



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России  
Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)  
Российская ассоциация гинекологов-эндоскопистов (РАГЭ)  
Российская ассоциация эндометриоза (РАЭ)  
Общество репродуктивной медицины и хирургии (ОРМХ)  
Европейское общество по гинекологической эндоскопии (ESGE)  
Американской ассоциации гинекологов-лапароскопистов (AAGL)

Ministry of Health of Russian Federation  
Federal State Budget Institution «The V.I. Kulakov Research Center for Obstetrics,  
Gynecology and Perinatology» Ministry of Health of the Russian Federation  
Russian Society of Obstetricians and Gynecologists  
Russian Association of Gynecologic Endoscopists  
Russian Association of Endometriosis  
Society of Reproductive Medicine and Surgery  
European Association for Gynecologic Endoscopy (EAGE)  
American Association gynecologists laparoscopists (AAGL)



**Москва,  
7–10 июня, 2016**

**Moscow,  
June 7–10, 2016**

**XXIX Международный конгресс с курсом эндоскопии**

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ в диагностике и лечении гинекологических заболеваний**

**XXIX International Congress with Endoscopic Course**

## **NEW TECHNOLOGIES for Diagnosis and Treatment of Gynecologic Diseases**

Материалы конгресса  
«Новые технологии в диагностике и лечении  
гинекологических заболеваний»

М., 2016 – 207 с.

Materials of Congress  
«New technologies for diagnosis  
and treatment of gynecologic diseases»

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

академика РАН, д.м.н., профессора  
Г.Т. СУХИХ

академика РАН, д.м.н., профессора  
Л.В. АДАМЯН

EDITED BY:

Academician of RAS, professor  
G.T. SUKHIKH

Academician of RAS, professor  
L.V. ADAMYAN

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Адамян Л.В.,  
Макиян З.Н.,  
Смольнова Т.Ю.,  
Кондратович Л.М.

В материалах конгресса представлены данные о применении новых технологий в диагностике, лечении и мониторинге заболеваний органов репродуктивной системы. Рассмотрены новые возможности применения методов визуализации, эндоскопии, биохимических, генетических маркеров в диагностике гинекологических заболеваний, в андрологии, онкологии. Отражены принципы эндоскопического лечения всех видов гинекологической патологии, в том числе при доброкачественных и злокачественных заболеваниях половых органов, аномалиях развития и положения матки, пороках развития половых органов. Рассмотрены принципы реконструктивно-пластических операций на тазовом дне, в том числе и при урогинекологических заболеваниях с применением минимально инвазивных методик. Представлены современные технологии при лечении бесплодия, а также возможности вспомогательных репродуктивных технологий. Показаны возможности новых технологий в диагностике и лечении в акушерской практике.

Для врачей – акушеров-гинекологов, хирургов, урологов, онкологов, проктологов, научных сотрудников, преподавателей медицинских учебных заведений.

ISBN 978-5-906484-18-5

©«МЕДИ Экспо», 2016



## **Л.В. Адамян**

### **Президент конгресса**

Академик РАН, профессор  
Главный внештатный специалист  
Минздрава России по акушерству и гинекологии  
Заместитель директора по научной работе  
ФГБУ «НЦ АГиП им. академика В.И. Кулакова»  
Минздрава России

## **Leila Adamyan**

### **President of the Congress**

Professor, Academician of the Russian Academy  
of Science  
Head Specialist in Obstetrics and Gynecology,  
Ministry of Health of Russia  
Deputy Director of the Research Center for Obstetrics,  
Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health  
of Russia



## **Г.Т. Сухих**

### **Председатель Организационного Комитета Конгресса**

Академик РАН, профессор  
Директор ФГБУ «НЦ АГиП им. академика  
В.И. Кулакова» Минздрава России

## **Gennadiy Sukhikh**

### **Chairman of the Organizing Committee of the Congress**

Professor, Academician of the Russian Academy  
of Science  
Director of the Research Center for Obstetrics,  
Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health  
of Russia



## ГЛАВА / CHAPTER 1:

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

## ORGANIZATION OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL CARE

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

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России

К основным направлениям деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации 2015 году отнесено совершенствование медицинской помощи матери и ребенку. Хирургическая помощь в акушерстве является важным видом деятельности, поэтому динамический анализ объема этой помощи позволяет оценить ее эффективность.

**Цель:** представить объем хирургической помощи в акушерстве за 2014–2015 годы на основании данных официальной статистики.

По данным отчетов регионов, число акушерских операций в 2014 г. составляло 853039. По уровням учреждений они распределились следующим образом: на I уровне – 82301 (9,7%), на II уровне – 526515 (61,7%), на III уровне – 244223 (28,6%). В 2015 г. – число операций сократилось до 807737, т.е. на 45302. Изменение произошло и по уровням оказания акушерской помощи. В 2015 г. на I уровне было проведено 55501 операций (на 26800 меньше, чем в 2014 г.); на II – 497071 (на 29444 меньше), на III уровне – 255165 (возросло на 10942).

Среди акушерских операций основной является кесарево сечение. Операция позволяет снизить перинатальные потери и сохранить репродуктивное здоровье. Вместе с тем, специалисты относят кесарево сечение к факторам риска из-за наличия рубца на матке. В 2014 г. в стационарах было проведено 505576 операций кесарево сечение (на I

уровне – 36228 – 7,2%; на II уровне – 313873 – 62%; на III уровне – 155475 – 30,8%). В 2015 г. общее число операций кесарево сечение составило 590506 (возросло на 14930). На I уровне было проведено 32859 (6,3%) операций (сократилось на 3369), на II уровне – 318412 (61,2%) – возросло на 4539, на III уровне – 169235 (32,5%) – возросло на 13760.

На 1000 родов в 2014 г. приходилось 264,4 операций кесарево сечение, в 2015 г. – 275,2.

К операции кесарево сечение, проводимой в сроки 22–27 недель беременности, отношение неоднозначное. По мнению ведущих специалистов, делать или не делать кесарево сечение в сроки 22–27 недель беременности следует решать в каждом конкретном случае индивидуально. В 2014 г. в эти сроки было проведено 7236 операций (на I уровне – 1032 – 14,3%; на II уровне – 4688 – 64,8%; на III уровне – 1516 – 20,9%). В 2015 г. число операций кесарево сечение в сроки 22–27 недель беременности сократилось до 4086 (на 3150): на I уровне проведено 245 операций; на II – 1987, а на III – 1854. Кроме того, кесарево сечение требует проведения мероприятий по профилактике инфекционных осложнений. В этом отношении регистрируется положительная динамика – сокращается число случаев перитонита после операции кесарева сечения. Так, в 2012 г. зарегистрировано 102 случая (0,23 на 1000 операций), в 2013 г. – 59 (0,12 на 1000 операций), в 2014 г. – 49 случаев (0,10 на 1000 операций).



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Данные за 2015 г. представлены в официальной статистике объединенной строкой «родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция» без выделения инфекционных осложнений после кесарева сечения.

Таким образом, хирургическая помощь в акушерской практике сохраняет значительный объем и требует хорошего качества ее выполнения (соответствующей высокой подготовки врачебного персонала).

**Frolova O.G., Ryabinkina I.N., Grebennik T.K.**

## SURGICAL CARE IN OBSTETRICS

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The dynamics of surgical care in obstetrics for 2014–2015. Particular attention is paid to caesarean section.

The main activities of the Ministry of health of the Russian Federation 2015, related to the improvement of medical care for mothers and

children. Surgical care in obstetrics is an important activity, so a dynamic analysis of the volume of this aid allows you to evaluate its effectiveness.

**Objective:** to present the scope of surgical care in obstetrics for 2014–2015 on the basis of official statistical data.

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

## РОЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Для обеспечения демографического развития необходимо иметь информацию о репродуктивных намерениях женщин генеративного возраста, имеющих медико-социальных факторах риска. Разработка и внедрение автоматизированной программы «Региональный мониторинг репродуктивного поведения женского населения» позволит повысить эффективность работы акушерско-гинекологической службы по обеспечению прегравидарной подготовки и профилактике нежелательной беременности.

Демографическая ситуация в сфере рождаемости в Центральном федеральном округе Российской Федерации (далее – ЦФО РФ) нельзя охарактеризовать как благоприятную, поскольку несмотря на предпринимаемые меры по поддержке материнства и детства

продолжается естественная убыль населения, не компенсируемая миграционным притоком населения. Поэтому особое внимание необходимо уделять мерам по совершенствованию качества и доступности акушерско-гинекологической помощи с целью обеспечения эффективности реализации репродуктивной функции.

С целью оценки работы акушерско-гинекологической службы проведен статистический анализ сводных форм государственного статистического наблюдения №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2012 год и 2015 год по 16 субъектам ЦФО РФ (за исключением г. Москвы и Московской области), а также социологический опрос 513 женщин активного репродуктивного возраста.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Основными целевыми индикаторами эффективности работы акушерско-гинекологической службы являются коэффициенты младенческой и материнской смертности, однако, они не определяют демографическую ситуацию в сфере рождаемости. Более значимое влияние оказывает организация акушерско-гинекологической помощи населению репродуктивного возраста в протогенетический и интергенетический периоды, в том числе диспансерное наблюдение женщин с гинекологической патологией и во время беременности. По данным социологического исследования охват женщин с гинекологической патологией, определяющей эффективность деторождения, реабилитационными мероприятиями недостаточен: состоят под диспансерным наблюдением участкового акушера-гинеколога 60,0% пациенток с бесплодием и 34,0% – с невынашиванием беременности. При недостаточной ресурсообеспеченности муниципальных женских консультаций широко распространены и организационные дефекты: не используются возможности лечебных учреждений более высокого уровня, в результате существенно (в 1,5–1,7 раза) снижается эффективность реабилитационных мероприятий. Развитие вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) обусловило увеличение зарегистрированной численности женщин с бесплодием и повысило их шансы на рождение ребенка, однако, вклад ВРТ в общее число рождений не превышает 1% (1293 родов – 0,6% от общего числа родов в 2012 году и 1888 родов – 0,9% соответственно

в 2015 году). Более существенный вклад в увеличение числа рождений и, несомненно, менее затратный и более перспективноориентированный вносит работа кабинетов / центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной, направленная на сохранение нежелательной беременности. Обеспечение завершения нежелательной беременности родами позволило увеличить их число на 2,5% (5430 родов в 2015 году в ЦФО РФ). При этом эффективность работы кабинетов медико-социальной помощи колеблется в субъектах ЦФО РФ от 4,5% до 13,5%, составляя в среднем 8,0% от числа женщин, обратившихся по поводу прерывания нежелательной беременности.

С целью обеспечения своевременности принятия мер управляющего воздействия по профилактике неэффективного деторождения и отказа от продолжения беременности акушеру-гинекологу женской консультации необходимо иметь актуальную информацию о факторах риска, репродуктивных установках и планируемом репродуктивном поведении женщин активного генеративного возраста. Разработка и внедрение автоматизированной программы «Региональный мониторинг репродуктивного поведения женского населения и управления профилактикой нежелательной беременности» на базе кабинетов/центров медико-социальной помощи женских консультаций позволит обеспечить прегравидарную подготовку и снижение частоты прерываний нежелательной беременности.

**Malyshkina A.I., Pesikin O.N., Kuligin M.V.**

## THE ROLE OF THE OBSTETRICIAN-GYNECOLOGICAL SERVICE IN THE SOLUTION OF DEMOGRAPHIC PROBLEMS IN THE CENTRAL FEDERAL DISTRICT OF THE RUSSIAN FEDERATION

Russia, Ivanovo, Federal state budget institution «Ivanovo research Institute of maternity and childhood named. In.N. Gorodkov»

### Summary:

In order to ensure the demographic development is necessary to have information on the reproductive intentions of the women of generative age, existing medical and social risk factors Development and implementation of automated program «Regional monitoring the reproductive

behavior of the female population» will improve the efficiency of obstetric services to ensure pregravid preparation and prevention of unwanted pregnancies.

**Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е.**

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА МОСКВЫ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия

Несмотря на существенную модернизацию службы охраны репродуктивного здоровья девочек и мальчиков в последние 5 лет, наблюдается сохранение тенденции к увеличению заболеваний органов репродуктивной системы. Одними из основных причин данной ситуации являются сопутствующие хронические соматические заболевания и воздействие на организм вредных факторов внешней среды.

Распространенность заболеваний половой сферы среди девочек и девушек составляет от 10 до 12% в зависимости от возраста.

В рамках концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года обеспечение и сохранение здоровья детей и подростков обозначено одним из наиболее значимых перспективных вкладов в репродуктивный, интеллектуальный, экономический, политический и нравственный резерв общества.

В структуре гинекологической заболеваемости наибольший удельный вес занимают воспалительные заболевания наружных половых органов (от 55 до 77%), синехии половых губ (от 38 до 56%), дисменорея – около 60%, далее следуют нарушения менструальной функции (от 7 до 17%) и темпов полового развития (от 1 до 13%), травмы половых органов (от 0,9 до 8%), новообразования (от 0,2 до 2,5%) и пороки развития (от 0,1 до 9%).

Частота гинекологических заболеваний значительно возрастает в 11–18 лет, поскольку именно в этом возрасте активизируется деятельность яичников и гонадотропной функции гипоталамо-гипофизарного комплекса.

На фоне роста сексуальной активности подростков увеличилась частота деторождения в ювенильном возрасте.

Ежегодно в возрасте 15 лет рожают около 1,5 тыс. девушек РФ, 9,5 тыс. – в 16 лет и 18–20 тыс. – до достижения 18 лет. Показатели

материнской смертности среди подростков РФ в 5–8 раз выше, чем в общей популяции. Внебрачная рождаемость в группе юных женщин составляет 64,6–72,8%; отказываются от своих детей от 49,2 до 63,6% несовершеннолетних. Около 18–23 % матерей-подростков имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркомания).

Частота осложненных родов у юных женщин составляет от 30 до 82% в зависимости от области РФ.

Частота аборт у подростков, продолжает неуклонно расти.

Данные экстренной госпитализации в стационар Морозовской Детской Городской Клинической Больницы свидетельствуют о большом разнообразии причин обращаемости за гинекологической помощью среди девочек от 0 до 18 лет, однако ведущими причинами являются аномальные маточные кровотечения пубертатного периода, первичная дисменорея, травматические повреждения наружных половых органов, а также функциональные кисты и врожденные пороки развития половых органов.

Предложения по усовершенствованию гинекологической службы детей и подростков города Москвы к 2020 году:

- 1 – проведение санитарно-просветительской работы среди подростков
  - пропаганда здорового образа жизни
  - пропаганда института семьи;
- 2 – борьба с ранним началом половой жизни среди подростков, с беспорядочными половыми связями, путем проведения мероприятий по половому воспитанию и просвещению школьников, их родителей и педагогов;
- 3 – профилактика ранней беременности (информирование подростков о средствах контрацепции);
- 4 – борьба с алкогольной, табако- и наркозависимостью среди подростков;



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

5 – создание кабинетов психологической и медицинской помощи детям и подросткам, пострадавшим от сексуального насилия;

6 – повышения уровня знаний врачей педиатров, детских хирургов, урологов-андрологов, эндокринологов о возможных проблемах в репродуктивном здоровье детей и подростков, путем проведения совместных заседаний и конференции;

7 – преемственность в оказании медицинской помощи, своевременное направление к специалистам (детскому гинекологу, детскому урологу);

8 – продолжение проведения программы диспансеризации, с обязательным участие

в диспансеризации школьниц, гинеколога детского и подросткового возраста;

9 – обеспечение всем необходимым оборудованием и оснащением кабинетов детского гинеколога в соответствии с нормативами и потребностями;

10 – консолидация работу всех гинекологов детского и подросткового возраста города Москвы, путем проведения совместных заседаний, конференций;

11 – продолжение дальнейшего развитие службы планирования семьи, взаимодействие комитетов по делам молодежи, социальных служб, системы образования и здравоохранения.

**Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E.**

## GYNECOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE CITY OF MOSCOW. ACTUAL PROBLEMS AND THEIR SOLUTIONS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education «Moscow State University of Dentistry»  
Morozovsky children clinical hospital  
Moscow, Russia

The thesis provides information about the structure of gynecological morbidity in girls. Presented proposals to improve gynecological

service of children and adolescents of the city of Moscow by 2020.

**Ihtijarova G.A., Ramazonova Sh.S.**

## ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ

Бухарский государственный медицинский институт

**Цель исследования.** Анализ причин и учет региональных особенностей перинатальных потерь.

**Ihtijarova G.A., Ramazonova Sh.S.**

## THE PROBLEM AND DECISION WAYS OF STILLBIRTH

Bukhara State medical institute

**Research objective.** The analysis of the reasons and the account of regional features perinatal death rates that will allow to influence

purposefully level PC and to define ways of its preventive maintenance to region.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Materials and methods.** Regional features of stillbirth are estimated, the reasons, strategy on decrease is defined. 87 cases of stillbirth in territory of Bukhara area for 2008–2012-y are analyzed. Statistical processing of results spent with the use of a package of applied programs (PAP) Statistic for Windows 6.0.

**Discussion of results.** Results of research have revealed that the leading reason perinatal losses was antenatal asphyxia against a prenatal infection – 79%. In 13% cases was registered intrapartum asphyxia against a pathology fetoplacental a complex. In 16% of cases a principal cause of destruction of a fruit became antenatal sepsis, in 5 % - perinatal defeat CNS. The age of patients fluctuated from 17 till 40 years, on the average having made  $25,1 \pm 1,9$  years. Women of active reproductive age – 88% prevailed. It is established that 8,3% of women had a lack of weight of a body, 25,8% – superfluous weight of a body, and 12,6% – adiposity.

