителей генитальных инфекций, вирусы семейства Herpes Viridae (вирусы простого герпеса (ВПГ) 1–2 типа, цитомегало-

вирус (ЦМВ), вирус Эпштейн-Барра (ВЭБ), которые часто рецидивируют, не вызывают стойкого иммунитета и в последние годы получили широкое распространение во всем мире. Озлокачествление патологического процесса шейки матки чаще всего происходит на фоне иммуносупрессии, при которой ВПЧ-инфекция отличается не только более тяжелым течением, но и резистентностью к терапии и высокой частотой рецидивов.

Цель настоящего исследования – изучить роль сочетанной вирусной инфекции в развитии рака шейки матки.

В результате скрининга на специализированном приеме по патологии шейки матки были выявлены 24 женщины с раком шейки матки. Группу сравнения составили 22 пациентки с CIN II–III. Обследование включало кольпоскопию, цитологическое исследование мазков, оценку инфекционного статуса шейки матки. Проводилась детекция ВПЧ 12 типов посредством полимеразной цепной реакции с использованием наборов «АмплиСенс ВПЧ ВКР скрин-FI», обследование на инфекции, передаваемые половым путем, бактериологический посев на микрофлору. Выполнялось, гистологическое исследование биоптатов экзоцервикса и соскобов эндоцервикса по показаниям. Иммуногистохимическим методом исследовали уровень экспрессии антигенов вирусов ВПЧ, ВПГ, ЦМВ и ВЭБ по схеме, рекомендуемой фирмой производителем. В ходе проведения иммуногистохимического окрашивания выполнялись отрицательные контрольные исследования. В качестве первичных антител использовались первичные поликлональные антитела к вирусу папилломы человека и моноклональные к вирусу Эпштейн-Барр (производство Novocastro). Материалом для иммуногистохимического исследования служили биоптаты шейки матки 46 женщин обеих групп. В первой группе возраст женщин колебался от 28 до 72 лет (средний возраст 44,6+9,4), во второй от 18 до 55 лет (средний возраст 35,4+9,3). Инфицированность женщин с CIN высокоонкогенными штаммами ВПЧ составила 92,3%. При РШМ высокоонкогенные типы ВПЧ обнаружены у всех женщин: 16 тип определялся в 60,7% случаев, 18 тип – в 29,2%, ассоциации с другими типами ВПЧ – до 11,1%. Микроценоз влагалища был нарушен у 77% обследованных женщин. Отмечались ассоциации ВПЧ с уреаплазмозом (20,4%), бактериальным вагинозом (18,6%), микоплазмозом (8,1%), неспецифическим вагинитом (7,6%), хламидиозом (3,2%), кандидозом (3,8%), герпесом (0,2%), цитомегаловирусом (0,2%). Вирус Эпштейн-Барр методом ПЦР обнаружен не был. Возможно, концентрация вируса в мазках с шейки матки ниже порогового диагностического. Иммуногистохимическим методом определяли экспрессию ВПЧ и герпес-вирусов в биоптатах шейки матки в строме и эпителии. ЦМВ в тканях обнаружен не был. По всей видимости, местом его локализации в организме человека являются только биологические жидкости. Вирус простого герпеса был выявлен в эпителии с относительной частотой 0,14–0,18 при CIN и РШМ соответственно. Частота экспрессии ВЭБ и ВПЧ в обследованных группах оказалась достаточно высока, причем при CIN в эпителии с одинаковой частой выделялся и ВЭБ 0,38 (ДИ 0,11–0,64) и ВПЧ 0,36 (ДИ 0,07–0,64). В строме концентрации последнего оказалась в 2 раза выше. При РШМ экс-

прессия ВЭБ возрастает и в строме 0,56 (ДИ 0,15–0,96) и в эпителии 0,44 (ДИ 0,16–0,71), на фоне снижения экспрессии ВПЧ, более выраженного в строме. Мы исследовали частоту ассоциаций вирусов у женщин с CIN и РШМ. Установлено, что ассоциации ВПЧ и ВЭБ встречаются в строме от 33% при РШМ до 37,5% при CIN. В эпителии процент сочетания несколько ниже и составляет 25% и 18.5% соответственно, т.е. у каждой третьей больной патологический процесс на шейке матки развивался на фоне сочетанной вирусной инфекции. Выявлена умеренная прямая корреляция между тяжестью поражения шейки матки при CIN и частой экспрессии ВПЧ и ВЭБ в строме и эпителии (R – 0,48, p=0,02) и выраженная прямая корреляция отмечена при тяжелых дисплазиях (R – 0,74, p<0,00001).

Таким образом, экспрессия ВЭБ в биоптатах шейки матки была выявлена в 44% случаев при CIN II–III и 56% – при РШМ. Вирус определялся как в эпителии, так и в подлежащей строме, что подтверждает факт наличия рецепторов к вирусу в этих тканях. Ассоциация ВПЧ и ВЭБ встречалась в 37% при CIN и 33% при РШМ. Это позволяет сделать вывод о том, что вирус Эпштейн-Барр является ко-фактором развития дисплазий и рака шейки матки. По-видимому, изменения иммунного статуса, обусловленные наличием ВЭБ облегчают ВПЧ-индуцированный процесс малигнизации цервикального эпителия.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОФИЛИЙ У ЖЕНЩИН СО СПОРАДИЧЕСКИМ И ПРИВЫЧНЫМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ

Воропаева Е.Е., Казачкова Э.А.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

В последние годы отмечен рост частоты самопроизвольных абортов, что обусловливает сохранение актуальности проблемы невынашивания беременности, особенно в условиях ухудшения демографической ситуации.

Тромбофилии являются одной из важных составляющих в комплексе причинных факторов привычного невынашивания беременности. В то же время частота выявления тромбофилий у пациенток со спорадическим самопроизвольным абортом изучена недостаточно.

Целью исследования явилось сравнительное изучение частоты тромбофилий у женщин со спорадическим и привычным самопроизвольным абортом.

Материал и методы: У 196 пациенток через 3–4 месяца после спорадического самопроизвольного аборта (I группа) и у 112 женщин с привычным самопроизвольным абортом (II группа) проведено гемостазиологическое

обследование, включая определение маркёров внутрисосудистого тромбообразования. Группу контроля составили 60 гинекологически здоровых женщин, обратившихся по вопросам планирования семьи, имевших в анамнезе одну или несколько беременностей, закончившихся родами с благополучным исходом. При выявлении отклонений от нормативных параметров гемостазиограммы проводили второй этап обследования для установления причин, лежащих в основе этого состояния, включающий определение аутоиммунных и генетически детерминированных маркёров тромбофилии. Диагноз антифосфолипидного синдрома устанавливали в соответствии с международными критериями (Miyakis S. et al., 2006). Проводили молекулярно-генетическое исследование ряда полиморфизмов, ассоциированных с тромбофилией: FV Leiden (1691>A), FII (20210G>A); PAI-1 (675 5G>4G); Fg b (455G>A); MTHFR (677T>C), MTRR (66A>G); рецептор тромбоцитарного гликопротеина GPIIIa (1565T>C); изучали уровень гомоцистеина в крови.

У 32 (16,3%) пациенток I группы и 20 (17,9%) женщин II группы выявлены отклонения от нормативных показателей дважды с интервалом в 6 недель; в группе контроля нарушений в системе гемостаза не зарегистрировано (p=0,001).

Из выявленных нарушений преобладали гиперкоагуляция в сочетании с гиперфибриногенемией (65% и 65,6% соответственно группам), также имели место гиперфункция тромбоцитов (15% и 15,6%), гиперкоагуляция в сочетании с гиперфункцией тромбоцитов и наличием маркёров хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (10% и 12,5%), наличие маркёров хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови на фоне изокоагуляции (10% и 6,3%). Установлено, что нарушения в системе гемостаза у пациенток с невынашиванием беременности достоверно ассоциированы с генитальной микоплазменной (p=0,03) и герпес-вирусной инфекцией неуточнённой локализации в латентной (p=0,001) и активной (p=0,000) стадии. У всех женщин, имеющих гиперкоагуляционные нарушения в сочетании с наличием маркёров хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови, выявлена цитомегаловирусная инфекция.

Определённый антифосфолипидный синдром диагностирован у 2,55% женщин I группы и 10,7% – II группы (p=0,003). Генетические тромбофилии зарегистрированы у 2,04% пациенток I группы и 14,29% – II группы (p=0,002). У 9,82% женщин с привычным самопроизвольным абортом тромбофилическое состояние было обусловлено сочетанием причинных факторов, преимущественно, комбинацией антифосфолипидного синдрома и различных вариантов наследственных тромбофилий, что достоверно чаще, чем у женщин I группы (2,55%, p=0,003).

Таким образом, у пациенток с привычным самопроизвольным абортом достоверно чаще, чем у женщин со спорадическим самопроизвольным абортом, встречаются определённый антифосфолипидный синдром, генетические тромбофилии и комбинация этих факторов.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ПРОГНОЗА И МОНИТОРИНГА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ОСНОВЕ ВПЧ

Габитова Н.А.

Рак шейки матки – тяжелое быстропрогрессирующее заболевание, занимающее 2 место в мире по частоте встречаемости среди злокачественных новообразований у женщин. В настоящее время общепризнанно, что этиологическим фактором РШМ являются определенные типы вируса папилломы человека высокого онкогенного риска. Эпидемиологические исследования показали, что РШМ могут вызывать 18 типов ВПЧ высокого онкогенного риска. В России по частоте встречаемости лидирует ВПЧ 16 типа, однако, эти данные касаются, в основном, европейской и центральной частей России. Практически, неизвестна обстановка по распространенности ВПЧ в регионах Сибири и Дальнего Востока, но именно здесь отмечается наиболее высокий показатель заболеваемости РШМ, лидирующими регионами являются: Читинская область (33,1%$_{000}$), Республика Тыва (25,5%$_{000}$), Томская область (22,7%$_{000}$) [Салчак Ч.Т., Сиразетдинова А.К., Рассеник Т.И., 2008; Чиссов В.И. и соавт., 2007]. В Томской области заболеваемость раком шейки матки (РШМ) составляет 6,5%, а стандартизированный показатель заболеваемости, по эпидемиологическим данным, превышает российский на 33,7%.

Вероятность развития тяжелой дисплазии более чем в 300 раз выше у женщин с персистирующей инфекцией ВПЧ высокого онкогенного риска. Несмотря на то, что в целях ранней диагностики в России уже несколько десятилетий используется цитологический метод, выявляемость больных на III и IV стадиях РШМ не превышает 40%.

РШМ является одной из немногих форм злокачественных новообразований, которые удовлетворяют всем требованиям для проведения популяционного скрининга. Т.е. заболевание имеет вирусную этиологию, хорошо распознаваемую преклиническую стадию, длительный (приблизительно 10 лет) инкубационный период.

Современные тесты на ДНК ВПЧ позволяют определять не только типы, но и концентрацию наиболее распространенных при РШМ вирусов папилломы, что необходимо как для прогнозирования возможности развития злокачественной трансформации эпителия шейки матки, так и для мониторинга ВПЧ инфекции. В многочисленных, исследованиях, проведенных во многих странах мира, в том числе России, показана прямая связь между увеличением вирусной нагрузки и риском развития дисплазий и РШМ.

В настоящее время «золотым стандартом» ВПЧ тестирования во всем мире является Digene-тест, в основе которого лежит метод гибридного

захвата (Hybrid capture II, патент №435/252/3; 435/252.3; C12N001/20; 2004). Клинически значимым порогом, согласно этого теста, является вирусная нагрузка, принятая за 1 условную единицу (100 тыс. геномов вируса/мл, или 1pg/мл), что в перерасчете на копии ВПЧ соответствует $4,5x10^6$/соскоб. Однако этот метод не имеет предсказательной ценности, так как не позволяет определять малозначимое количество вируса, что необходимо для проведения мониторинга течения инфекции и оценки эффективности лечения.

Цель: Разработка комплексной технологии ранней диагностики и профилактики рака шейки матки. Дифференцированное определение типов ВПЧ высокого онкогенного риска и вирусной нагрузки с целью выявления ранних форм РШМ, его прогноза и мониторинга, с учетом региональных особенностей распространения инфекции на территории Томской области.

ВЛИЯНИЕ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ОРГАНИЗМА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

А.Х. Гайдарова, Н.В. Котенко, Л. С. Алисултанова, А.Б. Миорова, Н.И. Дубовицких, С.А. Крикорова, Луферова Н. Б.

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития России, Москва

Восстановление функционального резерва организма является основой лечения хронических неспецифических воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы. Вместе с тем, узкие рамки лекарственной терапии, принятой многими специалистами как единственно верной и «научной» и направленной на снятие тех или иных клинических симптомов если и оказывают общее действие, то как правило, в виде побочных эффектов. Бальнео – и ароматерапевтические методы в некоторой степени, лишены указанных недостатков. Их отличительным общим свойством по сравнению с действием лекарственных препаратов, является способность активизировать реакции целого организма.

С целью научного обоснования применения бальнеологических и ароматерапевтических методов лечения в комплексной программе восстановления репродуктивной функции у женщин детородного возраста с хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями органов малого таз мы определили динамику функционального резерва организма наших 87 пациенток в возрасте от 25 до 45 лет, проходивших стационарное лечение в гинекологическом отделении реабилитационного комплекса Центра до и

после лечения. Лечебно – оздоровительные мероприятия включали в себя бальнеотерапию (общие йодобромные ванны – 52 человек) ароматерапию (аромованны сложного композиционного состава – 35). Все процедуры (на курс 10–12 процедур) проводились ежедневно. Учитывая непосредственную связь психо-эмоционального состояния и физического, в рамках проводимого лечения использовали методы психокоррекции.

В основу принципа оценки резервных возможностей организма был заложен анализ субъективных данных по показателям соматического и психоэмоционального состояния женщин, объективные данные интегральной комплексной скрининг-диагностики «ДИАМЕД-МБС» и показатели соматического и психо-эмоционального состояния, данных психологического тестирования САН, теста Спилберга. Объективная оценка проводилась при помощи аппаратно-диагностического комплекса интегральной экспресс-оценки функционального состояния организма человека «ДИАМЕД-МБС», в основу которой заложены следующие методы: вариабельность сердечного ритма по Баевскому, регистрация электросоматограммы организма человека путем перекрестного электрического зондирования 22-х отведений, метод биоэлектрограммы (кирлианографии), основанный на анализе свечения кожного покрова, стимулированного импульсами электрического поля. Психоэмоциональное и соматическое состояние оценивалось по следующим объективным клинически значимым показателям, снимаемым при помощи медицинской технологии «ДИАМЕД-МБС»: вариабельность сердечного ритма, стресс-индекс, шкале рисков развития заболеваний, 9 и 10 отведениям, характеризующим наличие стресса, депрессии, количественная оценка по изменению таких показателей как площадь, энтропия и симметрия с фильтром и без фильтра и аналитическая оценка с помощь секторального подхода.

Эффективность лечения в группе обследованных пациентов по данным комплексной скрининг-диагностики функционального состояния организма человека составила 72%. Восстановление регулярных менструаций в течение первых трех месяцев после лечения отметили 82,8% больных. При оценки гормонального статуса выявлено восстановление нормальной цикличности центральных и периферических половых гормонов у 78% женщин. Анализ динамики показателей иммунного статуса свидетельствовал о физиологической иммунокоррекции. В основе механизма неспецифического действия природных факторов лежит их способность оказывать комплексное активирующее влияние на функциональные системы, которые трансформируют местные реакции на уровень целого организма. активизируя резервные возможности, на что указало достоверное суммарное увеличение показателей резерва здоровья с 39 до 76% среди обследованных пациентов.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

А.Х. Гайдарова, Л. С. Алисултанова, А.Б. Миорова, С.А. Крикорова, Н.В. Котенко, Н.И. Дубовицких, Н.А. Деревнина, А.С. Бобкова

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Восстановление фертильности у женщин детородного возраста в условиях сложной демографической ситуации – задача, выходящая за рамки только медицинской. Расстройство репродуктивной функции может быть следствием множества причин, среди которых превалируют хронические воспалительные заболевания матки и придатков. Они характеризуется длительным и упорным течением, ведут к стойкому нарушению генеративной функций, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и невынашивания беременности. Проблемы эффективного лечения воспалительных заболеваний органов женской половой системы, несмотря на широкий арсенал средств, и методов, сохраняет свою актуальность.

Целью настоящего исследования явилась – разработка и научное обоснование применения немедикаментозных физиотерапевтических и бальнеологических методов лечения в комплексной программе восстановления репродуктивной функции у женщин детородного возраста с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки.

Нами обследовано и пролечено 100 женщин детородного возраста (средний возраст 32,6 +/-1.2 года) с хроническим неспецифическим аднекситом в стадии ремиссии. В зависимости от результатов комплексного обследования больные были разделены на сопоставимые группы. Больным I группы (35 человек) проводил интерференцтерапию по методу электросна от аппарата «Stereodinator-728» с частотой 200 Гц по лобно-затылочной методике. Процедуры проводились ежедневно по 15 минут, на курс 10–12 процедур. Больным II группы (40 человек) провели комплексное лечение, состоящее из общих йодобромных ванн и вагинальных орошений с температурой воды 36°С по 15 минут и интерференцтерапии по вышеописанной методике. Процедуры

проводились ежедневно, курс лечения состоял из 10–12 процедур. Больным III группы (25 женщин) провели лечение ароматическими ваннами сложного композиционного состава, t° 35–37°С, ежедневно. На курс 10–12 процедур.

К концу лечения купирование болей отмечали 95% больных II, 85,6% – I и 76% пациенток III групп. Восстановление регулярных менструаций в течение первых трех месяцев после лечения отметили 62,8% больных I группы, 87,5% и 76% – II и III групп соответственно. Оценка динамики гормонального статуса больных выявила восстановление циклической секреции ЛГ и ФСГ, повышения уровня эстрадиола и прогестерона соответственно фазам менструального цикла.

Анализ динамики показателей иммунного статуса свидетельствовал о преимущественном влиянии интерференцтерапии на восстановление иммунорегуляторной субпопуляций Тμ-лимфоцитов и выравнивание дисбаланса иммунорегуляторных субпопуляций. Включение в лечебный комплекс бальнеотерапии способствовало восстановлению дисбаланса иммунорегуляторных Т-клеточных субпопуляций, иммуноглобулинов классов G, A. Анализ результатов РЭГ и УЗДГ-исследований свидетельствовал о редукции ангиоспастических реакций, повышении пульсового кровенаполнения, снижении тонуса артериол и прекапилляров, повышении эластичности сосудов и снижении сосудистого сопротивления.

Перспективность предложенных методик в лечении данной категории больных, основано на неинвазивности (что крайне актуально в условиях напряженной эпидемиологической ситуации), возможности дифференцированного и целенаправленного действия на различные звенья патогенеза заболевания, повышении адаптационных возможностей организма при минимальном риске развития побочных и аллергических реакций. Отсутствие затрат на дорогостоящие лекарственные средства, отсутствие расходного материала при высокой терапевтической эффективности делают эти методы терапии не только конкурентоспособным, но и методом выбора в лечении больных с хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы.

ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОСОНОГРАФИЯ – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ БЕСПЛОДИИ И СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ В МАЛОМ ТАЗУ

Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Барабанова О.Э., Векилян О.М., Лаптева Н.В.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

До настоящего времени «золотым стандартом» диагностики состояния маточных труб, а также спаечного процесса в малом тазу является лапароскопия. Однако, очевидно, что этот метод не может являться скрининговым, а также не позволяет в динамике оценивать необходимые параметры. Наиболее хорошо зарекомендовавшим себя методом исследования проходимости маточных труб является гистеросальпингография (ГСГ). Наряду с этим методом исследования широкое применение нашла также и гистеросальпингосонография (ГССГ).

Целью явилось определение и сравнение диагностической ценности ГСГ и ГССГ при оценке состояния маточных труб у пациенток с тазовыми перитонеальными спайками (ТПС) и бесплодием.

В исследование было включено 200 пациенток с бесплодием и ТПС, получивших хирургическое лечение в гинекологическом отделении ГКБ №79 (г. Москва). Наличие спаечного процесса у всех больных основной группы было верифицировано при проведении лечебно-диагностической лапароскопии. ГСГ была проведена 100 пациенткам с ТПС и бесплодием. Исследование проводилось в течение предшествующих 2–3 месяцев на этапе предоперационного обследования в пролиферативную фазу цикла. ГССГ проведена с использованием ультразвуковых приборов фирмы «Aloka» SSD-2000, «Aloka» SSD-900 (Япония) с использованием трансвагинального датчика частотой 6,0 МГц на 5–9 день менструального цикла 100 пациенткам с ТПС и бесплодием. Проводилось сравнение заключений методов предоперационной оценки с результатами верификации состояния маточных, оцененных при лапароскопии.

Всего было проведено исследование проходимости 400 маточных труб (2 маточные трубы у 200 пациенток). 100 пациенткам с ТПС и бесплодием была проведена ГСГ, 100 – ГССГ. Оценивалась проходимость маточных труб, наличие перитубарных спаек, а также состояние слизистой оболочки.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что чувствительность и специфичность методик ГСГ и ГССГ при оценке проходимости маточных труб сопоставимы. При этом чувствительность методов составляет 80,1% и 78,5%, соответственно. Специфичность методов не превышает 70%,

что свидетельствует о том, что при положительном результате вероятность наличия нарушения проходимости маточных труб не превышает данную вероятность. Специфичность методов существенно повышается и достигает 90% в случае наличия двусторонней дистальной окклюзии маточных труб. Методика ГСГ на основании предложенных критериев: «атипичное (вертикальное) расположение маточных труб», выраженная извитость маточной трубы «конвуляция», наличие эффекта «венчика» вокруг маточной трубы («двойной контур»), отсутствие растекания контраста при выходе из маточной трубы с формированием локусов его скопления в области дистального отдела с четкими контурами («локуляция»), позволяет предположить наличие перитубарных спаек. При проведении ГССГ возможно выявить спаечный процесс малом тазу только при наличии хотя бы частично проходимых маточных труб, т.е. в условиях, когда контрастное вещество изливается в малый таз. Наличие жидкости в малом тазу позволяет визуализировать пленчатые спайки и серозоцеле.

Наличие признака «булыжной мостовой» выявляется при ГСГ и свидетельствует о нарушении складчатости слизистой оболочки. Наиболее информативной процедурой является ГСГ в случае наличия гидросальпинксов, когда визуализируются внутрипросветные повреждения. Оценка состояния слизистой оболочки при проведении ГССГ невозможна.

Выводы:

1. ГСГ позволяет оценить проходимость маточных труб (чувствительность – 80,1%, специфичность – 67,5%), наличие перитубарных спаек, а также оценить состояние слизистой оболочки маточной трубы. ГССГ дает информацию только о проходимости маточных труб (чувствительность – 78,5%, специфичность – 71,4%).Чувствительность и специфичность методов ГСГ и ГССГ сравнима при оценке проходимости маточных труб.

2. В случае наличие дистальной окклюзии диагностическая ценность ГСГ и ГССГ повышается. При этом ГСГ не позволяет оценить наличие перитубарных спаек, но дает информацию о состоянии слизистой оболочки маточной трубы.

3. Оценка не только проходимости маточных труб, но и состояния слизистой оболочки и наличия перитубарных спаек с использованием ГСГ как метода исследования первой линии, а не ГССГ, является важной для определения тактики лечения пациенток с ТПС и бесплодием.

ХАРАКТЕР НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВЫМИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМИ СПАЙКАМИ

Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Барабанова О.Э., Товмасян В.М., Лаптева Н.В.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Проблема формирования спаечного процесса после воспалительных заболеваний придатков матки до настоящего времени недостаточно освещена в литературе. Роль фактора роста соединительной ткани (ФРСТ) и его участие в формировании спаек доказана уже около 10 лет назад. Согласно оригинальным данным, гистопатологическая структура спаек представлена в следующем виде: мононуклеарные клетки, фибробласты, адипоциты, эндотелиальные клетки сосудов, а также коллагеновые волокна. Данные компоненты спаек, согласно проведенному исследованию, находятся в определенном соотношении.

Цель настоящего исследования: выявить внешние фенотипические особенности наследственных нарушений соединительной ткани у пациенток с тазовыми перитонельными спайками различных стадий распространения на основании анализа наличия или отсутствия соответствующих признаков.

В соответствии с поставленными задачами в исследование было включено 200 пациенток с тазовыми перитонеальными спайками ТПС (основная группа), получивших хирургическое лечение в гинекологическом отделении ГКБ №79 (г. Москва). Наличие спаечного процесса у всех больных основной группы было верифицировано при проведении лечебно-диагностической лапароскопии по поводу различных гинекологических заболеваний. Все пациентки основной группы были разделены на 2 подгруппы в зависимости от стадии спаечного процесса согласно классификации аднексальных спаек Американского общества фертильности согласно результатам эндоскопического исследования: 1 группу составили 67 (33,5%) пациенток со спаечным процессом в малом тазу 1–2 стадии распространения, 2 группу – 133 пациентки (66,5%) со спаечным процессом в малом тазу 3–4 стадии распространения.

Группу сравнения составили 35 пациенток без спаечного процесса в малом тазу, которым проводилась стерилизация маточных труб лапароскопическим доступом.

Проанализирована частота встречаемости внешних фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани у пациенток с различными стадиями распространения тазовых перитонеальных спаек, а также у пациенток группы сравнения. В анализ были включены признаки, которые было возможно оценить на основании осмотра пациенток, измерения необходимых параметров тела, а также анамнеза жизни и наличия хронических заболеваний:

Согласно полученным данным, у пациенток 2 группы наиболее часто регистрировалось наличие плоскостопия (88,0%), образование гематом при незначительных травмах (77,4%), миопия и сколиотическая деформация позвоночника регистрировалась примерно в 60% всех случаев. Наиболее часто встречаемым признаком у пациенток с 1–2 стадиями распространения явилось плоскостопие (50,7%), примерно у 30% больных в равной мере встречалась различная комбинация признаков (сколиотическая деформация позвоночника, нарушение роста зубов, миопия, а также образование гематом при незначительных травмах).

Проведенный анализ позволил выявить интересную закономерность: среди пациенток с 1–2 стадиями распространения спаечного процесса в малом тазу, наиболее часто выявлялся фенотип в виде повышенной диспластической стигматизации (около 70%). Это означает, что практически у каждой второй пациентки возможно было выявить от 3 до 5 признаков, свидетельствующих о дисфункции соединительной ткани. При этом, ни в одном из случаев не было зафиксировано наличие элерсоподобного фенотипа. Среди пациенток с перитонеальными спайками 3–4 стадиями распространения у каждой второй выявлялось более 6 фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, что позволило отнести их в группу «неклассифицируемого фенотипа». Элерсоподобный фенотип был выявлен в 9% случаев.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что пациентки с тазовыми перитонеальными спайками имеют ряд фенотипических особенностей, связанных с дисплазией соединительной ткани. Степень изменения фенотипа связана со стадией распространения спаечного процесса. Полученные данные косвенно свидетельствуют о наличии системной патологии соединительной ткани, которая, при данной степени выраженности, не является основанием для обращения больных в профильные клиники. Результаты анализа согласуются с данными литературы о роли наследственных факторов в патогенезе спаечного процесса в малом тазу и уточняют механизмы его формирования с учетом патологии субстрата, составляющего основу спайки (соединительная ткань).

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОНКОБЕЛКА Е7 ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ

Гаспарян С.А., Овчинникова О.С

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цервикальный рак занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости и смертности, уступая только раку молочной железы. Несмотря на значительные успехи в изучении этиопатогенеза предраковых и раковых поражений шейки матки, постоянный поиск и оптимизацию профилактических мероприятий, обозначилась тревожная тенденция роста заболеваемости раком шейки матки у пациенток раннего репродуктивного возраста.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности метода определения онкобелка Е7 в цервикальных пробах у гинекологических больных, инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска (16 и 18 тип).

Объект и методы исследования: 72 пациенткам в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст 37 лет +/-1 год) был выполнен тест на ВПЧ 16,18 типов (ПЦР). Тем из них, у которых было впервые выявлено клинически значимое количество ВПЧ, выполнили тест на онкобелок Е7 (ИФА с использованием иммуноферментной тест-системы НПФ «Миракс-Фарма»). Всем пациенткам с положительным тестом на ВПЧ были выполнены кольпоскопия и цитологическое исследование (результаты трактовались по системе Бетесда).

Результаты и обсуждения: у 32 пациенток выявлено клинически значимое количество ВПЧ 16, 18, из них у 21 – тест на онкобелок Е7 был положительным. Среди последних аномальная кольпоскопическая картина была выявлена у 18 (85,7%), HSIL – у 16 (76,2%) обследованных. Из 11 пациенток, у которых тест на ВПЧ был положительным, а на онкобелок отрицательным – аномальная кольпоскопическая картина и HSIL выявлены у 1 (9,1%).

Таким образом, определение онкобелка Е7 в соскобе из цервикального канала показало высокую эффективность при выявлении цервикальных интраэпителиальных неоплазий в сравнении с традиционными методами обследования шейки матки.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Гаспарян С.А., Кипкеева Р.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Россия

Воспалительные заболевания органов малого таза относятся к числу наиболее распространенных патологических процессов в гинекологической практике, частота которых составляет 60–65% от числа амбулаторных больных.

В настоящее время стандартом лечения ВЗОМТ является внутривенное введение 400 мг офлоксацина каждые 12 часов в течении 48 часов, с последующим переходом в той же дозе на пероральный прием в течении 12 суток (общий курс лечения 14 дней). В связи с наличием анаэробной флоры лечение дополняется внутривенным введением 100 мл метронидазола, каждые 8 часов. По данным литературы не отмечено значимого снижения таких осложнений как бесплодие и эктопическая беременность.

Целью данного исследования явилась оптимизация лечения ВЗОМТ введением азитромицина (Сумадеда) с разной кратностью и длительностью.

Объект и методы: 30 больным в возрасте от 45 до 58 лет имевших показания для гистерэктомии без ВЗОМТ, с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений вводили внутривенно азитромицин (Сумамед) по 500 мг 1 раз в 24 часа двукратно (последнее введение за 5 дней до ожидаемой операции). После гистерэктомии определяли концентрацию антибиотика в непораженной ткани матки методом диффузии в агар.

Результаты и обсуждения: выявлено, что на 5 день после инфузии азитромицина (Сумамеда), его концентрация превышала минимально подавляющую для основных возбудителей в среднем в 12 раз (известно, что эффективным препарат считается при превышении МПК в 6 раз).

Таким образом, выявлена способность азитромицина (Сумамеда) проникать и сохранять высокие тканевые уровни в непораженных участках матки на 5 день после двукратного введения, что может сокращать кратность и сроки его введения.

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б., Долженко И.С.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия
Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова, Россия

Нарушение менструального цикла выявляют у 25–28% девочек-подростков старше 15 лет. Эта патология является осложнением, вызванным нарушением работы гипоталамо-гипофизарной системы, и сопровождается изменением вегетативного равновесия и гормональным дисбалансом. Поэтому таких девушек-подростков следует относить к группе риска в целях сохранения их репродуктивного здоровья.

Цель исследования. Оценить результативность центральной электротерапии в коррекции системы регуляции мозгового кровообращения у девочек-подростков с нарушением ритма менструаций и синдромом вегетативной дистонии смешанного типа (СВД СТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 пациенток в возрасте 15,9±0,3 лет с неустановившемся ритмом менструаций более чем через 1 год после менархе. Все испытуемые предъявляли жалобы на нерегулярные менструации, головные боли, плохой сон. У каждой 2-й девочки констатирована перинатальная патология ЦНС или психотравмирующие ситуации. СВД СТ явился клинически манифестным у всех обследованных пациенток при неустойчивости показателей АД и вариабельности частоты пульса в течение суток вне нормативных значений. В комплексное лечение 32 больных (I группа) интодом случайной выборки включили 7 процедур инфита-терапии в дистанционном режиме воздействия. Во II группу пациенток вошла каждая четвёртая девочка из всех обследованных (14 человек), которые получали только медикаментозную терапию, направленную на улучшение церебральной гемодинамики. Эффективность проведенного лечения оценивали по динамике общего состояния, изменениям показателей ЭКГ, ЭЭГ и РЭГ.

Результаты и их обсуждение. До лечения ЭКГ 81,1% девочек была нормальной, а у остальных отмечены признаки метаболических нарушений в миокарде. На ЭЭГ всех пациенток отмечали общемозговые изменения ирритативного характера с признаками дисфункции срединно-стволовых структур мозга. При визуальной оценке РЭГ у пациенток до лечения выявлены при-

знаки нарушения венозного оттока в бассейне сонных артерий и нарушения гемодинамики в вертебробазилярном бассейне. Характерным явилось снижение тонуса мозговых артериол и венул, нестабильное, периодически сниженное пульсовое кровенаполнение, межполушарная асимметрия.

Выбирая оптимальный вариант немедикаментозного центрального регулирующего физиовоздействия, мы руководствовались реальной клинической задачей на данный момент – восстановление нормальной вегетативной регуляции церебральных структур путем улучшения артериального и венозного мозгового кровообращения.

Все пациентки I группы физиотерапию переносили хорошо, негативные реакции на лечение отсутствовали. По окончании курса физиотерапии у 85,7% пациенток, получавших центральную регулирующую инфита-терапию, отсутствовали церебральные и общеневротические жалобы, лабильность АД и частоты пульса отсутствовала.

Через 2 месяца после инфита-терапии у 90,6% пациенток I группы отсутствовали жалобы на головную боль и плохой сон. Лабильность АД и частоты пульса отсутствовала. Восстановление регулярного менструального цикла отмечено у 78,1% пациенток. Результаты ЭКГ не отличались от нормативных значений. На ЭЭГ покоя у пациенток доминировал α-ритм с максимальной амплитудой в затылочных областях, пространственное распределение которого было сохранено. С учетом исходного визуального и количественного анализа данных РЭГ наиболее достоверным оказались повышение тонуса мелких мозговых сосудов при уменьшении их кровенаполнения, которое сопровождало повышение давления в бассейне внутренней сонной артерии.

Через 2 месяца при проведении только медикаментозной негормональной терапии только у 50% пациенток II группы отмечен регулярный менструальный цикл, а у 35,7% отсутствовали жалобы на головные боли. Динамика показателей ЭЭГ и РЭГ были менее значимы, в сравнении с девочками, получавшими физиотерапию. Показатели ЭКГ не отличались от нормативных значений.

Таким образом, лечебное действие инфита-терапии через неконтактное воздействие оптико-таламо- и гипофизо-гипоталамическую системы, по-видимому, активирует ретинальный метаболизм и регулирует подкорково-кортикальные биоэлектрические процессы обмена нейромедиаторов. Это способствует улучшению микроциркуляции, в мозговых сосудах, что приводит к восстановлению нормальной церебральной нейродинамики и кровообращения. Полученный результат будет стабилен в случае проведения однонаправленной с физиопроцедурами медикаментозной негормональной терапии в периоде их последействия.

Выводы. Таким образом, полученные клинические результаты свидетельствуют о высокой клинической результативности дистанционной инфита-терапии при лечения девочек-подростков с нарушением ритма менструаций и СВД СТ, является безопасной и хорошо переносится.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОЛЛЬ-ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б., Долженко И.С.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия
Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова, Россия

Нерегулярный менструальный цикл имеют от 48,1% до 55,0% девочек пубертатного возраста. Предупреждение и терапия таких нарушений является важной медико-социальной проблемой, т.к. от ее решения зависит профилактика возможных расстройств репродуктивной функции в будущем.

Цель исследования. Определить возможности Фолль-диагностики в оценке эффективности применения инфита-терапии у девочек с нарушением ритма менструаций и синдромом вегетативной дистонии смешанного типа (СВД СТ).

Материалы и методы. Обследованы 54 девочки 15–18 лет с неустановившемся ритмом менструаций в течения 1 года с менархе и СВД СТ. Вегетативная лабильность у всех обследованных пациенток проявлялась в неустойчивости показателей АД и вариабельности частоты пульса в течение суток вне нормативных значений. Клиническую эффективность до и после лечения оценивали по клиническим критериям общего состояния и результатам Фолль-диагностики, которую проводили с целью исследования функционального состояния вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы.

В лечение 36 больных (I группа) включили 7 процедур инфита-терапии в дистанционном режиме воздействия. Во II группу вошла каждая 3 пациентка из обследованных (18 человек), которые получали только сосудистые препараты, улучшающие мозговой кровоток. У каждой 2 девочки в обеих группах на основании медико-психологического тестирования исходный вегетативный тонус определялся как с преимущественно симпатикотоническими (IC и IIC группы) или ваготоническими проявлениями (IB и IIB группы), что позволило провести сравнительное исследование.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки до лечения предъявляли жалобы на нерегулярные менструации, утомляемость, похолодание конечностей. До лечения показатели измерения электропроводности в биологически активной зоне (БАЗ) «рука-рука» по Фоллю в IC и IIC группах составили 88,0±0,1 и 87,9±0,4, а в IB и IIB группах 78,9±0,9 и 77,1±0,9 у.е. соответственно. Данные в сравниваемых группах были статистически однородны

и подтверждали выраженность симпатикотонической или ваготонической вегетативной регуляции по типу гипер– или гипоэргии. В обоих случаях интегральный показатель – вегетативный индекс Кердо (ВИК) в IC и IIC группах был 3,4±0,3 и 5,0±0,2, а в IB и IIB группах был -2,5±0,1 и -2,7±0,1 у.е. соответственно, что подтверждает симпатикотонические или ваготонические влияния в сердечно-сосудистой системе.

По окончании инфита-терапии уровень электропроводности по Фоллю в БАЗ «рука-рука» у пациенток IC и IIC групп снизился ($p<0,05$) и составил 84,1±0,3 и 83,0±0,3 у.е. при ВИК=0, что в обоих случаях соответствовало типу неспецифической реактивности «нормоэргия», а тонус ВНС соответствовал «эйтонии». Однако у пациенток IIC группы медикаментозное лечение следовало продолжать, а больные IC группы находились в периоде последействия физического стимула, т.е. в периоде продолжения развития физических и физико-химических процессов в организме.

Аналогичные результаты получены и у пациенток с преимущественными ваготоническими влияниями в сердечно-сосудистой системе. Так, показатели измерения электропроводности в БАЗ «рука-рука» IB и IIB группах снизились ($p<0,05$), составив 84,1±0,5 и 82,9±0,6 у.е. при ВИК=0.

В течение 2 месяцев после лечения общеневротические и вегетативно-сосудистые жалобы отсутствовали у всех обследуемых девочек, а регулярный ритм менструаций установился у 88,9% пациенток IC и у 50,0% – IIC групп; у 77,8% пациенток IB и у 55,6% – IIB групп. Однако надо отметить, что продолжительность положительного эффекта у пациенток IB оказался непродолжительным, составив 3 месяца. По-видимому, влияние дистанционной инфита-терапии неоднозначно и определяется исходным функциональным состоянием мозговых сосудов. Особенностью пациенток IB является нарушение церебральной гемодинамики в виде снижения тонуса мелких церебральных сосудов при затруднении венозного оттока из черепа и в вертебробазилярном бассейне, где исходно отмечено снижение тонуса артерий крупного калибра и повышение кровенаполнения. Поэтому у пациенток IB дистанционную инфита-терапию следует дополнить гальванизацией «воротниковой» зоны, рефлекторно влияющую на тонус в позвоночных сосудах, определяя состояние гемодинамики на трассе от сердца до мозга в целом. Получены предварительные позитивные результаты.

Выводы. Таким образом, у юных пациенток с нарушением ритма менструаций и СВД СТ сопровождается изменениями электропотенциалов в БАЗ. Использование физиотерапии в лечении девочек с указанной патологией является клинически эффективным и адекватно подобранным вариантом лечения, что подтверждается Фолль-диагностикой. Выбор и назначение действенного лечебного физического фактора должен быть обусловлен системным подходом, выявляющим «патологические» звенья организма, которые реагируют на его действие в виде усиления или компенсации, с тем, чтобы заболевание не прогрессировало.

ОСОБЕННОСТИ СТИМУЛЯЦИЯ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОМОСОМНЫМИ ТРАНСЛОКАЦИЯМИ В КАРИОТИПЕ

Глинкина Ж.И., Микаелян В.Г., Алиева К.У., Киндарова Л.Б., Беляева Н.А., Губаева З.М., Сокур С.А., Калинина Е.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологи и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Среди супружеских пар с НРФ частота хромосомных нарушений значительно выше по сравнению с общепопуляционной. Уровень хромосомных аберраций у этой группы пациентов может варьировать от 1.8% до 8%. При этом хромосомные изменения в общей популяции встречаются с частотой от 0.1% до 0.5%.

При включении супружеских пар в программу ВРТ, необходимо учитывать, что пациенты с измененными кариотипами имеют высокий риск рождения детей с хромосомной патологией, у них чаще отмечаются спонтанные аборты из-за появления у потомства несбалансированных транслокаций, анеуплоидий в кариотипе как следствие неправильного расхождения хромосом в мейозе.

В исследование было включено 27 супружеских пар, где один из супругов являлся носителем сбалансированной транслокации.

У 12 супружеских пар, один из супругов имел в кариотипе реципроктную транслокацию (6 женщин и 6 мужчин). У 15 пар один из супругов был носителем робертсоновской транслокации (5 женщин и 10 мужчин). Всего у пациентов был проведен 41 цикл стимуляции суперовуляции.

Среднее количество ооцитов в парах с мутациями у женщин составило 5.52±3.15, в парах с мутацией у мужчин – 5.75±2.51 (p=0.5098, тест Манна-Уитни). Однако, среднее количество эмбрионов в парах с мутациями у женщин составило 2.57±2.44, в парах с мутациями у мужчин – 3.85±1.87 (p=0.01984, тест Манна-Уитни), что было статистически значимым.

При анализе результатов стимуляции в зависимости от вида транслокации было выявлено, что в группе носителей реципрокных транслокаций оставалась та же тенденция в зависимости от пола, что и в группе в целом: меньшее количество ооцитов и эмбрионов было получено в парах, где носителем мутации являлась женщина. Что касается группы с робертсоновскими транслокациями, то количество полученных эмбрионов было также меньше в парах, где носителями мутации были женщины. Однако в этой подгруппе было отмечено большее количество полученных ооцитов, хотя разница и не явилась статистически значимой (p =0.0831, тест Манна-Уитни).

На основании полученных данных, можно сделать следующие основные выводы: существует корреляция между типом хромосомной аберрации в кариотипе пациентов и количеством полученных ооцитов и эмбрионов в

рамках программы ВРТ; более благоприятный ответ яичников на стимуляцию суперовуляцию и получение эмбрионов следует ожидать у женщин с робертсоновскими транслокациями; кроме того, количество полученных эмбрионов зависит от пола носителя аберрации. В супружеских парах, где носителями транслокаций является мужчина, получается большее количество эмбрионов визуально хорошего качества.

ПАРАЗИТОЦЕНОЗЫ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

Горностаева И.Н., Грибова С.Н., Липатова И.О.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им В.И. Разумовского» Минздравсоцразвития России, Москва

Воспалительные заболевания репродуктивной системы женщин являются одной из актуальных проблем современной гинекологии, которые по-прежнему занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний. В современных условиях все большее значение в этиологии воспалительных заболеваний органов малого таза приобретают полимикробные ассоциации с различной степенью значимости микроорганизмов-ассоциантов. Неэффективность лечения воспалительных заболеваний репродуктивного тракта женщин часто связана с тем, что при назначении терапии не учитываются роль ведущего патогена и особенности взаимодействия сочленов паразитоценоза.

Цель исследования повышение качества диагностики и лечения женщин с хроническими воспалительными заболеваниями репродуктивных органов на основании анализа микробиологических признаков течения заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 83 женщин с обострением хронического сальпингоофорита (ХСО) и 96 женщин с кольпитами. Для культивирования микроорганизмов использовали питательные среды и диски с антибиотиками производства «HiMedia Laboratoris Pvt Ltd» (Индия). Диагностическое выделение хламидий на культуре клеток осуществляли с использованием перевиваемой линии Vero. Выявление Chlamydia trachomatis в культуре осуществляли с помощью иммунофлюоресцентного метода («Хламоноскрин-2» производства «Ниармедик»). Индикацию специфических антител классов IgM и IgG осуществляли методом иммуноферментного анализа на тест-системах ImmunoComb Orgenics (Израиль). Для диагностики Trichomonas vaginalis исследовали нативные препараты, выполняли бактериоскопию по Романовскому-

Гимзе, культуральное выделение Trichomonas vaginalis на питательных средах производства НПО «Питательные среды» (Махачкала, Россия). Для диагностики хламидиоза, микоплазмоза, вируса простого герпеса, цитомегаловируса в урогенитальной системе использовали метод ПЦР. Исследования выполняли на амплификаторе ДНК «Терцик-МС-2» НПФ «ДНК-Технология» (г. Москва) с отечественными диагностическими наборами ООО «Литех».

Результаты. У пациенток с кольпитами и ХСО в репродуктивном тракте был выявлен смешанный паразитоценоз, характеризующийся наличием хламидий, активным анаэробным компонентом (Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, анаэробными бактериями, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и грибковыми ассоциантами. Хламидии, уреаплазмы, Staphylococcus spp., достоверно чаще обнаруживали у пациенток с обострением ХСО, в то время как в группе женщин с кольпитами чаще регистрировали Candida alb. и представителей семейства Enterobacteriacea. У пациенток сравниваемых групп с кольпитами и ХСО не отмечено статистически достоверных различий по частоте выявления в репродуктивном тракте трихомонад, микоплазм, Streptococcus spp. и анаэробных бактерий, ассоциированных с бактериальным вагинозом. У женщин с кольпитами в 75% случаев в культуре клеток Vero хламидии выделялись в персистентной форме микроорганизма, тогда как у 72,5% пациенток с ХСО регистрировали метаболически активные формы хламидий. IgG-специфические антитела к Chlamydia trachomatis в низких титрах (1/4–1/16) выявлены у 70% пациенток с кольпитами, что достоверно чаще, чем у женщин с ХСО (27,5%, $p<0,05$). «Пограничные» в диагностическом плане титры (1/32–1/64) зарегистрированы у женщин сравниваемых групп с одинаковой частотой (27,5% в обеих группах). Высокие титры специфических антител (1/128–1/1024) обнаружены у 45% женщин с ХСО и только у 2,5% женщин с кольпитами. Таким образом, если микроорганизм в биологических секретах определяется иммунологическими методами, а при изоляции в культуре клеток получен отрицательный результат или обнаруживается его персистирующая форма, то он вряд ли может быть этиологически значимым компонентом паразитоценоза.

Согласно полученным данным, наибольшей эффективностью в отношении хламидий обладали офлоксацин, ровамицин, пефлоксацин, джозамицин; в отношении микоплазм и уреаплазм – офлоксацин и клиндамицин, в отношении стафилококков – офлоксацин, пефлоксацин и джозамицин. На этом основании этиотропная антибактериальная терапия включала офлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки per os в течение 14 дней (25 пациенток) или 21 дня (35 пациенток) и флагила по 500 мг трехкратно в течение 7 дней. Контроль эрадикации инфекта проводили через 5–6 недель после окончания этиотропной терапии. В обеих исследуемых группах получен клинический эффект; бактериологическая эффективность применения антибиотика, к которому чувствительна лидирующая микрофлора, в комплексной схеме лечения обострения ХСО в течение 21 дня составила 97,1%, что достоверно выше, чем при аналогичной схеме лечения с применением того же препарата в течение 14 дней (76%) ($p<0,05$).

Выводы. Результаты исследований позволяют заключить, что серологические методы этиологической верификации воспалительных заболеваний репродуктивных органов в могут быть отнесены к категории вспомогательных, а выделение микроорганизмов в культуре – к основным методам этиологической диагностики. Следовательно, необходимо корректировать стратегию лечения хламидийной инфекции с учетом данных метаболической активности выделенной культуры возбудителя.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Грачев Г.А., Соснова Е.А.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: Определить качество жизни пациенток репродуктивного возраста, перенесших эмболизацию маточных артерий (ЭМА) в качестве метода лечения миомы матки.

Материал и методы исследования: Нами проведено анкетирование 98 пациенток репродуктивного возраста, страдающих миомой матки и подвергшихся оперативному лечению в виде ЭМА в связи с меноррагиями (94,9%), хронической анемией (55,1%), симптомами сдавления смежных органов (7,1%) и сочетанием вышеуказанной симптоматики (37,8%). Этим больным была предложена анкета, позволяющая оценить качество их жизни, обусловленное миомой матки, как до операции, так и в отдаленном (через 6 мес) послеоперационном периоде.

В нашем исследовании была использована анкета качества жизни «MENQOL», разработанная в 1992 году профессором Hiltrich в университете г. Торонто (Канада). Анкета состоит из 4-х разделов и включает: 1 – вазомоторные симптомы; 2 – психологические симптомы; 3 – состояние физической сферы; 4 – состояние сексуальной сферы. Степень выраженности каждого симптома оценивалась по 8– бальной системе. В первом разделе максимальная сумма баллов составляет 24, во втором – 56, в третьем – 128, и в четвертом – 24 балла. Сумма баллов вычислялась отдельно для каждого раздела. Качество жизни пациентки тем выше, чем ниже сумма баллов по каждому из разделов отдельно.

Результаты и их обсуждение: У пациенток репродуктивного возраста до оперативного лечения миомы матки методом ЭМА выраженность вазомо-

торных симптомов составила 2,5±1,9; психологических 10,3±2,2. Состояние физической сферы было оценено в 52,4±2,13 балла, а сексуальной – 3,6±1,7. В течение 6 месяцев послеоперационного периода картина резко изменилась. Так выраженность вазомоторных симптомов составила 15,2±1,9 ($p<0,05$), психологических 46,5±5,2 ($p<0,05$). Состояние физической сферы было оценено как 42,4±6,43 балла ($p<0,05$), а сексуальной 12,9±1,7 ($p<0,05$). Таким образом, качество жизни пациенток с миомой матки, перенесших ЭМА, улучшилось только по параметру физической сферы, что было обусловлено выраженным снижением кровопотери.

Выводы: Применение ЭМА в качестве метода лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста не приводит к улучшению качества их жизни в послеоперационном периоде, а вызывает выраженный эстрогенный дефицит.

ВЛИЯНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ НА СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Грачев Г.А., Соснова Е.А.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный университет МГМУ им. И.М. Сеченова, Россия

В последние годы во всем мире отмечается неуклонная тенденция к росту преждевременного истощения функции яичников. Это обусловлено не только воздействием на гонады инфекционно-токсических, аутоиммунных и ятрогенных факторов, но и расширением спектра и характера лечебных мероприятий, способствующих истощению примордиального пула.

Внедрение в практику здравоохранения новых медицинских технологий (эндоваскулярного метода лечения миомы матки, эмболизации маточных артерий, а также ФУЗ), требует разработки прогностических критериев, на основании которых можно будет предвидеть развитие такого грозного осложнения как преждевременное истощений функции яичников, часто возникающего после данных операций.

Цель: Определить функцию яичников и состояние овариального резерва у пациенток репродуктивного возраста, перенесших ЭМА в качестве метода лечения миомы матки.

Материалы и метода исследования: Проведено клиническое обследование 52 пациенток репродуктивного возраста, перенесших ЭМА в связи с миомой матки. У всех пациенток исследован гормональный статус с опреде-

лением уровня гипофизарных (ЛГ, ФСГ) и яичниковых (Е2, ингибин В, антимюллерова гормона) гормонов, концентрация овариальных антител.

Результаты и их обсуждение: Возраст больных колебался от 20 до 42 лет, и составил в среднем 34,2±1,3 года. Яичниковая недостаточность во всех случаях проявлялась вторичной аменореей длительностью от 1 года до 8 лет. Средняя продолжительность заболевания составила 5,2±0,4 года.

У 53,8% пациенток в анамнезе были роды: 1 – 34,6%, 2 – 17,3%, 3 – 1,9%. У 40,4% пациенток этой же группы были аборты, у 23,1%– самопроизвольные выкидыши. В группе нерожавших пациенток аборты были у 36,5%. Таким образом, до оперативного вмешательства в виде ЭМА фертильность была сохранена 90,4% женщин. В течение 6–12 мес. после операции 69,2% пациенток отметили нарушения регулярности менструального цикла по типу олигоменореи, а 30,8% женщин указали на внезапное прекращение менструаций.

Симптомы эстрогенного дефицита проявились «приливами» жара к голове и верхней половине туловища (73,0%), головными болями (26,9%), головокружениями (11,5%), повышенной утомляемостью (76,9%), периодическими повышениями артериального давления и сердцебиением (8%). У 23,1% больных наблюдалась сухость во влагалище, – частое мочеиспускание (7,8%), снижение либидо (46,1%). В среднем по группе индекс Куппермана составил 16,1±1,7 балла, что свидетельствовало о средне-тяжелом дефиците половых гормонов.

В качестве основной причины возникновения недостаточности функции яичников 53,8% пациенток назвали ЭМА.

Изучение параметров гормонального профиля выявило значительное повышение концентраций ФСГ (105,5±4,7МЕ/л) и ЛГ (89,4±5,5МЕ/л), что достоверно превышало нормативные показатели для женщин репродуктивного возраста. Концентрация Е2 составила 75,3±6,1 пмоль/л и была достоверно ниже нормативных показателей ранней фолликулярной фазы у женщин с регулярным менструальным циклом.

Установлено, что у данного контингента больных концентрация ингибина В была снижена более, чем в 7,5 раз (10,4±1,13 пг/мл) по сравнению с таковым у женщин аналогичного возраста с сохраненным ритмом менструации (79,3±11,83 пг/мл $p<0,05$), а уровень антимюллерова гормона в среднем составил 0,08±0,03 нг/мл. 80,8% пациенток были позитивны по яичниковым антителам.

Выводы: Применение ЭМА в качестве альтернативного метода лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста приводит к формированию недостаточности функции яичников по типу гипергонадотропной дисфункции, обусловленной, по-видимому, развитием аутоиммунного процесса в яичниках.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИИ

Гриценко В.А.[1], Константинова О.Д.[2], Симонов А.А.[3], Гриценко Я.В.[2]

1 – Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, Оренбург, Россия
2 – Оренбургская государственная медицинская академия, Россия
3 – МБУЗ Муниципальный городской клинический перинатальный центр, Оренбург, Россия

Актуальность проблемы. Внутриматочная патология, в том числе миома матки и гиперпластические процессы в эндометрии и цервикальном канале, остается актуальной проблемой гинекологии (Савельева Г.М., 2004; Стрижаков А.Н. и соавт., 2011). Эти заболевания служат показанием для назначения гистероскопии, после которой иногда (1–5%) развиваются послеоперационные инфекционно-воспалительные осложнения (Гуртовой Б.Л. и соавт., 1996; Алешкин В.А. и соавт., 1999).

Цель: совершенствование клинико-микробиологических подходов к профилактике инфекционно-воспалительных осложнений у женщин с внутриматочной патологией после гистероскопии.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 120 женщин репродуктивного возраста, из них: 20 условно здоровых женщин (группа сравнения), 100 женщин с внутриматочной патологией, в том числе 37 женщин (37%) с миомой матки, 32 больные (32%) с гиперпластическими процессами эндометрия и цервикального канала, в частности 8 (25%) – с полипом цервикального канала, 21 (66%) – полипом эндометрия и 3 (9%) – с гиперплазией эндометрия, и 31 пациентка (31%) с миомой матки в сочетании с гиперплазией эндометрия. С учетом схемы профилактики послеоперационных осложнений больные были разделены на две группы: I – 80 женщин с традиционной схемой (антибиотик – нацеф 2 г., внутривенно, интраоперационно) и II – 20 больных с дополнительным включением в нее пре- и пробиотиков (Хилак-форте, Энтерол; по инструкции). Данные статистически обработаны (Лакин Г.Ф., 1990).

Результаты и их обсуждение. По данным клинико-лабораторного мониторинга женщин с внутриматочной патологией отмечено сходство клинической картины обеих групп больных в послеоперационном периоде. Общее состояние у всех пациенток к концу 5 суток было удовлетворитель-

ным. Однако нормализация температуры тела у больных II группы наблюдалась к 3 суткам, тогда как у больных I группы в 13,8±3,9 и 3,8±2,1% случаев регистрировалась субфебрильная температура на 3 и 5 сутки после гистероскопии. При сравнении динамики показателей периферической крови у женщин до и после гистероскопии отмечено, что количество больных с анемией, лейкоцитозом и повышенным СОЭ оставалось в обеих группах без существенных изменений. В то же время в послеоперационном периоде у больных I группы в 1,7 и 1,6 раза возросло число пациенток с повышенным содержанием в крови ферментов АлАТ и АсАТ – 32,5±5,3 и 28,8±5,1% против 18,8±4,4 и 17,5±4,3% до операции, тогда как во II группе пациенток после операции наблюдалось незначительное снижение доли больных с повышенным уровнем этих ферментов – 20,0±9,2% против 25,0±9,9% до вмешательства (p>0,05).

Следует отметить, что послеоперационный период характеризовался выраженной трансформацией микробиологических параметров микробиоценозов кишечника и урогенитального тракта у обследованных женщин. В микрофлоре кишечника у части больных I группы после гистероскопии наблюдались снижение бифидобактерий (68,8±5,2 против 43,8±5,6% до операции), повышение частоты встречаемости атипичных вариантов (лактозонегативные, гемолитические) кишечной палочки и потенциально патогенных энтеробактерий (28,8±5,1 и 53,8±5,6% женщин против 15,0±4,0 и 27,5±5,0%). У больных II группы такие негативные сдвиги отсутствовали, а у части пациенток регистрировалась положительная динамика указанных параметров кишечной микрофлоры. После операции микроэкологические сдвиги микрофлоры репродуктивного тракта у женщин I и II носили разнонаправленный характер. Так, в I группе 1,8 раз увеличилось количество пациенток с отсутствием во влагалище лактофлоры (68,8±5,2 против 38,8±5,5%), тогда как во II группе доля таких больных достоверно не изменялась. На фоне угнетения доминантных микросимбионтов (лактобактерии) во влагалище и цервикальном канале у больных I группы в послеоперационном периоде чаще обнаруживались энтеробактерии, чем у женщин II группы (21,3±4,6 и 13,8±3,9% против 5,0±5,0% соответственно). Кроме того в послеоперационном периоде у пациенток обеих групп выявлялась бактериурия, которая в 2,4 раза чаще обнаруживалась у больных I группы (36,3±5,4 против 15,0±8,2% пациенток II группы), и в обеих группах уменьшилось количество больных с высокой степенью бактериурии (>105 КОЕ/мл), причем в I группе – в 1,5 раза, а II – в 2,3 раза.

Заключение. Проведение больным с внутриматочной патологией гистероскопии приводит к синхронному нарастанию дисбиотических нарушений микрофлоры кишечника и урогенитального тракта женщин, что может служить этиологической основой развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений. Добавление в схему профилактики осложнений пре- и пробиотиков до и после гистероскопии у больных с внутриматочной патологией способствовало нормализации (или стабилизации) ряда клинико-лабораторных показателей и имеющихся микроэкологических сдвигов

в кишечнике и репродуктивном тракте женщин, что обеспечивало более благоприятное течение у них послеоперационного периода.

(Работа выполнена по проекту совместных исследований учреждений УрО и ДВО РАН).

АМБУЛАТОРНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАВШИХ В ДЕТСТВЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Губернаторова Е.Е.[1], Павлова М.Г.[1], Казначеева Т.В.[2], Мазеркина Н.А.[3], Желудкова О.Г.[4]

1 – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия
2 – Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия
3 – НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия
4 – Федеральный Научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Актуальность. В России и во всем мире последние десятилетия отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, как среди, как среди взрослых, так и среди детей. В детском и юношеском возрасте наиболее распространенными являются онкологические заболевания крови и центральной нервной системы. Благодаря комплексному лечению этих заболеваний выживаемость на данный момент составляет более 75%. Все чаще врачи эндокринологи и гинекологи на амбулаторном приеме встречаются с пациентами, перенесшими лечение по поводу онкологического заболевания в детстве. Краниоспинальное облучение и полихимиотерапия могут нанести вред репродуктивной системе женщины, поэтому требуется комплексный подход при обследовании и лечении данной группы пациентов.

Цель. Организация амбулаторного консультирования женщин, перенесших в детстве лечение по поводу опухолей задней черепной ямки

Материалы. В исследовании принимало участие 14 пациенток, перенесших лечение по поводу опухолей задней черепной ямки (ЗЧЯ). Получали лечение по поводу медуллобластомы 12 пациенток, одна пациентка получала лечение по поводу герминомы задних отделов III желудочка и одна пациентка получала лечение по поводу анапластической эпендимомы. Лечения включало оперативное удаление опухоли, краниоспинальное облучение в суммарной дозе 35 Гр и полихимотерапию. Все пациентки получали полихимиотерапию, включающую алкилирующие вещества, винкристин и препараты пла-

тины. Проводился сбор анамнеза, гинекологическое обследование, оценка стадии полового созревания по Таннеру, гормональное исследование (может указать гормоны), трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ малого таза с подсчетом количества антральных фолликулов. Только две пациентки на момент постановки диагноза имели метастазы: одна – в хиазмально-селлярную область, другая – в левую лобную долю. Пять пациенток имели первичный гипотиреоз (компенсированный), у двух пациенток был впервые выявленный гипотиреоз, у двух диагностирована вторичная надпочечниковая недостаточность, у одной – гиперпролактинемия. Средний возраст на момент получения лечения составил 12,5 лет (3–18). На момент обследования 19,6 лет (16–26). Средний возраст наступления менархе 12,6 лет (медиана?). При осмотре у 13 пациенток была отмечена IV стадия полового созревания по Таннеру, у одной – III стадия. У двух пациенток зафиксирована первичная аменорея с повышением уровня гонадотропинов до менопаузальных значений, уменьшенный объем яичников с отсутствием антральных фолликулов. У трех пациенток – вторичная аменорея, причем у двух из них были выявлены высокие уровни гонадотропинов, уменьшенный объем яичников с отсутствием антральных фолликулов. Обращало на себя внимание, что у единственной пациентки, имевшей на момент постановки диагноза метастазы в хиазмально-селлярную область, при наличии вторичной аменореи были нормальные уровни гонадотропинов с уменьшенным объемом яичников и полным отсутствием антральных фолликулов. У семи из обследованных женщин, имевших сохраненный менструальный цикл, было отмечено уменьшение объема яичников, число антральных фолликулов менее 5–7, что указывало на наличие сниженного овариального резерва. Ни одна из женщин никогда не была беременна, однако все сообщали о желании иметь детей в будущем

Заключение. Учитывая высокую распространенность опухолей головного мозга и многофакторность поражения репродуктивной системы, необходимо уделять особое внимание амбулаторному консультированию данной группы пациентов. При сборе анамнеза важными аспектами являются возраст и наличие менструального цикла на момент лечения, применение в процессе лечения гонадотоксической химиотерапии, дозы и режима облучения, наличие метастазов. При осмотре необходимо обязательное определение стадии полового созревания, так как девочки, подвергающиеся краниальному облучению в дозе менее 24 Гр, находятся в группе риска по развитию преждевременного полового созревания, а те, кто получил дозу облучение более 24 Гр по задержке полового развития в силу вторичного гипогонадизма. Если пациентка предъявляет жалобы на наличие аменореи, должна обязательно проводится дифференциальная диагностика между первичным и вторичным гипогонадизмом, так как в процессе лечения могли повреждаться как гонадотропная функция гипофиза, так и ткань яичников. Показатели уровней гонадотропинов не могут быть использованы для дифференциальной диагностики аменореи. Для этого предпочтительно использовать показатель уровня антимюллерова гормона. Во внимание так же должны приниматься и другие эндокринопатии, которые могли развиться ходе лечения.

Исследование уровней ТТГ, Т4св, пролактина, кортизола, является обязательным. Женщины с сохраненным менструальным циклом так же нуждаются в регулярном наблюдении в силу того, что находятся в группе риска по развитию преждевременной менопаузы. При выявлении признаков, указывающих на снижение овариального резерва, пациентки должны быть предупреждены о риске наступления преждевременной менопаузы.

МОТИВАЦИЯ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ?

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Петров В.Л., Быкова Н.Н.

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», родильный дом им. К.А. Гуткина, Россия

Актуальность темы. В настоящее время успешно развивается новое направление на стыке акушерства, перинатологии и психологии – перинатальная психология (Абрамченко В.В., 2004; Добряков И.В., 2010). Существует понятие «мотивация» (от лат. «moveo» – двигаю) – некое эмоциональное состояние, которое побуждает к действию и определяет направленность (Маслоу А.Г., 1999). Данное понятие часто используется в психологических и медицинских исследованиях (Антонов А.И., Медков В.М., 1996; Боровикова Н.В., 1998; Хамитова И.Ю., 2004; Махмутова Р.К., 2010). Известно, что материнство является важной биологической и социальной ролью женщины, поэтому окружающее общество и изменения в нем накладывают определенный отпечаток на отношение женщины к выполнению важнейшей функции. Значение мотивации в сохранении или прерывании беременности на данном этапе изучено недостаточно. Единой классификации мотивов не существует. Имеются работы, согласно которым выделяют экономические, социальные и психологические мотивы сохранения беременности (Антонов А.И., Медков В.М., 1996). В другом доступном нам исследовании обращается внимание на 8 основных мотивов сохранения беременности (Боровикова Н.В., 1998) без учета материально-экономических аспектов. Важным психологическим фактором, способным влиять на отношение женщины к беременности, является желанность (запланированность) или нежеланность (случайность, неожиданность) данной беременности (Овчарова Р.В., 2002). По мнению отдельных авторов (Добряков И.В., 2003) может быть несколько мотивов сохранения беременности, но один из них является доминирующим.

Цель исследования – провести анализ мотивации сохранения данной беременности у современных женщин, а также оценить динамику изменения мотивов за последнее десятилетие.

Материалы и методы исследования. Изучена мотивация сохранения беременности у 163 женщин. Исследование проводилось на базе родильного дома им. К.А. Гуткина (г. Петрозаводск) одновременно с изучением частоты тревожно-депрессивных состояний во второй половине беременности. В качестве основы для проведения исследования и сравнения полученных результатов мы использовали мотивы сохранения беременности, предложенные Боровиковой Н.В. (1998), а в скобках указали частоту мотивов по данным указанного автора. В качестве основных мотивов рассматривается сохранение собственного здоровья (26%), соответствие социальным ожиданиям (24%), сохранение отношений (16%), протест (12%), отказ от прошлого (8%), ради ребенка (6%), уход от настоящего (5%), ради любимого человека (3%). С учетом изменившихся социальных условий при проведении исследования мы дополнили ряд мотивов сохранения данной беременности: для получения материальной выгоды; для получения материнского капитала; не быть хуже других; не успела сделать аборт. Была разработана специальная анкета, которую заполняли женщины.

Полученные результаты. Средний возраст женщин составил 26,9±4,5 лет. Уровень образования обследованных женщин был достаточно высоким: 49,7% имели высшее образование. Первая беременность была у 62 женщин (38%); повторная – у 101 пациентки (62%), при этом первые роды ожидали 28 (27,7%), вторые – 73 (72,3%). Хотя запланированная беременность была у 133 женщин (81,6%), а случайная – у 30 (18,4%), все пациентки на момент обследования считали ее желанной. Структура мотивации для сохранения беременности распределилась следующим образом: ради любимого человека – 85,3%; ради ребенка – 57,1%; сохранение собственного здоровья – 10,4%; соответствие социальным ожиданиям – 9,2%; отказ от прошлого – 6,4%; сохранение отношений – 3,1%. В нашем исследовании не было мотивов протеста и ухода от настоящего. Среди дополнительных мотивов следует отметить получение материнского капитала (5,5%); другую материальную выгоду (1,2%); не быть хуже других (0,61%); не успела сделать аборт (0,61%). В большинстве случаев женщины в анкете указывали несколько пунктов, поэтому выделить доминирующий мотив было затруднительно.

На следующем этапе работы мы разделили всех женщин на две группы: предстоящие I роды (n=90) и II роды (n=73), при этом произошла переоценка мотивов сохранения беременности. В I группе преобладали такие мотивы, как ради любимого человека (91,1% по сравнению с 80,8% во II группе); соответствие социальным ожиданиям (16,7% по сравнению с 4,1%); сохранение собственного здоровья (13,3% и 9,6%); сохранение отношений (4,5% и 1,4%); отказ от прошлого (3,3% и 2,7%). Во II группе чаще звучал мотив ради ребенка (61,6% по сравнению с 55,6% в I группе). Что касается дополнительных мотивов, то во II группе преобладало получение материнского капитала (9,6% по сравнению с 2,2% в I группе), что вполне объяснимо. Мотивы получения другой материальной выгоды (1,1% и 1,4% соответственно группам), не быть хуже других (1,1% при отсутствии данного мотива во II группе); не успела сделать аборт (1,1% и 1,4%) в представленных группах не имели существенных различий.

Заключение. Таким образом, мотивы сохранения беременности за последнее десятилетие претерпели значительные изменения. Кроме того, получены различия в мотивации сохранения данной беременности у перво– и повторнородящих женщин.

ТЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ПОЛУЧАЛИ ГОМОЦИСТЕИНКОРРЕГИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ С ПРЕГРАВИДАРНОГО ЭТАПА ИЛИ СО ВРЕМЕНИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гурьева В.А., Костькина Я.М.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Влияние пренатальной гипергомоцистеинемии на состояние здоровья новорожденных изучено мало. Существуют работы, утверждающие, что у детей, рожденных от матерей с гипергомоцистеинемией, наблюдается отставание в умственном и физическом развитии (Maltson M.P., Shea T.B 2003). Одной из возможных причин этого является то, что гомоцистеин относятся к токсическим структурным аналогам глутамата и конкурентно связывается с инотропными NMDA-рецепторы головного мозга, оказывая на них токсическое воздействие. Кроме того, осложненное течение беременности – гестоз, трофические и метаболические нарушения при плацентарной недостаточности на фоне гипергомоцистеинемии приводят к гипоксии, страданию плода, с формированием гипоксически-ишемического поражения нервной системы. Недостаточно данных об особенностях течения беременности и состоянии новорожденных с гипергомоцистеинемией, в зависимости от начала и объема проводимой коррегирующей терапии. Поэтому целью работы явилось: изучение особенностей течения и исходов беременности, состояния новорожденных, рожденных от женщин с гипергомоцистеинемией в зависимости от времени начала гомоцистеинкоррегирующей терапии.

Было обследовано 165 женщин, 99 из которых с гипергомоцистеинемией составили основную группу, в которой в зависимости от времени начала коррегирующей терапии были выделены две подгруппы. В первую вошли 66 женщин с уровнем гомоцистеина 15,6±0,47 мкмоль/л, у которых терапия была

начата с этапа прегравидарной подготовки. Вторую составили 33 беременные (14,1±0,55 мкмоль/л), с началом коррегирующей терапии с момента постановки на диспансерный учет (9,9±0,54 недель). В группу сравнения были отнесены 66 беременных с уровнем гомоцистеина в пределах референсных значений (5,23±0,18 мкмол/л). Беременным групп сравнения проводилось стандартное клиническое, ультразвуковое и доплерометрическое обследование. Проводилась оценка параметров основных звеньев гемостаза (тромбоцитарного, прокоагулянтного и противосвертывающей). Оценка состояния новорожденных проводилась по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте жизни, так же учитывались антропометрические показатели (вес, рост плодов). На 3–6 сутки проводилось нейросонографическое исследование.

Установлено, что у пациенток, получающих фолатную терапию позже 8–10 недель беременности, чаще встречались факторы гипоксии в пре-и перинатальные периоды: была выше частота гестоза (p=0,005), угрозы прерывания беременности в различные сроки (p=0,02) и плацентарной недостаточности (p=0,001). В 3% случаев у беременных с поздней фолатной терапией наблюдалась субкомпенсированная плацентарная недостаточность, с формированием синдрома задержки внутриутробного развития плода I степени.. На фоне проводимой с прегравидарного этапа гомоцистеинкоррегирующей терапии срочными родами закончилась беременность у 97% женщин, в сравнении с данными (78,8%) женщин, с коррекцией, начатой во время беременности (p=0,006). При этом у женщин,с коррекцией позже 8–10 недель беременности в 6,1% случаев беременность закончилась самопроизвольным прерыванием и в 3% случаев наблюдалась замершая беременность.

У новорожденных, рожденных от матерей, получающих гомоцистеинкоррегирующую терапию с прегравидарного этапа были более высокие весоростовые показатели (p<0,006) и оценки по шкале Апгар (0,016). У трети новорожденных (27,3%) от женщин, с поздней фолатной терапией наблюдались клинические проявления гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы, что сравнительно чаще (6,1%, p=0,01) по сравнению с детьми пациенток, получавших коррекцию с прегравидарного этапа и детьми группы сравнения (9,1%, p=0,04). Именно у женщин с более поздней коррегирующей терапией выявлены изменения по данным нейросонографии: ультразвуковые признаки кист и деформации сосудистых сплетений, в 3% случае в этой группе выявлены расширения сосудистых сплетений и ультразвуковые признаки кровоизлияния. При этом, на второй этап выхаживания переводился почти каждый второй новорожденный от женщин с гомоцистеинкоррегирующей терапией позже 8–10 недель беременности (42,4%),что 3,5 раза чаще, по сравнению с детьми женщин, получавших фолаты с прегравидарного этапа (12,1±4,0, p=0,0003) и в 4,6 раза с детьми группы сравнения (9,1%; p=0,016)

Таким образом, проведение гомоцистеинкоррегирующей терапии у женщин с прегравидарного этапа приводит к снижению осложнений течения беременности, неблагоприяных исходов и перинатальной патологии, ассоциированной с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Демидова М.А., Новицкая А.Р.

ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Россия

В настоящее время на фармацевтическом рынке России представлено большое число лекарственных препаратов для использования в гинекологической практике. Так, например, прослеживается устойчивая тенденция к увеличению числа гормональных лекарственных средств, используемых как для контрацепции, так и для заместительной гормональной терапии и лечения пациенток с различными гинекологическими заболеваниями. Данные доказательной медицины в гинекологии предоставляют практическому врачу огромные возможности в отношении лечения и профилактики гинекологических заболеваний, а также помощи женщинам в вопросах планирования семьи. Вместе с тем при выборе лекарственного препарата для гормональной терапии необходимо руководствоваться не только такими критериями как эффективность и безопасность, но и оценкой экономической выгоды терапии.

Экономическая оценка в системе здравоохранения представляет собой способ определения денежной стоимости различных технологий (лечебных, профилактических, диагностических) с учетом анализа возможных альтернатив. Все альтернативы сопоставляют с результатами их использования. Важными показателями являются увеличение продолжительности жизни, повышение качества жизни пациентов, сбережение ресурсов. Качество жизни – один из наиболее важных параметров при оценке эффективности любой терапии. Он отражает изменения в период развития заболевания и лечения с оценкой физического состояния, психического, социального и духовного благополучия, включая социальные отношения и функциональные способности. Следовательно, существует необходимость выбора оптимального с точки зрения экономики и клинически эффективного лечения, нацеленного на профилактику и/или лечение данного заболевания.

Существует несколько методов экономического анализа эффективности медицинских вмешательств: анализ стоимости болезни (cost of illness analysis), анализ минимизации затрат (cost miniminization analisis), анализ эффективности затрат (cost effectiveness analisis), анализ затраты-полезность (cost utiliti analisis), анализ затраты-выгода или стоимостный анализ прибыли (cost benefit analisis). При анализе стоимости болезни целесообразным является не только определение прямых и непрямых затрат на лечение, но и проведение ABC и VEN-анализов. ABC-анализ позволяет определить наиболее затратные технологии, а VEN-анализ разделить все средства медикаментозной терапии по значимости их для лечебного процесса на три группы: наиболее важные, необходимые и второстепенные препараты для назначения при данном заболевании. Одномоментное использование этих двух спо-

собов позволяет достаточно быстро определить рациональность расходования финансовых ресурсов на различные лечебные технологии.

При использовании анализа минимизации затрат более рентабельным считают метод лечения, который позволяет сохранить большее количество денежных средств. Анализ минимизации затрат применяют при сравнении альтернативных технологий равной эффективности. Так, например, если несколько гормональных средств обладают сходным контрацептивным действием, то с точки зрения минимизации затрат рациональным является выбор наименее дорогого средства. Однако следует учитывать, что наряду с противозачаточным эффектом многие современные комбинированные оральные контрацептивы за счет входящих в их состав новых прогестинов обладают и рядом других свойств (антиандрогеным, антиминералокортикоидным, косметическим и т.д.). На практике это означает, что достижение этих эффектов возможно за счет дополнительных затрат. В таком случае требуется более сложный, но на сегодняшний день самый распространенный метод оценки экономической эффективности медицинских вмешательств – анализ эффективности затрат. Данный метод под экономической эффективностью понимает получение дополнительных преимуществ за счет вложения дополнительных средств. Анализ затраты-полезность позволяет оценить эффективность лекарственной терапии не только в количественных, но и качественных (утилитарных) величинах. В качестве общей единицы измерения чаще всего используют годы качественной жизни (quality adjusted life years QALY). Один год жизни с абсолютным ее качеством имеет значение показателя QALY, равное 1.

При проведении фармакоэкономического анализа следует учитывать также возможности больных оплатить необходимое лечение, что определяется коэффициентом доступности (отношение стоимости лекарственного средства к заработной плате и к минимальному прожиточному минимуму). Чем меньшую долю составляют расходы на приобретение лекарственного препарата в доходах потребителей, тем выше их доступность. Доступными считают препараты расходы на покупку которых составляют не более 5–10% доходов пациентов.

Показатели экономической оценки эффективности лекарственной терапии в гинекологии являются не только критериями более рационального использования ограниченных финансовых ресурсов, но и в каждой конкретной клинической ситуации помогают выбрать тот препарат, который обеспечит пациентке наиболее приемлемое качество жизни с учетом реальных финансовых возможностей.

НОВЫЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ – ЭЗРИН И АКТИН

Демура Т.А.[1], Коган Е.А.[1], Файзуллина Н.М.[1], Нафтолин Ф.[2]

1 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия
2 – Медицинская школа Нью-Йоркского Универвитета, Нью-Йорк, США

Струкурно-функциональные и молекулярные нарушения ремоделирования эндометрия в «окно имплантации» могут стать причиной нарушения реципитивности эндометрия. Эзрин и актин молекулы, учавствующе в поддержании и изменении цитоскелета клеток.

Цель исследования: изучить экспрессию эзрина и актина, в окно имплантации у женщин в норме и с трубноперитонеальным фактором бесплодия, участвующих в программах ВРТ.

Материал и методы. Исследование выполнено на материале Pipelle биопсий эндометрия, взятых в середину фазу секреции от 30 пациенток в возрасте от 25 до 37 лет с трубноперитонеальным фактором бесплодия, участвующие в программах ВРТ (ЭКО и ПЭ). По результатам беременности в ходе ЭКО пациентки были разделены на 2 группы – с наступившей и не наступившей беременностью. Было произведено морфологическое и иммуногистохимическое исследование парафиновых срезов с использованием моноклональных антител к эзрину (EPITOMICS, 1:100) и актину (SIGMA, 1:100). Результаты иммуногистохимической реакции оценивались полуколичественным методом в баллах.

Результаты морфологического исследования свидетельствуют снижении процента зрелых пиноподий в клетках поверхностного эпителия в группе женщин с ненаступившей беременностью (пиноподий менее 20% в поверхностном эпителии), в то время как в группе с наступившей беременностью эндометрий соответствовал средней фазе секреции и пиноподий в нем было более 50% ($p \leq 0,05$). Эзрин и активн локализуются в апикальных частях клетки, в области зрелых пиноподий. При исследовании иммуногистохимической экспрессии эзрина выявлено снижение его накопления в области пиноподий в группе с ненаступившей беременностью (менее 0,5 баллов) по сравнению с группой с наступившей беременностью (4,5 балла,). При исследовании экспрессии актина также выявлена его низкая экспрессия в группе с ненеступившей беременностью (менее 1 балла) и высокая экспрессия в группе с наступившей беременностью (6 баллов). При оценке средних уровней экспрессии маркеров установлено накопление последних в области пинопоподий поверхностного эпителия эндометрия у пациенток с успешными результатами ЭКО, тогда как

в группе с неудачными результатами маркеры накапливались преимущественно в цитоплазме.

Заключение. Эндометрий женщины с ненаступившей беременностью характеризуется небольшим процентом зрелых пиноподий, а также сниженной экспрессипй эзрина и актина. Высокая экспрессия эзрина и актина в пиноподиях клеток поверхностного эпителия эндометрия может служить благоприятным прогнозом для успешной имплантации.

ЗНАЧЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ МАГНИЕВЫХ КАНАЛОВ В РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА МАТКИ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Демура Т.А., Коган Е.А., Кесова М.И., Кан Н.И.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

В последние годы все большее значение в развитии патологических состояний и заболеваний отводится недифференцированным формам дисплазии соединительной ткани (нДСТ), характеризующимися количественным и качественным изменениям основных компонентов последней. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы, несомненно, отрицательно сказывается на течении беременности, родов и послеродового периода. Большое значение в ремоделировании коллагеновых волокон экстрацеллюлярного матрикса под действием матриксных металлопротеиназ имеют ионы магния и магниевые каналы в клетках. Перспективным в плане изучения прогнозирования развития несостоятельности рубца матки у женщин с нДСТ.

Целью исследования было изучить экспрессию TRPM7 – рецепторы магниевых каналов в ткани рубцов матки у женщин с нДСТ.

Материалы и методы: в исследование было включено 90 женщин с повторным кесаревым сечением. В ходе клинического обследования пациенток были выделены признаки нДСТ по классификации Кадуриной Т.И. (2008 г). Признаки ранжировались и оценивались в баллах, в результате чего пациентки были разделены на 2 группы: менее 2 баллов – с легкими признаками нДСТ (45 пациенток) и более 10 баллов – с выраженными признаками нДСТ (45 пациенток). В ходе операции кесарево сечения иссекалась ткань рубца и прилежащий миометрий, далее материал фиксировался в 10% нейтральный формалин, заливался в парафин и изготавливались парафиновые срезы, которые окрашивались гематосклилином и эозином, пикрофуксином

по Ван Гизон. Срезы исследовались морфологическим методом, оценивалась состоятельность рубца. Также проводилось иммуногистохимическое исследование на парафиновых срезах на полилизиновых стеклах с определением маркеров рецепторов магниевых каналов. В качестве первичных антител использовали TRPM7 (ABCAM, 1:200). Результаты оценивали количественным и полуколичественным методом в баллах по выраженности и локализации окрашивания клеток. Проводилась статистическая обработка полученных результатов по Манну-Уитни.

Результаты: При морфологическом исследовании выявлено наличие несостоятельных рубцов в 30 случаев с высоким баллом нДСТ и в 17 случаев с низким баллом нДСТ. Морфологическими признаками несостоятельности рубца были очаги некроза, кровоизлияния, очаги мукоидного набухания и фибриноидного некроза. При иммуногистохимическом исследовании в группе пациенток с высоким баллом нДСТ выявлено низкое содержанием рецепторов магниевых каналов в гладкомышечных клетках – 2,6 балла, а в группе с низким баллом нДСТ высокая экспрессия TRPM7 – 5,5 баллов. При развитии несостоятельности рубца отмечалось снижение экспрессии маркера в обеих группах: 1,5 балла в группе с высоким баллом нДСТ и 3,5 балла – при низком балле нДСТ.

Выводы: Таким образом, у женщин с нДСТ отмечается более частое развитие несостоятельности рубцов матки, а также низкая экспрессия рецепторов магниевых каналов, которая еще более понижается по мере развития несостоятельности. Низкая экспрессия рецепторов магниевых каналов в группе женщин с выраженными признаками нДСТ, возможно, влияет на активность матриксных металлопротеиназ экстрацеллюлярного матрикса, приводя к слабости соединительной ткани, что увеличивает риск развития несостоятельности рубцов матки.

АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Денисова В.М., Ярмолинская М.И., Иващенко Т.Э., Глотов А.С., Баранов В.С.

ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. На сегодняшний день остается актуальной проблема невынашивания беременности, в патогенезе которого важное место отводится наследственным формам тромбофилии. Кроме того, известно, что наружный

генитальный эндометриоз (НГЭ) является одной из причин невынашивания беременности.

Целью исследования явилось изучение особенностей полиморфизма генов системы гемостаза у больных НГЭ и невынашиванием беременности.

Материалы и методы. Были обследованы 72 женщины с НГЭ в возрасте от 25 до 43 лет (средний возраст составил 32,2±4,8 лет). Диагноз НГЭ был установлен на основании данных лапароскопии и гистологического исследования. НГЭ I степени распространенности был выявлен у 22 пациенток (30,5%), НГЭ II ст. – у 36 (50%), НГЭ III ст. – у 7 (9,75%), НГЭ IV ст. – у 7 (9,75%). Степень распространенности НГЭ определяли по классификации R-AFS. В контрольную группу вошли 23 женщины в возрасте от 25 до 40 лет (средний возраст 34,5±4,9 лет) с невынашиванием беременности, но без НГЭ, что также было подтверждено на основании лапароскопии. У всех женщин исследовали генотип по генам системы свертывания крови. Изучали следующие гены: ген фактора свертывания крови V (F5 Leiden) (1691 G>A (Arg506Gln)), ген протромбина (F2) (20210G>A замена в 3' концевой некодирующей части), ген фибриногена (FGB) (замена -455G>A в 5' промоторной области гена), ген ингибитора активатора плазминогена 1-го типа (PAI-1) (-675 5G>4G), ген PLAT (инсерционно-делеционный полиморфизм в 8 интроне), ген рецептора тромбоцитов GPIIIa (1565T>A), ген метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) (677C>T), а также ген метионинсинтазредуктазы (MTRR) (A66G). Риск развития осложнений наследственных тромбофилий оценивался по балльной системе.

Полученные результаты. При изучении наиболее тяжелых мутаций (гена фактора свертывания крови V и замены 20210G>A в 3' концевой некодирующей части гена протромбина) Лейденовская мутация в гетерозиготном состоянии была выявлена у одной больной НГЭ и у одной женщины контрольной группы, исследуемый полиморфизм гена протромбина не был выявлен ни у одной из женщин. Инсерционный полиморфизм гена PLAT в 8 интроне встречался у 22 пациенток с НГЭ (30,6%): в гомозиготном состоянии – у 8 больных (11,2%), в гетерозиготном – у 14 (19,4%), у женщин без НГЭ редкий аллель выявлен у 12 человек (52,2%): в гомозиготном состоянии у 4 пациенток (17,4%), в гетерозиготном – у 8 (34,8%). Полученные различия статистически значимы (x2=3,55 p=0,059). При анализе полиморфизма 677C>T гена MTHFR редкий аллель 677T выявлен у 44 больных НГЭ (61,1%): в гомозиготе у 8 человек (11,1%), в гетерозиготе – у 36 (50%), что несколько выше, по сравнению с контрольной группой (данный полиморфизм обнаружен у 11 пациенток (47,8%): в гомозиготном состоянии у 3 женщин (13%), в гетерозиготном – у 8 (34,8%)). При исследовании -675 5G>4G полиморфизма гена PAI-1 не было получено статистически значимых отличий: у пациенток с НГЭ редкий аллель -675 5G был обнаружен у 50 человек (69,4%), в гомозиготном состоянии – у 16 женщин (22,2%), в гетерозиготном – у 34 (47,2%); в контрольной группе неблагоприятный аллель выявлен у 61,2% (14) женщин: в гомозиготном состоянии – у 17,4% (4 человека), в гетерозиготном состоянии – у 43,8% (10). При изучении полиморфизма 1565T>A гена рецептора тромбоцитов GPIIIa значительных отличий между

группами не было выявлено: у больных НГЭ частота встречаемости редкого аллеля составила 16,6% (12 женщин), гомозиготное состояние отмечено у 2 пациенток (2,8%), гетерозиготное – 10 (13,8%), в контрольной группе данный полиморфизм отмечен у 5 женщин (21,7%), в гомозиготе у 1 пациентки (4,3%), в гетерозиготе – у 4 (17,4%). Анализ полиморфного варианта гена фибриногена -455A также не выявил статистически значимых отличий. В группе больных НГЭ редкий аллель гена фибриногена встречался с частотой 27,8% (у 20 человек): гомозиготное состояние – у 3 женщин (4,2%), гетерозиготное – у 17 (23,6%); в контрольной группе данный полиморфизм отмечен у 39,1% пациенток (9 человек), гомозиготное состояние у 7 женщин (30,4%), гетерозиготное – у 2 (8,7%). Исследование A66G полиморфизма гена MTRR не выявило статистически значимого отличия между группами. В основной группе редкий аллель был обнаружен у 46 женщин (63,9%): гомозиготное состояние – у 17 (23,6%), гетерозиготное – у 29 (40,3%); в контрольной группе редкий аллель отмечен у 18 пациенток (78,3%), гомозиготный вариант – у 6 человек (26,1%), гетерозиготный – 12 (52,2%). При оценке риска осложнений наследственных тромбофилий полученные отличия не были статистически значимы.

Заключение. Полученные данные указывают на потенциальную роль генов системы гемостаза в патогенезе эндометриоза и необходимость их исследования у женщин с невынашиванием беременности и НГЭ. По результатам такого обследования будет рекомендовано дополнительное изучение показателей системы гемостаза и дополнительная терапия на этапе предгравидарной подготовки, во время беременности и после родов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ГИПЕРМЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ P16, N33 И MLH1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Джибладзе Т.А., Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия.

Диагностика и лечение заболеваний шейки матки представляет до настоящего времени большой интерес в связи с не снижающейся частотой этой патологии, в том числе и ростом заболеваемости раком шейки матки, особенно в молодом репродуктивном возрасте. Одно из основных генетических событий, необходимых для развития опухоли – инактивация генов-супрессоров опухолевого роста.

Нами было проведено комплексное обследование пациенток с различной патологией шейки матки с включением молекулярных методов диагностики в общий комплекс диагностических мероприятий.

Целью исследования явилось определение роли гиперметилирования генов p16, N33 и MLH1 при лечении доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки. В период с 2007 по 2011 гг. нами было проведено обследование и лечение 46 пациенток. В комплекс стандартного обследования входила расширенная кольпоскопия, цитологическое и морфологическое исследование биоптатов шейки матки и соскобов эндоцервикса, а так же молекулярное исследование биоптатов шейки матки для определения метилирования 3-х генов: p16, N33 и MLHI. Возраст обследованных пациенток варьировал от 21 до 72 лет, в среднем составив 37,02±1,01 лет.

Полученные результаты: у 30 пациенток не было определено аномального метилирования генов, при гистологическом исследовании полученного материала у 26 из них обнаружены различные доброкачественные заболевания шейки матки, у 4 пациенток – CIN 1. У 16 пациенток в материалах биопсии было определено метилирование генов: p16 – в 94% случаев, N33 – у 50%, MLH1 – в 81% случаев. При гистологическом исследовании биоптатов шейки матки у пациенток с установленным гиперметилированием генов было обнаружено: картина простой лейкоплакии и хронического воспаления – у 8(50%) пациенток, плоскоклеточный рак шейки матки – у 2 (12,5%) пациенток, CIN 2–3 степени – в 6 (37,5%) случаях. После получения результатов гистологического исследования 2 пациенткам с диагностированным раком шейки матки выполнены радикальные операции в онкологических стационарах, 10 пациенткам с CIN 2–3 степени – лазерная конизация шейки матки, остальным (34) – лазервапоризация патологических участков. После проведенного лечения наблюдение за пациентками осуществлялось в течение трех лет. Контрольное обследование, проведенное через 6, 12, 24 и 36 месяцев, включало расширенную кольпоскопию и цитологическое исследование. При наблюдении пациенток с подтвержденным гистологическим диагнозом простая лейкоплакия шейки матки и установленным гиперметилированием генов MLH1, N33 p16, рецидив лейкоплакии обнаружен в 50% случаев, тогда как у пациенток с тем же гистологически подтвержденным диагнозом, но без гиперметилирования генов за время наблюдения не было зафиксировано ни одного рецидива. При наблюдении группы пациенток с подтвержденным гистологическим диагнозом CIN и установленным гиперметилированием генов в 37,5% случаях при проведении кольпоскопии были обнаружены участки ацетобелого эпителия на шейки матки, что так же было расценено как рецидив заболевания. В группе из 30 пациенток, у которых не было определено аномального метилирования генов, при проведении контрольного обследования патологии шейки матки выявлено не было.

Обнаружение молекулярно-генетических онкологических маркеров в тканях шейки матки позволяет выявить пациенток с повышенным риском рецидива как доброкачественных, так и предраковых заболеваний шейки матки. В группе пациенток с установленным аномальным метилирова-

нием генов рецидив лейкоплакии обнаружен в 50% случаев, рецидив CIN (в виде ацетобелого эпителия) в 37,5% случаев. Отсутствие молекулярно-генетических онкологических маркеров может служить благоприятным прогностическим признаком относительно риска рецидива заболеваний шейки матки. Гиперметилирование генов p16, MLH1 и N33 наиболее характерно для предраковых процессов и рака шейки матки, в меньшей степени выявляется при доброкачественных заболеваниях шейки матки (при плоскоклеточном раке – в 100% случаев, при CIN в 70% случаев, при цервикальной эктопии в 17%, при хроническом цервиците – в 18%, при лейкоплакии – в 28% случаев).

Определение молекулярно-генетических онкологических маркеров позволяет выделить группу риска пациенток с доброкачественными заболеваниями шейки матки для более тщательного и длительного наблюдения после проведенного лечения с целью раннего выявления рецидива.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА РФ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ

Доброхотова Ю.Э.[1], Дюкова Г.М.[2], Логинова К.Б.[1]

1 – Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,Москва, Россия
2 – Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Предменструальный синдром (ПМС) это сложное циклическое психонейроэндокринное расстройство, которое влияет на эмоциональное и физическое благополучие женщин, нарушает привычный образ жизни, работоспособность, чередуется с периодом ремиссии, возникающим во время менструации и продолжающимся 7–12 дней.

Наиболее тяжелая форма ПМС, с доминирующими эмоциональными и аффективными расстройствами была обозначена «предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР)». Были сформулированы критерии диагностики для ПМС (ACOG, 2000) и для ПМДР (DSM 1V, 1994). Соответственно данным литературы частота ПМС колеблется от 25 до 90%, а ПМДР страдают от 3 до 18% женщин репродуктивного периода (Julia Potter 2008, Magdy Hassan Balaha 2010, José Luis Dueñas 2011).

Среди клинических проявлений ПМС могут быть физические симптомы: отечность и болезненность молочных желез, боли различной локализации, в том числе и головные боли, вздутие живота, увеличение массы тела, задержка жидкости, тошнота и головокружение а также кожные проявления в виде acne vulgaris.

Поведенческие нарушения: выраженное изменение аппетита (переедание или влечение к особой пище), нарушения сна (инсомния либо гиперсомния), изменения либидо, повышенная утомляемость.

Психологические симптомы: угнетенное настроение, чувство безнадежности или идеи самоуничижения, выраженная тревога, состояние напряжения, ощущение взвинченности, состояние «на пределе», выраженная эмоциональная лабильность (например, внезапное чувство печали, плаксивость, либо повышенная чувствительность к отвержению), стойкий и сильный гнев или раздражительность либо обострение межличностных конфликтов, трудности концентрировать внимание.

Целью настоящего исследования явилось: выявить в процессе эпидемиологического опроса, наиболее часто встречающиеся клинические проявления ПМС и ПМДР у женщин Российской Федерации.

Материал и методы: были опрошены 1326 женщин репродуктивного периода, проживающих в РФ с помощью анонимного анкетирования. В анкету были включены критерии ПМС (7 соматических симптомов) и ПМДР (9 эмоционально-мотивационных симптомов). Оценивалось их появление в предменструальном периоде.

В анкетировании участвовали 36% женщин в возрасте 15–24 года, 34% – 25–34 года, 30% – старше 35 лет, 46% женщин имели высшее образование, 34% незаконченное высшее образование, 20% средне-специальное. Анализ результатов анкетирования показал, что у 74% женщин репродуктивного периода отмечено наличие ПМС (т.е. не менее 1 соматического симптома различной степени тяжести из списка, предложенного ACOG). У 18,3% опрошенных женщин обнаружено наличие ПМДР (не менее 5 из 9 пунктов предложенных DSM–IV).

Среди наиболее часто встречаемых признаков ПМС легкой и средней степени тяжести были: отечность молочных желез (73%), боли различной локализации (60%), вздутие живота (53%), изменения аппетита (50%).

Наиболее часто встречаемыми признаками ПМДР являлись эмоциональная лабильность (45%), тревога (32%), гнев, раздражительность (31%), угнетенное настроение (19%).

Выбор терапии ПМС определяется в зависимости от степени тяжести и клинических проявлений. У большинства женщин симптомы могут регрессировать посредством изменения образа жизни (диета и физические упражнения, пищевые добавки, содержащие кальций, магний), а также под влиянием медикаментозной терапии – гормональной или психотропной. Среди гормональных препаратов наиболее предпочтительным является использование комбинированных оральных контрацептивов, обладающих антиминералокортикоидными и антиандрогенными свойствами, что позволяет успешно

купировать как физические симптомы, так и кожные проявления (акне). Для ПМДР препаратами первой линии являются антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина).

Таким образом, ПМС и ПМДР являются часто встречающимися полисистемными расстройствами, ухудшающими качество жизни женщины. В настоящее время при подборе адекватной и целенаправленной терапии появилась возможность коррекции как физических, так и психических симптомов этого страдания.

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПУХОЛЕАССОЦИИРОВАННОГО АНТИГЕНА СА-125 В СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

Елгина С.И., Беглова А.Ю.

Кемеровская государственная медицинская академия, Россия

Опухоли яичников являются одной из важнейших проблем практической гинекологии и онкологии в силу малосимптомного клинического течения, сложности диагностики и высокой смертности

Цель исследования: определение диагностической ценности СА-125 в сыворотки крови в скрининге раннего выявления опухолей яичников у женщин.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 50 историй болезней женщин с образованиями в области придатков матки, поступивших на плановое оперативное лечение в гинекологическое отделение.

Результаты и их обсуждение: Женщины были в возрасте от 18 до 40 лет. При поступлении пациентки предъявляли жалобы на периодические ноющие боли внизу живота. Нарушение цикла в виде гиперполименореи было у 48% женщин, гипоменореи – у 16%, альгоменореи – у 52%, нерегулярных менструаций – у 34%. Гинекологические заболевания имели 64% женщин, среди которых преобладали воспалительные процессы органов малого таза. Образования в области придатков матки обнаружены при бимануальном исследовании и подтверждены данными УЗИ. При определении СА-125 у 25 женщин уровень был в пределах нормы (в среднем 13,0 Ед/мл), у 13 – низкий (ниже 9,0 Ед/мл), у 12 – превышал допустимый и составил в среднем 44,4 Ед/мл. Всем пациенткам проведено хирургическое лечение лапароскопическим доступом в объемах: аднексэктомия (56%), энуклеация кистомы (28%), резекция яичника (14%). У 1 (2%) женщины был переход на лапаротомию в связи с необходимостью расширения объема операции до экстирпации матки с придатками. При нормальном уровне СА-125 результаты гистологической экспертизы были самые различные: доброкачественная серозная цистаденома

(44%), зрелая тератома (32%), эндометриоидная кистома (16%), гранулезоклеточная опухоль (4%), аденокарцинома матки с метастазами в яичник (4%). При низком уровне онокомаркера встречались перитубарные (46%) и параовариальные кисты (53%). У женщин с уровнем СА-125 превышающим нормальные границы – в 100% случаев верифицирован эндометриоз яичников.

Таким образом, определение СА-125 является диагностическим скринингом при выявлении образований придатков матки, однако необходимо искать пути улучшения специфичности и чувствительности, что значительно повысит эффективность выявления первичных опухолей яичников и приведет к снижению частоты не диагностированных новообразований.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Ерофеева Л.Г., Баркан Т.М., Ерофеев Б.Б., Тарбаева Д.А., Анохова Л.И.

Читинская государственная медицинская академия, Россия
МУЗ Дорожная клиническая больница ст. Чита-2, Россия
ГУЗ Краевая клиническая больница, г. Чита, Россия

На сегодняшний день эндоскопические технологии являются важнейшим методом диагностики и лечения гинекологических заболеваний благодаря низкой травматичности, высокой эффективности, возможности проводить органосохраняющие операции, сохранить и восстановить репродуктивную функцию пациенток.

Целью исследования явилось оценить эффективность восстановления репродуктивной функции после эндоскопических методов терапии.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучено 111 историй болезни пациенток в возрасте от 25 до 39 лет, госпитализированных в гинекологическое отделение Дорожной клинической больницы г. Читы с целью проведения диагностической и оперативной лапароскопии за 2006–2010 гг. Для диагностики бесплодия использовались следующие методы: данные анамнеза, гистеросальпингография, гистероскопия с патоморфологическим исследованием эндометрия, УЗИ органов малого таза, гормональный скрининг, спермограмма, лапароскопия с использованием оборудования фирмы «Karl Storz».

Результаты исследования. Из причин бесплодия наиболее часто встречались следующие факторы: поликистоз яичников (47%), сочетание поликистоза с трубно-перитонеальным фактором (23%), трубно-перитонеальный фактор (14%), поликистоз в сочетании с эндометриозом яичников (11%), опухоли и опухолевидные образования яичников (11%), субсерозные миоматозные узлы (7%).

Были выполнены следующие операции: хромосальпингоскопия – 68%, каутеризация яичников – 54%, сальпингоовариолизис – 35%, фимбриолизис – 28%, сальпингостомия – 20%, коагуляция кист яичников – 14%, консервативная миомэктомия – 10%, резекция яичников – 7%.

Нами оценена эффективность данных методов лечения:

1. Выписка пациенток проводилась на 5,1±1,3 день без интра- и послеоперационных осложнений (0%).

2. Восстановление трудоспособности после операции через 2 недели.

3. Восстановление репродуктивной функции у 26,1% пациенток через 6–8 месяцев после эндоскопического вмешательства.

Выводы:

1. Основной причиной женского бесплодия по результатам исследования является поликистоз яичников (47%), второе место занимает сочетание поликистоза с трубно-перитонеальным фактором (23%), на третьем месте – трубно-перитонеальное бесплодие (14%).

2. Эндоскопические технологии могут быть выполнены при различных формах гинекологических заболеваний, приводящих к бесплодию.

3. Диагностическая и лечебная лапароскопия – это малотравматичная операция с минимальным косметическим дефектом, позволяющая сократить длительность лечения в стационаре, тем самым уменьшая экономические затраты и восстановления репродуктивной функции у четверти пациенток в течение года после вмешательства.

ТЕЧЕНИЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН С АКРОМЕГАЛИЕЙ

Зайдиева Я.З., Древаль А.Н., Перфильев А.В., Иловайская И.А., Чечнева М.А., Рифатова А.В.

ГУЗ «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», Россия
ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Россия

Акромегалия – редкое тяжелое нейроэндокринное заболевание, обусловленное хронической гиперпродукцией гормона роста (ГР) и инсулиноподобного фактора роста 1 (ИРФ-1). Основная причина повышенной продукции ГР – доброкачественная гормонально-активная опухоль гипофиза (соматотропинома). В регистре пациентов с акромегалией Московской области числится 140 пациентов из них 111 (79%) женщины, включая 60 (43%) женщин в постменопаузе. В настоящее время существует крайне незначительное количество исследований женщин постменопаузального периода при акромега-

лии, хотя очевидно наличие особенностей течения, как климактерического синдрома, так и структуры гинекологических заболеваний в целом.

Результаты: проведено комплексное обследование 34 пациенток с акромегалией старше 45 лет (медиана 55) в менопаузе. В активной фазе заболевания находилось 19 (55,9%) пациенток, медиана базального уровня ГР – 9,25 мкМе/л, медиана ИРФ-1 – 431 нг/мл (референсные значения 94–269). В стадии ремиссии находилось 15 (44,1%) пациенток. Макроаденомы гипофиза при этом отмечались у 74% пациенток, микроаденомы у 26%.

У 19 (67,6%) пациенток была естественная менопауза, медиана возраста 50 лет. Миомы матки наблюдались у 11 (32,3%) пациенток, включая 4-х (11,7%) женщин с впервые выявленной миомой матки по УЗИ. В основном это были бессимптомные миомы матки малых размеров с отсутствием кровотока, как в маточных сосудах, так и в сосудах, питающих миоматозный узел, не требующие хирургического лечения, однако одной пациентке с подслизистой миомой матки рекомендовано оперативное лечение. Миомы были связаны с другими патологическими состояниями: аденомиоз (n=3), эндометриальные полипы (n=3), кисты яичников (n=6). У 3х пациенток выявлены тератомы яичника, потребовавшие дальнейшей консультации онколога-гинеколога. У 15 (44,1%) пациенток (медиана возраста 47 лет) – хирургическая менопауза, которая была связана с оперативным лечением прогрессирующей миомы матки. При этом не было достоверного различия между возрастом естественной менопаузы (p=0,05). В 6 (17,6%) случаях миомэктомия была проведена до появления характерных симптомов акромегалии. Возраст хирургической менопаузы у этих женщин варьировал от 38 до 48 лет. При этом прогрессирующий рост миомы матки можно рассматривать как один из первых симптомов акромегалии, что диктует необходимость скринингового определения ГР и ИРФ-1 у таких пациентов. У 4 пациенток (11,7%) (2 с естественной и 2 с хирургической менопаузой) был гипогонадотропный гипогонадизм: ЛГ колебалась от 1,1 до 5,1 МЕ/л, ФСГ – от 4.1 до 15,5 МЕ/л, пролактин 43–170 мМЕ/л. Все пациенты имели макроаденому, по поводу которой было проведено оперативное лечение. У остальных пациенток (n=30), отмечалось соответствующее увеличение уровней гонадотропина: медиана ФСГ – 47,2 МЕ/л, медиана ЛГ – 15,8 МЕ/л. При этом только у одной женщины с впервые выявленной акромегалией была гиперпролактинемия (1115 мМЕ/л) на фоне макроаденомы гипофиза. Возраст естественной менопаузы 48 лет, без соответствующего подавления уровня гонадотропинов: ЛГ – 11,5 МЕ/л, ФСГ – 39,4 МЕ/л.

Тяжесть климактерического синдрома оценивалась при помощи шкалы Грина, средний балл составил 23. Только у немногих пациентов были умеренные или выраженные признаки: панические атаки (Q5, 33,3% пациентов), нарушение концентрации (Q6, 14,8%), потеря интереса ко многим вещам (Q8, 29,6%), депрессия (Q9, 3,7%), плаксивость (Q10, 14,8%), раздражительность (Q11, 18,5%), головокружение или обмороки (Q12, 18,5%), чувство онемения и дрожь в теле (Q14, 7,4%), приливы (Q19, 14,8%). Приблизительно половина пациентов жаловалась на тахикардию (Q1, 44,4%), чувство напряжения и

нервозность (Q2, 51,8%), нарушение сна (Q3, 51,8%), напряжение и сдавление в голове и теле (Q13, 48,1%), слабость в конечностях (Q17, 40,7%), затрудненное дыхание (Q18, 40,7%), ночную потливость (Q20, 40,7%), потерю интереса к сексу (Q21, 51,8%). Большинство пациентов жаловались на сильные головные боли (Q15, 70,3%), усталость (Q7, 70,3%), мышечные и суставные боли (Q16, 70,6%). Таким образом, некоторые симптомы активной акромегалии совпадают с жалобами, характерными для климактерического синдрома, что вносит свой вклад в высокий средний балл по шкале Грина.

Урогенитальные нарушения (стрессовое недержание мочи), которые потребовали дальнейшего лечения, были обнаружены у 16 пациентов (47%). Частота урогенитальных нарушений была выше среди пациентов с хирургической менопаузой по сравнению с женщинами с естественной менопаузой (9 из 11 против 5 из 16 пациентов соответственно, p=0.02).

Заключение: Различные гинекологические заболевания диагностировались у большинства женщин в постменопаузе при акромегалии. Средний возраст менопаузы не отличался от населения в целом, однако, распространенность миомы матки (76,4%) при акромегалии намного превышала популяционные данные для россиян (до 40%). Согласно нашему исследованию, некоторые климактерические симптомы схожи с клиническими проявлениями акромегалии (например, головная боль, усталость, мышечная и суставная боль, тахикардия, ночная потливость, затрудненное дыхание), что затрудняет верификацию диагноза. Вероятно, по этой причине Шкала оценки тяжести климактерического синдрома (шкала Грина) не является подходящей для женщин с акромегалией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Зароченцева Н.В., Белая Ю.М.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Россия

Актуальность: Высокая контагиозность вируса папилломы человека, гистофизиологические особенности шейки матки, гормональные и иммунологические сдвиги, вредные привычки, а также высокая сексуальная активность, по сравнению с другими возрастными группами, возможность трансмиссии ВПЧ при первом половом контакте делают подростков очень уязвимыми для ВПЧ. Онкогенный потенциал некоторых типов вируса при наличии

рискованного поведения подростков предполагает длительную персистенцию вируса в дальнейшем, и соответственно, высокий риск развития цервикальных неоплазий у сексуально-активных девушек-подростков (Johnson TL et al., 1994; Kahn J.A. et al., 2001). Кроме того, ВПЧ рассматривается в качестве возможного этиологического фактора бесплодия, невынашивания беременности и внутриутробного инфицирования плода (Кондратенко Н.Hi, 1999), что так же детерминирует особую социальную и медицинскую значимость генитальной ПВИ в этой возрастной группе. Именно с подросткового возраста огромное значение приобретает своевременная и эффективная диагностика генитальной папилломавирусной инфекции (Аполихина И.А., 2002; Минкина Г.Н., 2001 и др.). Наибольшие трудности, по данным литературы, вызывает выявление субклинической и латентной формы папилломавирусной инфекции (КулаковВ.И. и соавт., 1999 и др.).

Цель: изучить клинические проявления ПВИ у девочек-подростков МО.

Материалы и методы: проведено углубленное обследование 30 ВПЧ-позитивных сексуально-активных девочек-подростков Московской области в возрасте 14–17 лет, среди которых ВПЧ высокого канцерогенного риска был обнаружен у 50,5%, вирусы 16-го и 18-го типов – у 19,8%, 6-го и 11-го типов – у 2,8%. Обследование проводилось на базе МОНИИАГ и включало в себя: кольпоскопию, цитологическое исследование мазков с экзо и эндоцервикса, ПЦР диагностику урогенитальной инфекции.

Результаты: при проведении кольпоскопии среди ВПЧ-позитивных девочек-подростков было установлено, что эктопия шейки матки определялась у 26,6% девочек-подростков, многослойный плоский эпителий – у 16,6%, нормальная зона трансформации диагностирована у 30,0% пациенток. Аномальная кольпоскопическая картина в виде атипического эпителия определялась только у 26,6% ВПЧ-позитивных пациенток и была представлена мозаикой (16,6%), пунктацией (13,3%), ацетобелым эпителием (26,6%), лейкоплакией (13,3%). Остроконечные кондиломы вульвы и влагалища были выявлены только у 26,6% девочек-подростков, инфицированных ВПЧ. Цилиндрический эпителий, пораженный вирусом папилломы человека, напоминающий при кольпоскопии «жемчужные грозди», определялся у 10,0% пациенток. Признаки цервицита наблюдались у 63,3% ВПЧ-позитивных девочек-подростков. На основании проведенного цитологического исследования установлено, что чаще всего у ВПЧ-позитивных девочек-подростков определялись мазки II типа (PAP II) – у 76,7%, что свидетельствует о наличии воспалительных изменений, а мазки I типа (PAP I) наблюдались только у 16,7% девочек. III тип мазка (PAP III) был выявлен у 6,6% девочек-подростков. Койлоцитоз, как наиболее специфический морфологический признак папилломавирусной инфекции, был выявлен у 26,6% ВПЧ-позитивных девочек. Анализ результатов ПЦР диагностики урогенитальной инфекции выявил высокий инфекционный индекс в обследуемой группе. Так, среди ВПЧ-позитивных девочек обнаружено: Ureaplasma urealyticum – у 13,3%, Chlamydia trachomatis – у 6,6%, Trichomonas vaginalis – у 13,3%, Cytomegalovirus – у 23,3%, ВПГ – у 16,6%. Крайне неблагоприятным фактом является высокая частота инфицирован-

ности сексуально-активных старшеклассниц специфическими возбудителями (Trichomonas vaginalis у 16,6% и Neisseria gonorrhoeae у 3,3%).

Выводы: Таким образом, клинические формы ПВИ у девочек-подростков в виде аногенитальных кондилом определяются у 26,6%, CIN I – у 6,6%, субклинические формы – у 26,6% обследуемых, но чаще всего папилломавирусная инфекция у подростков протекает в латентной форме и встречается у 40,2% юных пациенток.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КЛАБАКС ОД» В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Захарова В.Е.

МУЗ «Перинатальный центр», Новороссийск, Россия

Актуальность. Воспалительные заболевания органов малого таза являются одной из самых распространенных причин обращения женщины к гинекологу.

Целью настоящего исследования было оценить эффективность лечения и переносимость препарата Клабакс ОД при терапии урогенитальной инфекции.

Клабакс ОД, или кларитромицин пролонгированного высвобождения – одна из новейших разработок. Особенность этого препарата – матричная структура таблетки, которая позволяет кларитромицину постепенно высвобождаться в желудке, а затем всасываться в тонком кишечнике. Это поддерживает равновесные уровни максимальных концентраций в плазме крови, что позволяет пациенту принимать препарат один раз в день.

В группу исследования было включено 67 женщин в возрасте от 17 до 39 лет. Средний возраст обследуемых составил 27,3±0,8 лет, имеющих воспалительные заболевания женских половых органов, хламидийной, мико-уреаплазменной этиологии, в титре, превышающем 104КОЕ/м, подтвержденных ПЦР-диагностикой.

Во время первичного осмотра был собран гинекологический и акушерский анамнез, проведено клинико-лабораторное исследование. В группу исследования вошли: 21 женщина (31,3%) с хламидийной инфекцией, 46 (68,7%) с микст-инфекцией.

У всех женщин (100%) был отягощен гинекологический анамнез: хронический аднексит – у 26 (38%) пациенток; эрозия шейки матки у 67 (100%) больных, из них ДЭК было проведено в 20 (29,8%) случаях; миома матки была у 3 (4,5%) пациенток; гиперплазия эндометрия у 5 (7,5%); нарушение менструального цикла – у 11 женщин (19,4%).

До начала лечения все пациентки предъявляли следующие жалобы: наличие выделений из половых путей у 43 (64,2%) женщин; тянущие боли внизу

живота, не связанные с менструальным циклом – 27 (40,3%) пациенток; дискомфорт во влагалище был у 14 (21%) женщин.

При бактериоскопическом исследовании отделяемого из влагалища выявлено наличие лейкореи: 20–45 лейкоцитов в поле зрения – у 12 женщин (18%); 50–100 лейкоцитов в поле зрения – у 36 женщин (53,8%); лейкоциты «сплошь в поле зрения» – у 19 женщин (28,2%).

У больных хламидиозом с моно– и микст-инфекцией выявлены воспалительные изменения в уретре, шейке матки с нарастающей тенденцией, которая зависела от вида возбудителей. Выявлено, что у больных с микст-инфекцией воспалительная реакция была более выраженной.

Вне зависимости от анамнеза и клинических данных, все пациенты были разделены на 2 группы: I группа – 35 (52,2%) женщинам был назначен Клабакс ОД пролонгированного действия по 500мг 1 раз в день в течении 10 дней. II группа – 31 (47,8%) пациентка получала Клабакс по 500 мг 2 раза в день 10 дней.

Во время курса антибактериальной терапии все женщины получали поливитаминные, антигистаминные, антимикотические препараты, местное лечение.

Оценка эффективности проводилась на основании динамики жалоб, клинических проявлений воспалительного процесса во влагалище и цервикальном канале, микроскопического исследования мазков на флору и исследования содержимого влагалища и цервикального канала на хламидии, микоуреаплазменную инфекцию.

После проведенного лечения все больные (100%) отметили улучшение самочувствия, жалобы, которые беспокоили до лечения, отсутствовали. При контрольном осмотре через 3–4 недели после окончания лечения у 59 женщин (88%) – отмечается улучшение мазков до нормальных показателей. (В I группе – у 33 пациенток (94,3%), во II группе – у 29 (90,3%). У 7,5% (5 женщин) сохранился лейкоцитоз (до 25–30 лейкоцитов в поле зрения). При контрольном проведении ПЦР-диагностики возбудители не были выявлены у 66 женщин (98,5%). У 1 больной (1,5%) из II группы после окончания лечения в соскобе из цервикального канала были выявлены хламидии (в анамнезе данной пациентки ранее проводились неоднократные курсы антибактериальной терапии по поводу микоплазменного эндоцервицита).

Переносимость препаратов во всех случаях была хорошей. Из побочных явлений у 3 пациенток (4,4%) из II группы были зарегистрированы слабовыраженные кратковременные диспептические расстройства, не потребовавшие отмены препарата. Аллергических реакций выявлено не было.

На основании проведенных клинических исследований можно сделать следующие выводы:

– Клабакс ОД обладает выраженным антимикробным и противовоспалительным действием;

– эффективность препарата составила 98,5%;

– фармакокинетический профиль Клабакса ОД обеспечивает одноразовый суточный прием и, следовательно, высокую комплаентность терапии.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Захарова Т.П.[1], Архипенко Н.И.[1], Манухин И.Б.[1], Студеная Л.Б.[1], Паевская О.А.[2]

1 – Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия
2 – Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Свыше 95% населения развитых стран инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ), 20% из которых имеют клинические проявления. Герпетическую инфекцию чаще всего вызывают вирусы простого герпеса – ВПГ-1 и ВПГ-2, антитела к которым выявляются у 90–99% взрослого населения планеты.

По данным официальной статистики, заболеваемость генитальным герпесом в Российской Федерации имеет стабильную тенденцию к постоянному увеличению, так, за период с 1994 по 2005 гг. число случаев возросло в 2,9 раза (с 7,4 до 21,7 на 100 000 населения).

В представленной работе оценивали клиническую эффективность препарата ферровир в лечении рецидивов предменструального генитального герпеса. Обследовано 40 пациенток в возрасте 18–38 лет, длительностью заболевания от 1 до 5 лет с проградиентным течением и наличием типичных кожно-слизистых везикулярных высыпаний на эктоцервиксе и наружных половых органах. Пациенты были разделены на две группы: контрольную (n=20) и основную (n=20). Группа контроля принимала базовый комплекс противовирусной и интеферонотерапии: валацикловир по 500 мг 2 р/д ежедневно 10 дней и суппозитории кипферрон интравагинально ежедневно по 1 на ночь 10 дней. В исследуемой основной группе пациенты в комплексе терапии получали: валацикловир по 500 мг 2 р/день в течение 10 дней, и дополнительно противовирусный с иммуномодулирующим действием препарат ферровир в виде раствора 15 мг/мл по 5 мл внутримышечно, ежедневно (интервалом через 24 часа) 10 дней. Всем пациенткам обеих групп до и после лечения проводилось клиническое и вирусологическое обследование (ИФА, ПЦР) с дальнейшим наблюдением в течение 6 месяцев.

В обеих группах пациенток (100%) купирование симптомов заболевания отмечено к 4–6 (основная группа) и 7–8 (контрольная группа) дню лечения. Отдаленные рецидивы заболевания в контрольной группе были через 2–3 месяца у 8 (40%) пациенток, а в основной группе – у 5 (25%) пациенток, через 3–5 месяцев после лечения. Вирусологическое обследование после лечения показало: отсутствие ДНК ВПГ в соскобе цервикального канала в

обеих группах, отсутствие типоспецифических антител IgM у всех больных, а титры высокоавидных типоспецифических антител класса IgG в контрольной группе имели 12 (60%) пациенток, а в основной группе – 17 (85%) больных.

Таким образом, включение в базовую схему лечения рецидивирующего генитального герпеса противовирусного препарата ферровир с иммуномодулирующим действием, показало положительную клиническую эффективность в снижении частоты и длительности рецидивов генитального герпеса.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИЛЫ СОКРАЩЕНИЙ ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ ВЛАГАЛИЩА

Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Беглов В.И.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

Актуальность. Значительная часть родов через естественные родовые пути завершается травмами мягких тканей родовых путей (каждые пятые роды), и отдаленные результаты травм и осложнений, свидетельствуют о росте частоты опущений и выпадений внутренних половых органов, которые в структуре гинекологических заболеваний доходят до 28% (Национальное руководство по акушерству., 2009). Трудность, а порою недоступность диагностики недостаточности мышц тазового дна приводит к различным мнениям ученых по поводу рассечения ткани промежности в родах. Если сторонники убеждены в проведении рутинной эпизиотомии, считая, что именно она способствует снижению родового травматизма, то противники, опровергая все преимущества указанного метода, рекомендуют проведение только по абсолютным показаниям (Томас Ф. Баскетт., 2010). Если одни ученые считают, что «резаная рана заживает лучше, чем рваная» и рекомендуют широкое применение рассечения ткани промежности в родах (на сегодня достигает до 39%), что влияет на снижение частоты разрывов промежности в общей популяции с 12 до 10% и разрывов промежности III–IV степени с 0,34 до 0,16 на 1000 родов. Другие связывают «омоложение» проблемы с увеличением количества рассечений и его осложнений, способствующих развитию и формированию пролапса гениталий, которая в настоящее время наблюдается у 63,1% женщин репродуктивного возраста (Широкова В.И., 2010).

Целью исследования явилась оценка силы сократительной способности запирательной мышцы влагалища в период беременности и через год после родов у женщин с рассечением промежности и без травм.

Материалы и методы: Исследование сократительной способности запирательной мышцы влагалища проводилось устройством (патент полезной

модели РФ №78415 RU) и методом компьютерного вагинотензометрического исследования (КВТИ) (патент изобретения РФ №2364336 RU). Особенностью метода является способность оценивать параметры силы тонического, максимального, волевого сокращений и их продолжительность.

Результаты исследования: обследуемая группа состояла из 64 женщин основной и 40 контрольной группы, все женщины были первородящими и затем перенесли роды через естественные родовые пути. В основной группе всем проводилось рассечение промежности (эпизиотомия), контрольной – роды протекали без разрывов ткани промежности. Возраст обследуемых женщин колебался от 18 до 36 лет, составив в среднем 26,19±4,71 лет. Группы исследования были сопоставимы по сроку беременности, роды в обеих группах имели спонтанное начало, родовозбуждение – усиление во время родов не проводилось. Всего родилось 104 живых детей доношенного срока, продолжительность первого периода родов в основной группе составила 569±131,4 минут, второго – 33,4±16 мин., в контрольной группе соответственно 535±124,7 мин. и 23,9±11 мин. Масса тела новорожденных варьировала от 2800 до 4200 гр., детей с массой от 2800 до 2999 гр. родилось – 14 (13,4%), от 3000 до 3499 гр. – 33 (31,7%), от 3500 до 3999 гр. – 36 (34,6%), от 4000 до 4200 гр. – 21 (20,1%). Оценка состояния детей при рождении по шкале Апгар составила 7–8 баллов. Показаниями для проведения рассечения промежности в основной группе явились: угроза разрыва промежности – 42 (65,6%), обвитие пуповины – 23 (35,9%), крупный плод – 21 (32,8%), нарастающий дистресс плода – 16 (25%), вторичная слабость родовых сил – 12 (18,7%), асинклитическое вставление головки плода – 7 (10,9%), дистоция плечиков – 5 (7,8%), короткая пуповина – 4 (6,25%), задний вид головного предлежания – 3 (4,6%), в значительном количестве наблюдались сочетания случаев по 2,08 на 1 женщину. Сила сокращений запирательной мышцы влагалища в исследуемых группах в период беременности по результатам КВТИ составила: тонического – 16,31±0,81 грс., максимального – 77,61*±0,77 грс., волевого – 61,30*±0,61 грс. и продолжительность – 5,84±0,29 сек.. Через год после родов выявлены следующие результаты: в основной группе тонического – 8,34±0,41 грс., максимального – 11,84*±0,59 грс., волевого – 20,18*±0,20 грс. и продолжительность – 1,84±0,09 сек., в контрольной группе соответственно: 14,19±0,70 грс., 65,26*±0,65 грс., 51,07*±0,51 грс., 3,19±0,15 сек. (р. <0,05, *р. <0,001). Снижение силы сокращений запирательной мышцы влагалища в течение года в сравнении с периодом беременности составила: тонического на – 49%, максимального на – 85%, волевого на – 68% и продолжительность на – 69%, в контрольной группе соответственно на 13%, 16%, 17%, 46%.

Таким образом, сравнительный анализ результатов компьютерного вагинотензометрического исследования выявил, что у женщин, перенесших в родах «рассечение промежности» наблюдается снижение силы тонического, максимального, волевого и продолжительности сокращений запирательной мышцы влагалища. Применение метода компьютерного вагинотензометрического исследования в амбулаторно-поликлинической практике может

позволить врачу акушер-гинекологу своевременно выявить недостаточность сократительной способности запирательной мышцы нижней трети влагалища после родов через естественные родовые пути.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Зур Н.В., Миронов А.Ю., Истратов В.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель: индикация молекулярных маркеров обменных нарушений у женщин при хронической генерализованной хламидийной инфекции (ХГХИ) с определением чувствительности и специфичности диагностического теста, прогностической ценности положительного и отрицательного результата.

Материалы и методы исследования: методами газовой хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС) исследовали биологический материал (кровь, моча, соскобы слизистой уретры, цервикального канала) при ХГХИ у 20 женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями (ХИВЗ) урогенитальной системы сочетанной хламидийной этиологии. Контрольную группу составили 20 клинически здоровых пациенток с отсутствием лабораторно-инструментальных признаков инфекционно-воспалительных заболеваний. Всего исследовано 280 проб.

Результаты и их обсуждение: в крови больных выявлены углеводные, липидные и аминокислотные компоненты (0,0004±0,0004–0,0171±0,0107 ммоль/л): разветвленные жирные кислоты (изопентадекановая), липогликаны и стерины, оксикислоты (3-оксидеказановая, 3-оксимиристиновая), аминосахара (галактозамин, глюкозамин). Содержание указанных выше метаболитов в крови больных коррелирует с их наличием в слизистой шейки матки, уретры и моче (0,0001±0,0003–0,0244±0,0103 ммоль/л). Полученные данные свидетельствуют об определенной перестройке углеводного, белкового и липидного обмена в тканях мочеполовых органов на фоне генерализованного инфекционного процесса в организме больных, что подтверждается отсутствием указанных метаболитов в аналогичных биотопах здоровых обследованных.

Следует отметить обнаружение в крови больных женщин сернистых соединений: 4–4-дигидрооксидифенилсульфона в минимальных концентрациях (0,0045±0,0032 ммоль/л). В группе контроля таковые метаболиты не зареги-

стрированы. Даже такой сравнительно низкий уровень содержания сернистых метаболитов в крови больных обладает достаточно выраженным повреждающим действием, поскольку эти соединения имеют тропность к коллагеновым структурам и способны повреждать ткани, в том числе слизистые оболочки, с развитием деструктивных изменений. Последнее подтверждается определением 4–4-дигидрооксидифенилсульфона в моче, а также в слизистых уретры, шейки матки у больных женщин (0,0057±0,0039–0,0160±0,0208 ммоль/л) при отсутствии или наличии в следовых количествах в моче (0,0004±0,0004 ммоль/л) сернистых соединений у здоровых обследованных.

Самый высокий уровень показателя диагностической чувствительности в крови отмечен при газово-хроматографическом и масс-спектрометрическом анализе разветвленных жирных кислот (80,0%), затем следует определение сернистых соединений (70,0%), оксикислот (65,0%), липогликанов и стеринов (55,0%), аминосахаров (50,0%). Показатели диагностической специфичности распределялись следующим образом: аминосахара, разветвленные жирные кислоты, липогликаны и стерины, оксикислоты (100,0%); сернистые соединения (55,0%). Наибольшая прогностическая ценность положительного результата также отмечена при определении аминосахаров, разветвленных жирных кислот, липогликанов и стеринов, оксикислот (100,0%), в меньшей степени – сернистых соединений (66,9%). Показатель прогностической ценности отрицательного результата наиболее высок при детекции разветвленных жирных кислот (83,3%), затем оксикислот (74,1%), липогликанов и стеринов (68,9%), аминосахаров (66,7%) и в меньшей степени – сернистых соединений (64,7%).

Выводы: детекция сернистых соединений является прогностическим признаком развития осложнений ХИВЗ урогенитальной системы вследствие нарушений системы антиинфекционной резистентности организма и токсического повреждающего воздействия на мочеполовые органы и ткани. Углеводные, липидные и аминокислотные компоненты являются молекулярными маркерами обменных нарушений при ХГХИ, приводящих к функционально-морфологическим изменениям в мочеполовых органах у женщин с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями урогенитальной системы сочетанной хламидийной этиологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ С ОБРАЩЕНИЕМ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ

Иванова Е.В., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Сасунова Р.А., Летуновская А.Б.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Целью исследования явилось изучить эффективность, безопасность и приемлемость различных методов контрацепции в сравнительном аспекте с обращением особого внимания на функцию печени.

Методы: под наблюдением находилось 90 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 30,05±1,8 лет), желающих использовать надежный метод контрацепции. Было проведено клинико-лабораторное исследование. До назначения гормональной контрацепции у всех пациенток была исключена патология печени по данным биохимического анализа крови и ультразвуковым показателям. Обследованные пациентки методом случайных чисел были разделены на 3 группы по 30 женщин в каждой. Первой группе был назначен гормональный оральный контрацептив, содержащий 3 мг дроспиренона и 20 мкг этинилэстрадиола, по 1 таблетке в день по схеме 24+4; второй группе – накожный пластырь, содержащий 6 мг норэльгестромина и 600 мкг этинилэстрадиола, по схеме 1 раз в неделю 3 недели, затем недельный перерыв; третьей группе – влагалищное кольцо, содержащее 11,7 мгэтоногестрела и 2,7 мг этинилэстрадиола по схеме 1 раз в месяц с 7 дневным перерывом. Срок использования контрацептивов и наблюдения за состоянием пациенток составил 12 месяцев. Оценка влияния препаратов на функцию печени проводилась с помощью лабораторных методов исследования биохимический анализ крови – содержание трансаминаз, прямого и общего билирубина. Исследования проводились до назначения контрацепции, через 3, 6, 9 и 12 месяцев на фоне ее использования.

Результаты: исследование подтвердило высокую эффективность (100%) гормональной контрацепции, случаев наступления беременности не было ни у одной женщины. В динамике наблюдения мы выявили, что у 13,3% первой группы была обнаружена незначимая тенденция к увеличению уровня трансаминаз, у 3,3% – билирубина в биохимическом анализе крови, изменений по УЗИ печени не наблюдалось. Однако у 1 пациентки (3,3%) эти изменения были достоверны и клинически значимы, пациентка предъявляла жалобы на тошноту, боли в правом в подреберье и межменструальные кровянистые выделения, гормональная контрацепция была отменена. У женщин вто-

рой и третьей групп изменения в биохимическом составе крови были менее выражены и отмечались у 10% женщин. Кроме того, у 3,3% пациенток второй группы была отмечена местная аллергическая реакция, в виду чего был назначен антигистаминный препарат. Отмены контрацептива не потребовалось. Побочные эффекты наблюдались в основном в первые месяцы применения, а затем частота их значительно уменьшилась.

Выводы. Низкодозированный комбинированный оральный контрацептив и накожный пластырь в ходе применения практически не вызывали значимых изменений функции печени и обладали высоким контрацептивным эффектом. По результатам наблюдения наименьшее влияние на биохимический профиль крови (печеночные ферменты) оказывают рилизинг – системы (влагалищное кольцо и накожныйпластырь), так как тенденция к изменению биохимических показателей отмечалась лишь у 10% женщин.

СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ – ОТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ К РЕПРОДУКТОЛОГИИ

Иловайская И.А.

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Россия

Синдром гиперпролактинемии или гиперпролактинемического гипогонадизма – наиболее распространенная нейроэндокринная патология. Количество таких больных в России, по разным оценкам, составляет от 214 тыс. до 2 млн. человек, причем 80% случаев регистрируются у женщин 25–40 лет. Патологическая гиперпродукция пролактина у женщин вызывает различные нарушения менструального цикла, вплоть до аменореи, приводит к развитию ановуляци и является, хотя и не единственной, но одной из частых причин бесплодия. На сегодняшний день гиперпролактинемия отмечается у 25–30% бесплодных семей. К сожалению, многие пары поздно обращаются за помощью, обследуются не в полном объеме, хотя, в настоящее время гиперпролактинемия достаточно успешно поддается медикаментозной коррекции, что в большинстве случаев позволяет восстановить фертильность у пациентов с бесплодием, обусловленным данной эндокринопатией. При диагностике синдрома гиперпролактинемии наряду с оценкой клинической симптоматики необходимо лабораторное подтверждение, а также оценка выраженности гиперпролактинемии с последующим определением генеза повышенного содержания гормона. В отношении лабораторной диагностики гиперпролактинемии необходимо помнить, что существует ряд ситуаций, которые могут приводить к ошибкам в интерпретации результатов. Так, при подтверждении

гиперпролактинемии целесообразно определять содержание макропролактина, в особенности пациентам с умеренно повышенным уровнем пролактина при отсутствии типичных клинических проявлений. Пациентам с макроаденомой гипофиза с выраженной клинической симптоматикой при нормально или незначительно повышенном уровне пролактина необходимо исключить эффект ложно-низких результатов в анализе при чрезвычайно высоких концентрациях гормона в сыворотке – феномен «hook effect».

Когда пациентка с гиперпролактинемией впервые начинает прием агонистов дофамина, она должна быть информирована о том, что восстановление овуляции и фертильности может наступить незамедлительно (даже до восстановления менструального цикла). Эффективность применения агонистов дофамина для восстановления фертильности очень высока: восстановление овуляции и/или наступление беременности происходит в течение полугода у 52% пациенток с синдромом гиперпролактинемии при приеме агониста дофамина первого поколения бромокриптина и у 72% пациенток при приеме агониста дофамина III поколения каберголина (Достинекса), а при увеличении продолжительности терапии каберголином до 10 месяцев – у 90%. В последние годы появляется все больше данных о возможности использования Достинекса для лечения гиперпролактинемии при планировании и во время беременности. Проведено многоцентровое исследование в гинекологических и эндокринологических стационарах, включающее наблюдение за 205 женщинами с гиперпролактинемией (всего 226 беременностей), получавших каберголин (Достинекс) в дозе 0,125 – 4 мг/нед. Период воздействия на плод составил от 1 до 144 дней. В итоге исследования не отмечено тератогенного эффекта или негативного влияния на здоровье матери, частота многоплодной беременности и преждевременных родов не превышала таковую в популяции. Согласно результатам 12-летних наблюдений Colao A. et al. (2008), из 329 беременностей, наступивших на фоне приема Достинекса, 258 (78%) закончилось родами, 71 (22%) – абортами, в т.ч. 9 (2,7%) по медицинским показаниям, 31 (9,4%) по желанию женщины прервать беременность и 30 (9,1%) спонтанные, что соответствует средним показателям в популяции (10–15%). У 193 (77%) детей, рожденных у этих матерей, период гестации был более 37 нед., а вес детей 3–4 кг – у 62% детей. В 2010 году вышла публикация (Lebbe, M., Hubinont, C., Bernard, P. et al. Outcome of 100 pregnancies initiated under treatment with cabergoline in hyperprolactinaemic women. Clinical Endocrinology, 2010, 73, 230–236.) с описанием течения и исходов беременностей еще 100 женщин, принимавших каберголин до момента зачатия. На настоящий момент всего более 800 случев наблюдений таких пациенток, и результаты этих наблюдений также подтвеждают 12-летние данные об отсутствии повышения частоты спонтанных абортов, преждевременных родов и многоплодных беременностей. Из доступных результатов по исходам 545 беременностей число новорожденных с врожденными пороками развития составило 2.2%, что не превышает показателей в общей популяции (3%). Эти данные свидетельствуют о том, что Достинекс может успешно использоваться при планировании беременности у женщин с гиперпролактинемией, препарат не оказывает тератогенного эффекта и негативного влияния на здоровье матери.

КРИОКОНСЕРВАЦИЯ В ПРОГРАМАХ ВРТ

Казарян Л.М., Замятнина В.А., Мартынова А.Е., Калинина Е.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Криоконсервация ооцитов, эмбрионов, яичниковой ткани несомненно имеет потенциал для повышения эффективности лечения с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. В настоящее время в клинической практике доступны: охлаждение над парами жидкого азота (сперма, биоптат яичка и/или эпидидимиса), программное, медленное замораживание (сперма, биоптат яичка и/или эпидидимиса, эмбрионы, ооциты, яичниковая ткань), витрификация – быстрое замораживание (сперма, биоптат яичка и/или эпидидимиса, эмбрионы, ооциты, яичниковая ткань).

По данным ученых частота наступления беременности на перенос одного криоэмбриона составляет от 12,5% до 69%. Есть несколько причин этих различий: эффект зависит от протокола криоконсервации и размораживания, стадии развития и качества эмбриона. Показатели также сильно зависят от того, как оценивается качество размороженного эмбриона и как результаты выражаются.

Показания к криоконсервации ооцитов: создание банка ооцитов, гиперстимуляция яичников, предстоящая химио- и/или лучевая терапия, возможность инсеминации небольшого числа гамет, морально-этические проблемы, связанные с криоконсервацией эмбрионов, юридические и правовые аспекты при разводе пары, запрет на криоконсервацию эмбрионов в ряде стран, возможность сохранить «молодые» яйцеклетки (по желанию пациентки). Сложности при замораживании ооцитов: размер клетки, нестабильность мембран, повреждение веретена деления, преждевременная кортикальная реакция, партеногенетическая активация.

В настоящее время интенсивно развиваются методы сохранения генетического материала человека для отсроченной реализации репродуктивной функции. Показаниями к криоконсервации яичниковой ткани являются: сохранение фертильности у пациенток с онкологическими заболеваниями перед предстоящей химио- и/или лучевой терапией, в будущем – продление репродуктивного возраста у совершенно здоровых женщин.

Нами был проанализирован опыт применения криоконсервации эмбрионов, начиная с 2003 года. За истекший период в отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия (руководитель – д.м.н. Калинина Е.А.) было проведено около 2500 циклов криоконсервации эмбрионов, и более 1500 циклов размораживания и переноса эмбрионов. В работе использовался как метод медленной заморозки, так и метод витрификации.

Витрификация эмбрионов, как метод криоконсервации, обеспечивает большую вероятность выживания. Для замораживания дробящихся эмбрионов 2–3-го дня развития предпочтительнее использовать витрификацию,

тогда как для криоконсервации зрелых бластоцист 5-го (особенно 6-го дня развития) – медленную криоконсервацию. С внедрением метода витрификации криоконсервация одного эмбриона может считаться целесообразной, так как процент выживаемости и наступления беременности увеличивается при данном методе. Эффективность криоциклов у пациенток старше 35 лет с переносом 1-го размороженного эмбриона значительно ниже по сравнению с молодыми женщинами (младше 35 лет). Криоконсервацию ооцитов на сегодняшний день все еще нельзя охарактеризовать как рутинную процедуру в большинстве клиник ЭКО, однако, она является необходимой мерой для улучшения результатов вспомогательных репродуктивных технологии.

Заключение: на сегодняшний день криоконсервация является актуальной и перспективной проблемой, способной оптимизировать программу ЭКО, однако, требующей комплексного научного исследования и дальнейшего внедрения в практику.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В СТРУКТУРЕ ЦЕРВИКОПАТИЙ

Казачков Е.Л., Шумилина К.С., Казачкова Э.А., Джиоева З.Г.

Челябинская государственная медицинская академия, Россия

Несмотря на значительный прогресс в отношении понимания этиологических факторов и механизмов развития патологии шейки матки, разработку и проведение различных профилактических мероприятий, некоторые заболевания в данной локализации по-прежнему остаются актуальной проблемой. Особое место среди них занимает лейкоплакия шейки матки, патогенез и особенности течения которой остаются спорными.

Принято различать простую лейкоплакию шейки матки и лейкоплакию с атипией, которые традиционно относят к фоновым и предраковым состояниям экзоцервикса соответственно.

Цель – изучение частоты встречаемости и структурных особенностей лейкоплакии шейки матки на современном этапе.

Проведено морфологическое исследование цервикобиоптатов от 356 пациенток в возрасте 20–60 лет с различной патологией шейки матки, выявленной при расширенной кольпоскопии. После фиксации в 10% нейтральном формалине тканевой материал заливали в парафин. Во всех случаях парафиновые срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для общей оценки состояния эпителиальных структур и стромы. Изучение гистологических препаратов осуществляли в соответствии с рекомендациями «Протокола экспертизы образцов от больных раком шейки матки». Учитывали топографию процесса, форму и активность хронического цервицита, степень

выраженности фиброза, а также наличие и состояние лимфоидной ткани в слизистой оболочке шейки матки. Для выявления взаимосвязей между изучаемыми факторами был использован комплексный статистический анализ полученных количественных и порядковых величин.