Before pregnancy of 69,5% of women suffered one or several somatic diseases. Gynecologic diseases in the anamnesis are noted at 50,3% of women. The current of pregnancy at the surveyed patients was characterized by high frequency a chronic anemia – 80%. Other most frequent complications gestational process were: SARS – 40%, gestational a pyelonephritis – 29,1%, vaginal infections – 37,3%, threat of interruption of pregnancy – 29,9%, a syndrome of an arrest of development of a fruit – 18,6%, hypertensive infringements – 12,6%. The analysis of the medical documentation of female consultations has allowed to reveal absence of conducting gravidogramms at 35,9% observed. The conducted research has allowed to establish that in 56,6% antenatal the destruction came out of a hospital. Concerning all dead born antenatal the destruction of a fruit in a hospital came in 15,6%. Average term gestational at dead born –  $35,5 \pm 4,1$  weeks. Term-infant the dead born have made 43,7%, not term-infant – 56,3%. Among prematures in 79% of cases was registered antenatal, and in 13% intranatal destruction of a fruit, while at premature pregnancy – in 25% antenatal, and in 72,5% intranatal destruction of a fruit. Among dead born, boys have made 52,1%, girls – 47,9%, the average weight deadborn has made  $2390,8 \pm 893,9$  gram (630–4670 gram, average length –  $46,5 \pm 6,1$  sm (29–52 sm). Among prematures 50,7% had weight on the average 3000 gramm. Results of path anatomical research have allowed to reveal that the average weight of a placenta fluctuated

from 200 to 1000 gram on the average, having made  $474,5 \pm 75,7$  gram Chronic ПН it is confirmed morphologically in 100% of cases, and in 80,8% the form was observed decompensated. A principal cause dead born was antenatal asphyxia against IUI – 79%. 7,6% of pregnant women had bad habits. At 52,3% surveyed it is revealed carrying chronic infections. In 69,5% cases were registered chronic extra genital somatic diseases. 50,3% of women had a gynecologic pathology. Thus we have come to a conclusion that the data of our research which have allowed creation of information base, allow to define key approaches to preventive maintenance and decrease mortality in territory of Bukhara region: formation of a healthy way of life since the period new born (the girl, the girl, the woman), struggle against bad habits, preventive maintenance of infections of sexually transmitted, gynecologic diseases (contraception), before gravity preparation; consultation of pregnant women on antenatal to behaviour of a fruit since the first weeks of pregnancy; total introduction gravidogram and algorithms antenatal supervision; failure from pregnancy prolongation at diagnosed an aggravation of sharp infections and aggravations chronic extra genital pathologies; continuous training of experts in frameworks antenatal supervision and intranatal monitoring.



## ГЛАВА / CHAPTER 2:

# ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

## THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND CONSERVATIVE THERAPY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM

**Гаспарян С.А., Попова О.С., Василенко И.А., Метелин В.Б., Кузнецов А.Б.**

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Россия, г. Ставрополь, ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

Россия, г. Москва, ФГБОУ ВПО ГКА им. Маймонида Минобрнауки России

Россия, г. Москва, ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Высокая частота заболеваемости эндометриозом у женщин репродуктивного возраста, хронический и часто рецидивирующий характер течения патологического процесса диктуют необходимость поиска наиболее эффективных методов лечения с учетом его симптомов, распространенности, возраста пациентки, желая иметь детей и др. Одним из основных критериев эффективности лечения эндометриоза считается отсутствие рецидивов заболевания. Однако следует признать, что, несмотря на большое число исследований, этиопатогенетические механизмы заболевания и причины его рецидивирования остаются до конца невыясненными. Известно, что на многообразие клинико-морфологических проявлений эндометриоза оказывает непосредственное влияние характер локальных нарушений тканевого и клеточного гомеостаза, нарушения механизмов контроля

пролиферации клеток, воспалительных и дистрофических реакций.

**Резюме:** Обследованы 43 пациентки в возрасте 18–38 лет с верифицированным диагнозом эндометриоза кисты яичников до, через 6 и 12 месяцев после оперативного лечения. Подтверждена эффективность, безопасность и хорошая переносимость долгосрочного лечения эндометриоза препаратом Визанна. Полученная важная прогностическая информация о состоянии клеток открывает возможность практического использования интерфазного хроматина как перспективного биосенсора для клинических и диагностических целей.

**Целью** настоящего исследования является улучшение ранней диагностики эндометриоза кист яичников и рецидивов заболевания в послеоперационном периоде на основе дифференциально-диагностических критериев реактивных изменений ядерных структур

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

клеток моноцитарно–лимфоцитарного звена иммунитета.

Обследовано 43 пациентки в возрасте 18–38 лет с верифицированным диагнозом эндометриодные кисты яичников, которые составили 5 клинических групп: до хирургического лечения; через 6 месяцев после оперативного лечения на фоне или без применения препарата Визанна; через 12 месяцев после оперативного лечения на фоне или без применения препарата Визанна. В группу контроля были включены 30 небеременных женщин фертильного возраста, не имевшие на момент обследования признаков обострения гинекологической и хронической соматической патологии, обратившиеся в клинику по вопросам контрацепции. Морфофункциональное состояние клеточных популяций в периферической крови и перитонеальной жидкости оценивали в режиме реального времени с использованием аппаратно-программного комплекса «Биони» (ООО «Весттрейд», Москва) для клинической и лабораторной диагностики. Пакет программ КФМ позволяет получать фазовый портрет клетки и ее фрагментов, производить редактирование файлов, инверсию, вычитание кадров, картирование флуктуаций и другие операции. В динамике исследовали комплекс морфометрических и электрокинетических показателей клеток. Ядерный полиморфизм циркулирующей популяции лимфоцитов

характеризовали с использованием показателя функциональной активности ядра (FAN-functional activity of the nucleus) и технологией денситометрической сегментации, основанной на использовании количественной фазовой микроскопии (QPM) и компьютерном анализе изменения оптической плотности интерфазного хроматина, выступающего в роли биосенсора. Преимущества технологии заключаются в возможности изучения состояния биообъектов без инвазивного вмешательства; высокой скорости регистрации данных, позволяющей отслеживать динамику внутриклеточных процессов; отсутствии необходимости фиксации и окрашивания клеток и т.д. Авторами получены новые данные по оценке морфофункционального состояния моноцитарно-лимфоцитарного звена у больных с эндометриодными кистами яичников; предложены критерии ранней диагностики рецидивов заболевания и эффективности проведенного лечения. Показано, что диеногест (2 мг) является высокоэффективным средством лечения эндометриоза.

**Результаты** исследования позволяют индивидуализировать тактику ведения больных с эндометриодными кистами яичников в послеоперационном периоде, что может способствовать снижению частоты рецидивов заболевания и осложнений в послеоперационном периоде.

**Gasparyan S., Popova O., Vasilenko I., Metelin V., Kuznetsov A.**

## EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIOID OVARIAN CYSTS

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation  
Maimonid State Classical Academy, Moscow, Russian Federation  
Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russian Federation  
N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

43 patients aged 18–38 years with verified diagnosis of endometrioid ovarian cysts were examined before and after 6 and 12 months after surgery. We suggest the efficacy, safety and well tolerated therapeutic option for the long-term treatment of endometriosis of Visanne. Important prognostic information obtained about cell condition opens an opportunity of practical application

of interphase chromatin as a prospective biosensor for diagnostic purposes.

**Эседова А.Э., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Акаева Ф.С., Махтибекова П.А.**

## ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Россия, г. Махачкала, Дагестанская Государственная Медицинская Академия

Изучение связи липидного профиля с костной массой у женщин в постменопаузе на фоне ожирения явилось целью данного исследования, в которое вошли 165 женщин с физиологической постменопаузой длительностью более 2 лет. Установлено, что атерогенные изменения в липидном профиле могут являться предпосылкой для формирования остеопенического синдрома в постменопаузе. Результаты данного исследования позволяют предположить, что нарушения липидного обмена являются одними из звеньев патогенеза остеопороза.

Ожирение и остеопороз (ОП) – два метаболических заболевания, распространенность которых сильно возросла за последние десятилетия. Обе болезни имеют генетическую основу и подвержены различным влияниям окружающей среды. Научные исследования последних лет свидетельствуют о том, что дислиппротеидемия и низкая минеральная плотность кости (МПК) – не единственные, но основные факторы риска ОП, частота которых значительно возрастает после наступления менопаузы. Разноречивые результаты предыдущих исследований взаимосвязи МПК с липидным профилем послужили поводом для проведения данного исследования. Целью исследования явилось изучить связь липидного профиля с костной массой у женщин в постменопаузе на фоне ожирения.

В исследование вошли 165 женщин в постменопаузальном периоде: в 1-ю группу (основную) вошли 83 женщины с абдоминальным типом ожирения (индекс массы тела – ИМТ  $36,6 \pm 3,3$  кг/м<sup>2</sup>), окружность талии (ОТ)  $101 \pm 5,0$  см (концентрация общего холестерина (ОХС) плазмы крови составила  $6,9 \pm 1,8$  ммоль/л; уровень триглицеридов (ТГ) –  $2,9 \pm 0,6$  ммоль/л; холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) –  $0,79 \pm 0,2$  ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) –  $4,1 \pm 0,8$  ммоль/л; холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) –  $0,8 \pm 0,25$  ммоль/л), во 2-ю группу (контрольную) вошли 82 здоровые женщины (ИМТ  $24,2 \pm 2,2$  кг/м<sup>2</sup>,

от  $82,5 \pm 3,6$  см. МПК определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии с помощью аппарата Lunar Prodigy. Однократное определение липопротеидов крови проводилось ферментными наборами на автоанализаторе Konelab -20.

Установлено, что в 1 группе 24 (20%) пациентов имели нормальные показатели МПК, у 36 (67,7%) диагностирована остеопения и у 23 (13,3%) зарегистрирован остеопороз. Во 2 же группе отмечено, что у 19 (27,7%) пациентов имелись нормальные показатели МПК, у 40 (55,4%) – остеопения и у 23 (16,8%) – остеопороз. Также выявлено, что все атерогенные фракции липопротеидов достоверно выше у женщин с ожирением, по сравнению с группой контроля. При оценке связи показателей липидного профиля с костной массой установлено, что ОХС обратно, а ТГ прямо пропорционально коррелировали с МПК в проксимальном отделе бедра, тогда как уровень ХС ЛВП показал достоверную отрицательную связь с МПК не только в проксимальном отделе бедра, но и в поясничном отделе позвоночника. Выявлено, что все атерогенные фракции липидного обмена (ТГ, ХС ЛОНП) и коэффициент атерогенности (КА) прямо пропорционально коррелировали с показателями избыточной массы тела (ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ), тогда как ХС ЛВП обнаружили отрицательную корреляцию с ними. Также была обнаружена слабая отрицательная связь МПК проксимального отдела бедра с ОХС и положительная связь с ТГ, тогда как между ХС ЛВП и МПК во всех измеренных отделах скелета была обнаружена парадоксальная отрицательная связь, которая в регрессионном анализе сохранилась только с МПК шейки бедра.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что атерогенные изменения в липидном профиле могут являться предпосылкой для формирования остеопенического синдрома в постменопаузе. Результаты данного исследования позволяют предположить, что нарушения липидного обмена являются одними из звеньев патогенеза остеопороза.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Подводя итог вышеизложенного можно заключить, что многочисленные противоречивые литературные данные о взаимосвязи данных патологических процессов, дальнейшие

исследования проблемы ОП и ожирения у женщин в постменопаузе представляются важной задачей современной медицины, и требуют изучения более углубленного.

**Esedova A.E., Abusueva Z.A., Idrisov M.A., Akayev F.S., Mahtibekova P.A.**

## LIPID METABOLISM, AND OSTEOPENIC SYNDROME POSTMENOPAUSAL OBESE WOMEN

Russia, Makhachkala, Dagestan State Medical Academy

A study in postmenopausal women due lipid profile with bone mass in women on the background of obesity was the purpose of this study, which included 165 postmenopausal women with physiological lasting more than 2 years. It was found that the atherogenic changes in the

lipid profile may be a prerequisite for the formation of osteopenic syndrome in postmenopausal women. The results of this study suggest that lipid metabolism is one of the pathogenesis of osteoporosis.

**Фардзинова Е.М., Краснова Е.А., Семенова Т.А., Зуева Н.В., Безбородова М.М., Коновалов О.М.**

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ

Россия, г. Омск, БУЗОО «Клинический Медико-Хирургический Центр Министерства Здравоохранения Омской области»

В данной статье проведен анализ внутрибольничной инфекции многопрофильного стационара, и доказано, на примере отделения гинекологии, что применение адекватной антибиотикопрофилактики является одним из эффективных способов снижения инфекционных послеоперационных осложнений.

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) остаются одной из острейших проблем современной медицины и приобретают все большую медицинскую и социальную значимость. ВБИ возникают у 6–7 % больных, находящихся в лечебных учреждениях. По данным официальной статистики, ежегодно в России регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев внутрибольничного инфицирования, однако по расчетным данным эта цифра в 50 раз выше. Присоединение ВБИ к основному заболеванию увеличивает в среднем до 8 дней продолжительность пребывания пациента в стационаре. Летальность в группе лиц

с внутрибольничными инфекциями значительно превышает таковую среди аналогичных групп больных без ВБИ. Заболеваемость ВБИ в определенной степени отражает качество оказываемой медицинской помощи населению.

Целью данной статьи было провести анализ внутрибольничной инфекции в стационаре и оценить эффективность антибиотикопрофилактики. Для чего было проанализировано 2800 историй болезни пациентов, находящихся на оперативном лечении в отделении гинекологии БУЗОО «КМХЦ МЗОО» за период 2014–15 гг., анализ микрофлоры, высеваемой в отделениях центра, данные эпидемиологического отдела по микробиологическому мониторингу.

В результате проведенного анализа, выяснено, что за период 2014–15 гг. в подразделениях БУЗОО «КМХЦ МЗОО» (далее Центра) регистрировались различные нозологические

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

формы внутрибольничных инфекций, в 2014 году было выявлено 50 случаев, в 2015 году 46 случаев. В структуре локальных форм ВБИ в 2015 году первое ранговое место занимают инфекции операционной раны, удельный вес от всех случаев 43,5%, что в 1,6 раза меньше, чем в 2014. Второе ранговое место приходится на инфекции полостей и органов, в т.ч. перепротезные инфекции – 21,7%, что соответствует уровню 2014 года. На третьем месте – остеомиелиты, заболеваемость которыми увеличилась в 1,5 раза в сравнении с 2014 годом и составила 34,8%. Показатель осложнений по Центру составил в 2014 году 5,9 на 1000 операций, в 2015 году – 5,4. Среднегодовой показатель осложнений по учреждениям здравоохранения Омской области составляет 3,1 на 1000 операций. За анализируемый период инфекционные послеоперационные осложнения регистрировались практически во всех отделениях хирургического и травматологического профиля. Наибольшее число осложнений зарегистрировано среди пациентов ортопедо-травматологического профиля (более 90%). Среди выявленных осложнений наибольшее число приходится на поверхностную инфекцию разреза (43,5 %). Случаев генерализованных форм среди пациентов Центра в 2014 году не зарегистрировано, в 2015 – один случай. С учетом значительного числа осложнений, наиболее актуальным является разработка мероприятий по снижению уровня осложнений после проведенных операций. Поскольку в большинстве случаев развитии инфекции области хирургических вмешательств (ИОХВ) связывают с микробной контаминацией области разреза во время операции, то и пути профилактики должны быть предприняты в этом направлении. Одним из способов снижения послеоперационных осложнений является применение адекватной антибиотикопрофилактики, с учетом типа проводимой операции и спектра активности антибактериальных препаратов в отношении наиболее вероятных возбудителей ИОХВ. В нашем Центре ведется тщательное микробиологическое мониторинговое наблюдение. Полная автоматизация лабораторной службы, внедрение компьютерных программ по идентификации и микробиологическому мониторингу помогает сформировать базу локальных данных по спектру возбудителей и антибиотикорезистентности в каждом отделении. Результаты анализов, после прохождения экспертной оценки и формирования

локальной базы данных, дают лечащим врачам сведения о ведущей микрофлоре и позволяют делать выбор эмпирической терапии в зависимости от вероятных возбудителей выделяемых в данном отделении, в том числе при выборе препарата для проведения антибиотикопрофилактики.

В отделении гинекологии нашего центра в год выполняется около 1500 оперативных вмешательств. До 2011 года показатель ИОХВ составлял 2,5–3,4. С 2011 года в отделении гинекологии была внедрена антибиотикопрофилактика. Все пациенты, поступающие на оперативное лечение в наше отделение, проходят обследование на ИППП. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия назначалась с учетом чувствительности выявленной микрофлоры к антибактериальным препаратам. На этом же принципе был основан выбор препарата, для проведения антибиотикопрофилактики. У пациентов, не имеющих данного обследования, антибактериальный препарат назначался с учетом его активности в отношении наиболее вероятных возбудителей, выделяемых в отделении гинекологии. В 2014 году ИОХВ не регистрировалось. В 2015 году показатель составил 1,2.

Таким образом, антибиотикопрофилактика является весьма эффективной, если назначается с соблюдением всех принципов и учетом чувствительности микрофлоры.

**Fardzinova E.M., Krasnov E.A., Semenova T.A., Zueva, N.V., Bezborodov M.M., Konovalov O.M.**

## EXPERIENCE USE OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN THE DEPARTMENT OF GYNECOLOGY

Russia, Omsk, Buso «Clinical Medical and Surgical Center of the Ministry of Health of the Omsk region»

This paper analyzes the general hospital nosocomial infection, and proves by the example of the Department of Gynecology, that the

application of appropriate antibiotic prophylaxis is one of effective ways to reduce infectious post-operative complications.