Лейкоплакия шейки матки встречалась наиболее часто в возрасте 26–30 лет (16,5%) и 46–50 лет (17,4%). Лишь в 3,6% случаев лейкоплакия шейки матки была изолированной, в виде простой формы, а в остальных наблюдениях (96,4%) имелось сочетание двух и более цервикопатий. В 92% случаев, помимо лейкоплакии шейки матки, регистрировали хронический цервицит различной степени активности. При этом в 73,3% наблюдений мы обнаружили косвенные морфологические признаки папилломавирусной инфекции (койлоцитоз). В то же время с помощью полимеразной цепной реакции вирусы папилломы человека высоко канцерогенного риска выявлялись у 78,9% пациенток. В 16,0% наряду с лейкоплакией выявляли заживающий либо стационарный эндоцервикоз, в 12% – рубцовые изменения, в 2% – полипы цервикального канала. Фоновые процессы часто комбинировались друг с другом, иногда – с предраковыми поражениями экзоцервикса, то есть представляли собой ассоциации из двух и более патологических процессов экзоцервикса. В 8% наблюдений наряду с лейкоплакией шейки матки выявлена CIN различной степени тяжести. В связи с клинической и социальной значимостью CIN в случаях сочетаний этих патологических процессов мы считаем целесообразным использовать международную терминологию «CIN с кератинизацией», а не «лейкоплакия с атипией». В то же время полагаем, что отечественный термин «простая лейкоплакия» следует сохранить, так как эта форма цервикопатии имеет характерные клинические и морфологические проявления.

Таким образом, лейкоплакия шейки матки чаще наблюдается в среднем либо в позднем репродуктивном возрасте пациенток. Крайне редко (3,6%) эта патология встречается в изолированном виде, чаще (96,4%) с лейкоплакией ассоциированы одна и более цервикопатий. Среди последних в большинстве случаев регистрируются воспалительные и дисгормональные поражения шейки матки, в частности, хронический цервицит различной степени активности (92%), а также заживающий или стационарный эндоцервикоз (16%). Косвенные морфологические признаки папилломавирусной инфекции шейки матки (койлоцитоз) обнаруживаются в 73,3% случаев лейкоплакии шейки матки. Выявленные нами особенности сочетаний лейкоплакии шейки матки с другими патологическими процессами позволят дифференцированно подойти к диагностике и планированию терапии ассоциаций цервикопатий.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

Карахалис Л. Ю.,Позднякова О. А., Карахалис Н. Б.

ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Миндравсоцразвития, Краснодар, Россия
Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Благодаря значительным достижениям диагностических и хирургических методов, женщины с врождёнными пороками сердца (ВПС) доживают до репродуктивного возраста и старше. Ведение беременности у этой популяции пациентов подробно изучено и описано, тогда как гинекологическим аспектам, таким как менструация, контрацепция, и менопауза уделяется недостаточное внимание

Благодаря современным достижениям кардиохирургии и медикаментозной поддержке, частота беременных женщин с ВПС постоянно возрастает. Несомненно перед акушером-гинекологом стоит вопрос не только вынашивания беременности и успешного родоразрешения, но и последующей контрацепции.

Число родившихся детей с ВПС составляет не менее 10 на 1 000 живых новорожденных. Большинство ВПС диагностируется в младенчестве, при этом до взрослого возраста такие пациенты либо не доживают, либо уже прооперированы. Наиболее часто из ВПС у взрослых встречаются дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, коарктация аорты, открытый артериальный (Боталлов) проток. Отдаленные результаты хирургического лечения дефекта межпредсердной перегородки уже в ближайшее время приводят к нормализации гемодинамики и в отдаленные сроки после операции пациенты не предъявляют жалоб и становятся практически здоровыми. При дефектах межжелудочковой перегородки наиболее типичные осложнения за последние годы значительно уменьшились благодаря совершенствованию хирургической техники. Своевременная операция при открытом артериальном протоке позволяет добиться полного выздоровления.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) разработала критерии приемлемости при принятии решения об использовании методов контрацепции. Основываясь на этих критериях нами на протяжении 10 лет ведется наблюдение за пациентками с ВПС, получающими гормональную контрацепцию.

При принятии решения мы основываемся на критериях ВОЗ, совместном обследовании акушера-гинеколога и кардиолога. С нашей точки зрения у пациенток с ВПС необходимо исследовать некоторые биохимические показатели, а именно: это показатели системы коагуляции с оценкой тромбоцитарного компонента, а так же ряд биохимических тестов.

Дифференцированный подход позволил нам осуществлять подбор гормональной контрацепции в зависимости от степени хирургической коррекции ВПС и общего состояния здоровья пациенток.

Наблюдается постоянно 47 пациенток, из которых 27 (57,4%) используют комбинированные гормональные контрацептивы; 8 женщин (17,1%) – рилизинг-систему «Мирена», а 12 (25:5%) – Чарозетту. При этом осущетсвлялся контроль АЧТВ, тромбоцитов, фибриногена, АТ III, билирубина и трансаминаз.

Таким образом, основываясь на данных мета-анализа и собственных исследованиях, возможность использования гормональной контрацепции у все увеличивающегося числа женщин детородного возраста с ВПС является актуальной проблемой и необходимым явлением.

СОПОСТАВЛЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Карахалис Л. Ю., Зуева Т.П., Петренко С.И.

ГБОУ ВПО КубГМУ Миндравсоцразвития, Краснодар, Россия
Женская консультация №3 МУЗ ГБ №2, Краснодар, Россия
ООО «Центр кольпоскопии и цервикальной патологии», Краснодар, Россия

Многочисленные исследования показали, что не все случаи дисплазии прогрессируют и большинство умеренных поражений регрессирует. На сегодняшний день очевидна связь между папилломовирусной инфекцией и большинством дисплазий шейки матки.

Целью исследования явилось сопоставление кольпоскопической картины и патоморфологического исследования.. Актуальность вопроса обусловлена широкой распространённостью этой патологии, которая встречается по данным В.Н. Прилепской с соавт. (2007) у 10–15% женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: нами было обследовано 2328 женщин, проживающих на территории Краснодарского края и г. Краснодара. Из числа обследованных была выделена группа из 534 женщин в возрасте от 23 до 54 лет (средний возраст 38,3±6,7 года) с наличием патологии шейки матки в виде дисплазий разной степени тяжести и выявленным вирусом папилломы человека (ВПЧ) при обследовании методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), которые были разделены на три группы.

При анализе кольпоскопических картин в качестве классификатора качественной оценки результатов кольпоскопии многие авторы предлагают использовать систему M. Coppleson (Grade I, Grade II, Grade III), а для количественной оценки – балльную шкалу Richard Reid (модифицированный коль-

поскопический индекс Рейда), позволяющую осуществлять дифференциальную диагностику различных поражений шейки матки. Оценка в баллах позволяет более скрупулезно оценить тяжесть поражения. Выполненные рядом авторов исследования продемонстрировали хорошую корреляцию между кольпоскопической оценкой и гистологическим диагнозом.

Первую группу составили 235 (44,0%) обследованных женщин, которым соответствовало минимальное повреждение эпителия (по Рейду – 0–2 балла), качественная оценка по Копплесону соответствовала 1–2 стадии. При гистологическом исследовании материала у 34 пациенток (6,68%) от числа всех обследованных первой группы выявлена CIN 1 (дисплазия 1), у 5-х (0,01%) – хронический экзоцервицит без признаков дисплазии, у 152 женщин (28,6%) – CIN 1–2 (дисплазия 1–2), у 27 (5,2%) – CIN 2 (дисплазия 2) и у 17 (3,2%) – CIN 2–3 (дисплазия 2–3). Вторую группу составили 270 (50,6%) пациенток у которых кольпоскопическая картина соответствовала средней с переходом на высокую степень повреждения эпителия (по Рейду – 4–6 балов), а качественная оценка соответствовала по Копплесону 2–3 стадии. При проведении гистологического исследования материала у 52 (9,9%) обследованных второй группы выявлена дисплазия 1, у 159 (29,9%) дисплазия 1–2 и у 59 (11,4%) – дисплазия 2–3. В третью группу вошли 29 (5,4%) пациенток с высокой степенью повреждения эпителия (по Рейду– 6–8 баллов), качественная оценка по Копплесону соответствовала 2–3 стадии. При анализе полученного после гистологического исследования материала оказалось, что у 19 пациенток (3,7%) третьей группы выявлена CIN II–III (дисплазия 2–3), у 3 (0,01%) – CIN I–II (дисплазия 1–2), и у 7 (1,4%) – CIN III (дисплазия 3 и c-r in situ).

Таким образом: проведенное исследование показывает высокую степень корреляции между кольпоскопической оценкой и результатами патоморфологического исследования. Кольпоскопическая оценка результатов не может заменить гистологическое исследование, однако с ее помощью возможно с высокой точностью прогнозирование дисплазий и доклинических форм рака, она способствует правильному выбору места для биопсии и дифференциальной диагностике многочисленных доброкачественных заболеваний.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЦЕРВИЦИТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Качалина О.В., Елисеева Д.Д., Качалина Т.С., Шахова Н.М., Андосова Л.Д.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Актуальность. Среди вирусных инфекций, передающихся половым путем, наибольшего внимания заслуживает возрастающая заболеваемость папилломавирусной инфекцией (ПВИ). Вирус папилломы человека (ВПЧ) является не только причиной воспалительных заболеваний шейки матки, но и доказанным экзогенным этиопатогенетическим фактором в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) и рака шейки матки (РШМ). Частота инфицирования ВПЧ в возрастной группе 16–29 лет составляет 45–81%, однако эти цифры не регистрируют субклинические и латентные формы инфекции. У 5–15% ВПЧ вызывает хроническое воспаление шейки матки (цервицит), реже вульвы и влагалища, а у 15–20% – ВПЧ-индуцированный рак генитальной сферы. Наиболее часто неблагоприятное течение и исход ПВИ шейки матки отмечается среди женщин с сочетанной вирусно-бактериальной, вирусно-грибковой инфекцией нижнего отдела генитального тракта. Кроме того, при таких сочетаниях наблюдается затяжное течение заболевания с большим числом рецидивов.

Проблема диагностики и лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки в нашей стране, ввиду отсутствия единого подхода, сводится к длительному консервативному лечению. Подобная тактика зачастую влечет прогрессирование, осложнение процесса, возникновение онкологической ятрогенной патологии либо приводит к неоправданному радикализму.

Недостаточная эффективность методов выявления цервикальной патологии диктует необходимость внедрения в практику новых диагностических технологий, таких как тест на ВПЧ, молекулярные маркеры, оптические технологии.

Цель исследования: Исследование возможности оптимизации диагностики и лечения цервицитов, ассоциированных с ПВИ у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Обследовано 75 ВПЧ-положительных пациенток, средний возраст которых составил 27 лет. Каждая женщина проходила обследование по следующему алгоритму: жидкостная цитология, исследование биоценоза урогенитального тракта методом «Фемофлор», кольпоскопия, оптическая когерентная томография в скоростной модификации (ОКТ),

определение молекулярных онкомаркеров. На основании полученных данных пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу (n=60 или 80%) вошли женщины с диагностированным цервицитом. Только у 9 женщин этой группы ПВИ развивалась на фоне нормоценоза влагалища, у остальных – обнаружены анаэробно-аэробные сдвиги, с наличием уреаплазмоза, микоплазмоза, кандидоза у 15 пациенток. Вторую группу составили 20% обследуемых (n=15), у которых была выявлена ЦИН 1 на фоне ПВИ.

Всем пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия и ОКТ с использованием «скоростной» модификации прибора ОКТ-1300У (ИПФ РАН, ООО «Биотехмед», Н.Новгород). Для получения изображения зонд приставляли к кольпоскопически визуализируемой зоне интереса и фиксировали легким прижатием на 5–7 секунд. Сбор и отражение данных на мониторе компьютера осуществляли в режиме реального времени с использованием программы, входящей в комплект ОКТ-установки. Данные ОКТ, представленные двухмерными изображениями, позволяли исключить тяжелую онкологическую патологию, что определяло дальнейшую тактику ведения.

Всем пациенткам было проведено антибактериальное, противовирусное и иммуномодулирующее лечение, с восстановлением лактофлоры и контрольным цитологическим исследованием через 4–6 мес. Пациенткам 2 группы с позитивной реакцией p16ink4a, а так же пациенткам 1 группы, наблюдаемым более 18–24 месяцев, или планирующих беременность проводилась фотодинамическая терапия (ФДТ), как наиболее щадящий метод лечения, обладающий противовирусным и антибактериальным эффектом. Дальнейшая наблюдательная тактика проводилась под цитологическим и ОКТ-кольпоскопическим контролем каждые полгода. Активная тактика ведения пациенток (биопсия и хирургическое лечение) выбиралась в случае неудовлетворительных данных ОКТ-кольпоскопии (злокачественные характеристики ОКТ), длительности течения ЦИН 1 более 18–24 месяцев, возрасте пациентки старше 35 лет или невозможности дальнейшего наблюдения. Выбор места биопсии и границы эксцизии определялись с помощью ОКТ. В качестве завершающего этапа ведения нами предложена вакцинация против четырех онкогенных типов ВПЧ.

Работа требует продолжения оценки эффективности предложенного лечебного алгоритма, уточнения в интерпретации оптических данных ОКТ, специфичных для цервицитов вирусной и смешанной этиологии, а так же ЦИН 1. Планируется изучение повышения информативности ОКТ с учетом компрессии тканей экзоцервикса во время проведения исследования, наблюдение пациенток в отдаленном периоде для оценки функциональных (наступление и вынашивание беременности, исход родов) и онкологических (прогрессирование, рецидивирование) результатов.

По нашему мнению предложенный подход к ведению цервицитов, ассоциированных с ПВИ у женщин репродуктивного возраста, может обеспечить эффективную профилактику рака шейки матки при отсутствии влияния на репродуктивную функцию.

ДЕПРЕССИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Каюмова Д.Т.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

По определению ВОЗ, как большой, так и малый депрессивный эпизод кроме ментального и психологического, нарушает социальное, общественное, физическое, эмоциональное и сексуальное функционирование, что является составляющими качества жизни, связанного со здоровьем. Приблизительно 20% женщин имели или будут иметь в своей жизни депрессию, особенно в эндокринные переходные периоды жизни (послеродовый и период менопаузального перехода). Депрессия увеличивает риск развития в пери- и постменопаузе сердечно-сосудистых заболеваний, болезни Альцгеймера и метаболического синдрома.

Целью исследования явилось определение частоты депрессии у женщин в сравнительном возрастном аспекте и влияние депрессии на показатели качества жизни женщин. Нами исследовано 1613 женщин от 20 до 72 лет. Средний возраст составил 44,8±0,22 года. Все женщины были разделены на группы: 1 группа (n=187) – женщины активного репродуктивного возраста, 2 группа (n=608) – позднего репродуктивного возраста – 35–44 года, 3 группа – (n=581) – женщины перименопаузального возраста – 45–54 лет, а также женщины постменопаузального возраста (n=237), составили 4 группу. Все женщины заполняли анкеты, в которых содержались вопросник качества жизни, самоопросник депрессии CES-D, а также проводилась оценка состояния здоровья и анамнеза. Так, было выяснено, что качество жизни пациенток сравниваемых групп ухудшалось соответственно возрасту и наиболее часто «плохое» качество жизни отмечали женщины перименопаузального возраста (3 группа) – 9,1% по сравнению с 4,8% – в 1 группе, 7,7% – во 2й и 6,3% – в 4й (P>0,05). В то время как «хорошее» качество жизни оценивалось каждой пятой женщиной 1 группы – 21,4% и 16,8% – во второй, и с достоверно (P>0,05) более низкой частотой 11,4 и 12,2% – в 3 и 4 группах. Психическое состояние женщин 3 группы было достоверно чаще отягощено «состоянием угнетения и депрессии», а наименее реже и наименее выражено эти признаки проявлялись у женщин в постменопаузе. Часто женщины перименопаузального периода имели снижение памяти, рассеянность и несобранность (P>0,05). Прием снотворных и транквилизаторов также чаще отмечен в 3 и 4 группах исследуемых, что вероятно, и объясняется более частыми проявлениями выраженной депрессии по опроснику CES-D.

Нарушения со стороны психического состояния чаще отмечались женщинами в виде раздражительности, возбудимости – во 2й (44,1%) и в виде

депрессий и возбудимости – в 1 и 3 группах (42,8 и 41,8%, соответственно). Симпатоадреналовые кризы, рассматриваемые в настоящее время, как панические расстройства – выраженное проявление тревоги – отмечали 12,8; 15,6; 24,4 и 16% женщин, соответственно по группам. Как видно из представленных данных – тревожные расстройства также достоверно чаще наблюдаются у женщин 3 группы. Слезливость с возбудимостью чаще отмечали женщины 1 группы – 74,3%, тогда как степень выраженности этого признака была наибольшей в 1, 3 и 4 группах. Плохое настроение (от лабильности-депрессии к меланхолии) было оценено наиболее выше в 3 группе. Эпизоды депрессии в анамнезе, естественно, достоверно чаще отмечали женщины 3 и 4 групп (18,2 и 18,6%), что согласуется с данными ВОЗ. Причем, данные эпизоды в 1/5 случаев были связаны с послеродовым периодом, 1/3 – потерей близкого человека (смерть, развод), а также – 1/5 женщин отмечала предменструальное дисфорическое расстройство в анамнезе. Из вышепредставленных данных можно сделать заключение: возраст, характеризующий гормональную перестройку – угасание функции яичников – в перименопаузе от 45 до 54 лет – наиболее уязвим в плане проявления депрессий и тем самым снижающим качество жизни, связанным со здоровьем.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

Кедрова А.Г., Леваков С.А., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н.

ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального Медико-биологического агентства РФ», Москва, Россия
Женская консультация МСЧ № 170 ФМБА, Москва, Россия

История диагностики и организации государственных профилактических мероприятий по раннему выявлению рака шейки матки за более чем 70 лет показала значимое снижение смертности и заболеваемости. Однако дискуссии по совершенствованию скрининговых программ и тактики при лечении предраковых заболеваний шейки матки продолжаются. С 2012 г введение в диагностические стандарты кольпоскопии (А03.20.001) для больных с заболеваниями шейки матки, вульвы и влагалища увеличит число выявленных пациенток с минимальными повреждениями эпителия. Тактика наблюдения за ними очень индивидуальна, связана со смещением современного акцента в сторону минимизации частоты и объема деструкции шейки, зависит от многих составляющих, таких как: возраст, статус по HPV-инфекции, репродуктивных планов больной, комплаентность. В связи с чем становится актуальным изучение возможностей диагностики и коррекции начальных изменений эпителия.

Целью нашего исследования являлось изучение тактики ведения пациенток с минимальными повреждениями эпителия шейки матки, выявленных при ежегодных профилактических осмотрах, с помощью кольпоскопии и цитологического исследования при расхождении диагнозов.

Материалы и методы: Из двух групп женщин, проходивших ежегодную диспансеризацию, мы выбрали пациенток имеющих кольпоскопические изменения на шейке матке, но с нормальными цитологическими заключениями (группа I, n=119, средний возраст 26,8 лет±4,5) и пациенток с цитологическими ответами, соответствующих ASCUS или LSIL, с нормальной кольпоскопической картиной (группа II, n=64, средний возраст 32,4 года±3,2). Динамика наблюдений за ними составила осмотр 1 раз в 3 мес., в течение 10–14 мес. 35 (29,4%) женщин из первой группы, на первом этапе, требовали санации влагалища и лечения дисбактериза. При отрицательной динамике, выявленной при контрольных осмотрах, по кольпоскопическим или цитологическим критериям, пациентки получали 10–14 дней Изопринозин (Inosine* pranobex) из расчета 50 мг/кг/сутки в 3 приема. Всего иммунотерапия была проведена 53 женщинам.

Результаты: Из 32 (26,9%) пациенток, принимавших Изопринозин, из группы I, положительная динамика по кольпоскопической картине отмечена у 28, что составило 87,5%. Это были женщины с нормальной цитологией, но кольпоскопическими признаками изменений на шейке матки легкой степени тяжести (нежный ацето-белый эпителий, неровные границы участка трансформации, нежная мозайка, пунктация), не имевших положительных изменений при динамическом наблюдении. Во второй группе пациенток с атипическими клетками в цитологическом мазке, при отсутствии визуальных кольпоскопических изменений на шейке матки, Изопринозин получила 21 (32,8%) пациентка, с эффектом от лечения в 76,2% случаев.

Выводы: У пациенток с минимальными визуальными изменениями на шейке матки, выявленных при кольпоскопическом исследовании, или при признаках койлоцитоза, легкой степени дисплазии в цитологических мазках, в случаях отсутствия самостоятельных улучшений более 3 мес., иммуномодулирующая терапия препаратом Изопринозин эффективна в 83% наблюдений.

ЭФФЕКТЫ ПРОГЕСТЕРОНА НА СЕКРЕЦИЮ ДЕЦИДУАЛЬНОГО ПРОЛАКТИНА ЭНДОМЕТРИЕМ

Керимли Л.М., Соснова Е.А.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Во время беременности пролактин продуцируется не только и не столько аденогипофизом, сколько синцитиотрофобластом. Децидуальные клетки

эндометрия продуцируют ПРЛ, который по своим химическим, иммунологическим и биологическим свойствам идентичен гипофизарному. Локальный синтез ПРЛ определяется с инициации процесса децидуализации, нарастает после имплантации оплодотворенной яйцеклетки, достигает пика концентрации к 20–25 неделям беременности и снижается непосредственно перед родами. Главным стимулирующим фактором децидуальной секреции ПРЛ является прогестерон. Практически все молекулярные формы ПРЛ можно обнаружить в амниотической жидкости, где источником его секреции является децидуальная ткань. Децидуальный пролактин предотвращает отторжение бластоцисты при имплантации, а также подавляет сократительную активность матки во время беременности. Таким образом, определение данного параметра может являться косвенным показателем благоприятного течения беременности.

Цель: Изучить влияние прогестерона на синтез д-ПРЛ человеческого эндометрия in vitro.

Материалы и методы исследования: Образец ткани эндометрия культивировали в бессывороточной питательной среде и изучали эффекты непостоянного и продолжительного лечения прогестероном на децидуальный пролактин (д-ПРЛ). Синтез д-ПРЛ был изучен в культурах пролиферативного и секреторного эндометрия с добавлением к среде (50 нг/мл) прогестерона. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение: Количество д-ПРЛ, синтезированного in vitro увеличилось постепенно в течение 41 дней непрерывного лечения прогестероном. Когда лечение прогестероном было предусмотрено только первые 14 дней 28-дневного цикла, секреция д-ПРЛ продолжала расти в течение первой недели в питательной среде в отсутствие экзогенного гормона, а затем начала снижаться. Аналогичная картина была получена в ходе второго 28-дневного цикла. Образец эндометрия, полученный для гистологического исследования после как непостоянного, так и продолжительного лечения прогестероном, содержал большое количество децидуальных стромальных клеток. Эти результаты показывают, что прогестерон может стимулировать и поддерживать децидуализацию и синтез д-ПРЛ в эндометрии. Секреция д-ПРЛ сразу же возросла после извлечения прогестерона и было доказано, что продолжительная секреция д-ПРЛ не поддерживается в отсутствии прогестерона.

Выводы: Данные, представленные в результате исследования, подтверждают гипотезу о том, что прогестерон действует на эндометрий, чтобы стимулировать как децидуализацию стромы, так и синтез д-ПРЛ. Прогестерон, в отсутствие каких-либо дополнительных экзогенных гормонов или сывороточных факторов, адекватно стимулирует и поддерживает секрецию д-ПРЛ в течение 6 недель. Непрерывное лечение прогестероном также вызывает значительное увеличение синтеза д-ПРЛ.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Киселева О.Ю., Герасимов А.М., Керимкулова Н.В.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия»Минздравсоцразвития России

С каждым годом увеличивается число женщин с эндометриозом, в большем количестве данная патология встречается у женщин в период пика детородного возраста. Эндометриоз является основной причиной бесплодия, альгодисменореи и других нарушений менструальной функции, часто нарушается психосоматический статус.

Целью нашей работы стало определение особенностей менструальной функции и морфологии эндометрия у пациенток с наружным генитальным эндометриозом.

Работа проводилась на базе 4 гинекологического отделения НИИ «МиД» г. Иваново. Объектом исследования стали 25 женщин с верифицированным при гистологическом исследовании наружным генитальным эндометриозом. Результаты подвергнуты статистической обработке.

По данным работы 4 гинекологического отделения НИИ МиД данная патология имеет место у 20–45% женщин, чаще обнаруживается у нерожавших, что совпадает с общепопуляционными исследованиями. Определено, что наружный генитальный эндометриоз чаще встречался в возрасте от 26 до 35 лет (у 16 женщин (64%)). Большая часть этих пациенток (14 (56%)) получили высшее образование, 16 (64%) имеют сидячую работу и ведут малоподвижный образ жизни.

При изучении течения заболевания удалось установить, что 16 (64%) женщин имеют эндометриоз более года, 15 (60%) проходили специальное лечение у гинеколога, 12 (80%) из них получали консервативную терапию и только 3 (20%) хирургическое лечение.

Основными жалобами пациенток явились жалобы на боли различной локализации. Отмечают боли 22 из 25 женщин (88%), причем большинство, 16 (72,7%) пациенток, ощущают их до месячных, 4 (18,2%) в первый день менструации и 2 (9,1%) на протяжении менструации. По локализации болей 22 (100%) отмечают боли внизу живота, 8 (36,4%) отмечают иррадиацию в поясницу и 3 (13,6%) в крестец и копчик. Интенсивность болевых ощущений мы оценивали по влиянию боли на трудоспособность. Было обнаружено, что у 17 (77,3%) женщин боль значительно влияла на трудовую активность, и они были вынуждены принимать нестероидные противовоспалительные средства. Эффект от НПВС

отметили только 13 из 17 женщин (76,5%). Боли при дефекации наблюдались у 2 (8%), диспареуния у 14 (56%), нижние диспепсические расстройства в виде вздутия, запора или диареи выявлены у 17 (68%) пациенток.

Из акушерского анамнеза известно, что у 14 (56%) женщин не было беременностей, у 6 (24%) – 1 беременность, у 3 (12%) – 2–3 и у 2 (8%) – 3 и более. Родов не было у 18 (72%). Однократный самопроизвольный выкидыш наблюдался у 2 (8%) женщин и у 3 (12%) в анамнезе было 2–3 выкидыша. Диагноз первичного или вторичного бесплодия выставлен 20 (90%) пациенткам, чаще встречалось первичное – у 14 (70%) больных, вторичное бесплодие наблюдалось у 6 (30%). У 9 (45%) пациенток длительность бесплодия была более 5 лет, у 6 (30%) – от 3 до 5 лет и у 5 (25%) – от 1года до 2 лет.

Из экстрагенитальной патологии выявлены заболевания мочевыделительной системы: у 7 (28%) женщин, и пищеварительной системы: у 8 (32%). Среди гинекологических заболеваний наиболее часто встретился сальпингоофорит – у 14 (56%) пациенток, эрозия шейки матки была у 8 (32%), полип полости матки и миома у 3 (12%) соответственно, кольпит у 1 (4%). Внутриматочному вмешательству ранее подвергались 19 (76%) женщин, из них у 13 (52%) была произведена гистероскопия с последующим диагностическим выскабливанием полости матки и у 1 (4%) введение ВМС. Гормональную контрацепцию использовали 7 (28%) женщин, из них КОК принимали 5 (71,4%), мини-пили и ВМС 1 (14,5%). У 3 женщин были обнаружены аномалии развития половых органов: у 1 – перегородка в матке, у 1 – двурогая матка, и у 1 – удвоение матки.

Из 25 женщин обследованной группы у 22 (88%) возраст менархе приходился на период 12–14 лет, что соответствует общепопуляционной норме; у 1 (4%) менархе наступило до 12 лет, у 2 (8%) пациенток наблюдалось позднее менархе после 14 лет. У 4 (16%) больных месячные были нерегулярными. По объему кровопотери можно косвенно судить о гормональном фоне и секреторной функции эндометрия. Удалось выяснить, что 1 (4%) больная расценивала менструальные выделения как скудные, 10 (40%) как умеренные и 14 (56%) как обильные. По продолжительности менструального кровотечения 15 (60%) указывают на удлинение его до 7 дней и более, и 10 (40%) имели длительность выделений от 4 до 6 дней. Некоторые женщины отмечали изменение цикла в сторону удлинения – 5 (20%), и ни одна не отметила укорочения. Мажущие выделения имели 17 (68%) пациенток, 14 (82,4%) из них отмечают эти выделения до менструации и 3 (17,6%) после.

При анализе морфологического состояния эндометрия у женщин с наружным генитальным эндометриозом удалось выяснить следующее. Гистологическая структура эндометрия у 14 (56%) соответствовала дню менструального цикла: эндометрий соответствовал концу ранней – началу поздней фазы пролиферации. У остальных 12 (48%) была выявлена железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, у 6 (47%) из них железистая гиперплазия имела характер смешанной, а в строме не определялась преддецидуальная реакция. Более чем у половины (62%) женщин с данными гистологическими характеристиками имелись признаки умеренной пролонгированной гипоэстрогении или гиперэстрогенемии и гипопрогестеронемии.

У женщин с «чистой» формой гиперплазии эндометрия признаки острой и пролонгированной гипер– и гипоэстрогении отмечались в 55,56% наблюдений.

Таким образом, наружный генитальный эндометриоз чаще развивается в возрасте от 26 до 35 лет (64%), у пациенток с высшим образованием (56%), сидячей работой и малоподвижным образом жизни (64%). Основным симптомом наружного генитального эндометриоза является болевой синдром в различных проявлениях, который наблюдается у 88% женщин и существенно снижает трудоспособность у 77,3% больных. У подавляющего большинства женщин с наружным эндометриозом наблюдается изменение характера менструаций: удлинение цикла (20%) и длительности менструальных кровотечений (60%), появление мажущих выделений до и после менструации (68%). В анамнезе большого количества пациенток (76%) имелись внутриматочные вмешательства, что подтверждает имплантационную теорию эндометриоза. Характерным синдромом при эндометриозе является бесплодие (90%), чаще первичное (70%), часто происходят самопроизвольные выкидыши (30%). У большинства больных с наружным генитальным эндометриозом при морфологическом исследовании эндометрия (66,7%) были выявлены признаки гиперэстрогенемии и прогестероновой недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ОНКОБЕЛКА Е7 ВПЧ У БОЛЬНЫХ С CIN

Клинышкова Т.В., Самосудова И.Б., Каратюк Т.И.

ГБОУ ВПО Омская Государственная Медицинская Академия Минздравсоцразвития России

Для повышения эффективности прогнозирования и профилактики предопухолевых процессов и рака шейки матки в практике широко используются молекулярно-биологические тесты, направленные на определение вируса папилломы человека (ВПЧ). Однако при отсутствии ретестирования данные методы не позволяют установить форму течения папилломавирусной инфекции (ПВИ) и объективно оценить клиническую ситуацию. Для повышения качества диагностики и определения прогноза течения цервикальных поражений остается актуальным внедрение новых высокоинформативных диагностических методов, одним из которых является метод определения уровня онкобелка Е7.

Цель исследования: на основании определения онкобелка Е7 оценить частоту персистирующей формы папилломавирусной инфекции у больных с CIN различной степени тяжести, ее взаимосвязь с маркерами пролиферации.

Материалы и методы исследования. Обследовано 78 пациенток с цервикальной ПВИ в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст 25,0±5,72 лет).

Среди 58 ВПЧ – позитивных пациенток с верифицированной CIN выделено 2 основные группы больных: с плоскоклеточными поражениями низкой степени – LSIL (CINI) – 28 пациенток (1-я группа) и высокой степени – HSIL (CINII–III) – 30 пациенток (2-я группа). Пациентки с латентной формой ПВИ составили группу сравнения (n=20); группа контроля включала 19 здоровых женщин.

Комплексное обследование включало кольпоскопическое, цитологическое исследование (традиционный метод и метод жидкостной цитологии) с интерпретацией результатов по системе Betesda (2001), гистологическое исследование, детекцию ВПЧ высокого онкогенного риска с типированием посредством ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией (тест-система «АмплиСенс® ВПЧ ВКР генотип – FL»). При обнаружении ДНК ВПЧ 16 и (или) 18 типа оценивалась вирусная нагрузка методом ПЦР в режиме real time (тест-система «ИнтерЛабСервис», Москва). Проводилось определение онкобелка Е7 в цервикальных пробах методом ИФА (тест-система «Е7 – ВПЧ – 16/18 – Диагност», Москва) и иммуноцитохимическое определение p16ink4α и Ki-67 (тест-система «CINtec® PLUS Kit», Германия). Для обработки полученных данных использовались статистические методы (точный критерий Фишера, информационная статистика Кульбака, корреляционный анализ Спирмена).

Результаты и их обсуждение. У больных с ВПЧ–ассоциированными плоскоклеточными поражениями позитивный тест на наличие Е7 отмечен в 1-й (64,3%) и 2-й (83,3%) группах, что было статистически значимо в сравнении с группой контроля (p=0,000), в которой наблюдались исключительно негативные результаты. Выявлено, что у каждой второй пациентки из группы сравнения (латентная ПВИ) подтверждено наличие Е7 в сравнении с группой контроля (p=0,003). Проведен сравнительный анализ латентной и клинической формы ПВИ. Нами не установлены различия по частоте обнаружения Е7 при сравнении основных групп больных (p=0,09). Однако, если в 1-й основной группе повышение частоты Е7 относительно группы сравнения не являлось статистически значимым, то во 2-й основной группе преобладание Е7 носило значимый характер (2I=41,38; p<0,001).

При проведении корреляционного анализа по Спирмену установлена прямая средней силы статистически значимая корреляционная связь между степенью CIN и наличием персистирующей инфекции или онкобелка Е7 (rs=+0,45, p<0,000).

С целью исследования взаимосвязи персистирующей ПВИ с интенсивностью пролиферации при CIN различной степени проведено изучение сочетания Е7 с опухолевым маркером p16ink4α, маркером клеточной пролиферации Ki-67 и коэкспрессии этих маркеров посредством иммуноцитохимии цервикальных мазков. Установлено, что наиболее выраженные изменения при персистирующей инфекции встречались во 2-й основной группе. Так, иммуноцитохимические признаки экспрессии p16, Ki-67 и сочетанной их экспрессии наблюдались значительно чаще при HSIL, чем при LSIL (p=0,05, p=0,02, p=0,02 соответственно). Подобные изменения получены и при сравнительном анализе HSIL с группой ВПЧ-инфицированных пациенток без патологии

шейки матки. У здоровых пациенток получены негативные данные по выявлению p16 и Ki-67 (p=0,000).

Выводы. У больных с цервикальным предраком на фоне папилломавирусной инфекции выявление онкобелка E7 наблюдается в 64,3–83,3% в зависимости от степени поражения. Установлено, что как клиническая (CIN), так и латентная форма ПВИ может протекать в условиях экспрессии E7, однако статистически значимое увеличение синтеза E7 констатировано при CINII–III, что коррелирует с интенсивностью экспрессии p16. Полученные данные подтверждают роль персистирующей формы папилломавирусной инфекции в цервикальном канцерогенезе и диагностическую значимость E7-теста.

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ РАННЕГО ОТВЕТА ПРИ РАЗВИТИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ковчур П.И.[1], Бахлаев И.Е.[1], Курмышкина О.В.[1], Волкова Т.О.[1], Немова Н.Н.[1,2]

1 – Петрозаводский государственный университет,
2 – Институт биологии КарНЦ РАН, Петрозаводск, Россия

Несмотря на высокую степень изученности молекулярных механизмов ВПЧ-индуцированного злокачественного роста, актуальными остаются проблемы поиска диагностических маркеров наиболее ранних стадий онкогенеза, идентификации прогностических факторов, а также выявления молекулярных мишеней для комплексной терапии рака шейки матки (РШМ). С этой позиции перспективными маркерами и мишенями представляются транскрипционные факторы c-Myc, c-Fos и c-Jun, которые являются продуктами экспрессии определенной группы генов, входящих в состав генома человека – генов раннего ответа. Именно эта группа генов в первую очередь активируется при стимуляции покоящихся клеток ростовыми факторами и участвует в регуляции процессов клеточной пролиферации, дифференцировки и апоптоза. Гены c-myc, c-fos и c-jun рассматривают как протоонкогены, так как доказано, что изменение их экспрессии является одним из центральных событий канцерогенеза. Известно, что гены раннего ответа и геном ВПЧ влияют друг на друга в процессе злокачественной трансформации клеток цервикального эпителия. Кроме того, накапливаются данные о диагностической значимости и прогностической ценности уровня экспрессии генов c-myc, c-fos и c-jun при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях и раке шейки матки. Однако большинство вопросов, касающихся установления связи между активно-

стью этих генов и клинико-патологическими характеристиками РШМ, остаются открытыми. В настоящей работе изучена экспрессия генов c-myc, c-fos и c-jun в опухолевой ткани больных РШМ в зависимости от степени тяжести процесса. Экспрессию генов анализировали методом ПЦР в режиме реального времени, идентификацию белков проводили Western-блоттингом с использованием мышиных моноклональных антител (Santa Cruz Biotechnology, CA). Обследовано 130 пациенток в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст – 45,3±3,2). Цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки выявлена у 25 женщин. С преинвазивной карциномой – 30, с I стадией злокачественного процесса – 30, со II стадией – 25, с III–IV стадией – 20 пациенток. Диагноз поставлен на основании клинических данных, подтвержден кольпоскопически, цитологически и гистологически. Контрольную группу составили 30 здоровых небеременных женщин, сопоставимых по возрасту, данным анамнеза и не имеющих патологии шейки матки. Показано, что при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях шейки матки экспрессия c-myc увеличивается в 60–65% случаев. В St 0 coli uteri активность данного гена не отличается от контрольных вариантов. Начиная с St I coli uteri и далее в прогрессивных стадиях (St II→St IV coli uteri) наблюдается резкое повышение экспрессии c-myc. Эффект регистрируется как на уровне мРНК, так и белка. Экспрессия c-jun при цервикальных интраэпителиальных неоплазиях, а также, начиная с St I coli uteri и далее при прогрессии опухоли, в 90–92% случаев не отличается от контроля. В St 0 может иметь место как повышение (20–24%), так и снижение экспрессии c-jun (50–52%). Уровень экспрессии гена c-fos по мере прогрессии опухоли возрастает и достигает максимума в StIII-StIV coli uteri. В работе обсуждается, что экспрессия генов раннего ответа может рассматриваться в качестве дополнительного диагностического маркера при РШМ и иметь определенное значение при выборе тактики лечения.

ЭКСПРЕССИЯ КАСПАЗ В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Ковчур П.И.[1], Бахлаев И.Е.[1], Курмышкина О.В.[1], Волкова Т.О.[1], Немова Н.Н.[1,2]

1 – Петрозаводский государственный университет, Россия
2 – Институт биологии КарНЦ РАН, Петрозаводск, Россия

Одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний у женщин, характеризующихся высокой смертностью, является рак шейки матки

(РШМ). Развитие РШМ более 99% случаев вызвано инфицированием эпителия шейки матки вирусом папилломы человека (ВПЧ) и неспособностью иммунной системы организма элиминировать инфекцию на ранних этапах. Следовательно исследование иммунного статуса пациента является основой для составления индивидуального прогноза и выбора эффективной терапевтической стратегии. Одним из показателей, связанных с подавлением противоопухолевого и противовирусного иммунного ответа, является подверженность иммунных клеток апоптозу. Главными эффекторами данного процесса являются каспазы, индукция которых может происходить под воздействием опухолевых и вирусных факторов. С другой стороны, в очаге неоплазии уровень экспрессии каспаз может отражать нарушение баланса между процессами пролиферации клеток и их дифференцировки как на транскрипционном, так и/или пост-трансляционном уровнях, что важно учитывать при выборе молекулярных мишеней терапевтического воздействия. Необходимо учитывать, что инициация апоптоза происходит через белок CD95 при связывании CD95 лиганда. При этом на клеточной мембране формируется рецепторный комплекс, индуцирующий клеточную смерть. С доменами данного комплекса взаимодействуют некоторые клеточные прокаспазы, в частности прокаспазы-8 и 10, с последующим образованием их активных форм. На следующих этапах апоптоза каспаза-8 активирует каспазы-3, 6 и 7, что влечет за собой расщепление большого количества клеточных белков, необходимых для нормального функционирования. Это неизбежно приводит клетку к гибели.

Цель работы – исследовать экспрессию каспаз -3, -6, -8 и -9 в лейкоцитах периферической крови (ЛПК) и опухолевой ткани пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) и РШМ стадий 0, I, II, III, IV (St 0 – IV) на уровне активности генов и уровне ферментативной активности соответствующих белковых продуктов. В исследовании участвовали 96 человек. Относительное содержание мРНК каспаз определяли методом ПЦР в режиме реального времени. Определение ферментативной активности каспаз проводили спектрофотометрическим методом с использованием меченых субстратов. При исследовании экспрессии каспаз в лейкоцитах в качестве контроля использовали образцы крови здоровых доноров (n=30). Изменение экспрессии каспаз в опухолевой ткани регистрировали относительно уровня экспрессии в морфологически здоровом эпителии шейки матки той же пациентки.

Результаты: При изучении экспрессии каспаз-3,-6,-8,-9 в ЛПК выявлено увеличение содержания мРНК каспазы-3 и ее протеолитической активности при CIN и РШМ. Содержание мРНК каспазы-6 при CIN и St 0 не отличалось от контроля и увеличивалось при St I–II, что согласуется с данными по активности каспазы-6. Также зарегистрировано увеличение активности каспазы-8 и, наоборот, подавление активности каспазы-9 в ЛПК при РШМ, в то время как при CIN экспрессия этих каспаз была сравнима с контрольным уровнем.При изучении экспрессия каспаз-3,-6,-9 в клетках CIN и РШМ получены следующие результаты. При CIN однозначной тенденции в изменении уровня мРНК и активности каспаз-3,-6 и -9 не выявлено. При St0 coli uteri их экспрессия соответствовала уровню здоровой ткани или была снижена. При стадиях I–IV

наблюдалось достоверное уменьшение протеолитической активности исследуемых каспаз, но в отношении содержания соответствующих мРНК были получены противоположные результаты: в большинстве образцов ткани РШМ St I и во всех образцах РШМ прогрессивных стадий (II–IV) было зафиксировано увеличение уровня мРНК.

Выводы: Согласно полученным данным, развитие РШМ сопровождается активацией экспрессии каспаз -3, -6 и -8 и снижением активности каспазы-9 в ЛПК, а также достоверно повышается количество CD95+ клеток, максимальный прирост отмечен I–II стадиях РШМ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при прогрессии опухоли в ЛПК активируются процессы Fas-зависимого апоптоза. Напротив, в опухолевой ткани при прогрессии РШМ имеет место подавление экспрессии и активности всех исследуемых нами каспаз, направленных на повышение выживаемости опухолевых клеток. Подобное разделение функциональных активностей каспаз при цервикальной интраэпителиальной неоплазии и на ранних стадиях РШМ предполагает возможное использование этой группы ферментов в качестве дополнительных диагностических маркеров при данной онкопатологии.

КОМБИНИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКА И РАКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ И ПЦР ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ТИПОВ ВПЧ

Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Демура Т.А., Ежова Л.С., Козаченко А.В, Байрамова Г.Р..

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Рак шейки матки (РШМ) является одним из наиболее частых видов рака у женщин во всем мире. Ежегодно в мире 500 тысяч женщин заболевают РШМ, в России – 12000 человек. Из года в год растут показатели заболеваемости, особенно среди женщин репродуктивного возраста. Появление цитологического тестирования привело к значительному снижению уровня смертности от РШМ. Известно, что основной причиной развития данного заболевания является инфицирование человека вирусом папилломы высоко онкогенных типов, особенно 16 и 18, с которыми связаны до 70% случаев РШМ во всем мире. Тестирование ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) можно проводить различными молекулярно-биологическими методами: с помощью

полимеразной цепной реакции – ПЦР, ПЦР-РТ, гибридизации – Digene, CISH, FISH. Важно выявить клинически значимую величину ДНК ВПЧ, чтобы избежать гипердиагностики заболевания и знать тип ВПЧ для оценки онкогенного риска. Тестирование ВПЧ применяется в качестве первичного скрининга или вместе с цитологичеким обследованием.

Цель исследования. Оценить чувствительность метода и возможность выявления клинически значимого количества ВПЧ в цервикальных образцах, собранных в среду для жидкостной цитологии.

Материалы и методы. Цервикальные образцы 28 женщин, средний возраст которых составил 30 лет, были собраны в среду для жидкостной цитологии и окрашены по Папаниколау в системе B&D TriPath. Результаты оценивались по классификации Bethesda. У 15 женщин из 28 цитологически не выявили патологических изменений (NILM по системе Bethesda), у 7 пациенток ASCUS, у 2 – L-SIL, у 4 H-SIL. Параллельно в том же материале проведено ПЦР тестирование для 14 типов ВПЧ на приборе Cobas. Тест Cobas позволяет выявить 14 типов ВПЧ высокого онкогенного риска (суммарный результат 12 типов – 31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68 и отдельные результаты по 16 и 18 типам) в цервикальном материале методом ПЦР. ПЦР тестирование проводится в режиме реального времени с автоматизированной подготовкой пробы и детекцией результатов по трем каналам: по первому каналу – 16 тип ВПЧ, по второму – 18 тип ВПЧ, по третьему – суммарный результат по 12 высоко онкогенным типам.

Для уточнения цитологического диагноза «ASCUS», а также при L-SIL и H-SIL проводили иммуноцитохимическое (ИЦХ) выявление онкомаркеров p16INK4a и Ki-67 на дополнительно приготовленных стеклах из того же материала, полученного методом жидкостной цитологии.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что во всех случаях H-SIL и L-SIL имеется присутсвие ВПЧ онкогенных типов. В случаях H-SIL в двух случаях был выявлен вирус только 16 типа и в других двух – сочетанное поражение вирусом 16 типа и онкогенными типами 31–68. В обоих случаях L-SIL выявили ДНК ВПЧ: в первом случае 16 типа, во втором – онкогенными типами 31–68 ВПЧ. У 7 пациенток с ASCUS не было выявлено клинически значимое количество ДНК ВПЧ, что коррелировало с результатами ИЦХ исследований, в которых экспрессия маркера p16INK4a отсутствовала. У 3 из 15 пациенток в возрасте 21–24 лет с цитологическим диагнозом «NILM» выявили в одном случае выявлен 16 тип ВПЧ, в 2 других – онкогенными типами 31–68 ВПЧ. Мониторинг этих 3 пациенток требует особенно внимательного отношения, так как известно, что при значимых вирусных нагрузках, а именно такие величины регистрирует этот метод, накопление мутаций приводит к видимым на уровне клетки изменениям, к цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Тестирование ВПЧ в 28 цервикальных образцах дало положительный результат в 9 случаях (32%), что позволяет сделать вывод о том, что этот метод имеет большую чувствительность в плане выявления инфицирования женщин ВПЧ по сравнению с цитологическим (21,4%).

Заключение. Использование комбинации методов цитологического исследования с молекулярно-биологическим тестированием и генотипированием вирусной ДНК делает возможным профилактику РШМ. Обнаружение признаков клеточной атипии в цитологических препаратах шейки матки достоверно коррелирует с присутствием ВПЧ в образцах. Молекулярно-биологический метод имеет высокую чувствительность, воспроизводимость и позволяет автоматизировать процесс анализа. Преимуществом и удобством теста является сбор материала в среду для жидкостной цитологии, что позволяет провести из одного образца ПЦР анализ, иммуноцитохимическое исследование для выявления экспрессии белка p16INK4a и цитологическое исследование. Исследование цервикальных образцов методом ПЦР позволяет эффективно выявлять женщин, инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска, особенно у молодых женщин. Однако, именно цитологическое исследование дает объективную информацию о начавшейся трансформации клеток, а также о том, на какой стадии заболевания находится пациент, что позволяет подбирать адекватное лечение.

ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ С ПРИЗНАКАМИ СТВОЛОВОСТИ В ЛИПОЛЕЙОМИОМАХ МАТКИ

Коган Е.А.[1], Файзуллина Н.М.[1], Низяева Н.В.[1], Занозин А.С.[2], Аскольская С.И.[1]

1 – ФБГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ, г. Москва, Россия
2 – Первый Московский Государственный Университет им И.М.Сеченова, Москва, Россия

Возникновение и развитие злокачественных опухолей связывается с появлением особых опухолевых стволовых клеток, обладающих резистентностью к воздействию химических веществ, радиации и определяющих рецидивирование и метастазирование. До сих пор опухолевая стволовая клетка идентифицирована лишь в небольшом количестве злокачественных новообразований: острый миелоидныйлейкоз, глиобластома, рак молочной железы и другие. Вопрос о существовании стволовых опухолевых клеток в доброкачественных опухолях остаётся открытым. Липолейомиомы (ЛЛМ) матки редкие – доброкачественные опухоли с частотой встречаемости от 0,5 до 1% случаев, состоящие из двух компоненов – гладкомышечного и жирового. Цитогенез адипоцитов в ЛЛМ, по мнению ряда авторов, может являться результатом «перерождения» гладко-мышечного компонента в жировой, что в настоящее время подвергается обсуждению. Цель нашего исследования заключалась в поиске клеток, которые могли бы быть источником роста ЛЛМ.

Материалом для исследования служил архивный материал 15 ЛЛМ матки от пациенток среднего возраста 37,5 лет. В качестве контроля были использованы образцы 10 простых лейомиом от пациенток репродуктивного возраста. Были исследованы макропрепараты, микропрепараты, окрашенные гематоксилином и эозином. Иммуногистохимические реакции проводились на серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм на стеклах с адгезивным силанизированным покрытием. Демаскировка антигенов проводилась в микроволновой печи с использованием цитратного буфера (pH 6,0) и при мощности 600 Вт. В качестве первичных антител применялись моноклональные и поликлональные антитела к маркерам гладкомышечных клеток–десмину, SMA (гладко-мышечный актин), маркёры пролиферации Ki-67 (DAKO, Дания), виментину, OCT-4 (DAKO, Дания), CD117 (LAB VISION, США). В качестве вторичных антител использовалась смесь противомышиных и противокроличьих антител со стрептовидин-биотиновым комплексом (SBK KIT DAKO, Дания). Ставились положительные и отрицательные контроли.

Лейомиомы макроскопически выглядели в виде узлов беловатого цвета с чёткими границами, обычно округлой формы, плотной консистенции, на разрезе белого или серовато-белого цвета, чаще однородного вида. В ЛЛМ отмечалось наличие участков желтоватого цвета. При проведении микроскопического исследования ЛММ были представлены хаотично расположенными пучками гладкомышечных клеток. ЛЛП состояли из двух компонентов: гладкомышечного и жирового. Адипоциты в ЛЛМ располагались преимущественно в виде скоплений, либо единичными клетками, часто периваскулярно.

В результате проведённого исследования установлена экспрессия SMA, десмина, виментина в гладкомышечном компоненте опухоли. В то же время в клетках периваскулярной ткани экспрессия SMA, десмин отсутствовала, а виментина – положителен. Кроме того, обнаружено, что клетки периваскулярных муфт экспрессируют маркеры стволовости . CD117, OCT-4 и способные к пролиферации, судя по Ki-67. Кроме того, CD117 позитивные клетки были выявлены как в гладкомышечном так и в жировом компоненте. В адипоцитах виментин демонстрировал также высокую экспрессию, однако OCT-4, Ki-67 наблюдались только в единичных клетках. Десмин и SMA были негативны в жировом компоненте ЛЛМ

Заключение. В ЛЛМ обнаружены клетки с признаками стволовости, располагающиеся в периваскулярной зоне и, вероятно, являющиеся источником развития лейомиом, а также имеющие способность к дифференцировке в адипоциты ЛЛМ.

АМБУЛАТОРНАЯ ПРОГРАММА ГОРМОНАЛЬНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ В СОЧЕТАНИИ С БЕСПЛОДИЕМ

Колесникова Л.В., Ермолова Н.В., Ширинг А.В., Скачков Н.Н., Маркарьян И.В., Каушанская Л.В.

ФГБУ «НИИ акушерства и педиатрии Минздравсоцразвития», Ростов-на-Дону, Россия

Эндометриоидные кисты яичников (ЭКЯ) являются наиболее часто встречающимся проявлением эндометриоза (Адамян Л.В. и соавт, 2011; Liu X. et al., 2010), а лапароскопическая цистэктомия – первым методом при лечении (Chapron C. et al., 2002), хотя часто наблюдаемые рецидивы (Koga K. et al., 2006) при длительном наблюдении за пациентками требуют проведения долгосрочной амбулаторной гормональной терапии (от аг – РГ до гормональных контрацептивов). На данный момент не существует оптимального препарата для лечения эндометриоза (Vercellini P. et al., 2011). Основной путь продукции оксида азота в организме представлен процессом образования оксида азота (NO) внутри клеток из аминокислоты L-аргинина при участии кислорода с помощью фермента синтазы оксида азота (NOS), активность которого контролируется эстрадиолом. В развитии НГЭ важную роль играют эстрогенная обусловленность и наличие локальной гиперэстрогении (Л.В.Адамян и соавт., 2011). Представляется важным изучение особенностей миграции половых стероидов как свободных, так и связанных с белками, из крови в тканевые жидкости, в том числе и перитонеальную (ПЖ).

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи изменений продукции эндотелиальных факторов и половых гормонов в развитии ЭКЯ и обоснование программы амбулаторного послеоперационного лечения пациенток с бесплодием.

Обследованы 63 пациентки (средний возраст 30,1±0,4 года) с гистологически подтвержденными ЭКЯ (36 с монолатеральными, 27 – с билатеральными), страдающие бесплодием. Контрольную группу составили 20 пациенток с бесплодием без эндометриоза (средний возраст 28,5±0,9 года). Всем пациенткам выполнялась лапароскопия. Уровень половых и гонадотропных гормонов и ЭТ-1 в сыворотке крови и перитонеальной жидкости определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами фирмы «DRG» (Германия) – эстрадиол, ЛГ, ФСГ, «DSL» (США) – эстрон, «Алкор-Био» (Санкт-Петербург) – тестостерон и прогестерон, пролактин, «R£D – Systerms» (США) – ЭТ-1. Эндогенный уровень оксида азота в форме нитрит-аниона (NO-) определяли с помощью реактива Грисса (Н.П.Дмитренко и соавт., 1998).

Активность нитрооксидсинтазы (NOS) измеряли по увеличению продукции оксида азота из L–аргинина в присутствии NADPH (D.Julio и соавт., 1995). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 5.1, фирмы Stat Soft). Однородность дисперсий проверяли по критерию Фишера. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию Стьюдента и его аналогу для непараметрических распределений – критерию Манна-Уитни. Результаты оценивали как статистически значимые при $p<0,05$.

Объем ПЖ у пациенток с ЭКЯ составил 42,6±0,5 мл, тогда как у больных в контрольной группе – 18±0,6 мл. При гистологическом исследовании удаленных препаратов были обнаружены «старые» эндометриоидные кисты, лишенные эпителиальной выстилки с отложениями гемосидерина.

Изучение эндотелиальных факторов на системном уровне выявило особенно значимые изменения в содержании метаболитов оксида азота (NOx), активности NO-синтазы и эндотелина-1 в сыворотке крови пациенток с ЭКЯ. Так, уровень NOx в 13,6 раза был выше контрольных значений ($p<0,001$) при соответствии концентрации ЭТ-1 физиологическим величинам, а активность нитрооксидсинтазы превышала физиологические показатели в 1,89 раза ($p<0,001$). Что касается концентрации стероидных гормонов у пациенток с ЭКЯ, то различий в отношении ЛГ и прогестерона, по сравнению с контрольными данными не обнаружено. В то же время наблюдался рост в сыворотке крови уровня ФСГ в 1,32 раза, пролактина в1,56, эстрона в 1,5, что согласуется с данными Л.В. Адамян (2006), а так же тестостерона в 2,5 раза относительно аналогичных величин здоровых женщин ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ соответственно). Выявленные метаболические особенности половых стероидов и гонадотропинов у больных с ЭКЯ, несомненно, оказывают влияние на характер изменений ряда параметров эндотелиальной системы.

Определение метаболитов оксида азота (NOx) и активности NO-синтазы в ПЖ свидетельствовало о повышении показателей NOx в 5,7 раза у больных с ЭКЯ по сравнению с данными у здоровых женщин ($p<0,001$), так же как и NO-синтазы. Наблюдалось более чем двухкратное количественное увеличение показателя ($p<0,001$). Обращает на себя внимание увеличение продукции ЭТ-1, обусловленное, очевидно, влиянием высокого уровня сосудисто-эндотелиального фактора роста (СЭФР), обнаруженного нами у данных пациенток (Н.В.Ермолова, В.И.Орлов, 2008), на активность эндотелинпревращающего фермента, так как данный полипептид участвует в регуляции этого процесса. Содержание эстрона в ПЖ превышало контрольные показатели в 2,86 раза ($p<0,001$), 17β-эстрадиола – почти в 5 раз ($p<0,0001$), а тестостерона – в 2,6 раза ($p<0,001$) при снижении уровня прогестерона в 2 раза ($p\leq0,05$). При этом содержание 17β-эстрадиола было на уровне контрольных значений ($p<0,05$). Эта метаболическая ситуация создаёт условия для роста активности NO– синтазы, вследствие чего генерируется высокий уровень оксида азота, являющегося эндогенным вазодилятатором и медиатором биохимических процессов, которые в конечном итоге усиливают кровоснабжение яичников. Обнаруженное снижение уровня прогестерона

в ПЖ способствует усиленной клеточной пролиферации, что обеспечивает формирование гетеротопий.

На основании проведенных исследований нами выработана долгосрочная амбулаторная гормональная программа ведения пациенток с бесплодием в послеоперационном периоде. Она включает назначение аг – ГР на три цикла, с последующим переходом на приём гормональных контрацептивов с преимущественным антипролиферативным действием гестагенного компонента в непрерывном режиме на три месяца после проведения УЗИ органов малого таза и исключения рецидивирования процесса. Дальнейший переход к контрацептивному режиму на три цикла и планирование беременности в последующем осуществляется так же под контролем УЗИ. Это позволило снизить количество рецидивов эндометриоза яичников до 10%. Наступление беременности было отмечено у 46% пациенток.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНЩИН РАБОТАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА

Комарова А.Н.

НУЗ «Отделенческая клиническая больница», Барнаул, Россия

Охрана здоровья женщин, занятых во вредных условиях труда, организация лечебно-профилактической помощи с учетом влияния на организм неблагоприятных факторов, являются одной из важных проблем акушерства и гинекологии. В России 53% всех работающих составляют женщины, до 90% из них находятся в детородном возрасте.

Труду проводниц сопутствуют вредные и опасные производственные факторы. Наиболее значимыми из них являются шум, вибрация, нестабильный микроклимат, нарушение режима труда и отдыха. Все вышеуказанное оказывают неблагоприятное действие на состояние нейроэндокринной системы, и как следствие приводи к развитию патологии молочных желез и гениталий.

Цель исследования: Провести исследование состояние здоровья женщин, работающих в неблагоприятных условиях труда и разработать мероприятия по профилактике развития заболеваний.

Материалы и методы исследования: С целью изучения особенностей патологии молочной железы была обследована 501 проводница пассажирских вагонов дальнего следования и 136 работниц обслуживающей сферы. Средний возраст в основной группе составил 36,06±9,2. Продолжительность работы во вредных условиях труда составила 12,06±6,9. Изучение гинекологической заболеваемости у проводниц пассажирских вагонов проводилась нами при их обращении в женскую кон-

сультацию и по данным профилактических осмотров с применением ультразвукового исследования, гормональных тестов.

Результаты и их обсуждение: Настоящим исследованием установлено, что уровень гинекологической заболеваемости у работниц подвижного состава в 2,6 раза выше, чем в группе сравнения. У работниц подвижного состава отмечен высокий уровень гинекологической заболеваемости в зависимости от стажа работы: Воспалительными процессами внутренних гениталий в 1,8 раза, эндометриозом – в 12,8миомой матки в 7,5 раза, опущениями стенок влагалища и матки в 83,3 раза. При этом патология молочной железы в основной группе встречается в 2,1 раза чаще, чем в группе сравнения. У проводниц пассажирских вагонов отмечена прямая зависимость встречаемости фиброзно-кистозной мастопатии от стажа работы.

Заболеваемость экстрагенитальной патологией у проводниц пассажирских вагонов в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе.

Для профилактики развития заболеваний и снижения влияния производственных факторов нами был разработан комплекс мероприятий включающий следующие положения:

Учитывая высокую заболеваемость проводниц пассажирских вагонов, следует рекомендовать ограничение женского труда в работе подвижного состава.

Для профилактики воспалительных процессов гениталий необходима организация удобных комнат гигиены на подвижном составе.

Необходимо четкое соблюдение графика работы проводниц.

Необходимо проведение реабилитационных мероприятий у работниц подвижного состава с учетом имеющихся гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

Проводить курсовую терапию адаптогенами, витаминотерапию.

Проводницы, имеющие эндокринное бесплодие, дисфункциональные маточные кровотечения, гипоменструальный синдром и аменорею в репродуктивном периоде, а также имеющим тяжелое течение климактерического синдрома, опущение стенок влагалища и матки 2 и более степени подлежат переводу другую работу вне подвижного состава.

Учитывая высокую заболеваемость различной гинекологической и экстрагенитальной патологией необходимо дифференцированное проведение предварительных и периодических проф. осмотров

При приеме на работу необходим стандартный набор специалистов: терапевт, окулист, невролог, психиатр, оториноларинголог, хирург.

При стаже работы 1–5 лет: необходим осмотр гинеколога 1 раз в год и взятие мазков на специфические инфекции.

При стаже работы 6–10 лет: необходим осмотр маммолога 1 раз в год, гинеколога 2 раза в год

Учитывая имеющуюся гинекологическую патологию всем женщинам имеющим стаж работы более 15 лет необходим осмотр урогинеколога, В связи с высокой заболеваемостью патологией шейки матки необходима ежегодная кольпоскопия женщинам имеющим стаж работы более 15 лет.

Основной целью диспансеризации проводниц пассажирских вагонов является сохранение их репродуктивной функции и гинекологического здоровья с учетом влияния неблагоприятных факторов трудового процесса.

МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ

Кононова И.Н., Обоскалова Т.А.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме оптимизации реабилитационных мероприятий после деструктивных методов лечения патологии шейки матки, частота рецидивирования заболеваний шейки матки после деструкции остается достаточно высокой и составляет по данным разных авторов от 15% до 35%, процесс заживления составляет от 20 до 30 дней, поэтому актуальным является поиск дополнительных методов терапии на этапе реабилитации

Цель исследования: изучение клинической эффективности препарата депантол после применения деструктивных методов терапии на этапе реабилитации при патологии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 60 женщин в возрасте от 18 до 65 лет с гистологически подтвержденным диагнозом ««цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1стадии».

Всем пациенткам выполнен необходимый диагностический стандарт: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, гистологическое исследование биоптатов шейки матки, ПЦР урогенитальных инфекций, ПЦР на вирус простого герпеса (ВПГ), ПЦР на вирус папилломы человека (ВПЧ). Для изучения местного иммунитета производился забор 5 мл содержимого влагалища с дальнейшим разведением в 5мл физиологического раствора и последующим выделением 2 мл надосадочной жидкости. Были определены уровни sIgA, IFNα, IFNγ, IL-1β, IL-4, IL-6, IL-10, α-TNF с помощью тест-систем «Вектор Бест» (Новосибирск) перед и после реабилитации, микроскопическое исследование вагинального содержимого и содержимого шейки матки перед назначением реабилитационной терапии и после проведения реабилитации.

После деструкции пациентки разделены на 2 группы по 30 женщин в каждой.

В первую группу вошли 30 пациенток, которым после проведения АПАШМ была выполнена однократная обработка водным раствором хлоргексидина, затем с 7-го дня после деструкции в течение 10 дней во влагалище вводился депантол по 1 супп. 2 раза в сутки 10 дней (Схема №1).

Во вторую группу вошли 30 пациенток, которым после установления диагноза «цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки 1 ст.» была проведена АПАШМ, затем стандартная терапия: однократная обработка водным раствором хлоргексидина (Схема №2).

Группу контроля составили 20 пациенток с визуально неизмененной шейкой матки и отсутствием вирусной инфекции по результатам ПЦР-исследования.

Статистическая обработка результатов проведена на персональном компьютере IBM-PC Pentium IV с использованием пакета программ Microsoft Exel 2007.

Результаты и обсуждение. При изучении местного иммунитета на 7-й день после проведения деструктивного лечения шейки матки выявлены следующие особенности: установлено достоверное повышение провоспалительных цитокинов на местном уровне, что свидетельствовало об активации макрофагально-фагоцитарных реакций организма в ответ на активацию условно-патогенных микроорганизмов после проведенной деструкции и образования струпа. При исследовании неспецифической резистентности у пациенток после деструкции отмечалось достоверное снижение параметров sIgA, показатели интерферонового статуса также были значимо снижены, что могло свидетельствовать об иммунодефицитном состоянии.

После проведенной терапии депантолом показатели неспецифической резистентности и интерферонового статуса достоверно повысились по сравнению с показателями, полученными во 2-й группе, что способствовало ускорению репаративных процессов, а показатели провоспалительных цитокинов достоверно снизились, что свидетельствовало о противовоспалительном эффекте одного из компонентов депантола – хлоргексидине и нормализации микробиоценоза влагалища.

Завершающий визит рекомендовался через 60 дней, когда проводилась расширенная кольпоскопия. Оригинальный сквамозный эпителий был выявлен у 66,6±0,4% пациенток после применения депантола через неделю, в группе контроля данные показатели составили 45,5±0,8% ($p<0,05$). Нормальная зона трансформации на уровне внутреннего зева обнаружена в 26,6±0,3% случаев после применения депантола через неделю, и у 13,5±0,7% пациенток без депантола. Рецидивирования процесса в течение 6 месяцев после лечения в 1-й группе не было. У пациенток 2-й группы рецидивы возникли у 3-х пациенток (10,0%)

Выводы. Для ускорения заживления, профилактики рецидивирования процесса на этапе реабилитации после проведения деструктивных методов терапии целесообразно назначать препарат депантол, обладающий ранозаживляющим и антисептическим действием.

КОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ CIN ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ – КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ?

Короленкова Л.И.

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Основным способом уточнения степени неоплазии и исключения инвазии при HSIL в мазках или обнаружении в биоптатах шейки матки CIN 2–3 является извлечение (эксцизия) пораженной части зоны трансформации (ЗТ), предполагающее также удаление всех очагов CIN. Наиболее глубоким вариантом эксцизии ЗТ является конизация. Выполняемая с диагностической целью, конизация наиболее часто имеет полный лечебный эффект. Существует несколько вариантов конизации: электрохирургическая, ножевая, лазерная. Все они имеют свои достоинства и недостатки, но при соблюдении техники в отношении эффективности эксцизии признаются равнозначными. Электрорадиохирургическая конизация наиболее распространена, так как технически проста, наименее затратна, может выполняться в амбулаторных условиях под местной анестезией, сопряжена с меньшей, чем ножевая конизация, кровопотерей, реже сопровождается стенозом цервикального канала, практически не нарушает репродуктивную функцию. Она вполне удовлетворяет цели вмешательства – адекватному изъятию ЗТ с очагами CIN для оценки степени неоплазии, глубины распространения в канал, наличия или отсутствия инвазии. Однако иногда при непосредственной морфологической оценке удаленного конуса и его краев морфологом или при последующем контрольном обследовании обнаруживается недостаточность иссечения неоплазированного эпителия или другие дефекты, снижающие диагностическую и лечебную эффективность операции.

В исследование вошли 474 больные CIN3/CIS, лечившиеся и наблюдавшиеся в РОНЦ с 2006 по 2011 гг., которым амбулаторно была выполнена конизация с использованием электрохирургических высокочастотных аппаратов «ФОТЕК» и выскабливанием остатка канала, а также 85 больных, обратившихся в РОНЦ непосредственно после конизации в других учреждениях. Показаниями к конизации было выявление HSIL в цитологических мазках при положительном тесте гибридного захвата вирусов папилломы человека высокого канцерогенного риска (HC2) или обнаружение CIN 2–3 в материале биопсии, взятой из аномальной ЗТ. Проанализированы причины неполного удаления неоплазированного эпителия – «положительных краев» резекции, технические сложности и ошибки выполнения радиоэлектрохирургичесй конизации.

Содержание

Чаще всего причинами терапевтических неудач конизации были: 1) малые размеры удаленного конуса и недостаточное использование в ходе операции дополнительных резекций экто- и эндоцервикального краев после изъятия конуса; 2) отсутствие кольпоскопического контроля; 3)неадекватный выбор электрода малого размера, ориентированный на мизерную площадь поражения эктоцервикса у больных с неполностью видимой ЗТ и неудовлетворительными условиями кольпоскопии; 4) неполное введение стержня электрода в цервикальный канал из-за сужения последнего (часто у больных в постменопаузе).

Причинами снижения диагностической ценности операции явились: 1) коагуляция краев конуса из-за использования режима «коагуляция» или задержек продвижения «режущей струны» электрода; 2) фрагментация материала конуса из-за послеродовых деформаций шейки матки; 3) невыполнение выскабливания цервикального канала или выскабливание его до конизации, что затрудняет оценку возможного распространения CIN выше удаленного конуса.

При выполнении амбулаторно ЭХВЧ-конизаций непосредственные (во время операции) и отсроченные кровотечения были крайне редки, легко контролировались коагуляцией сосудов или наложением швов.

Вышеперечисленные дефекты выполнения операции легко преодолимы, а знание возможных технических ошибок позволит избежать их в большинстве случаев.

Для уменьшения вероятности неполной эксцизии очагов CIN и предупреждения диагностических трудностей трактовки конуса предлагается: использовать дополнительные резекции краев раны после извлечения конуса – непосредственную реконизацию у молодых женщин с обширным поражение эктоцервикса или гипертрофией шейки, резекции экто- и эндоцервикального краев электродами других конфигураций; осуществлять кольпоскопический контроль эктоцервикса во время операции; бужировать перед операцией стенозированный канал для полного введения электрода; учитывать деформации канала при движении электрода, плавно и без задержек перемещать электрод; выполнять выскабливание остатка цервикального канала после изъятия конуса.

НЕУДАЧНЫЕ ПОПЫТКИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Коссович Ю.М., Демура Т.А., Ищенко А.И., Жукова Э.Р., Унанян А.Л.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Актуальность исследования: Благодаря появлению и последующему бурному развитию вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), многие женщины, прежде считавшиеся бесплодными, получили возможность испытать радость материнства. Важнейшим этапом, определяющим исход программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), является имплантация бластоцисты после переноса женщине ее эмбриона. Известно, что успех имплантации определяется временным соответствием между стадией развития эмбриона и периодом максимальной рецептивности эндометрия (Simon C. et al., 2001; Dominguez F. et al., 2002). Несмотря на все последние достижения науки и техники, успешная имплантация у женщин с бесплодием в программах ВРТ составляет лишь около 25–30% (de los Santos et al., 2003). При этом порядка 2/3 случаев неудачной имплантации обусловлены неудовлетворительной рецептивностью эндометрия, тогда как сам эмбрион служит причиной неудач имплантации только в 1/3 случаев (Ledee-Bataille et al., 2002). Наиболее частой причиной нарушения рецептивности эндометрия является развитие его хронического воспаления. Частота хронического эндометрита (ХЭ) у женщин с бесплодием превышает таковую в 5 раз по сравнению с общей когортой гинекологических больных (Сухих Г.Т., Шуршалина А.В., 2010) и, по данным разных авторов, составляет от 12,4 (Корнеева И.Е., 2003) до 73,1% (Сидельникова В.М., 2002) случаев, достигая своего максимума при наличии трубно-перитонеального фактора бесплодия и у женщин с неудачными попытками ЭКО.

Цель исследования: изучить рецептивность эндометрия у женщин с бесплодием неясного генеза и/или неудачными попытками ЭКО.

Материалы и методы: В исследование было включено 28 женщин репродуктивного возраста, страдающих необъяснимым бесплодием и имеющих в анамнезе одну или более неудачных попыток ЭКО. Забор ткани эндометрия у них осуществлялся посредством аспирационной биопсии эндометрия, производимой с помощью кюретки Pipelle de Cornie в среднюю лютеиновую фазу менструального цикла в период предполагаемого «окна имплантации» (на 20–24 день цикла или на 6–10 день после пика ЛГ). Полученный материал подвергался морфологическому и иммуноги-

стоцитохимическому исследованиям, выполняемым по стандартным методикам. Окрашенные гематоксилином и эозином депарафинизированные срезы эндометрия оценивали методом световой микроскопии на наличие гистологических признаков ХЭ и маркеров рецептивности эндометрия. Неокрашенные препараты эндометрия согласно стандартному протоколу иммуногистохимии с использованием моноклональных антител исследовали на выявление показателей восприимчивости эндометрия – фактора, ингибирующего лейкемию (LIF), и гена семейства homeobox HOXA-10. Группу морфологического контроля составили образцы эндометрия, полученные раннее от 12 фертильных женщин репродуктивного возраста, прооперированных ретроспективно по поводу любого иного, кроме патологии эндометрия, гинекологического заболевания.

Результаты исследования: Средний возраст женщин основной группы с бесплодием неясного генеза составил 31,4±1,2 лет. При этом частота неудач в программах ВРТ была равна в среднем 2,3±1,7 случаев на каждую женщину. Проведенное морфологическое исследование состояния эндометрия у пациенток с необъяснимым бесплодием позволило идентифицировать признаки ХЭ в 75,6% случаев, основными из которых были наличие воспалительной лимфогистиоплазмацитарной инфильтрации с преимущественной ее локализацией вокруг желез и кровеносных сосудов эндометрия, а также очаговый фиброз стромы и склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия. Важно отметить, что подобная гистологическая картина возникает при длительном течении ХЭ свыше 5–7 лет. Изучение рецептивности эндометрия у женщин с необъяснимым бесплодием, ассоциированным с ХЭ, выявило ее нарушение в 82,3% случаев. При этом гистологически было отмечено отставание секреторных изменений эндометрия от дня менструального цикла и достоверное снижение количества зрелых пиноподий до 27% по сравнению с 50% в группе контроля на апикальной поверхности эпителиальных клеток эндометрия ($p<0,05$). Иммуногистохимическим методом было установлено изменение исследованных молекулярных критериев рецептивности эндометрия у женщин с морфологически верифицированным диагнозом ХЭ. Так, было выявлено снижение экспрессии LIF в эпителии эндометрия в области расположения пиноподий до 1,7±0,08% и преимущественная его локализация в строме эндометрия по сравнению с группой контроля, где экспрессия LIF наблюдалась, в основном, в эпителиальных структурах и составила порядка 3,75±1,8% ($p<0,05$). Анализ экспрессии эндометриального HOXA-10 показал снижение количества клеток стромы, в которых экспрессируется этот ген, в 9,7 раз по сравнению с группой контроля ($P<0,001$), при этом экспрессия HOXA-10 в железистом эпителии эндометрия полностью отсутствовала у всех женщин с бесплодием, ассоциированным с ХЭ.

Выводы: 1. ХЭ выявляется у 75,6% женщин с необъяснимым бесплодием. 2. Структурно-функциональные и молекулярные нарушения ремоделирования эндометрия в период «окна имплантации» являются причиной бесплодия у 82,3% женщин с ХЭ. 3. Сниженная рецептивность эндометрия

при ХЭ характеризуется: отставанием секреторных изменений эндометрия от дня менструального цикла, уменьшением количества зрелых пиноподий, сниженной экспрессией LIF в покровном эпителии и гена HOXA-10 в строме и железах эндометрия.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ

Кузнецова Е.П, Ахапкина О.П.[1], Ищук А.С.[1], Мейтис О.И.[1], Хазиева Ф.С.[1]

1 – ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России ГКБ №9, Ижевск2, Россия

Актуальность. Вопрос о лечении бесплодия в настоящее время остается одним из наиболее трудных и дискутабельных. Среди причин, приводящих к бесплодию, можно выделить три основные: мужские факторы, яичниковые факторы и трубные факторы. При наличии репродуктивных планов из всех возможных видов лечения оперативные вмешательства обладают наибольшей надежностью и эффективностью.

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопических методов лечения первичного и вторичного бесплодия.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное рандомизированное исследование путем анализа индивидуальных карт 52 больных с вторичным (46,1%) и первичным (53,8%) бесплодием, пролеченных в гинекологическом отделении ГКБ №9 за 2009–2010 годы. Возраст составил 32,3±3,4 года. Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное обследование. Общеклинические методы исследования включали в себя данные по репродуктивному анамнезу, наличию гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, данные метросальпингографии, проведенного операционного лечения, наступление беременности самостоятельно или с помощью ВРТ. Мужской фактор у супружеских пар был исключен по данным спермограммы. Хирургическое лечение эндоскопическим доступом проводилось по общепринятой методике с помощью комплекса аппаратуры и инструментов фирм «Karl Storz» (Германия), «Erb» (Германия), «Olimpus» (Япония). Диагноз первичного и вторичного бесплодия подтверждали в ходе оперативного лечения, после чего проводили адгезиолизис и, при необходимости, другие реконструктивно-пластические операции на маточных трубах и яичниках.

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере с использованием программного комплекса «Microsoft Office Excel 2007».

Полученные результаты. Самое большое количество больных с бесплодием – это женщины в возрасте от 25 до 35 лет – 18 (58%) больных первичным бесплодием, 16 (51,6%) – вторичным бесплодием. Оперативное лечение произведено всем 52 пациенткам. Показаниями к плановому оперативному лечению явилось среди больных с первичным бесплодием трубно-перитонеального генеза – 18 человек (64,3%), синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) – 5 человек (17,8%), эндометриоидная киста яичника – 1 (3,5%) человек, миома матки – 3 человека (10,7%). Среди пациенток с вторичным бесплодием трубно-перитонеального генеза – 19 человек (79,2%), синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) – 2 человека (8,3%), эндометриоидная киста яичника – 2 человека (8,3%) и с миомой матки – 4 человека (16,7%). При первичном и вторичном бесплодии в анамнезе имеет место равное количество ИППП (78,5% и 70,8% соответственно). Проведение метросальпингографии в анамнезе (в предоперационном обследовании) было у 25 женщин (48,0%). Результаты проведенной метросальпингографии (отсутствие проходимости маточных труб, 35,7% и 29,1% соответственно) явилось поводом проведения диагностической лапароскопии. У двух пациенток неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения.

При проведении хромосальпингоскопии выявлена абсолютная непроходимость маточных труб в истмическом отделе у 9 женщин (17,3%), у 6 пациенток (11,5%) и у 4 (7,7%) – непроходима левая и правая маточные трубы соответственно, что послужило показанием для тубэктомии (34,6%), фимбрио– и адгезиолизису (53,8%). Кроме того, у пациенток с иными показаниями к операции, в виде СПКЯ (13,5%), эндометриоидная киста (5,8%), параовариальная киста (17,3%) и миома матки (13,5%) выполнены каутеризация и биопсия яичников (11,5%), цистэктомия (23,1%) и консервативная миомэктомия (3,8%) соответственно. 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 12 месяцев. Частота наступления беременности прослежена у 37 женщин. Самостоятельно беременность наступила у 56,7% женщин (из которых 2 случая рождения двойни), в результате ЭКО – у 18,9%, неудачная попытка ЭКО наблюдалось у 10,8% пациенток и отсутствие беременности отмечено у 13,5% женщин.

Заключение. В целях восстановления репродуктивной функции показано проведение оперативного лечения лапароскопическим доступом. Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий при бесплодии, определяется этапностью использования хирургического лечения и реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной функции в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний.

ГОМЕОТЕРАПИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа
Республиканская больница № 2, Уфа, Россия

Ежегодно в мире регистрируют более 1 миллиона новых случаев рака молочных желез (РМЖ). При этом заболеваемость РМЖ постоянно растет на 1–2% в год. Рост заболеваемости РМЖ начинается среди женщин старше 20 лет, резко возрастая к 50 годам. В нашей стране более 70% случаев заболеваний молочных желез выявляют у себя сами пациентки и лишь менее 10% – врачи общей лечебной сети, смотровых кабинетов и при проведении профилактического осмотра. Из предшествующих раку заболеваний молочных желез наиболее распространена фиброзно-кистозная болезнь (ФКБ). Частота встречаемости ФКБ в России составляет от 50 до 60%. Заболевание чаще развивается у пациенток с нейроэндокринной и гинекологической патологией. С целью определения эффективности гомеопатических препаратов оценены результаты лечения ФКБ у 100 женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Верификацию диагноза и мониторинг процесса лечения осуществляли с помощью осмотра и пальпации молочных желез (в положении сидя, стоя, лежа) в первой половине менструального цикла, УЗС, допплеросонографии; по показаниям назначались рентгеновская маммография и пункционная биопсия, гормональные исследования (ПРЛ, ЛГ, ФСГ, ТТГ, Т3,Т4, эстрадиол, прогестерон тестостерон, кортизол), медико-генетическое консультирование. Под динамическим наблюдением находились 100 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет. Средний возраст менархе составил 12,5 лет. В прошлом имели роды и аборты 92% женщин, 8% страдали бесплодием. Нарушения менструальной функции по типу альгоменореи, гиперполименореи и дисфункционального маточного кровотечения отмечались у каждой третьей пациентки. Хронические воспалительные процессы гениталий имели 32%, лейомиому матки – 14%, кисты яичников – 4% женщин. В среднем на одну больную приходилось 2,5 экстрагенитальных заболеваний. Превалировали болезни гепато-билиарной системы, эндокринопатии (ожирение, эндемический зоб). Продолжительность заболевания ФКБ составляла более 5 лет в каждом случае. Все пациентки ранее получали витаминотерапию, фитотерапию и гормонотерапию гестагенами. После клинического и лабораторно-инструментального обследования были выявлены следующие формы ФКМ: диффузная (60%), диффузная с мелкими кистами (34%), крупные кисты без пролиферации (2%), непролиферативная узловая (4%). Больным с кистами молочных желез более 20 мм в диаметре производились пункция, аспирация содержимого с последующим его онкоцитоло-

гическим исследованием. Для подбора гомеопатических средств использовались анкетирование, оценка фенотипа и психологических особенностей пациенток, миазматическая идентификация черт лица, в сложных случаях – метод Фолля, пульсгемоиндикация. Результаты лечения. Классические гомеопатические препараты назначались по конституциональному и миазматическому принципам: Actea racemosa – при преобладании левосторонней мастопатии, разнообразных болях в молочных железах, болезненности уплотнений, нарушениях менструального цикла, бесплодии, выкидышах в ранних сроках; Bromium – при локальных уплотнениях в молочных железах на фоне хронического сальпингоофорита (чаще слева), зуда наружных половых органов, нарушениях менструального цикла, обилии слизи в менструальной крови; Calcarea carbonica – при реакции молочных желез перед менструацией, снижении функции щитовидной железы, преждевременных обильных менструациях, бесплодии; Calcarea fluorica – при локальных уплотнениях в молочных железах, особенно при деформации костей, неправильном росте зубов, венозной сетке в области молочных желез, леймиоме, хроническом воспалительном процессе гениталий; Conium – при болезненности и диффузном нагрубании молочных желез в пред– и менструальном периодах, выраженных уплотнениях в молочных железах, тучности эндокринного генеза, гирсутизме; Cuprum mettallicum – при увеличении молочных желез, которые становятся твердыми и болезненными перед и во время месячных, альгоменореи со спазмами по всему телу; Cyclamen – при нагрубании молочных желез после менструации с выделением молока; Graphites – при мастопатии, снижении функции щитовидной железы, яичников, нерегулярных менструациях светлой кровью, обильными разъедающими белями, ожирением, спаечными процессами; Lac caninum – при болях в молочных железах во время каждой менструации, имеющих тенденцию к увеличению при малейшем сотрясении, избыточности молока у кормящих матерей; Phytolacca decandra – при образовании в груди болезненных плотных узлов, мастодинии, мастите, галакторее, трещинах сосков; Pulsatilla – при нагрубании молочных желез перед менструацией, эндокринной несостоятельности половой системы; Silicea – при множественных мелких локальных уплотнениях, твердых узлах в молочных железах, патологии соединительной ткани, спайках, рубцах; Thuja – при мастопатии, эндокринопатиях, любых разрастаний тканей. Длительность гомеотерапии составляла от 2 до 6 месяцев. В течение 2 месяцев у больных отрегулировался менструальный цикл, наблюдалось уменьшение размеров миоматозных узлов. Не было обострений сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Со стороны молочных желез через 1–2–4 недели прошли боли, выделения из сосков, отмечалась регрессия узловых образований и кист. Пациентки не нуждались в хирургическом лечении.

Заключение. Гомеопатия является высокоэффективным альтернативным методом терапии ФКБ, что не исключает ежегодный скрининг на РМЖ.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА

Кульмухаметова Н.Г., Ташбулатова Ф.Ф., Абдеева Л.К.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Уфа
Женская консультация № 2 городского роддома № 3, Уфа, Россия

В России сложился стереотип решения проблемы нежелательной беременности путем искусственного прерывания, что наносит непоправимый ущерб репродуктивному здоровью женщин. Одним из современных, повышающих возможность обеспечения безопасного прерывания беременности является медикаментозный аборт ранних сроков. Однако, частота различных осложнений при нем колеблется от 2 до 15% (болевой синдром, кровотечение, слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, диарея, гипертермия, аллергические реакции, неудача метода). Целью исследования стало изучение эффективности антигомотоксической терапии (фирма «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ», Германия) в профилактике и лечении осложнений медикаментозного аборта.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 46 беременных в возрасте от 19 до 36 лет. Клинико-лабораторное обследование проводилось в соответствии с медико-экономическими стандартами, принятыми в Российской Федерации. В анамнезе у всех пациенток менархе отмечалась в 11–13 лет. Данная беременность была первой у 56,5%, повторной – у 44,5% женщин. В прошлом перенесли роды 39,1% беременных. Каждая вторая пациентка страдала экстрагенитальной патологией (хронический тонзиллит, хронический гастрит, хронический пиелонефрит и др.). Гинекологические заболевания (альгоменорея, хронические цервициты, сальпингоофориты, миома матки и др.) были выявлены у каждой третьей женщины. При обращении гестационный срок в среднем составил 4,4 недель при среднем диаметре плодного яйца 14.0 мм по данным ультразвукового исследования. При отсутствии противопоказаний, после получения информированного согласия давался однократно Мифепристон 600 мг per os, который сочетался с пероральным приемом Мизопростола (через 36 – 48 часов) 400 мг. Антигомотоксическая терапия состояла из назначения Траумеля С (2,2 мл в мышцу ягодицы в день приема Мифепристона и в день начала кровотечения, далее 1 раз в 3 дня, всего на курс 5 инъекций) и Гормеля СН (после экспульсии плодного яйца внутрь по 10 капель на 100 мл воды за 30 минут до еды 3 раза в день ежедневно до начала следующей менструации). Оценка особенностей клинического течения и безопасности метода проводилась по следующим показателям: маточное кровотечение, абдоминальный

болевой синдром, слабость, тошнота, рвота, диарея, гипертермия, а также на основании лабораторных показателей клинического анализа крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ), данных УЗИ и уровня β-хорионического гонадотропина человека. Полученные результаты. Обоснованием для выбора в протоколе лечения комплексного препарата Траумель С служил механизм его действия: противовоспалительное и противовирусное (Меркур), повышение тонуса сосудов (Аконит, Арника), уплотнение сосудов (Кальций), устранение венозных стазов и противодействие образованию тромба (Гамамелис), поддержка и улучшение клеточного дыхания и окислительно-восстановительных процессов при помощи сульфида и полисульфида кальция (Гепар сульфур), активация заживления ран посредством растительных компонентов (Арника, Календула, Эхинацея, Симфитум), обезболивающее действие (Аконит, Арника, Хамомила, Гаммамелис, Гиперикум), остановка кровотечения (Аконитум, Арника, Гаммамелис, Гиперикум, Миллефолиум, сульфид и полисульфид кальция). Для коррекции нарушений гипоталамогипофизарно-яичниковой системы после прерывания беременности наиболее оптимальным является прием Гормеля СН (стимуляция эстрогеногенеза, нормализация функций женских половых органов и менструального цикла, антигеморрагическое и обезболивающее действия). Данный препарат показан во всех случаях, когда имеются гормональные, нейровегетативные и психосоматические расстройства. Полученные результаты. Экспульсия плодного яйца произошла в первые сутки после приема Мифепристона у 13,1% без дополнительного назначения Мизопростола и на вторые сутки у 86,9% женщин после приема простагландина. Клинически это проявлялось кровянистыми выделениями из половых путей. Продолжительность маточного кровотечения составляла от 5 до 7 дней. Объем кровопотери не превышал 100 мл. В момент изгнания плодного яйца абдоминальный синдром не был выражен во всех наблюдениях. Пациентки не отмечали слабости, головных болей и головокружения, тошноты и рвоты, диареи, гипертермии, аллергических реакций. По результатам УЗИ и β-хорионического гонадотропина человека не было зафиксировано наличие остатков плодного яйца в полости матки, показатели контрольных анализов крови были без отклонений. После очередной менструации состояние эндометрия не отличалось от нормы. При дальнейшем наблюдении у всех женщин восстановился обычный ритм менструального цикла.

Заключение. Антигомотоксическая терапия Траумелем С в сочетании с Гормелем СН является высокоэффективным и безопасным методом профилактики и лечения возможных осложнений медикаментозного аборта. Интеграция в систему здравоохранения биологических лекарственных средств, приготовленных по гомеопатической технологии, является перспективным направлением в оздоровлении женщин.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У СЕКСУАЛЬНО НЕАКТИВНЫХ ДЕВУШЕК

Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Ежова Л.С., Демура Т.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

В структуре гинекологических заболеваний у девочек в периоде полового созревания расстройства менструаций занимают второе место (41%). Нарушение функциональной активности яичников и надпочечников сказывается на защитных свойствах слизистой половых путей, поскольку эпителий влагалища и шейки матки является гормонозависимым. Доказано, что у женщин с нарушениями ритма менструаций (НРМ) частота доброкачественных процессов шейки матки в 5–6 раз превышает таковую в популяции. У девственниц указанная взаимосвязь не изучалась. У девочек данной возрастной категории 85–90% всех состояний шейки матки составляют эктопии. Цилиндрический эпителий является благоприятной нишей для персистенции микроорганизмов, в том числе вирусов, инвазии которых трудно избежать с учетом состояния здоровья и стиля сексуального поведения современных подростков. Частота цервикальной неоплазии высокой степени у девочек-подростков, имеющих аномальную цитологию, существенно не отличается от взрослых женщин. В последние годы обозначился рост заболеваемости РШМ у женщин в возрастной группе до 29 лет, в которой прирост этого показателя составил 150%.

С целью комплексной оценки состояния шейки матки у девушек в возрасте 15–19 лет с НРМ, не имевших опыта сексуальных контактов, было проведено клинико-лабораторное обследование 141 девочки в возрасте 15–19 лет, не имевших опыта сексуальных контактов и воспалительных изменений влагалища и шейки матки. В исследование не были включены девочки с маточным кровотечением в момент обследования. С учетом типа нарушений ритма менструаций пациентки были разделены на следующие группы: 1 – девочки с аменореей (n=46); 2 – с олигоменореей (n=37); 3 – с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП) (n=34). Группу контроля составили 23 соматически здоровые девочки с регулярным ритмом менструаций с менархе. Состояние шейки матки оценивалось по совокупности данных расширенной кольпоскопии, микробиологического, цитологического и иммуноцитохимического исследования мазков с шейки матки.

При суммарной оценке результатов расширенной кольпоскопии эктопия шейки матки (в том числе в сочетании с НЗТ) имела место у 77% пациенток, многослойный плоский эпителий покрывал влагалищную порцию шейки матки лишь у 10% девочек. У 13% пациенток обнаружена аномальная кольпоскопическая картина в виде зоны трансформации в сочетании с нежным ацетобелым эпителием, мозаикой, пунктацией, йоднегативными

участками. НРМ, в первую очередь по типу маточных кровотечений, ассоциируются с трехкратным повышением частоты обнаружения аномальных кольпоскопических картин (АКК) при отсутствии признаков воспаления и атипии. Выявление АКК не коррелировало с уровнем эстрадиола, но имело умеренную положительную зависимость от уровня тестостерона. Выявляемые при кольпоскопии атипические признаки морфологически ассоциировались с незрелой плоскоклеточной метаплазией и дистрофическими изменениями клеток эпителия шейки матки при отсутствии лейкоцитарной реакции и признаков воспаления; атипии не выявлено ни в одном случае. Экспрессия

При анализе результатов иммуноцитохимического исследования мазков-отпечатков шейки матки установлена статистически достоверное (p=0,03) превалирование экспрессии EGF у пациенток с олигоменореей и МКПП в 2 и 1,5 раза соответственно превышала таковую у девочек контрольной группы, в то время как уровень Cas у пациенток с МКПП был в 2 раза ниже, а TNF-α у всех девочек с НРМ – в 3 и более раза ниже, чем в контроле. Экспрессия эстрогеновых рецепторов как в экзо-, так и в эндоцервиксе, у пациенток с МКПП была в 4 раза ниже, чем у девочек контрольной группы. У пациенток с НРМ по типу аменореи и МКПП экспрессия прогестероновых рецепторов в эндоцервиксе была в 5,5 и 2,5 раза ниже, чем в контроле.

Таким образом, при сравнительной кольпоскопической оценке состояния шейки матки у сексуально неактивных девочек-подростков с НРМ отмечается более частое выявление аномальной кольпоскопической картины у девочек с нерегулярными менструациями. Патологическая (несовершенная) пролиферация эпителия экзоцервикса при НРМ ассоциируется с активацией процессов пролиферации и снижением апоптоза, приводя к нарушению регуляторных механизмов нормального клеточного цикла. Полученные данные диктуют необходимость выделения девочек-подростков с НРМ в группу риска по развитию цервикальных интраэпителиальных поражений и приоритетной в проведении профилактических мероприятий.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЯИЧНИКАХ

Лапшихин А.А., Серебренникова К.Г., Самойлов М.В., Хмелевская В.Ф., Ванке Е.С.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский им. И.М. Сеченова», Россия
Центральная клиническая больница РАН, Москва, Россия

Тактика диагностики и лечения пациенток с доброкачественными опухолями (ДО) и опухолевидными образованиями яичников (ООЯ), отягощенных бесплодием, остается актуальной проблемой репродуктологии.

Изучение способов оценки качества эндометрия у пациенток с перенесенными оперативными вмешательствами на яичниках, позволяет составить прогноз возможного исхода методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а в конечном итоге воздействовать на повышение результативности методов ВРТ. Целью исследования явилась оценка состояния эндометрия у пациенток с бесплодием после оперативных вмешательств по поводу ДОЯ и ООЯ.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 177 пациенток, у 64 из которых имелись в анамнезе оперативные вмешательства на яичниках по поводу ДО и ООЯ, что составило 36,1%. Средний возраст пациенток основной группы (n=64) составил 34,9±0,8 лет. Группу сравнения составили 26 пациенток, у которых бесплодный брак обусловлен мужским фактором бесплодия, средний возраст составил 29±0,9 лет.

Всем пациенткам проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее УЗИ органов малого таза с допплерометрией кровотока, изучение гормонального профиля в I и II фазы менструального цикла, бактериологическое исследование содержимого полости матки.

В основной группе проводилась гистероскопия с биопсией эндометрия или, по показаниям, раздельное выскабливание слизистой цервикального канала и слизистой полости матки и последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. В группе сравнения проводилась аспирационная биопсия эндометрия с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Данные исследования проводили на 21–24 дни менструального цикла.

В зависимости от полученных результатов, проводилась подготовка эндометрия к программам ВРТ по разработанному алгоритму. Учитывая нарушение рецептивности эндометрия, приводящее к неполноценному окну имплантации пациенткам после оперативного лечения на яичниках, перед програм-

мой ВРТ проводилась подготовка эндометрия препаратами заместительной гормональной терапии.

Результаты. У пациенток, перенесших оперативные вмешательства на яичниках, по данным УЗИ органов малого таза выявлена неоднородность структуры эндометрия, что послужило показанием к проведению гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания слизистой цервикального канала и полости матки. В большинстве случаев при гистероскопии обнаружено наличие полипов и микрополипов эндометрия на фоне атрофичного эндометрия. По результатам гистологического исследования эндометрия в исследуемой группе достоверно ($p<0,05$) чаще отмечались различные виды гиперпластических процессов (наиболее часто – микрополипы и полипы эндометрия).

Иммуногистохимическое исследование экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону в эндометрии в группе пациенток с оперативными вмешательствами на яичниках показало, что уровень эстрогеновых рецепторов α (ЭР α) в железах, в целом, превышал нормальные показатели, а уровень этих рецепторов в строме был снижен. Количество прогестероновых рецепторов в строме было ниже нормальных показателей, а экспрессии прогестероновых рецепторов в железах практически не отличалась от нормы.

Пролиферативная активность (экспрессия белка Ki-67) у больных с оперированными яичниками, значительно преобладала по сравнению с группой сравнения ($p<0,05$), что отражает неполноценность окна имплантации у пациенток основной группы.

Пациенткам обеих групп была проведена программа экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки (ЭКО и ПЭ) со стимуляцией суперовуляции по протоколу с использованием антагонистов гонадотропин – рилизинг гормона.

Применение комплексной терапии, направленной на восстановление рецепторного аппарата эндометрия (включающей циклическую гормональную, метаболическую терапию, физиотерапевтические методы лечения), на этапе подготовки к программам ВРТ у пациенток основной группы позволило добиться частоты наступления беременности 27,6%, в то время как в группе сравнения этот показатель составил 32,8%, что статистически не достоверно ($p>0,05$).

Выводы. Нарушение экспрессии рецепторов к стероидным гормонам и маркеров пролиферативной активности в эндометрии – приводит к нарушению имплантации у пациенток с оперативными вмешательствами на яичниках в анамнезе. Подготовка пациенток с бесплодием после оперативных вмешательств на яичниках к программам вспомогательных репродуктивных технологий с учетом гистологической и иммуногистохимической характеристики экспрессии рецепторов к стероидным гормонам в эндометрии позволяет оптимизировать этап подготовки к программам ВРТ у данной категории пациенток.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Ларькин Д.М., Дерябина Е.Г., Башмакова Н.В.

ФГБУ НИИ ОММ Минздравсоцразвития РФ, Екатеринбург, Россия

Частота эндокринной патологии у беременных за последние годы увеличивается в нашей стране и за рубежом. Наиболее значимыми заболеваниями в репродуктивном аспекте для будущего поколения являются сахарный диабет.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) это сахарный диабет или состояние нарушения толерантности к глюкозе впервые выявленное или возникшее при беременности. Из всех эндокринных экстрагенительных заболеваний сахарный диабет оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на здоровье матери, плода и новорожденного.

Необходимо отметить, что за последние 10 лет наблюдается увеличение новых случаев ГСД в 1.5 раза. Этому способствуют увеличение возраста беременных, характер питания, низкая двигательная активность, эпидемия ожирения и увеличение частоты вспомогательных репродуктивных технологий. К традиционным факторам риска ГСД добавились высокая частота многоплодия, применение препаратов эстрогенов и индукция овуляциии в программе ЭКО. Современный ГСД нередко развивается на фоне нормальной массы тела. Медицинская и социальная значимость проблемы ГСД обусловлена более высокой вероятностью возникновения осложненного течения беременности и родов. На фоне ГСД возникает угроза тяжелых гестозов, преждевременных родов, многоводия, недостаточности маточно-плацентарного кровообращения, которые существенно нарушают трофику плода, приводя к развитию хронической гипоксии, асимметричной макросомии, травмам и асфиксии в родах. Ряд исследователей считает, что даже при незначительной гипергликемии у беременной риск перинатальных осложнений существенно повышается.

По разным статистическим данным ГСД осложняет от 0,15 до 11,6% всех беременностей и является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которыми встречаются эндокринологи и акушеры. Проявления ГСД обычно носят скрытый характер и могут быть выявлены лишь при проведении целенаправленного скрининга в группах риска. В настоящее время не существует единого мнения в отношении критериев диагностики и скрининга гестационного сахарного диабета диагностика и лечение ГСД, несмотря на

изучение проблемы в течение последних двух десятилетий, остается сложной, междисциплинарной задачей. .

Таким образом, раннее выявление ГСД способствует снижению частоты перинатальных осложнений, нарушений родовой деятельности и послеродовых осложнений. Но на практике проведение теста толерантности к глюкозе в женских консультациях у акушеров гинекологов вызывает сомнение в его безопасности для беременных.

Цель: оценить безопасность проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г. глюкозы у беременных в условиях женской консультации.

Материалы и методы: сплошная выборка 516 беременных, вставших на учет в женскую консультацию крупного района г. Екатеринбурга за 7 месяцев 2011 г. Средний возраст беременных составил 27,8±5,25 лет (от 18 до 42 лет). Всем женщинам был проведен ПГТТ с 75 г. глюкозы при постановке на учет по беременности. Из них 473 провели тест в первом триместре, 34 – во втором и 9 – в третьем. Критерии исключения: наличие прегестационного сахарного диабета, прием препаратов, повышающих уровень гликемии, наличие острого заболевания.

Результаты. У пациенток прошедших тест толерантности к глюкозе только у 1,2% (6 из 516) зарегистрирована побочная реакция в виде однократной рвоты. Все эти пациентки находились в первом триместре беременности. Других побочных явлений и осложнений выявлено не было.

При обследовании было выявлено 6,0% (31 из 516) случаев ГСД, среди которых в первом триместре 71% (22 из 31), 12,9% (4 из 31) – во втором, 16.1% (5 из 31) – в третьем. Из пациенток с выявленным ГСД в первом триместре 4 (18,1%) имели низкий риск развития данного осложнения (Национальное руководство по Акушерству, 2010 г.; Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, 2011 г.). Из больных ГСД у 54,8% (17 из 31) имелся избыточный вес (ИМТ≥25), ожирение (ИМТ≥30) – у 45,2% (13 из 31).

Таким образом, проведение ПТТГ не имеет осложнений и выраженных побочных реакций и может проводиться врачами акушерами-гинекологами в амбулаторно-поликлиническом звене (женских консультациях) всем беременным в виду высокой частоты развития у них ГСД.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Летуновская А.Б., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Иванова Е.В., Сасунова Р.А.

ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Целью исследования явилось оценить частоту и особенности возникновения нарушения биоценоза при назначении различных методов гормональной контрацепции у наблюдаемых пациенток, а также провести сравнительное исследование видовой структуры урогенитального тракта, методом ПЦР в режиме реального времени.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 120 пациенток репродуктивного возраста, желающих использовать гормональную контрацепцию. Всем пациенткам изучаемых групп исследование биоценоза влагалища проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции Real time с использованием реагентов «Фемофлор». Применялись общеклинический, клинико-лабораторный и инструментальный методы обследования. Материал для исследования собирали с заднебоковой стенки влагалища в пробирку типа Эппиндорф, содержащую 1 мл физиологического раствора. До назначения гормональной контрацепции у всех пациенток был исключен бактериальный вагиноз и ИППП. 90 женщин, соответствующих критериям включения и исключения (репродуктивный возраст, отсутствие противопоказаний к использованию гормональной контрацепции, нормальный биоценоз влагалища) были включены в исследование и методом случайных чисел разделены на 3 группы по 30 женщин в каждой. Женщинам 1 группы было назначено влагалищное кольцо, содержащее 11.7 мг этоногестрела и 2.7 мг этинилэстрадиола по схеме 1 раз в месяц с 7 дневным перерывом; во 2-ой группе был назначен, содержащий 3 мг дроспиренона и 20мкг этинилэстрадиола, по 1 таблетке в день по схеме 24+4; пациенткам 3 группы – левоноргестрелсодержащая внутриматочная система Мирена, содержащим 52 мг левоноргестрела. Предварительный срок наблюдения за состоянием пациенток составил 6 месяцев. Исследование проводилось до назначения контрацепции и 6 месяцев на фоне ее использования.

Результаты и обсуждение: Комплексная оценка урогенитальной биоты в представленных группах позволила выделить три основных типа биоценоза влагалища: 1 тип – нормоценоз 48 женщин (53,3%); 2 тип – умеренный дисбиоз 22 женщин (24,3%); 3 тип выраженный дисбиоз 20 женщин

(22,4%). Нормоценоз и отсутствие дисбаланса достоверно чаще определялись в группе женщин принимающих гормональный оральный контрацептив. У женщин из 1 группы в 33,3% отмечался умеренный дисбиоз, в 20% – выраженный, проявляющиеся изменением видового состава нарушения микрофлоры влагалища, которые характеризовались снижением количества лактобацилл. В 46,7% выявили нормоценоз. Во второй группе в умеренный дисбиоз отмечался у 26,7%, выраженный у 10% и нормоценоз у 63,3%. В третьей группе нормоценоз выявлен в 76,6%, умеренный дисбиоз выявлен в 16,7%, выраженный в 6,7% случаев. Угнетение нормальной биоты делает возможным заселение влагалища патогенными микроорганизмами, чрезмерным размножением условно-патогенных микроорганизмов, повышением количества грибов рода Candida, Staphylococcus aureus, Esherichia coli и микроорганизмов рода Proteus, а так же сопровождается появлением ключевых клеток, изменением Ph среды в сторону ощелачивания и увеличения количества условно патогенной микрофлоры. Клинически которые проявлялись дискомфортом, жжением в области наружных половых органов, усиленными выделениями из половых путей с неприятным запахом, гиперемией вульвы и влагалища. Всем женщинам было назначено соответствующее лечение с эффектом. Отмены контрацептивов не потребовалось. Беременности не возникло ни у одной женщины ни в одной группе.

Выводы: На фоне приема гормональной контрацепции вне зависимости от метода ее введения в организм может возникать нарушение микробиоценоза влагалища, что требует соответствующей коррекции и дальнейшего изучения данного аспекта. Однако для окончательного заключения необходимо более длительное наблюдение за пациентками в процессе использования современных методов гормональной контрацепции и увеличение количества женщин входящих в каждую группу.

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА – ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МОДАЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Линева О.И., Цуркан С.В., Соловова Л.Д., Алексеев О.Г., Кротова В.Ю.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Россия Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области»

Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением государственной и социальной политики в Российской Федерации.

Однако затяжной социально-экономический стресс, пережитый населением страны за 20 лет реформ, привели к изменению репродуктивной парадигмы, ухудшению репродуктивного здоровья нации, более того, не достигнуто прогнозируемое снижение репродуктивных потерь. В связи с вышеизложенным, чрезвычайно актуальным является дальнейшее развитие концепции предиктивной медицины с точки зрения логики онтогенетического развития, которая позволит достигнуть оптимальных результатов с использованием экономических и социальных ресурсов.

Целью настоящего исследования явилось снижение репродуктивных потерь и повышение уровня репродуктивного здоровья населения путем внедрения научно-обоснованной программы предгравидарной подготовки супружеской пары с учетом конкретных региональных факторов риска.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели проведено изучение медико-биологических, социально-гигиенических и организационных факторов риска развития репродуктивных потерь и перинатальной патологии в регионе с применением детерминационного, факторного, корреляционного и логит-регрессионного анализов 1675 индивидуальных карт беременных женщин. Кроме того, проведены комплексные клинические, гемостазиологические, ультразвуковые, генетические, гистологические, гистохимические, морфометрические и бактериологические методы исследования у 105 больных после внебольничного аборта и у 60 женщин с ретрохориальными гематомами в анамнезе.

Проведенный нами анализ подтвердил стереотипность тенденций, характерных для России в целом: низкая рождаемость (6,9 на 1000 населения в г.о. Самара в 1997 году), низкий естественный прирост населения, высокий уровень экстрагенитальной патологии (79,0% против 59,9% в группе сравнения; p=0,036,) гинекологической заболеваемости (70,3% против 53,7%; p=0,047), а также высокий уровень артифициальных абортов среди женщин, родивших больных детей. Так, у женщин, имеющих 3–4 артифициальных аборта в анамнезе, выполненных хирургическим методом, отклонения в здоровье новорожденного зарегистрированы в 5,1 раза чаще (13,7% и 2,7%), чем у первобеременных женщин. Среди социально-гигиенических факторов риска мы выделили профессиональную вредность, никотиновую зависимость, беременность вне брака или в гражданском браке.

Ведущими факторами риска развития внебольничных абортов также являются хронические воспалительные заболевания органов малого таза (87%) с преобладанием хронического аутоиммунного эндометрита, соматическая патология (98%), наличие артифициальных и спонтанных абортов в анамнезе (70%), дисгормональные заболевания, преимущественно обусловленные недостаточностью лютеиновой фазы цикла. Гистологическое, гистохимическое и морфометрическое исследование тканей соскобов при внебольничных абортах с использованием информационного анализа сложности и организации морфофункциональных систем показало преобладание изменений воспалительного характера и гипогормонального состояния, что привело к дезорганизации системы и снижению её компенсаторных возможностей.

При проведении многофакторного анализа развития угрозы невынашивания беременности в первом триместре с развитием ретрохориальных гематом, тоже установлена высокая корреляционная зависимость развития данной патологии с хроническим аутоиммунным эндометритом, дефицитом прогестерона и генетически детерминированными нарушениями системы гемостаза.

Углубленный анализ ситуации в регионе позволил нам разработать и внедрить комплексную программу предгравидарной подготовки на амбулаторно-поликлиническом этапе. На прегаметическом уровне организована охрана соматического и репродуктивного здоровья подростков и супружеской пары на основе междисциплинарного взаимодействия специалистами акушерско-терапевтическо-педиатрических комплексов. Большое внимание уделяется межведомственной целенаправленной работе по предупреждению абортов городского центра планирования семьи и репродукции, центра профилактики, службы социальной помощи «Семья» средств массовой информации и т.д. Это привело к существенным позитивным тенденциям: в динамике 1997–2010 годов показатель распространенности абортов снизился в 2,4 раза – с 62 до 22,8 на 1000 женщин фертильного возраста, уровень охвата современными методами контрацепции вырос до 46,9%.

Консультирование по догестационной подготовке и периконцепционной профилактике на презиготическом этапе проводится в женских консультациях врачами кабинетов профилактической работы, где осуществляется полное обследование, деконтаминация и восстановление биоциноза, лечение аутоиммунного хронического эндометрита (2 мг 17 β-эстрадиола и 10 мг дидрогестерона, иммунотерапия, физиотерапия и т.д.), коррекция микронутриентной недостаточности и имеющих место нарушений системы гемостаза.

Таким образом, внедрение стратегии предиктивной медицины с использованием всего потенциала амбулаторно-поликлинической службы позволило существенно снизить репродуктивные потери в регионе: показатель материнской смертности в 2010 году составил 8,1 на 100 000 живорожденных детей, а младенческой смертности – 6,4‰.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРЕННЕГО И НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Лушникова А.К., Непомнящих Л.М., Пекарев О.Г., Никитенко Е.В.

Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии Сибирского отделения РАМН, Новосибирск, Россия

Эндометриоз (ЭМ) продолжает оставаться одной из основных неразрешенных проблем современной гинекологии. Большинство исследователей и кли-

ницистов рассматривают ЭМ как доброкачественное, генетически обусловленное, дисгормональное и иммунозависимое заболевание, которое характеризуется разрастанием ткани, подобной эндометрию, за пределами слизистой оболочки матки, с сохранением основных компонентов – эпителиального и стромального. Клиническая картина при ЭМ не всегда соответствует тяжести патологического процесса, что обусловливает сложность диагностики и высокую частоту рецидивирования заболевания. Для постановки диагноза ЭМ, кроме инструментальных методов, используют патологогистологическое исследование фрагментов матки и яичников, удаленных во время операций.

Цель исследования – сравнительное изучение клинических и морфологических проявлений внутреннего и наружного генитального ЭМ (аденомиоза и ЭМ яичников).

Материал и методы. В исследование были включены 147 женщин в возрасте от 20 до 74 лет (средний возраст 45,4±5,2 лет) с клиническим диагнозом «генитальный эндометриоз». Всем пациенткам осуществляли общепринятое клинико-анамнестическое обследование, УЗИ, гистероскопическое и лапароскопическое исследование. Материалом для патологоанатомического исследования послужили образцы ампутированных во время операции маток и резецированных яичников, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по ван Гизону, анализировали в универсальном микроскопе «Leica DM 4000B».

Из 147 исследуемых пациенток диагноз ЭМ был подтвержден при патологогистологическом исследовании у 76 (52%). Эти пациентки были разделены на две группы: 1-я – с внутренним ЭМ (аденомиозом), 2-я – с наружным (овариальным) ЭМ. В 1-ю группу вошли 59 пациенток (78%, средний возраст – 50,1±0,7 лет); во 2-ю – 17 пациенток (22%, средний возраст – 29,2±1,3 лет).

Нами выявлены существенные различия в клинических и морфологических проявлениях внутреннего (аденомиоза) и наружного (овариального) ЭМ. Аденомиоз как манифестирующий патологический процесс регистрировался в предменопаузальном периоде (после 40 лет), почти в 90% случаев сопровождался развитием множественных лейомиоматозных узлов, в 60% – железистой гиперплазией эндометрия, в 100% случаев – фиброзно-кистозной трансформацией или фиброзной дегенерацией яичников. Клинически аденомиоз проявлялся в виде тянущих болей внизу живота, кровянистых выделений из половых путей, сопровождался дизурическими расстройствами и развитием анемии; только у 9% пациенток аденомиоз протекал бессимптомно и случайно выявлен при профилактических осмотрах. Мы выделили два морфогенетических варианта аденомиоза: инвазию цитогенной стромы в подлежащий миометрий с образованием эндометриальных желез и инвазию цитогенной стромы по соединительнотканным прослойкам без образования эндометриальных желез с выраженным неоангиогенезом. В наших наблюдениях преобладали очаги прогрессирующего аденомиоза, регрессирующие очаги встречались реже. Чаще регистрировались распространенная диффузная и очагово-диффузная формы аденомиоза II–III степени. У большинства пациенток с аденомиозом к основным провоцирующим причинам эктопии

эндометрия и гиперплазии гладкомышечных клеток с образованием миоматозных узлов можно отнести многочисленные медицинские аборты (95%), диагностические выскабливания цервикального канала и стенок полости матки (71%) и, как следствие, индукцию репаративных процессов в условиях гормонального дисбаланса.

Эндометриоидное поражение яичников регистрировалось в молодом возрасте (преимущественно до 30 лет), клинически проявлялось тянущими болями в низу живота до и во время менструации; болевой синдром отмечался только у пациенток с эндометриоидными кистами диаметром 4 см и более. У большинства (64%) пациенток в акушерском анамнезе отсутствовали медицинские аборты, у 53% – беременность не развивалась. Присутствие в окружающей эндометриоидные кисты соединительной ткани гемосидерина и сидерофагов, а также значительный фиброз яичников свидетельствовали о давних и, возможно, многократных повреждениях яичников неясного генеза. Значительное повреждение яичников у пациенток с наружным ЭМ подтверждалось высоким уровнем в сыворотке крови онкогена СА-125 (превышающим предельные значения нормы почти в 2 раза). Образование эндометриоидных кист в яичниках у молодых женщин, не подвергавшихся оперативным или инвазивным вмешательствам, свидетельствует о более значительных нарушениях у них гормонального фона и, возможно, нарушениях цитокинового спектра, обеспечивающего тканеспецифическую паракринную регуляцию процессов пролиферации и дифференцировки в яичниках.

В результате этого становится возможным образование эндометриоидных структур из стволовых и мультипотентных прогениторных клеток, ретроградно попадающих в кровь, а затем и в яичники. Молодой возраст пациенток с ЭМ иячников и отсутствие в половине случаев индуцированных гормональных нарушений и непосредственной альтерации яичников позволяют считать, что в этой группе ведущую роль в развитии эндометриоидных повреждений играют генетические факторы.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕВУШЕК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Магомедова-Шамилова З.М.

Дагестанский научный центр РАМН, Махачкала, Россия

В.П. Сметник и Л.Г. Тумилович определяют синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как патологию структуры и функции яичников на фоне нейрообменных нарушений, характеризующихся тем, что в яичниках повышается образование андрогенов и нарушается процесс фолликулогенеза.

Рассматриваемый клинический симптомокомплекс заболевания является общим, как для подросткового, так и для репродуктивного возраста. Разница заключается в том, что в юном возрасте не оценивается бесплодие, практически в 100% сопровождающее данное заболевание.

Материал и методы. Обследовано 99 девушек с синдромом поликистозных яичников. На основании клинических и лабораторных данных больные были подразделены на 3 группы:35 человек с яичниковой формой синдрома СПКЯ; 21 – с надпочечниковой; 43 пациентки с диэнцефальной. Средний возраст пациенток составил при яичниковой форме СПКЯ – 19,1±0,4 года; при надпочечниковой – 18,8±0,9 года; при диэнцефальной – 19,3±0,5 года.

Контрольную исследовательскую группу составили 29 здоровых девушек в возрасте 19,0±0,3 года. Исследования проводились с 2007 по 2009 год на базе отделения эндоскопической гинекологии, в Республиканском эндокринологическом диспансере. С целью исключения опухолей и врожденной гиперплазии коры надпочечников девушкам с СПКЯ было назначено ультразвуковое их сканирование, с помощью аппарата ALOKA SSD-630 (Япония).

Уровень гиперандрогении оценивали по: определению ДГЭАС,свободного и общего Т,17-ОР. Для выяснения источника гиперандрогении применялась проба с дексаметазоном. Так как Дагестан является эндемичной зоной по дефициту йода, всем девушкам проведено УЗИ щитовидной железы.

Мы исследовали гормональный статус путем определения гормонов в сыворотке крови, сексагенной (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон) и метаболической направленности (ТТГ, Т3, Т4, кортизол, АКТГ). Забор крови для исследования осуществлялся утром натощак из локтевой вены с учетом фаз менструального цикла (на 5–7 или 20 день цикла). Концентрация ЛГ, ФСГ и пролактина выражалась в единицах МЕ/л., с помощью радиоиммунологических наборов фирмы «ORION» (Франция). Для определения концентрации эстрадиола, прогестерона, кортизола и тестостерона использовались диагностические наборы «Ymmunotech» (Чехия). Эстрадиол, прогестерон, тестостерон и АКТГ выражались в нг/мл, а кортизол нМоль/л.

Результаты и их обсуждение. При анализе преморбидного фона обращает на себя внимание наследственность отягощенная эндокринным заболеваниям и ожирением по 1 степени родства при всех формах СПКЯ.

Чаще наследственность была неблагоприятной с центральной и реже у больных с типичной формой СПКЯ. Нарушения менструальной функции у матерей или сестер больных с центральной формой СПКЯ достоверно превышали таковые в сравнении со здоровой группой ($P<0,05$). Гирсутизм у матерей или сестер больных СПКЯ одинаково часто наблюдался при центральной (25,5%) и сочетанной (22,6%) формах.

Как известно, пожилой возраст родителей расценивается как фактор, отягощающий наследственность. При рождении у 24 пациенток возраст их матерей превышал 30–35 лет. Нами изучен характер течения беременности и родов у 67 матерей обследованных пациенток. Достоверно чаще, чем у здоровых сверстниц, при центральной форме СПКЯ из акушерской патологии отмечались: угроза самопроизвольного выкидыша ($P<0,05$), угроза преждевремен-

ных родов (P<0,05), токсикозы 1 (P<0,05) и II (P<0,05) половины беременности, экстрагенитальная патология в период беременности (P<0,05). При сочетанной форме достоверно чаще (P<0,05) отмечались токсикозы 1 половины беременности. Характер течения беременности и родов матерей пациенток с типичной формой СПКЯ не отличался от таковых в контрольной группе девушек.

Анализ перенесенных в детстве и в периоде полового созревания заболеваний показал, что достоверно чаще, чем у здоровых, при центральной форме СПКЯ отмечалась корь (P<0,05), эпидемический паротит (P<0,05), аденовирусная инфекция (P<0,05), пневмония (P<0,05) и ветряная оспа (P<0,05). При сочетанной форме СПКЯ – только ветряная оспа (P<0,05).

Особого внимания заслуживает частота хронического тонзиллита с обострениями, который отмечался при центральной форме СПКЯ достоверно чаще (P<0,05), чем в группе здоровых. В этой группе каждой третьей больной в пубертатном периоде была произведена тонзилэктомия. Болезнь Боткина, достоверно чаще, чем у здоровых (P<0,05) отмечалась при центральной форме СПКЯ.

Выводы. Отягощенная наследственность, пожилой возраст родителей, высокий инфекционный индекс, неблагоприятное течение беременности и родов у матерей больных девушек, являются предрасполагающими факторами для развития различных форм СПКЯ, в особенности центральной его формы. Для нее характерно наличие так называемых «непосредственных» факторов заболевания (инфекционно-аллергических и травматических воздействий).

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Макаров И.О., Шешукова Н.А.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития, Россия

Вопросы терапии гиперпластических процессов эндометрия весьма актуальны, что обусловлено высокой частотой рецидивов данного заболевания и отсутствием должного эффекта от гормонального лечения. В этой связи необходимы дальнейшие комплексные морфологические и молекулярно-биологические исследования, что позволит оптимизировать прогноз и исход заболеваний.

Цель – оценка возможности комплексного морфологического метода исследования в диагностике гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы исследования. Материалом для морфологического исследования были соскобы эндометрия, полученные при раздельном диагностическом выскабливании матки у женщин перименопаузального периода. Эти образцы эндометрия были отобраны в основную группу и разделены на подгруппы после гистологического исследования и верификации диагноза. I подгруппа – простая гиперплазия эндометрия без атипии, II – сложная гиперплазия эндометрия без атипии, III – атипическая гиперплазия эндометрия, IV– простая гиперплазия эндометрия в сочетании с хроническим эндометритом.

Комплексное морфологическое исследование включало гистологический, иммуноморфологический и морфометрический методы. Иммуноморфологический метод включал иммуноперксидазный и иммунофлуоресцентный методы с использованием 9 первичных специфических моно- и поликлональных антител (маркеру пролиферации Ki-67, ингибитору апоптоза Bcl-2, индуктору апоптоза Bax, сосудисто-эндотелиальному фактору роста. Трансформирующему фактору роста β1, Ig G, IgM, рецепторам эстрогенов-α, прогестерона).

Результаты исследования и их обсуждение. Отмечена высокая частота (25%) сочетания гиперпластических процессов эндометрия с хроническим эндометритом. Кроме, того группа наблюдений с сочетанием признаков простой гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита, по-видимому, гетерогенна. Она включает в себя случаи простой гиперплазии, осложненные хроническим эндометритом и наблюдения хронического эндометрита с реактивной, сходной с простой, гиперплазией эндометрия. Дифференциальная диагностика между ними не представляется возможной без тщательного анализа клинико-анамнестических данных и проведения иммуноморфологического исследования с выявлением диагностических критериев.

Присоединение хронического воспаления к гиперплазии неблагоприятно в плане ее прогрессии в сторону интраэпителиальной неоплазии. Напротив, реактивная гиперплазия при хроническом эндометрите прогностически более благоприятна, хотя в этой ситуации также отмечено нарушение нормального молекулярно-биологического профиля ткани эндометрия.

МЕСТО ВУЛЬВАРНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ

Малахова Е.В., Казачков Е.Л., Сычугов Г.В., Казачкова Э.А.

Челябинская государственная медицинская академия, Россия

По мере развития патоморфологической верификации патологии вульвы появилась возможность четко идентифицировать патогномоничные при-

знаки разнообразных по этиологии и механизмам развития заболеваний этой сферы и классифицировать их в соответствии с клинико-морфологическими особенностями. С учётом положений действующих классификаций Международного общества по изучению патологии вульвы, Международного общества клинических патологов (1993), гистологической классификации опухолей женской половой системы последней редакции (ВОЗ, 2002), в последние годы различают группу доброкачественных поражений вульвы (склеротический лихен, плоскоклеточную гиперплазию, другие дерматозы и дерматиты вульвы) и группу вульварной интраэпителиальной неоплазии. Первую группу заболеваний преимущественно воспалительно-дистрофической природы принято относить к фоновым, вторую – к предраковым поражениям вульвы. Третью группу патологических процессов этой локализации составляет рак, в генезе которого, по современным представлениям, имеют значение как фоновые, так и предраковые заболевания вульвы.

В последние годы в литературе появились данные о некотором сходстве механизмов развития и гистологических изменений, характерных для предрака вульвы и предрака шейки матки. Вероятно, в связи с этим с 1986 г., согласно рекомендациям Номенклатурного комитета Международного общества по изучения патологии вульвы, предраковые изменения вульвы по аналогии с подобными поражениями шейки матки обозначают как плоскоклеточную вульварную интраэпителиальную неоплазию (VIN), которая градуируется на три гистологические группы возрастающей степени тяжести (VIN I, VIN II и VIN III) в зависимости от степени поражения эпителиального пласта.

Цель исследования – изучение частоты встречаемости вульварной интраэпителиальной неоплазии и соотношение этого заболевания с другими патологическими состояниями вульвы на современном этапе.

Нами проведен патоморфологический анализ структуры патологии вульвы на основе изучения операционно-биопсийного материала Челябинского патологоанатомического бюро от 164 пациенток, наблюдавшихся и получавших лечение в Челябинском краевом клиническом онкологическом диспансере в 1997–2010 гг.

После фиксации в 10% нейтральном формалине тканевой материал заливали в парафин. Во всех случаях парафиновые срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для общей оценки состояния эпителиальных структур и стромы вульвы.

Изолированная интраэпителиальная неоплазия вульвы встретилась лишь у 9 (6%) пациенток. Морфологические изменения чаще всего были представлены очагами VIN I, реже – VIN II. Умеренная и тяжелая дисплазия (VIN II и VIN III) определялась у 36 (24,6%) женщин на границе с плоскоклеточной карциномой вульвы. Особенностью этих наблюдений явилось наличие кроме диспластических изменений участков гиперкератоза вульвы различной степени выраженности и субэпителиального лихеноидного отека в различных сочетаниях с выраженной лимфомакрофагальной инфильтрацией стромы. В 26 (17,8%) случаях плоскоклеточный рак сочетался с изменениями типа склерозирующего лихена в параканкрозных зонах наряду со значительным гипер-

кератозом (гиперпластической дистрофей вульвы). Изолированная диффузная лейкоплакия вульвы отмечалась лишь у 4 (2,7%) пациенток. В 12 (8,2%) наблюдениях зарегистрировано сочетание склеротического лихена и плоскоклеточной гиперплазии, что, по современным представлениям, принято считать смешанной формой дистрофического поражения вульвы. Карцинома вульвы вне связи с другими фоновыми или предраковыми процессами регистрировалась в 40,7% наблюдений. При этом абсолютно преобладающим гистологическим вариантом опухоли являлся плоскоклеточный ороговевающий рак. Плоскоклеточная базалоидная, веррукозная либо бородавчатая (кондиломатозная) карциномы встречались в единичных случаях.

Таким образом, интраэпителиальная неоплазия вульвы чаще наблюдается в сочетании с плоскоклеточной ороговевающей карциномой, локализуясь в параканкрозной зоне новообразования. Данное обстоятельство является весомым доказательством положения о трактовке вульварной интраэпителиальной неоплазии как облигатного гистологического маркёра предрака вульвы. Такие сочетания встречаются гораздо чаще, чем комбинация злокачественной опухоли с фоновыми процессами вульвы. Полученные данные диктуют необходимость внимательного и всестороннего изучения вульварной интраэпителиальной неоплазии с дальнейшим проведением клинико-патогистологических сопоставлений для своевременной профилактики, ранней диагностики и выбора адекватного метода лечения на этапе предраковых поражений вульвы.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н.

ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития, Россия.

Значительную долю в воспалительных заболеваниях органов малого таза занимают инфекционные процессы шейки матки – эндо и экзоцервициты. Рост цервицитов связан с распространенностью инфекций передаваемых половым путем, бессимптомностью течения инфекционного процесса даже в острой стадии, снижением иммунитета. Этиологическая структура цервицита, как правило, смешанная микробная и вирусная флора, с высокой частотой высокоонкогенных типов ВПЧ и отсутствием эффективных средств для лечения этой инфекции. Развитие дисплазии и рака шейки матки вслед-

ствие хронического ВПЧ-ассоциированного цервицита весьма актуально и определяет необходимость поиска эффективных методов лечения.

Цель исследования: изучение возможности дифференцированного подхода к диагностике и лечению хронического цервицита у женщин с ВПЧ-инфекцией в зависимости от характера инфекции и биомаркеров пролиферации и канцерогенеза эпителия шейки матки.

Материалы и методы исследования: 56 женщинам с ВПЧ-ассоциированным хроническим цервицитом проведено комплексное обследование, включающее общеклинические методы, расширенную кольпоскопию, ПЦР-диагностику ВПЧ, Cl.trachomatis, Ur.urealiticum, M.genitalium, HSV инфекции, жидкостную цитологию мазков из экто- и эндоцервикса, иммуноцитохимическое исследование белка p16ink4α в мазках из экто- и эндоцервикса на основе жидкостной цитологии и определение соотношения метаболитов 2-OHE1/16α-OHE1 в моче с использованием тест-системы ESTRAMET 2/16 ELISA (конкурентный метод твердофазного иммуноферментного анализа).

Полученные результаты: анализ сопутствующей флоры цервикального канала показал, что чаще ВПЧ сопровождали Ur.urealiticum, обнаруженная у 14 (23,2%) женщин, Cl.trachomatis – у 5 (8,6%), M.genitalium – у 4 (6,9%), грибы рода Candida – у 10 (17,2%), HVS и ЦМВ – у 11 (19,9%), 14 (16,3% имели бактериальный вагиноз. Таким образом у 68% пациенток выявлены инфекции, передаваемые половым путем: у каждой третьей отмечена ассоциация с условно-патогенной микрофлорой, а у каждой второй – сочетание от 2 до 4 инфекционных агентов. По итогам жидкостного цитологического исследования у 18 женщин выявлена дисплазия эпителия шейки матки (у 8 – CIN I, у 6– CIN II, у 4 – CIN III). Иммуноцитохимическое определение белка p16ink4α показало положительные результаты у 6 женщин (только у больных с наличием CIN), и им было проведено электрохирургическое лечение, 10 больным с CIN I и 2 – с CIN II при p16ink4α отрицательном результате – консервативная терапия. Анализ соотношения метаболитов эстрогена 2-OHE1/16α-OHE1 показал, что у 23 (41,8%) пациенток показатель соответствует уровню здоровых – 2,35±0,10, у 33 (58,2%) – баланс метаболитов эстрогена нарушен с резким снижением показателя до 1,3-+0,32.

Первый этап терапии женщин с хроническим цервицитом на фоне ВПЧ заключался в санации сопутствующей патогенной микрофлоры: местно использовались антисептики (хлоргексидин или препараты йода) с последующим восстановлением биоценоза влагалища. Выбор антибактериальной терапии был осуществлен после выделения возбудителя: хламидийную, уреаплазменную и условнопатогенную неспецифическую микрофлофлору (в высоких титрах) лечили антибиотиками группы тетрациклинового ряда или макролидами, при сочетании с бактериальным вагинозом – метронидазолом. На втором этапе проводили противовирусную терапию препаратом панавир по 1 свече ректально в сочетании с гелем панавира интравагинально. С началом лечения параллельно с целью коррекции нарушенного обмена метаболитов эстрадиола применялся препарат, содержащий индол-3-карбинол по 2 капсулы 2 раза в день до 6 месяцев. Эффективность терапии оценивалась

после окончания лечения с применением расширенной кольпоскопии, цитологии, ПЦР-типирования и определения уровня соотношения метаболитов эстрадиола. Положительный клинический эффект был получен у абсолютного большинства больных: удалось добиться нормализации обмена эстрогенов и элиминации ВПЧ-инфекции к 4 месяцу применения индол-3-карбинола, что сопровождалось регрессией CIN и явлений цервицита, но у 5 (9%) пациенток кольпоскопически и цитологически картина воспаления сохранилась, что потребовало дополнительной терапии панавиром и индол-3-карбинолом.

Таким образом, особенностью течения ВПЧ-ассоциированного цервицита является микстинфекция с ИППП и условно-патогенной бактериальной и вирусной флорой, нарушение биоценоза влагалища, усиленное образование агрессивного метаболита 16α-гидроксиэстрона, который активирует экспрессию гена Е7 ВПЧ, инициирующего механизмы патологической пролиферации клеток и блокирующего факторы иммунологической защиты, а также дисплазия эпителия с высоким риском развития рака у части больных. Особенности течения ВПЧ-ассоциированного цервицита диктуют необходимость расширения диагностических критериев и лечебных средств для выбора патогенетически обоснованной терапии.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Мальцева Л.И. Нигматуллина Н.А.

Казанская медицинская академия, Россия

Рак шейки матки – злокачественная опухоль, этиологическим фактором которой являются вирусы папилломы человека серотипов №16, 18, 33, 35 и др., Организация цитологического скрининга позволила существенно снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки в Северной Европе. В России наблюдается неуклонный рост заболеваемости раком шейки при этом смертность не имеет тенденции к снижению,что доказывает недостаточную эффективность существующих методов ранней диагностики. Диагностический комплекс включает выявление ВПЧ, ПАП тест, кольпоскопию,морфологическое исследование биоптата. Вместе с тем ложные результаты ПАП теста отмечаются от 6 до 50%, его чувствительность составляет 55–65%, специфичность 65–70%. Проблема ложноположительных цитологических заключений связана с повторной цитологией, биопсией шейки,негативным психологическим воздействием на пациентку, ложноотрицательных – с риском не диагностировать прежде всего железистый рак шейки. Даже если диагноз дисплазии верифицирован, вероятность перехода дисплазии в рак составляет менее 50%, но, как на клиническом, так и на

микроскопическом уровне в настоящее время отсутствуют достоверные прогностические критерии дальнейшего биологического поведения дисплазии.

Цель исследования: оценить возможности экспрессии вирусного онкобелка Е7, маркера клеточной пролиферации – онкобелка p16 ink4a и степени вирусной нагрузки для ранней диагностики дисплазии и рака шейки.

Материал и методы исследования: обследованы 216 женщин с ВПЧ инфекцией высокоонкогенных типов и различными заболеваниями шейки матки – хроническим цервицитом – у 110, гиперкератозом – у 20, CIN I – у 56, CIN II – у 30. Наряду с общеклиническим проведено исследование белка Е7 методом иммуноферментного и белка p16ink4a в цервикальном эпителии методом иммуноцитохимического анализа (моноклональные антитела «AbCam»UK Lab Vision). Степень вирусной нагрузки в пораженных тканях определяли по интенсивности свечения сигнала на лазерном конфокальном микроскопе (Carl Zeiss, Германия) для этого гистологические срезы после депарафинирования были обработаны первичными и вторичными антителами к ВПЧ (6,11, 16, 18, 31, 33, 42, 51, 52, 56, 58 типы) по технологии Termo Fisher Scientific. Для возбуждения флуоресценции красителей использовали гелий-неоновый и аргоновый лазеры. Сигнал детерминировали на спектрофотометре META для DAPI и TRITC, съемку проводили в режиме мультитренинга.

Результаты. Степень вирусной нагрузки по полученным данным была наивысшей у 45 женщин,из них у 15 с воспалительными заболеваниями шейки, у 25 – с CIN 1 и CIN II и у 5 – с гиперкератозом. Белок Е7 оказался положительным у 187 из 216 больных,из них у 70% с воспалительными заболеваниями шейки, у 91,2 – с CIN 1, у 100% с CIN II, у 10% – с гиперкератозом, при этом белок p16ink4a определялся лишь у 39 женщин с CIN (CIN 1 – у 15, CIN II – у 24). Следует отметить,что высокая степень вирусной нагрузки была только у 3 женщин, остальные имели незначительное количество вируса в тканях. Женщинам с положительной реакцией на белок p16 проведена электроэксцизия шейки при CIN 1 и диатермоэксцизия – при CIN II. Морфологический анализ выявил CIN III у 11 больных, микрокарциному шейки – у 1, CIN II – у 10, CIN I – у 15, хронический цервицит – у 2. После проведенного лечения все женщины имели отрицательные результаты ВПЧ, Е7 и p16.

При отрицательной реакции p16 и положительной Е7 больным даже с CIN II (6 женщин) и с CIN 1 (41) применяли комлексное лечение хронического цервицита. На первом этапе использовали антимикробные препараты с учетом выявленной сопутствующей ВПЧ микрофлоры, затем противовирусную терапию препаратом панавир ректально (10 свечей) и гелем вагинально(14дней). Больным с CIN II и длительно текущей CIN I в комлекс лечения обязательно включали индол 3 карбинол для нормализации обмена эстрогенов, нарушение которого описано при хронической ВПЧ. В результате лечения полное вздоровление наступило у всех женщин с CIN I, у5 из 6 с CIN II и у 90 – с хроническим цервицитом .В целом консервативная терапия оказалась эффективной в 72,3% случаев.

Таким образом определение белка p16 может быть наиболее информативным скриннинговым тестом при оценке онкогенности вируса ВПЧ, ранней диагностики рака и дифференцированной терапии патологии шейки матки.

ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭКСЦИЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ

Манухин И.Б., Фириченко С.В., Минкина Г.Н., Зуйкова Е.В., Алиева М.И.

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Наиболее эффективным методом лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (ЦИН) является электрохирургическая эксцизия измененной ткани. Самым широко применяемым в мире является метод петлевой электрохирургической эксцизии шейки матки – LEEP (loop electrosurgical excision procedure). Существует настороженное отношение к применению эксцизионного лечения у нерожавших женщин.

Цель исследования: оценить влияние электрохирургической эксцизии на длину шейки матки в зависимости от объема удаленной при эксцизии ткани и провести анализ исходов последующих беременностей и родов у этих женщин.

За период 2007–2010 гг., на кафедре акушерства и гинекологии МГМСУ в исследование было включено 150 пациенток с CIN II–III. Всем была выполнена электрохирургическая эксцизия шейки матки – петлевая или конусовидная. Электрохирургическая эксцизия выполнялась на отечественном аппарате ФОТЕК-80 в качестве лечебной (CIN II–III) или диагностической процедуры. Трансвагинальная эхография (ТВЭ) шейки матки была выполнена перед эксцизией и через 2 месяца после. Исследование выполнялось на аппарате Siemens Sonoline G 60 трансвагинальным датчиком 6,5 МГц в двухмерном режиме, с пустым мочевым пузырём. Основным оцениваемым параметром являлась цервикальная длина – измеренная до и после эксцизии. Также измерялся объем шейки матки до процедуры и объем удаленного образца. Оценка репродуктивной функции у всех пациенток проводилась в течение 3 лет. Была учтена частота наступления беременности в группе, а также частота преждевременных родов (до 37 недель) и кесарева сечения.

Возраст включенных в исследование составил 27,3±4,8 лет (M±s). Нерожавшими среди них были 42 пациентки. Средний паритет 0,9. Средняя длина шейки матки по данным ТВЭ до эксцизии составила: 3,5 см (3,1; 3,7), Me (25%; 75%), а средний объем 14,6±2,8 см^3 (M±s). Объем удаленных образцов в среднем составил 2,1±0,6 см^3 (M±s), минимум 0,5 см^3, максимум 4,5 см^3. Статистически значимое уменьшение цервикальной длины наблюдалось в группах, где объем удаленного образца составил от 2 до 3 см^3 и более 3 см^3, и не отмечено в группе с объемом образца менее 2 см^3. Средняя длина шейки матки после эксцизии составила 3,2±0,4 см. Выявлена четкая корреляция между объемом удаленного образца и укорочением шейки матки (r=0,70). В среднем отношение удаленной ткани к объему шейки в нашем исследовании составило 0,14, (0,11 и 0,17), (Me, 25%; 75%) соответственно. То есть, в сред-

нем удалению подвергалось около 14% объема шейки матки. Анализ продемонстрировал более выраженную корреляцию этого показателя с уменьшением цервикальной длины после операции (r=0,85). Установлено, что наибольшее значение имеет не размер удаленного образца, а какую часть это составляет от объема шейки матки. При удалении до 0,1–0,15 части шейки матки (10–15% органа), не происходит статистически значимого уменьшения длины шейки матки. Из 150 пациенток в течение 3 лет беременность зарегистрирована в 102 случаях. Из них аборт в первом триместре произошел у 9 пациенток (у 8 самопроизвольный и у одной искусственный). У 93 пациенток прослежены исходы беременности и родов. Контрольной группой были 100 случайно отобранных беременных с отсутствием в анамнезе эксцизионно-деструктивных вмешательств на шейке матки. Доля преждевременных родов (<37 недель) между группами существенно не отличалась. Показатель относительного риска 1,06 (95% ДИ 0.39–2.90) не является значимым. Средняя продолжительность родов через естественные родовые пути у беременных после эксцизии составила 6,9±1,2 часа. Анализ течения и исходов родов показал отсутствие удлинения первого периода родов и частоты разрывов шейки матки в сравнении с группой контроля.

Таким образом, отношение размера удаляемого образца к размеру шейки матки является принципиально важным и индивидуальным моментом этой операции. Исследование продемонстрировало, что после адекватно выполненной петлевой эксцизии (до 10–15% объема) длина шейки матки не уменьшается и не снижается лечебная эффективность процедуры. Анализ исходов последующих беременностей и родов у этих женщин позволяют рассматривать адекватно выполненную петлевую электроэксцизию как безопасную процедуру. Таким образом, необходим поиск новых подходов к процедуре эксцизии, а именно, определение, так называемого максимально допустимого объема удаляемой ткани в каждом конкретном случае. Оценка изначальных размеров шейки матки, с применением трансвагинальной эхографии перед операцией, позволит сделать эксцизионное лечение цервикального предрака как более эффективным, так и более безопасным для репродуктивного здоровья женщины.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Манухин И.Б., Биштави А.Х., Чиковани Н.Г., Харлова О.Г., Смирнова С.О., Кочарян А.А.