**Эседова А.Э., Бегова С.В., Идрисова М.А., Хабибулаева Л.М., Гамзаев А.К.**

## РОЛЬ АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Россия, г. Махачкала, Дагестанская Государственная Медицинская Академия

У 165 женщин в период постменопаузы изучены показатели костного метаболизма, кальций-фосфорного обмена, минеральной плотности костной ткани (МПКТ), адипокины, индекс массы тела (ИМТ). Установлено, что в постменопаузальном периоде у женщин с ожирением уровень лептина гораздо выше, чем у женщин без ожирения. Учитывая значимую положительную корреляцию лептина с МПКТ, можно предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает какого-либо существенного эффекта на костную ткань, а ее действие опосредовано через продукцию лептина.

Остеопороз в России и во всем мире является серьезной проблемой здравоохранения в связи со значительным возрастанием риска низкоэнергетических переломов и их влиянием на частоту инвалидизации и смертности в популяции пожилых людей. С возрастом женщины могут терять до 50% губчатой и 35% компактной кости. Вместе с тем, с наступлением менопаузы более чем у 50% женщин наблюдается увеличение массы тела. Единственным положительным аспектом наличия ожирения ранее считался его протективный эффект в отношении развития остеопороза. Однако последние данные показывают, что

тучные женщины имеют более низкие показатели формирования кости, которые измеряются биохимическими маркерами, предполагая, что увеличение жировых отложений подавляет образование новых коллагеновых структур. Жировая ткань может влиять на костную массу самостоятельно или опосредованно – через продукцию адипокинов. Из известных адипокинов наиболее значимое влияние на костный метаболизм оказывают лептин и адипонектин. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение состояния костного метаболизма и кальций-фосфорного обмена у женщин в постменопаузе в зависимости от наличия или отсутствия ожирения, а также уровня лептина и адипонектина.

В исследование вошло 165 женщин в постменопаузальном периоде: 1-ю группу (основную) составили 83 женщины с абдоминальным типом ожирения (ИМТ –  $36,3 \pm 3,1$  кг/м<sup>2</sup>, окружность талии – ОТ –  $102 \pm 5,0$  см), 2-ю группу (контрольную) – 82 здоровые (без ожирения) женщины (ИМТ –  $24,2 \pm 2,2$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ –  $82,5 \pm 3,6$  см). У всех наблюдалась физиологическая постменопауза длительностью более 2 лет. Количество жировой массы у пациентов основной группы составило  $41,68 \pm 4,6$  %, контрольной

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

группы –  $38,16 \pm 5,1$  %. МПКТ определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорциометрии с помощью аппарата Lunar Prodigy. Оценка жировой массы проводилась с помощью дополнительной программы «Total body» на том же денситометре.

Установлено, что в основной группе показатели кальций-фосфорного обмена (уровень кальция в крови и утренней моче, фосфора) достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). У женщин сравниваемых групп статистически значимо отличаются также уровень паратгормона и активность щелочной фосфатазы в крови ( $p < 0,05$ ). По остальным параметрам костного метаболизма существенных различий между группами не было выявлено ( $p > 0,05$ ). Также уровень лептина в крови у женщин основной группы ( $60,1 \pm 8,1$ ) был достоверно выше, чем у женщин контрольной группы ( $30,6 \pm 6,3$ ) ( $p < 0,05$ ), в то же время статистически значимых различий уровня адипонектина в исследуемых группах не выявлено ( $p < 0,05$ ). Не обнаружено достоверных различий в группах женщин и при сравнении абсолютных значений МПКТ. В ходе исследования выявлена прямая корреляция между уровнем

лептина и МПКТ в позвоночнике ( $r = 0,27$ ), шейке бедра ( $r = 0,29$ ) и проксимальном отделе бедра ( $r = 0,36$ ) и отрицательная корреляция между уровнем адипонектина и МПКТ в проксимальном отделе ( $r = -0,26$ ) и шейке бедра ( $r = -0,29$ ).

Установлено, что в постменопаузальном периоде у женщин с ожирением уровень лептина гораздо выше, чем у женщин без ожирения и он положительно коррелирует с ИМТ и содержанием жировой ткани. Учитывая значимую положительную корреляцию лептина с МПКТ, можно предположить, что сама по себе жировая масса не оказывает какого-либо существенного эффекта на костную ткань, а ее действие опосредовано через продукцию лептина. Комплексное действие лептина на кости можно объяснить его способностью действовать положительно непосредственно в периферических тканях или отрицательно через центральные механизмы регуляции, приводящие к активации симпатической нервной системы. Действие адипонектина на костную ткань оказалось неоднозначным и нуждается в дальнейшем изучении.

**Esedova A.E., Cross S.V., Idrisov M.A., Habibulaeva L.M., Hamzayev A.K.**

## ROLE OF ADIPONECTIN AND LEPTIN IN THE FORMATION OF DISORDERS OF BONE METABOLISM FOR BACKGROUND OF OBESITY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Russia, Makhachkala, Dagestan State Medical Academy

A total of 165 postmenopausal women. Studied indices of bone metabolism, calcium-phosphorus metabolism, bone mineral density (BMD), adipokines, body mass index (BMI). It was found that postmenopausal women with obesity leptin levels much higher than that of women without obesity. Given the significant positive correlation with BMD leptin can predispose that in itself fat mass does not appear to have any significant effect on bone, and its action is mediated through the production of leptin.

**Умаханова М.М., Торчинов А.М., Цидаева М.М., Цаголов В.А., Тагирова З.М.**

## ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Изучен психологический статус женщин с самопроизвольным абортом в I триместре.

У большинства обследуемых женщин выявлены нарушения материнско-детских отношений, неадекватные механизмы реакции на стресс, выраженная тревога, неуверенность в себе.

Самопроизвольное прерывание беременности является частым осложнением и имеет удельный вес от 10 до 30% от числа всех беременностей. Максимальное число нарушенных беременностей (75–80 %) приходится на I триместр. Актуальность проблемы самопроизвольных выкидышей связана и с многочисленными негативными последствиями этой патологии для репродуктивного здоровья женщины.

Выделяют ряд этиологических факторов: генетические, эндокринные, иммунологические, инфекционные, тромбофилические, анатомические, токсические. Несмотря на проведение реабилитационных мероприятий и лечение угрозы прерывания беременности, частота самопроизвольных выкидышей практически не снижается, что свидетельствует о недостаточной изученности этиологических факторов и патогенетических механизмов прерывания беременности.

Перинатальная психология разрабатывает и предлагает эффективные методы профилактики и коррекции психосоматического состояния женщин в период беременности и родов. Среди психологических факторов, играющих роль в невынашивании, наиболее часто указываются личностные особенности женщин, нарушение материнско-детских отношений, неадекватные механизмы реакции на стресс.

Вопросы выявления причин самопроизвольного прерывания беременности, отражающих системную неготовность организма женщины к вынашиванию беременности, изучение психологических особенностей женщин с самопроизвольным абортом, характеризующих их неготовность к материнству, определение взаимосвязи этих особенностей

с социальными и соматическими факторами, являются актуальными.

**Целью исследования** является разработка комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий у пациенток с прервавшейся беременностью в I триместре с использованием оценки их психологического статуса.

Для реализации вышепоставленной цели обследовано 70 женщин с самопроизвольно прерывавшейся беременностью в I триместре. Наряду с полным клинико-лабораторным обследованием, инструментальным удалением остатков плодного яйца, проведением антибактериальной, противовоспалительной, утеротонической терапии был изучен и проанализирован психологический статус с помощью интервью, включающее в себя усовершенствованные анкеты, опросники, рисуночные тесты, индивидуальные консультации с психотерапевтом. Данные методики проводятся для сбора данных об отношении женщины к беременности, готовности к материнству и восприятию своей жизненной ситуации. Обработка данных интервью позволила нам оценить индивидуальное отношение женщины к беременности и факторам, негативно влияющим на ее психическое состояние. В ходе исследования нами получены следующие результаты: у 77% обследованных женщин по «Опроснику по привязанности к маме в детстве» выявлены ненадежные типы привязанности; нарушения привязанности осложняют адаптацию женщины к беременности и материнству. У большинства обследуемых женщин выявлены нарушения материнско-детских отношений, неадекватные механизмы реакции на стресс.

По рисуночному тесту «Я и мой Ребенок» дана оценка готовности к материнству и принятию материнской роли. Нами выявлена выраженная тревога (у 85% обследованных), неуверенность в себе (75%) и конфликт с беременностью (78%). Эти показатели устойчиво сочетаются: с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией,



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

с отрицательным отношением к своим изменениям, связанным с беременностью, с отклонением от адекватной ценности ребенка.

Таким образом, наиболее значимыми факторами, влияющими на патологическое

течение беременности являются различные нарушения психологического статуса женщины, в частности: нарушение материнско-детских отношений, выраженная тревога, неуверенность в себе.

**Umakhanova M.M., Torchinova A.M., Tsidaeva M.M., Tsagolov V.A., Tagirova Z.M.**

## ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF THE PATIENTS AFTER SPONTANEOUS ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER

Russia, Moscow, MSMSU A.I. Evdokimov

Studied the psychological status of women with spontaneous abortion in the I trimester.

The majority of women surveyed revealed violations of the mother-child relationship,

inadequate mechanisms of stress reactions, severe anxiety, self-doubt

**Русина Е.И., Попов Э.Н.**

## ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО И СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия.

Проведена оценка эффективности метода электростимуляции мышц тазового дна для лечения женщин 40±5,6 лет со стрессовым недержанием мочи (НМ) легкой степени тяжести степени тяжести без пролапса тазовых органов (ПТО), либо с ПТО I стадии, в сочетании с тренировкой мышц тазового дна (n=32), больных 55±4,4 лет в перименопаузальном периоде в комплексе с менопаузальной гормональной терапией (n=46), а также женщин 54±6,9 лет смешанным НМ и выявленной гиперактивностью детрузора (n=28). Электростимуляция осуществлялась портативным электромиостимулятором «Bio Bravo» (Германия) с интравагинальным электродом через день в течение 12 недель. При стрессовом НМ применяли стандартную для данного устройства программу № 3, длительностью 20 мин, с частотой импульсов (30 Гц) и длительностью импульсов 200 ms. При смешанном НМ применялась стандартная для данного

устройства программа № 6, длительностью 30 мин, включающая 3 фазы по 10 мин с нарастающей частотой импульсов (12–35 Гц) с различной длительностью импульсов (200–400 ms) и различной скоростью изменения импульса. Упражнения - «сжатие мышц промежности для предотвращения потери газов», «прерывание струи мочи» пациентки выполняли ежедневно 3 раза в сутки по 20–30 упражнений максимально возможной для них длительности. Местную интравагинальную гормонотерапию проводили эстриолом (500 мкг/ день).

**Результаты лечения** оценивали по динамике данных дневников мочеиспускания, опросников (визуально-аналоговая шкала - VAS), комплексного уродинамического обследования (цистометрия наполнения и опорожнения, профилометрия, урофлоуметрия, динамическая цистопрофилометрия). Отмечена благоприятная динамика клинических симптомов, уродинамических параметров

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

и субъективной оценки пациентами своего состояния. При стрессовом НМ после проведения указанной терапии достоверно уменьшилась средняя частота эпизодов стрессового НМ, улучшилась субъективная оценка состояния пациенток по шкале VAS, а также возросло количество пациенток с коэффициентом трансмиссии абдоминального давления на уретру более 100% ( $p < 0,05$ ). При смешанном НМ после лечения достоверно уменьшилось количество мочеиспусканий за сутки, количество эпизодов ургентного НМ, давление при максимальном спонтанном сокращении детрузора и оценка VAS ( $p < 0,05$ ). Количество эпизодов стрессового НМ также уменьшилось, но данные различия не были статистически достоверными.

Таким образом, консервативное лечение методом электростимуляции мышц тазового дна в сочетании с их тренировкой оказалось наиболее эффективным (оперативное

лечение не потребовалось) у больных репродуктивного возраста при стрессовом НМ легкой степени ( $83,6 \pm 6,5$  %). В группе пациенток перименопаузального и постменопаузального возраста эффективность лечения составила  $73,6 \pm 6,4$  %. Достаточный эффект лечения для обоих компонентов смешанного НМ, который позволил не выполнять sling-операции, достигнут у  $27,6 \pm 8,4$  % женщин с данной патологией. Применение данного метода целесообразно в случае непереносимости медикаментозного лечения в связи с побочными эффектами и при противопоказаниях к медикаментозной терапии гиперактивности детрузора.

**Резюме:** Проведена оценка эффективности электростимуляции мышц тазового дна у женщин со стрессовыми и смешанным недержанием мочи. Данный метод в сочетании с тренировкой мышц тазового дна наиболее эффективен у больных репродуктивного возраста при стрессовом недержании мочи легкой степени.

**Rusina E.I., Popov E.N.**

## ELECTRICAL MUSCLE STIMULATION OF THE PELVIC FLOOR IN TREATMENT OF STRESS AND MIXED FEMALE URINARY INCONTINENCE

Ott's Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Saint-Petersburg, Russia

**Summary:** The effectiveness of electrical stimulation of the pelvic floor muscles was observed in women with stress and mixed urinary incontinence. The combination this method with the

training of the pelvic floor muscles was most effective in patients of reproductive age with mild stress urinary incontinence.

**1 Гайдуков С.Н., 1,2 Арутюнян А.Ф., 2 Костюшов Е.В., 2 Лунева О.М.**

## ОСОБЕННОСТИ ЭТАПНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

1 Россия, г. Санкт-Петербург, ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет

2 ГБУЗ Ленинградской области «Сертоловская городская больница»

**Целью** нашего исследования явилась оценка эффективности предложенной терапии в зависимости от морфологической степени аденомиоза. Обследовано 49 женщин

с диффузным аденомиозом. Пациенткам были проведены клиничко-лабораторные, эхографическое, доплерометрическое, гистероскопическое обследования с пункционной биопсией

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

миометрия. На основании данных обследованных из 49 обследованных женщин у 15 верифицировали аденомиоз I степени (1-я группа), у 19 – аденомиоз II степени (2-я группа), а у 15 – аденомиоз III степени (3-я группа). Пациенткам с аденомиозом I степени (1-я группа) назначили ТЭС-терапию (Транскраниальная электростимуляция) 1 курс (5 сеансов), затем индинол и эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев и в конце лечения еще 1 курс ТЭС-терапии. Пациенткам с аденомиозом II степени (2-я группа) назначили гирудотерапию 1 курс (7 сеансов), ТЭС-терапию 1 курс, затем индинол и эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев и в конце лечения проводили еще один курс ТЭС-терапии и курс гирудотерапии. У 8 (53,3%) пациенток с аденомиозом III степени (3-я группа) основной жалобой был выраженный болевой синдром. Лечение данных пациенток было такое же, как и у больных аденомиозом II степени (2-я группа). А у 7 (46,7%) пациенток третьей группы основным симптомом была гиперполименорея. Данная группа больных получала агонисты гонадотропин-релизинг-гормона (бусерелин-депо по 3,75 мг/мес) внутримышечно в течение 3 месяцев. Затем индинол и эпигаллат по 2 капсулы 2 раза в день во время еды в течение 6 месяцев. Эффективность проводимой терапии оценивали по клиническим проявлениями. Оценивали следующие клинические симптомы: болевой синдром, альгодисменорея, диспареуния, гиперполименорея. Степень болевого синдрома определяли с помощью системы оценки выраженности болей и дисменореи в баллах: 1–3 балла – слабая боль, 4–6 – умеренная, 7–9 – сильная. Применяли тест САН (оценка самочувствия, активности, настроения). Тяжесть депрессии оценивали по вопросу депрессий Бека.

У всех 15 пациенток первой группы, где основными симптомами были мажущие темно-коричневые выделения из половых путей, альгодисменорея и диспареуния, на фоне проводимой терапии наблюдалось полное исчезновение симптомов, и на протяжении 12 месяцев пациентки никаких жалоб не отмечали. По тесту САН все пациентки отметили улучшение самочувствия, настроения, работоспособности, качества жизни в целом. Уровень депрессии до лечения составлял 24 баллов, после лечения – 9 баллов. У всех больных с аденомиозом II степени (2-я группа), где

основными симптомами были мажущие темно-коричневые выделения из половых путей, на фоне проводимой терапии отмечено полное исчезновение мажущих темно-коричневых выделений через три месяца, и последующих 12 месяцев наблюдения этот симптом не беспокоил. У 17 (89,5%) женщин с аденомиозом II степени (2-я группа) наблюдалось полное исчезновение болевого синдрома (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 4–6 баллов, умеренная), и на протяжении 12 месяцев боли не беспокоили. Остальные 2 (10,5%) женщины отметили уменьшение интенсивности болей (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 7–9 баллов, сильная). По тесту САН 18 (94,7%) пациенток отметили улучшение самочувствия, настроения, работоспособности, качества жизни в целом. Уровень депрессии до лечения составлял 28 баллов, после лечения – 12 баллов. У 6 (85,7%) женщин из 7 с аденомиозом III степени (3-я группа), где основным симптомом была гиперполименорея, на фоне проводимой терапии через три месяца наблюдалось уменьшение интенсивности и продолжительности месячных. Они стали менее обильными и менее продолжительными (3–4 дня) на протяжении 12 месяцев наблюдения. Средние показатели гемоглобина (Hb) у этих пациенток до лечения в среднем составили  $105,3 \pm 3,5$ , через 3 месяца  $115,5 \pm 5,3$ , через 12 месяцев  $127,3 \pm 2,8$ . У 7 (87,5%) женщин из 8 с аденомиозом III степени (3-я группа), где основным симптомом был болевой синдром, наблюдалось полное исчезновение болевого синдрома (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 7–9 баллов, сильная), и на протяжении 12 месяцев боли не беспокоили. Болевой синдром сохранился только у одной (12,5%) пациентки из данной группы, однако интенсивность болей у нее значительно уменьшилась (выраженность болевого синдрома до лечения оценивали 7–9 баллов, сильная). По тесту САН 13 (86,7%) пациенток отметили улучшение самочувствия, настроения, работоспособности, качества жизни в целом. Уровень депрессии до лечения составлял 30 баллов, после лечения – 14 баллов.