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

В течение многих лет традиционным методом диагностики причин аномальных маточных кровотечений (АМК) является раздельное диагностическое выскабливание (ДВ) матки с гистологическим исследованием материала соскоба. С целью оценки эффективности метода нами изучены результаты ДВ у 233 женщин с АМК в одном гинекологическом отделении без какой-либо подборки больных. В репродуктивном возрасте, до 44 лет включительно, было 114 женщин; 54 женщины были в возрасте 45–50 лет; 28 женщин – в возрасте 51–55 лет; 37 женщин – в возрасте 56 лет и старше. В результате гистологического исследования было установлено, что у 63 больных до 44 лет имелись различные гиперпластические изменения эндометрия, в том числе: простая гиперплазия эндометрия (ПГЭ) – у 49 (42%), сложная гиперплазия (СГЭ) – у 1, атипическая гиперплазия (АГЭ) – у 5 (4,3%), у 3 больных эндометрий соответствовал фазе пролиферации, у 48 (42%) больных материал соскоба оказался непригодным для гистологического исследования. Из 54 больных в возрасте 45–50 лет различные гиперпластические процессы диагностированы у 47 (87%), в том числе: ПГЭ – у 33 (61%), СГЭ – у 3, АГЭ – у 8 (15%), полип эндометрия – у 3, эндометрий фазы пролиферации – у 2, фазы секреции – у 3, у 3 больных материал соскоба оказался неинформативным. Из 28 женщин в возрасте 51–55 лет ПГЭ обнаружена у 12, СГЭ – у 1, АГЭ – у 2, полип эндометрия –у 6 (21%), рак эндометрия (РЭ) – у 1 больной, у 3 больных в эндометрии не было признаков гиперпластических изменений, у 3 больных материал оказался неинформативным. Среди больных старше 55 лет ПГЭ диагностирована у 1, СГЭ – у 2, АГЭ – у 6 (16%), полип эндометрия – у 5 (13%), у 14 (37%) больных выявлен РЭ, у 5 (13%) – выраженные атрофические изменения эндометрия, у 3 женщин соскоб оказался неинформативным. Высокую частоту неинформативных данных ДВ у больных детородного возраста можно объяснить тем, что в этом возрасте АМК бывают обильными, часто на фоне нарушений менструального цикла. При этом в материале соскоба преобладают деструктивные изменения (распад тканей). В то же время известно, что и при скудных кровянистых выделениях, чаще у больных в постменопаузе, материал соскоба может оказаться неиформатиным даже при наличии РЭ. Поэтому получение неинформативных данных ДВ является поводом для повторного обследования, оптимально – прицельного выскабливания под контролем гистероскопии.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

Манухин И.Б., Пономарева Ю.Н., Апостолиди М.И., Семенцова Н.А.

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

Высокая распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза, увеличение числа ранних репродуктивных потерь и широкое использование инвазивных методов диагностики и лечения, применяемых в гинекологической практике, предопределяют высокую актуальность и перспективность изучения хронического эндометрита.

Целью исследования явилось исследование клинических и анамнестических аспектов хронического эндометрита.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 32 историй болезни пациенток с верифицированным диагнозом «хронический эндометрит», находившихся на лечении в гинекологическом отделении ГКБ №36 г. Москвы в 2009–2010 гг. Возраст обследованных варьировался от 20 до 40 лет, и составил в среднем 32,4±4,5 лет. Из исследования исключались больные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, а также сопутствующей гинекологической патологией (миома матки, эндометриоз, опухоли яичников). Алгоритм обследования больных включал в себя клинические данные, результаты ПЦР-диагностики сексуально-трансмиссивных заболеваний, гистероскопии, морфологического и иммуногистохимического исследований эндометрия.

Контрольную группу составили 12 женщин, госпитализированных для выполнения артифициального аборта на малом сроке гестации, которым клинически и морфологически был исключен диагноз хронического эндометрита.

Результаты и обсуждение: установлено, что у пациенток с диагнозом хронический эндометрит чаще по сравнению с контролем встречались жалобы на нарушения менструальной функции циклического характера: 42,3% – гиперполименорея, 76,9% – постменструальные кровянистые выделения ($p<0,001$). У 46,1% пациенток с хроническим эндометритом отмечались межменструальные тазовые боли, которых не встречалось в группе контроля ($p<0,001$). Воспалительные заболевания органов малого таза (цервицит, хронический сальпингоофорит, сальпингит с формированием гидросапингса) встречались в 36,3% у обследованных против 12,4% в группе контроля ($p<0,05$). Невынашивание беременности (2 и более самопроизвольных прерывания в течение 2 лет), неразвивающаяся беременность на сроках 4–12 недель превалировали – 26,8%, в группе больных хроническим эндометритом по сравнению с контролем – 3,5% ($p<0,05$). Внутриматочные вмешательства 45,4% имели место у пациенток с хроническим эндометритом против 4.8% в группе контроля ($p<0,05$). Практически все женщины группы

исследования курили. Факторы риска генитальных инфекций, связанные с особенностями репродуктивного поведения, – средний возраст начала половой жизни и общая продолжительность сексуальной жизни до момента обследования не отличались ни среди отдельных вариантов инфицирования, ни в сравнении с группой контроля. Взаимосвязи инфицирования с образовательным, социальным статусом женщин и наличием регистрированного брака нами обнаружено не было.

На основании результатов морфологического исследования эндометрия все пациентки были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациентки с ХЭ (n=15), вторую – женщины с ХЭ и простой типичной гиперплазией эндометрия (n=17), третью больные с ХЭ в сочетании с железисто-фиброзным полипом эндометрия (n=10).

Заключение: таким образом, проведенное исследование дает основание выделить группы высокого риска по развитию хронического эндометрита: нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи или олигоменореи, внутриматочная контрацепция, высокий паритет перенесенных искусственных и самопроизвольных прерываний беременности, воспалительные заболевания половых органов, курение.

Интегральная оценка клинико-анамнестических факторов развития хронического эндометрита и проведение лечебно-диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление и эффективное лечение этой категории пациенток, является реальной основой восстановления репродуктивного здоровья женщин.

КАК ЧАСТО ГИНЕКОЛОГ ВЫЯВЛЯЕТ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ?

Махмеджанова Ф.Н.[1], Аполихина И.А.[1,2], Тетерина Т.А.[1], Стеняева Н.Н.[1], Балан В.Е.[1], Курючкина И.А.

1 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России Москва
2 – ГОУ Первый Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. По данным различных авторов распространенность нарушений мочеиспускания варьирует от 10 до 50%. Женщины с различными расстройствами мочеиспускания часто испытывают симптомы недержания мочи (НМ) или гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Данное исследование, целью которого явилось определить распространенность нарушений мочеиспускания у женщин в соответствии с терминологией, установленной Международным обществом по удержанию мочи, было проведено в г. Владимире.

Материалы и методы. В исследование были включены 970 женщин старше 18 лет, анкетирование проводили с использованием «Вопросника для выявления нарушений мочеиспускания».

Результаты. Согласно полученным нами данным, наиболее часто нарушения мочеиспускания у женщин встречались в возрасте старше 45 лет, что составляет 61%, затем в возрасте 40–45 лет – 23% и до 40 лет – в 16%. В результате исследования выявлены следующие симптомы накопления: полакиурия – у 9%, ноктурия – у 49% (свыше 2 раз – 19%), ургентность – у 9%, недержание мочи – у 27%, из них у 65% женщин – стрессовое НМ. Среди нарушений мочеиспускания у женщин обнаружены следующие симптомы опорожнения: прерывистое мочеиспускание – у 20%, медленное мочеиспускание – у 18%, необходимость напрягаться, чтобы начать мочеиспускание приходилось у 17%, а мочеиспускание с тонкой струей или подкапыванием мочи в конце мочеиспускания у 28% женщин. Симптомы после опорожнения – ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря у 21%, подтекание мочи при возвращении из туалета у 15% женщин. Таким образом, симптомы накопления выявлены у 94%, опорожнения – 83%, после опорожнения – 36% женщин. Частота НМ (27%) превышало общую распространенность ГМП (9%).

Заключение. Имеющиеся данные свидетельствуют о широкой распространенности симптомов нижних мочевых путей в женской популяции. Согласно результатам нашего опроса, в первую очередь, женщины с нарушениями мочеиспускания обращаются к гинекологам (40%), урологам – 1%. Однако, более 1/3 респондентов предпочли не отвечать на пункты «Вопросника для выявления нарушений мочеиспускания» – данная проблема является «скрытой».

Для определения активности выявления нарушений мочеиспускания у женщин в повседневной практике проведено анкетирование врачей (из них 23 врача акушера-гинеколога, 2 – уролога) со стажем работы от 1 года до 42 лет. Задают ли пациенткам следующие вопросы – «Имеется ли у Вас непроизвольное мочеиспускание?» – 92% врачей ответили положительно, «Жалуются ли Ваши пациентки на непроизвольную потерю мочи?» – 96% врачей ответили положительно.

Таким образом, имеющиеся данные свидетельствуют о широкой распространенности симптомов нижних мочевых путей в женской популяции, которую в равной степени выявляют и урологи, и акушеры-гинекологи.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

Махмеджанова Ф.Н.[1], Аполихина И.А.[1,2], Тетерина Т.А.[1], Балан В.Е.[1], Саидова А.С., Стеняева Н.Н.

1 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
ГОУ Первый Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. Женщины с различными расстройствами мочеиспускания часто испытывают симптомы недержания мочи (НМ) или гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Так, по данным различных авторов распространенность нарушений мочеиспускания варьирует от 10 до 50%. Данное исследование, целью которого явилось определить распространенность нарушений мочеиспускания у женщин в соответствии с терминологией, установленной Международным обществом по удержанию мочи, было проведено в г. Владимире.

Материалы и методы. В исследование были включены 970 женщин старше 18 лет, анкетирование проводили с использованием «Вопросника для выявления нарушений мочеиспускания». Данная анкета состоит из 12 вопросов, определяющих симптомы нижних мочевых путей: с 1 по 6 пункты – симптомы накопления; с 7 по 10 пункты – симптомы опорожнения; с 11 по 12 пункты – симптомы после опорожнения.

Результаты. Согласно полученным нами данным, наиболее часто нарушения мочеиспускания у женщин встречались в возрасте старше 45 лет, что составляет 61%, затем в возрасте 40–45 лет – 23% и до 40 лет – в 16%.

По данным международного многоцентрового эпидемиологического исследования (Канада, Германия, Италия, Швеция и Великобритания, 2005 г) с использованием этого же «Вопросника для выявления нарушений мочеиспускания» симптомы накопления у женщин выявлены у 59.2%, симптомы опорожнения – 19.5%, симптомы после опорожнения – 14.2% женщин. Наиболее частым симптомом была ноктурия (женщины – 54.5%). Общая распространенность ГМП составила 11.8%, что превышало частоту НМ (9.4%).

Нами выявлены следующие симптомы накопления: поллакиурия – у 9%, ноктурия – у 49.0% (свыше 2 раз – 19%), ургентность – у 9.0%, недержание мочи – у 27%, из них у 65% женщин – стрессовое НМ. Среди нарушений мочеиспускания у женщин обнаружены следующие симптомы опорожнения: прерывистое мочеиспускание – у 20%, медленное мочеиспускание – у 18%, необходимость напрягаться, чтобы начать мочеиспускание приходилось у 17%, а мочеиспускание с тонкой струей или подкапыванием мочи в конце мочеиспу-

скания у 28% женщин. Симптомы после опорожнения – ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря у 21%, подтекание мочи при возвращении из туалета у 15% женщин.

Заключение. Таким образом, симптомы накопления выявлены у 94%, В основном, женщины с нарушениями мочеиспускания обращаются к гинекологам (40%), урологам – всего 1%. И все вышеизложенное указывает на то, что нарушения мочеиспускания требуют активного выявления и лечения. опорожнения – 83%, после опорожнения – 36% женщин. Наиболее частыми симптомами в нашем исследовании была ноктурия – 49% (мочеиспускание свыше 2 раз у 19% женщин), а также недержание мочи (НМ) – 27%. В отличие от результатов международного многоцентрового эпидемиологического исследования (Канада, Германия, Италия, Швеция и Великобритания, 2005 г) по нашим данным частота НМ (27%) превышало общую распространенность ГМП (9%). Отмечено, что более 1/3 респондентов предпочли не отвечать на вопросы. Следовательно, имеющиеся данные свидетельствуют о широкой распространенности симптомов нижних мочевых путей в популяции у женщин. В основном, женщины с нарушениями мочеиспускания обращаются к гинекологам (40%), урологам – всего 1%. И все вышеизложенное указывает на то, что нарушения мочеиспускания требуют активного выявления и лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Меховская Л.Ю.

ГБУЗ Кемеровская областная клиническая больница, Россия

Актуальность. В связи с увеличением количества пожилых людей на планете выросло и количество заболеваний, связанных с возрастом, к которым относится остеопороз. Это метаболическое заболевания костной системы, характеризующееся уменьшением массы костной ткани в единице её объёма. Это приводит к хрупкости и переломам костей у женщин в состоянии постменопаузы.

Процесс развития заболевания характеризуется медленным нарастанием потери костной массы и длительно протекает бессимптомно. Далее появляются боли в спине, костях и суставах. На развитие остеопороза негативно сказывается гиподинамия, неблагоприятная экологическая обстановка, изменения характера питания, курение. Наряду с этим, в постменопаузе прекращается защитное действие эстрогенов на костную ткань, в результате чего повышается активность остеокластов. По имеющимся литературным данным при использовании эстрогенов в ранней менопаузе предот-

вращается потеря костной массы. В настоящее время проводятся крупные рандомизированные исследования в мире по профилактике остеопороза с помощью заместительной гормонотерапии. На сегодняшний день имеются данные о том, что гормонотерапия должна быть длительной и её эффект снижается при прекращении лечения. Кроме того, наиболее широко используемыми препаратами для лечения различной патологии костной ткани являются бисфосфонаты, находящиеся на фармацевтическом рынке с 1960 года. Азотсодержащие бисфосфонаты уменьшают способность остеокласта разрушать костную ткань.

Цель исследования: сравнить эффективность лечения постменопаузального остеопороза с помощью препаратов кальция, заместительной гормонотерапии и бисфосфонатов.

Материалы и методы. Взяты 30 пациенток с постменопаузальным остеопорозом, которые были разделены на две группы. В одну вошло 17 женщин принимавших заместительную гормонотерапию препаратом, содержащим эстрадиола 1 мг и дроспиренона 2 мг, пациенткам второй группы, кроме этого произведена инфузия золедроновой кислоты в дозе 5 мг однократно. Все женщины ежедневно получали кальцемин адванс в дозе 2 таблетки в сутки. Период наблюдения составил 12 месяцев. В комплекс обследования вошла двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия для оценки минеральной плотности кости по Т-критерию, лабораторная диагностика маркёра костного формирования на примере остеокальцина, биохимическое исследование венозной крови на содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы. Исследования проведены через 6 и 12 месяцев от начала терапии.

Полученные результаты. На фоне проводимой терапии в группе пациенток принимавших препараты для заместительной гормонотерапии минеральная плотность костной ткани, определённая денситометрически через 12 месяцев лечения имела большую тенденцию к увеличению и составила +2,05% по сравнению с пациентками второй группы. У пациенток обеих групп изначально Т-критерий соответствовал остеопорозу и был равен – 2,5. В обеих группах на фоне лечения снизилась активность щелочной фосфатазы,уменьшилось содержание в крови остеокальцина, увеличилось содержание к венозной крови кальция и фосфора. В обеих группах за время лечения переломов костей не было.

Выводы. Стойкий и значительный эффект проводимой терапии позволяет применять различные методы лечения постменопаузального остеопороза у пациенток с данной патологией. Хорошая переносимость используемых препаратов позволяет назначать их на длительное время и надеяться на то, что пациентки будут соблюдать рекомендации врача, поскольку препараты имеют ещё и удобный режим приёма, что повышает комплаентность лечения. Применение золедроновой кислоты позволяет избежать нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, связанных с повышением кислотности. Гриппоподобная реакция наблюдалась у 13% пациенток второй группы, купировалась в течение 1 суток с помощью парацетамола в дозе 500 мг 1 раз в день. Очевидно, что бисфосфонаты являются высокоэффек-

тивными средствами для лечения постменопаузального остеопороза. Врачу важно оценивать пользу от применения лекарственных средств и снижение количества патологических переломов, самым грозным из которых является перелом шейки бедра.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКЗОЦЕРВИЦИТА ШЕЙКИ МАТКИ С ЭКТОПИЕЙ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Мингалёва Н.В., Абрамашвили Ю.Г., Метелёва Н.С.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цервикальная патология продолжает привлекать к себе пристальное внимание врачей акушеров-гинекологов. По данным литературы (Прилепская В.Н., Костава М.Н., 2006; Рудакова Е.В. и др., 2004; Сельков С.А. и др., 2005) эктопия цилиндрического эпителия на шейке матки (ШМ) встречается у 38,8% женского населения и у 54,2% гин. больных. Наиболее частой патологией ШМ среди пациенток, обратившихся в женскую консультацию (ЖК) является хр. экзоцервицит с эктопией цилиндрического эпителия.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ случаев хронического экзоцервицита шейки матки с эктопией цилиндрического эпителия у женщин, обратившихся в женскую консультацию.

Материалы и методы. Проанализировано 500 случаев заболеваний у женщин, обратившихся в ЖК с диагнозом «Эрозия шейки матки» (по МКБ-Х) и кольпоскопическим заключением «хронический экзоцервицит с эктопией цилиндрического эпителия» (№72, N86). В группу не были включены пациентки с CIN. В процессе исследования проанализированы жалобы, общий и специальный анамнез, результаты обследования, лабораторные данные, протоколы расширенной кольпоскопии (КС) и др. По данным клинико-лабораторного обследования пациентки были разделены на две группы: 1 гр. – 230 (46%) пациенток, у которых основной патологии сопутствовала ВПЧ-инфекция; 2-гр. – 270 (54%) женщин без ВПЧ. Средний возраст пациенток составил 24±0,46 года, средний возраст наступления менархе – 12±0,36 лет, причем у основной части пациенток обеих групп менструальный цикл установился сразу и был регулярным. Обращает на себя внимание, что во время менструальных кровотечений 282 пациентки (56,4%), по данным анамнеза, использовали влагалищные тампоны. Средний возраст начала половой жизни составил 21±0,38 год, 68% из них отметили начало сексуальной жизни вне брака, наличие 3-х и более половых партнеров в течение

жизни было у 75,6% больных. «Основным» методом контрацепции, как в 1-й (66,96%), так и во 2-й группе (64,1%) был прерванный половой акт; по 12,2% пациентки использовали барьерный и календарный методы. Рожали 39,6% женщин, в том числе в 4,2% сл. роды были преждевременными. Обращает на себя внимание большой уд.вес женщин, прерывавших беременность (364 сл. – 72,8%), из них медикаментозный аборт в сроке до 6 недель проведен в 15,9% сл., прерывание беременности путем вакуум-аспирации – у 46,7% женщин общей группы. Отмечен достаточно большой уд. вес (29,6%) пациенток с невынашиванием беременности. Обращает на себя внимание высокий уровень перенесенных ИППП, которые ранее были выявленные и пролечены у 67,6% женщин, причем их частота несколько превалировала в группе с инфицированностью ВПЧ (70,7%). По данным бактериоскопии, бактериологического и молекулярно-биологических методов исследований выявлена неспецифическая условно-патогенная и специфическая микрофлора. Бактериоскопический метод в 74% сл. выявил повышенный уровень лейкоцитов в мазках на флору. Посев из цервикального канала на флору у этих пациенток показал, что наиболее часто в обеих группах была высеяна E.coli (73%), как условно-патогенная флора в клинически выраженном титре. На втором месте – Streptococcus agalactiae (38,9%) и на третьем – Enterococcus faecalis (21,9%). Уреаплазменная (титр более 106 ст.) и микоплазменная инфекции (титр более 105 ст.) определялась у 49% пациенток, причем чаще в 1 гр. (69,6%). Однако не все обследования в группе ретроспективного анализа были выполнены в 100% сл. В амбулаторных картах среди обследованных на M.genitalium, в 1 гр.она была обнаружена у 62,5% больных, во 2 гр. в 37,5%, что значительно реже. Трихомониаз был выявлен у 24% женщин (120 сл.), причем в 1 гр. в 2,6 раз чаще. Хламидиоз обнаружен в 12% сл., превалируя во 2-й гр. (61,7%). При обследовании на ВПЧ высокого онкогенного риска женщин 1-й группы в 82% обнаружены 16/18 и 31/32 типы. При цитологическом исследовании мазков нормальная цитологическая картина выявлена у 39,7% обследованных, у 60,4% цитология соответствовала воспалительным изменениям.

При проведении КС у всех пациенток определялись признаки хронического воспалительного процесса, слабо выраженный неровный рельеф поверхности шейки матки, распространенная крапчатость йоднегативных и йодпозитивных участков при пробе Шиллера. Стык эпителиев располагался на экзоцервиксе в 100% сл. В 100% сл. определялась эктопия ЦЭ на фоне хронического экзоцервицита, которая в 54% занимала 1 зону, в 45,8% 1–2 зоны, в 0,2% 1–2–3 зоны. ЗЖ определялись в 20,2%, ОЖ – в 19,8%. У 12 (5,2%) женщин 1-й группы при осмотре экзоцервикса в зоне трансформации и за ее пределами были зарегистрированы участки неправильной формы, которые после обработки 3% уксусом приобретали характер грубых ацето-белых участков, здесь же выявлялся ацетобелый эпителий с грубой пунктацией. При пробе Шиллера выявленные участки становились йод-негативными (и были расценены специалистом как плоские кондиломы). В остальных случаях выявлены участки ацетобелого эпителия с нежной мозаикой (43,5%)

и нежной пунктацией (27%). В 24,3% (56 сл.) выявлено неравномерное распределение раствора Люголя. При гистологическом исследовании биоптата в 100% описан хронический цервицит и эктопия с участками зрелой и незрелой плоскоклеточной метаплазии. Причем в 1-й группе хронический цервицит в 100% сл. сопровождался реактивными изменениями в виде акантоза и паракератоза.

Таким образом, все женщины с данной патологией шейки матки (хроническим экзоцервицитом с эктопией цилиндрического эпителия) имели в анамнезе: по несколько половых партнеров, не использовали барьерные методы контрацепции, 80% из них не состояли в регистрированных или гражданских брачных отношениях, имели большой процент прерываний беременности, часто использовали влагалищные тампоны, имели высокий уровень выделенной условно-патогенной микрофлоры. Обращает на себя внимание значительный уд. вес сочетания данной патологии с ВПЧ инфекцией (46%).

КЕРАТОЗ ШЕЙКИ МАТКИ И ПРЕДРАКОВЫЕ ПРОЦЕССЫ

Мингалёва Н.В., Метелёва Н.С., Абрамашвили Ю.Г., Топорова Л.А., Мякотных О.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

На сегодняшний день заболевания шейки матки (ШМ) остаются одной из актуальных проблем в связи с высоким риском онкопатологии. По прогнозам ВОЗ, число случаев смерти от рака ШМ может увеличиться до 435 тыс. в 2030г. (Семенов Д.М, 2008). Реальной профилактикой рака ШМ является своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний. В этой связи важную роль играет актуальность изучения диагностических и лечебных аспектов кератоза (лейкоплакии) (Прилепская В.Н. 2000). По сути лейкоплакия (Л) до сих пор не определена в рамках четких морфологических критериев. Так, процесс кератоза может сопровождать воспалительный процесс, дисплазию, а также преивазивную и микроинвазивную карциному (Бебнева Т.Н., 2008). Одним из дискуссионных остается вопрос о доброкачественности течения этого состояния. По данным Я.Б. Бохмана (1976) лейкоплакия (Л) была отнесена в группу фоновых процессов. Согласно исследованиям И.А. Яковлевой и Б.Г. Кукутэ (1977) «простую лейкоплакию» относили к фоновым процессам, а Л ШМ с атипией – к предраковым. В зарубежной литературе термин «лейкоплакия» применительно к ШМ в последнее время практически не использовался, в т.ч. и при кольпоскопическом (КС) описании, в то время как для Л другой локализации (вульвы и др.) данный термин использовался широко (Прилепская В.Н., 2000). Л без клеточной атипии («простую») зарубеж-

ные исследователи относили к гипер- и паракератозу [Bocze P., Luesley D.M., 2003, Wright V.C., 2004), а Л с атипизмом дисплазии – к CIN (Прилепская В.Н., 2000]. Гипер– и паракератоз в отечественной литературе описан как морфологический диагноз (Бебнева Т.Н., 2008). «Лейкоплакия» вновь введена в классификацию КС терминов, предложенную Номенклатурным Комитетом Международной Федерации по кольпоскопии и патологии ШМ и одобренную на 14 Всемирном Конгрессе IFCPC (2011, Рио-де-Жанейро, Бразилия).

Цель исследования: ретроспективная оценка частоты предраковых процессов у женщин обратившихся в ЖК, имеющих гистологически подтвержденный диагноз кератоза ШМ.

Результаты исследования: Проведен ретроспективный анализ 85 сл. кератоза (К) ШМ (всего 340 мед.документов) по гистоответу биопсии ШМ у пациенток женской консультации (ЖК) обратившихся в 2009 году. Морфологически кератоз на МПЭ был описан в 75% (из них на фоне хр.экзоцервицита (Хр.Экз) – в 31,4%, сопровождался паракератозом в 48% сл, CIN I сопутствовала в 14,5% сл., CINII – в 6%, CINIII – 1,5% сл.). К на фоне Хр.Экз с эктопией цилиндрического эпителия (ЭЦЭ) с зоной трансформации (ЗТ) по гистологии определен в 25%, из них с CIN I в 9%. Для анализа пациентки были разделены на соответствующие подгруппы. Исследование показало, что средний возраст женщин составил 42,5 года. Из них регулярно посещали врача ЖК только 43%. На момент обращения половой жизнью жили 86% пациенток, из них 75,4% использовали контрацепцию: презерватив – 30%, прерванный половой акт – 21%, гормональную – только 8,7%, ВМС – 15,7%). Не использовали контрацепцию 15,6% больных, а 9% – планировали беременность. Основная доля пациенток – это были рожавшие женщины: 40,4% рожали 1 раз, два раза – 24,6%, более 3-х – 3,5% и только 1/3 не рожали. Отмечена значительная доля прерываний беременности: 1 аборт – в 19,2%, 45,6% сделали 2–4 аборта, более 5 – 21%. Только 14,2% женщин не имели в анамнезе прерываний беременности. Самоаборт перенесли 7% пациенток. Обращает на себя внимание высокая частота в анамнезе гин. патологии. Так диагноз миомы поставлен в 35% сл.; аденомиоза в 12,3%; СПКЯ и фиброзно-кистозной мастопатии – по 10,5%; полип эндометрия ранее был излечен у 7% женщин. Большая доля женщин (72%) ранее получала лечение патологии ШМ методами аблации: диатермокоагуляция (32%), криодеструкция (16%) и лазеровапоризация (24%). Так по поводу «эрозии» ШМ ранее получали лечение 30% женщин, CIN I–II лечили 32% больных, выявлена и пролечена «лейкоплакия» ШМ в 9 сл. При проведении обследования наиболее часто был выявлен бак. вагиноз (80%), хламидиоз (16%), кандидоз (12%), трихомониаз (14%), но только в 18,8% карт присутствовало обследование на ВПЧ и в 5,6% сл. от общего числа пациенток методом количественного ПЦР определен ВПЧ высокоонкогенного риска. Обращает на себя внимание высокая частота Хр.Экз с ЭЦЭ (30%) ШМ. При первичном осмотре в зеркалах «лейкоплакия» клинически диагностирована только у 6%. Очаг поражения располагался на передней губе ШМ в I и II зонах (66%). По данным кольпоскопии (КС) уточнялся характер поражения, его размеры и выраженность проявлений. У 48% выяв-

лен Хр.Экз. Граница эпителиев была на уровне наружного зева в 69,4% сл, на экзоцервиксе – в 29,4%, определялась не полностью в 1,2%. Открытые протоки желез выявлены на ЗТ в 23,6% сл., на МПЭ в 54%, наботовы кисты в ЗТ – в 17,3%, на МПЭ – в 5% сл. После обработки 3% уксусом в 100% по протоколам КС выявлены аномальные КС признаки различной степени выраженности, основная доля из них которых выявлена на ЗТ (68%): очаги ацетобелого эпителия (100%) мозаика (35%), пунктации (21%), атипические сосуды (5%). Проба Шиллера в 100% сл. в описанных участках йодотрицательна. В основном (68%) описанные КС картины распространялись на переднюю и заднюю губу ШМ, в 27% изменения были только на передней губе. Чаще (89%) очаг поражения располагался в I и II зонах одновременно, только I зона была поражена в 3% сл., включая III зону – в 9%. Наличие ВПЧ в гистологических заключениях морфологами к сожалению не были описаны. Прицельная биопсия ШМ, произведенная после санации (100% сл.), показала, что по данным гистоисследования морфологические изменения, включая кератоз без атипии, определены у 76% женщин, CIN с наличием кератоза определялся в 24% (с CIN I – у 16%; с CIN II – у 7%; с CIN III – у 1%).

Таким образом, ретроспективный анализ случаев патологии ШМ с наличием кератоза по результатам гистоисследования, выявил высокую долю: родов, абортов, перенесенной и сопутствующей гинекологической патологии (в т.ч. дисбиотических состояний влагалища, воспалительных заболеваний, миомы, мастопатии, ИППП). Обращает на себя внимание, что почти у 1/3 больных выявлена CIN различной степени тяжести, что показывает крайнюю актуальность и необходимость изучения данной проблемы.

ИНГИБИТОРЫ АРОМАТАЗЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Молотков А.С., Ярмолинская М.И., Беженарь В.Ф.

ФГБУ «НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Комбинированное лечение наружного генитального эндометриоза (НГЭ), включающее оперативное вмешательство с последующей гормональной терапией, на сегодняшний день представляется наиболее целесообразным. Хирургическое лечение направлено на максимальное радикальное удаление очагов эндометриоза и, как правило, выполняется лапароскопическим доступом. Выбор препаратов для гормональной терапии, а также длительность ее применения остается дискуссионной. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) являются одними из наиболее эффективных, однако, рецидивы заболевания после и во время терапии дан-

ными препаратами не являются редкостью, а наличие противопоказаний у ряда пациенток может ограничивать их применение. Вышеперечисленным обусловлен активный поиск новых эффективных и безопасных препаратов для лечения НГЭ.

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности применения и выраженности побочных эффектов ингибиторов ароматазы в комбинированном лечении больных НГЭ. **Материалы и методы.** В ходе работы были обследованы и получили комбинированное лечение 50 пациенток в возрасте от 22 до 43 лет (средний возраст составил 33,7±1,7 года). Хронические тазовые боли отмечены у 60% больных, диспареуния наблюдалась в 18% случаев. У 50% больных отмечено бесплодие, длительность которого варьировала от 1 до 18 лет (средняя продолжительность – 5,1±1,3 года).

В анамнезе у 88% больных отмечены оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, из них у 70,5% пациенток – по поводу НГЭ. Отмечено, что 40,0% больных НГЭ ранее получали аГнРГ, из них 35,0% женщин – неоднократные курсы (от 2 до 4-х). Общая продолжительность лечения аГнРГ составила от 3 до 18 месяцев.

Всем больным выполнялись операции лапароскопическим доступом: у 30% больных эндометриоз был обнаружен впервые, в 70% случаев выявлен рецидив НГЭ; длительность безрецидивного периода составила от 0,5 до 14 лет. Распространенность НГЭ была оценена по шкале R-AFS от 2 до 150 баллов (средний балл – 81,3±13,8). У 80% больных выявлен распространенный НГЭ (III и IV ст.). Эндометриоидные гетеротопии обнаружены при оперативном вмешательстве в 76% случаев, эндометриоидные кисты были выявлены у 74% пациенток. Позадишеечный эндометриоидный инфильтрат обнаружен в 40,0% случаев. У 4% пациенток отмечен эндометриоз сигмовидной кишки. Спаечная болезнь органов малого таза наблюдалась в 80,0%. Баллы спаечной болезни по R-AFS составили от 8 до 64 (средний балл – 45,9±8,5). Для оценки овариального резерва перед назначением терапии пациенткам определялись уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и антимюллерова гормона (АМГ) в крови на 2–3 дни менструального цикла. Значения АМГ варьировали от 0,02 до 2,4 нг/мл, среднее значение составило 0,66±0,17 нг/мл. На основании обследования у 66% пациенток отмечен сниженный овариальный резерв, из них гипергонадотропная недостаточность яичников наблюдалась в 34% случаев.

Полученные результаты. В послеоперационном периоде пациенткам были назначены ингибиторы ароматазы (летрозол 2,5 мг в день per os) на фоне приема прогестагенов из группы производных 19-нортестостерона (оргаметрил 5 мг по 1 таблетке 2 раза в день per os) в непрерывном режиме на срок от 4 до 6 месяцев. Показаниями к назначению ингибиторов ароматазы явились подтвержденный лапароскопически НГЭ в сочетании с неэффективностью терапии аГнРГ в анамнезе и/или сниженный овариальный резерв.

На фоне проводимой терапии болевой синдром отсутствовал у всех пациенток, следует отметить, что у данных больных на фоне ранее проводимой терапии аГнРГ болевой синдром наблюдался у 20% пациенток. Ни у одной

больной не было получено данных за рецидив НГЭ по результатам объективного и лабораторного обследований, УЗИ органов малого таза. Контрольная лапароскопия выполнена в 4% случаев – был подтвержден регресс эндометриоидных очагов на фоне терапии. Из побочных эффектов терапии наиболее часто наблюдались мажущие кровянистые выделения из половых путей (у 26% больных) и угревая сыпь (у 6% женщин), преимущественно локализовавшаяся на лице и спине. На фоне терапии 8% женщин отмечали невыраженные приливы до 5 раз в сутки; причем у данных пациенток была выявлена гипергонадотропная недостаточность функции яичников до начала терапии. После окончания лечения ингибиторами ароматазы у 14,7% больных с бесплодием, распространенным НГЭ и неоднократными курсами неэффективной гормональной терапии в анамнезе наступила беременность.

Заключение. Согласно полученным результатам комбинированное лечение НГЭ с применением ингибиторов ароматазы является эффективным и переносится значительно лучше, чем терапия аГнРГ. Положительным также является пероральная форма приема и возможность коррекции дозировки препаратов. Представляется актуальным дальнейшее изучение эффективности данной группы препаратов в терапии НГЭ, а так же оценка отдаленных результатов и подбор наиболее рациональных схем лечения.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ У ЖЕНЩИН С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Морева Ж.Г, Васильев М.М.

Ивановская государственная медицинская академия, Россия
ГНЦ дерматовенерологии и косметологии Росмедтехнологий, Москва, Россия

Влагалищные трихомонады являются возбудителями инфекций слизистых оболочек мочеполовых органов. Однако известно протекание патологического процесса при трихомониазе вне урогенитального тракта. Трихомониаз, своевременно не диагностированный, может локализоваться в экземоподобный рак соска молочной железы – рак Педжета с прогрессированием на эпителии млечных протоков (Б.В. Клименко, 2001). Ученые El-Gayar, 2007 и др. отмечают особую роль Trichomonas vaginalis среди возбудителей, передающихся половым путем, в развитии цервикальной интраэпителиальной неоплазии. В упомянутых случаях описывается инвазивный трихомониаз, при котором возможно распространение трихомонад через кровь. Инвазии возбудителя, в частности и T.vaginalis, в кровь способствует снижение иммунного статуса макроорганизма, что особенно проявляется на фоне онкопатологии.

Проникновение трихомонад в несвойственный биотоп – в кровь сопровождается изменениями в системе гемостаза.

Цель работы: исследовать кровь на наличие T.vaginalis и определить основные гематологические показатели у больных с онкопатологией, характеризующие возможность инвазии трихомонад в кровь.

Материал и методы. Обследовано 55 женщин в возрасте от 22 до 78 лет (средний возраст–54,70 года), из них 33 женщины с онкогинекологией и 22 пациентки с заболеванием дольковый и протоковый рак молочных желез. У 36,40% больных с онкогинекологией диагностирован рак яичников, у 27,30% онкопациенток – рак тела матки, у 12,10% онкобольных – рак цервикального канала, у 9,10% онкобольных выявлена миома матки вместе с эндометриозом миометрия, полипом цервикального канала, у 9,10% онкобольных диагностирован рак шейки матки, у 3% онкопациенток – рак вульвы, у 3% онкопациенток диагностирована злокачественная опухоль забрюшинного пространства с метастазами в яичник. У больных диагноз рака сочетался с основной сопутствующей патологией – с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. В группу контроля вошли 40 здоровых женщин в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст – 20,10 лет). У всех больных был диагностирован мочеполовой трихомониаз с использованием микроскопического и культурального методов. Основные гематологические показатели определяли по общепринятым методам.

У онкобольных на фоне химиотерапии и гаммaтерапии наблюдали инвазивный трихомониаз с обнаружением возбудителя в периферической крови. При микроскопии крови влагалищные трихомонады трудно отличить от форменных элементов крови. Поэтому, чтобы выделить трихомонады из крови, разработали методику ферментативного гемолиза клеток крови с использованием 1%-х растворов ферментов пепсина и трипсина и последующего микроскопического и культурального исследования гемолизированного осадка. Нативную и гемолизированную кровь, культуры трихомонад, полученные из крови, исследовали методом непрямой реакции иммунофлюоресценции (нРИФ), ПЦР. При микроскопии гемолизированной крови и в культурах, полученных из крови, определялись трихомонады нетипичной морфологии. Только в 29,27% случаев при первичном посеве гемолизированной крови в выделенных чистых культурах трихомонад наблюдались типичные подвижные формы T. vaginalis. Методом нРИФ трихомонады были выделены у 74,55% онкопациенток, при этом у 29,09% обследованных методом нРИФ в крови обнаруживалось в среднем 7,2 клеток трихомонад в поле зрения (п/з), а в остальных случаях обнаруживались единичные клетки возбудителя. В контрольной группе обследованных трихомонады не выявлялись. Инвазивный трихомониаз наблюдался на фоне изменения гематологических показателей: средний показатель гемоглобина составил 119,16 г/л; количество эритроцитов составило $3,86*10^{12}$/л; количество лейкоцитов составило $6,72*10^{9}$/л; показатель СОЭ составил 24,16 мм/ч; нейтрофилы палочкоядерные составили 1,8%; нейтрофилы сегментоядерные – 66,07%; эозинофилы – 2,0%; лимфоциты – 23,87%; моноциты – 6,25%. При анализе основных гема-

тологических показателей относительно границ нормы установлено, что у 47,27% больных наблюдалось снижение количества гемоглобина; у 52,72% женщин наблюдалась анемия, у 30,91% женщин выявлены изменения эритроцитов в виде анизоцитоза, пойкилоцитоза и анизохромии; у 30,91% больных наблюдался лейкоцитоз; у 72,72% больных выявлено повышение СОЭ; у 38,18% пациенток выявлено снижение количества лимфоцитов.

Проведенные исследования показывают на возможность протекания урогенитального трихомониаза в виде паразитемии у онкологических больных. Под паразитемией в данном случае следует понимать возможность проникновения трихомонад в кровь, но не проявление сепсиса. Проникновение трихомонад в кровь из первичного очага инфекции возможно при снижении показателей красного кровяного ростка относительно нормы, снижении количества лимфоцитов и увеличении показателей лейкоцитарного звена, что определяется патологическим воздействием опухоли и проводимой терапией. Не исключается и дополнительное иммуносупрессивное воздействие эндотоксина и ферментов агрессии трихомонад на клетки крови. Ферментативный гемолиз клеток крови с последующей идентификацией возбудителя комплексом лабораторных методов позволяет выделять трихомонады из крови.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Московкина А.В., Пузикова О.З., Линде В.А., Ермолова Н.В., Морозова Н.В., Рыбинская Н.П., Педошенко В.Н., Черепанов О.А.

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздравсоцразвития России

Проявление синдрома гиперандрогении (СГА) наблюдается на протяжении всей жизни женщины, однако его манифестация в большинстве случаев происходит в периоде полового созревания. Врачами часто недооцениваются различные факторы риска развития данного заболевания, одним из которых является психоэмоциональный стресс. Последний является наиболее частым патогенетическим фактором нарушения центральных механизмов регуляции и, как следствие, рассогласованности гормональной секреции в репродуктивной системе.

Цель. Изучение гормональной секреции у девочек-подростков с клиническими проявлениями гиперандрогении на фоне мягкого эмоционального стресса.

Материал и методы. В исследование были включены 84 пациентки в возрасте 14–17 лет. Основную группу составили 64 девочки-подростка с различными клиническими проявлениями СГА (акне, гирсутизм различной степени тяжести) и нарушениями менструального цикла, преимущественно, по типу олигоменореи. В контрольную группу вошли 20 обследуемых с нормальным менструальным циклом и без клинических проявлений гиперандрогении. Реакцию гипофизарно-яичниковой и гипофизарно-адреналовой системы на стресс оценивали по уровню стимулированных в результате мягкого эмоционального стресса (выполнение арифметического задания при ограничении времени в условиях публичной аудитории) показателей лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), эстрадиола (Э2), пролактина, свободного тестостерона (Тс), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-С), 17-гидроксипрогестерона (17-ГОП), глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС), в сыворотке крови на 4–5 день менструального цикла методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа.

В результате оценки исходных показателей гормонов плазмы крови в группе пациенток с гиперандрогенией было выявлено достоверное повышение по сравнению с контрольной группой концентрации 17-ГОП ($p=0,034$), ДГЭА-С ($p=0,041$), Тс ($p=0,057$), а также снижение уровня ГСПС ($p=0,022$), подтверждавшее усиление продукции всех исследуемых андрогенов в основной группе больных. Показатели постстрессорных значений андрогенов в основной группе больных свидетельствовали о достоверном повышении их концентрации по сравнению с соответствующими показателями в группе контроля. Так у пациенток с СГА уровень 17-ГОП в ответ на стресс превышал соответствующие показатели в контрольной группе в 1,2 раза, ДГЭА-С – в 1,4 раза, а свободного тестостерона в 1,3 раза ($p=0,051$, $p=0,038$, $p=0,022$, соответственно).

Исследование показателей базальной концентрации гормонов гипофиза и периферических стероидов в плазме крови показало, что у пациенток основной группы исходные значения ЛГ и пролактина были достоверно выше, чем в контрольной группе ($p=0,037$ и $p=0,042$, соответственно). Выброс ЛГ у девочек-подростков с СГА в ответ на стресс был достоверно выше, чем в группе здоровых подростков ($p=0,051$). У пациенток с СГА повышение постстрессорных значений ЛГ по сравнению с базальными показателями, возрастало более чем в 2 раза ($p=0,047$), тогда как в группе контроля отмечалось незначительное (менее чем в 0,8 раза) увеличение данного показателя. Достоверных различий в показателях постстрессорного ФСГ выявлено не было. Уровень пролактина после стимулированного стресса в основной группе обследуемых также был достоверно выше, чем в группе здоровых девочек ($p=0,035$). Увеличение пролактина более чем в 1,5 раза в ответ на стресс отмечалось у большинства девочек-подростков с СГА ($p=0,024$), тогда как в контрольной группе значимых различий между базальными и постстрессовыми показателями гормонов не регистрировались. Примечателен тот факт, что у подавляющего большинства пациенток с СГА (80,2%), имеющих выраженную реакцию на стресс, был выявлен высо-

кий уровень личностной тревожности, что свидетельствовало о возможной их конституциональной предрасположенности к повышенной реактивности нейроэндокринной системы на стресс.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об усилении нейрогормональной реакции на психоэмоциональный стресс в группе пациенток с гиперандрогенией по сравнению со здоровыми подростками, приводящей к повышению продукции всех фракций андрогенов, прежде всего адреналового происхождения. Следовательно, хронический стресс, даже небольшой силы, особенно в условиях растущего организма, может явиться неблагоприятным фоном для усугубления имеющихся нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-надпочечники, а также инициирующим фактором для развития патологических состояний репродуктивной сферы, в частности, овариальной дисфункции. Воздействие сильного и/или продолжительного стресса способно привести к гиперактивации системы ответа на стресс, нарушению механизма отрицательной обратной глюкокортикостероидной связи, и, в конечном итоге, усилению андрогенных влияний на организм подростка.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

Московкина А.В., Пузикова О.З., Линде В.А., Рыбинская Н.П., Бочарова Р.И., Бородовская И.Д., Латкина М.Л., Барвенко Л.П.

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздравсоцразвития России

Интерес ученых и клиницистов самых различных специальностей к проблеме гиперандрогении не иссякает. У большинства пациенток эта патология манифестирует в период пубертата, когда организм подростка особенно уязвим к воздействию негативных факторов, как в соматическом, так и в психоэмоциональном аспекте.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение особенностей психо-эмоционального фона у девочек-подростков с синдромом гиперандрогении (СГА).

В исследование были включены пациентки в возрасте 14–17 лет. Основную группу составили 62 пациентки с нерегулярным менструальным циклом и различными клиническими проявлениями СГА (акне, гирсутизм различной степени тяжести). В контрольную группу вошли 20 девочек-подростков с нормальным менструальным циклом и без клинических проявлений гиперандрогении.

Для изучения особенностей психоэмоциальной сферы у обследуемых анализировалась частота встречаемости субклинической депрессии с помощью шкалы депрессии НИИ им. Бехтерева. Для определения уровня реактивной (ситуационной) и личностной тревожности у обследуемых девочек-подростков использовался опросник Ч. Спилбергера, адаптированный Ханиным Ю.Л. Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности – ситуационной тревожности (как состояния) и личностной тревожности (как характеристики человека).

В результате опроса обследуемых у 20,9% девочек-подростков с синдромом гиперандрогении отмечались признаки легкой депрессии (уровень по шкале от 50 до 59 баллов). Среди пациенток контрольной группы подобных депрессивных состояний зарегистрировано не было (p=0,051). Согласно данным проведенного исследования у 45,1% пациенток с синдромом гиперандрогении было выявлена высокая личностная тревожность, тогда как в группе контроля ее частота составила только 5,0% (p=0,012). Низкий уровень личностной тревожности (менее 30 баллов) регистрировался у 6,5% девочек-подростков основной группы, тогда как в группе здоровых девочек низкая тревожность имела место у 30% обследуемых (p=0,027). Различий в частоте ситуационной тревожности в основной и контрольной группе установлено не было.

Таким образом, при СГА признаки психоэмоциональных нарушений выявлялись достоверно чаще, чем у девочек без проявлений гиперандрогении. Достаточно высокий уровень личностной тревожности у большинства пациенток с СГА по результатам теста Ч.Спилбергера свидетельствует об их конституциональных особенностях рассматривать любую ситуацию как потенциальную угрозу своему благополучию. Поэтому, эти дети более подвержены влиянию стресса и склонны переживать негативные эмоции в связи с различными трудностями гораздо острее, чем дети с низким уровнем тревоги. Следовательно, пациентки основной группы более подвержены влиянию стресса, чем девочки-подростки без проявлений гиперандрогении. Поскольку морфологическим субстратом образования и проявления эмоций являются определенные структуры лимбико-ретикулярного комплекса, то можно рассуждать о большей исходной их уязвимости у определенной части детей в силу конституциональных особенностей или большего количества перенесенных жизненных стрессорных событий. Возможным патогенетическим механизмом развития данных процессов является избыточная активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у данной категории лиц и, следовательно, повышение продукции адреналовых андрогенов, которые являются преобладающими в пре- и раннем пубертатном периоде. Можно обсуждать наличие некоего врожденного эндофенотипа, способствующего развитию вышеотмеченных психоэмоциональных особенностей, и приводящего к более выраженному проявлению цепи гормональных событий, связанных с действием андрогенов.

ДАННЫЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Нужнов С.Г., Канаева Е.Ю.

Медицинский центр ООО «Клиника репродуктивной медицины», Челябинск, Россия

В настоящее время с целью фармакологической коррекции миомы матки в основном используются гормональные препараты. Однако, несмотря на клинический эффект гормональной терапии, длительное ее применение ограничено из-за риска развития побочных эффектов. В некоторых случаях побочные эффекты данной терапии настолько существенно нарушают качество жизни (КЖ), что больная готова предпочесть им возобновление симптомов исходного заболевания. Улучшение показателей КЖ остается главной целью при лечении пациенток с миомой матки. КЖ определяется как совокупная характеристика физического и психологического функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. Важность оценки КЖ как критерия результативности лечения была осознана лишь в последние десятилетия, что сделало изучение этого показателя одной из важных задач современной медицины.

Сравнить динамику показателей качества жизни у женщин с миомой матки репродуктивного возраста на фоне гормональной терапии.

Обследовано 55 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Критериями включения в исследования были пациентки с наличием миомы матки в репродуктивном возрасте и отказ от оперативного лечения. Критерии исключения – возраст женщин старше 45 лет и наличие противопоказаний к гормональному лечению. Были выделены две группы: I группа – 28 пациенток, которые получали гормональное лечение (агонисты гонадотропных рилизинг-гормонов (аГнРГ) в непрерывном режиме в течение 3–6 месяцев); II группа включала 27 женщин, которым не проводилось лечение (отказ пациенток и отсутствие материальных возможностей для терапии). Для оценки КЖ мы применяли стандартизированный общий опросник: SF-36, который состоит из 36 вопросов и содержит 8 шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большое количество баллов соответствует более высокому КЖ. Перечисленные выше шкалы группируются в два основных показателя: физический компонент здоровья (Physical Health – PH) и психологический компонент здоровья (Mental Health – MH). Данный опросник заполнялся при первом обращении, через 3, 6 и 12 месяцев после начала обследования.

По данным общего опросника SF-36 у женщин было выявлено в I группе – улучшение физического функционирования – с 83,8±17,2 до 86,8±21,3 баллов (p<0,05); ролевого физического функционирования – с 69,1±42,0 до 76,8±36,0 баллов (p<0,05); социального функционирования – с 75,7±24,0 до 75,9±23,7 баллов (p<0,01). Шкалы боли – с 74,0±27,0 до 68,6±30,3 баллов (p<0,01); общего здоровья – с 69,2±15,7 до 66,0±16,4 баллов; жизнеспособности – с 59,1±18,6 до 56,4±23,7 баллов (p<0,01); ролевого эмоционального функционирования – с 66,7±40,8 до 57,1±42,2 баллов (p<0,05) и психического здоровья – с 61,4±22,0 до 60,9±19,4 баллов (p<0,05) ухудшились к 12 месяцам. На основе первых четырех показателей был рассчитан физический компонент здоровья (Physical Health – PH), который составил в I группе – с 49,7±8,2 до 51,3±7,7 баллов, а на основе последних четырех показателей был рассчитан психологический компонент здоровья (Mental Health – MH) – с 57,7±12,8 до 55,6±12,5 баллов (p<0,05). На фоне терапии у пациенток I группы наблюдалось прекращение менструальной функции, уменьшение болевого синдрома, ослабление или исчезновение дизурических явлений. Подавление функции яичников и наступление псевдоменопаузы сопровождалось рядом побочных симптомов, характерных для климактерического синдрома. Все побочные симптомы имели временный характер и проходили после отмены препаратов. В течение первых 3–6 месяцев лечения в I группе больных возникли некоторые побочные явления. У 64,3% женщин появились выраженные ощущения «приливов», других – 21,4% беспокоила головная боль, у 14,3% пациенток было отмечено увеличение массы тела и у 3,6% возникла тошнота. Во II группе показало снижение физического функционирования – с 87,6±11,4 до 83,1±15,6 баллов (p<0,05); ролевого физического функционирования – с 82,6±24,3 до 75,0±29,9 баллов (p<0,01); боли – с 77,3±20,0 до 65,8±28,5 баллов (p<0,05); общего здоровья – с 63,8±17,4 до 62,4±19,4 баллов; ролевого эмоционального функционирования – с 72,5±25,9 до 70,8±37,5 баллов; PH – с 52,0±5,2 до 49,0±6,6 баллов (p<0,05). Улучшение показателей жизнеспособности – с 67,2±15,1 до 68,1±15,8 баллов; социального функционирования – с 77,2±20,9 до 79,7±18,8 баллов (p<0,01); психического здоровья – с 64,9±16,4 до 65,5±11,7 баллов и MH – с 59,5±9,1 до 61,0±8,8 баллов.

Гормональное лечение приводит к повышению уровня физического комфорта женщин, сопровождается улучшением состояния пациенток и к ухудшению психологического компонента здоровья, связанного с большим количеством побочных эффектов и осложнений. Снижение же физического компонента здоровья показателей качества жизни женщин без лечения связано с симптомным течением и ростом миомы матки, но данные психологического компонента здоровья улучшились.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНО – ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Озолиня Л.А., Болдина Е.Б., Кашежева А.З.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, Москва

Тромбоз глубоких вен и связанные с ним осложнения (в первую очередь тромбоэмболия легочной артерии – ТЭЛА) относятся к наиболее распространенным и представляющим опасность для жизни пациентов заболеваниям системы кровообращения. Современная стратегия профилактики ТГВ предполагает комплексное воздействие на основные элементы системы регуляции агрегатного состояния крови – эндотелий сосудистой стенки, тромбоциты и плазменные факторы свертывания крови.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности проводимой профилактики ТГВ у гинекологических больных, готовящихся к оперативному лечению, для снижения риска развития ТЭЛА в послеоперационном периоде.

Задачи исследования: 1) разработать схему профилактики у больных с низким риском венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), 2) разработать схему профилактики данных осложнений у пациентов с умеренным и высоким риском развития ВТЭО.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили на базе поликлиники №68 ЦАО г. Москвы (гл. врач – к.м.н. Кашежева А.З.) Были обследованы 60 пациенток в возрасте от 30 до 50 лет с диагнозом: Миома матки. Гиперплазия эндометрия. Пациентки были разделены на 2 группы: 1) 30 больных с низким риском ВТЭО; 2) 30 больных с умеренным и высоким риском ВТЭО. Всем пациенткам проводили всестороннее клинико-лабораторное и инструментальное обследование, включающее определение гомоцистеина в крови и частоты носительства следующих тромбофилических мутаций: FV Leiden (ген фактора V), G20210A (ген протромбина), C677T (ген метилентетрагидрофолатредуктазы), 4G\5G в гене PAI-1 (ген ингибитора активатора плазминогена-1), G 29926C в гене THBS(ген тромбосподина-4), G10976A в гене фактора VII, C807T в гене GpIa (ген гликопротеина I), T1565C в гене GpIIIa (ген гликопротеина III). Так же всем пациентам проводилось ультразвуковое сканирование в сочетании с допплерографией малого таза и сосудов нижних конечностей. Всем больным для профилактики ВТЭО назначали неспецифические меры профилактики (эластическая компрессия нижних конечностей, ЛФК, диета, т.п.). У пациентов с умеренным и высоким риском развития ВТЭО

неспецифическая профилактика была дополнена специфической (антикоагулянты – низкомолекулярный гепарин и дезагреганты). В амбулаторных условиях пациенты, готовящиеся на операцию и имеющие гиперкоагуляцию и гиперагрегацию тромбоцитов (по данным коагулограммы и тромбоэластограммы), получали фраксипарин 0,3 мл п/к 1 раз в сутки в течение 3–7 дней. В дальнейшем, после выписки из стационара, где была проведена операция и также проводилась профилактика ВТЭО, всем пациенткам профилактические мероприятия были продолжены еще на 4–6 недель. Состав и длительность проводимой профилактики зависели от степени риска ВТЭО.

В результате проведенного исследования нам удалось избежать ВТЭО (в первую очередь тромбоэмболии легочной артерии) в послеоперационном периоде. На фоне проводимой профилактики кровоточивость во время операции не была повышена, средняя кровопотеря составила 175,4±13,2мл. Послеоперационный период протекал гладко, гематом в области операционного шва выявлено не было. На передней брюшной стенке, в местах инъекций фраксипарина, величина гематом не превышала 3х4 см, что является допустимым при антикоагулянтной терапии. Все пациентки в удовлетворительном состоянии были выписаны на 7–8 день после операции. В амбулаторных условиях, в течение 1–1,5 месяцев после операции пациентки низкого и умеренного риска продолжали дезагрегантную и неспецифическую терапию (в т.ч., использование компрессионного трикотажа), а пациентки высокого риска ВТЭО – также и антикоагулянтную терапию фраксипарином под динамическим амбулаторным наблюдением и лабораторным контролем. При наличии варикозной болезни пациенткам назначали препарат флебодиа 600 по 1 таб. в сутки сроком на 1 месяц. Также всем больным в послеоперационном периоде рекомендовали поливитаминный комплекс «Пентавит» и/или «Витрум кардио омега-3», содержащие витамины группы В, фолиевую кислоту, этиловые эфиры омега-3 кислот, что способствовало нормализации уровня гомоцистеина в крови и повышало эффективность дезагрегантной и антикоагулянтной терапии. За время наблюдения (в течение 2 месяцев после операции) у наших больных ВТЭО не констатировано.

В результате проведенного исследования мы пришли к выводу, что адекватная профилактика ВТЭО у гинекологических больных должна начинаться до операции амбулаторно, продолжена в стационаре (до и после операции) и возобновлена после их выписки, в амбулаторных условиях, до 1–1,5 месяцев. Рациональная профилактика позволяет избежать венозных тромбозов и тромбоэмболий, а также сохранить жизнь и здоровье пациентов.

ОЦЕНКА РЕЗЕРВОВ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Петров Ю.А.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Латентное течение и стертая клиническая симптоматика, неоднозначность интерпретации результатов различных методов верификации хронического эндометрита (ХЭ) в когортах, перенесших ранние репродуктивные потери, обусловливают гиподиагностику заболевания, усугубляя порочный круг невынашивания.

Цель: оценить эффективность дифференцированной патогенетической терапии макротипов ХЭ на основании анализа характера адаптационных реакций и типа иммунореактивности.

Материал и методы. 390 женщин с ранними репродуктивными потерями – неразвивающейся беременностью, самопроизвольным выкидышем, артифициальным абортом, неудачами ЭКО в анамнезе в интервале не более 6 месяцев от самого факта. Из них у 345 патоморфологически верифицирован ХЭ. Выделены гистероскопические макротипы, имеющие морфологическое подтверждение самостоятельного патогенетического варианта ХЭ – гиперпластический (33%), гипопластический (34,8%), смешанный (32,2%).

Комплексная реабилитационная терапия с учетом патогенетического варианта ХЭ и иммуномодулирующим компонентом (СКЕНАР-терапия, плазмаферез, УФО-крови) выполнена у 269 пациенток (68,9%), изолированная терапия, вне патогенетически дифференцированного подхода, – 67 (17,2%). От предложенных реабилитационных мероприятий отказались 54 пациентки (13,9%). На втором этапе в зависимости от патогенетического варианта ХЭ назначали заместительную гормональную терапию или фитоэстрогены, дюфастон, индинол.

Методы исследования: клинико-статистический анализ, гистероскопическое, патоморфологическое исследования (аспираты и биоптаты эндометрия), определение уровня эмбриотропных аутоантител методом «ЭЛИ-П-теста». До начала курса терапии и по ее завершении в мазке периферической крови подсчитывалась лейкоцитарная формула. Выполнена оценка уровня адаптации организма по методике Л.Х. Гаркави с соавт. (1990), определены типы реакций: тренировки (РТ), спокойной активации (РСА), повышенной активации (РПА), хронического стресса (РХС), реакция острого стресса (РОС).

Оценка изменчивости адаптационных реакций через месяц после завершения комплексной реабилитационной терапии (КРТ) показала наибольший прирост РСА в присутствие нормореактивности при гипопластическом макротипе ХЭ (с 16,9% до 56,6%); при смешанном – частота РСА достигла 68,2%.

Восстановление нормореактивности женщин сопровождалось сокращением встречаемости РПА и РТ: при гиперпластическом макротипе ХЭ – в полтора раза (6,7% и 26,7%, соответственно), гипопластическом – РТ – в полтора раза (с 46,7% до 27,7%), РПА – более чем в два раза (с 35,1% до 14,4%) ($p<0,05$).

Аномальная продукция эмбриотропных аутоантител отличала ряд женщин, несмотря на КРТ: при гиперпластическом макротипе ХЭ РПА регистрировалась у четверти гиперреактивных женщин (25%), эпизоды РХС встречались в полтора раза реже в сравнении с исходным значением (с 42,8% до 25%).

В когорте со смешанным вариантом ХЭ при гипореактивном ответе иммунной системы при исходном преобладании частоты агрессивных реакций (у половины (50%) – РОС, трети (33,3%) – РХС), спустя месяц наблюдали наибольшую частоту РПА (50%), тогда как на долю РТ и РСА приходилась четверть эпизодов (по 25%). При гипопластическом макротипе ХЭ при сниженной продукции эмбриотропных аутоантител половина пациенток отличалась РПА (50%), что превосходило исходный показатель практически в три раза (18,2%); у гипореактивных возросла встречаемость эпизодов РТ – практически в четыре раза (с 9,1% до 33,3%), РПА – в два раза (с 9,1% до 16,7%).

Изучена вариабельность адаптационных реакций по истечении месяца после частичного восстановительного курса терапии ХЭ. Нормореактивные пациентки со смешанным макротипом ХЭ отличались избыточным адаптационным реагированием – РПА и РХС (по 25%). Наиболее значимы отклонения при гиперреактивности – увеличение количества эпизодов РХС (практически в два раза) (с 11,1% до 22,2%), РТ (с 22,2% до 33,3%) в сравнении с исходными значениями.

По завершении курса частичных мероприятий оказалось, что, несмотря на нормореактивность при гиперпластическом макротипе ХЭ, частота РСА и РТ оказалась сопоставимой (по 33,3%) при исходно большем показателе РТ (66,7%). У гиперреактивных возросла частота негативных адаптационных реакций – в три раза – РХС (33,3%) и РПА (33,3%). Детализация динамики реакций в отсутствие КРТ указала на наибольшие изменения в когорте гиперреактивных за счет возрастания РПА – практически в полтора раза (с 28,6% до 37,5%) и РХС – в два раза (с 14,3% до 25%).

Заключение. Решение вопросов профилактики рецидивирования хронического эндометрита, сохранения и восстановления репродуктивного потенциала женщин заключается как в коррекции состояния иммунной системы с учетом реактивности, так и опосредуемых ею адаптационно-гомеостатических реакций.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ НА ФОНЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ И ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ

Петров Ю.А.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Большинство работ, посвященных анализу иммунной перестройки при хроническом эндометрите (ХЭ), не позволяет составить комплексного представления о проблеме ввиду фрагментарности и противоречивости данных. Исчерпывающая информация о вариантах иммунореактивности, определяемой по спектру эмбриотропных аутоантител методом ЭЛИ-П-теста при хроническом воспалении слизистой матки, отсутствует, тогда как участие этих белков в вопросах контроля эмбриогенеза, гестоза и невынашивания доказано рядом исследований.

Цель исследования: изучить вариабельность иммунореактивности в когортах с ранними репродуктивными потерями и гистологически верифицированным ХЭ до и после завершения различного объема реабилитационных мероприятий.

Контингент исследования – 390 женщин с ранними репродуктивными потерями – неразвивающейся беременностью, самопроизвольным выкидышем, артифициальным абортом, неудачами ЭКО в анамнезе в интервале не более 6 месяцев. Из них у 345 патоморфологически верифицирован ХЭ. Выделены гистероскопические макротипы, имеющие морфологическое подтверждение самостоятельного патогенетического варианта ХЭ – гиперпластический (33%), гипопластический (34,8%), смешанный (32,2%).

Комплексная реабилитационная терапия с учетом патогенетического варианта ХЭ и иммуномодулирующим компонентом (СКЕНАР-терапия, плазмаферез, УФО-крови) выполнена 269 пациенткам (68,9%), изолированная терапия, вне патогенетически дифференцированного подхода, – 67 (17,2%). От предложенных реабилитационных мероприятий отказались 54 пациентки (13,9%). С целью устранения аутоиммунной агрессии наряду со СКЭНАР-терапией использовали средства, составляющие основу комплексной противовоспалительной терапии (гоновакцина, пирогенал), с дефиброзирующим действием, осуществляли эрадикацию микробного возбудителя при его выявлении. На втором этапе – в зависимости от патогенетического варианта ХЭ: при гипопластическом макротипе – заместительная гормональная терапия или фитоэстрогены, при гиперпластическом – дюфастон, смешанном – индинол.

Методы исследования: клинико-статистический анализ, гистероскопическое, патоморфологическое исследования (аспираты и биоптаты эндо-

метрия), определение уровня эмбриотропных аутоантител методом «ЭЛИ-П-теста», комплексное микробиологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Оценка изменений иммунореактивности в динамике на фоне реабилитационной терапии показала, что в отношении гиперпластического макротипа ХЭ наблюдалась следующая динамика: к 7-м суткам после завершения реабилитационных мероприятий возросла частота нормореактивности – более чем в три раза (с 21,9% до 72,3%). Показатели встречаемости аномальной продукции эмбриотропных аутоантител значительно сократились – практически в два раза при гипореактивности (с 23,7% до 10,9%) ($p<0,05$) и более чем в три раза – при гиперреактивном ответе иммунной системы (с 54,4% до 16,8%). Дальнейшие изменения – по истечении месяца после окончания восстановительного курса демонстрировали сохранение благоприятной тенденции, причем количество гиперреактивных пациенток в сравнении с исходным показателем сократилось более чем в четыре раза (с 54,4% до 12,9%).

При смешанном макротипе ХЭ наибольшая динамика установлена для когорты с гиперреактивностью: сокращение подобных эпизодов регистрировалось с 39,6% до 16,2% к 7-му дню и достигло более чем трехкратной разницы (до 12,1%) – по истечении месяца. Метаморфозы в отношении нормореактивных пациенток оказались более стабильны, так как количество их возросло практически в три раза (с 24,3% до 67,7%) к 7-м суткам – при сопоставимом значении показателя после завершения лечения (70,7%). Аналогичная тенденция наблюдалась у пациенток со сниженной продукцией эмбриотропных аутоантител – их число сократилось вдвое – с 36% до 16,2% к 7-м суткам ($p<0,05$) и 17,2% – спустя 30 дней по окончании терапии ($p<0,05$).

Представительницы с гипопластическим вариантом ХЭ и гипореактивным типом иммунной системы отличались наибольшей динамикой показателя в ракурсе значимости реабилитационных мероприятий: при исходном типе иммунореактивности практически каждой второй (54,2%), по окончании восстановительного курса сроком спустя неделю их численность сократилась до 14,4% ($p<0,05$), месяца – только каждой десятой (10,8%) ($p<0,05$). Менее значительными оказались преобразования в когорте гиперреактивных пациенток – их количество снизилось практически в два раза (с 25,8% до 14,4%–13,5%). Прирост нормореактивности оказался идентичен показателям в остальных когортах – практически в три раза (с 20% до 75,7%).

Выводы: Таким образом, возрастание функциональных резервов организма на примере восстановления иммунореактивности подтверждает обоснованность дифференцированного подхода к лечению патогенетических вариантов ХЭ.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ С ОЦЕНКОЙ ЧАСТОТЫ ОВУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Покуль Л.В.[1], Чугунова Н.А.[2]

1 – Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер, Россия
2 – Федеральное государственное учреждение «Новороссийский медицинский центр» ФМБА, Россия

Функциональный резерв яичника, определяющийся его способностью к развитию и росту премордиального и лидирующего фолликула, имеет полиэтиологический базис. Овариальный резерв – многофункциональный показатель, зависящий как от физиологических составляющих женского организма, так и от патофизиологических факторов.

Цель исследования: Определить морфометрические предикторы рецидива и малигнизации пограничных опухолей яичников и оценить частоту овуляторных неиндуцированных менструальных циклов у больных с после органосохраняющих операций.

Результаты и их обсуждение: Обследовано и пролечено 187 больных с опухолями яичников, которые сформировали 3 группы наблюдения: две основные и группу сравнения. Группа I – (n=59) больные с серозными пограничными цистаденофибромами яичников, группа II – (n=47) больные с муцинозными пограничными цистаденофибромами яичников. Группа III (n=81) пациентки с доброкачественными цистаденофибромами и аденофибромами яичников. Морфометрический анализ стромы и паренхимы ОЯ проводился с использованием цифрового изображение при помощи микроскопа Leica Reichert Polivar 2 с план-объективом F1 APO 40x0,30, совмещенного с цифровой видеокамерой JVC разрешением 800x600 pixel. В автоматическом режиме «Measure Feature» в микропрепаратах, окрашенных гематоксилином и эозином. Морфометрия стромального компонента осуществлена на гистологических срезах, толщиной до 5 мкм, окрашенных пикрофуксином по методу ван Гизона, в 10 произвольных полях зрения на аналогичном оборудовании, с использованием автоматического режима «Measure Field» и «Measure Feature».

При морфометрическом анализе стромально-паренхиматозных взаимоотношений у пациенток всех групп наблюдения выявлены следующие особенности:

Площадь ядер клеток пограничных и доброкачественных цистаденофибром статистически достоверно отличаются между собой, коэффициент достоверности (p) составил 0,001. И при этом площадь ядер нарастает с ростом пролиферации и составляет в пограничных опухолях яичников – 26,7 мкм², тогда как площадь ядер в доброкачественных цистаденомах 19,4 мкм^2. Ядерно-цитоплазматическое взаимоотношение в группе I составляет 0,57 мкм^2, в группе II 0,54 мкм^2, что свидетельствует об отсутствии достоверных различий. Однако, это же параметр в группе сравнения III отмечен показателем 0,42 мкм^2, что достоверно отличается от основных групп. Различие отмечается и в параметрах эквивалентного диаметра ($p<0,01$): у больных в основных группах I и II суммарно – 5,5 мкм, а в группе сравнения – 4,3 мкм.

Обнаружены также статистические различия у больных между группами по параметру – площадь клетки: ($p<0,01$). В пограничных эпителиальных опухолях эти производные равны 59,3 мкм² – в группе I и 57,4 мкм^2 в группе II. Тогда как площадь клетки в доброкачественных опухолях составляет 46,3 мкм^2.

Объемная доля стромы в пограничных опухолях яичников достоверно меньше по соотношению к паренхиматозному компоненту ($p<0,05$). В пограничных эпителиальных опухолях объемная доля стромы – 34,8% суммарно по двум основным группам. При этом в группе сравнения III объемная доля стромы – 57,3%.

Данные морфометрические различия трактовались нами как факторы риска рецидива и малигнизации заболевания. При этом оценка овариального резерва с определением частоты овуляторных неиндуцированных менструальных циклов в оставшемся яичнике обнаружила следующее.