Таким образом, результаты исследования показали, что эффективность этапного консервативного лечения аденомиоза зависит от морфологической степени и от выраженности симптомов заболевания. Использование препаратов индинол и эпигаллат, влияющих



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

на основные патогенетические механизмы развития аденомиоза, открывает новое направление в терапии данного заболевания, а натуротерапевтические методы – новые возможности в комплексной терапии аденомиоза, направленной на уменьшение курса лечения и повышение его эффективности.

**Резюме:** Целью нашего исследования явилась оценка эффективности предложенной

терапии в зависимости от морфологической степени аденомиоза. Обследовано 49 женщин с диффузным аденомиозом. Использование препаратов индинол и эпигаллат, влияющих на основные патогенетические механизмы развития аденомиоза, открывает новое направление в терапии данного заболевания, а натуротерапевтические методы – новые возможности в комплексной терапии аденомиоза.

**1 Gaydukov S.N., 1,2 Arutyunyan A.F., 2 Kostyushov E.V., 2 Luneva O.M.**

## FEATURES LANDMARK CONSERVATIVE TREATMENT FOR ADENOMYOSIS

1 Russia, Saint-Petersburg Medical University, St. Petersburg State Pediatric Medical University  
2 GBUZ Leningrad region «Sertolovskiy City Hospital»

**Resume:** The aim of our study was to evaluate the effectiveness of the proposed treatment, depending on the degree of morphological adenomyosis. The study involved 49 women with diffuse adenomyosis. The use of drugs and Indinol

Epigallat affecting patogeneticheskie basic mechanisms of development of adenomyosis, opens a new direction in terapii the disease and effective natural methods – new opportunities in the treatment of adenomyosis.

**Баширов Э.В., Мелконьянц Т.Г., Кравцова Н.А.**

## ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ: С РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИЛИ БЕЗ НЕЕ

Россия, г. Краснодар, Базовая акушерско-гинекологическая клиника  
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Высокая частота рецидивов миомы матки и возможность снижения фертильности после оперативного лечения требуют пристрастного анализа преимуществ, недостатков и рисков имеющихся технологий ее лечения. Неоднозначные данные об эффективности органосохраняющих эндоскопических и эндоваскулярных вмешательств, пришедших на смену неоправданной гистерэктомии, объясняются отсутствием ряда критериев выбора технологии, в том числе и целесообразности реабилитационных мероприятий.

**В связи с этим поставлена цель:** оценить влияние комплексной реабилитационной терапии на исходы органосохраняющих технологий лечения миомы матки на основании

изучения характера адаптационных реакций и цитокинового профиля.

Для достижения цели проведено проспективное исследование 90 женщин с миомой матки, обратившихся для проведения органосохраняющих вмешательств. В зависимости от технологии лечения женщин и наличия в послеоперационном периоде реабилитационных мероприятий весь контингент поделили на группы: I – после лапаротомной миомэктомии с курсом комплексной реабилитации (КР) и без нее, II – после лапароскопической миомэктомии с КР и без нее, III – после ЭМА с КР и без нее.

Комплексная реабилитация после вмешательства предусматривала:

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

антифиброзирующую терапию, иммунокоррекцию, антиоксиданты, дезагреганты, восстановление нормоценоза гениталий, гормонотерапия по показаниям.

Оценку характера адаптационных реакций (АР) (тренировки (РТ), спокойной активации (РСА), повышенной активации (РПА), хронического стресса (РХС)) проводили через месяц после вмешательства (в зависимости от наличия КР и без нее) на основании подсчета лейкоцитарной формулы в мазке периферической крови по методике Л.Х. Гаркави с соавт. (1975 г.). Определение уровней цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО- $\alpha$ , ИФН- $\gamma$ , ИЛ-6, Fas-L) проводили на 7-е сутки после ЭМА, через 3 и 6 мес.

Анализ вариабельности АР через месяц после оперативного вмешательства показал, что в отсутствие курса реабилитации, независимо от технологии лечения ММ достоверно чаще регистрировали РХС. В группах с КР РХС преобладала при лапаротомии, наибольшая частота РСА определена при ЭМА – в пять раз в сравнении с показателем женщин без КР, у трети – после лапароскопии, каждой пятой – лапаротомии. По истечении месяца после вмешательства частота РТ возрастала только вне КР, причем наибольший показатель, как и на 7-е сутки после лечения был определен в когорте после лапароскопии.

При оценке уровня про- и противовоспалительных цитокинов после ЭМА неоднозначные результаты связывали с наличием/отсутствием КР. В раннем послеоперационном периоде у всех пациенток отмечали избыточную активность цитокинов провоспалительного профиля, наряду с компенсаторным возрастанием уровня интерлейкина-4. Пациенткам с неэффективностью технологии

лечения миомы матки уже к 3-м мес. после ЭМА оказалось свойственно длительное сохранение активности Th1-клеточного звена иммунитета и избыточной продукции провоспалительных цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-6, ИФН- $\gamma$ ) и снижения концентрации Fas-L в два раза в сравнении с группой с регрессом узлов. Подобная категория пациенток преобладала в группах, где комплексная реабилитация не проводилась. Постепенное разрешение реакций избыточного метаболизма без развития синдрома системного воспалительного ответа после ЭМА через три и шесть мес. отмечали у 84,2% и 91,7% пациенток соответственно с реализацией КР.

Исследование доказывает целесообразность изучения цитокиновых профилей после ЭМА как характеристик состоятельности иммуногенеза, наиболее контролируемого при обязательной периоперационной восстановительной терапии. Оценка АР после вмешательств позволяет прогнозировать течение послеоперационного периода, обосновывает целесообразность КР и убеждает в приоритете ЭМА и лапароскопической миомэктомии как наименее травматичных методах воздействия на ткани матки.

**Цель:** оценить влияние комплексной реабилитационной терапии на исходы органосохраняющих технологий лечения миомы матки на основании изучения характера адаптационных реакций и цитокинового профиля. Показано, что профиль адаптационных реакций выступает не только предиктором рецидива заболевания, но и критерием полноценности курса реабилитации. Изучение цитокинового профиля после ЭМА способствует прогнозированию неэффективности технологии лечения.

**Bashirov E.V., Melkonyants T.G., Kravtsova N.A.**

## ORGAN PRESERVATION TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS: WITH OR WITHOUT REHABILITATION

Russia, Krasnodar, basic obstetrical and gynecological clinic  
GBOU VPO kubgmu Minzdrava Rossii

**Objective of the study:** to evaluate the impact of a comprehensive rehabilitation therapy on the results of organ-preserving UF treatment technology being based on the study of adaptation

reactions nature and cytokine profile. The profile of adaptation reactions is shown to be not only the predictor of disease recurrence but also the criterion of a full-course rehabilitation. Cytokine



profile study after UAE contributes to the prediction of treatment technology ineffectiveness.

**1 Аскольская С.И., 2 Коган. Е.А., 2 Соломахина М.А., 3 Попов Ю.В., 1 Жарков Н.В.**

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПО СОДЕРЖАНИЮ В ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ TGF $\beta$ , PD-ECGF, Ki67**

1 ФГБУ « Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

2 ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

3 ФНКЦ специализированной медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, Москва

Развитие и рост лейомиомы матки (ЛММ) во многом обусловлены состоянием рецепторного аппарата матки. Нарушение рецепторного аппарата может способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный). В генезе ЛММ важную роль играют изменения иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции, изменения гормонального фона и цитокиновых воздействия на миометрий и эндометрий. В развитии ЛММ участвуют цитокины и факторы роста, через которые гормоны яичников и эндометрий могут оказывать стимулирующее воздействие на рост ЛММ, что может быть установлено по экспрессии в ткани эндометрия биомаркеров, таких как Ki67, TGF $\beta$ , PD-ECGF.

**Цель:** спрогнозировать развитие лейомиомы больших размеров на основании иммуногистохимического (ИГХ) исследования в эндометрии биомаркеров Ki67, TGF $\beta$ , PD-ECGF в целях планирования индивидуальной терапии.

**Материалы и методы:** проведено исследование биопсийного и послеоперационного материала 54 пациенток, которые были разделены на две группы; основная – с ЛММ больших размеров, больше 6 см в диаметре и контрольная с ЛМ малых размеров, менее 4 см в диаметре. Каждая группа была разделена на две подгруппы по возрасту: женщины моложе 45 лет и женщины старше 45 лет. Иммуногистохимически определяли экспрессию Ki67, PD-ECGF, TGF $\beta$ .

**Результаты:** При морфологическом исследовании эндометрия у пациенток ЛММ больших размеров слизистая соответствовала преимущественно стадии пролиферации (85%), и лишь в 15% – стадии секреции. При

морфологическом исследовании эндометрия у пациенток с ЛММ малых размеров стадия пролиферации была в 90% и секреции – в 10%. Различий при морфологическом исследовании эндометрия по группам выявлено не было.

Индекс пролиферации по Ki67 (ИП) был самым высоким в основной группе ЛММ больших размеров моложе 45 лет и составил 25–30 %, а также ЛММ больших размеров старше 45 лет и составил 20–25 %. В эндометрии ИП у пациенток с ЛММ малых размеров ИП составил 3–15 %. При ИГХ исследовании ЛММ TGF $\beta$  выявлялся в клетках периваскулярных муфт и в зонах роста. При этом отмечалась тенденция к увеличению экспрессии данного белка в зонах роста ЛММ больших размеров. У женщин с ЛММ больших размеров экспрессии белка TGF $\beta$  в среднем составляла -3 балла, а с ЛММ малых размеров от 0,86 и 1,38 балла вне зависимости от их возраста.

Уровень экспрессии PD-ECGF был самым высоким в основной группе ЛММ больших размеров обеих возрастных групп и составил соответственно 3,67 балла и 3,39 балла. В эндометрии у пациенток с ЛММ малых размеров уровень экспрессии PD-ECGF составил 1,5 и 1,6 баллов.

**Заключение:** При иммуногистохимическом исследовании ткани эндометрия экспрессия Ki67 боле 25%, PD-ECGF от 2 до 4 баллов, TGF $\beta$  – 3 балла характерна для пациенток с развитием ЛММ больших размеров. Данный метод исследования позволяет прогнозировать развитие ЛММ больших размеров и применять дифференцированный подход к ведению таких пациенток.

**Резюме:** Патогенез ЛММ сложен и недостаточно изучен. Прогнозирование развития

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

ЛММ больших размеров позволит применить индивидуальный подход к ведению больных с миомой матки. Эндометрий может быть наиболее удобным объектом такого

прогнозирования, так как является доступным объектом в диагностике заболеваний матки, изменения его цитокинового профиля взаимосвязаны с ростом ЛММ.

**Askolskaya S.I., Kogan E.A., Solomakhina M.A., Popov Y.V., Zharkov N.V.**

## FORECASTING THE DEVELOPMENT OF UTERINE LEIOMYOMA LARGE CONTENT IN THE ENDOMETRIAL TISSUE TGFB, PD-ECGF, KI67

**Summary:** The pathogenesis of uterine leiomyoma is complex and insufficiently studied. Prediction of large uterine leiomyoma will apply the individual approach to the management of patients with uterine leiomyoma. The

endometrium may be the most convenient object of such a prediction, since the object is available in the diagnosis of diseases of the uterus, changes its cytokine profile linked with the growth of uterine leiomyoma.

**1, 2 Дубровина С.О., 2 Арешян К.А., 1 Берлим Ю.Д., 1 Красильникова Л.В.**

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЭНДОМЕТРИОМ (ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД)

1 Кафедра акушерства и гинекологии №1 Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России (зав. кафедрой – профессор Рымашевский А.Н.)

2 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России (директор – профессор Линде)

С целью определения эффективности терапии и частоты рецидивирования эндометриодных кист яичников обследована 61 пациентка с первичными и рецидивирующими эндометриомами, получавшая в послеоперационном периоде различные варианты гормональной терапии. В результате проведенного исследования было подтверждено, что длительное применение гормональных препаратов предупреждает частоту рецидивов эндометриом и болевой синдром, но действие его прекращается, как только препараты отменяются.

Целью исследования явилось изучение частоты рецидивирования эндометриодных кист после отмены в послеоперационном периоде различных вариантах гормональной терапии. I группу составили 46 (75,4%) пациенток с впервые выявленными эндометриодными кистами яичников, во II группу вошли 15 (24,6%) с рецидивами эндометриом. Под рецидивом эндометриодных образований подразумевалось появление эндометриодных кист в яичнике размером более 4 см в диаметре, сопровождаемых болевым синдромом. Все

пациентки были репродуктивного возраста (20–45 лет). Возраст пациенток в I группе составил  $28,3 \pm 5,4$  лет, во II —  $31,4 \pm 4,9$  год. Основными показаниями для оперативного лечения явились: наличие эндометриодных кист, стойкий болевой синдром, бесплодие. В I группе эндометриомы левого яичника были выявлены у 17 (36,9%) пациенток, правого – у 15 (32,6%), двусторонние эндометриомы яичников были обнаружены у 14 (30,43%) пациенток. Во II группе эндометриодные кисты левого яичника были обнаружены у 7 (46,7%) пациенток, правого яичника – у 5 (33,3%), двустороннее поражение выявлено у 3 (20%) пациенток. Распространенность патологических очагов и спаечного процесса оценивались по классификации Американского общества фертильности, а также определялась стадия заболевания по классификации РАРМН. У всех пациенток (61 (100%)) при выполнении гистероскопии выявлена простая гиперплазия без атипии. Послеоперационная гормональная терапия была начата с первой менструации, как минимум, через 2 недели после операции: агонисты

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

гонадотропин-рилизинг-гормона (аГн-РГ), диеногест, комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестерон. В I группе 23 (50%) пациентки получали аГн-РГ в течение 6 месяцев, 12 (26%) пациенток получали прогестерон в течение 6 месяцев, 5 (10,9%) – диеногест в течение 6 месяцев, 6 (13%) КОК (гестагены+эстрогены). Во II группе 8 (53,5%) принимали КОК (гестагены+эстрогены) в течение 3 месяцев в непрерывном режиме, наступление рецидива у этих пациенток было отмечено через 1,5 года после отмены препарата. 5 (40%) пациенток получали терапию аГн-РГ в течение 4 месяцев, рецидив наступил у 2 пациенток через 7 месяцев после отмены препарата, у 3 пациенток – через 1,6 месяцев. Рецидивы на фоне приема диеногеста и аГн-РГ были выявлены у 2 (13,3%) наблюдаемых. В послеоперационном периоде на фоне приема аГн-РГ вегетативные нарушения возникли как в I группе, так и во II группе. В I группе «приливы» наблюдались у 20 пациенток (87%), во II

группе – у 5 (100%). Независимо от выбранной гормональной терапии болевой синдром был купирован в обеих группах в период лечения. Учитывая высокую частоту вегетативных нарушений на фоне приема аГн-РГ, необходимо назначать add-back-терапии одновременно с аГн-РГ не позднее 2-го месяца лечения. В нашем исследовании, рецидивы были отмечены после коротких курсов гормональной терапии, это подтверждает данные литературы о необходимости длительного приема гормональной терапии, которая предупреждает частоту рецидивов эндометриом и болевого синдрома. Терапия должна быть продолжена до тех пор, пока пациентка не пожелает наступления беременности или при возникновении побочных эффектов, как минимум, у пациенток моложе 32 лет. Необходимы дополнительные исследования для того, чтобы определить эффективность длительного приема гормональных препаратов и частоту рецидивов после прекращения их приема.

**1, 2 Dubrovin S.O., 2 Arasan K.A., 1 Berlin D.Yu., 1 Krasil'nikova L.V.**

## FEATURES OF HORMONAL THERAPY FOR PRIMARY AND RECURRENT ENDOMETRIOMA (POSTOPERATIVE PERIOD)

1 Kafedra Obstetrics and Gynecology №1 of the Rostov State Medical University, Ministry of Health of Russia (Head of the Department – Professor Rymasheuski AN)

To determine the effectiveness of therapy and the frequency of recurrence of ovarian cysts endometriodnyh examined 61 patients with primary and recurrent endometrioma treated in the postoperative period of various options for hormonal therapy. As a result of the research, it was confirmed that prolonged use of hormonal

drugs to prevent recurrence of endometrioma and pain, but the action will stop once the drugs are cancelled.

**Прилепская В.Н., Мгерян А.Н., Абакарова П.Р.**

## КОМБИНИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ, СОДЕРЖАЩИЙ 30 МКГ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА И 3 МГ ДРОСПИРЕНОНА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

ФГБУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова» Минздрава, г. Москва, России

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является наиболее часто встречаемой эндокринной и аутоиммунной патологией у женщин

репродуктивного возраста, оказывающая негативное влияние на репродуктивное здоровье. Результаты многочисленных исследований

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

показали высокую частоту встречаемости предменструально синдрома (35–40 %), нарушения менструального цикла у женщин с АИТ (40–55 %).

**Цель:** оценить эффективность и безопасность комбинированного орального контрацептива (КОК), содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

**Материалы и методы:** в исследование были включены 40 женщин с АИТ, находящихся на заместительной гормональной терапии Л-тироксином.

**Критерии включения:** женщины с АИТ репродуктивного возраста с 18–45 лет, нуждающиеся в контрацепции, не имеющие противопоказания к назначению гормональной контрацепции по критериям ВОЗ (2009 г.).