У больных группы I с серозными эпителиальными пограничными опухолями яичников и у больных группы II с муцинозными эпителиальными пограничными опухолями яичников (при условии проведенной ранее односторонней аднексэктомии и биопсии противоположного яичника), рост доминирующего фолликула в неиндуцированном цикле наблюдается в 2,4 раза чаще, чем у пациенток группы III с доброкачественными цистаденомами. При этом частота овуляций имеет прямо пропорциональную зависимость умеренной силы от объемной доли стромы яичника ($r=0,412$).

Выводы: Увеличение таких морфометрических показателей как ядерно-цитоплазматическое взаимоотношение, размер ядра, площадь клетки и снижение объемной доли стромы свидетельствуют о высоком риске малигнизации и рецидива пограничных опухолей яичников. Овариальный резерв в оставшемся яичнике сохраняется у пациенток всех групп, при этом наибольшее число овуляций характерно для респондентов с пограничными опухолями яичников.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ И KI 67 В ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Покуль Л.В.[1], Чугунова Н.А.[2]

1 – Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер, Россия
2 – Федеральное государственное учреждение «Новороссийский медицинский центр» ФМБА, Россия

Пограничные опухоли (ПО) занимают особое положение – промежуточное между доброкачественными и злокачественными и чаще протекают вполне благоприятно, но в ряде случаев могут распространяться имплантационно по серозным оболочкам и рецидивировать, а иногда даже метастазировать. Основной морфологической характеристикой данных новообразований является наличие железистой пролиферации без стромальной инвазии.

Цель исследования: изучить особенности экспрессии рецепторов эстрогеновых гормонов и маркера пролиферации Ki 67 в ткани пограничных опухолей опухолей яичников.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего исследования послужил операционный материал 187 случаев различных форм эпителиальных опухолей яичников (ОЯ) за период 2002–2010 годы. Выделены три группы наблюдения. В первую вошли 59 больных с серозными пограничными цистаденофибромами яичников, во вторую – 47 больных с муцинозными пограничными цистаденофибромами яичников. Группа III (n=81) сформирована из пациенток с доброкачественными цистаденофибромами и аденофибромами яичников. Средний возраст пациенток составил 32,04±0,52 (σ=7,16).

Всем больным проведена морфологическая оценка удаленного макропрепарата и иммуногистохимическая оценка экспрессии рецепторов стероидных эстрогенов гормонов и Ki 67 в ткани опухоли. Исследование экспрессии рецепторов α-эстрогенов, β-эстрогенов и Ki 67 с раздельной оценкой интенсивности и количества окрашенных клеток проведено с использованием моноклональных антител производства Dako, DBS,LabVision на парафиновых срезах по стандартной методике с предварительной демаскировкой антигенов в ЭДТА.

Результаты и их обсуждение: Обнаружена высокая экспрессия эстрогеновых рецепторов α и β (ЭРαβ) в серозных пограничных опухолях яичников ($M_{ср.гр\,I}$ = 9,69±0,28) у пациенток составивших группу I. У данной когорты пациентов в соответствии с ростом риска возникновения рецидива и малигнизации возрастала и реакция на эстрогеновые рецепторы. У больных группы

II с муцинозными пограничными опухолями яичников уровень экспрессии рецепторов стероидных гомонов был высоким, однако на достоверно меньшем уровне, чем у респондентов группы I: $M_{ср.\ гр\ II}$ = 7,12±0,13, т.е. t=9,14, p<0,001. В строме и гранулезе доброкачественных цистаденом яичника уровень суммарной экспрессии эстрогеновых рецепторов присутствовала, но находилась на минимальных пороговых уровнях, что рассматривалось как вариант нормальной экспрессии: $M_{ср.\ гр\ III}$ = 3,4±0,24.

Экспрессия Ki67 увеличивалась прямо пропорционально пролиферативной активности овариальных опухолей, со следующими особенностями: в серозных и муцинозных ПО уровень экспрессии составил суммарно 20%. При этом экспрессия Ki67 в группе сравнения достигала 7%.

Выводы: Таким образом, данные экспрессии рецепторов стероидных эстрогеновых гормонов и маркера пролиферации Ki 67 в тканях ПО свидетельствуют о преобладании пролиферативных изменений в тканях пограничных цистаденофибром по сравнению с доброкачественными эпителиальными опухолями без признаков атипии. При этом наибольшая экспрессия характерная для серозных пограничных опухолей яичника.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Портянникова Н.П.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Самара
ГБУЗ СОКБ №2, Самара, Россия

Актуальность. Климактерический синдром (КС) в пременопаузе, проявляющийся психоэмоциональными нарушениями, ухудшением настроения, возникновением депрессий, встречается у 16–31% женщин. Универсальными маркерами эстрогенного дефицита в перименопаузе принято считать вазомоторные и эмоционально-психические нарушения, проявляющиеся в виде КС различной выраженности (Сметник В.П. 2006 г., Samsioe G. 1998 г.). Патогенетически обоснованной терапией является применение ЗГТ. Но, к сожалению, у многих пациенток имеются противопоказания к назначению гормонотерапии, что заставляет искать альтернативные методы терапии.

Цель. Оценка лечебной эффективности препаратов из группы СИОЗС и из группы фитоэстрогенов у пациенток пременопаузального периода с КС.

Материалы и методы. Обследовано 110 женщин в пременопаузальном периоде, у которых в клинической картине ведущую роль играли психоэмоциональные и нейровегетативные расстройства. В зависимости от метода

лечения женщины с КС в пременопаузе были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, сопутствующим заболеваниям, степени и характеру выраженности психоэмоциональных проявлений: I группа – (n=55) получала препарат из группы СИОЗС (флуоксетин 20 мг утром) в течение 6 месяцев; II группа – (n=55) получала фитоэстрогены (БАД «Эстровэл» 1 таб. 2 раза в день) и физиотерапию также в течение 6 месяцев. Возраст пациенток составил 45–50 лет. Средний возраст пациенток I группы – 47,6±1,6; II – 47,4±1,7 лет.

Оценка эффективности проводилась с помощью анкетирования по следующим тестам: ММИ, HADS, шкала депрессии.

Результаты и их обсуждение: показатель ММИ в I группе до начала терапии был равен 34,6±3,8 балла, во II группе – 34,0±3,9 балла. На фоне терапии через 6 месяцев существенно снизились проявления КС по ММИ и средний балл составил в I группе 21,4±2,6 (уменьшение симптомов на 36,5%), во II – 21,0±3,2 (уменьшение симптомов на 33,4%). Тревожность по шкале HADS в I группе снизилась с 9,7±1,7 баллов до 4,4±1,2 (снизилась на 55,8%), депрессия – с 9,5±1,8 до 5,0±1,3 (снизилась на 49%). Во II группе тревожность до терапии составляла 8,9±1,8 балла, через 6 месяцев – 5,5±1,3 (снизилась на 48,1%).

По шкале депрессии до приема препарата в I группе средний балл составил 61,0±4,6 балла, после приема – 30,2±3,1 балла, т. е. снизился на 50%. Во II группе до начала терапии средний балл был равен 57,1±4,2, через 6 месяцев – 40,0±2,7 балла, т.е. снизился на 27,8%.

Следует отметить, что через 6 месяцев приема флуоксетина среднее значение ИМТ в I группе снизился с 28,2±2,1 до 27,8±1,7, что доказывает его анорексигенное воздействие. Во II группе ИМТ снизился с 27,6±1,9 до 27,5±1,7.

Заключение: в результате применения флуоксетина 20 мг в сутки или БАД «Эстровэл» с преформированными факторами у пациенток с КС в пременопаузе были отмечены достоверное улучшение психоэмоционального состояния, снижение ИМТ. Таким образом, данные виды терапии могут быть рекомендованы в качестве эффективных, альтернативных ЗГТ, методов купирования КС в пременопаузе при наличии психоэмоциональных нарушений.

РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЖЕНЩИН, ВСТУПАЮЩИХ В ПРОГРАММУ ВРТ

Порубова, Т.Ю. Пестрикова, С.Г. Зражевская, Е.А. Близнюк

ГБОУ Амурская ГМА, Россия

Бесплодный брак в настоящее время остается одной из важнейших медицинских, социальных, экономических и государственных проблем. Все боль-

шее распространение получает метод лечения бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Метод прошел длительную эволюцию. Однако, несмотря на большое количество, поистине революционных достижений в этой сфере, результативность лечения методом ЭКО колеблется от 20 до 60% и редко преодолевает рубеж в 30%. Подчас очень трудно ответить на вопрос, почему у некоторых пар имеются повторяющиеся неудачные попытки ЭКО. Существует очень важный фактор, от состояния которого зависят правильная нидация и дальнейшее развитие эмбриона. Это матка и её функциональный слой – эндометрий, с достаточным имплантационным потенциалом. Поскольку для успешного наступления беременности решающее значение имеет состояние эндометрия в 7–10 «постовуляторные» дни, особое внимание уделяют морфологической оценке эндометрия именно в этот период, часто называемый «окном имплантации». Кроме рутинного гистологического исследования соскобов и биоптатов в последние годы с разным успехом применялись многочисленные иммуногистохимические маркеры, в том числе Ki-67, PCNA, MUK1, LIF, MAG P27, циклин Е и другие. Особое место в этом ряду занимают показатели рецепции к стероидным гормонам, что находится в тесной связи с гормональным фоном и является отражением сложных и многофакторных процессов.

Целью нашего исследования явилось изучение экспрессии рецепторов стероидных гормонов эндометрия (экспрессия прогестероновых (ПР) и эстрогеновых (ЭР) рецепторов, иммуногистохимических маркеров) в период «окна имплантации» у пациенток с неэффективными попытками ЭКО в анамнезе для выбора оптимальной тактики подготовки.

Материалы и методы исследования: основную группу составили 20 женщин с трубно-перитонеальной формой бесплодия. Группа сравнения составили 20 женщин с наличием мутаций генов фолатного цикла и системы гемостаза (наследственные тромбофилии). В контрольную группу вошли 20 женщин с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и отсутствием нарушений в системе гемостаза. У всех женщин изучали уровень гормонов периферической крови методом ИФА: ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона, свободного тестостерона, ТТГ – по фазам менструального цикла. Инфекционный статус определялся на основании результатов ИФА с целью выявления специфических антител, исследования с помощью ПЦР слизи цервикального канала на ИППП и TORCH. Ткань эндометрия получали при выскабливании полости матки во время гистероскопии или при пайпель-аспирации в среднюю стадию фазы пролиферации (20–22 день). Иммуногистохимимческий анализ проводился с использованием моноклональных антител к маркерам: Ki67, PCNA, рецепторам к прогестерону и эстрогенам.

Результаты исследования: средний возраст обследуемых женщин составил 27,5±0,7 лет. Длительность бесплодия к моменту исследования у женщин основной группы составила 6,8±0,4 лет, контрольной – 5,4±0,2 лет. Значения уровней основных гормонов соответствовали норме, что указывало на отсутствие гормональных нарушений у женщин исследуемых групп.

В основной группе у 24% диагностирована хламидийная инфекция, у 69% уреаплазмоз. В контрольной группе – 11% и 15% соответственно. Всем женщинам было проведено специфическое лечение с учетом этиологического фактора. В группе сравнения сексуально-транссмисивных заболеваний не выявлено. При морфологическом исследовании в эндометрии женщин основной группы отмечалось преобладание очаговых лимфогистиоцитарных воспалительных инфильтратов различной степени выраженности. Очаговые инфильтраты располагались не только в базальном, но и во всех отделах функционального слоя. Воспалительные инфильтраты были представлены мононуклеарными клетками и состояли из лимфоцитов, плазмотических клеток, макрофогов. В группе сравнения преобладали изменения в стенках спиральных артерий эндометрия, усиление формирования сосудов капиллярного и синусоидного типа. В контрольной группе признаков воспалительного процесса выявлено не было, и морфологическая картина соответствовала ожидаемой фазе цикла. Оценка результатов иммуногистохимических маркеров и рецепторного аппарата позволила выявить следующие изменения. При анализе рецепции к стероидным гормонам, несмотря на значительную вариабельность показателей в основной группе отмечалось усиление экспрессии рецепторов к эстрогенам по сравнению с нормальным эндометрием. В количественном выражении экспрессия рецепторов к прогестерону обнаруживалась в меньшем числе клеток, чем экспрессия рецепторов к эстрогенам. В группе сравнения отмечено снижение экспрессии прогестероновых рецепторов. Анализируя процессы пролиферации в основной группе отмечалось усиление митотической активности клеток эпителия желез и стромы что было доказано при оценке экспрессии маркера пролиферации Ki-67 в этих структурах

Выводы: выявление факторов нарушения рецептивности эндометрия на этапе подготовки к беременности и программам ВРТ позволяет выделить группу женщин с неблагоприятным прогнозом для реализации репродуктивной функции. Комплексное морфологическое и иммуногистохимическое исследование эндометрия у пациенток с неэффективными попытками ЭКО в анамнезе позволяет дифференцированно подходить к целесообразному и эффективному назначению терапии для подготовки к ЭКО.

ОПТИМИЗАЦИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Прилепская В.Н., Стеняева Н.Н., Бебнева Т.Н., Аполихина И.А.

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва,

Цель: оптимизация медицинской помощи девушкам в ранний период после изнасилования.

Материалы и методы. За период 2009–2011 гг в ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» МЗСР России обратились 48 пациенток в возрасте от 15 до 19 лет, подвергшихся изнасилованию. Использовались клинические, лабораторный, экспериментально-психологический, статистический методы.

Результаты. Пациентки обращались на 2–3 день после изнасилования. С целью предупреждения беременности всем пациенткам назначался гормональный метод экстренной контрацепции, а в целях профилактики инфекций, передаваемых половым путем, – антибактериальные препараты. Все пациентки консультировались психотерапевтом. У 90% пациенток была выявлена аффективная реакция в виде выраженного эмоционального напряжения, эмоциональной лабильности, чувства обиды, утраты достоинства, униженности, страха за последствия. Психотерапевтическая помощь оказывалась в рамках краткосрочной когнитивной и поведенческой психотерапии в виде 1–7 сессий, была направлена на переработку негативных переживаний, адекватную оценку произошедшего, формирование адаптивной модели поведения. Эффективность профилактических мер оценивалась через 1 месяц после сексуального насилия. Ни у одной пациентки не наступила беременность и не зафиксировано ИППП. Побочные явления в виде тошноты, рвоты, головокружения встречались у 7 пациенток. Оценка психического состояния пациенток показала наличие у 10,4% из них депрессивной симптоматики в виде подавленного настроения, желания «скорее забыть о случившемся», чувства разочарования, идей самообвинения, утраты привычных интересов, нарушений сна, что потребовало дальнейшей психокоррекционной помощи.

Выводы. Перенесенное сексуальное насилие имеет существенные негативные последствия для соматического и психического здоровья подростков, приводя в отдаленном периоде к нарушению репродуктивной функции. В случае указания на сексуальное насилие необходимо проводить профилактику вероятной беременности, инфекций, передаваемых половым путем и коррекцию психоэмоционального состояния. Результаты исследования показали эффективность мультидисциплинарного подхода при оказании помощи жертвам сексуального насилия.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ – ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА

Пузикова О.З., Пицура Н.И., Московкина А.В., Филатова Э.А., Яковлева О.В., Квасова Е.А., Рыбинская Н.П., Василенко Г.И., В.А., Зенкина З.В.

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздравсоцразвития России

В последнее время синдрому гиперандрогении (СГА) адреналового генеза уделяется большое внимание в связи с широкой распространенностью данной патологии среди женщин репродуктивного возраста. Наличие СГА рассматривается как один из факторов бесплодия и риска ранних гестационных осложнений. В то же время в практике врача-эндокринолога часто приходится сталкиваться с недостаточной диагностикой данного нарушения и недооценкой необходимости проведения адекватной коррекции.

Целью нашего исследования явилось изучение результатов глюкокортикоидной терапии у женщин с клиническими проявлениями гиперандрогении, направленных на консультацию в связи с бесплодием.

В исследование были включены 82 женщины в возрасте от 20 до 30 лет, имеющих клинические проявления гиперандрогении и предъявляющие жалобы на отсутствие наступления беременности при регулярной половой жизни без контрацепции не менее года (от 1 до 6 лет). Пациентки были разделены на 2 группы: В первую группу вошли женщины с наличием регулярного менструального цикла (52 чел.), во вторую включены женщины с наличием олигоменореи (30 чел.). В каждой группе были выделены 2 подгруппы: а) пациентки, у которых ранее проводились программы стимуляции овуляции, и б) пациентки, у которых ранее не проводились программы стимуляции овуляции. Оценку функционального состояния гипофизарно-яичниковой и гипофизарно-адреналовой системы проводили путем исследования содержания лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), эстрадиола ($Э_2$), пролактина, общего и свободного тестостерона (Тс и $Тс_{св.}$), дегидроэпиандростерона (ДГЭА), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-С), 17-гидроксипрогестерона (17-ГОП), а также содержания антимюллеровского фактора (АМФ) в сыворотке крови на 4–5 день менструального цикла методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа.

В результате оценки исходных показателей гормонов плазмы крови в группе пациенток с гиперандрогенией было выявлено достоверное повышение по сравнению с референсными значениями концентрации 17-ГОП

(1,65±0,9 нг/мл, норма 0,1–0,8, ДГЕА (17,6±2,8 нг/мл, норма 1,3–9,8), ДГЭА-С (1,88±0,18 мкг/мл, норма 0,8–3,9), Тс (1,73±1,12 нмоль/л, норма 0,5–4,3) $Тс_{св}$ (3,09±1,27 пг/мл, норма 0–4,1), подтверждавшее усиление продукции всех исследуемых андрогенов в данной выборке больных. Исходные показатели 17-ГОП, ДГЕА, ДГЭА-С в 1-й группе больных были достоверно ниже, чем во 2-й (p=0,045, p=0,023, p=0,035, соответственно), в то время как уровни общего и свободного тестостерона существенно не различались (p≥0,05), что свидетельствовало о существенном вкладе андрогенов адреналового происхождения, в формирование овариальной дисфункции. Показатели АМФ были повышенными в обеих группах (8,6±2,5 нг/мл во 2 группе и 5,4±2,7 нг/мл в 1 группе, p=0,032), при этом в подруппах Б уровень АМФ был несколько ниже, чем в подгруппах А (3,6±2,9 нг/мл во 2Б подгруппе, p=0,021, и 2,7±1,9 нг/мл в 1Б подгруппе, p=0,012).

Пациентки получали глюкокортикоидную терапию (препаратами гидрокортизона, преднизолона, метилпреднизолона, триамцинолона) в индивидуально подобранных дозировках (от 5 до 12,5 мг/сут в пересчете на преднизолон). Критерием адекватности дозы являлась нормализация исследуемых андрогенов в сыворотке крови. Наступление желаемой беременности в течение 1–1,5 лет с момента начала лечения произошло у 78,9% женщин подгруппы 1а и 28,5% подгруппы 1б (p=0,0027), а также 57,1% подгруппы 2а и у 11,1% подгруппы 2б (p=0,021). Угроза прерывания, в основном до 12 нед. беременности, отмечена у 15,8% женщин. Все беременности завершились рождением живых детей, преждевременные роды отмечены в 7,3% случаев.

Таким образом, показана значимая роль адреналовых андрогенов в формировании овуляторной дисфункции и обусловленной ею инфертильности у женщин с СГА, выявлена высокая результативность адекватной глюкокортикоидной терапии. Следовательно, каждой пациентке с проявлениями СГА при планировании беременности необходимо проведение полного гормонального обследования, включающего весь спектр доступных в лабораторной практике андрогенов и определение АМФ.

При этом полученные данные свидетельствуют о возможно положительном значении исходно повышенных значений АМФ при синдроме гиперандрогении у молодых женщин, свидетельствующем о хорошем фолликулярном резерве яичников и неблагоприятном воздействии на прогноз фертильности предшествующих стимуляционных программ, проведенных без нормализации андрогенного фона. Следует критически оценивать «нормальные» значения АМФ, полученных у женщин с УЗ-признаками СПКЯ и наличием СГА, которые должны настораживать в отношении снижения овариального резерва.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ВЛАГАЛИЩНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ

Рудакова Е.Б

Московский областной перинатальный центр, Россия.

За последнее десятилетие установлено, что критическим фактором в патогенезе цервикальных интраэпителиальных неоплазий (ЦИН) и рака шейки матки (РШМ) является инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ). Однако, определено, что ВПЧ является ведущим, но не единственным фактором цервикального канцерогенеза. Так как влагалище и шейка матки представляют собой единую анатомо-функциональную систему, то патология этих локализаций редко бывает изолированной: важными кофакторами канцерогенеза считаются влагалищный дисбиоз и цервикальное воспаление. Определенные особенности при папилломавирусной инфекции (ПВИ) имеют механизмы развития иммунологической защиты (Шварц Г.Я, Прилепская В.Н., Мынбаев О.А., 2011). Как и в случаях с другими хроническими заболеваниями с длительным персистированием вирусов, при ПВИ закономерно развиваются иммунодефицитные состояния, которые рассматриваются как вторичные иммунодефициты, обусловленные недостаточностью разных звеньев иммунной системы (Исаков В.А. и соавт, 2007). Данные литературы свидетельствуют,что ПВИ часто встречается с бактериальным вагинозом и другими заболеваниями, передающимися половым путем, и как микст инфекция выявляется в 71% случаев (Роговская С.И., Прилепская В.Н., 2002; Рудакова Е.Б., Вотрина И.Р., 2003; Буданов В.П. и соавт., 2004). Существует представление о следующих вариантах развития изменений эпителия шейки матки при ЦИН: регресс-спонтанное без лечения исчезновение признаков неоплазии в пласте экзоцервикса, дальнейшее прогрессирование изменений, персистенция ЦИН – полное отсутствие каких либо изменений в течение длительного времени (Кондриков Н.И. 2008; Минкина Г.Н. 2008 и др.). Сочетание ПВИ с другими инфекциями оказывает заметное влияние на клинические проявления, особенности течения, прогноз и устойчивость к терапии.

В настоящее время не существует этиотропной терапии и практически отсутствует системное лечение пациенток с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки. Тем не менее сформулированы 2 принципа лечения этой группы пациенток (Шварц Г.Я., Прилепская В.Н., Мынбаев О.А., 2011; Краснопольский В.И. и соавт., 2011):

– Использование различных деструктивных методов (хирургические и цитотоксические вещества, химические средства)

– Применение иммуномодулирующих препаратов преимущественно с противовирусной активностью.

Безусловно такой подход оправдан при всех субклиническихт и клинически выраженных формах ПВИ. Исключение составляет группа пациенток с ЦИН 1 без гиперпластически х проявлений ПВИ. Алгоритм ведения таких пациенток четко не определен. В связи с высокой вероятностью регресса при ЦИН 1 в качестве тактики выбора может применяться наблюдение с цитологическим контролем через 6–12 месяцев или ВПЧ-тестирование через 12 месяцев (Кулаков В.И., Паавонен Й., Прилепская В.Н., 2008; Guido R. et al., 2003).

Цель исследования: изучить влияние нормализации влагалищного микробиоценоза и иммуномоделирующей терапии на возможность элиминации ВПЧ и регресс ЦИН 1.

Материал и методы исследования: Совместно с сотрудниками Омской государственной медицинской академии к.м.н. Лазаревой О.В., аспирантом Батуровой О.Г. при участии д.м.н. Мозгого С.И. проведено когортное несравнительное исследование у 76 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет с ЦИН 1 на фоне ПВИ (без гиперпластических разрастаний) и влагалищного дисбиоза при их информированном согласии. Всем пациенткам проводилось общеклиническое, гинекологическое исследование, кольпоскопия, цитологическое и,гистологическое исследование биологического материала шейки матки, ВПЧ-тестирование в 4-х исследовательских точках: до лечения, сразу после лечения, через 6 и 12 месяцев после лечения. Нормализация влагалищного микробиоценоза и иммуномоделирующая терапия проводились согласно современным стандартам.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что нормализация влагалищного микробиоценоза произошла у всех пациентов. Через 6 месяцев ДНК ВПЧ не определялась в шейке матки у 22 пациенток (28,9%), а ЦИН 1 – у 16 пациенток (20,5%). Через 12 месяцев ДНК ВПЧ не определялась еще у 24 пациенток, а ЦИН 1 – еще у 19 пациенток. В целом без применения деструктивных методов у пациенток репродуктивного возраста на фоне ПВИ и влагалищного дисбиоза в общей сложности элиминация ВПЧ произошла в 58,9% случаев, а регрессия ЦИН – в 44,9% случаев. Несомненно результаты нашего несравнительного когортного исследования предварительные и требуют уточнения, однако даже в этом варианте они в определенной мере согласуется с данными литературы и подтверждают,что состояние микробиоценоза влагалища и его своевременная коррекция с дополнительным применением иммуномодуляторов положительно может влиять на течение ПВИ и ЦИН 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ И СМЕШАННЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ С ПОМОЩЬЮ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО СРЕДСТВА ДЕКСТРАНОМЕР/ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА

Саидова А.С.[1], Аполихина И.А.[1,2], Белоусов Д.М.[1]

1 – ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
2 – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, России

Актуальность. Во всем мире стрессовое недержание мочи (СНМ) у женщин является патологическим состоянием, резко ухудшающим качество жизни. Современные возможности лечения СНМ могут включать малоинвазивную методику периуретрального введения объемообразующих средств, примером которого является средство неживотного происхождения «Уродекс» («Биополимер», Германия). Оно состоит из положительно-заряженных микрочастиц декстраномера, стимулирующего образование собственных коллагеновых волокон, и 100% очищенной гиалуроновой кислоты, которая способствует передвижению этих частиц. Данный материал обладает высокой биосовместимостью и биодеградируемостью (распадается на воду и углекислоту).

Цель исследования. Совершенствование методов лечения стрессового НМ у женщин на основе периуретрального введения объемообразующего средства декстраномер/гиалуроновая кислота.

Материалы и методы: В проспективное исследование были включены 49 женщин с легкой и средней степенями тяжести стрессового НМ. Средний возраст пациенток составил 33 – 75 (54,3±2,9) лет. Все пациентки были обследованы: изучение дневников мочеиспусканий, исследование общего анализа мочи, гинекологическое обследование, проведение кашлевой пробы и приема Вальсальвы, проведение Pad-test, заполнение анкеты Кинга о здоровье (KHQ), опросников PGI-S и PGI–I, 3-х мерное УЗИ мочевыводящих органов и измерение объема остаточной мочи. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от типа НМ: 1 группа 34 женщины со стрессовым НМ и 15 со смешанным НМ с преобладанием стрессового компонента. При смешанном НМ для коррекции ургентного компонента женщины получали м–холиноблокатор (солифенацин в дозе от 5–10 мг 1 р/сут). Пациентки за 2 недели до введения декстраномер/гиалуроновая кислота использовали локально – крем эстриол по 0,5 мг/сут 2 раза в неделю.

Введение декстраномер/гиалуроновой кислоты выполнялось в асептических условиях в малой операционной под местной анестезией (инстиллагеля 6 мл и 1% р-ра лидокаина по 2 мл парауретрально в точки соответствующие 3 и 9 часам) или при внутривенном анестезиологическом пособии. С помощью катетера опорожняли мочевой пузырь и измеряли длину уретры. Аппликатор Люэра служил проводником для прицельного введения игл толщиной 20 G в подслизистый слой средней трети уретры в 4-х позициях, соответствующих 3, 6, 9 и 12 часам.

Результаты: Общая эффективность на основании количества эпизодов НМ (улучшение+выздоровление) через 1 мес в обеих группах оставалась достаточно высокой: в 1 группе 91,2% и во 2 группе 90,3%, через 3 мес эффективность снизилась на 10%, а через 12 мес на 30% в обеих группах соответственно. Показатели прокладочного теста после лечения в обеих группах пациенток свидетельствовали об уменьшении потери мочи: в 1 группе (с 6,83 до 3,63 г) и во 2 группе (с 7,6 до 3,8 г) ($p<0,05$).

Через 1 и 3 мес после лечения интерпретация результатов дневника мочеиспускания у всех пролеченных пациенток выявила статистически значимое уменьшение эпизодов НМ в обеих группах ($p=0,05$).

Статистически значимым явилось повышение показателей максимального уретрального давления и давления закрытия уретры до нормативных значений через 12 мес, что указывало на восстановление нормальной резистентности уретры.

Анализируя полученные ультразвуковые срезы обследуемых пациенток после лечения, нами отмечено, что из 4 $см^3$ введенного средства через 1 месяц в парауретральной области средний объем средства составил 2,5±0,7 $см^3$, через 3 мес. 1,9±0,5 $см^3$ и через 12 мес. 1,3±0,7 $см^3$. При УЗИ с трехмерной реконструкцией изображения объем средства через 1, 3 и 12 мес уменьшается в 1,5; 2 и 3 раза соответственно, что связано с особенностью фармакокинетики и фармакодинамики декстраномер/гиалуроновой кислоты.

Осложнений и миграции частиц средства не было ни в одном случае.

Заключение. Данное исследование показало, что пациентки со стрессовым и смешанным НМ после периуретрального введения объемообразующего средства декстраномер/гиалуроновая кислота имеют схожие результаты лечения. Данный метод лечения стрессового НМ с легкой и средней степенями тяжести является высокоэффективным, наиболее простым и удобным в технике выполнения. Кроме того, возможно его выполнение в амбулаторных условиях под местной анестезией. Результаты данного исследования показывают, что для достижения максимального эффекта от проводимого лечения необходим тщательный дифференцированный отбор пациенток.

ВОЗМОЖНОСТЬ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ

Саркисов С.Э., Демидов А.В., Демидов В.Н.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России

Внутрибрюшное кровотечение является одной из наиболее частых акушерско-гинекологических осложнений. В основном оно возникает при апоплексии яичника, эктопической беременности и в результате пункции фолликулов при ЭКО. Поэтому целью настоящей работы явилось выяснение возможности диагностики наличия или прекращения внутреннего кровотечения при наличии данной патологии.

Для решения данной задачи было обследовано 12 женщин с апоплексией яичника, 40 – с трубной беременностью и 21 – с синдромом гиперстимуляции овуляции, у которых определялась свободная жидкость в полости малого таза или одновременно в брюшной полости. В качестве метода исследования использовалась трансвагинальная эхография.

В процессе проведения данного исследования было установлено, что если при проведении трансвагинальной эхографии в малом тазу определялась множественная эхогенная смещаемая взвесь, создающая картину «снежной бури», то это свидетельствовало о продолжающемся кровотечении. В то же время, в случае полного прекращения кровотечения, определяемая в тазу жидкость становилась полностью однородной и анэхогенной. Отличить прекратившееся кровотечение от асцита позволило то, что при наличии первой из этих патологий в полости малого таза обычно выявлялись отдельные различных размеров плотные эхогенные включения – с сгустками крови или тонкие линейные гиперэхогенные образования – нити фибрина, в то время как при второй жидкость в основном была полностью однородной и анэхогенной.

Таким образом, эхография представляет ценный метод, использование которого в подавляющем большинстве случаев позволяет установить наличие или прекращение внутреннего кровотечение и, основываясь на полученных данных, решить вопрос о наиболее рациональной тактике ведения больных с рассматриваемой патологией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ДРОСПИРЕНОНСОДЕРЖАЩЕГО КОК В ТЕРАПИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Сасунова Р.А., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Летуновская А.Б., Иванова Е.В.

ФГБУ «Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

Одной из актуальных проблем в гинекологии является состояние, ассоциированное с менструальным циклом – предменструальный синдром (ПМС), т.к. он относится к числу наиболее распространенных и наименее изученных состояний, которое приводит к значительному снижению качества жизни.

Целью исследования явилась оценка терапевтической эффективности и приемлемости микродозированного комбинированного орального контрацептива (КОК), содержащего в качестве гестагенного компонента производное спиронолактона дроспиренон с новым режимом приема у пациенток с ПМДР.

Материалы и методы исследования. Из 768 опрошенных, согласно адаптированной оценочной шкале используемой в исследовании, у 677 женщин (88,2%) выявлен предменструальный синдром в той или иной степени выраженности. Диагноз предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) устанавливался согласно общепринятым стандартам (DSM-IV). При анализе адаптированных нами опросников для постановки диагноза ПМДР учитывался не только факт наличия определенной симптоматики, количества дней, в которые эта симптоматика наблюдается, но и степень ее влияния на отношения в семье, социальную активность и трудовую деятельность. Так, всем критериям постановки диагноза ПМДР соответствовали 53 женщины (6,9%). Все женщины были тщательно обследованы, применялись общеклинические, клинико-лабораторные и инструментальные методы обследования, консультации психолога и психиатра. Согласно критериям включения и исключения, в основную группу исследования было включено 39 женщин с ПМДР. Всем был назначен микродозированный комбинированный пероральный контрацептив, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона с укороченным безгормональным интервалом (24+4). Эффективность терапевтического воздействия контрацептива на течение ПМС оценивалась с помощью анкет и дневников симптомов ПМС, психологических шкал на тревогу, депрессию и виды психологической защиты.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 29,95±1,66 лет. Из психоэмоциональных симтпомов наиболее часто встречались: раздражительность (97,4%), нарушение пищевого поведения (89,7%), депрессия (84,6%), плаксивость (71,83%), агрессивность (66,7%). Из сомати-

ческих симптомов: мастодиния и масталгия (94,9%), вздутие живота (92,3%), боли внизу живота (82,1%), отеки (74,4%), головные боли (64,1%). В ходе контрацепции у женщин с ПМДР, отмечается высокая терапевтическая эффективность КОК. Все симптомы в динамике встречаются значительно реже. Раздражительность уже через 3 месяца использования отмечают 30 женщин (76,9%), а через 6 месяцев – 24 женщины (61,5%). Мастодиния через 6 месяцев использования встречается только у 28,2% пациенток (11 женщин), тогда как до начала терапии отмечалась практически у всех женщин, включенных в исследование (94,9%). При анкетировании в динамике с использованием балльной оценочной шкалы, прослеживается четкое снижение выраженности симптомов. Так, до начала терапии, средний балл составил 51,6, через 3 месяца – 38,6, а через 6 месяцев лечения – 29,1. Благодаря применению дроспиренонсодержащего КОК наблюдается улучшение аффективного самочувствия пациенток, что отчетливо прослеживается по психологическим шкалам. Побочные эффекты наблюдались в первый месяц использования КОК: 2 пациентки (5,1%) предъявляли жалобы на диспептические явления, 3 пациентки (7,7%) на головную боль, 2 – на межменструальные кровянистые выделения (5,1%). Все симптомы прошли самостоятельно и не потребовали дополнительного назначения терапии или отмены препарата. Одна пациентка выбыла из исследования через 3 месяца в связи с планированием беременности, которая, в свою очередь, наступила через 2 месяца после отмены препарата. Контрацептивная эффективность составила 100%.

Выводы. 1. Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) – наиболее тяжелая форма ПМС, нередко встречающаяся среди женщин репродуктивного возраста (6,9%). Наиболее распространенными симптомами среди женщин данной категории являются раздражительность, мастодиния, вздутие живота, нарушение пищевого поведения, депрессия. 2. Микродозированный комбинированный оральный контрацептив, содержащий в качестве гестагенного компонента производное спиронолактона дроспиренон (3мг) и 20мкг этинилэстрадиола обладает высокой контрацептивной эффективностью и не вызывает значительных побочных эффектов. 3. Препарат благоприятно воздействует на симптомы ПМДР, снижая их выраженность в среднем на 40%. 4. Дроспиренон-содержащий КОК является высокоэффективным и приемлемым методом терапии ПМДР.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Свирская С.В., Егорова А.Т.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Россия

Многочисленные социальные, экономические и гигиенические факторы оказывают существенное влияние не только на общий жизненный уровень населения, но и на состояние здоровья, заболеваемость рождаемость и смертность. В тоже время, изучение влияния этих факторов у больных злокачественными новообразованиями репродуктивной системы, в частности РШМ, остаются малоизученными.

Целью исследования, проведенного нами в результате индивидуального анкетирования группы больных РШМ, явилось изучение уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности, материального положения, наличия или отсутствия факторов социального неблагополучия.

В анкетном опросе участвовали 233 женщины в возрасте от 18 до 80 лет, больные раком шейки матки. Обследование проводилось на базе гинекологического отделения Красноярского краевого онкологического диспансера. Средний возраст пациенток составил 47,3 года.

Анализ уровня образования больных РШМ показал следующее: имели высшее образование – 19,0%, незаконченное высшее – 3,4%, среднее – 29,3%, среднее специальное – 37,1%, начальное – 11,2%. Таким образом, большинство больных РШМ имели достаточно высокий уровень образования (высшее и среднее) – 88,8%.

По социальному статусу в обществе распределение в группе больных РШМ было следующим: работники умственного и творческого труда (интеллигенция) – 33,6%, рабочие – 34,1%, пенсионерки – 20,3%, безработные – 6,5% и домохозяйки – 3,9%, инвалиды – 1,6%.

Была проведена оценка условий труда исследуемых женщин. У 37.5% респонденток трудовая деятельность связана с переохлаждением, сквозняками, частой сменой температур, воздействию вредных химических веществ подвергалось 12,5%, повышенной влажности – 10,8%, запыленности, загазованности подвергалось – 20,7%, большой физической нагрузке – 38,0%, 12,5% подвергались воздействию производственного шума, воздействию повышенной вибрации подвергалось 4,7% респонденток, 13,7% – биологическим вредностям, 2,2% – воздействию ионизирующей радиации, 15,5% работали в ночное время, 1,5% подвергались другим неспецифическим вредным воздействиям. Более трети исследуемых женщин (35,3%) указали на связь трудовой деятельности с нервно-эмоциональным напряжением, что свидетельствует о неправильной организации трудовой деятельности.

Свое материальное положение и материально бытовые условия большинство из пациенток оценивали следующим образом: 63,4% опрошенных отметили, что относят себя к среднеобеспченным, однако на покупку дорогих вещей приходиться копить деньги, 30,1% относят себя к малообеспеченным и их дохода едва хватает на питание, 5,6% отметили, что живут достаточно обеспеченно, могут покупать дорогие вещи, 0,9% считают, что живут за гранью бедности.

Так называемые факторы социального неблагополучия (низкий материальный доход, плохие жилищно-бытовые условия, собственная инвалидность, безработица и прочие) имели место у 57,6% женщин больных РШМ. Низкий материальный доход отмечался в 40% случаев, безработица в 6,5%, плохие жилищно-бытовые условия – 9,5%, инвалидность в 1,6% случаев.

Проведенный нами анализ социально-экономических и социально-гигиенических факторов показал следующее: среди больных РТМ преобладали женщины трудоспособного возраста – 67,7%, у большинства обследованных – 88,8% уровень образования был достаточно высоким. Факторы социального неблагополучия отсутствовали лишь в 42,4% случаев у больных РШМ, самым часто встречающимся из которых являлся фактор низкого материального дохода (40%);

Таким образом, воздействующий на человеческий организм психологический стресс, связанный с социально-экономическими проблемами (образ жизни, профессиональные факторы, жилищно-бытовые проблемы) играет значительную роль в ослаблении иммунитета и является фактором риска заболеваемости и выживаемости больных РШМ.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ НА СИСТЕМНОМ И МЕСТНОМ УРОВНЕ У БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

Сергеева С.Л., Конопля А.И., Лазарева Г.А., Конопля А.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Известно, что наиболее неблагоприятное течение и исход папилломавирусной инфекции (ПВИ) шейки матки отмечается среди женщин с сочетанной вирусно-бактериальной и вирусно-грибковой инфекцией нижнего отдела генитального тракта (Прилепская В.Н. и др., 2007). Как показали многочисленные клинические и бактериологические исследования, среди женщин с

осложнениями ПВИ шейки матки чаще всего регистрируется затяжное течение заболевания с большим числом рецидивов и превращением в неоплазию (Кулаков В.И. и др., 2008).

При этом, иммунные нарушения играют существенную роль в прогрессировании и хронизации инфекции, что вызывает значительные трудности в лечении и уменьшает сроки ремиссии заболевания (Ярилин А.А., 2010).

В этой связи целью работы было изучение состояния нарушений иммунитета у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий.

Под наблюдением находилось 41 женщина с ПВИ гениталий в возрасте 23–40 лет, группа контроля состояла из 14 здоровых женщин в того же возраста. Диагноз устанавливали на основании проведения полимеразной цепной реакции с нуклеотидными последовательностями генома папилломавирусов 16 и 18 типов. В крови определяли содержание CD3 (общих Т-лимфоцитов), CD8 (цитотоксических клеток), CD16 (NK-клеток), CD95 (клеток-индукторов фактора апоптоза), HLA-DR (клеток, экспрессирующих поздние маркеры активации) и CD25 (рецепторы к ИЛ-2). Функциональную активность полиморфноядерных лейкоцитов оценивали по фагоцитарному показателю, числу, индексу активности фагоцитоза (ФП, ФЧ, ИАФ), метаболическую активность – по спонтанному и стимулированному НТС-тестам (НСТ-сп., НСТ-ст.), индексу активности фагоцитоза и функциональному резерву (ФРН и ИСН). В плазме крови и вагинально-цервикальном смыве при помощи наборов для ИФА исследовали концентрацию ФНОα, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-4, С3, С4-компонентов комплемента, IgA.

Все пациентки с ПВИ гениталий были разделены на три группы: 12 пациенткам 1-й группы проводили базовую терапию («Циклоферон», 12,5% раствор, 2 мл, внутримышечно, через 48 часов, №10) и ректальные свечи «Виферон» (по 1 свече per rectum, через 12 часов, №14), 14 женщин 2-й группы дополнительно к базовому лечению получали «Гроприносин» (по 2 таблетки, внутрь, через 8 часов, №5) в сочетании с магнито-лазерным облучением при помощи аппарата «Мустанг-2000» (50 Вт, 80 Гц, насадкой 50 мм, на биологически активные точки 1,2,3 и 5,6,7, через 48 часов с экспозицией 2 мин.), 15 пациенток 3 группы кроме основного лечения получали «Деринат» (1,5% раствор, 5,0 мл, через 24 часа, №10), «Диквертин» (по 2 таблетки, внутрь, через 6 часов, №14) и магнитно-лазерное облучение как и в предыдущей группе пациенток.

На момент обследования у больных ПВИ по сравнению со здоровыми женщинами установлено повышение в крови как абсолютного, так и относительного содержания CD3, CD8 и CD16-лимфоцитов, клеток-индукторов фактора апоптоза, снижение процента клеток, экспрессирующих поздние маркеры активации (HLA-DR), несущих рецепторы к ИЛ-2 (CD25). Кроме того, обнаружено снижение ФП, ФЧ и кислородзависимой активности нейтрофилов периферической крови. В плазме крови и вагинально-цервикальном смыве выявлено повышение содержания ФНОα, ИЛ-6 и ИЛ-1β при снижении концентрации ИЛ-4 и IgA. Традиционное лечение оказалось недостаточно эффективным в коррекции нарушенных показателей иммунитета как на системном, так и на местном уровнях.

Включение в комплексное лечение сочетания «Гропринозина» и магнитно-лазерного облучения корригировало 45% изученных показателей на системном и 33% – на местном уровне, а использование комбинации «Деринат» + «Диквертин» + магнитно-лазерное облучение – 67% показателей системного и 49% показателей местного иммунитета. Динамика лабораторных показателей соответствовала клинической симптоматике и кольпоскопической картине заболевания.

Таким образом, по убыванию степени эффективности коррекции иммунных нарушений на системном и местном уровне у женщин с ПВИ, использованные схемы лечения располагаются в следующей последовательности: «Деринат» + «Диквертин» + магнито-лазерное облучение → «Гропринозин» + магнитно-лазерное облучение + традиционное лечение.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА

Серебренникова К.Г., Кацалап С.Н., Аглямова Д.Р., Милославский Ю.В., Макарищев А.Я., Твердикова М.А.

ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Росздрава, Россия
Центральная клиническая больница РАН, Москва, Россия

В настоящее время в гинекологической практике широко используется современный метод лечения пролиферативных процессов, основанный на использовании фотодинамического повреждения опухолевых клеток в процессе фотохимических реакций Метод фотодинамической терапии (ФДТ) основан на избирательном поглощении лазерного излучения пролиферирующими клетками, которые фотосенсибилизированы порфирином. При последующем лазерном облучении в поврежденных клетках продуцируются токсические метаболиты кислорода, вызывающие их гибель.

Нами проведено исследование эффективности ФДТ у пациенток репродуктивного возраста с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки в рамках подготовки к беременности.

В исследуемую группу включено 50 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст пациенток – 31,72 лет). Из них 19 пациенткам установлен диагноз ЦИН 1–2 (38%), 1-й пациентке ЦИН 3 (2%) и 30-ти пациенток (60%) выявлены фоновые заболевания шейки матки, в том числе: цервицит – у 18 пациенток, лейкоплакия – у 3 пациенток, эктопия – у 12-ти. При анализе репродуктивной функции первичное бесплодие было выявлено у 11 женщин, вторичное – у 5-ти. Нами было проведено комплексное клиническое обследование, включающее микробиологические, кольпоскопические, цитологи-

ческие и гистологические методы. Для проведения сеанса ФДТ, у этой группы пациенток использовали фотосенсибилизатор «Фотодитазин» с последующим облучением на аппарате «ЛАМИ», с длиной волны 600 нм и выходной мощностью лазерного излучения 0,5–0,7 Вт. По результатам проведенной процедуры не было отмечено осложнений ни в одном случае, пациентки хорошо переносили сеанс терапии. В период после облучения пациентки отмечали незначительные тянущие боли в нижних отделах живота в первые сутки после процедуры, повышение температуры до субфебрильных цифр. Начало краевой эпителизации наблюдалось на 5–8 сутки при отсутствии лейкоцитарной инфильтрации, а полная эпителизация выявлена через 4–6 недель.

В группе пациенток с фоновыми заболеваниями шейки матки эффект от проведенной терапии достигнут во всех случаях, в группе женщин с легкой и умеренной дисплазией шейки матки полная ремиссия достигнута у 11 пациенток, у 3-х – отмечено наличие эктопии при контрольном цитологическом исследовании, в 2-х клинических случаях эффект от проводимой терапии не был достигнут. Благодаря значительному сокращению послеоперационного периода при проведении ФДТ патологии шейки матки, планирование наступления беременности возможно уже через 2–3 месяца. Преодоление бесплодного брака с использованием методов ВРТ проводилось у 12 пациенткам, из них: ЭКО/ИКСИ – 9, ИИСМ – 2 и ИИСД – 1 пациентке. В ходе исследования, при проведении программ ВРТ нами не отмечено ни одного осложненного случая трансцервикального переноса эмбрионов у данной группы пациенток.

Кроме того нами проведено лечение у 4 пациенток, находящихся в пери– и постменопаузальном периоде, с морфологически верифицированным диагнозом гиперпластического процесса эндометрия (ГПЭ). Во всех случаях выявлена тяжелая экстрагенитальная патология. Учитывая тяжесть сопутствующего заболевания, невозможность проведения радикального оперативного лечения и неэффективность проводимой гормональной терапии нами была выполнена ФДТ патологии эндометрия. С целью подготовки к проведению ФДТ всем пациенткам была выполнена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание, с последующим гистологическим исследованием материала. Непосредственно ФДТ патологии эндометрия проводилась не позднее 7-го дня менструального цикла у пациенток в перименопаузе и через 3 недели у пациенток в постменопаузе. Для проведения процедуры использовали новый усовершенствованный одноразовый внутриматочный баллонный световод, изготовленный в виде монолитной конструкции из современных высокотехнологичных материалов. Высокая эластичность нового проводника обеспечивает более равномерное распределение световой волны в полости матки и, соответственно, облучение патологически измененной ткани. Непосредственно для проведения процедуры ФДТ за 1,5–2 часа вводился фотосенсибилизатор «Фотодитазин» в дозировке 1–1,5 мг/кг веса. Удельная доза лазерного излучения составила 150–300 Дж/см. При динамическом наблюдении во всех случаях верифицировано выздоровление без дополнительных методов лечения.

Таким образом, ФДТ является альтернативным методом лечения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с сохранением анатомической и функциональной целостности органа, что немаловажно у женщин в реализации репродуктивной функции.

Также использование ФДТ патологии эндометрия у пациенток старшей возрастной группы, в том числе отягощенных экстрагенитальной патологией, значительно сокращает частоту рецидивов при неэффективности других методов лечения, а также сокращает финансовые затраты благодаря возможности применения данного метода в амбулаторных условиях.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ МАТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Серебренникова К.Г., Лапшихин А.А., Самойлов М.В., Аглямова Д.Р., Иванова Т.В.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Россия
Центральная клиническая больница РАН, Москва, Россия

Хронический эндометрит вызывает снижение результативности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), снижая частоту имплантации, а также является одной из значимых причин невынашивания беременности после программ ВРТ. «Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита, а также контроля эффективности проведенной терапии – является морфологическое исследование эндометрия

Целью исследования явилось изучение диагностической и клинической значимости комплексной оценки слизистой матки при хроническом эндометрите в программах ВРТ.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное обследование 177 пациенток с различными факторами бесплодия. После проведенного дообследования, включавшего в себя гистероскопию, с биопсией эндометрия и последующим гистологическим, иммуногистохимическим и бактериологическим исследованием эндометрия – было установлено, что диагноз хронический эндометрит выявлен у 54 пациенток, что составило 30,5%. В дальнейшем, пациентки с гистологически верифицированным хроническим эндометритом, слепым методом разделены на 2 равные группы. Пациенткам

обеих групп проведена программа ЭКО/ИКСИ и ПЭ со стимуляцией суперовуляции по протоколу с антГНРГ. Пациенткам основной группы (n=27) проводилась комплексная подготовка эндометрия, включавшая в себя антибактериальную терапию с учетом чувствительности к антибиотикам препараты эстрогенов, курсы электромагнитотерапии, иммуномодулирующую терапию, гепатопротекторную, антиоксидантную терапию, курсовые инфузии иммуноглобулинов. В последующем, иммуномодулирующая терапия пациенткам основной группы продолжалась и в цикле стимуляции суперовуляции. Пациенткам группы сравнения (n=27) в программе ЭКО для подготовки эндометрия в комплексной терапии применялись препараты эстрогенов.

Результаты. Возраст пациенток в обследованных группах не имел статистически значимых различий и составил 33,6±0,7 лет в основной группе и 34,9±0,8 лет в группе сравнения. Пациентки обследованных групп значимо не различались по длительности бесплодного брака до обращения в клинику, аллергологическому анамнезу, наследственности, перенесенным соматическим заболеваниям. Нами было установлено, что пациентки обследованных групп значимо не различались по особенностям секреторной, менструальной, репродуктивной функций. В структуре гинекологической заболеваемости преобладали воспалительные заболевания органов малого таза, а также привычное невынашивание беременности. Гистероскопическая картина у пациенток обследованных групп была идентична.

Микробиологическое исследование содержимого полости матки было схожим в обеих группах. У 15 пациенток основной группы (55,5%) и 17 пациенток группы сравнения (77,7%) посев роста не дал. У остальных пациенток в микробном пейзаже преобладали энтерококки и кишечная палочка. У пациенток обеих групп имело место значимое повышение экспрессии α-эстрогеновых рецепторов и в железах, и в строме эндометрия. ($p<0,05$). Экспрессия прогестероновых рецепторов у пациенток обеих групп была понижена в строме, тогда как в железах она мало отличалась от нормы. У пациенток обеих групп отмечено значительное повышение экспрессии маркера пролиферативной активности Ki67 как в строме, так и в железах эндометрия, что вероятно указывает на неполную блокаду клеточного цикла, необходимую для формирования полноценного окна имплантации. При изучении поверхностной ультраструктуры эндометрия нами отмечены дефекты развития пиноподий у пациенток обеих групп, а именно наличие единичных невыраженных пиноподий. Пациенткам обеих групп проводилась программа стимуляции суперовуляции (ССО) с применением антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, течение протокола ССО значимо не различалось для обеих исследуемых групп ($p>0,05$) На этапе переноса эмбрионов в полость матки благоприятные эхографические признаки состояния эндометрия отмечались у всех пациенток основной группы, в группе сравнения – у 21 пациентки (77,7%) отмечены благоприятные эхографические признаки состояния эндометрия, у 5 пациенток эхографическая картина оценена, как приемлемая для осуществления ПЭ, у 1 пациентки состояние эндометрия расценено, как неприемлемое для осуществления ПЭ, в связи с чем – перенос отменен,

эмбрионы витрифицированы. Частота наступления беременности в основной группе составила 25,8%, в группе сравнения 20,2%.

Выводы. Хронический эндометрит существенно снижает результативность программ ВРТ, приводя как к нарушению цитоархитектоники эндометрия, так и изменению экспрессии рецепторов стероидных гормонов и маркеров пролиферативной активности, изменениям поверхностной ультраструктуры эндометрия в период предполагаемого окна имплантации. Комплексное и последовательное воздействие на все звенья патогенеза хронического эндометрита, включающее антибактериальную, иммуномодулирующую, антиоксидантную, гормональную терапию, физиотерапевтические методы лечения – позволяет повысить процент наступления беременности в программах ВРТ.

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СТЕНКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Сизов К.А., Лушникова А.К., Неймарк А.И., Раздорская М.В.

Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии Сибирского отделения РАМН, Новосибирск, Россия

Клиническая картина расстройств мочеиспускания представлена многочисленными и различными по выраженности и характеру симптомами в диапазоне от недержания до острой задержки мочи. Наибольший вес расстройств мочеиспускания у женщин составляет гиперактивный мочевой пузырь с императивным недержанием мочи и без него. Расстройства мочеиспускания связывают в большинстве случаев с урогенитальными инфекциями, изменениями гормонального фона, нарушениями иннервации и микроциркуляции в стенке мочевого пузыря и прилежащих органов. Коррекция клинических проявлений нарушений мочеиспускания у женщин до сих пор остается недостаточно изученной и поэтому малоэффективной в плане терапии.

Цель исследования – оценить динамику показателей микроциркуляции в слизистой оболочке мочевого пузыря с помощью лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) на фоне консервативного лечения женщин с расстройствами мочеиспускания.

Материал и методы. Обследовано 40 женщин с различными жалобами на нарушения мочеиспускания, которые неоднократно получали лечение по этому поводу. Возраст пациенток от 18 до 69 лет (средний возраст 38,7 лет) с длительностью заболевания от 1 года до 20 лет. Нами обследовано 40 женщин с различными жалобами на нарушения мочеиспускания, которые были

разделены на две группы: 1-я группа – 20 пациенток, которые получали традиционную комплексную консервативную терапию; 2-я группа – 20 пациенток, получавших α_1–адреноблокатор Сетегис (теразозин) по 2 мг на ночь. Курс лечения составил от 1 до 3 мес. В контрольную группу вошли 10 женщин в возрасте от 21 до 64 лет, у которых не было жалоб на расстройства мочеиспускания. Для исследования системы микроциркуляции в слизистой оболочке мочевого пузыря у женщин с расстройствами мочеиспускания был применен метод ЛДФ с использованием лазерного анализатора микроциркуляции крови ЛАКК-02 (НПП «ЛАЗМА», Россия). ЛДФ – современный метод оценки состояния микроциркуляции, основанный на изменении частотных характеристик лазерного луча, зондирующего ткани, при его отражении от движущихся компонентов крови, в первую очередь, эритроцитов. ЛДФ-граммы регистрировали в течение 3 мин с соблюдением общепринятых условий, обработку кривых проводили с помощью программного обеспечения.

Период наблюдения составил от 1 до 3 мес. Основными эффектами назначаемой терапии были: 1) увеличение интервалов между мочеиспусканиями; 2) снижение интенсивности (исчезновение) императивных позывов; 3) исчезновение недержания мочи после позывов. Параметры ЛДФ у пациенток с расстройствами мочеиспускания по сравнению с группой контроля свидетельствовали о нарушениях микроциркуляции в мочевом пузыре: снижении среднего потока крови, статистически значимые колебания скорости эритроцитов, а также снижение коэффициента вариации. Установлено достоверное снижение нейрогенного тонуса в прекапиллярах, повышение показателей миогенного тонуса, показателя шунтирования и снижение индекса эффективности микроциркуляции и снижение тканевой перфузии по сравнению с контрольной группой. Положительный эффект от консервативной терапии отметили 9 (45%) пациенток 1-й группы и 16 (80%) пациенток 2-й группы. При оценке состояния микроциркуляции методом ЛДФ у всех пациенток с расстройствами мочеиспускания зарегистрировано изменение показателей базального кровотока, ритма и амплитудно-частотного спектра колебаний кровотока. У пациенток 2-й группы отмечена более быстрая нормализация клинических проявлений и показателей ЛДФ (отмечалось увеличение нейрогенного тонуса в прекапиллярах, показателя шунтирования и индекса эффективности микроциркуляции, увеличение показателя микроциркуляции и коэффициента вариации, что свидетельствует об улучшении микрогемоциркуляции).

Препараты, относящиеся к группе α–адреноблокаторов, прерывают патогенетическую цепь, связанную с развитием ишемии мочевого пузыря, в самом начале – на уровне адренорецепторов. Блокада α1-адренорецепторов сопровождается стереотипной реакцией детрузора, которая выражается в его расслаблении в фазу наполнения, увеличении резервуарной функции мочевого пузыря. В качестве дополнительного положительного эффекта следует отметить гипотензивный эффект α_1–адреноблокатора Сетегис. Из 20 женщин 9 пациенток с артериальной гипертензией наряду с Сетегисом получали β–блокаторы (атенолол, конкор, беталок ЗОК), в результате чего уже на 3–5-й день наступила стойкая нормализация давления. Причиной этого

могло быть не только непосредственное воздействие Сетегиса на α–адренорецепторы сосудов, но и улучшение сна вследствие исчезновения никтурии, снятия психоэмоционального напряжения. После завершения исследования эти пациентки настаивали на продолжении лечения по прежней схеме, так как отмечали существенное улучшение самочувствия. Ни в одном случае не было отмены препарата из-за плохой переносимости или развития осложнений. Это обосновывает целесообразность включения Сетегиса в комплекс этиопатогенетической терапии любых заболеваний, проявляющихся расстройствами мочеиспускания, у пожилых женщин с нарушенным обменом веществ, склонных к артериальной гипертензии. Включение в схемы обследования ЛДФ имеет существенное значение для оценки кровообращения капиллярного сосудистого русла в слизистой оболочке мочевого пузыря до и после лечения.

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ К ТЕЗИСАМ

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СТЕНКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Сизов К.А., Лушникова А.К., Неймарк А.И., Раздорская М.В.

Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии Сибирского отделения РАМН, Новосибирск

Обследованы 40 женщин с различными жалобами на нарушения мочеиспускания, которые неоднократно получали лечение по этому поводу. Первая группа была представлена 20 пациентками, которые получали традиционную комплексную консервативную терапию. Во вторую группу вошли 20 пациенток, получавших α_1–адреноблокатор Сетегис (теразозин) по 2 мг на ночь в течение 1–3 мес. Положительный эффект от консервативной терапии отметили 9 (45%) пациенток 1-й группы и 16 (80%) пациенток 2-й группы. У пациенток 2-й группы отмечена более быстрая нормализация клинических проявлений и показателей лазерной допплеровской флоуметрии (увеличение нейрогенного тонуса в прекапилляре, показателя шунтирования и индекса эффективности микроциркуляции, увеличение показателя микроциркуляции и коэффициента вариации), что свидетельствует об улучшении микрогемоциркуляции.

MICROCIRCULATION DISORDERS IN BLADDER WALL IN WOMEN WITH DISURETIC STATE

Sizov K.A., Lushnikova A.K., Neimark A.I., Razdorskaya M.V.

Research Institute of Regional Pathology and Pathomorphology SD RAMS, Novosibirsk, Russia (630117, Novosibirsk, Timakov's Str., 2)
pathol@soramn.ru

We examined 40 women with different urination disorders who had been treated several times for this reason. The first group included 20 patients who had complex conservative therapy. The second group included 20 patients who had 2 milligrams of α_1-adrenergic blocker Setegis (terazosin) every night. The treatment period was from 1 till 3 moths. The positive effect of conservative treatment was noted by 9 (45%) patients of the first group and 16 (80%) patients of the second group. The patients of the second group had a more rapid normalization of clinical manifestations and indices of the basal blood flow as it was shown by the laser doppler flowmetry data.

ЭНДОМЕТРИОЗ И БЕСПЛОДИЕ

Смольникова В.Ю., Калинина Е.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития РФ, Москва, Россия

Эндометриоз – это хроническое рецидивирующее прогрессирующее заболевание, ухудшающее качество жизни из-за болевого синдрома, эмоциональной нестабильности в связи с бесплодием, боязнью рецидива, повторного оперативного вмешательства, длительной лекарственной терапии и ее побочных эффектов. Наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста. Частота выявления эндометриоза при лапароскопии, в том числе проводимой с целью уточнения причины бесплодия, составляет 20–55%. Среди обращающихся в центры вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) для проведения ЭКО более 30% пациенток имеет НГЭ. По данным многочисленных исследований выявлены гипотетические механизмы взаимосвязи эндометриоза и бесплодия, к которым относятся: нарушение анатомии тазовых органов, эндокринные нарушения, патологические гормональные и клеточно-опосредованные функции эндометрия, изменение функции париетальной и висцеральной брюшины, патология овуляции, гиперэстрогенемия, хроническое воспаление, иммунные нарушения.

Разработана патогенетическая концепция лечения НГЭ: хирургическое вмешательство с удалением пораженной ткани (кист яичников, термодеструкция очагов эндометриоза, разделение спаек), медикаментозное воздействие с достижением антигонадотропного эффекта. Длительность медикаментозного лечения эндометриоза определяется: особенностями клинической картины заболевания и конечными целями, реализующимися в процессе лечения (улучшение качества здоровья и жизни, наступление беременности).

Кумулятивная частота наступления беременности после проведения комбинированного лечения в течение первого года ожидаемого зачатия колеблется от 50% до 20% при I–II стадии НГЭ и снижается на 4% каждый последующий год. Отказ от выжидательной тактики и проведение внутриматочной инсеминации спермой мужа/донора значительно увеличивают частоту наступления беременности и родов. Показаниями к использованию методов ВРТ непосредственно после комбинированного лечения эндометриоза являются: сочетание НГЭ с трубно-перитонеальным фактором, субфертильная сперма мужа, возраст женщины более 35 лет, безуспешность других методов лечения.

Цель исследования – разработка принципов восстановления фертильности у пациенток с эндометриозом в программе ЭКО и ПЭ.

Материал и методы исследования. В отделении вспомогательных технологий в лечении бесплодия ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрасоцразвития РФ проводилось ретроспективное исследование параметров фолликуло-, оогенеза, раннего эмбриогенеза в зависимости от возраста женщины, локализации и стадии распространения генитального эндометриоза у пациенток при проведении программ ЭКО и ПЭ с использованием различных схем стимуляции суперовуляции. В соответствии с основной целью было обследовано и проведено лечение бесплодия методом ЭКО и ПЭ с использованием «короткого» протокола с антагонистами гонадотропин рилизинг гормона (антГнРГ) и «длинного» протокола с агонистами гонадотропин рилизинг гормона (агГнРГ) протокола 536 женщинам в возрасте от 22 до 42 лет с верифицированным диагнозом НГЭ I–IV стадии распространения и сочетании НГЭ с аденомиозом (n=415) и 121 женщине с трубно-перитонеальным фактором бесплодия.

В результате проведенного исследования было показано, что НГЭ в зависимости от локализации и стадии распространения оказывает выраженное негативное влияние на активность процессов фолликуло-, оогенеза и раннего эмбриогенеза у пациенток с эндометриозом. Эффективность реализации программы ЭКО и ПЭ у женщин с НГЭ в 1,5–2 раза выше при использовании аГнРГ в сравнении с антГнРГ и колеблется от 17,1% с НГЭ IV стадии распространения до 30,4% из расчета на один перенос эмбрионов при НГЭ I–II стадии. Эффективность наступления беременности у женщин с НГЭ и аденомиозом не зависит от используемой схемы стимуляции суперовуляции и составляет 16%.

Таким образом, наличие НГЭ III, и особенно IV стадии распространения, оперативное вмешательство на яичниках, снижение их функциональных

резервных возможностей и сочетание НГЭ любой стадии распространения с аденомиозом значительно ухудшают эффективность реализации программы ЭКО и ПЭ. Факторами, повышающими эффективность реализации программы ЭКО и ПЭ у женщин с НГЭ являются: 2-х этапное комбинированное лечение заболевания до проведения программы ЭКО при III–IV ст. распространения; отказ от выжидательной тактики и проведение ЭКО и ПЭ непосредственно после завершения лечения женщинам с агрессивным рецидивирующим течением заболевания в возрасте старше 37 лет, со сниженными функциональными резервными возможностями яичников, сочетании НГЭ с аденомиозом.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ НАЛИЧИИИ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Сорокина М.Г., Дудкова Г.В., Шамина И.В.,

БУЗОО «Областная Клиническая Больница», Омск, Россия
ГБОУ ВПО ОмГМА Минздравсоцразвития России, Омск

Большой интерес представляет изучение возможности применения «Генферона» в лечении ПВИ в сочетании с сексуально-трансмиссионными заболеваниями (СТЗ) при наличии фоновой патологии шейки матки. Адекватное лечение данных инфекций ведет к ранней профилактике развития предраковых заболеваний и рака шейки матки.

Цель исследования: оценка эффективности применения «Генферона» в комплексной терапии пациенток с ПВИ при наличии фоновой патологии шейки матки.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе специализированного приема по патологии шейки матки отделения репродуктивной и перинатальной медицины ОКБ. Под наблюдением находилось 45 пациенток с ПВИ и различной фоновой патологией шейки матки. При проведении бактериоскопического исследовании мазка был выявлен нормоценоз влагалища у 1 (2,2%) женщины, бактериальный вагиноз – у 24 (53,3%), кандидозный вагинит – у 10 (22,2%), неспецифический вагинит – у 10 (22,2%) женщин. Инфекции, передаваемые половым путем, выявлены у 26 (57,7%) пациенток: микоплазмозменная инфеция – у 3 (11,5%), уреаплазменная – у 14 (53,8%), хламидийная – у 2 (7,6%), герпетическая инфекция – у 7 (26,9%) обследованных. Чаще всего ПВИ сочеталась с бактериальным вагинозом.

Результаты ПЦР-типирования ВПЧ распределились следующим образом: ВПЧ 16,18 типов выявлены у 27 (60,0%) пациентки, 31 и 33 типов выявлены у 12 (26,7%), 16 и 11 типов выявлены у 6 (13,3%). При проведении кольпоскопии у всех пациенток выявлено: цервицит– у 26 (57,7%), ацетобелый эпителий

– у 6 (13,3%), мазаика – у 7 (15,5,3%), пунктация – у 4 (8,9%), лейкоплакия – у 5 (11,1%), йодпозитивные зоны у 28 (62,2%),плоская кондилома – у 4 (8,9%), кондиломатозные разрастания на шейке – у 2 (4,4%) пациенток. При цитологическом исследовании РАР-мазков койлоциты обнаружены в 31 (70.0%) наблюдении. У 6 (13,3%) из 45 обследованных женщин с признаками ПВИ шейки матки обнаружена цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN),из них у 3 (6,6%) пациенток – cin 0 – I и у 3 – (6,6%) CIN -1–II.

До начала лечения пациентки были разделены на 2 группы – основную (30 человек) и контрольную (15 человек). Всем пациенткам проведена терапия макролидами и эубиотиками. Пациентам, входящим в основную группу в комплексную терапию были включены суппозитории Генферон 500 000 ЕД. дважды в сутки вагинально, продолжительностью 10 дней. Женщины, входящие в контрольную группу препарат Генферон не получали.

Результаты исследования и их обсуждения: после курса лечения через 3, 6 и 12 месяцев после окончания лечения у женщин входящих в основную группу в контрольных пробах ПЦР с вирусной нагрузкой была отрицательной. Эффект консервативной терапии кольпоскопически отмечался в основной группе пациенток. Нами выявлены достоверные различия эффекта от проводимой терапии в основной группе в сравнении с контрольной: уменьшение признаков цервицита – у 24 (80%; $p<0,001$) и полное отсутствие признаков цервицита – у 10 (33,3%), ацето-белого эпителия – у 14 (46,6%; $p<0,05$), мозаики – у 12 (40%; $p<0,05$), пунктации – у 10 (33,3%), иод-негативных зон – у 20 (66,7%; $p<0,01$) женщин. В то же время у больных, входящих в контрольную группу, у 5 пациенток ПВИ – оставалась положительной с умеренной вирусной нагрузкой, заметных улучшений по кольпоскопическим признакам не отмечалось: уменьшение признаков цервицита – у 2 (13,3%), ацето-белого эпителия – у 2 (13,3%), мозаики – у 1 (6,6%), пунктации – у 3 (20%), иод-негативных зон – у 4 (26,6%) женщин. Полного отсутствия признаков цервицита, плоской кандиломы и лейкоплакии отмечено не было. При цитологическом исследовании у 12 (80%) пациенток в контрольной группе сохранился койлоцитоз, в то время как в основной группе такие изменения выявлены лишь у 1 (3,3%; $p<0,05$) пациентки. У 6 женщин с признаками cin цитограмма – без признаков атипии. Исчезновение кондилом наблюдалось у всех пациенток основной группы, в контрольной группе клинические признаки кондиломатоза сохранялись в 5 случаях (33,3%, $p<0,05$) наблюдения.

Таким образом, вагинальное применение суппозиториев Генферон 500 000 ЕД. дважды в день в течение 10 дней в комплексной терапии СТЗ при наличии ПВИ и фоновой патологии шейки матки имеет высокую эффективность и дает хороший клинический результат.

ТУБЭКТОМИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОВАРИОЭКТОМИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

И.В. Станоевич, Е.А. Кудрина, А.А. Позднякова, Б.С. Аброкова

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Манифестные доброкачественные гиперпластические заболевания матки (ДГЗМ): гиперплазия эндометрия (ГЭ), миома матки (ММ), аденомиоз (АМ), являются самым частым показанием к гистерэктомии, в связи с чем, особенно актуальным становится уточнение состояния придатков матки у данного контингента больных для осуществления дифференцированного подхода к определению объема хирургического вмешательства особенно у пременопаузальной возрастной группы женщин.

В исследование включено 187 больных пременопаузального возрастного периода, подвергшихся интрафасциальной экстирпации матки с маточными трубами или придатками по поводу симптомных изолированных – 30 (16,0%) человек – или сочетанных – 157 (84,0%) человек – ДГЗМ. Средний возраст пациентов составил 49,1±2,6 лет. Наибольшую долю в подгруппе женщин с сочетанной патологией матки составили больные с сочетанием ГЭ, ММ и АМ – 65 (41,4%) и сочетанием ГЭ+ММ – 62 (39,4%). У 56% больных с ГЭ процесс носил рецидивирующий характер.

Основными жалобами явились обильные, длительные менструации, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, болезненные менструации, резко снижающие работоспособность и требующие приема анальгетиков, а также жалобы, характеризующие астенический синдром, который корреллировал ($r=0,785$; $p<0,01$) с лабораторными признаками сидеропении. Подавляющее большинство пациентов – 129 (69,0%) – предъявляли жалобы, типичные для ранних и средне временных климактерических расстройств.