Применялись общеклинические, клинико-лабораторные (показатели АТ ТПО, АТ ТГ, ТТГ, Т4св) и статистические методы обследования. Наряду с этим был проведен анализ по «ПМС-дневникам» пациенток для оценки степени тяжести предменструального синдрома. Тяжесть симптомов (колебания настроения, депрессия, головная боль и др.) оценивалось по балльной шкале от 1 до 3, как незначительная, умеренная, выраженная.

**Результаты:** средний возраст пациенток составил  $28 \pm 3$  лет. У всех пациенток менструальный цикл был овуляторным.

В результате обследования у пациенток с АИТ установлена: дисменорея у 26 (65%) женщин, овуляторные боли у 21 (52%), симптомы предменструального синдрома (плаксивость, раздражительность, депрессия и др) у 21 (55%), ПМС легкой степени – у 17 (42%) пациенток, у 4 (10%) – ПМС средней степени тяжести. Оценка результатов проводилась в динамике наблюдения через 6 и 12 мес.

В течение 12 месяцев наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая

беременности. Нежелательные побочные явления, такие как межменструальные кровянистые выделения были установлены у 11 (14%), тошнота у 5 (12%) пациенток.

Через 6 месяцев от начала приема препарата жалобы на симптомы ПМС (раздражительность, плаксивость, депрессия) наблюдалось только у 12 (30%) женщин, дисменорея сохранялась у 1 пациентки. Ни у одной женщины не были зарегистрированы овуляторные боли.

В динамике наблюдения к 12 месяцу от начала приема препарата остальные пациентки отметили значительное улучшение. У 2 пациенток сохранились симптомы ПМС (раздражительность) легкой степени тяжести.

На протяжении всего периода наблюдения нами не было выявлено отрицательного влияния контрацептива на уровень ТТГ, Т4св. Ни в одном случае врач-эндокринолог не увеличивал дозу Л-тироксина. Уровень АТ ТПО и АТ ТГ к концу наблюдения достоверно снизились. До приема КОК средние значения АТ ТПО составляли  $1020 \pm 154$ , АТ ТГ –  $2015 \pm 388$ . К концу наблюдения – АТ ТПО  $880 \pm 34$ , АТ ТГ  $1050 \pm 58$ .

**Выводы.** Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона является высокоэффективным и безопасным контрацептивным препаратом, обладающим лечебным эффектом при предменструальном синдроме, овуляторных болях, дисменорее у женщин с АИТ.

Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона не оказывает негативного влияния на уровень гормонов щитовидной железы. Обладает супрессивным эффектом на антитела к ткани щитовидной железы, что нами был расценен, как терапевтическое влияние на течение АИТ.

Prilepskaya V.N., Mgeryan A.N., Abakarova P.R.

## COMBINED ORAL CONTRACEPTIVE CONTAINING 30 MG ETHINYL ESTRADIOL AND 3 MG OF DROSPIRENONE IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Combined oral contraceptive containing 30 µg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone is a highly effective and safe contraceptive agent that has a therapeutic effect in premenstrual syndrome, ovulatory pain, dysmenorrhea in women with AIT.

Combined oral contraceptive containing 30 µg ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone has no negative impact on the level of thyroid hormones. Has a suppressive effect on antibodies to thyroid tissue that the us was regarded as a therapeutic influence on the course of AIT.

**Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Обухова Г.С.**

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН

Россия, г. Москва, ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ

В тезисе указана целесообразность включения в комплекс лечебных мероприятий женщин с хроническим сальпингоофоритом локальной и центральной физиотерапии.

Это обеспечивает выраженный обезболивающий эффект.

Полученные данные подтверждены результатами лазерной доплеровской флоуметрии и доплерометрии сосудов матки.

Проблема хронических воспалительных заболеваний придатков матки (ХВЗПМ) одна из сложных в гинекологии. Весомым негативным фактором длительного и клинически стертого течения заболевания является болевой синдром (БС). Изменение гемодинамики в сосудистом бассейне малого таза в виде повышения сосудистого тонуса (83,3%), снижения пульсового кровенаполнения (63,9%) и тканевой перфузии (52,7%) определяют периферический с последующим нарушением функций субкортикальных структур головного мозга, центральный механизм патогенеза развития БС. Стимулом к изучению явилось комплексное воздействие лечебными физическими факторами (ЛФФ) на регионарный и церебральный кровоток у пациенток с ХВЗПМ.

**Цель работы:** оценить эффективность комплексного немедикаментозного метода лечения у пациенток с ХВЗПМ.

У 72 женщин в комплекс лечения были включены локальная электроимпульсная терапия (интерфернц-, диадинамо-, амплипульс-) и низкочастотная магнитотерапия, а также центральная регулирующая (инфита-, цветоритмотерапия) терапия. Курс физиотерапии

(ФТ), начатый на 5–7 день цикла, составил: 30 процедур электролечения и 10 – центральной регулирующей ФТ.

До ФТ и через 1 месяц после нее, на 5–7 день цикла методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) определяли состояние кровотока на капиллярном уровне. В динамике выявлено увеличение ( $p < 0,05$ ) максимальной амплитуды нейрогенных (АmaxН) и миогенных (АmaxМ) колебаний. АmaxН в точке VC3 повысилась ( $p < 0,05$ ) с  $0,11 \pm 0,02$  до  $0,21 \pm 0,02$ , а в VC4 – с  $0,12 \pm 0,04$  до  $0,29 \pm 0,02$  пф.ед. соответственно. АmaxМ в точке VC3 увеличилась ( $p < 0,05$ ) с  $0,21 \pm 0,02$  до  $0,40 \pm 0,02$ , а в VC4 – с  $0,19 \pm 0,01$  до  $0,32 \pm 0,01$  пф.ед. соответственно. АmaxН в точке V31 также увеличилась ( $p < 0,05$ ) справа с  $0,13 \pm 0,04$  до  $0,34 \pm 0,02$  и слева – с  $0,16 \pm 0,05$  до  $0,37 \pm 0,02$  пф.ед. соответственно. АmaxМ в точке V31 слева и справа увеличилась ( $p < 0,05$ ) до  $0,38 \pm 0,04$  пф.ед. Амплитуда дыхательной волны (АmaxД) снизилась ( $p < 0,05$ ) в точке VC3 с  $0,29 \pm 0,01$  до  $0,13 \pm 0,02$ , а в VC4 – с  $0,28 \pm 0,02$  до  $0,10 \pm 0,04$  пф.ед. соответственно. В точке V31справа АmaxД составила  $0,11 \pm 0,03$ , а слева –  $0,13 \pm 0,02$  пф.ед. соответственно. Результаты ЛДФ свидетельствуют о восстановлении тканевого кровотока за счет разгрузки веноулярного звена микроциркуляторной системы.

Полученные данные согласуются с результатами доплерометрии сосудов матки. Так, после ФТ в пролиферативную фазу выявлено снижение ( $p < 0,05$ ) индекса резистентности с  $0,98 \pm 0,02$  до  $0,75 \pm 0,02$  и  $0,97 \pm 0,01$  до  $0,75 \pm 0,03$  на уровне правой и левой маточных артерий, с  $0,88 \pm 0,03$  до  $0,68 \pm 0,02$  на уровне аркуатных

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

и с  $0,80 \pm 0,01$  до  $0,62 \pm 0,03$  на уровне радиальных артерий соответственно.

Итак, локальная электротерапия вызвала улучшение кровообращения за счет влияния на микроциркуляцию и в регионе в целом. А данные реоэнцефалограммы головного мозга указывали на нормализацию тонуса артериальных сосудов и их кровенаполнение, что облегчает венозный отток из черепа. При этом уровень интенсивности боли (тестирование по визуально-аналоговой шкале) снизился

с  $2,33 \pm 0,14$  до  $0,67 \pm 0,10$  баллов, а коэффициент обезболивающего действия составил  $0,71 \pm 0,02$ , что соответствует выраженному болеутолению. А число выбранных дескрипторов (Мак-Гилловскому опросник боли) в сенсорной шкале снизилось вдвое, а сумма рангов в 3 раза соответственно.

**Выводы.** Таким образом, комплексное локальное и центральное действие ЛФФ является патогенетически обоснованным и клинически эффективным.

**Ipatova M. V., Malanova T. B., Kubitskaya Yu. V., Obukhov S. G.**

## EXPERIENCE OF APPLICATION OF PHYSICAL FACTORS IN THE TREATMENT OF CHRONIC OOPHORITIS IN WOMEN

Russia, Moscow, NTS AGIP by. V.I. Kulakov Ministry of health of the Russian Federation

In the thesis shows the feasibility of inclusion in the complex treatment of women with chronic salpingo-oophoritis local and central physiotherapy.

This provides a pronounced analgesic effect. The obtained data confirmed the results of laser Doppler flowmetry and Doppler of blood vessels of the uterus.

**Адамян Л.В., Кондратович Л.М., Козаченко А.В., Аракелян А.С., Данилов А.Ю.**

## ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВОЛОКНА СПАЕК У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

**Цель исследования:** изучить особенности строения волокна спайки у больных миомой матки репродуктивного возраста.

110 пациенток были прооперированы по поводу миомы матки лапароскопическим доступом. У 34 пациенток в брюшной полости интраоперационно диагностирован спаечный процесс.

Был выполнен забор биологического материала: 31 образец ткани спайки у пациенток со спаечным процессом и 12 образцов интактной брюшины у пациенток без спаечного процесса, всего 43 образца. На образцах были проведены морфологическое и иммуногистохимическое исследования.

### **Материалы и методы:**

При морфологическом изучении волокна спайки в сравнении с биоптатом брюшины в спайке были более выражены воспаление

и реакция мезотелия (до 50%), было больше фибробластов (до 56,2%), значительно больше новых сосудов (до 50%). В волокне спайки нами были обнаружены клетки жировой ткани, когда в биоптате брюшины их не выявили. Нами выявлено, что у пациенток доминируют «зрелые спайки», характеризующиеся более выраженной активностью фибробластов, ангиогенеза, реакцией мезотелия и наличием адипоцитов.

ИГХ исследование. Окраска на маркер коллагена первого и третьего типов. Степень экспрессии белка маркера коллагенов определялась в баллах. В тканях миомы была выявлена повышенная экспрессия маркера коллагена первого типа, а в тканях спайки выявлена повышенная экспрессия маркера коллагена третьего типа, характеризовавшиеся интенсивным прокрашиванием клеток, их диффузным

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

расположением и скоплениями вокруг срезов сосудов. Также выявлены статистически значимые различия экспрессии коллагена третьего типа между образцами миомы матки и тканями спайки и брюшиной и спайкой ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:** коллаген 1-го типа, так называемый «старый коллаген», преобладает в тканях миомы матки, тогда, как коллаген

третьего типа, так называемый «новый коллаген», преобладает в тканях спайки. Это может быть подтверждением активно-протекающих процессов в тканях спайки. Выявленные при морфологическом исследовании особенности строения волокна спайки, также подтверждают наличие процессов роста соединительно-тканного волокна у пациенток с миомой матки.

**Adamyan L.V., Kondratovich L.M., Kozachenko A.V., Arakelyan A.S., Danilov A.U.**

## FEATURES OF THE STRUCTURE OF FIBER ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA OF REPRODUCTIVE AGE

Russian Scientific Center of Obstetrics, gynecology and perinatology named after V. I. Kulakov, Moscow, Russian Federation.

Collagen 1<sup>st</sup> type, the so-called «old collagen», predominated in the tissues of uterine fibroids, whereas the collagen of the third type, the so-called «new collagen», predominated in the tissues of adhesions. That may be proof of active

processes in the tissues of adhesions. Identified by morphological study the morphology of the adhesions tissue, also confirm the existence of processes of growth of connective tissue fibers in patients with uterine myoma.

**Чистякова И.А., Ипатова М.В., Козырева О.В.**

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ У ЖЕНЩИН В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Россия, г. Москва, ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ  
ФГБОУ «РГУФКСМ и Т» Минспорта

Важнейшая составная часть профилактики женщин репродуктивного возраста после операций на половых органах это поиск новых организационных моделей. Обязательным является антибиотикопрофилактика, в ряде случаев – физиотерапия. В последнее время в клинической практике инструктора-методиста лечебной физкультуры занимает научная разработка индивидуальных и дифференцировано подобранных комплексов физических упражнений, назначаемых в послеоперационном периоде, в том числе и у женщин после гинекологических операций. В основе терапевтического действия таких комплексов лежит процесс систематизированной тренировки.

**Цель работы.** Изучить влияние лечебной гимнастики (ЛГ) в комплексе лечебных мероприятий у женщин в раннем послеоперационном периоде на психоэмоциональный статус.

**Материалы и методы.** Обследованы 32 женщины 28–42 лет после операций на половых органах. Все обследованные получали унифицированную антибиотикотерапию и физиотерапию. Из них сформировали 2 группы с идентичным объемом оперативного вмешательства. В течение 3 сут после операции 17 пациенткам (I группа) в комплекс лечебных мероприятий включили индивидуальные занятия ЛГ. Это общеразвивающие и специальные физические упражнения динамического характера с элементами дыхательной гимнастики.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

А остальные 15 человек (II группа) – указанных занятий не получали. С целью объективизации полученного эффекта исследовали динамику общего состояния пациенток и психоэмоционального статуса с помощью медико-психологического тестирования (шкалы Спилбергер 1, Спилбергер 2, САН).

**Результаты.** Все пациентки I группы занятия ЛГ переносили хорошо, реакция на лечение была адекватной. При тестировании по шкале Спилберга на 3 сут после операции отмечено снижение ( $p < 0,05$ ) показателей ситуационной тревожности с  $40,2 \pm 2,4$  до  $20,2 \pm 1,2$ , а личностной – с  $36,2 \pm 2,4$  до  $20,2 \pm 1,7$ , что соответствовало параметрам здорового человека. По шкале САН повышение ( $p < 0,05$ ) показателей уровня «самочувствия» отмечено с  $2,8 \pm 0,2$  до  $5,7 \pm 0,1$ ; «активности» с  $2,5 \pm 0,3$  до  $5,8 \pm 0,3$  и «настроения» с  $3,9 \pm 0,3$  до  $6,01 \pm 0,2$  у.е. Показатели категорий САН указывали на значения «отдохнувшего» человека.

У женщин II группы результаты были менее значимы. Так, отмечено только снижение ( $p \geq 0,05$ ) показателей ситуационной тревожности с  $39,3 \pm 2,6$  до  $31,2 \pm 2,9$ , а личностной – с  $35,9 \pm 2,5$  до  $30,2 \pm 2,2$ . Повышение ( $p < 0,05$ ) показателей «самочувствие» с  $2,7 \pm 0,2$  до  $4,1 \pm 0,4$ ; «активность» с  $2,5 \pm 0,2$  до  $4,2 \pm 0,2$ ; «настроение» с  $2,6 \pm 0,2$  до  $4,3 \pm 0,1$ . При этом надо отметить, что на 3 сут после операции по тесту САН количественная оценка категорий между сравниваемыми группами имела статистическую разницу ( $p < 0,05$ ). У пациенток II группы результаты тестирования указывали

на благоприятное течение послеоперационного периода, тогда как у пациенток I группы – соответствовали нормативным значениям.

У пациенток I группы после комплекса профилактических мер в послеоперационном периоде, включающих ЛГ, отмечено полное восстановление изучаемых показателей до нормативных значений, в то время как у женщин II – наблюдали лишь позитивные сдвиги.

Таким образом, наиболее выраженная коррекция психоэмоционального состояния у женщин наблюдалась под влиянием курса послеоперационного восстановительного лечения, включающего занятия ЛГ, что, по-видимому, связано с более активным влиянием на функционирование вегетативной нервной системы и устранением напряжения регуляторных механизмов.

**Резюме.** В работе указана целесообразность включения в комплекс профилактических мероприятий у женщин репродуктивного возраста дифференцированных комплексов лечебной гимнастики в раннем послеоперационном периоде после операций на половых органах.

Chistyakova I.A., Ipatova M.V., Kozyreva O.V.

## THE USE OF THERAPEUTIC EXERCISES IN WOMEN IN A COMPLEX OF PREVENTIVE MEASURES IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Russian Scientific Center of Obstetrics, gynecology and perinatology named after V.I. Kulakov, Moscow, Russian Federation  
FGBOU «RUFKM and T» of the MST

In the work indicated the advisability of incorporating in a complex of preventive measures among women of reproductive age differentiated systems of physiotherapy in the early postoperative period after operations on the genital organs.



Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Сугриева Д.Х., Кан Н.Е.,  
Прозоровская К.Н., Щёголев А.И.

## АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК-146А МЕТОДОМ ГИБРИДИЗАЦИИ IN SITU В ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Россия, г. Москва, ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

**Цель исследования** заключалась в изучении локализации и экспрессии мкРНК-146а провоспалительного действия в образцах ткани плаценты при преэклампсии посредством метода гибридизации in situ (CISH). В результате исследования установлено наличие в структурах плаценты экспрессии микроРНК-146а в контроле, но отсутствие в образцах плаценты у пациенток при преэклампсии.

**Ключевые слова:** гибридизация in situ, микроРНК-146а, преэклампсия, плацента

МикроРНК (мкРНК) – это класс коротких нуклеотидных последовательностей (21–27 нуклеотидов) РНК, не связанных с синтезом белка, но участвующих в транскрипционной и посттранскрипционной регуляции экспрессии генов посредством связывания со специфическими участками таргетных матричных РНК (мРНК) в цитоплазме, обеспечивая, тем самым, репрессию трансляции или вызывая деградацию транскриптов мишеней мРНК. МкРНК могут продуцироваться трофобластом, а затем инкапсулироваться в экзосомах, поступать в системный кровоток. Вероятно, циркулирующие мкРНК обеспечивают адаптацию организма женщины во время беременности. Кроме этого, мкРНК могут влиять на активность адапторных молекул сигнальных каскадов. Одной из ключевых мкРНК, участвующих в регуляции баланса про- и противовоспалительных цитокинов является мкРНК-146а. Считается, что мкРНК-146а синтезируется в ткани плаценты, однако какие структуры плаценты могут быть задействованы при этом, остаётся неясно. Цель исследования заключалась в изучении локализации и экспрессии мкРНК-146а в образцах ткани плаценты при преэклампсии посредством метода гибридизации in situ (CISH). Исследование выполнено на образцах плаценты от 18 женщин репродуктивного возраста, 26–39 недель гестации, из которых 5 пациенток страдали ранней ПЭ (РПЭ) с клиническими проявлениями до 34 недели, и 5 – поздней ПЭ (ППЭ) после 34 недели; группы

контроля составили 8 женщин: 4 – с физиологическим течением беременности 38–39 недель гестации (ФТБ) и 4 – с преждевременными оперативными родами на 26–30 неделях гестации (ПР).

После макроскопического изучения последов из центральной зоны каждой плаценты были вырезаны фрагменты ткани, которые фиксировали в 10% нейтральном формалине. На серийных парафиновых срезах толщиной 4 мкм, было выполнено гистологическое исследование (окраска гематоксилином и эозином), а также был применён метод калориметрического обнаружения микроРНК посредством метода гибридизации in situ (CISH) – с диоксигенином, отмеченных зондами к микроРНК согласно инструкции (Exicon, USA; [www.exicon.info](http://www.exicon.info)). Положительные и отрицательные контроли выполнены согласно рекомендациям производителя. Выраженность экспрессии оценивалась по интенсивности коричневого окрашивания продукта реакции в структурных элементах центральной и парацентральной зон плаценты при помощи системы анализа изображения на базе микроскопа Nikon ECLIPSE 80i.

В группе с преждевременными родами 26–30 недель гестации мкРНК-146а определялась в виде слабого коричневого цитоплазматического и ядерного окрашивания в синцитиотрофобласте стволовых и промежуточных ворсин плаценты, синцитиальных почках, клетках стромы промежуточных ворсин, больших и малых децидуальных клетках, слабо выражена в амниотическом эпителии, а также в единичных клетках цитотрофобласта. В группе ФТБ окрашивание отмечалось преимущественно в синцитиотрофобласте, синцитиальных почках и децидуальных клетках. При внутривнутригрупповых сравнениях в группах контроля наиболее выраженное окрашивание имело место в синцитиотрофобласте промежуточных и терминальных ворсин, в эндотелии сосудов ворсин окрашивание



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

отсутствовало или было представлено единичными клетками. Наряду с этим, при ранней и поздней преэклампсии экспрессия мкРНК-146а представлена только единичными клетками синцитиотрофобласта. Учитывая, что мкРНК-146а негативно регулирует гены адапторных молекул воспалительных каскадов, т.е.

способствует предотвращению их чрезмерной активизации, исчезновение экспрессии при преэклампсии, показывает связь данного заболевания с провоспалительным типом иммунного ответа.

**Nizyaeva N.V., Kulikova G.V., Nagovitshyna M.N., Sugryeva D.H., Kan N.E., Prozorovskaya K.N., Shchyogolev A.I.**

## EXPRESSION MIR-146A BY HIBRIDIZATION IN SITU (CISH) IN PLACENTA TISSUE IN CASES OF PREECLAMPSIA

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The aim of the study was to evaluate localization and expression anti-inflammatory miR-146a by CISH on placenta samples. In cases of preeclampsia, expression of anti-inflammatory

miR-146a was negative, but it was determined in control groups.

**Key words:** hybridization in situ, miR-146a, placenta, preeclampsia

**Ефименко Т.О., Коган И.Ю., Толибова Г.Х**

## ЭКСПРЕССИЯ НЕЙРОНАЛЬНОГО МАРКЕРА БЕЛКА PGP 9.5 В ЭНДОМЕТРИОИДНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия

Согласно ряду современных исследований при эндометриозе имеет место «неонейрогенез», патологический «спрутинг» нервных волокон, поддерживаемый экспрессией факторов роста нервной ткани. Важная роль в обнаружении нервных волокон отводится белку PGP 9.5, являющемуся общим нейрональным маркером, который окрашивает миелиновые и слабомиелинизированные нервы,  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ , В и С-волокна.

С целью изучения уровня экспрессии маркера нервных волокон белка PGP 9.5 в эндометриоидном инфильтрате у женщин с различной степенью тяжести болевого синдрома обследованы 30 больных с инфильтративной формой эндометриоза. Интенсивность боли

определялась в соответствии с 10-балльной визуально-аналоговой шкалой (ВАШ); при количестве баллов от 1 до 3 баллов боль считали лёгкой; от 4 до 6 баллов – средней степени интенсивности; от 7 до 10 баллов – тяжёлой. Для определения характера боли, систематизации симптомов нейропатической боли и анализа их интенсивности, была использована шкала оценки нейропатической боли Pain Detect. Сумма баллов более 19 означает вероятное наличие у пациента нейропатического компонента боли. Получение эндометриоидного инфильтрата для иммуногистохимического исследования осуществляли во время операционной лапароскопии. Иммуноморфологическое исследование проводили

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

на серийных парафиновых срезах толщиной 3–5 мкм по стандартной методике, с применением маркера нервных волокон белка PGP 9.5. Микропрепараты исследовали под микроскопом с настройкой освещения по Кёллеру при увеличении 40× и 100× с целью получения общего представления о результатах ИГХ реакции. Дальнейшее количественное исследование проводили с помощью программы компьютерного анализа изображений «Морфология 5.0» (ВидеоТест, Россия) при одинаковых настройках камеры и микроскопа. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2013 и Statistica 7.0 for Windows.

В тканях эндометриоидного инфильтрата экспрессия белка PGP 9.5 выявлена у 28 пациенток (93,3%). В эндометриоидном инфильтрате у 2 пациенток (6,7%) PGP 9.5 не было обнаружено. Средняя площадь относительной экспрессии белка PGP 9.5 в группе обследованных пациенток составила  $10,5 \pm 1,8$ , средняя оптическая плотность –  $0,23 \pm 0,01$ .

У больных с ХТБ легкой степени тяжести (по ВАШ) средняя площадь относительной экспрессии составила 0,24; у больных с ХТБ средней степени тяжести – 6,99. Наиболее высокий уровень экспрессии данного фактора

был выявлен у больных, имеющих ХТБ тяжелой степени – 13,35. С помощью корреляционного анализа установлена значимая прямая взаимосвязь средней площади экспрессии белка PGP 9.5 и интенсивностью болевого синдрома согласно ВАШ ( $R=0,7$ ;  $p<0,05$ ) и шкале Pain Detect ( $R=0,59$ ;  $p<0,05$ ). Статистически достоверной взаимосвязи между величиной оптической плотности экспрессии белка PGP 9.5 и интенсивностью болевого синдрома установлено не было.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что одним из основных механизмов формирования интенсивной нейропатической боли у больных с инфильтративными формами генитального эндометриоза является локальный неонейрогенез и патологический спрутинг миелиновых и слабомиелинизированных волокон.

#### **Резюме**

Представлены результаты изучения экспрессии нейронального маркера белка PGP 9.5 в эндометриоидном инфильтрате у 30 больных с синдромом хронических тазовых болей. Показано, что площадь экспрессии маркера увеличивается с утяжелением болевого синдрома. Это свидетельствует о том, что в основе формирования нейропатической боли лежит неонейрогенез.

**Efimenko, T.A., Kogan I.Yu., Tolibova G.X.**

## **THE EXPRESSION OF THE NEURONAL MARKER PROTEIN PGP 9.5 IN THE ENDOMETRIOTIC INFILTRATION IN WOMEN WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME**

Scientific research Institute of obstetrics, gynecology and Reproductology. D.O. Ott, Saint-Petersburg, Russia

#### **Summary**

The results of the study of the expression of the neuronal marker PGP 9.5 protein in endometriodnyh infiltration in 30 patients with chronic pelvic pain syndrome. It is shown that expression of the marker area increases with worsening pain. This testifies to the fact that the

basis for the formation of neuropathic pain is neuronal sprouting.



Адамян Л.В., Борисова А.В., Козаченко А.В., Стародубцева Н.Л., Чаговец В.В., Салимова Д.Ф., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭУТОПИЧЕСКОГО И ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДОМ ПРЯМОЙ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Россия, г. Москва, ФГБУ «НЦ АГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

Впервые проведен липидный анализ эндометриодных гетеротопий различной локализации и эндометрия у больных наружным генитальным эндометриозом с помощью метода масс-спектрометрии высокого разрешения.

### Абстракт

Наружный генитальный эндометриоз занимает ведущее место в структуре гинекологической патологии. По данным Всемирного исследовательского фонда эндометриоза (WERF), каждая десятая женщина репродуктивного возраста в мире страдает эндометриозом (около 176 млн женщин в возрасте от 17 до 49 лет). При этом в последнее время отмечается неуклонный рост частоты данной патологии. В среднем, задержка в постановке диагноза НГЭ составляет 7–11 лет после появления первых клинических симптомов заболевания. Всемирное Общество по Эндометриозу (World Endometriosis Society) декларирует, что создание надежной неинвазивной диагностики НГЭ является одной из приоритетных задач научных исследований в области гинекологии. В настоящее время в мире активно используются постгеномные технологии для поиска биомаркеров различных заболеваний. Одним из наиболее перспективных методов скрининга и дифференцировки различных тканей является прямая масс-спектрометрия (без пробоподготовки) высокого разрешения. Цель данной работы – создание подхода для неинвазивной диагностики наружного генитального эндометриоза методами масс-спектрометрии.

### Методы

В исследование по типу «случай-контроль», мы включили 30 пациенток с эндометриодными кистами яичников и перитонеальным эндометриозом (III–IV степень распространения эндометриоза согласно классификации Американского общества фертильности). Диагноз НГЭ был верифицирован на этапе клинко-инструментального обследования, включая лечебно-диагностическую

лапароскопию, и окончательно подтвержден гистологически. У всех больных также производился забор эндометрия после гистероскопии. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на хроническую тазовую боль (у 18 больных), дисменорею (у 8 больных) и бесплодие (у 15 больных). Каждый образец ткани был разделен на две части: для патоморфологического исследования и для прямой масс-спектрометрии (на основе методики EESI – жидкостная экстракция липидов из ткани с одновременной ионизацией). Ткань помещалась на специальную иглу для электроспрея, при этом липиды извлекались из ткани при помощи органического растворителя (метанол/вода, 50/50) и ионизировались электрораспылением.

### Предварительные результаты

Были получены характерные масс-спектры липидов ткани высокого и низкого разрешения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в эктопическом эндометрии в отличие от эутопического, уровень 4 метаболитов повышен, а именно: фосфатидилхолина, фосфоэтаноламина, сфингомиелина и триглицерида. Фосфатидилхолины и сфингомиелины могут быть предложены в качестве возможных биомаркеров эндометриоза, поскольку эти липиды тесно связаны с подавлением апоптоза, окислительным стрессом и малигнизацией клеток. Липидный анализ эндометриодных тканей может иметь первостепенное значение для понимания и описания механизмов, вызывающих усиленный рост клеток, характерный для агрессивной формы эндометриоза. Это может приблизить нас к пониманию патофизиологии заболевания и дать возможность разработать новые способы лечения, нацеленные на патофизиологические механизмы. Данное исследование продолжается.

Исследования были выполнены при поддержке гранта № 16-14-00029 РФФИ и частично (идентификация липидов) грантом



Министерства образования Российской Федерации №МК-8484.2016.7.

**Adamyan L.V., Borisov A.V., Kozachenko A.V., Starodubtseva N.L., Chagovets V.V., Salimova D.F., Kononikhin A.S., Frankevich V.E**

## INVESTIGATION OF ECTOPIC AND EUTOPIC ENDOMETRIUM OF DIFFERENT LOCALIZATION BY DIRECT MASS SPECTROMETRY METHODS

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The authors investigated eutopic and ectopic endometrium using the high-resolution direct mass spectrometry in patients with external genital endometriosis of different localization. The difference of phosphatidylcholine,

phosphoethanolamine, sphingomyelin and triglyceride levels between two kinds of tissues was revealed.

This work was supported by grants № 16-14-00029 of RSF, and № МК-8484.2016.7 of the MERF.

**Торчинов А.М., Миронов А.В., Галачиев О.В., Османова С.Р.**

## ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

В исследовании использован цитоморфометрический метод диагностики эндотелиальной дисфункции для оценки степени поражения эндотелиоцитов при неразвивающейся беременности.

Первичная плацентарная недостаточность является одним из основных патогенетических механизмов развития патологии беременности. Нарушение плодово-плацентарного кровотока лежит в основе плацентарной недостаточности. На сегодняшний день большое значение в развитии данной патологии отводят генерализованной эндотелиальной дисфункции.

Целью нашего исследования стало изучение степени поражения эндотелия при неразвивающейся беременности. Обследованы 34 беременные, находящиеся на лечении в отделении гинекологии ГБУЗ ГКБ №13 г. Москвы. В основную группу вошли 21 беременная с неразвивающейся беременностью на сроке

7–10 недель. Контрольную группу составили 13 соматически здоровых беременных с прогрессирующей беременностью, которым был произведен инструментальный аборт по желанию. Критерий выбора срока остановки развития беременности определялся исключением генетического фактора прерывания беременности, а также сроком формирования капилляров в третичных ворсинах хориона. Всем больным проводилось общеклиническое обследование. С целью опеределния состояния эндотелия проводилось определение концентрации десквамированных эндотелиальных клеток в периферической крови по методике, предложенной в 1978 г. Hladovec J. Также проводилось цитоморфометрическое исследование эндотелиоцитов для оценки активности процесса апоптоза в исследуемых клетках. Доказано, что поражение эндотелиоцитов при эндотелиальной дисфункции опосредовано апоптозом. В процессе поражения клетка

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

проходит стадии сжатия, конденсации хроматина и формирования апоптозных телец. При этом изменяется диаметр и площадь пораженной клетки. При высокой степени эндотелиальной дисфункции большая часть десквамированных эндотелиоцитов фиксируется при цитоморфометрии в стадии апоптозных телец, что отражается на уменьшении среднего диаметра и площади измененных клеток. Оценка морфометрических показателей десквамированных эндотелиоцитов может являться показателем активности эндотелиопатии. Биохимическим маркером эндотелиальной дисфункции был выбран показатель микроальбуминурии, который показывает нарушение фильтрации в почечных клубочках при поражении эндотелия. У всех исследуемых после произведенного инструментального удаления плодного яйца произведено морфологическое исследование хориона. Выявлялись микроскопические признаки нарушения кровоснабжения третичных ворсин хориона: тромбоз сосудов и кровоизлияния.

Средний возраст в основной группе составил 30,3 лет, в контрольной – 32,1 лет. Никотиновая зависимость в основной группе встречалась у 3 больных (14,3%), в контрольной группе – у 6 больных (46,2%). Индекс массы тела был схож в исследуемых группах и составил 23,8 в основной группе и 24,0 в контрольной. Среди соматических заболеваний следует выделить гипертоническую болезнь: 4,3% в основной группе и патологию щитовидной железы: 8,7% в основной группе. В контрольную группу отбирались беременные

без экстрагенитальной патологии. Показатель микроальбуминурии составил 26,1 мг/л, в контрольной группе – 10 мг/л. При подсчете количества десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови по методике Hladovec J. получены следующие результаты: в основной группе этот показатель составил  $14,2 \times 10^4$ , в контрольной группе –  $6,3 \times 10^4$ . При морфометрии десквамированных эндотелиоцитов средний диаметр клеток в группе с неразвивающейся беременностью составил 28,2 мкм, в контрольной группе – 44,8 мкм. Морфологическое исследование третичных ворсин хориона показало наличие сосудистых нарушений в 13 препаратах основной группы (61,9%). В контрольной группе кровоизлияний и тромбозов в третичных ворсинах хориона выявлено не было.

Таким образом, в исследовании выявлено значительное повышение морфометрических и биохимических показателей поражения эндотелиальных клеток в группе больных с неразвивающейся беременностью. Также отмечена корреляция поражения эндотелия у беременной и сосудистые нарушения в третичных ворсинах хориона. Полученные данные доказывают участие эндотелиальной дисфункции в патогенезе невынашивания, что подтверждает необходимость изучения эндотелиопатии, как фактора риска развития патологии беременности. Используемая методика цитоморфометрии десквамированных эндотелиоцитов может быть перспективным методом исследования в данном направлении.

**Torchinov A.M., Mironov A.V., Galacian O.V., Osmanova S.R.**

## EVALUATION OF ENDOTHELIOPATHY WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY

MSMSU, Moscow, Russian Federation

The research used cytomorphometric method for diagnostics of endothelial dysfunction to assess the extent of damage of endothelial cells with missed abortion.

The study revealed a significant increase in morphometric and biochemical indicators of lesion of endothelial cells in patients with non-developing pregnancy. Also noted a correlation of endothelial injury in pregnant women and

vascular disorders in the tertiary chorionic villi. The obtained data prove the participation of endothelial dysfunction in the pathogenesis of miscarriage, which confirms the need to study endotheliopathy as a risk factor for the development of pathology of pregnancy. The method of cytomorphometry of desquamated endothelial cells may be a promising method for research in this direction.