При изучении наследственности, характерной чертой явилась высокая частота доброкачественных гиперпластических заболеваний/опухолей органов репродукции (ММ, эндометриоз, фиброзно-кистозная мастопатия, опухоли яичников, гиперплазия предстательной железы) у родственников первой линии родства – 88 (47,1%); злокачественных опухолей как репродуктивных – рак молочных желез, эндометрия, яичников, предстательной железы

– 35 (18,7%), так и нерепродуктивных органов – рак толстой кишки, желудка, легких и др. – 36 (19,2%).

На основании клинических и морфологических данных выявлено, что наиболее частым поражением гениталий, сочетающимся с ДГЗМ, явились хронический двусторонний сальпингоофорит и эндометрит 123 (65,8%), доброкачественные и воспалительные заболевания шейки матки 137 (73,3%), ретенционные кисты яичников 47 (25,1%), наружный генитальный эндометриоз 34 (18,2%), доброкачественные опухоли яичников 45 (24,1%), полип эндометрия 74 (39,6%).

Морфологическая картина 45 клинических наблюдений опухоли яичников свидетельствует о высокой частоте эпителиальных опухолей гонад у больных с ДГЗМ: серозные цистаденомы встретились у 29 (64,4%) больных, муцинозные – у 8 (17,8%), папиллярные без признаков инвазии – у 5 (11,1%) женщин. В трех наблюдениях (6,7%) гистологическая картина опухоли яичников соответствовала зрелой тератоме. Морфологическая картина эндометриодной кисты яичников диагностирована у 25 (13,4%) больных. Гистологическое строение ткани яичников, удаленных по совокупности показаний вместе маткой и маточными трубами (в поздней пременопаузе) помимо типичных возрастных особенностей, характеризовалось весомой частотой обнаружения очаговой гиперплазии стромы и очаговой гиперплазии тека-клеток – 26 (13,9%).

Хирургическая тактика в отношении яичников определялась индивидуально. Показаниями для пангистерэктомии в пременопаузе явилось не только наличие опухоли или эндометриодной кисты яичников, но и рецидивирующее течение ГЭ, быстрое увеличение размеров матки до значительных, а также уменьшенные размеры яичников (по данным УЗИ), клинические и эхографические признаки очаговой гиперплазии стромы яичников, эпизоды пременопаузальной олигоменорреи, отягощенный семейный онкологический анамнез, антропометрические признаки достаточной костной массы (при окружности запястья 14,1 см и более, удовлетворительном состоянии зубов, отсутствии признаков плоскорахитического таза), климактерические расстройства средней и тяжелой степени до операции, пролиферативные варианты мастопатии.

Таким образом, клинико-морфологическая характеристика больных позволяет предлагать двустороннюю тубэктомию как обязательный этап радикального хирургического лечения манифестных ДГЗМ в виду высокой пораженности воспалительными заболеваниями придатков матки данного контингента больных, а также дифференцированно подходить к выполнению симультанной овариоэктомии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ОТНОШЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ МАНИФЕСТНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ

И.В. Станоевич[1], Е.А. Кудрина[1], Е.А. Коган[2], Д.В. Залетаев[1]

1 – Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, Россия
2 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Согласно традиционному подходу к диагностике и лечению заболеваний матки, патология тела и шейки матки рассматриваются как независимо возникающие процессы, позволяющие «отделять» лечение шейки матки и тела матки, в том числе прибегать к одному из самых частых вариантов гистерэктомий в РФ – субстотальной/супрацервикальной гистерэктомии/надвлагалищной ампутации матки.

Целью исследования явилось уточнение состояния эндоцервикса у больных с манифестными доброкачественными гиперпластическими заболеваниями матки (миомой матки, гиперплазией эндометрия, аденомиозом), подвергшихся интрафасциальной экстирпации матки. Согласно предварительным методам обследования (CV-мазок, цитологическое исследование, кольпоскопия) патологии шейки матки не обнаружено. Средний возраст 118 женщин, включенных в исследование, составил 46,2±3,1 лет.

В 58 наблюдениях рутинное морфологическое исследование тканей удаленного органа дополнено определением метилирования 16 генов (MGMT, RASSF1A, MLH1, p16, GSTP, RAR, N33, CDH1, ERS(α), p21, CAV, CD44, GPX3, Rb, SFRP1 и p14) в эндоцервиксе и эндометрии. Контрольные исследования проводились с ДНК, выделенной из лимфоцитов крови обследованных. Геномную ДНК выделяли методом фенол-хлороформной экстракции. Для определения метилирования CpG-островков промоторной области исследуемых генов применяли метод метил-чувствительной ПЦР (МЧ-ПЦР).

У подавляющего большинства больных обнаружены различные варианты эндокринно-обменных нарушений (избыточная масса тела, ожирение/дефицит массы тела, дислипидемия, гиперлептинемия, нарушение толерантности к глюкозе, функциональная гиперпролактинемия) – 98 (83,1%) женщин. Анамнестическое указание на перенесенный воспалительный процесс внутренних гениталий отмечено у 71 (60,2%) пациентов. На момент операции

клинических и лабораторных признаков обострения хронических воспалительных заболеваний не выявлено.

Однако при морфологическом исследовании у 104 (88,1%) больных отмечены признаки хронического эндоцервицита – очаговая лимфоцитарно-плазмоцитарная инфильтрация, очаговый склероз/фиброз эндоцервикса; у 34 (28,8%) – очаговая микрожелезистая гиперплазия эндоцервикса.

Исследование генов RAR, N33, CDH1, ERS(α), CAV, GPX3, Rb и SFRP1 продемонстрировало отсутствие их метилирования как в образцах тканей матки, так и в лимфоцитах крови. В образцах эндоцервикса выявлено метилирование генов: MGMT – 2 (3,4%), RASSF1A – 13 (22,4%), MLH1 – 2 (3,4%), p16 – 2 (3,4%), GSTP – 2 (3,4%), p21 – 25 (43,1%), CD44 – 20 (34,5%) и p14 – 12 (20,7%); в образцах эндометрия: MGMT – 2 (3,4%), RASSF1A – 25 (43,1%), MLH1 – 2 (3,4%), p16 – 1 (1,7%), GSTP -2 (3,4%), p21 – 18 (31,0%), CD44 – 18 (31,0%) и p14 – 6 (10,3%).

Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте морфологических изменений и молекулярной патологии эндоцервикса при манифестных гиперпластических заболеваниях матки, требующих гистерэктомии; а также о низкой чувствительности используемых в настоящее время методов оценки состояния слизистой оболочки канала шейки матки в отношении хронического эндоцервицита и микрожелезистой гиперплазии эндоцервикса.

Таким образом, операцией выбора при наличии показаний к гистерэктомии следует считать экстирпацию матки.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ У ЖЕНЩИН

Стеняева Н.Н.[1,2], Аполихина И.А.[1,3]

1– ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва
2 – ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва
3 – Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Эндометриоз – широко распространенное малоизученное заболевание, клинически проявляющееся хроническими тазовыми болями (ХТБ), диспареунией, дисменореей, бесплодием. Выраженность симптоматики эндометриоза зачастую не связана с распространенностью процесса. Симптомное течение эндометриоза нередко приводит к расстройствам психического здоровья женщин, нарушению сексуального функционирования пары.

Цель: Изучить клинические варианты формирования сексуальных нарушений, особенности сексуального функционирования в паре при симптомном течении эндометриоза у женщин.

Материалы и методы: клиническую выборку составили 34 пациентки с Э, проходившие лечение в ФГБУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова» МЗ и СР России с 2009 по 2011 гг. Выделены 2 группы: первую группу составили 15 пациенток с проявлениями ХТБ в возрасте 32,6±4,7 лет и вторую – 19 больных с бесплодием в возрасте 36,3±6,2 лет. Применялись клинико-психопатологический, клинико-сексологический, статистический методы и экспериментальные психологические методики, включавшие обследование партнеров пациенток и партнерской ситуации.

Результаты: у всех пациенток в 1 группе выявлены сексуальные нарушения. В структуре сексуальных расстройств преобладали глубокая диспареуния (86,7%), коитальная аноргазмия (80,0%), сопровождавшиеся семейно-сексуальной дисгармонией (93,3%). Пациентки уклонялись от интимной близости – как от половых контактов, так и экстрагенитальных форм парной половой активности. У партнеров пациенток наблюдалось снижение уровня избирательного сексуального влечения, дезактуализация сексуальной жизни в паре, значительно урежались попытки интимной близости. Во 2 группе у пациенток в структуре сексуальных нарушений доминировали гиполибидемия (84,2%) и коитальная аноргазмия (63,1%), проявлявшиеся на фоне тревожно-депрессивных состояний. У пациенток обнаруживалось смещение мотивации сексуальной активности с рекреационной составляющей сексуальности на прокреационную, что приводило к дезадаптации сексуальных отношений в паре и к снижению качества жизни в целом. В то же время партнеры пациенток разделяли идею о необходимости беременности, включались в диагностические и лечебные мероприятия по восстановлению фертильности, оказывали необходимую поддержку пациенткам, что сохраняло межличностные отношения и супружество.

Выводы: При симптомном течении эндометриоза с проявлениями ХТБ в структуре сексуальных расстройств у женщин выявлены глубокая диспареуния (86,7%), коитальная аноргазмия (80,0%), сопровождавшиеся семейно-сексуальной дисгармонией (93,3%).

При бесплодии на фоне эндометриоза преобладали гиполибидемия (84,2%) и коитальная аноргазмия (63,1%), сочетавшиеся с тревожно-депрессивными состояниями.

Вовлечение супружеской пары в целом в лечебные мероприятия по поводу бесплодия способствует сохранению межличностных отношений и супружества.

Таким образом, симптомное течение эндометриоза приводит к значительному нарушению сексуального здоровья женщин, дезадаптации супружеских отношений, к снижению качества жизни обоих партнеров.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА КАП-ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Супонева Л.Н., Семивеличенко Т.Н., Константинова О.Д.

Муниципальная городская клиническая больница №2, г. Оренбург, Россия

Наиболее частой и значительной причиной бесплодия супружеской пары являются воспалительные заболевания половых органов у мужчин и женщин, на фоне которых нарушаются все звенья репродуктивной системы: оплодотворение, продвижение яйцеклетки по маточным трубам, нидация ее в слизистую оболочку полости матки, где происходит дальнейшее развитие зародыша. У этой категории пациентов нередко возникает необходимость оперативного вмешательства на органах малого таза, как с целью диагностики, так и лечения имеющейся патологии. Это может приводить к нарушению кровообращения и образованию спаечного процесса в брюшной полости, что еще более усугубляет проблему бесплодия. В настоящее время, в условиях активного и широкого применения антибактериальных препаратов, встает вопрос об альтернативном лечении, снижающем лекарственную нагрузку на организм и оказывающем восстанавливающее действие на детородные органы.

Таким требованиям отвечает терапия с использованием природных и преформированных физических факторов. В Отделении планирования семьи ММУЗ МГКБ №2 для лечения заболеваний репродуктивной системы у мужчин и женщин широко используется физиотерапевтический аппаратно-программный комплекс «Андро-Гин».

Особенность его действия заключается в комплексном воздействии на пациента взаимопотенциирующими энергиями (низкочастотная электростимуляция, нейростимуляция, лазерное излучение, постоянное магнитное поле, цветоимпульсные воздействия) с целью достижения противовоспалительного, трофостимулирующего, вазопротективного, иммуномоделирующего, обезболивающего и центрального регулирующего эффекта.

Важным достоинством комплекса является возможность внутриполостных воздействий, повышающих результативность лечения за счет близости к патологическому очагу.

Положительным при лечении аппаратом «Андро-Гин» является еще эффект «последействия», т.е. сохранение лечебного воздействия токов на ткани организма в течение нескольких месяцев после окончания курса лечения в количестве 10–15 процедур.

За два года (2008–2010 гг.) в Отделении планирования семьи МГКБ №2 было пролечено аппаратно-программным комплексом «Андро-Гин» 329 человек, из них 232 женщины и 97 мужчин.

16 человек (5%) из общего количества пролеченных получили повторные курсы данного вида физиотерапии через 6 месяцев.

Возраст пациентов от 18 до 40 лет, средний возраст большинства пролеченных – 27,5 лет.

Основным показанием для лечения мужчин было бесплодие на фоне различных заболеваний (хронический простатит, цистит, эректильная дисфункция, нарушения сперматогенеза и др.) – 79 человек (81%).

18 человек (19%) пролечены с целью реабилитации после перенесенных воспалительных процессов урогенитального тракта специфической и неспецифической этиологии без нарушения репродуктивной функции.

Показаниями для лечения женщин на аппарате «Андро-Гин» были диагнозы:

– генитальный инфантилизм – 51 человек (22%);

– нарушения менструального цикла – 19 человек (8%);

– хронические воспалительные заболевания урогенитального тракта – 42 человека (18%);

– послеоперационные состояния по поводу трубной беременности, апоплексии яичника, разъединения спаек малого таза – 20 человек (9%).

У 100 женщин из 232 пролеченных(43%) было диагностировано бесплодие в сочетании с вышеперечисленными заболеваниями.

Курс лечения составлял от 10 до 15 процедур ежедневно или через день.

Данные клинических наблюдений и лабораторного мониторинга свидетельствовали о хорошей переносимости процедур, отсутствии осложнений на проводимое лечение. Выявлено позитивное влияние физических стимулов на клинические проявления заболеваний урогенитального тракта и динамику лабораторных показателей.

Эффективность лечения определялась:

– по наступлению беременности в течении 6–7 месяцев после проведённой физиотерапии – 64 беременности (36%);

– по клиническим проявлениям гинекологических и урологических заболеваний (исчезновение болевого синдрома, восстановление менструального цикла) – 296 человек (90%);

– по восстановлению или улучшению сперматогенеза (по данным спермограммы) – 31 человек (32%);

– по уменьшению степени гипоплазии матки (по данным УЗИ) – 95 человек (41%).

Из побочных эффектов в процессе лечения наблюдались головные боли в результате гипотонического действия токов (у 29 человек – 9%), периодические боли и чувства напряжения внизу живота после первых процедур и исчезающие к концу лечения (71 человек – 22%), что имеет место при любом виде физиотерапии.

Таким образом, применение аппаратно-программного комплекса «Андро-Гин» позволяет повысить эффективность лечения воспалительных заболе-

ваний и ряда других болезней репродуктивной системы мужчин и женщин, расширить возможности профилактических мероприятий после операций на половых органах, уменьшить медикаментозную нагрузку на организм. В репродуктивной гинекологии предлагаемая технология способствует повышению частоты наступления и вынашивания беременности, в том числе при использовании ЭКО и ПЭ.

КРЕМНИЕВЫЕ НАНОЧАСТИЦЫ ДЛЯ БОРЬБЫ С ОПАСНЫМИ ВИРУСАМИ

Сухих Г.Т.[1], Гайдарова А.Х.[2], Осминкина Л.А.[3], Шевченко С.Н.[3], Тимошенко В.Ю.[3], Кашкаров П.К.[3], Шиловский И.П.[4], Хаитов М.Р.[4], Корнилаева Г.В.[5], Карамов Э.В.[5]

1– ФГБУ НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, Минздравсоцразвития России, Москва
2 –ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии», Минздравсоцразвития России, Москва
3 – Физический факультет Московского Государственного Университета им. М.В. Ломоносова, Москва
4 – ФГБУ «ГНЦ Институт Иммунологии» ФМБА России, Москва
5 – НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН, Москва

В настоящее время ученые стоят на пути к открытию новых, совершенно иных методов подавления активности вирусных инфекций – с помощью различных типов наночастиц. В первую очередь данные исследования направленны на изучение взаимодействия наночастиц с наиболее часто встречающимися и опасными вирусами. Так, по оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, в конце 2008 года в мире насчитывалось около 33,4 миллиона человек с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В этом же году около 2,7 миллиона человек приобрели инфекцию и 2 миллиона человек, в том числе 280 000 детей, умерли от синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа). Однако наиболее известные и часто встречающиеся у людей заболевания связаны с респираторными инфекциями. Одним из возбудителей таких инфекций является респираторно-синцитиальный вирус (РСВ). РСВ быстро передается от человека к человеку воздушно-капельным путем и вызывает инфекции верхних и нижних дыхательных путей. РСВ является наиболее частой причиной заболевания людей, и в особенности детей.

В настоящей работе впервые продемонстрировано вирулицидное действие кремниевых наночастиц (SiNP) по отношению к ВИЧ и РСВ.

Использование SiNP обусловлено доказанными их свойствами биосовместимости и биодеградируемости, доступностью их получения в масштабах,

необходимых не только для проведения единичного эксперимента, но и для создания медицинских препаратов на их основе.

Впервые в in-vitro экспериментах показано вирулицидное свойство кремниевых наночастиц по отношению к PCB штамм «Long» и ВИЧ штамм «HIV-1_{BRU}». Представлены данные, демонстрирующие снижение вирусной активности на 90–100% при концентрациях от 0,5 до 0,125 мг/мл (в зависимости от типа наночастиц). Следует особо отметить, что SiNP не проявляли цитотоксических свойств при данных концентрациях.

На основании данных in-vitro, а также данных микроскопических исследований взаимодействия вирусов и наночастиц, предложен механизм вирулицидного действия SiNP, согласно которому вирусы буквально облепляются наночастицами, теряя при этом способность к заражению клеток.

Отметим, что представленные результаты имеют как научное, так и социальное значение. Так, на основе SiNP могут быть созданы микробициды – препараты, способные снижать риск заболевания не только бактериальных и вирусных инфекций передающихся половым путем, но и ВИЧ-инфекций..

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗД В СОЧЕТАНИИ ГИСТЕРОСКОПИИ С БИОПСИЕЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Сушинская Н.А., Новикова И.В., Никитина Л.П., Калашников А.С., Николаев П.А.

Буджетное учреждение «Новочебоксарский городской перинатальный центр» МЗСР ЧР, Россия

Актуальность: применение современных УЗ методик, гистероскопии в сочетании с гистологическим исследованием материала повышает точность диагностики гиперпластических процессов эндометрия. Комплексное применение методик способствует раннему выявлению предраковых состояний эндометрия и помогает определить дальнейшую тактику наблюдения и лечения пациентов.

Цель: оценить эффективность УЗД при выявлении гиперпластических процессов эндометрия при последующем подтверждении гистероскопией и гистологией.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ 163 историй женщин (32–68 лет, средний возраст 35,4 лет), прошедших УЗИ и гистероскопию на базе БУ «Новочебоксарский городской перинатальный центр» за 2011 гг. Исследования проводились на аппаратах: Phillips HD3, Sonoace X8 (Medison) – TV датчиком, ЦДК. При эхографии оценивали размеры, состоя-

ние матки и яичников. Основным параметром оценки эндометрия остается измерения его толщины. Проводили качественную оценку кровоснабжения по количеству цветовых сигналов от сосудов новообразования.

Клиническими критериями отбора являлись болевой синдром, полименорея, межменструальные и постменопаузальные метроррагии.

На УЗИ оценивались показатели 1) в репродуктивном возрасте толщина эндометрия превышающая соответствующие показатели менструальному циклу, локальные образования эндометрия; 2) в менопаузе – толщина эндометрия более 5 мм и любые гипертрофические элементы, даже на фоне нормальной толщины эндометрия.

При гистероскопии и гистологической верификации у 55,2% (n=90) больных гиперплазия подтвердилась, чаще были сочетания патологии: а) гиперплазия эндометрия+полип; б) наличие полипов различной гистологической структуры; в) полип и очаговый аденоматоз; г) полип и субмукозная миома. В остальных случаях (44,8%) – гистероскопия выявила патологию: эндометрит (3,6%), хронический эндометрит (3,6%), атрофический эндометрий (7,3%), кистозно-атрофический эндометрий (1,8%), внутриматочные синехии (6,1%), субмукозные миомы (4,3%), сгустки крови (1,2%). В четырёх случаях у пациенток с локальной гиперплазией выявлена аденокарцинома (2,4%), в двух случаях – очаговая дисплазия 1–2 степени (1,2%). В трех случаях (1,8%) патология не подтверждена.

Заключение: современная аппаратура позволяет выявить гиперпластические процессы эндометрия на ранних стадиях (98,2%), но т.к. УЗД метод не проводит морфологический диагноз во всех случаях требуется инвазивная диагностика.

Выводом нашего исследования – рекомендация гинекологам в необходимости 100% охвата УЗД ОМТ всех женщин с 20 лет (с кратностью не реже 1 раза в год) с целью ранней диагностики гиперпластических процессов эндометрия и дальнейшего превентивного обследования пациенток на воспалительные и онкозаболевания эндометрия в случае выявления несоответствия толщины эндометрия по возрасту и циклу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ IIA–IIIB СТАДИИ ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Танривердиева Э.К., Жордания К.И., Захарова Т.И.

Российский онкологический научный центр им.Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Цель: Целью настоящего исследования является изучение эффективности лечения больных железисто-плоскоклеточной формой рака шейки (ЖПРШМ) матки II–III стадиях.

Материалы и методы: Материалом исследования являются данные о 156 больных. Из них 56 больных ЖПРШМ, сравниваемая группа (I) – 50 больных аденокарциномой (АкШМ) и сравниваемая группа (II) – 50 больных плоскоклеточным раком шейки матки (ПлРШМ). 55% были стадированы IIA, IIB, IIIA и IIIB стадией. Оценку стадии заболевания на послеоперационном этапе проводили в соответствии с международной классификацией TNM (2002 г.) и классификацией FIGO. Все больные получали лечения в отделениях ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН в 1981–2005 гг.

Результаты: Оценка эффективности видов противоопухолевого лечения II–III стадией заболевания показала, что комбинированная терапия ЖПРШМ достоверно менее эффективна, чем аналогичное лечение плоскоклеточного рака и аденокарциномы шейки матки. В основной группе прогрессирование заболевания было у 48,2% больных, смертность – 33,9%. В группе больных ПлРШМ и АкШМ прогрессирование было 22% и 24% соответственно. При исследовании выживаемости пациентов с запущенными стадиями, гистологическое строение ЖПРШМ было связано со значительным снижением медианы выживаемости и общей выживаемости. 1-летняя безрецидивная выживаемость больных ЖПРШМ, получивших комплексное лечение, составила 10,9±14,6%, медиана выживаемости – 6,7 мес., у больных плоскоклеточной формой рака 50±20,4%, медиана выживаемости – 10,5 мес., а у больных аденокарциномой шейки матки 31,2±25,2%, медиана не достигнута. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость больных II–III стадиях ЖПРШМ 58,0±11,7% (медиана 67,3 мес.) и 46,3±9,4% (медиана 35,8 мес.) соответственно, у больных АкШМ 61,8±9,1% и 52,9±11,8% (медиана 72,1 мес.), у больных ПлРШМ 66,3±8,8% и 60,0±9,2% соответственно.

Выводы: При IIA–IIIB стадиях выживаемость больных ЖПРШМ хуже, 46,3±9,4% (медиана 35,8 мес.), чем при АкШМ 52,9±11,8% (медиана 72,1 мес.). Плоскоклеточный рак шейки матки имеет более благоприятный прогноз, чем аденокарцинома и железистоплоскоклеточный рак шейки матки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ ФОРМОЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ IA1–IB2

Танривердиева Э.К., Жордания К.И., Захарова Т.И.

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Цель: Целью настоящего исследования является изучение эффективности лечения больных железисто-плоскоклеточной формой рака шейки (ЖПРШМ) матки IA1–IB2 стадиях.

Материалы и методы: Основную группу исследования составили 56 больных железисто-плоскоклеточным раком шейки матки. Вторую группу составили 50 больных аденокарциномой (АкШМ) и третью группу – 50 больных плоскоклеточным раком шейки матки (ПлРШМ). Все больные получили лечение в ГУ РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН в 1981–2005 гг.

Результаты: Оценку стадии заболевания на послеоперационном этапе проводили в соответствии с международной классификацией TNM (2002 г.) и классификацией FIGO. У 45% больных были диагностированы IA1 по IB2 стадии во всех трех группах. У больных ЖПРШМ и ПлРШМ преобладали опухоли IB1 стадией (30,4% и 36% соответственно). С IB1 стадией только хирургическое лечение во всех трех группах получило 23% больных, а комбинированное – операция лучевая терапия получили 77% больных. В основной группе прогрессирование заболевания было у 40,9% больных, смертность – 31,8%. В группе больных ПлРШМ и АкШМ прогрессирование было 6,7% и 5,6% соответственно. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость больных IA1 по IB2 стадиях у ЖПРШМ составила 63,6±11,0% и 58,9±11,2% (медиана 93,5 мес.) соответственно, у больных АкШМ – 78,0±8,8% и 74,7±9,6%, а у больных ПлРШМ 89,1±6,0% и 87,2±6,4% соответственно. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость больных ЖПРШМ, получивших только хирургическое лечение, составила 26,4±22,6% и 26,3±22,5%, у больных АкШМ 31,5±14,0% и 29,6±13,9% соответственно. А в группе ПлРШМ оба показателя были 68,6±16,3%.

Выводы: С учетом полученных результатов можно сделать вывод о том, что при ранних стадиях заболевания выживаемость больных железистоплоскоклеточной формой рака шейки матки, не отличается от выживаемости больных аденокарциномой шейки матки (26,3±22,5% и 29,6±13,9% соответственно), эффективность лечения была значительно хуже, чем при ПлРШМ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

Частота встречаемости гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе составляет 60–76% в структуре гинекологической патологии. Одним из основных факторов риска развития данной патологии

в перименопаузальном периоде является метаболический синдром (МС). Известно, что у пациенток с МС развивается длительная и монотонная эстрогенная стимуляция эндометрия, что приводит к значительному усилению пролиферации эндометрия и составляет основу его гиперплазии.

В настоящее время гистерорезектоскопия, по праву считается прогрессивным методом хирургического лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Однако, данный метод лечения не всегда оказывается эффективным, особенно, у пациенток с ожирением, в виду продолжающейся эстрогенной стимуляции. В связи с этим, мы считаем целесообразным, при рецидивировании гиперплазии эндометрия у женщин с метаболическим синдромом, применение сочетания гистерорезекции (аблации) эндометрия с двухсторонней аднексэктомией лапароскопическим доступом.

Целью исследования явилось усовершенствование метода лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе у женщин с метаболическим синдромом

Обследовано 124 женщины с метаболическим синдромом в возрасте от 40 до 52 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия при наличии противопоказаний к гормональной терапии. Средний возраст пациенток составил 48,22±1,05 лет. Предъявляли жалобы на различные нарушения менструальной функции: в виде гиперполименорреи (54,8%), альгоменореи (14,6%), ациклических маточных кровотечений (30,6%).

Установлено, что у всех обследованных женщин имеет место сопутствующая экстрагенитальная патология, в том числе: сахарный диабет – 12 (9,7%); варикозная болезнь нижних конечностей – у 15 (12,1%); гипертоническая болезнь – у 75 (60,5%); заболевания желудочно-кишечного тракта (включая патологию печени) наблюдались у 22 (17,7%) пациенток. Избыточная масса тела выявлена у 18 (14,5%) пациенток, у 106 (85,5%) – ожирение различной степени выраженности.

В работе использованы общеклинические, биохимические, эхографические методы исследования. Всем больным было выполнено раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием препаратов.

В результате исследования было обнаружено у 31 (25%) пациенток полипы эндометрия, у 68 (54,8%) – диффузная и очаговая гиперплазия эндометрия, у 25 (20,2%) пациенток отмечено сочетание полипов с гиперплазией эндометрия. Данные гистероскопии подтверждены результатами гистологического исследования: железистая гиперплазия эндометрия диагностирована у 42.7%, железисто-фиброзные и фиброзные полипы эндометрия у 28,2%, аденоматозные полипы эндометрия у 7,4%, атипическая гиперплазия эндометрия у 21,7% пациенток.

Учитывая наличие противопоказаний к гормонотерапии, всем больным проведена одномоментная двусторонняя аднексэктомия лапароскопическим доступом в сочетании с гистерорезектоскопией или аблацией эндометрия. Операции проведены с использованием эндоскопической техники фирмы «Karl Storz» (Германия). Электродеструкцию эндометрия производили

петлевым или шариковым электродом резектоскопа, электрическим током, мощностью 80–100 ВТ. Длительность хирургической операции варьировала от 10 до 30 минут (составив в среднем 20,63±2,05 мин). Результаты оперативного вмешательства оценивали через сутки, и через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев с момента операции.

Данный метод лечения оказался эффективным у 120 (96,7%) женщины. У 4 пациенток, имеющих отягощенный преморбидный фон (ожирение II или III степени в сочетании с гипертонической болезнью) сохранялись мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение двух месяцев после оперативного вмешательства, без патологических изменений эндометрия по данным УЗИ и аспирата из полости матки.

Таким образом, проведение двусторонней аднексэктомии лапароскопическим доступом в сочетании с аблацией эндометрия позволяет достичь значительной эффективности лечения рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия у женщин с метаболическим синдромом в перименопаузе.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Ткаченко Л.В., Гриценко И.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

Апоплексия яичника и связанные с ней оперативные вмешательства вызывают нарушения репродуктивной функции, оказывая негативное воздействие на процессы овуляции и на развитие спаечной болезни органов малого таза.

Цель исследования: разработать алгоритм немедикаментозного восстановления репродуктивной функции женщин после оперативного лечения апоплексии яичника.

Материал и методы исследования: нами обследовано 60 пациенток, перенесших оперативное лечение по поводу апоплексии яичника. Возраст наблюдаемых варьировал от 15 до 45 лет, но средний возраст составил 26,4±1,2. Оперативное вмешательство в экстренном порядке выполнено у 72% женщин, в экстренно-плановом у 28% женщин.

Нейроэндокринные нарушения выявлены в виде ожирения у 24,3%, диспротеинемии у 26,7%, гиперпролактинемии у 21,7% пациенток.

Характеристика менструального цикла после оперативного лечения была следующей: аменорея развилась у 6 (10%) пациенток, олигоменорея – у 13,3%. У остальных женщин циклическая ритмичность менструаций была сохранена, но у 18,3% она была с устойчивой ановуляцией, а у 26,6% – с недостаточностью лютеиновой фазы.

Немедикаментозную реабилитацию репродуктивной функции в послеоперационном периоде проводили при помощи аппарата «АМО-АТОС-Э», которая включала в себя электростимуляцию гипоталамо-гипофизарной системы с использованием битемпоральных электродов имеющихся на ленточных фиксаторах приставки «ОГОЛОВЬЕ», одновременно осуществлялась магнитотерапия, путем расположения парного призматического излучателя в области проекции яичников. Время экспозиции составило 15 мин, частота модуляции 16 Гц, число сеансов 10.

Эффект проведенной терапии оценивали по данным гормонального исследования, УЗИ-мониторинга овуляции и восстановления ритмичности менструального цикла.

Оценивая ультразвуковую картину яичников с применением цветного допплеровского картирования и допплерометрии, в первые две недели лосле оперативного лечения овариальный кровоток был нарушен, измеряя МСС были получены результаты: 9,1–10,0 см\сек. После проведения реабилитации значения показателей овариального кровотока у 88% пациенток соответствовали норме: максимальная систолическая скорость (МСС) в артериях стромы яичников была: 18,2–19,1 см\сек, что соответствует произошедшей овуляции. Анализ гормонального статуса после проведения реабилитационной терапии показал, что у 72% наблюдаемых произошло восстановление уровня пролактина, нормализация показателей концентрации эстрадиола и прогестерона в лютеиновую фазу цикла, восстановление менструальной функции в 76,5%, овуляции в 71,1% и наблюдение в течении 6 месяцев показало наступление беременности у 14 из 21 планировавших беременность.

Таким образом, предлагаемая немедикаментозная методика позволяет достичь более щадящее и раннее восстановление репродуктивной функции у женщин после оперативного вмешательства на яичниках.

ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОЦЕНОЗА У ДЕВОЧЕК ПЕРИОДА РАННЕГО ДЕТСТВА

Уварова Е.В., Намазова-Баранова Л.С., Трофимов Д.Ю., Донников А.Е., Батырова З.К.

ФБГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

Сращение малых половых губ между собой в популяции встречается по данным одних авторов у 0,6–3,0% девочек (Bacon JL 2002). Другие же исследователи указывают более высокую частоту заболеваемости 21,3–38,9%. (B. Schroder 2000; Myers et al 2006).

Частота рецидивов составляет от 14 до 39% по данным различных авторов (Muram D 1999;Kumetz et al 2006;).

Структура микробиоценоза влагалища у девочек периода раннего детства описана в единичных работах. Патогенетическая роль конкретного микробного агента в возникновении сращений малых половых губ не изучена и не имеет доказательной базы.

Цель: Проанализировать особенности влагалищного биоценоза у девочек периода раннего детства со сращениями малых половых губ и без них.

Материал и методы: Было проведено исследование 25 девочек в возрасте от 0 до 3 лет. Все отобранные пациентки были разделены на две группы. В первую вошли соматически здоровые девочки. Вторую группу составили девочки с диагностированными синехиями малых половых губ без признаков острой задержки мочи и воспаления вульвы и влагалища. Взятие биоматериала осуществлялся путем соскоба поверхностного слоя эпителия как из глубины влагалища так и с поверхности малых половых губ акриловым зондом (ЗГУ-«ЦМ» ООО Центрмед). Состояние влагалищного биоценоза было изучено методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени с помощью комплекта реагентов «ФЕМОФЛОР» («ДНК-Технология». Россия). Микробиологический состав влагалища составлял анализ: общей бактериальной массы, факультативно-анаэробных, облигатно-анаэробных микроорганизмов, микоплазм, дрожжеподобных грибов.

Результаты: У новорожденных девочек количество микроорганизмов находилось ниже порога чувствительности метода. Через 5–7 сутки после рождения происходило заселение исследуемых биотопов, при этом качественный и количественный состав микрофлоры влагалища и малых половых губ были практически идентичными. В группе контроля микрофлора влагалища при наличии незначимого количества бифидобактерий, была преставленна факультативно-анаэробными микроорганизмами в количестве 10^3–10^4 ГЭ/обр. А также некоторыми представителями облигатно-анаэробных микроорганизмов (Eubacterium spp.; Peptostreptococcus spp.) в количестве 10^4–10^5 ГЭ/обр.

У всех девочек с синехиями малых половых губ преобладали анаэробные ассоциации микроорганизмов. При отсутствии во флоре влагалища и малых половых губ лактобактерий преобладали облигатно-анаэробные микроорганизмы в количестве 10^7–10^8 ГЭ/обр. Чаще выявляли группу Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp.

Выводы: ПЦР-исследование с детекцией результатов в режиме реального времени с помощью комплекта реагентов «ФЕМОФЛОР» позволяет более полноценно детализировать многочисленные микроорганизмы создающие влагалищную биопленку не только количественно, но и качественно.

У новорожденных девочек количество микроорганизмов минимально. Через 5–7 сутки после рождения происходит микробное заселение вульвы и влагалища при этом качественный и количественный состав их практически идентичен. Микрофлора влагалища у девочек периода раннего детства характеризуется отсутствием лактобактерий и наличием скудного количе-

ства бифидобактерий, а в общей своей массе представлена как факультативно-анаэробными микроорганизмами так и некоторыми представителями облигатно-анаэробных в соотношении 1:2.

Микрофлора влагалища у девочек со сращениями малых половых губ выполнена в основном за счет облигатно-анаэробных микроорганизмов. Чаще группой Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp.

VARIABILITY OF VAGINAL BIOCENOSIS AMONG PREPUBERTAL GIRLS WITH AND WITHOUT LABIAL ADHESIONS. PILOT-STUDY

Batyrova Z.K.; Uvarova E.V., MD; Namazova L.S., MD; Trofimov D.J., MD; Donnikov A.E.,Batyrova Z.K.

Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V.I. Kulakov Ministry of Medical Care and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia

Quantity of microorganisms in newborn girls vagina is minimal. At 5–7 days after birth begins microbial population of the vulva and vagina, their qualitative and quantitative composition almost identical.

The microflora of the vagina in prepubertal girls characterized by the absence of lactobacilli and minimal presence of bifidobacteria, but in general mass is represented as a facultative anaerobic microorganisms and some representatives of the obligately anaerobic in ratio 1:2.

Vaginal microflora in prepubertal girls with labial adhesions is mainly represented by obligate anaerobic microorganisms. Most often a group of Gardnerella vaginalis + Prevotella bivia + Porphyromonas spp.

ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ МАТКИ

Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Гатагажева З.М., Шаваева В.А, Залиханова Л.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия
ООО Клиника «Элифия», Нальчик, Россия

Принципы профилактики и ранней диагностики патологии шейки матки в России ориентированы на женские консультации. Патология шейки матки имеет большой удельный вес в структуре гинекологических заболеваний, при этом доброкачественные изменения составляют более 80% (Кулаков В.И., Прилепская В.Н., 2002). Ранняя диагностика патологии шейки матки представляет актуальность как для онкологов, так и для акушеров-гинекологов.

Целью нашего исследования явилась оценка состояния шейки матки при пролиферативных процессах матки.

Под нашим наблюдением находилось 55 пациенток с пролиферативными процессами матки в возрасте от 20 до 45 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование: сбор жалоб, анамнеза, проведение клинических, биохимических анализов, цитологическое исследование, кольпоскопия, микроскопия влагалищных мазков, УЗИ, ЦДК органов малого таза, гистероскопия, диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки (по показаниям), УЗИ, микроволновая радиотермометрия, маммография (по показаниям), консультация маммолога.

Средний возраст пациенток составил 34,4±2,5 года. В структуре гинекологической заболеваемости у 32,7% обследованных женщин диагностирована миома матки, у 50,9% – аденомиоз тела матки, у 16,4% – гиперплазия эндометрия. У каждой второй пациентки было сочетание пролиферативных процессов матки. Осмотр шейки матки и кольпоскопическое исследование выявили наличие патологии шейки матки у 80% женщин. В структуре патологии шейки матки: эндо- и экзоцервициты (36,4%), эктопия шейки матки (33,3%), рубцовая деформация шейки матки (15,4%), гипертрофия и дисплазия шейки матки I и II степени – по 12,7%. Пациенткам с цервицитами, эктопией и дисплазией шейки матки проведена ПЦР-диагностика инфекций, передаваемых половым путем, у 56,7% из которых выявлены ИППП. В структуре выявленных инфекций: урогенитальный хламидиоз (11,8%), микоплазмоз (17,6%), уреаплазмоз (64,7%), гарднереллез (70,6%), цитомегаловирусная инфекция (5,9%), вирус папилломы человека 16 и 18 типов (17,6%), вирус простого герпеса (11,8%). Микстинфекция выявлена в 76,5% случаев. ВПЧ высокого онкогенного риска в сочетании с хламидийной и герпетической инфекцией выявлены у пациенток с дисплазией эпителия шейки матки I–II степени.

При анализе результатов цитологического исследования установлено, что у 63,6% пациенток нормальная цитологическая картина, у 32,7% – цитологи-

ческая картина воспаления, 3,6% цитологическая картина дисплазии I степени. Результаты гистологического исследования соскоба и биоптата выявили в 12,7% случаев цервикоз, в 7,3% – дисплазию шейки матки I и II степени, в 5,5% – полип цервикального канала.

Таким образом, проведенные исследования позволили выявить высокую частоту патологических процессов шейки матки у женщин с пролиферативными процессами репродуктивной системы. Профилактические мероприятия должны быть направлены на более углубленное обследование ВПЧ-инфицированных женщин высокого онкологического риска. Комплексное использование цитологического, кольпоскопического и гистологического исследования, молекулярно-биологических тестов, своевременное лечение патологии шейки матки, позволит предотвратить случаи предрака и рака шейки матки.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Берхамова Э.Р.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия
ООО «Клиника Элифия», Нальчик, Россия

Одной из актуальных проблем современной гинекологии являются пролиферативные процессы женских репродуктивных органов. Наиболее распространенными заболеваниями, локализованными в этих органах, имеющими выраженный пролиферативный компонент, относятся мастопатия, миома матки, эндометриоз и другие. Частое сочетание этих патологических процессов негативно влияет не только на состояние репродуктивного здоровья, но и значительно снижает качество жизни женщины. Поиск новых методов терапии доброкачественных заболеваний молочных желез, миомы матки и эндометриоза представляет несомненный интерес.

Целью настоящего исследования явилось оценка эффективности Индол-3-карбинола и Эпигаллокатехин-3-галлата у женщин репродуктивного возраста с мастопатией в сочетании с миомой матки, эндометриозом и гиперпластическими процессами эндометрия.

Материалы и методы: обследовано 75 женщин с мастопатией в сочетании с миомой матки, эндометриозом и гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте от 22 до 48 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование: сбор жалоб, анамнеза, проведение клинических, биохимических анализов, цитологическое исследование, кольпоскопия, микроскопия влагалищных мазков, УЗИ, ЦДК органов малого таза, гистероскопия, диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки (по

показаниям), УЗИ, микроволновая радиотермометрия, пункционная биопсия кист и узловых образований молочных желез, цитологическое исследование пунктата, маммография (по показаниям), консультация маммолога.

Средний возраст пациенток с мастопатией составил 34,3±3,1 лет. У 80% пациенток имелись различные нарушения менструального цикла. В первом браке состояли 64% женщин, во втором – 16%. Каждая пятая пациентка не состояла в браке. В анамнезе больных выявлен ряд особенностей: бесплодие – у 12% пациенток, аборты были у 66,7%, воспалительные заболевания матки и придатков – у 21,3%, патология шейки матки отмечена у 24%, миома матки у 30,6%, эндометриоз у 50,7% пациенток. Каждая четвертая пациентка имела избыточную массу тела. Наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями отмечена у 22,7% больных. По данным УЗИ и маммографии у пациенток выявлена мастопатия с преобладанием железистого компонента (26,7%), фиброзного (17,3%), кистозного компонента (18,7%). В 68% наблюдений отмечена диффузная фибнозно-кистозная, у 5 пациенток имелось сочетание с узловой формой фиброзно-кистозной мастопатии. В 2 наблюдениях диффузная мастопатия сочеталась с фиброаденомой (ФА).

Все пациентки принимали Индинол и Эпигаллат по 2 капсулы каждого препарата 2 раза в день во время еды в суточной дозе 400 мг и 180 мг соответственно в течение 6 месяцев. Контроль эффективности лечения проводился на основании клинического обследования, УЗИ органов малого таза и молочных желез каждые 6 месяцев в течение года, рентгенологическая маммография через 12 месяцев.

Через 3 месяца на фоне проводимой терапии, у каждой второй больной с преобладанием железистого и железисто-кистозного компонентов отмечался положительный клинический эффект в виде улучшения самочувствия, купирования масталгии и мастодинии. Отмечалось восстановление нормального ритма менструаций, уменьшение количества теряемой крови и длительности менструаций. Через 6 месяцев приема Индинола и Эпигаллата у 81,3% женщин полностью купировалась масталгия, нормализовался характер менструального цикла, улучшилось качество жизни. По данным УЗИ и маммографии в тканях молочной железы выявлены уменьшение инфильтрации, восстановление архитектоники и эхогенности, а также уменьшение размеров кист. В случаях с фиброаденомой молочной железы в конце 3 месяца лечения по данным УЗИ отмечена стабилизация размеров образования, а по истечении 6 месяцев лечения – средний внутренний диаметр образования составил до 10 мм. Кроме того, клинически и по данным УЗИ и ЦДК органов малого таза отмечены уменьшение размеров матки и миоматозных узлов у 76% пациенток, регресс эндометриоидных гетеротопий – у 64% пациенток.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали клиническую эффективность Индинола и Эпигаллата при лечении пролиферативных процессов у женщин репродуктивного возраста с мастопатией в сочетании с миомой матки, эндометриозом и гиперпластическими процессами эндометрия. Использование Индинола и Эпигаллата целесообразно и может быть рекомендовано для внедрения в клиническую практику.

В настоящее время закончены клинические исследования с целью регистрации Индинола в качестве лекарственного средства. Уже 2012 г. мы увидим его в аптеках в новом статусе.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Уквальберг М.Е, Кормакова Т.Л., Ипатова Т.И., Бунгова Н.Н., Повальчук Н.В.

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

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) определяется как внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, которое может сопровождаться нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость (Кулаков В.И., Гаспаров А.С. и др., 2009). Апоплексия яичника может протекать тяжело и даже угрожать жизни, и у 40% больных требует экстренного хирургического вмешательства. Наряду с этим при апоплексии яичника наблюдается значительное число неоправданных оперативных вмешательств. Несмотря на кажущуюся простоту и достаточно подробную изученность клинической картины апоплексии яичника, частота диагностических ошибок при данной патологии достаточно высока и составляет 2,1–24% (Литвинцева Н.Г., 2004, Радзинский В.Е., Духин А.О., 2006, Сирота О.М, 2009).

Цель работы: оценить тактику ведения пациенток с данной патологией на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены 49 историй болезни пациенток с верифицированным диагнозом «апоплексия яичника» на базе гинекологического отделения Родильного дома им. К.А. Гуткина за 2010 год.

Полученные результаты. В структуре гинекологической патологии апоплексия яичника составила 2,8% случаев. У большинства женщин (в 76% случаев) данная патология встретилась в возрасте 18–29 лет. При поступлении все женщины предъявляли жалобы на боли внизу живота различной интенсивности, при этом в 33% случаев с иррадиацией в прямую кишку. У 6% женщин были кровянистые выделения из половых путей, в 6% случаев пациентки теряли сознание, в 2% наблюдений была рвота и слабость с головокружением. Болевая форма апоплексии яичника диагностирована у 49% женщин, смешанная форма встретилась в 43% случаев и анемическая форма была у 8% пациенток. В 61% случаев диагностирована апоплексия правого яичника. Развитие клинической картины пациентки отмечали на фоне полного благополучия в 65% случаев, у 31% женщин свя-

зано с половым актом, в 2% наблюдений симптомы возникли после физической нагрузки и после осмотра гинеколога. Объективно во всех случаях определялась болезненная пальпация в нижних отделах живота. В трех случаях отмечался слабоположительный симптом раздражения брюшины. При гинекологическом исследовании у 29% женщин отмечалась болезненность при смещении шейки матки, в 21% наблюдений была резкая болезненность в области придатков матки, в 23% случаев пальпировалось болезненное образование в области придатков матки, в 19% наблюдений отмечалась тяжистость или пастозность в области придатков матки, в 8% случаев было выявлено уплощение сводов. Ультразвуковое исследование для диагностики апоплексия яичника применялась в 73% случаев, у 13% пациенток оно выполнялось в динамике. Во всех случаях выполнения УЗИ были выявлены прямые или косвенные признаки апоплексии яичника: наличие жидкости в позадиматочном пространстве отмечалось во всех случаях, при этом в 33% количество жидкости было более 20 мл; в 33% случаев описывалась подкапсульная гематома яичника, в 67% случаев находили патологическое образование. Диагностическая пункция позадиматочного пространства выполнялась в 35% случаев. В 59% наблюдений была получена темная кровь, у 23% женщин – алая кровь, в 18% случаев – прозрачная сукровичная жидкость. Тест на ХГЧ проводился в 31% случаев с целью дифференциальной диагностики с внематочной беременностью. У 71% наблюдаемых пациенток проводилось консервативное лечение апоплексии яичника, применялась спазмолитическая и терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (ревалгин, диклофенак). В 29% случаев проводилось оперативное лечение. При этом только в 2% наблюдений операция выполнялась на следующий день от поступления, все остальные выполнялись в первые сутки от госпитализации. Среди пациенток, подвергшихся оперативному лечению, в 93% наблюдений выполнялась лапаротомия и только в 7% случаев – лапароскопия. В 46% случаев выполнена резекция яичника, в 46% наблюдений – ушивание яичника, в 8% наблюдений произведена коагуляция. Объем кровопотери в 50% случаев составил до 300мл, в 21,5% наблюдений от 300 до 500мл, в 7% случаев – 1000мл, и в 21,5% – от 1000 до 1500 мл. Во время операции всем пациенткам проводилась инфузионная терапия кристаллоидами в виде физиологического раствора в различном объеме, в 21% случаев проводилась инфузионная терапия коллоидами (HES). У 29% женщин в послеоперационный период осложнился постгеморрагической анемией легкой и средней степени тяжести, что потребовала проведения ферротерапии.

Заключение. По результатам исследования было выявлено, что у 2\3 пациенток с верифицированным диагнозом апоплексии яичника была выбрана консервативная тактика. В остальных случаях проведено хирургическое лечение, однако, только в 7% случаев выполнялось лапароскопическим доступом. С одинаковой частотой при лапаротомии и лапароскопии в качестве объема оперативного вмешательства выполнялась резекция и ушивание яичника. Средний объем кровопотери составил 500 мл.

Таким образом, приоритетным хирургическим методом лечения при апоплексии яичника должна стать лапароскопии с ушиванием и коагуляцией яичника, поскольку она позволяет провести профилактику спаечного процесса в малом тазу.

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Восстановление репродуктивной функции после хирургического лечения миомы матки – одна из важнейших проблем в гинекологии фертильного возраста. Прогрессивное увеличение заболеваемости миомой среди молодых женщин делает эту проблему особенно значимой. Эффективность органосохраняющих операций ограничивается высокой частотой рецидивов миомы, которая в течение двух лет достигает 35–45%. Профилактика рецидивов проводится путем комбинации хирургического метода и адъювантной послеоперационной гормональной терапии.

Цель исследования: улучшение результатов органосохраняющего хирургического лечения миомы матки путем применения адъювантной терапии мифепристоном или агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов (аГнРГ) после операции.

Материал и методы. У 99 женщин репродуктивного возраста с миомой матки произведена энуклеация миоматозных узлов лапаротомным, лапароскопическим или трансцервикальным доступом. Для профилактики рецидива миомы пациенткам 1 группы (33 женщины) после хирургического лечения назначали препарат антипрогестинового ряда мифепристон в дозе 50 мг ежедневно в течение 4 месяцев. Во 2 группе (33 пациентки) применяли аГнРГ: трипторелин или лейпрорелин по 3,75 мг в виде внутримышечных инъекций 1 раз в 28 дней в течение 6 месяцев. 33 пациентки составили группу контроля. В течение 3 лет регулярно проводили трансвагинальную эхографию и допплеровское исследование. Проведено изучение концентрации СЭФР в плазме крови в динамике у 15 пациенток 1 группы, 10 – второй и 10 пациенток, не получавших адъювантной терапии. Образцы периферической крови брали накануне, на 2, 8, 30-й дни, в конце четвертого месяца и через год после консервативной миомэктомии.

Результаты. Кумулятивная частота рецидивов миомы матки оказалась достоверно ниже в группах пациенток, получавших адъювантную терапию: 12,5±5,2% в 1 группе, 13,7±8% во 2-й и 41,6±9,2% – в контрольной ($p = 0,02$).

При этом, у пациенток первых двух групп в течение 12 месяцев после операции не отмечалось появления новых миоматозных узлов, в контрольной группе кумулятивная частота рецидива миомы через 6 месяцев составляла 9,1±5,6%, и достигала 33±8,1% к концу первого года наблюдения.

Маточная беременность наступила самостоятельно у 6 пациенток 1 группы, 4 – второй группы, у 2 – контрольной. Наиболее часто (у 8 из 12 женщин) беременность наступала в интервале от одного до 1,5 лет после операции. Средний интервал между операцией и зачатием составлял 13,7±5,0 месяцев. Беременность закончилась родами в срок у 8 (66,6%) женщин, из них у 5-ти из первой группы, у трех из второй. В 2 (16,2%) случаях была установлена неразвивающаяся беременность (все пациентки из контрольной группы).

Результаты изучения концентрации СЭФР в плазме крови пациенток показали, что в раннем послеоперационном периоде происходит повышение уровня СЭФР на 31,1±14,5% от первоначальных показателей. Применение мифепристона в дозе 50 мг привело к снижению СЭФР на 26±11% от исходного через 4 месяца терапии ($p<0,05$). У пациенток, получавших аГнРГ, наблюдалось более умеренное снижение уровня СЭФР, в среднем, на 22±14,2% от исходного к концу лечения ($p<0,05$). В контрольной группе показатели СЭФР в течение первых 6 месяцев оставались повышенными ($p<0,05$). Через год после операции концентрация СЭФР у большинства больных вернулась к предоперационным значениям.

Таким образом, адъювантная терапия мифепристоном или аГнРГ не предотвращает полностью повторного возникновения опухоли, однако приводит к снижению риска рецидива миомы в 4,25 (95%CI: 2,87 – 9,4) раза ($p<0,0001$) и увеличивает время ремиссии, предоставляя пациенткам возможность реализации репродуктивной функции.

Заключение. Антипрогестины и аГнРГ оказываются одинаково эффективными в отношении профилактики рецидивов и улучшения отдаленных результатов органосохраняющего хирургического лечения миомы матки. Применение адьювантной терапии после консервативной миомэктомии является целесообразным и оправданным у больных репродуктивного возраста, планирующих беременность.

БЕЗОПАСНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В АСПЕКТЕ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Фомина И.В.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Актуальность. Период запланированного деторождения в России постепенно отодвигается ближе к позднему репродуктивному возрасту. Среди всех методов контрацепции в последние годы все более широкое распространение получили гормональные контрацептивы (ГК). Информация о ГК находится в свободном доступе в средствах массовой информации, особенно в интернете, где на форумах и чатах обсуждаются достоинства тех или иных препаратов. Благодаря этому в нашей стране применение ГК плохо контролируемый процесс – женщины зачастую самостоятельно без предварительной консультации врача начинают их прием. Встает вопрос о безопасности их широкого использования. Общеизвестен факт, что применение ГК влечет за собой развитие ряда осложнений, среди которых самые грозные – тромботические.

Цель исследования. Изучить изменения гемостаза на фоне применения современных низкодозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК), содержащих 30 мкг этинилэстрадиола с прогестагеном IV поколения.

Материалы и методы исследования. Обследована 81 женщина в возрасте 18–30 лет, принимающая КОК (ярина, мидиана, жанин) по контрацептивной схеме. Пробы крови брали у всех перед началом приема КОК на 19–21 день менструального цикла (контрольная группа) и через 1, 3, 6 и 12 циклов приема КОК на 19–21 таблетке (группа сравнения). Группы по клинико-анамнестическим признакам однородны. Для изучения агрегационных свойств тромбоцитов (ТРЦ) использовали метод оптического светопропускания Г. Борна с графической регистрацией на агрегометре БИОЛА (Россия), в качестве индуктора агрегации использовали АДФ в конечной концентрации 5 мкмоль/л. Количественные показатели ТРЦ изучали с помощью автоматического гематологического анализатора МЕК – 6.400 J-K: общее количество ТРЦ, тромбоцитарные индексы (MPV, PCT, PDW). Тромбоцитарный фактор 3 определяли по разнице АВР богатой и бедной тромбоцитами плазмы по Рабинер. Фактор Виллебранда определяли методом ИФА. Определяли показатели свертывающей системы: активированное время рекальцификации (АВР); активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ); концентрацию фибриногена (методом свертывания по Клауссу) на гемокоагулометре «TROMB–4», растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК) –

количественным вариантом фенантролинового теста. Результаты подвергли обработке с помощью программы статистического анализа STATISTICA 6.

Результаты. Статистически достоверные изменения ($p<0,05$) происходят уже в первом цикле применения препарата по сравнению с контрольной группой, что выражается в активации агрегационных свойств ТРЦ. Так, время достижения максимального размера агрегатов (с) укорачивается с 1-го цикла приема КОК (21,06±1,97) и сохраняется таковым к 12-му циклу (19,49±1,04) относительно контрольной группы (27±1,49). Увеличивается степень агрегации ТРЦ (%) уже с 1-го цикла (66,7±1,2) и сохраняется повышенной вплоть до 12-го цикла приема (64,81±1,1), по сравнению с контрольной группой (62,06±1,39). Увеличивается и максимальная скорость агрегации ТРЦ, начиная с 1-го цикла приема (50,6±7,03% в минуту) и остается таковой и к 12-му циклу (42,35±2,09% в минуту), в контрольной группе (34,5±1,90% в минуту). Увеличение количества фактора 3 ТРЦ происходит, начиная с 1-го цикла приема препарата (47,05±2,93) и сохраняется таковым к 12-му циклу (49,49±2,23), в контроле 8,21±0,58. Увеличивается и количество фактора Виллебранда в 1-м цикле приема 0,78±0,12, в контроле 0,58±0,03. Количественные показатели ТРЦ имели статистически достоверные изменения только в 3-м цикле приема КОК и выражались в увеличении их количества 276,2±10 (контроль 240±6,1), увеличении тромбокрита 0,21±0,01 (контроль 0,17±0,007). Это говорит о том, что количественные показатели ТРЦ не могут отражать их функциональную активность, лишь появление достоверных отличий в количестве и процентном отношении молодых форм ТРЦ начиная с 1-го цикла приема КОК по сравнению с контрольной группой могут позволить косвенно судить об активации тромбоцитарного звена. При исследовании коагуляционного звена гемостаза выявлены признаки повышения общей свертывающей активности крови: изменения АВР были разнонаправленными, так АВР удлинялось в течение 1 и 3 циклов приема КОК, а к 6 циклу резко укоротилось. Показатель РФМК, как маркера непрерывного внутрисосудистого свертывания, менялся начиная с 1 го цикла приема КОК по сравнению с контролем до 6,3 г/л, далее в течение 3 и 6 циклов их уровень незначительно снижался. В течение 6 циклов приема КОК не отмечалось достоверно значимого изменения АЧТВ и концентрации фибриногена.

Выводы. На фоне применения низкодозированных КОК активируется сосудисто-тромбоцитарное звено гемостаза, начиная с 1-го цикла и сохраняется к 12-му циклу применения по сравнению с контрольной группой. Изменения в коагуляционном звене свидетельствуют об активации общей свертывающей активности и непрерывного внутрисосудистого свертывания крови. Поэтому прием даже современных низкодозированных КОК требует контроля всех звеньев системы гемостаза, для раннего выявления и коррекции изменений, что повысит безопасность их применения.

СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Наджаф-Заде А.С., Тугаринова А.М.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита, Россия

Молодёжь является важнейшей составляющей репродуктивного потенциала любой нации. По данным современной статистики, подростки и женщины раннего фертильного возраста характеризуются высоким уровнем гинекологической заболеваемости и вносят значительный вклад в формирование показателей абортов, рождаемости, материнской заболеваемости и смертности.

Цель исследования – изучить структуру первичной обращаемости за медицинской помощью в женскую консультацию молодых фертильных женщин разных социальных групп.

Материалы и методы. С целью изучения причин первичной обращаемости за медицинской помощью в женскую консультацию женщин раннего репродуктивного возраста были проанализированы статистическая документация и амбулаторные карты студенток (n=114) и домохозяек (n=101), обращавшихся в женскую консультацию центрального района г. Читы в 2011 году. Критериями включения в исследование явились возраст 19–25 лет и принадлежность к социальной группе студенток вузов или домохозяек. Отбор пациенток проводился сплошным методом в рамках одного территориального участка. Оценка межгрупповых различий по количественным, нормально распределенным показателям проводилась с помощью параметрического критерия Стьюдента; для сравнения групп по качественным бинарным признакам использовались критерий χ^2, считая статистически достоверными значения $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст первичного обращения в женскую консультацию у студенток составил 20,1±0,18 лет, у домохозяек 20,8±0,16 лет ($p>0,05$). Сексуально активными были равное количество девушек сравниваемых групп: 99% (113/114) из числа обучавшихся в вузах и 99% (100/101) – во второй группе. Возраст сексуального дебюта также был сопоставим: у студенток пришёлся на 17±0,21 лет, у домохозяек – на 16,3±0,18 лет ($p>0,05$). При анализе анамнестических данных выявлено, что в среднем на одну сексуально активную студентку пришлось 0,36 (41/113) беременностей, из которых роды составили 0,15 (17/113), медицинские аборты – 0,09 (11/113) и самопроизвольные выкидыши – 0,12 (13/113).

В группе домохозяек, имевших коитархе, у одной девушки в среднем было 0,64 (64/100, p<0,05) беременностей, что в 1,8 раза больше, чем у студенток. В этой когорте в 2,4 раза чаще встречались роды – 0,36 (36/100, p<0,05) и в 2,7 раза чаще медицинские аборты – 0,24 (24/100, p<0,05). Спонтанные прерывания беременности зарегистрированы в 3 раза реже, чем у студенток – 0,04 (4/100, p<0,05).

При ранжировании причин первичного обращения студенток за амбулаторной акушерско-гинекологической помощью выявлена следующая структура: желанная беременность – 15% (17/114), острый вульвовагинит – 7,8% (9/114), острое воспаление придатков матки – 5,2% (6/114), нарушения менструального цикла – 4,3% (5/114), прерывание нежеланной беременности – 3,5% (4/114), кисты яичников – 2,6% (3/114), бактериальный вагиноз – 1,7% (2/114). Поводом для первичного обращения в женскую консультацию домохозяек раннего фертильного возраста были: желанная беременность 12,8% (13/101, $p\chi^2$>0,05), нарушения менструального цикла – 8,9% (9/101, $p\chi^2$<0,05), острое воспаление придатков – 5,9% (6/101, $p\chi^2$>0,05), острый вульвовагинит – 2,9% (3/101, $p\chi^2$<0,05), прерывание нежеланной беременности – 0,9% (1/101, $p\chi^2$<0,05), кисты яичников – 0,9% (1/101, $p\chi^2$<0,05). С одинаковой частотой при первом в жизни обращении за амбулаторной акушерско-гинекологической помощью в группах студенток и домохозяек выявлены хронические цервициты – 27,2% (31/114) и 33,6% (34/101, $p\chi^2$>0,05) соответственно; кандидоз – 3,5% (4/114) и 3,9% (4/101, $p\chi^2$>0,05) соответственно. Статистически значимо отличалась частота встречаемости эктопии шейки матки – 3,5% (4/114) у студенток и 6,9% (7/101, $p\chi^2$>0,05) у домохозяек. Бактериальный вагиноз диагностирован только у девушек-студенток 1,7% (2/114, $p\chi^2$=0,00).

Выводы:

1. Ведущей причиной первичного обращения в женскую консультацию студенток и домохозяек в возрасте 19–25 лет является желанная беременность (15% и 12,8% соответственно).

2. Девушки-студентки в 3,9 раза чаще, чем домохозяйки, впервые обращались за амбулаторной акушерско-гинекологической помощью для прерывания нежеланной беременности.

3. Из гинекологических нарушений у студенток чаще, чем у домохозяек отмечены острые вульвовагиниты (7,8% против 2,9%), кисты яичников (2,6% против 0,9%), бактериальный вагиноз (1,7% против 0%).

4. Домохозяйки чаще студенток имели нарушения менструального цикла (8,9% против 4,3%) и эктопии шейки матки (6,9% против 3,5%).

ЗАДАЧИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Фролова О.Г., Шувалова М.П., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н., Чаусов А.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель исследования: представить основные задачи амбулаторной акушерско-гинекологической помощи на современном этапе развития здравоохранения.

Материалы и методы исследования: данные статистики Минздравсоцразвития России за 2006–2010 гг.

Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь является важным звеном в охране репродуктивного здоровья женщин.

В 2010 г. амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь оказывалась в женских консультациях (1609 в т. ч. 42 самостоятельных), в акушерско-гинекологических кабинетах (3742), смотровых кабинетах (3096), в центрах планирования семьи (308), медико-генетических консультациях (116) и фельдшерско-акушерских пунктах (37591). За последние 5 лет с 2006 по 2010 гг. число указанных учреждений сократилось, что связано в значительной степени со снижением числа женщин фертильного возраста 15–49 лет (с 39,48 млн. в 2006 г. до 37,56 млн. в 2010 г.). Вместе с тем, гинекологическая заболеваемость женского населения за 5 лет с 2006–2010 гг. увеличилась, среди подростков 15–17 лет расстройства менструации возросли с 4529,6 до 4991,1 на 100000 женского населения соответствующего возраста. Остается значительным уровень сальпингитов и оофоритов (1368,6 на 100000 женщин фертильного возраста в 2010 г.). Среди женщин старше 18 лет отмечен существенный рост заболеваемости эндометриозом (340,5 в 2006 г. и 395,6 в 2010 г. на 100000 женщин соответствующего возраста), женским бесплодием (с 430,2 до 517,5 на 100000 женщин фертильного возраста) и расстройствами менструаций (с 1940,7 до 2100,6 на 100000 женщин фертильного возраста).

Из критериев качества работы женской консультации следует обратить внимание на «отсутствие врожденных аномалий, не выявленных вовремя беременности» и «отсутствие антенатальной гибели плода».

В 2009 г. УЗИ исследование женщин, закончивших беременность, проведено у 94,8% женщин, в 2010 г. у 98,3%, трехкратный УЗИ скрининг проведен у 84,5%, врожденные пороки выявлены у 1,03% (14781). Всего в целом по РФ родилось живыми 50364 ребенка с врожденными пороками развития, выявлено антенатально 17634 (35%), прервано беременностей по меди-

цинским показаниям в связи с ВПР – 6804. Из указанного числа прерываний беременности в сроки 12–21 недель беременности прервано 3203 (47,1%) и в сроки 22–27 недель беременности 3601 (52,9%). Прерывания беременности в сроки 22–27 недель с 1 января 2012 г. относятся к перинатальным потерям (приказ Минздравсоцразвития России №1647 от 27.12.2011 г.). Таким образом, пренатальная диагностика требует дальнейшего совершенствования по своевременному до 22 недель беременности их выявлению, решению вопроса о сохранении или прерывании беременности, с учетом опыта территорий, где проводится пилотный проект (в 2010 г. в трех территориях – Московская, Ростовская, Томская области; в 2011 г. проект распространен на 26 территорий РФ).

Что касается антенатальной мертворождаемости, то снижение ее уровня являются непростой задачей для ЛПУ, оказывающих амбулаторную акушерскую помощь. В 2010 г. антенатальная мертворождаемость составила 3,9‰ (84,3% от общего уровня мертворождаемости). Причем в 2010 г. среди доношенных мертворожденных антенатально погибло 77,8% (3077), среди недоношенных – 3940 (90,3%). Приведенные данные свидетельствуют о необходимости повышения качества обследования, своевременного и в полном объеме лечения, как на амбулаторном, так и стационарном уровне. Большая работа на амбулаторном этапе должна быть проведена по профилактике преждевременных родов, в том числе в сроки 22–27 недель беременности, своевременной госпитализации этих женщин, на соответствующий этап оказания акушерской помощи, с использованием рекомендаций утвержденных Минздравсоцразвития России по ведению родов в эти сроки и выхаживанию новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении.

Поэтому в программах модернизации здравоохранения регионов амбулаторному звену акушерско-гинекологической помощи должно быть отведено достойное место.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.З. Хашукоева, О.Б. Отдельнова, Е.С. Купеева

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва

Целью исследования явилось изучение возможности применения фотодинамической терапии (ФДТ) с использованием фотосенсибилизатора «Фотодитазин» у пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы в

амбулаторных условиях. ФДТ – это метод воздействия на патологические ткани путем активации фотосенсибилизатора (ФС) светом с заданной длиной волны в присутствие кислорода с целью деструкции патологических клеток по механизмам некроза и преимущественно по механизму апоптоза.

Материалы и методы исследования. ФДТ была изучена при лечении 50 пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы. По характеру выявленной патологии вульвы больные распределились таким образом: у 32-х пациенток (64,0%) верифицирован склеротический лишай вульвы и у 10-х (20,0%) – плоскоклеточная гиперплазия вульвы, у 8 (16,0%) – смешанная дистрофия. У 26 пациенток был выявлен ВПЧ 16,18 типа (52,0%), у 9 пациенток ВПЧ 31,33 типа (18,0%), у 5 пациенток было выявлено носительство низкоонкогенных типов ВПЧ (10,0%), у 10 пациенток ВПЧ не выявлено (20,0%). ФДТ была проведена с использованием ФС «Фотодитазин» в дозе 1 мг\кг. Световое воздействие проводили в непрерывном или фракционном режиме, с длиной волны 662 нм, длительность облучения составила 30–40 минут в зависимости от характера патологического процесса, при плотности энергии 100–250 Дж\см^2 для вульвы.

Результаты исследования. Лечебный эффект после ФДТ при патологии вульвы оценивался визуально и на основании указаний на наличие или отсутствие зуда в области вульвы, а также подтверждался данными цитологического исследования и вульвоскопии. Так, исчезновение зуда в области вульвы отмечено у 29 из 32 больных склеротическим лишаем вульвы. У всех больных плоскоклеточной гиперплазией и смешанной дистрофией было проведено цитологическое исследование соскоба с вульвы и вульвоскопия, на основании которых было достоверно диагностировано клиническое излечение. У трех больных склеротическим лишаем вульвы потребовалось проведение повторного сеанса ФДТ из-за сохраняющихся клинических симптомов заболевания, после чего был достигнут положительный лечебный эффект. Противовирусный эффект ФДТ оценивался после повторной ПЦР с ДНК типированием ВПЧ с поверхности вульвы, в результате полученных нами данных ВПЧ не был обнаружен ни у одной пациентки. Побочные реакции были отмечены во всех случаях и заключались лишь в незначительном болевом синдроме после проведения процедуры ФДТ и подъеме температуры тела у четырех пациенток в первые 2–3 дня после процедуры, что купировалось приемом нестероидных противовоспалительных средств.

Выводы. Полная клиническая ремиссия в группе патологии вульвы отмечена у 47 (94,0%) из 50 больных. У 3 (6,0%) пациенток со склеротическим лишаем вульвы потребовалось проведение повторного сеанса ФДТ, после чего было диагностировано клиническое излечение. Заключение. Метод фотодинамической терапии вульвы представляет собой новый перспективный способ лечения и может служить существенной профилактикой развития рака вульвы. Полученные результаты лечения методом фотодинамической терапии с использованием ФС Фотодитазин у пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы показали его высокую лечебную активность, мини-

мальное количество побочных эффектов и осложнений, методическую простоту исполнения, что делает возможным использование фотодинамической терапии для лечения дистрофических заболеваний вульвы, также и в амбулаторных условиях.

ПАПИЛЛОМОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ (CIN I) С ПОЗИЦИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

И.Д. Хохлова, Е.А. Кудрина, И.В. Станоевич, Т.А. Джибладзе, А.А. Позднякова

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия

Рак шейки матки занимает второе место по распространенности среди онкологических заболеваний в мире и первое место – среди причин женской смертности в развивающихся странах. В связи с этим профилактика, ранняя диагностика и лечение предраковых заболеваний шейки матки является одной из основных медико-социальных проблем на государственном уровне. Предрак и рак шейки матки являются, как правило, следствием ВПЧ инфекции высокого онкологического риска. Цервикальный скрининг, включающий цитологическое исследование мазков экто- и эндоцервикса, определение ВПЧ-типов высокого онкологического риска позволяет существенно увеличить эффективность диагностики и лечения предраковых состояний шейки матки. В литературе продолжается полемика относительно тактики ведения больных с цитологически и гистологически верифицированной цервикальной неоплазией легкой степени (CIN I). Существует 2 тактических варианта: хирургическое удаление патологического очага и наблюдение без лечения.