**Шляпников М.Е., Ларина Д.М.**

## **ВАГИНАЛЬНЫЙ ДИСБИОЗ – КОФАКТОРНЫЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЗА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ**

Россия, г. Самара, Медицинский университет «Реавиз», ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Изучение дисбиотических изменений вагинального биоценоза, в качестве кофакторного механизма развития гиперпластических заболеваний матки, позволит разработать и доработать комплекс методов диагностики и лечения этой категории больных.

Инфекционно-воспалительная патология и доброкачественные гиперпластические заболевания (ДГЗ) матки продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой современной гинекологии. Гиперпластические процессы матки могут быть проявлением гормональных нарушений, воспалительного процесса гениталий, нарушений в эндокринной и иммунной системе. В литературе имеется достаточное количество сообщений об участии «инфекционно-воспалительного фактора» в генезе гиперпластических процессов женской репродуктивной системы. Следует отметить, что, несмотря на значительное число исследований, проведенных в последние годы, до сих пор остаются неясными многие вопросы этиологии и патогенеза доброкачественных гиперпластических процессов, локализованных в мышечной оболочке стенки матки. В последние десятилетия интересы исследователей были направлены на изучение иммунологических и инфекционных аспектов генеза данной патологии. Данные патоморфологии показывают, что миома матки, гиперплазия эндометрия, аденомиоз, как правило, сопровождаются хроническими инфекционно обусловленными воспалительными и невоспалительными дисбиотическими генитальными процессами. Целью исследования является: оптимизация тактики ведения пациенток с гиперпластическими доброкачественными заболеваниями матки на фоне вагинального дисбиоза. Было исследовано 150 женщин, разделенных на 2 группы – основная (n=100) – пациентки с ДГЗ матки на фоне дисбиотических процессов влагалища и группа сравнения (n=50) – с верифицированным дисбиозом влагалища без ДГЗ матки. Были

использованы микробиологические методы диагностики: посев отделяемого влагалища и цервикального канала на флору и ее чувствительность к антимикробным химиопрепаратам, ПЦР-диагностика специфической урогенитальной инфекции, оценка степени чистоты влагалища, микроскопия вагинального отделяемого. При обследовании первой группы пациенток: методом ПЦР: у 84 пациенток (84%) выявлен *Atopobium vaginae* в сочетании с различными специфическими и дисбиоз-ассоциированными инфекциями, такими как, *Ureaplasma urealyticum* – у 37 пациенток из 84 (44%), *Mycoplasma genitalium* – у 17 из 84 (20%), *Gardnerella vaginalis* – у 19 из 84 (23%), *Candida albicans* – у 5 из 84 (6%), *Trichomonas vaginalis* – у 1 из 84 (1%), *Chlamydia trachomatis* – у 1 из 84 (1%), ВПГ – у 4 из 84 (5%). При условии отсутствия *Atopobium vaginae*, у 16 из 100 пациенток были обнаружены: *Mycoplasma hominis* – у 7 пациенток, ВПЧ различных типов у 3, у 6 *Escherichia coli* в сочетании со *Staphylococcus aureus* и *Gardnerella vaginalis*. Результаты обследования второй группы пациенток методом ПЦР были следующие: *Ureaplasma urealyticum* – у 27 пациенток (54%), *Mycoplasma genitalium* – у 17 (34%), *Gardnerella vaginalis* – у 21 (42%), *Candida albicans* – у 3 (6%), *Trichomonas vaginalis* – у 1 (2%), *Chlamydia trachomatis* – у 3 (6%), *Atopobium vaginae* – лишь у 12 больных (24%), ВПГ – у 14 (28%), *Mycoplasma hominis* – у 11 пациенток, ВПЧ различных типов у 13, у 11 больных – сочетание *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Gardnerella vaginalis*. В результате статистической обработки полученного фактического материала выявлено, что *Atopobium vaginae*, как маркер длительно текущего рецидивирующего дисбиоза влагалища статистически чаще выделен из биоценоза пациенток с сочетанными заболеваниями репродуктивной системы, в то время как по частоте дисбиоз-ассоциативной флоры у пациенток изученных групп (*Mycoplasma hominis*, *Gardnerella*



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

vaginalis и Ureaplasma urealyticum) статистически достоверных не получено. Следует отметить высокую степень выделения микст-флоры, представленной неспецифическими и ассоциативными с дисбиозом микроорганизмами, большую вирусную нагрузку (ВПЧ и ВПГ) у больных с изолировано протекающим вагинальным дисбиозом, не сопровождающимся

развитием ДГЗ матки. Таким образом, на основании детальной оценки вагинального биоценоза следует предположить, что, длительно протекающий, рецидивирующий вагинальный дисбиоз может является кофакторным механизмом развития доброкачественных гиперпластических заболеваний матки.

**Shlyapnikov M.E., Larina D.M.**

## VAGINAL DYSBIOSIS – COFACTORY PATHOGENS MECHANISM OF BENIGN HYPERPLASTIC DISEASES OF THE UTERUS

Russia, Samara Medical University «Reaviz», Sbee HPE «Samara state medical University».

Studying dysbiotic changes vaginal biocenosis, as cofactor mechanism of hyperplastic diseases of the uterus, will develop and refine

a range of methods of diagnosis and treatment of these patients.

**Оганесян Т.Т., Адамян Л.В.**

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ, ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, АССОЦИИРОВАННОГО С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России

**Актуальность исследования:** эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний и диагностируется примерно у 70% пациенток с хронической тазовой болью (ХТБ). Определение характеристик боли, связанной с эндометриозом, и влияния лечения на этот показатель представляет значительные трудности, в связи с субъективной оценкой интенсивности болевых ощущений, недостаточным пониманием механизмов ее развития, тенденцией к вовлечению ноцицептивных отделов нервной системы. Лечение данного заболевания является сложной и актуальной задачей.

**Цель исследования:** оптимизация и внедрение мультидисциплинарного подхода в терапии хронической тазовой боли при НГЭ. Для достижения данной цели поставлены следующие задачи:

1) провести сравнительный анализ клинико-anamnestических показателей больных НГЭ, сопровождающимся болевым синдромом, и пациенток с безболевым течением заболевания и установить факторы, способствующие развитию и хронизации тазовой боли;

2) изучить клинические характеристики тазовой боли при НГЭ, соответствующие различным механизмам патогенеза боли;



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

3) исследовать влияние патологической болевой афферентации на функционирование ноцицептивной системы и течение НГЭ;

4) исследовать иннервацию в эктопическом и эутопическом эндометрии и установить связь данных морфологических особенностей с наличием и интенсивностью тазовой боли;

5) изучить ультраструктурные особенности нервных волокон в зоне нейроэндометриоидного конфликта;

6) выявить взаимосвязь между ультраструктурной характеристикой и выраженностью нейропатического компонента боли;

7) исследовать и оценить роль факторов нейроангиогенеза (нейротрофический фактор головного мозга – BDNF, фактор роста

нервов – NGF, сосудисто-эндотелиальный фактор роста – СЭФР) в патогенезе эндометриоза

8) выявить нейропатический компонент в структуре хронической тазовой боли путем использования количественных методов оценки (метод количественного сенсорного тестирования, ВАШ, PainDetect, EndometriosisHealthProfile-30);

9) использовать и внедрить в гинекологическую практику систему UPOINTS, реализуя тем самым мультидисциплинарный подход в изучении и лечении хронической тазовой;

10) на основании полученных результатов дать научное обоснование терапии хронической тазовой боли при НГЭ

Oganesyan T.T., Adamyan L.V.

## CLINICO-MORPHOLOGICAL, IMMUNOHISTOCHEMICAL AND ULTRASTRUCTURAL EVALUATION OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME ASSOCIATED WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Department of reproductive medicine and surgery Moscow state medical stomatological University named after A.I. Evdokimov Ministry of health of Russia

**Objective:** optimization and implementation of a multidisciplinary approach in the treatment of chronic pelvic pain in EGE.

Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С.

## НОВЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ И МАЛЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Россия, г. Иваново, ФГБУ «Ивановский НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России

Применение препарата Ликопид неэффективно у пациенток с изначально высоким уровнем TLR2+ моноцитов и эффективно у женщин с изначально низкими значениями IL-1 $\alpha$ + моноцитов при нормальном или сниженном уровне TLR2+ моноцитов. Таким образом, применение препарата Ликопид возможно у пациенток с малыми формами

эндометриоза и бесплодием после иммунологического обследования.

В патогенезе наружного генитального эндометриоза, характеризующегося ростом эктопического эндометрия в перитонеальной полости и приводящего к развитию бесплодия, важную роль отводят нарушению функции фагоцитов. Одним из немногих

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

иммуномодуляторов с доказанным активирующим воздействием на фагоциты является Ликопид. Показано, что входящий в его состав глюкозаминилмурамилдипептид стимулирует фагоциты через NOD2 рецепторы. Мы предположили, что использование этого препарата может оказать положительное влияние на функцию моноцитов крови у женщин с бесплодием и эндометриозом. В связи с этим, целью нашего исследования было установить особенности влияния терапии с использованием препарата Ликопид на функциональное состояние моноцитов крови у пациенток с бесплодием при «малых» формах наружного генитального эндометриоза в зависимости от успеха восстановления их репродуктивной функции. Нами было обследовано 72 женщины с бесплодием при «малых» формах наружного генитального эндометриоза (основная группа), поступивших на оперативное лечение, и 40 здоровых фертильных женщин (контроль). У всех пациенток основной группы при проведении лапароскопии был диагностирован наружный генитальный эндометриоз I–II степени и произведена деструкция очагов. В зависимости от ведения послеоперационного периода пациентки с эндометриозом были разделены на 2 подгруппы: 1-я (40 пациенток) получали Ликопид по 5 мг в сутки в течение десяти дней после операции per os, 2-я (33 пациентки) получали после лапароскопии только традиционную терапию. Материалом для исследования служила периферическая кровь. Иммунологическое обследование проводилось дважды: до оперативного лечения и спустя 1 месяц после лечения и включало оценку синтеза и экспрессии PRR рецепторов,

а также определение внутриклеточной продукции IL-1 $\beta$  и TNF $\alpha$  моноцитами. Вне зависимости от особенностей ведения послеоперационного периода все пациентки основной группы характеризовались повышенным уровнем экспрессии моноцитами mPHK RAGE, увеличением количества TLR2+ и TNF $\alpha$ + при сниженном содержании IL-1 $\beta$ + моноцитов по сравнению с аналогичными показателями здоровых женщин. Традиционная терапия не приводила к каким-либо изменениям функционального состояния моноцитов. Использование препарата Ликопид в раннем послеоперационном периоде способствовало увеличению экспрессии mPHK NOD2 моноцитами, повышению внутриклеточной продукции ими IL-1 $\beta$  и мембранной экспрессии TLR2 молекул. Ретроспективный анализ в зависимости от последующего наступления беременности показал, что успешное восстановление репродуктивной функции после применения Ликопида отмечалось у женщин с изначально низкими значениями IL-1 $\beta$ + моноцитов при нормальном уровне TLR2+ моноцитов. В ответ на терапию с использованием Ликопида у этих женщин отмечалось одновременное повышение мембранной экспрессии TLR2 молекул и внутриклеточной продукции IL-1 $\beta$ . Таким образом, для решения вопроса о целесообразности назначения иммуномодулирующей терапии женщин с бесплодием при «малых» формах эндометриоза необходимо до операции проводить иммунологическое обследование и рекомендовать использовать в раннем послеоперационном периоде препарат Ликопид только пациентками с низкими значениями TLR2+ и IL-1 $\beta$ + моноцитов.

**Krasilnikova A.K., Malyshkina A.I., Sotnikova T.H., Antsiferova Yu.S.**

## NEW MEDICAL POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INFERTILITY AND SMALL FORMS OF ENDOMETRIOSIS

Federal State Budget Establishment Ivanovo's Scientific Research Institute of Maternity and Childhood by V.N. Gorodkov of Ministry of Health Care of Russian Federation, Ivanovo, Russia

The application of the drug Likopid had no effect in patients with originally high level of TLR2+ monocytes and is successful in women with normal or low amount of TLR2+ and IL-1 $\beta$ + monocytes. Thus application of Licopid is possible

in patients with infertility and small forms of endometriosis after immune examination.



Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Абакарова П.Р.

## ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

ФГБУ Научный Центр Акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) является наиболее часто встречаемой эндокринной и аутоиммунной патологией у женщин репродуктивного возраста, оказывающая негативное влияние на репродуктивное здоровье. Результаты многочисленных исследований показали высокую частоту встречаемости предменструально синдрома (35–40%), нарушения менструального цикла у женщин с АИТ (40–55%).

**Цель:** оценить эффективность и безопасность комбинированного орального контрацептива (КОК), содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

**Материалы и методы:** в исследование были включены 40 женщин с АИТ, находящихся на заместительной гормональной терапии Л-тироксин.

**Критерии включения:** женщины с АИТ репродуктивного возраста с 18–45 лет, нуждающиеся в контрацепции, не имеющие противопоказания к назначению гормональной контрацепции по критериям ВОЗ (2009 г.).

Применялись общеклинические, клинико-лабораторные (показатели АТ ТПО, АТ ТГ, ТТГ, Т4св, параметры гемостаза) и статистические методы обследования.

**Результаты:** средний возраст пациенток составил  $28 \pm 3$  лет. У всех пациенток менструальный цикл был овуляторным.

В результате обследования у пациенток с АИТ установлена: дисменорея у 26 (65%) женщин, овуляторные боли у 21 (52%), симптомы предменструального синдрома (плаксивость, раздражительность, депрессия и др) у 21 (55%). Оценка результатов проводилась в динамике наблюдения через 6 и 12 мес.

В течение 12 месяцев наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая беременности. Нежелательные побочные явления, такие как межменструальные кровянистые выделения были установлены у 11 (14%), тошнота у 5 (12%) пациенток.

Через 6 месяцев от начала приема препарата жалобы на симптомы ПМС наблюдались только у 12 (30%) женщин, дисменорея

сохранялось у 1 пациентки. Ни у одной женщины не были зарегистрированы овуляторные боли.

В динамике наблюдения к 12 месяцу от начала приема препарата остальные пациентки отметили значительное улучшение. У 2 пациенток сохранились симптомы ПМС (раздражительность).

На протяжении всего периода наблюдения нами не было выявлено отрицательного влияния контрацептива на уровень ТТГ, Т4св, на параметры гемостаза. Ни в одном случае врач-эндокринолог не увеличил дозу Л-тироксина.

До назначения КОК средний показатель уровня АТ ТПО составлял  $1020 \pm 154$ , АТ ТГ –  $2015 \pm 388$ . К концу наблюдения – АТ ТПО  $880 \pm 34$ , АТ ТГ  $1050 \pm 58$ . Следовательно, КОК способствует снижению антител к ткани щитовидной железы.

**Выводы.** Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона является высокоэффективным, безопасным и приемлемым контрацептивным препаратом, обладающим лечебным эффектом при предменструальном синдроме, овуляторных болях, дисменорее у женщин с АИТ.

КОК не оказывает негативного влияния на уровень гормонов щитовидной железы, на параметры гемостаза у женщин с АИТ. Обладает супрессивным эффектом на антитела к ткани щитовидной железы, что нами был расценен, как терапевтическое влияние на течение АИТ.



**Mgeran A.N., Prilepskaya V.N., Abakarova P.R.**

## HORMONAL CONTRACEPTION IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The study included 40 women with autoimmune thyroiditis who have been assigned a combined oral contraceptive containing 30 mcg of ethinylestradiol and 3 mg of drospirenone. We found that the COC has a therapeutic effect on the

symptoms of PMS, ovulatory pain and dysmenorrhea in women with AIT. No negative impact on the level of TSH and T4св, on hemostasis in women with AIT, has a suppressive effect on antibodies to the thyroid tissue (TPO and ATA at TG).

**Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Бурменская О.В.**

## ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

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

Папилломавирусная инфекция является наиболее распространенной инфекцией передающейся половым путем. Высокоонкогенные типы ВПЧ являются причиной предраковых заболеваний шейки матки и рака в 91% случаев. Следует отметить особую важность оценки качества жизни (КЖ) у женщин с ВПЧ – ассоциированными заболеваниями шейки матки.

**Цель исследования:** изучить влияние ВПЧ – ассоциированных заболеваний шейки матки на КЖ женщин репродуктивного возраста.

**Результаты:** нами было изучено КЖ 160 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 45 лет), разделенные на 3 группы: ASCUS (1 группа – 50); LSIL (2 группа – 48); контрольная группа (здоровые) (3 группа – 62). Одним из неспецифических методов, оценки КЖ и соответствующей цели нашего исследования, является шкала EuroQoL EQ-5D. Эта шкала валидна, надежна и чувствительна и служит для оценки влияния состояния здоровья на основные виды повседневной деятельности пациенток. Обработка ответов на вопросы анкеты позволяет оценить КЖ обследуемых по следующим аспектам жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной деятельности, боль / дискомфорт

и беспокойство / депрессия. Каждый компонент разделен на пять уровней в зависимости от степени выраженности проблемы. Анкетирование пациенток проводилось 1 раз.

Показатели КЖ по общему состоянию здоровья у пациентов 1 группы соответствовал 0,83 (0,24), 2 группы 0,81 (0,27), что достоверно ниже по сравнению с контрольной группой – средний балл 0,94 (0,14) ( $p < 0,001$ ).

У пациенток с ВПЧ – ассоциированной патологией (1 и 2 группы) были выявлены изменения КЖ – снижение психологического компонента, обусловленного эмоциональным состоянием пациентов, чувством тревоги и беспокойством о негативном влиянии ВПЧ на будущую фертильность, изменение сексуальной функции, в том числе и снижение либидо.

**Выводы:** При ВПЧ-ассоциированных поражений шейки матки достоверно снижен психологический компонент качества жизни по сравнению с группой контроля.