Выполнено исследование у 55 женщин с диагнозом CIN I. Всем больным было проведено тестирование на ВПЧ инфекцию онкотипов высокого риска, цитологическое, кольпоскопическое, гистологическое исследование. Пациентки были разделены на 2 группы: первая включала 40 больных, которым проведено лечение ВПЧ инфекции (I этап) и лазерная деструкция патологически измененного эпителия шейки матки (II этап).

I этап лечения включал назначение иммуностимулирующих препаратов по следующей схеме: панавир 5,0 внутривенно 5 инъекций в сочетании с изопринозином по 1,0 3 раза в сутки в течение 5–10 дней (два повторных курса с месячным интервалом), эпиген-спрей интравагинально в течение 30 дней. Лазерную деструкцию патологически измененного эпителия шейки матки

выполняли на 7–8 день менструального цикла (II этап лечения). Мониторинг эффективности терапии проводили на основании ВПЧ тестирования, цитологического и кольпоскопического исследования.

Второй группе (15 женщин), в связи с отказом от лечения, осуществляли динамическое наблюдение в течение 1,5 лет (кольпоскопическое, цитологическое исследование и ВПЧ тестирование каждые 6 месяцев).

Обобщая результаты наблюдения пациенток двух групп в течение 1,5 лет, пришли к заключению о целесообразности проведения двухэтапной терапии (иммуномодуляторами с последующим хирургическим воздействием на патологический очаг шейки матки). Мониторинг эффективности лечения показал элиминацию ВПЧ инфекции и нормализацию цитологической и кольпоскопической картины у больных первой группы. Во второй группе лишь у 45% пациенток наблюдалась регрессия ВПЧ инфекции, у остальных (55%) потребовалось отсроченное двухэтапное комплексное лечение ВПЧ инфекции и CIN I.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ

Цикаленко Е.А.[1], Андриенко Л.А.[2], Дорн О.Ю.[1], Степанова Е.Г.[1], Паламарчук М.В.[1]

1 – ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
2 – ГБУЗ НСО Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр, Новосибирск, Россия

В настоящее время сохраняется тенденция к росту дисгормональных заболеваний у женщин репродуктивного возраста, и единой точки зрения на механизм формирования данной патологии в современной медицине не существует. Иммунная система и система гемостаза, участвуя в поддержании постоянства внутренней среды организма, функционально тесно связаны с эндокринной системой. Гормоны оказывают как стимулирующий, так и депрессивный эффект на иммунную систему, а половые стероиды являются не только иммунорегуляторами, но и иммунорегулируемыми. Известно также антиатерогенное и/или ангиопротективное действие эстрогенов. Тромбоциты, клетки крови, которые активно реагируют на различные экзо- и эндогенные стимулы, а их активация приводит к выбросу медиаторов из гранул хранения, что отражается на работе иммунокомпетентных клеток. Таким образом, исследование иммунологических и гемокоагуляционных показателей на фоне дисгормо-

нального статуса у женщин репродуктивного возраста позволит более адекватно проводить профилактические и терапевтические мероприятия.

Цель исследования: определить концентрацию основных классов (Ig A, M, G) иммуноглобулинов, цитокинов (IL1β, IL2, IL6) и показателей гемокоагуляции (волчаночный антикоагулянт (ВА), агрегационная активность тромбоцитов) у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 26 женщин в возрасте от 20 до 30 лет с дисгормональными расстройствами без органической патологии репродуктивной системы. В структуре нарушений овario-менструального цикла у женщин основной группы отмечалось: дисфункциональные маточные кровотечения в виде менометроррагий – 11 (42,3%) женщин, межменструальное кровотечение и кровомазанье – 5 (19,2%) пациенток, альгодисменорея – 10 (38,5%) женщин. Группу сравнения составили 30 женщин репродуктивного возраста без гормональных изменений (отсутствие лабораторных маркеров дисгормонального статуса и каких-либо жалоб на нарушения овario-менструального цикла). По возрасту, соматическому анамнезу обследованные женщины были сопоставимы. Всем обследуемым женщинам исследовали показатели гуморального иммунитета (Ig A, M, G) турбидиметрическим методом (BioSystems, Испания), основных цитокинов (IL 1β, IL 2, IL6) иммуноферментным анализом (Вектор-Бест, Россия) и показатели гемокоагуляции (ВА; индуцированная АДФ (АДФ-АТ), адреналином (Адр-АТ), коллагеном (Кол-АТ) агрегация тромбоцитов) (Технология-Стандарт, Россия). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась по общепринятым методикам.

Результаты. В клинической группе обследованных женщин выявлен дисбаланс в гуморальном звене иммунитета за счет повышения концентрации Ig G и понижения уровня Ig A в плазме крови. Концентрация Ig G в основной группе пациентов статистически значимо (в 1,7 раза) превышала уровень аналогичного показателя в группе сравнения, а уровень Ig A снижался (в 2,9 раза) статистически значимо относительно показателей группы сравнения. Концентрация основных цитокинов IL1β (в 1,4 раза), IL2 (в 2,6 раза), IL6 (в 1,8 раза) была статистически значимо выше по сравнению с женщинами группы сравнения. Увеличение уровня основных провоспалительных цитокинов может свидетельствовать о напряжении всех звеньев иммунной системы – клеточного и гуморального. Сравнительный анализ изменения показателей гемокоагуляции у обследованных женщин показал статистически значимое повышение (в 2,1 раза) частоты выявления ВА. Индуцированная агрегация тромбоцитов у пациенток клинической группы была повышена статистически значимо относительно группы сравнения со всеми видами индукторов (АДФ-АТ повышена в 1,8 раза, Адр-АТ – в 1,5 раза и Кол-АТ – в 1,3 раза). Причем лабораторные маркеры дисгормонального статуса (снижение в сыворотке крови уровня эстрадиола и прогестерона) коррелируют с выраженностью дисбаланса в гуморальном звене иммунитета – повышением Ig G (r=0,64; r=0,60, соответственно), снижением Ig A (r=0,68; r=0,7, соответственно), уровнем повышения цитокинов – IL 1β (r=0,49; r=0,46, соответственно), IL 2 (r=0,44; r=0,44, соответственно), IL6 (r=0,52; r=0,55, соответ-

ственно), показателями гемокоагуляции – ВА (r=0,5; r=0,48, соответственно); АДФ-АТ (r=0,57; r=0,54, соответственно), Адр-АТ (r=0,39; r=0,38, соответственно), Кол-АТ (r=0,43; r=0,41, соответственно).

Выводы. Коррекцию дисгормонального статуса у женщин репродуктивного возраста необходимо проводить с учетом иммунологических и гемокоагуляционных нарушений.

ВВЕДЕНИЕ ПРОСПЕКТИВНОГО РЕГИСТРА ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РОССИИ

Шахова М.А., Холин А.М.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии, перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Москва

С целью повышения эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в лечении бесплодия ФГБУ «НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России (Центр) предлагает ввести единый национальный проспективный регистр программ ВРТ.

В настоящее время в России существует регистр центров ВРТ общероссийской общественной организации Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ). Регистр центров ВРТ РАРЧ основан на ретроспективном анализе результатов попыток ЭКО частных и государственных центров, которые на добровольной основе предоставляют свои результаты в регистр. Последний, XV отчет относится к 2009 году, по данным которого наблюдалась положительная динамика роста циклов: в 2008 г выполнено 31127 циклов, в 2009 году – 40961 цикл. В отчете 2008 года отмечена стойкая тенденция к увеличению доли государственных центров ВРТ (35,9%), в которых было выполнено 22,6% от всех циклов.

Ведение проспективного регистра попыток ВРТ в России подразумевает сбор данных о результативности программ ВРТ: наступление и течение беременностей, родов, данные неонатальных исходов. Разрабатываемый регистр будет включать в себя обязательные показатели европейского регистра циклов ВРТ, а также содержать максимально полную информацию об особенностях циклов ВРТ (протоколы стимуляции, дозы препаратов, количество полученных ооцитов, характеристика показателей спермы и т.д.). К принципиальным особенностям предлагаемого подхода относятся: 1) сбор информации по всем циклам ВРТ через единый сервер в реальном масштабе времени с использованием требований к защите персональных данных; 2) равноправное участие в регистре всех центров ВРТ – государственных (по приказу МЗиСР РФ) и частных (добровольное согласие); 3) соответствие реги-

страм ведущих стран Европы и Северной Америки. Опыт РАРЧ по работе с ретроспективным регистром будет полезен в реализации проспективного регистра программ ВРТ.

Внедрение проспективного регистра программ ВРТ с использованием последних достижений в области информационных систем позволит получить полную и объективную информацию об эффективности циклов ВРТ в России в режиме реального времени.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н.

ФГБУ Эндокринологический научный центр Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Москва

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) встречается у 6–7% женщин репродуктивного возраста, являясь при этом глобальной проблемой не только репродуктивного, но соматического здоровья вследствие метаболических нарушений, сердечно-сосудистых и онкологических рисков. Впервые в России была проведена оценка психосоциального статуса больных СПЯ

Пациентки (150 человек) с СПЯ, наблюдавшиеся в ФГБУ «ЭНЦ» в период с 2000 по 2010 годы, были повторно обследованы и разделены (согласно пересмотру Роттердамского консенсуса на Международном симпозиуме объединенной рабочей группы ESHRE/ASRM (Европейского общества репродукции и эмбриологии человека и Американского общества репродуктивной медицины. 2003) на 4 фенотипа: классический (гипернандрогения + УЗИ признаки поликистоза яичников + ановуляция), овуляторный (гипреандрогения + УЗИ признаки поликистоза яичников), неандрогенный (УЗИ признаки поликистоза яичников + ановуляция), ановуляторный (гиперандрогения + ановуляция), при этом проводилась оценка психосоциального статуса больных СПЯ на фоне применения различных схем терапии.

Было отмечено, что желанную беременность после проведенного лечения получили все пациентки страдавшие бесплодием: из первого фенотипа 19 пациенток из 70 (27%), из второго – 6 пациенток из 36 (18%), из третьего – 6 пациенток из 27 (22%), из четвертого – 3 пациенток из 19 (16%).

Нами были оценены отдаленные результаты лечения у пациенток репродуктивного возраста с СПЯ, перенесших в анамнезе различные схемы терапии.

При монотерапии метформином было выявлено значимое снижение глюкозы натощак ($p=0,046$), общего холестерина ($p=0,013$), ЛПНП ($p=0,013$). Причем у данной категории больных к 6-ому месяцу терапии заметно также

снижение уровня инсулина, HOMA-IR, свидетельствующее об уменьшении инсулинорезистентности. Терапия метформином у женщин с СПЯ и избыточной массой тела и ожирением в течение 6 мес. снижает уровень общего холестерина (значимое снижение уровня холестерина с 5,3±0,3 ммоль/л до 3,4±0,4 (p=0,001) через 6 мес. применения метформина и значимое повышение при обследовании в 2010 году до 6,54±0,3 ммоль\л (p=0,001), ЛПНП (подтвердили значимое снижение уровня ЛПНП с 2,2±0,3 ммоль/л до 1,0±0,3 (p =0,001) через 6 мес. применения метформина и относительное повышение при обследовании в 2010 году до 3,3±0,3 ммоль\л) (p =0,001), триглицеридов (значимое снижение уровня триглицеридов с 1,8±0,35 ммоль/л до 0,9±0,3 (p=0,005) через 6 мес. применения метформина и относительное повышение при обследовании в 2010 году до 2,82±0,3 ммоль\л (p =0,001), что уменьшает сердечно-сосудистые риски этих пациенток.

В группе мототерапии комбинированными оральными контрацептивами (КОК) отмечено значимое снижение ИМТ (p=0,008) и триглицеридов (p<0,0001).

Комбинированный метод лечения (метформин и\или КОК и\или натуральный прогестерон и\или электрокаутеризация яичников и\или глитазон) показал значимое снижение общего холестерина (p<0,001), ЛПНП (p<0,001), триглицеридов (p<0,001), ИРИ натощак (p=0,018).

При обработке результатов опросника ГШТД (Госпитальная шкала тревоги/депрессии) в исследуемой выборке преобладает уровень легкой депрессии (62%), т.е. выявлена незначительная эмоциональная реакция на хроническое заболевания. 32% женщин – не испытывают депрессивного состояния; опросника С&ЛТ (Тест-опросник Спилбергера-Ханина) в выборке преобладает низкая тревожность (84%) и присутствует высокий уровень тревожности у 6%.

Нами было выявлено, что с течением времени у всех пациенток, независимо от фенотипа, при СПЯ и ИР повторно повышается индекс HOMA и снижается индекс Caro, что свидетельствует о так называемом «рецидиве» инсулинорезистентности, повышение общего холестерина, ЛПНП и триглицеридов.

Таким образом, применение метформина при СПЯ представляется потенциально эффективным методом для преодоления инсулинорезистентности, улучшения гормональных, биохимических параметров и возможного снижения риска развития метаболического синдрома и сердечнососудистых заболеваний.

Необходим целостный психосоматический подход к ведению пациенток с данной патологий, сочетающий в себе традиционные медицинские программы коррекции всех составляющих этого синдрома в комплексе с психотерапией, направленной на устранение психологических проблем, характерных для СПЯ.

ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИНОГО ВОЗРАСТА ПРЕПАРАТОМ ПАНАВИР

Шогенова Ф.М., Узденова З.Х., Шаваева В.А., Залиханова Л.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия
ООО Клиника «Элифия», Нальчик, Россия

За последние два десятилетия во всем мире отмечается стойкий рост заболеваемости генитальными вирусными инфекциями. По данным ВОЗ, по результатам серологических и ИФА эпидемиологических исследований антитела к вирусу простого герпеса выявляются у 90% взрослого населения. Герпесвирусные инфекции обладают рядом особенностей: множественностью путей передачи, пожизненным персистированием в организме человека, способностью к реактивации вирусного процесса при ослаблении иммунной защиты, высокой частоте внутриутробного инфицирования детей, тяжелому течению у новорожденных и детей раннего возраста, полиморфизмом клинических проявлений. Несмотря на достигнутые успехи в лечении герпесвирусной инфекции, на сегодняшний день противорецидивная терапия не достаточно эффективна.

Целью нашего исследования явилась оценка клинической эффективности препарата Панавир при лечении рецидивирующей герпетической инфекции у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. В исследование включены 33 пациентки с диагнозом рецидивирующая герпетическая инфекция различной локализации. У всех больных проводился сбор жалоб, анамнестических данных о длительности заболевания, частоте и тяжести рецидивов, динамике лабораторных показателей и проводимой терапии, характере сопутствующих заболеваний. Пациенткам проводился клинический осмотр, анализировались лабораторные данные клинического анализа крови, мочи до начала и после завершения лечения, ИФА и ПЦР-диагностики инфекций, передающихся половым путем в разгар герпетических высыпаний.

Средний возраст пациенток составил 33,2 года. Длительность инфицирования от 1 года до 29 лет. Количество рецидивов в год в среднем – 3,8 раза. Легкая степень течения заболевания отмечена у 10 пациенток, среднетяжелое – у 16, тяжелое – у 7 пациенток. Продолжительность рецидивов – от 5 до 21 дня, в среднем – 7,5 дня. По локализации герпетических высыпаний: генитальная форма – у 9 пациенток, лабиальная форма – у 9 пациенток, назальная – у 4 пациенток, смешанная – у 11.

Всем пациенткам проводилась терапия препаратом Панавир по 5 мл внутривенно. Первые три инъекции проводились через каждые 48 часов,

последние 2 – с интервалом 72 часа в период рецидива герпетической инфекции. Оценка эффективности препарата Панавир проводилась в соответствии с критериями лечебной эффективности препарата: сокращение длительности рецидива; увеличение длительности ремиссии; степень влияния препарата на динамику текущего процесса; степень регресса субъективных симптомов.

При клиническом исследовании у всех пациенток отмечались общие, местные и субъективные признаки рецидива герпесвирусной инфекции. Все пациентки отмечали общую слабость, жжение в месте высыпаний. Объективно – субфебрильная температура тела, наличие герпетических высыпаний, трансформация папул в везикулы, отек, гиперемия кожи и слизистых оболочек.

Анализ клинико-лабораторных данных выявил наличие относительного и абсолютного лимфомоноцитоза, моноцитоз и лимфопению, в ряде случаев анемию и тромбоцитоз. ВПГ-2 выявлен в большинстве (60,6%) случаев герпесвирусной инфекции, ВПГ-1 – в 27,3% случаев. У четырех пациенток (12,1%) при наличии клинических проявлений рецидива герпетической инфекции ВПГ лабораторно не обнаружен.

При изучении переносимости и эффективности препарата Панавир отмечена хорошая переносимость препарата, сокращение длительности рецидива заболевания. Анализ данных катамнеза позволил сделать заключение о влиянии проведенного лечения препаратом Панавир в качестве противорецидивного. В течение последующих за лечением 6 и 12 месяцев наблюдения рецидив герпетической инфекции не был отмечен ни у одной пациентки.

Таким образом, препарат Панавир эффективен при лечении рецидивирующей герпесвирусной инфекции различной локализации. Препарат Панавир сокращает длительность рецидива заболевания, является безопасным, хорошо переносится пациентами, позволяет пролонгировать период ремиссии рецидивирующей формы герпетической инфекции.

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Шогенова Ф.М., Узденова З.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

В последние годы во всем мире и в России, в частности, отмечен рост распространенности йоддефицитных состояний и патологии щитовидной железы. В Кабардино-Балкарии за последние 10 лет частота тиреоидной патологии увеличилась в 49 раз.

Цель исследования – оценка частоты и степени тяжести йоддефицитных состояний в детском и подростковом возрасте в зависимости от климато-географических зон проживания.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 1230 детей и подростков в возрасте 7–17 лет, проживающих в различных климато-географических зонах: на равнине – 344 ребенка, в предгорье – 584 детей, в горах – 302. Исследование начиналось со сбора жалоб, анамнеза и паспортных данных. Учитывали дату рождения, национальность, адрес. Фиксировали перенесенные в раннем детстве, пубертатном и юношеском возрасте заболевания, травмы, оперативные вмешательства. Эти сведения вносились в разработанную нами карту-анкету, которая включала антропометрические показатели, данные осмотра. Оценка состояния здоровья детей проводилась на основании осмотра врачей – педиатра, невропатолога, офтальмолога, эндокринолога, психолога, отоларинголога, уролога, акушера-гинеколога. Определение содержания йода в разовой порции мочи проводилось с 9 до 11 часов утра после завтрака два раза в течение 2-х дней подряд. Для сбора мочи использовалась специальная ёмкость, промытая дистиллированной водой для исключения погрешностей в определении микроэлемента йода в моче. Исследования по определению количественного уровня экскреции йода с мочой проводились в лаборатории Краевого эндокринологического центра г. Ставрополя при поддержке Компании «Берлин-Хеми». Согласно критериям ВОЗ, если медиана экскреции йода с мочой превышает 100 мкг на 1 литр, это означает, что в данной популяции дефицита йода нет, медиана йодурии менее 20 мкг/л свидетельствует о тяжелой степени йодного дефицита, 20–49 мкг/л – умеренной, 50–99 мкг/л – легкой.

По данным анкетирования установлено, что 26% семей совсем не проводят йодную профилактику. Регулярно используют в питание йодированную соль 34,6% семей. Употребляют йодосодержащие пищевые добавки и комплексные витаминные препараты 21,8% семей. 17,6% детей получали йодную профилактику препаратом, содержащим калия йодид в дозе 50–100 мкг в сутки. 5 детей принимали L-тироксин по поводу различных тиреопатий.

Среди обследованных детей 21,1% перенесли ветряную оспу, 9,6% – краснуху, 3,2% – эпидемический паротит, 2,2% – корь. Из острых инфекционных заболеваний у детей наиболее часто встречались ОРВИ и ОРЗ – 97,6%, реже – грипп (9,8%). В структуре хронических заболеваний у обследованных детей и подростков чаще встречались эндокринная патология, заболевания ЛОР-органов, опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, мочевыделительной системы. По данным пальпаторного обследования школьников распространенность зоба в равнинной местности составила 41%, предгорной зоне – 43,8%, в горной зоне – 49,1%. Проведенные УЗИ щитовидной железы у обследованных детей выявили неравномерную распространенность зоба в различных климато-географических зонах Кабардино-Балкарии. Частота зоба у детей и подростков по данным УЗ-исследования была меньше: в равнинной зоне – у 11,9%, в предгорной – у 14,4%, в горной – у 21,6%. Средние показатели объема щитовидной железы нарастают с увеличением кален-

дарного возраста детей. Согласно полученным нами данным, показатели объема щитовидной железы у детей равнинной, предгорной и горной зон Кабардино-Балкарии достоверно превышают средние объемы щитовидной железы у детей, проживающих в йоднасыщенных зонах. По нашим данным, йодный дефицит имеет место во всех климато-географических зонах Кабардино-Балкарии. По частоте и выраженности йодурии и по распространенности, степени тяжести тиреомегалии (по данным УЗИ) в равнинной и предгорной зонах имеется легкий йододефицит, в горной зоне – умеренный йодный дефицит. При вычислении показателей экскреции йода с мочой в анализируемых группах школьников были получены следующие результаты: лучшие показатели медианы йодурии были у детей, получающих йодную профилактику препаратами йодида калия, а наименьшие – у детей из семей, не проводящих йодную профилактику. Наибольшая частота проб с результатами менее 100 мкг/л наблюдалась в группе детей, не проводящих йодную профилактику, наименьшая в группе, получающих регулярно морепродукты. Среди детей, получающих йодид калия, пробы с пониженным содержанием йода отсутствовали.

Таким образом, показатели объема щитовидной железы у детей равнинной, предгорной и горной зон Кабардино-Балкарии достоверно превышают средние объемы щитовидной железы у детей, проживающих в йоднасыщенных зонах. Во всех климато-географических зонах Кабардино-Балкарии имеет место йодный дефицит в различной степени выраженности. По частоте и выраженности йодурии и по распространенности, а также по степени тяжести тиреомегалии (по данным УЗИ) в равнинной и предгорной зонах Кабардино-Балкарии имеется легкий йододефицит, в горной зоне – умеренный йодный дефицит. У детей, получающих йодную профилактику препаратами йодида калия, выявлены более высокие показатели медианы йодурии, чем у детей из семей, не проводящих йодную профилактику.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПОТСМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Эседова А.Э., Хашаева Т.Х., Абусуева З.А., Гамидова А.Г., Гасанова А.Б.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

С целью определения информативности биохимических маркеров, как ранних показателей интенсивности костных потерь, в диагностике эффективности заместительной гормональной терапии нами оценены результаты лечения 240 пациенток с первичным гипотиреозом, проживающих в йоддефицитном регионе. 48 больных с декомпенсированным гипотиреозом (1-ая группа), 82 – с компенсированным L-тироксином гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита и эндемического зоба (2-ая группа), 62 – с послеоперационным компенсированным гипотиреозом (3-я группа). Контрольную группу составили 49 человек без тиреоидной патологии. Женщины находились в постменопаузе от 2 до 15 лет. Всем пациенткам проводилась комплексная терапия, включающая в себя препараты Клиогест, L-тироксин, СаД3 – Никомед и йодомарин.

Уровень маркеров костной резорбции – С-концевой телопептид (СТх) в сыворотке крови и во второй утренней порции мочи – определяли иммуноферментным методом с использованием систем «CrossLaps ELISA» и «Osteometer Biotech» исходно и через 3–6–9–12 месяцев терапии. Кроме того, определяли уровень маркера костного формирования костной щелочной фосфатазы (КЩФ) в сыворотке крови (наборы «Abbott», США), а также показатель скорости костного оборота – остеокальцин (ОК) иммунорадиометрическим методом (наборы «Cis Bio International», Франция) тоже исходно и через 3–6–9–12 месяцев терапии.

На фоне проводимой комплексной терапии, в состав которой в качестве ЗГТ входил Клиогест, уже через 3 мес. от начала лечения в 1-ой и 4-ой группах отметилось достоверное снижение уровней СТХ в сыворотке крови на 33,5% и 32,5% и в моче на 36,3% и 35,7% соответственно, тогда как в о 2-ой и 3-ей группах на 35,1% и 37,5% в сыворотке крови, и 37,5% и 40,3% в моче соответственно. Столь выраженная динамика маркеров костной резорбции свидетельствует о высокой эффективности проводимой терапии. К 6-му месяцу снижение уровней маркеров костной резорбции во всех группах продолжа-

лось, перешагнув 35% барьер у пациенток 1-ой и 4-ой групп, как в сыворотке крови, так и в моче и достигнув 40% барьера во 2-ой и 3-ей группах (доходя до 41,3% снижения СТх в сыворотке и до 45,2% в моче у пациенток 3-ей группы). Снижаясь и далее к 9-му месяцу, к 1 году лечения уровни СТх в сыворотке и в моче достигли значений, характерных для здоровых женщин того же возраста как у пациенток с тиреоидной патологией, так и без нее.

Также к 3-му месяцу от начала терапии было отмечено снижение показателя костного формирования – КЩФ ($p<0,05$) и ОК ($p<0,05$) во 2-ой, 3-ей и 4-ой группах. В 1-ой группе эти показатели остались практически неизмененными, что вполне можно объяснить их исходно низкими значениями на фоне декомпенсированного гипотиреоза. В дальнейшем показатели КЩФ и ОК, повышаясь во 2-ой 3-ей и 4-ой группах к 6-му месяцу, затем опять снижались к 9-му месяцу, стабилизируясь к 12-му месяцу на цифрах, достоверно более низких (в 1,3 раза) относительно снижения в 3 месяца.

На основании вышеизложенного можно заключить, что биохимические маркеры костного ремоделирования у пациенток с компенсированными гипотиреозом и костной резорбции у пациенток с декомпенсированным гипотиреозом являются чувствительными тестами для ранней (3–6 мес.) оценки эффективности проводимой терапии, когда денситометрическое исследование минеральной плотности костной ткани еще не информативно.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ

Шамилова Н.Н., Марченко Л.А.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития, отделение гинекологической эндокринологии.

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) представляет собой одно из наиболее загадочных заболеваний репродуктивной системы и требует мультидисциплинарного подхода. Гормональные и биохимические тесты не позволяют предсказать скорость ежемесячной потери фолликулов и установить истинный биологический возраст яичников. Все выше представленное требует поиска новых адекватных молекулярно-биологических маркеров оценки скорости старения яичников, которые в ряде случаев позволят прогнозировать их преждевременное истощение.

В качестве одной из ведущих причин преждевременного старения яичников в настоящее время рассматриваются различные молекулярно-генетические поломки на длинном плече Х хромосомы. В последние годы было пока-

зано, что нормальное число CGG повторов в гене FMR1, находящееся в пределах 26–34 (в среднем 30) косвенно позволяет судить о нормальной функции яичников и прогнозировать их своевременное выключение.

По данным K. Koyama, A. Hasegawa, 2008 до 30% случаев преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) рассматриваются как результат аутоиммунных нарушений. Пусковым механизмом развития аутопроцесса в ткани яичников являются внешние и собственные яичниковые антигены, формирующиеся под воздействием аутотоксинов. Наиболее часто среди вирусных антигенов патологическое воздействие на яичник оказывают вирусы паротита и краснухи.

Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой и тиреоидной систем 200 пациенток с ПНЯ оценивали по результатам определения уровня гипофизарных (ФСГ, ЛГ, ТТГ) стероидных (E2,T,DHEA) и тиреоидных гормонов (Т4св), а так же внутрияичникового фактора роста (АМГ). Концентрацию гормонов определяли методом иммуноферментного или радиоиммунного анализа с помощью соответствующих тест-систем на автоматическом анализаторе «Cobar Core II». Генетическое тестирование включало оценку наличия неслучайной инактивации Х хромосомы и числа CGG нуклеотидных повторов в гене FMR1.Определение неслучайной инактивации Х-хромосомы (SXCI) при пороге 80% проводили с помощью метилчувствительного количественного флуоресцентного ПЦР анализа CAG-повтора 1 экзона гена AR в лаборатории эпигенетики МГНЦ РАМН. Исследование полиморфизма гена FMR1 по определению числа CGG-повторов в 5'-нетранслирующемся регионе 1 экзона данного гена производили в лаборатории эпигенетики МГНЦ РАМН методом метилспецифической ПЦР (МС-ПЦР) на генетическом анализаторе ABI3100. В зависимости от числа CGG-повторов пациентки были разделены на 3 группы: группа А (аллель 1<26 триплетных повторов) включала женщин с патологически коротким числом CGG- триплетов. Группа В (аллель 1≥26 и аллель 2≤34), представляющая нормальное число повторов (согласно данным Y. H. Fu и соавт.). Группа С (аллель 2>34) состояла из женщин с длинным числом триплетных CGG-повторов.

Учитывая, что ПНЯ может является одной из составляющих аутоиммунного полигландулярного синдрома, нами было проведено исследование не только яичниковых антител, но и уровней специфических аутоантител к другим органам (щитовидной железе) и неспецифических антител к фосфолипидам, к ядрам клеток и митохондриям.

Статистический анализ полученных данных выполнен на компьютере PC IBM (США) с помощью электронных таблиц Microsoft Excel, пакета прикладных программ Statistica for Windows v. 7.0, StatSoft Inc. (США), пакета SPSS (версия 10.0.7). Результаты исследования представлены как среднее±стандартное отклонение (M±SD).

В ходе работы нами было отобрано 78 пациенток, репрезентативных по возрасту, перенесенным заболеваниям, гормональному профилю и ультразвуковым критериям основной группе. Всем им было проведено комплексное молекулярно-генетическое обследование и аутоиммунный скрининг.

Сравнительный межгрупповой анализ показал, что частота встречаемости нормальных длин CGG повторов при аутоиммунной форме ПНЯ была достоверно выше по сравнению с аномальными (71,8% в сравнении с 8,32% и 4,54%, p=0,002) и доля больных с нормальной длиной повторов составила 88,4% (23/26).

Для больных с аутоиммунным генезом ПНЯ характерно достоверно меньшее число CGG повторов во второй аллели (32,8±3,3 против 35,6±6,69; P=0,03). (относительный риск 5,0; 95%ДИ,0,73–34,3).

На основании всего выше представленного можно сделать вывод, что наличие нормальной длины повторов во второй аллели у больных с ПНЯ с относительным риском равным 5 может являться прогностическим критерием формирования аутоиммунной формы ПНЯ, т.к. в ее развитии в большей степени задействованы не молекулярно-генетические причины, а воздействие вирусно-бактериальных детерминант, приводящих к аутоагрессии, направленной на растущий первичный фолликул. В то время как аномальная длина CGG повторов может являться ранним прогностическим критерием формирования молекулярно-генетической формы ПНЯ.

Таким образом, проведенное нами обследование показало, что в 41% случаев определение длины CGG повторов не может явиться прогностическим критерием формирования ПНЯ.

Однако, в 59% случаев длина CGG повторов, которая генетически детерминирована может являться надежным, ранним прогностическим критерием развития преждевременного истощения примордиального пула у молодых женщин.

РАЗДЕЛ №3

Неонатология

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

Воеводин С.М., Шеманаева Т.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Внутриутробная нейроинфекция может манифестировать у новорожденного как тяжелой неспецифической неврологической симптоматикой сразу после рождения (коматозное состояние, судороги), так и незначительными проявлениями замаскированными недоношенностью и незрелостью или интра-перинатальными осложнениями.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния эхографической картины нейроинфекции у плода на состояние ребенка после родов.

Материалы и методы: произведен ретроспективный анализ ультразвуковых исследований у 79 беременных женщин. У всех женщин при исследовании были отмечены различные ультразвуковые маркеры внутриутробной инфекции. При этом у 32 беременных женщин (I группа) отмечены кальцификаты в паренхиматозных органах в 14 случаях (43,8%), инфекционные кардиомиопатии у 8 (25%) женщин, неимунная водянка – 3 (9,4%), маловодие – 4 (12,5%), многоводие – 3 (9,4%), обструктивные заболевания мочевыводящей системы у плода в 7 (21,9%) случаях. У остальных 47 беременных (II группа) выявлены различные ультразвуковые маркеры нейроинфекции. Эхографическое обследование плодов производилось при помощи различных ультразвуковых приборов с использованием как трансабдоминального, так и трансвагинального доступов датчиками частотой 3,5–7,5 МГц. После проведения рутинного акушерского ультразвукового обследования у всех плодов производилось сканирование головного мозга плода с объемной эхографии.

Результаты и их обсуждение: в I группе во всех случаях развитие структур ЦНС у плодов соответствовали гестационному возрасту, без аномального развития головного. У 28 новорожденных из этой группы (87,5%) наблюда-

лись различные варианты дезадаптации после родов (синдром дыхательных расстройств, морфофункциональная незрелость, задержка роста, общий отечный синдром и т.д.). Все новорожденные были переведены на второй этап выхаживания, без летальных исходов. Во II группе у 4-х беременных (8,5%) проявление нейроинфекции выявлено в середине второго триместра, при этом 3 беременности (6,4%) закончились преждевременными родами в сроках 26–31 недели гестации, с гибелью новорожденных на 5–14 сутки жизни. В одном случае (2,1%) ребенок родился на 36 неделе гестации, при дальнейшем наблюдении выявлена грубая задержка психомоторного развития. Отмечена достоверная зависимость между тяжестью эхографической картины нейроинфекции и исходами общего клинического, а так же неврологического статуса у новорожденных. Особая роль принадлежала возможности эхографического выявления кальцификатов в перивентрикулярной и субэпендимальной области, базальных ганглиях или других отделах большого мозга. Успешное пренатальное выявление нейроинфекции оказалось возможным только при использовании мультиплоскостной методики сканирования или 3D/4D исследования, которые по своим возможностям не уступают постнатальному ультразвуковому обследованию мозга.

Выводы: в результате проведенной работы установлено, что обнаружение эхографических признаков нейроинфекции у плода наряду с другими маркерами внутриутробной инфекции или без них, в значительной степени ухудшают прогноз для жизни и здоровья ребенка. Выявление нейроинфекции во втором триместре беременности является высоким риском летального исхода у плода или новорожденного.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭХОГРАФИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПЛОДОВ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Демидов В.Н., Машинец Н.В., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Буров А.А.

ФГУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) – это порок, который возникает в результате замедления процесса закрытия плевроперитонеального канала или несостоятельности диафрагмы. Последнее приводит к нарушению разделения грудной и брюшной полостей, смещению и сдавлению сердца, перемещению желудка, селезенки, кишечника и печени в грудную

клетку. Частота встречаемости этой патологии 0,28–0,8 случаев на 1000 новорожденных. В группе плодов с изолированной ВДГ выживаемость новорожденных составляет 40–60%. Определение прогноза жизни для плода при ВДГ остается сложной и ответственной задачей. К факторам, позволяющим оценить перинатальный исход, относятся наличие сочетанных аномалий развития, месторасположение печени, желудка, многоводие, генерализованный отек плода, срок диагностики данной патологии. Для установления выраженности гипоплазии легких при ВДГ вычисляют отношение площади легких к окружности головы плода (LHR), а также отношение выявленного LHR при ВДГ к нормативному LHR в данном сроке беременности (OB/EX LHR). Однако чувствительность данных прогностических критериев не высока и достигает лишь 30–46%. С целью повышения эффективности пренатального прогнозирования состояния новорожденного с ВДГ мы предложили определять индекс компрессии сердца (ИКС), путем вычисления отношения длины сердца к его толщине при поперечном сканировании грудной клетки. Установлено, что при дефекте диафрагмы органы брюшной полости, проникая в грудную клетку, оттесняют и сдавливают сердце. Это приводит к увеличению его длины и уменьшению толщины. Преимуществом данного метода является то, что он не зависит от срока гестации и позволяет с достаточно высокой точностью производить необходимые измерения, в связи с четкой визуализацией сердца. Для оценки информативности этого метода обследовано 114 плодов при физиологическом течении беременности и 30 – с ВДГ. Из них у 13 новорожденных состояние было расценено как с легкое и средней тяжести, у 17 – как тяжелое и крайне тяжелое (из них 7 новорожденных погибло). В результате проведенного исследования было установлено, что у здоровых плодов независимо от срока гестации предложенный нами индекс в норме варьирует от 1,0 до 1,2, составляя в среднем 1,02, и при патологии соответственно от 1,3 до 1,8, в среднем – 1,5. При этом было констатировано, что если ИКС составлял менее 1,2, то точность прогнозирования (специфичность) состояния новорожденных составила 88%, ложноположительный результат отмечен в 12%. В группе плодов с ВДГ при величине ИКС более 1,2 точность прогнозирования состояния новорожденных (чувствительность) составила 93%. Ложноотрицательный результат составил 7%. Наряду с этим было установлено, что если ИКС варьировал от 1,3 до 1,5, то 69% детей с ВДГ родились в состоянии легкой и средней тяжести и, если он превышал 1,5, то в 94% состояние здоровья детей было оценено как тяжелое и крайне тяжелое. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что эхография представляет ценный метод, использование которого позволяет еще внутриутробно с достаточно высокой точностью прогнозировать состояние новорожденного с ВДГ и основываясь на полученных данных, решить вопрос о выборе наиболее рациональной тактики ведения беременных с рассматриваемой патологией.

СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТЬ 1. АКУШЕРСТВО

3 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Ахвледиани К.Н., Лубнин А.Ю., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Коваленко Т.С., М.В. Капустина, Торшина З.В.

5 ОБУЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В КАБИНЕТЕ ДОРОДОВОЙ ПЕДАГОГИКИ «СОНАТАЛ»
Ф.Г. Ахмерова, Н.В. Жижина

8 ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
Бабаева Е.Р., Краснянская О.И.

9 ЗНАЧЕНИЕ ЦВЕТОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ ОСТАТКОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПОЛОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗОГО АБОРТА
Белоусов Д.М., Куземин А.А.

11 СОСТОЯНИЕ РУБЦА НА МАТКЕ И ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИЕЙ В АНАМНЕЗЕ
Бычков И.В.

13 МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ОСНОВА КОРРЕКЦИИ ЕГО ФАКТОРНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ВРАЧОМ АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ
Васильева Т.П., Малышкина А.И., Панова И.А., Филькина Е.В., Астахов М.В.

14 ПРИМЕНЕНИЕ УФОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
Ветров В.В., Васильев В.Е., Батракова Т.В., Антошина Т.А.

16 ВРЕМЕННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В СОЧЕТАНИИ С АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВОМ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Ветров В.В., Сентябрева М.С., Пьянова И.В., Васильев В.Е.

18 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МАТОЧНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ
Вовк И.Б., Трохимович О.В., Дыкан И.Н., Кондратюк В.К., Волык Н.К.

19 К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ
Гадаева И.В., Гадаев И.Ю.

20 РОЛЬ ЭНДОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Гафарова Е.А., Мальцева Л.И., Юпатов Е.Ю., Коган Я.Э. Замалеева Р.С.

22 РОЛЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Гладилина Л.В., Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Саидова А.С.

24 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ В СЕМЬЯХ С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МАРКЕРОВ
Грабарь В.В.

26 ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ
Давыдкина Ю.В.

28 ИЗМЕНЕНИЯ АДАПТАЦИОННО-ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ НЕ ПЛАНИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Даниленко Е.

29 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ
Ерофеев Б.Б., Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г.

31 ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Ерофеев Б.Б., Иозефсон С.А., Ерофеева Л.Г., Тарбаева Д.А, Анохова Л.И.

33 ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД
Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Шатилова Н.В., Цыбульская О.В.

34 ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗИЛИЯТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД
Жаркин Н.А., Шатилова Ю.А., Шевцова Е.П.

36 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Замалеева Р.С., Лазарева В.К., Юпатов Е.Ю., Коган Я.Э., Гафарова Е.А.

37 СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Зароченцева Н.В., Серова О.Ф., Торшина З.В., Меньшикова Н.С., Кишьян, Л.В. Малиновская В. В., Титченко Ю.П.

39 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГАЗОВО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО СОСТАВА ПУПОВИННОЙ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НЕЗРЕЛЫМИ РОДОВЫМИ ПУТЯМИ
Зенкина З.В., Пузикова О.З., Линде В.А., Ищенко Е.В., Аскалепова М.К.

40 ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА БЫСТРЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН
Зефирова Т.П., Железова М.Е., Яговкина Н.Е.

42 АКТУАЛЬНОСТЬ АНАЛИЗА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА
Иголкина М.Н., Мингалёва Н.В., Колесникова Л.А., Топорова Л.А., Хачак С.Н.

44 АУТОАНТИТЕЛА К КОФАКТОРАМ В ДИАГНОСТИКЕ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМИ ПОТЕРЯМИ ПЛОДА
Ионанидзе Т.Б., Агаджанова А.А., Менжинская И.В.

46 ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИДУРАЛЬНЫЙ БЛОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА ПЛОДА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ, СОЧЕТАНИЕМ ГЕСТОЗА И АНЕМИЕЙ
Исаева З.И.

48 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА
Казачкова Э.А., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Хелашвили И.Г.

50 БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГРИППОМ А H1N1
Калиматова Д.М.

51 БЕРЕМЕННОСТЬ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ
Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г., Петров В.Л., Быкова Н.Н.

53 ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ СВОБОДНОГО ОКСИПРОЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ РАННИХ СРОКОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Киселева О.Ю.

55 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ
Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Киселева О.Ю.

57 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ МОЛЕКУЛЯРНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПРОЛАКТИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.
Керимли Л.М., Соснова Е.А.

58 АЛГОРИТМ КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
Кирющенков П.А., Андамова Е.В., Тамбовцева М.А.

60 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВОГО АКТА У ЖЕНЩИН, РОДИВШИХ ДЕТЕЙ С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ
Киселева О.Ю., Керимкулова Н.В.

61 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Кляусова Е.Г.

62 ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАГИНОРМА С У БЕРЕМЕННЫХ.
Коваленко Т.С., Ахведиани К.Н., Петрухин В.А., Будыкина Т.С., Капустина М.В.. Давыдова Т.В.

64 АКТИВНАЯ ФОРМА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ – КЛЮЧ К РЕШЕНИЮ ФОЛАТЗАВИСИМЫХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Кононова И.Н.

65 СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ
Корнацкая А.Г., Дубенко О.Д., Баранецкая И.А.

67 ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ И ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ
Корнилова Т.С, Ковчур П.И, Рыбкина Л.А, Белоярова В.С, Бахлаев И.Е.

69 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ОЧАГЕ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ГРИППА A(H1N1)/09
Кошмелёва Е.А., Белокриницкая Т.Е.

70 КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПОВТОРНОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Магомедова П.А, Магомедова М.А., Аттаева А.М.

72 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
Макаров И.О., Воеводин С.М., Шеманаева Т.В.

73 ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Макаров И.О., Боровкова Е.И.

75 БИОЦЕНОЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК, ПРИ НАРАСТАНИИ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА
Манухин И.Б., Тоноян Л.А.

77 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У РОЖЕНИЦ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД, ПРИ НАРАСТАНИИ БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА
Манухин И.Б., Томакян Р.Г., Тоноян Л.А.

79 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ. МЕТОДЫ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ
Манухин И.Б., Кочарян А.А., Биштави А.Х, Смирнова С.О., ассистент к.м.н. Харлова О.Г.

81 ОБОСНОВАНИЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ
И.О. Маринкин В.О., Кулешов В.М., Илизарова Н.А., Непомнящих Г.И.

83 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ПЛОДА ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Махмудова А.Р., Гатина Г.А., Омарова Х.М.

84 СКРИННИНГОВОЕ УЛЬТРАЗВУКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОДИЛЬНИЦ, КАК РЕЗЕРВ ПО СНИЖЕНИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Махмудова А.Р., Омарова Х.М.

85 ОЦЕНКА РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У НОСИТЕЛЕЙ ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В КОГОРТЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
Медянникова И.В., Гудинова Ж.В.

87 УРОВНИ ИНСУЛИНО-ПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА СВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОЗДНИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ПРЕРЫВАНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Милушева А.К., Агаджанова А.А., Кречетова Л.В.

89 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАРКЕРОВ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ
Мурашко А.В., Магомедова Ш.М.

90 ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Нурмагомедова С.С., Меджидова Д.Р., Казиева С.Э, Омаров Н.С-М..

92 ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЗА ПЕРИОД 2008–2011
Панкова С.В.,Колясова Е.Н., Кузнецова Н.Н., Кузнецова Е.П., Евсеева Л.А.

93 РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ
Пароконная А.А., Нечушкин М.И., Кампова-Полевая Е.Б.

95 ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ВНУТРИ- И МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО КОНСУЛЬТИРОАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ РИСКА
Песикин О.Н., Васильева Т.П., Бойко Е.Л., Панова И.А.

96 РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А.

97 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА С АУТОИММУННЫМ КОМПОНЕНТОМ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
Плужникова Т.А.

98 ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОРСИН ХОРИОНА НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ
И.А. Попова, С.В. Меренова, Ж.Ж. Валиуллова, В.Н. Балашова, Е.В. Писарева, Н.П. Портянникова

100 СРАВНЕНИЕ ВИДОВОГО СОСТАВА ВАГИНАЛЬНЫХ ЛАКТОБАЦИЛЛ БЕРЕМЕННЫХ И НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Припутневич Т.В., Анкирская А.С., Мелкумян А.Р., Муравьева В.В., Меджидова М.К., Любасовская Л.А., Завьялова М.Г.

102 ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА
Пуршаева Э.Ш., Хамошина М.Б., Тараскина Е.В., Чакчурина И. А.

103 ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ СОСУДИСТЫЙ ТОНУС, В РАЗВИТИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
Путилова Т.А., Ковалев В.В., Дерябина Е.Г.

104 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗАППАРАТНОГО МЕМБРАННОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ И ГЕПАТОЗОМ
Рощупкина И.А., Ветров В.В.

106 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ
Самчук П.М., Торубаров С.Ф., Леваков С.А., Марченко А.А., Самчук Д.П.

107 РЕЗЕРВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Самчук П.М., Торубаров С.Ф., Леваков С.А., Самчук Д.П.

109 ЗНАЧЕНИЕ ОДНОВРЕМЕННОГО УЧЕТА КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДАННЫХ ЭХОГРАФИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЧХГ В КРОВИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ТОЧНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Саркисов С.Э., Демидов В.А., Романовская О.А.

110 РОЛЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ
С.В. Сокологорский, В.О. Генералов, А.Б. Орехов, И.А. Ушакова

112 ПРОФИЛАКТИКА АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Стеняева Н.Н., Короткова Н.А., Пучко Т.К., Аполихина И.А.

113 САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ И ИСКУССТВЕННЫЙ АБОРТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
Суханова Л.П., Саниева С.М.

115 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В 2011 ГОДУ
Тарбаева Д.А., Анохова Л.И., Брылева Л.И., Ерофеева Л.Г.

117 ПРЕДГЕСТАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ ВЫКИДЫШЕМ (АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ)
Тетруашвили Н.Т.

119 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА
Торубаров С.Ф., Самчук П.М., Леваков С.А., Устимов М.А., Самчук Д.П.

120 К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДАУНА
Торубаров С.Ф., Самчук П.М., Леваков С.А., Львова Е.С., Самчук Д.П.

122 ИНФОРМАЦИОННАЯ И МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВРАЧЕЙ, НАБЛЮДАЮЩИХ ЖЕНЩИН НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ, КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УСЛУГ
Трофимов В.В., Халецкий И.Г., Чумаков А.С., Линовицкая С.А., Сазанов В.В.,

123 ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭКОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА НАТУРОПАТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ У БЕРЕМЕННЫХ ПЕРЕД РОДОРАЗРЕШЕНИЕМ
Фадеева Н.И., Яворская С.Д., Ремнёва О.В., Медведева М.Н.

125 ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ СВОБОДНОЙ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ДНК ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Федорова Н.И., Тетруашвили Н.К., Карнаухов В.Н., Файзуллин Л.З., Трофимов Д.Ю.

127 РОЛЬ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ
Фролова О.Г., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К., Чаусов А.А.

128 ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ
Харитонова Е.А., Хрипунова Г.И., Шляхова И.Ю., Шипилова Л.М., Грибова С.Н., Дубровская М.В.

130 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВУИ
Шеманаева Т.В.

131 ИММУННЫЙ СТАТУС ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Эльжорукаева Ж.А.

132 ГОРМОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Эльжорукаева Ж.А.

134 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОГО И ЛЕЧЕБНОГО ТОКОЛИЗА
Яковлева О.В.

135 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ
Яковлева О.В.

ЧАСТЬ 2. ГИНЕКОЛОГИЯ

138 ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ЦЕРВИЦИТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Тагиева А.В.

140 ИЗУЧЕНИЕ ПРОБИОТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВАГИНАЛЬНОГО ШТАММА 2029 LACTOBACCILLUS CRISPATUS
В.М. Абрамов, В.С. Хлебников, Н.Е. Сузина, Г.Р. Байрамова, И.В. Косарев, В.К. Сакулин, Н.Л. Куликова, Р.Н. Василенко, В.Г. Мельников, В.Н. Прилепская, Г.Т. Сухих

141 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОСТМЕНОПАУЗОЙ
Абусуева З.А., Хашаева Т.Х-М., Эседова А.Э.

143 ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА
Айвазова Д.С., Пальчик Е.А., Дуянова О.П.

145 ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЦЕНОЗОВ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Андосова Л.Д., Конторщикова К.Н., Качалина О.В., Гонова Е.С., Куделькина С.Ю.

147 ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ
Андреева М.В., Смолова Н.В.

149 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Андреева М.В., Пахуридзе Р.Ф.

151 АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВАГИНИТОВ, БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА
Аполихина И.А., Асланян К.О.,Тетерина Т.А., Трофимов Д.Ю., Анкирская А.С.

153 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ В ПОВЫШЕНИИ КОМПЛАЕНТНОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ
Аскерова М.Г., Аскеров Р.А., Киселева М.К., Маясина Е.Н.

154 ОНКОБЕЛКИ E7 И P16 INK4A В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ
Ахметзянова А.В., Нигматулина Н.А.

156 ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ
Барт Б.Я., Ларина В.Н., Рунихина Н.К.

157 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У СТУДЕНТОК В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ
Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Анохова Л.И., Белозерцева Е.П.

159 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МАТОЧНОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Борцвадзе Ш.Н, Джибладзе Т.А., Ищенко А.И., Брюнин Д.В.

160 ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСМЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ МПК ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ АМЕНОРЕИ
Бурдули А.Г.

163 ДИНАМИКА ПРОЛАКТИНА ПРИ ПРИМЕНЕНИИИ ПИОГЛИТАЗОНА У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА С СПКЯ
Валикова О.В., Мухотина А.Г.

164 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ P16(INK4A/CDKN2A) В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ
Вовк И.Б., Задорожная Т.Д., Калюта А.А., Пустовалова О.И.

165 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРТАКОНАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БЕРЕМЕННЫХ
Вознесенская Н.В., Харитонов В.М., Бурганова Р.Ф., Истомина Н.С., Саакян К.

167 РОЛЬ СОЧЕТАННОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Вознесенская Н.В., Насыров Р.А., Кометова В.В., Савинова Н.А.

169 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОФИЛИЙ У ЖЕНЩИН СО СПОРАДИЧЕСКИМ И ПРИВЫЧНЫМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ
Воропаева Е.Е., Казачкова Э.А.

171 КОМПЛЕКСНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ПРОГНОЗА И МОНИТОРИНГА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ОСНОВЕ ВПЧ
Габитова Н.А.

172 ВЛИЯНИЕ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ОРГАНИЗМА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ
А.Х. Гайдарова, Н.В. Котенко, Л. С. Алисултанова, А.Б. Миорова, Н.И. Дубовицких, С.А. Крикорова, Луферова Н. Б.

174 ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ
А.Х. Гайдарова, Л. С. Алисултанова, А.Б. Миорова, С.А. Крикорова, Н.В. Котенко, Н.И. Дубовицких, Н.А. Деревнина, А.С. Бобкова

176 ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОСОНОГРАФИЯ – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИ БЕСПЛОДИИ И СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ В МАЛОМ ТАЗУ
Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Барабанова О.Э., Векилян О.М., Лаптева Н.В.

178 ХАРАКТЕР НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОК С ТАЗОВЫМИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМИ СПАЙКАМИ
Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Барабанова О.Э., Товмасян В.М., Лаптева Н.В.

180 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОНКОБЕЛКА Е7 ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЯХ
Гаспарян С.А., Овчинникова О.С

181 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Гаспарян С.А., Кипкеева Р.А.

182 РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ
Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б., Долженко И.С.

184 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОЛЛЬ-ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ РИТМА МЕНСТРУАЦИЙ И СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ
Геворкян Г.А., Ипатова М.В., Уварова Е.В., Маланова Т.Б., Долженко И.С.

186 ОСОБЕННОСТИ СТИМУЛЯЦИЯ СУПЕРОВУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОМОСОМНЫМИ ТРАНСЛОКАЦИЯМИ В КАРИОТИПЕ
Глинкина Ж.И., Микаелян В.Г., Алиева К.У., Киндарова Л.Б., Беляева Н.А., Губаева З.М., Сокур С.А., Калинина Е.А.

187 ПАРАЗИТОЦЕНОЗЫ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА
Горностаева И.Н., Грибова С.Н., Липатова И.О.

189 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ
Грачев Г.А., Соснова Е.А.

190 ВЛИЯНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ НА СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Грачев Г.А., Соснова Е.А.

192 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ВНУТРИМАТОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОСЛЕ ГИСТЕРОСКОПИИ
Гриценко В.А., Константинова О.Д., Симонов А.А., Гриценко Я.В.

194 АМБУЛАТОРНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАВШИХ В ДЕТСТВЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Губернаторова Е.Е., Павлова М.Г., Казначеева Т.В., Мазеркина Н.А., Желудкова О.Г.

196 МОТИВАЦИЯ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ?
Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В., Петров В.Л., Быкова Н.Н.

198 ТЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ПОЛУЧАЛИ ГОМОЦИСТЕИНКОРРЕГИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ С ПРЕГРАВИДАРНОГО ЭТАПА ИЛИ СО ВРЕМЕНИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
Гурьева В.А., Костькина Я.М.

200 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ
Демидова М.А., Новицкая А.Р.

202 НОВЫЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ – ЭЗРИН И АКТИН
Демура Т.А., Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Нафтолин Ф.

203 ЗНАЧЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ МАГНИЕВЫХ КАНАЛОВ В РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА МАТКИ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Демура Т.А., Коган Е.А., Кесова М.И., Кан Н.И.

204 АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Денисова В.М., Ярмолинская М.И., Иващенко Т.Э., Глотов А.С., Баранов В.С.

206 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ ГИПЕРМЕТИЛИРОВАНИЯ ГЕНОВ P16, N33 И MLH1 ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Джибладзе Т.А., Свидинская Е.А., Борцвадзе Ш.Н.

208 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА В ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА РФ И СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ
Доброхотова Ю.Э., Дюкова Г.М., Логинова К.Б.

210 КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПУХОЛЕАССОЦИИРОВАННОГО АНТИГЕНА CA-125 В СКРИНИНГЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА
Елгина С.И., Беглова А.Ю.

211 ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ
Ерофеева Л.Г., Баркан Т.М., Ерофеев Б.Б., Тарбаева Д.А., Анохова Л.И.

212 ТЕЧЕНИЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН С АКРОМЕГАЛИЕЙ
Зайдиева Я.З., Древаль А.Н., Перфильев А.В., Иловайская И.А., Чечнева М.А., Рифатова А.В.

214 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Зароченцева Н.В., Белая Ю.М.

216 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КЛАБАКС ОД» В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
Захарова В.Е.

218 ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Захарова Т.П., Архипенко Н.И., Манухин И.Б., Студеная Л.Б., Паевская О.А.

219 КОМПЬЮТЕРНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ СИЛЫ СОКРАЩЕНИЙ ЗАПИРАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ ВЛАГАЛИЩА
Зиганшин А.М., Кулавский Е.В., Беглов В.И.

221 МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ОБМЕННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ
Зур Н.В., Миронов А.Ю., Истратов В.Г.

223 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ С ОБРАЩЕНИЕМ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ
Иванова Е.В., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Сасунова Р.А., Летуновская А.Б.

224 СИНДРОМ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ – ОТ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ К РЕПРОДУКТОЛОГИИ
Иловайская И.А.

226 КРИОКОНСЕРВАЦИЯ В ПРОГРАМАХ ВРТ
Казарян Л.М., Замятнина В.А., Мартынова А.Е., Калинина Е.А.

227 ЛЕЙКОПЛАКИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В СТРУКТУРЕ ЦЕРВИКОПАТИЙ
Казачков Е.Л., Шумилина К.С., Казачкова Э.А., Джиоева З.Г.

229 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ
Карахалис Л. Ю.,Позднякова О. А., Карахалис Н. Б.

230 СОПОСТАВЛЕНИЕ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Карахалис Л. Ю., Зуева Т.П., Петренко С.И.

232 НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЦЕРВИЦИТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Качалина О.В., Елисеева Д.Д., Качалина Т.С., Шахова Н.М., Андосова Л.Д.

234 ДЕПРЕССИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ
Каюмова Д.Т.

235 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ
Кедрова А.Г., Леваков С.А., Кожурина Е.В., Челнокова Н.Н.

236 ЭФФЕКТЫ ПРОГЕСТЕРОНА НА СЕКРЕЦИЮ ДЕЦИДУАЛЬНОГО ПРОЛАКТИНА ЭНДОМЕТРИЕМ
Керимли Л.М., Соснова Е.А.

238 ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ
Киселева О.Ю., Герасимов А.М., Керимкулова Н.В.

240 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ОНКОБЕЛКА Е7 ВПЧ У БОЛЬНЫХ С CIN
Клинышкова Т.В., Самосудова И.Б., Каратюк Т.И.

242 ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ РАННЕГО ОТВЕТА ПРИ РАЗВИТИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Курмышкина О.В., Волкова Т.О., Немова Н.Н.

243 ЭКСПРЕССИЯ КАСПАЗ В ЛЕЙКОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ И РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ
Ковчур П.И., Бахлаев И.Е., Курмышкина О.В., Волкова Т.О., Немова Н.Н.

245 КОМБИНИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКА И РАКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ И ПЦР ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ТИПОВ ВПЧ
Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Демура Т.А., Ежова Л.С., Козаченко А.В, Байрамова Г.Р..

247 ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ С ПРИЗНАКАМИ СТВОЛОВОСТИ В ЛИПОЛЕЙОМИОМАХ МАТКИ
Коган Е.А., Файзуллина Н.М., Низяева Н.В., Занозин А.С., Аскольская С.И.

249 АМБУЛАТОРНАЯ ПРОГРАММА ГОРМОНАЛЬНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ В СОЧЕТАНИИ С БЕСПЛОДИЕМ
Колесникова Л.В., Ермолова Н.В., Ширинг А.В., Скачков Н.Н., Маркарьян И.В., Каушанская Л.В.

251 ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНЩИН РАБОТАЮЩИХ В НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА
Комарова А.Н.

253 МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ ПОСЛЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ
Кононова И.Н., Обоскалова Т.А.

255 КОНИЗАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ CIN ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ – КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ?
Короленкова Л.И.

257 НЕУДАЧНЫЕ ПОПЫТКИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Коссович Ю.М., Демура Т.А., Ищенко А.И., Жукова Э.Р., Унанян А.Л.

259 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ
Кузнецова Е.П, Ахапкина О.П., Ищук А.С., Мейтис О.И., Хазиева Ф.С.

261 ГОМЕОТЕРАПИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
Кульмухаметова Н.Г., Долженко А.В.

263 АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА
Кульмухаметова Н.Г., Ташбулатова Ф.Ф., Абдеева Л.К.

265 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У СЕКСУАЛЬНО НЕАКТИВНЫХ ДЕВУШЕК
Кумыкова З.Х., Уварова Е.В., Ежова Л.С., Демура Т.А.

267 СОСТОЯНИЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЯИЧНИКАХ
Лапшихин А.А., Серебренникова К.Г., Самойлов М.В., Хмелевская В.Ф., Ванке Е.С.

269 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Ларькин Д.М., Дерябина Е.Г., Башмакова Н.В.

271 ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Летуновская А.Б., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Иванова Е.В., Сасунова Р.А.

272 ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА – ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МОДАЛЬНОСТЬ СНИЖЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ
Линева О.И., Цуркан С.В., Соловова Л.Д., Алексеев О.Г., Кротова В.Ю.

274 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ВНУТРЕННЕГО И НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Лушникова А.К., Непомнящих Л.М., Пекарев О.Г., Никитенко Е.В.

276 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕВУШЕК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Магомедова-Шамилова З.М.

278 ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ
Макаров И.О., Шешукова Н.А.

279 МЕСТО ВУЛЬВАРНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ В СТРУКТУРЕ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ
Малахова Е.В., Казачков Е.Л., Сычугов Г.В., Казачкова Э.А.

281 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Мальцева Л.И., Фаррахова Л.Н.

283 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Мальцева Л.И. Нигматуллина Н.А.

285 ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ЭКСЦИЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ
Манухин И.Б., Фириченко С.В., Минкина Г.Н., Зуйкова Е.В., Алиева М.И.

287 АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Манухин И.Б., Биштави А.Х., Чиковани Н.Г., Харлова О.Г., Смирнова С.О., Кочарян А.А.

288 КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА
Манухин И.Б., Пономарева Ю.Н., Апостолиди М.И., Семенцова Н.А.

289 КАК ЧАСТО ГИНЕКОЛОГ ВЫЯВЛЯЕТ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ?
Махмеджанова Ф.Н., Аполихина И.А., Тетерина Т.А., Стеняева Н.Н., Балан В.Е., Курючкина И.А.

291 ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН
Махмеджанова Ф.Н., Аполихина И.А., Тетерина Т.А., Балан В.Е., Саидова А.С., Стеняева Н.Н.

292 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА
Меховская Л.Ю.

294 АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКЗОЦЕРВИЦИТА ШЕЙКИ МАТКИ С ЭКТОПИЕЙ ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО ЭПИТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
Мингалёва Н.В., Абрамашвили Ю.Г., Метелёва Н.С.

296 КЕРАТОЗ ШЕЙКИ МАТКИ И ПРЕДРАКОВЫЕ ПРОЦЕССЫ
Мингалёва Н.В., Метелёва Н.С., Абрамашвили Ю.Г., Топорова Л.А., Мякотных О.В.

298 ИНГИБИТОРЫ АРОМАТАЗЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА
Молотков А.С., Ярмолинская М.И., Беженарь В.Ф.

300 УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ У ЖЕНЩИН С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА
Морева Ж.Г, Васильев М.М.

302 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ
Московкина А.В., Пузикова О.З., Линде В.А., Ермолова Н.В., Морозова Н.В., Рыбинская Н.П., Педошенко В.Н., Черепанов О.А.

304 ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ
Московкина А.В., Пузикова О.З., Линде В.А., Рыбинская Н.П., Бочарова Р.И., Бородовская И.Д., Латкина М.Л., Барвенко Л.П.

306 ДАННЫЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ НА ФОНЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ
Нужнов С.Г., Канаева Е.Ю.

308 ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНО – ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Озолиня Л.А., Болдина Е.Б., Кашежева А.З.

310 ОЦЕНКА РЕЗЕРВОВ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Петров Ю.А.

312 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ НА ФОНЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С РАННИМИ РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ И ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ
Петров Ю.А.

314 МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОГРАНИЧНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ С ОЦЕНКОЙ ЧАСТОТЫ ОВУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
Покуль Л.В., Чугунова Н.А.

316 ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ И KI 67 В ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Покуль Л.В., Чугунова Н.А.

317 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕГОРМОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРЕМЕНОПАУЗЕ
Портянникова Н.П.

318 РЕЦЕПТИВНОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ЖЕНЩИН, ВСТУПАЮЩИХ В ПРОГРАММУ ВРТ
Порубова, Т.Ю. Пестрикова, С.Г. Зражевская, Е.А. Близнюк

321 ОПТИМИЗАЦИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ
Прилепская В.Н., Стеняева Н.Н., Бебнева Т.Н., Аполихина И.А.

322 АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ – ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА
Пузикова О.З., Пицура Н.И., Московкина А.В., Филатова Э.А., Яковлева О.В., Квасова Е.А., Рыбинская Н.П., Василенко Г.И., В.А., Зенкина З.В.

324 ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ВЛАГАЛИЩНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ
Рудакова Е.Б

326 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ И СМЕШАННЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ С ПОМОЩЬЮ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО СРЕДСТВА ДЕКСТРАНОМЕР/ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА
Саидова А.С., Аполихина И.А., Белоусов Д.М.

328 ВОЗМОЖНОСТЬ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ
Саркисов С.Э., Демидов А.В., Демидов В.Н.

329 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ ДРОСПИРЕНОНСОДЕРЖАЩЕГО КОК В ТЕРАПИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА
Сасунова Р.А., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Летуновская А.Б., Иванова Е.В.

331 СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Свирская С.В., Егорова А.Т.

332 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ НА СИСТЕМНОМ И МЕСТНОМ УРОВНЕ У БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ
Сергеева С.Л., Конопля А.И., Лазарева Г.А., Конопля А.А.

334 ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА
Серебренникова К.Г., Кацалап С.Н., Аглямова Д.Р., Милославский Ю.В., Макарищев А.Я., Твердикова М.А.

336 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ МАТКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ В ПРОГРАММАХ ВРТ
Серебренникова К.Г., Лапшихин А.А., Самойлов М.В., Аглямова Д.Р., Иванова Т.В.

338 НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СТЕНКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ
Сизов К.А., Лушникова А.К., Неймарк А.И., Раздорская М.В.

340 КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ К ТЕЗИСАМ НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СТЕНКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ
Сизов К.А., Лушникова А.К., Неймарк А.И., Раздорская М.В.

341 MICROCIRCULATION DISORDERS IN BLADDER WALL IN WOMEN WITH DISURETIC STATE
Sizov K.A., Lushnikova A.K., Neimark A.I., Razdorskaya M.V.

341 ЭНДОМЕТРИОЗ И БЕСПЛОДИЕ
Смольникова В.Ю., Калинина Е.А.

343 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ НАЛИЧИИИ ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ
Сорокина М.Г., Дудкова Г.В., Шамина И.В.,

345 ТУБЭКТОМИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОВАРИОЭКТОМИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ
И.В. Станоевич, Е.А. Кудрина, А.А. Позднякова, Б.С. Аброкова

347 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ОТНОШЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОЦЕРВИКСА ПРИ МАНИФЕСТНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ
И.В. Станоевич, Е.А. Кудрина, Е.А. Коган, Д.В. Залетаев

348 СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ У ЖЕНЩИН
Стеняева Н.Н., Аполихина И.А.

350 ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА КАП-ЭЛМ-01 «АНДРО-ГИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
Супонева Л.Н., Семивеличенко Т.Н., Константинова О.Д.

352 КРЕМНИЕВЫЕ НАНОЧАСТИЦЫ ДЛЯ БОРЬБЫ С ОПАСНЫМИ ВИРУСАМИ
Сухих Г.Т., Гайдарова А.Х., Осминкина Л.А., Шевченко С.Н., Тимошенко В.Ю., Кашкаров П.К., Шиловский И.П., Хаитов М.Р., Корнилаева Г.В., Карамов Э.В.

353 ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗД В СОЧЕТАНИИ ГИСТЕРОСКОПИИ С БИОПСИЕЙ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ
Сушинская Н.А., Новикова И.В., Никитина Л.П., Калашников А.С., Николаев П.А.

354 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ IIA–IIIB СТАДИИ ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Танривердиева Э.К., Жорданиа К.И., Захарова Т.И.

355 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ ФОРМОЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ IA1–IB2
Танривердиева Э.К., Жорданиа К.И., Захарова Т.И.

356 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

358 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА
Ткаченко Л.В., Гриценко И.А.

359 ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОЦЕНОЗА У ДЕВОЧЕК ПЕРИОДА РАННЕГО ДЕТСТВА
Уварова Е.В., Намазова-Баранова Л.С., Трофимов Д.Ю., Донников А.Е., Батырова З.К.

361 VARIABILITY OF VAGINAL BIOCENOSIS AMONG PREPUBERTAL GIRLS WITH AND WITHOUT LABIAL ADHESIONS. PILOT-STUDY
Batyrova Z.K.; Uvarova E.V., MD; Namazova L.S., MD; Trofimov D.J., MD; Donnikov A.E.,Batyrova Z.K.

362 ЧАСТОТА ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ МАТКИ
Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Гатагажева З.М., Шаваева В.А, Залиханова Л.Х.

363 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ
Узденова З.Х., Шогенова Ф.М., Шаваева В.А., Берхамова Э.Р.

365 ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Уквальберг М.Е, Кормакова Т.Л., Ипатова Т.И., Бунгова Н.Н., Повальчук Н.В.

367 АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
Фаткуллин И.Ф., Баканова А.Р.

369 БЕЗОПАСНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ В АСПЕКТЕ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА
Фомина И.В.

371 СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ ЖЕНЩИН МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП
Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Наджаф-Заде А.С., Тугаринова А.М.

373 ЗАДАЧИ АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Фролова О.Г., Шувалова М.П., Гребенник Т.К., Рябинкина И.Н., Чаусов А.А.

374 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
А.З. Хашукоева, О.Б. Отдельнова, Е.С. Купеева

376 ПАПИЛЛОМОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ (CIN I) С ПОЗИЦИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
И.Д. Хохлова, Е.А. Кудрина, И.В. Станоевич, Т.А. Джибладзе, А.А. Позднякова

377 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ДИСГОРМОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ
Цикаленко Е.А., Андриенко Л.А., Дорн О.Ю., Степанова Е.Г., Паламарчук М.В.

379 ВВЕДЕНИЕ ПРОСПЕКТИВНОГО РЕГИСТРА ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РОССИИ
Шахова М.А., Холин А.М.

380 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФЕНОТИПАМИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ
Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н.

382 ТЕРАПИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИНОГО ВОЗРАСТА ПРЕПАРАТОМ ПАНАВИР
Шогенова Ф.М., Узденова З.Х., Шаваева В.А., Залиханова Л.Х.

383 ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Шогенова Ф.М., Узденова З.Х.

386 ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАРКЕРОВ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПОТСМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ
Эседова А.Э., Хашаева Т.Х., Абусуева З.А., Гамидова А.Г., Гасанова А.Б.

387 РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯИЧНИКОВ
Шамилова Н.Н., Марченко Л.А.

ЧАСТЬ 3. НЕОНАТОЛОГИЯ

390 УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ НЕЙРОИНФЕКЦИИ
Воеводин С.М., Шеманаева Т.В.

391 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭХОГРАФИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОСТНАТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПЛОДОВ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ
Демидов В.Н., Машинец Н.В., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Буров А.А.