Sycheva E.G., Nazarova N.M., Nekrasova M.E., Bourmenskaya O.V.

## HPV-ASSOCIATED CERVICAL LESIONS AND QUALITY OF LIFE

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Human papillomavirus (HPV) is likely the most common sexually transmitted viral infection worldwide. High-risk oncogenic HPV provokes precancerous cervical disease and cancer in 91% of cases. It should be noted the specific importance of the quality of life (QOL) assessment of the women with HPV – associated cervical diseases.

**Objective:** to study the effect of HPV – associated cervical disease on women in reproductive age QOL.

**Conclusions:** HPV-associated cervical diseases provoke significant decline of the quality of life psychological component in compare with the control group.

Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е., Довлетханова Э.Р., Бурменская О.В., Трофимов Д.Ю.

## РОЛЬ ВПЧ 52 И 58 ТИПОВ В РАЗВИТИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва

Почти в 100% случаях рака шейки матки (РШМ), подтвержденного гистологическими методами исследования, выявляются высокоонкогенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ). Очень важно определить тип ВПЧ. При этом спектр генотипов ВПЧ варьирует в различных регионах. Большой научный интерес представляет изучение частоты встречаемости редких типов ВПЧ (ВПЧ 52 и 58 типов), которые также обладают высокоонкогенным потенциалом, но в отличие от ВПЧ 16 и 18 типов, мало изучены. В связи с этим, весьма актуальным является выявление цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN) различной степени тяжести и РШМ, обусловленных ВПЧ 52 и 58 типов.

**Цель:** Изучить высокоонкогенный потенциал ВПЧ 52 и 58 типов.

**Материалы и методы.** Обследовано 413 ВПЧ – позитивных пациенток, в возрасте от 18 до 45 лет. Комплексное обследование женщин включало: сбор жалоб, анамнеза, гинекологический статус, расширенная кольпоскопия, молекулярно-биологические методы исследования (ВПЧ-генотипирование методом ПЦР в режиме реального времени), цитологическое

исследование шейки матки, биопсия шейки матки (БШМ) с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала (по показаниям).

**Результаты.** Среди ВПЧ-позитивных пациенток CIN различной степени тяжести встречалась в 45.5% случаях. CIN I – 87 (46.3%), у 25 (28.7%) обусловлена ВПЧ 52 и 58 типов; CIN II – 49 (26.1%), у 18 (36.7%) обусловлена ВПЧ 52 и 58 типов; CIN III – 52 (27.6%), у 16 (30.8%) обусловлена ВПЧ 52 и 58 типов; РШМ – 20 (4.8%), у 5 (25%) обусловлена ВПЧ 52 и 58 типов, что подтверждает высокоонкогенный потенциал данных типов ВПЧ.

**Выводы.** ВПЧ 52 и 58 типов обладают высокоонкогенным потенциалом, и в случае их длительной персистенции являются причиной развития CIN различной степени тяжести и РШМ.



**Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Bestaeva N.V., Zardiashvili M.D., Nekrasova M.E., Dovlethanova E.R., Sycheva E.G., Bourmenskaya O.V., Trofimov D.Y.**

## THE ROLE OF HPV TYPES 52 AND 58 IN THE DEVELOPMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

Among the 413 HPV-positive patients CIN occurred in 45.5% cases. CIN I – 87 (46.3%), 25 (28.7%) are caused by HPV types 52 and 58; CIN II – 49 (26.1%), 18 (36.7%) are caused by HPV types 52 and 58; CIN III – 52 (27.6%), 16 (30.8%)

are caused by HPV types 52 and 58; cervical cancer – 20 (4.8%), 5 (25%) are caused by HPV types 52 and 58, confirming the high risk potential of these HPV types.

**Шнейдерман М.Г.**

## НОВАЯ РОССИЙСКАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА-НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

ФГБУ «НЦ АГ и П им. В.И. Кулакова» Минздрава России

В структуре причин преждевременных родов наиболее часто встречается истмико-цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов является применение акушерского разгружающего pessaria.

В последние годы все больше женщин обращаются к врачам по поводу опущения и выпадения органов малого таза. Часто это сопровождается недержанием мочи при напряжении, чихании, кашле и поднятии тяжестей, т.е. стрессовым типом. В обоих случаях надежной профилактикой преждевременных родов и лечения пролапса гениталий является применение российской модели акушерско-гинекологического pessaria.

Изучение имеющихся разновидностей акушерских pessaries выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании. Новая модифицированная российская модель акушерско-гинекологического pessaria, разработанная в ФГБУ «НЦАГи П им. В.И. Кулакова» надежно препятствует раскрытию шейки матки у беременных женщин при истмико-цервикальной недостаточности, а также предупреждает опущение стенок влагалища, предотвращает непроизвольную потерю мочи. Кроме того, устройство обеспечивает возможность фиксации уретровезикального угла в правильном

анатомо-физиологическом положении, уменьшает площадь соприкосновения pessaria со слизистой стенки влагалища, эффективно обеспечивает отток влагалищного отделяемого. Акушерско-гинекологического pessary выполнен из высококачественного силикона, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования. Принципиально новым в последней модификации акушерско-гинекологического pessaria является наличие четырех вертикальных силиконовых «фартуков», исходящих от нижней поверхности кольца и не дающих pessarium сместиться или развернуться в неправильную позицию. Преимущество новой модели акушерско-гинекологического pessaria перед существующими образцами состоит в следующем:

1. За счет наружных вырезов и вертикальных фартуков, надежно препятствующих смещению и выпадению pessaria, происходит дополнительная фиксация кольца во влагалище.
2. Благодаря четырем выпуклостям, расположенных по внутренней поверхности кольца предотвращается нежелательное раскрытие цервикального канала у беременных женщин.
3. Понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого через наружные вырезы.

5. Антимикробное покрытие способствует предупреждению развития бактериальных осложнений во влагалище.

6. При использовании новой модели не наблюдаются аллергические осложнения.

7. Устраняются симптомы стрессового недержания мочи. Оптимальное время использования акушерско-гинекологического пессария (при истмико-цервикальной недостаточности) – от 14 до 37 недель беременности. Время непрерывного использования пессария

при пролапсе гинеталий– от 20 до 25 дней, после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и может быть снова введен во влагалище.

Использование новой модели акушерско-гинекологического пессария позволяет значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем и улучшить качество жизни у женщин, страдающих опущением тазовых органов и стрессовым недержанием мочи.

**Schneiderman M.G.**

## A NEW RUSSIAN MODEL OF OBSTETRICAL-GYNECOLOGICAL PESSARIES BY DOCTOR SCHNEIDERMAN – NEW OPPORTUNITES

Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow

Cervical insufficiency is one of the most common reasons for preterm labor. The new models of obstetrical-gynecological pessaries are made of high quality silicone of determined flexibility and density, providing the optimal pessary appliance. The outstanding feature of the ring of four symmetrical semicircular slots on the external surface of the ring and four bulges on the internal surface of the ring. A radical new feature of the last modification of the ob-gyn pessarium is the presence of four vertical silicone «aprons» attached to the lower surface of the ring, which does not allow the pessarium to turn into a wrong position.

The optimal time-of-use of the pessary is 20–25 days, after which the pessary needs to be removed, rinsed with warm water and can be re-inserted in the vagina.

Application of the new model of obstetrical pessary considerably increases the chances of successful development of pregnancy in women with cervical insufficiency and habitual abortion. The optimal timing for use of obstetrical pessary is from the 14 to the 37<sup>th</sup> week of pregnancy with the subsequent removal of the pessary.

**ГЛАВА / CHAPTER 3:****НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ  
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ  
NEW METHODS IN DIAGNOSIS IN OBSTETRICS  
AND GYNECOLOGY****Ходарева А.Г.****СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕНСКИХ  
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МЕТОДОМ ХРОМАТО-МАСС-  
СПЕКТРОМЕТРИИ**

ADM-клиника, Санкт-Петербург, Россия

Женские половые органы имеют восходящий контакт с внешней средой, в связи с чем сообщество условно патогенных микробов постоянно присутствует во влагалище, нередко колонизирует цервикальный канал и может проникать в полость матки, что может приводить к бесплодию, нарушению развития беременности или неполноценному менструальному отторжению эндометрия [Глуховец Б.И. и др., 2004; 2016]. Существующие способы лабораторной диагностики инфекционной патологии (бактериальный посев, ПЦР, иммунофлюоресцентный анализ и др.) не позволяют осуществить панорамный анализ условно патогенных микроорганизмов, постоянно или временно обитающих в организме человека. Такой возможностью обладает метод газовой хроматографии и масс-спектрометрии (ГХ-МС), который одновременно выявляет биохимические маркеры более 50 разновидностей резидентных и транзитных микробов (в том числе анаэробного типа) в сочетании с герпетическими вирусами (простой, герпес, вирусы Эпштейн-Барра и цитомегалии) и микроскопическими грибами (включая Кандида) [Осипов Г.А. и др., 2007, 2010, 2013]. Дополнительным преимуществом этого метода является количественное выражение результатов с возможностью их разнообразного статистического анализа

и сравнительно-корреляционных обобщений. Использование ГХ-МС анализов в практике женской консультации и обеспечили возможность скрининговой оценки микробиоценоза влагалищной жидкости (1 группа), цервикальной слизи (2 группа) и пайпель-биоптатов эндометрия (3 группа). В каждую группу включены 30 изолированных наблюдений, отобранных сплошным бесповторным способом. Возраст пациенток колебался от 21 до 42 лет, причиной обращения к гинекологу служили различные виды бесплодия, замершие беременности и плановая подготовка к первой беременности в позднем репродуктивном возрасте. В результате были получены следующие выводы.

1. Резидентная микробиота обнаружена во всех наблюдениях каждой группы. При этом установлено статистически достоверное ( $P < 0,01$ ) преобладание количественных показателей маркеров микроорганизмов, обитающих в эндометрии ( $54215 \pm 2772$  кл/г<sup>105</sup>), по сравнению с их равнозначным присутствием в цервикальном канале ( $24988 \pm 1538$  кл/г<sup>105</sup>) и влагалище ( $24098 \pm 1686$  кл/г<sup>105</sup>).

2. Структура доминирующих бактерий всех исследованных биотопов имеет сходный состав и в первую очередь включает эубактерии и различные виды клостридий. Лактобактерии более свойственны для микробиоты

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

влагалища и цервикального канала и в значительно меньшей степени вегетируют в полости матки, где более характерно постоянное присутствие бифидобактерий.

3. Во всех исследованных биотопах обнаружено 100% присутствие маркеров простого герпеса с нередким (40–53%) присоединением вирусов Эпштейн-Барра и цитомегалии (ЦМВ). Общая вирусная нагрузка, максимальная в цервикальном канале  $1349 \pm 264$  кл/г<sup>105</sup>, в меньшей степени касалась влагалища ( $747 \pm 129$  кл/г<sup>105</sup>) и особенно эндометрия ( $358 \pm 129$  кл/г<sup>105</sup>).

4. Совокупный показатель маркеров микроскопических грибов имеет статистическое равенство во влагалище и цервикальном канале (соответственно  $2178 \pm 178$  и  $2398 \pm 188$  кл/г<sup>105</sup>,  $P > 0,05$ ), но достоверно снижается в эндометрии ( $845 \pm 81$  кл/г<sup>105</sup>,  $P < 0,01$ ).

5. Превышение средних показателей общей бактериальной нагрузки эндометрия

сопровождается различными по степени выраженности патоморфологическими изменениями поверхностного эпителия (секреторно-гипопластическими, пролиферативно-дистрофическими, метапластическими) и может способствовать развитию имплантационного бесплодия.

**Резюме.** Результаты скрининговой хромато-масс-спектрометрии микробиоты влагалища (30), цервикального канала (30) и эндометрия (30) у женщин с различными репродуктивными нарушениями свидетельствуют о повсеместном присутствии сходных по составу бактерий, вирусов и грибов. Бактериальное сообщество имеет максимальное представительство в полости матки и может вызывать патологические изменения поверхностного эпителия слизистой оболочки с последующим имплантационным бесплодием.

**Khodareva A.G.**

## SCREENING ASSESSMENT MICROBIocenosis FEMALE SEXUAL ORGANS BY GAS CHROMATOGRAPHY-MASS SPECTROMETRY

The ADM-Clinic, St. Petersburg, Russia

**Summary.** The results of screening chromatography-mass-spectrometry microbiota of the vagina (30), cervical canal (30) and endometrial (30) in women with various reproductive disorders testify to the universal

presence of similar bacteria, viruses and fungi. Bacterial community has the maximum representation in the uterus and can cause pathological changes in the surface epithelium mucosa with subsequent implantation infertility.

**1,2 Арутюнян А.Ф., 1 Гайдук С.Н., 2 Костюшов Е.В.**

## ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ СУБПОПУЛЯЦИОННЫМ СОСТАВОМ ЛИМФОЦИТОВ, ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ КОЛЛАГЕНАЗ И РАЗЛИЧНЫМИ ПО АКТИВНОСТИ ФОРМАМИ АДЕНОМИОЗА

1 Россия, г. Санкт-Петербург, 1ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет

2 ГБУЗ Ленинградской области «Сертоловская городская больница»

Целью настоящего исследования явилось количественное определение основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови

и изучение распространенности генных вариантов металлопротеиназы-1 (MMP-1) (1G/2G) и ингибитора активатора плазминогена-1

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

(PAI-1) (4G/5G) больных с различными вариантами течения аденомиоза. Количественное определение основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови (гепаринизированная венозная кровь из кубитальной вены) выполнялось у 49 женщин с помощью проточной цитометрии с применением прободготовки по методу окрашивание-лизис-отмывка. Окрашивание сочетаниями антител CD45/CD14, CD3/CD19, CD4/CD8, CD3/CD (16+56), CD3/HLADR, меченных флюорохромами FITC и PE набора Simultest Kit, («Vecton Dickinson», США) проводили в темноте при комнатной температуре в течение 30 минут. Проведена оценка распространенности генных вариантов матричной металлопротеиназы-1 (MMP-1) (1G/2G) и ингибитораактиватора плазминогена-1 (PAI-1) (4G/5G) у 49 больных с аденомиозом. Группу популяционного контроля составили 200 жительниц Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Сопоставление данных иммунофенотипирования лимфоцитов периферической крови у больных с аденомиозом в зависимости от наличия или отсутствия клинических проявлений заболевания выявило достоверное увеличение относительного содержания В-лимфоцитов (CD3–CD19+) у 31(63,3%) больных, у которых аденомиоз протекал с клиническими проявлениями ( $p=0,045$ ). Определено значимое увеличение относительного содержания В-лимфоцитов (CD3–CD19+) ( $p=0,035$ ) и натуральных киллеров (CD3–CD (16+56)+) ( $p=0,025$ ) у 31 (63,3%) пациенток с пролиферирующей формой аденомиоза по сравнению с больными, имевшими стабильную или фиброзную форму опухоли. Выявлена связь частоты развития меноррагий и высокого содержания Т-лимфоцитов (CD3+CD (16+56)-) ( $p<0,05$ ) и Т-киллеров (CD3+CD (16+56)+) ( $p<0,05$ ). Получены результаты, свидетельствующие о высокой частоте встречаемости генотипа 1G/1G MMP-1 в группе женщин 8(16,3%), находившихся в перименопаузе и имевших по данным морфологии регрессирующий (дистрофический) тип опухоли. Молекулярно-генетическое исследование установило роль гиперактивных генных вариантов матричной металлопротеиназы-1 в развитии пролиферирующей формы аденомиоза. Наличие у 31 (63,3%) пациенток гомозиготного (2G/2G) или гетерозиготного (1G/2G) состояния гена MMP-1 ассоциировано с пролиферирующей формой аденомиоза и прогрессированием

заболевания. При исследовании частоты встречаемости различных генотипов гена PAI-1 у пациенток с различной морфологической активности аденомиоза была обнаружена достоверная ассоциация между наличием аллеля 5G гена PAI-1 и прогрессированием заболевания ( $p=0,04$ ). При анализе гаплотипов MMP-1/PAI-1 у обследованных больных с аденомиозом было обнаружено, что сочетание аллелей 2G MMP-1 и 5G PAI-1 коррелировало с наличием аденомиоза и прогрессированием заболевания и достоверно чаще встречалось у больных с пролиферирующей формой аденомиоза ( $p=0,005$ ) по сравнению с 10 (20,4%) больными, имевшими стабильную или фиброзную форму опухоли.

Таким образом, выявленные отклонения в субпопуляционном составе лимфоцитов периферической крови были наиболее выражены при течении заболевания, сопровождающегося клиническими проявлениями: наличием меноррагий, прогрессированием заболевания. Наличие у пациенток гомозиготного (2G/2G) или гетерозиготного (1G/2G) состояния гена MMP-1 и сочетание аллелей 2G MMP-1 и 5G PAI-1 характерно для пролиферирующей формы аденомиоза и прогресса заболевания. Определение отклонения в субпопуляционном составе лимфоцитов периферической крови и полиморфных генных вариантов MMP-1 и PAI-1 может быть использовано в целях прогноза течения заболевания.

**Резюме:** Проводилось количественное определение основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови и изучение распространенности генных вариантов матричной металлопротеиназы-1 (MMP-1) (1G/2G) и ингибитора активатора плазминогена-1 (PAI-1) (4G/5G) у 49 больных с аденомиозом. Определение отклонения в субпопуляционном составе лимфоцитов периферической крови и полиморфных генных вариантов MMP-1 и PAI-1 может быть использовано в целях прогноза течения заболевания.



1,2 Arutyunyan A.F., 1 Gaydukov S.N., 2 Kostyushov E.V.

## RELATION BETWEEN LYMPHOCYTE SUBPOPULATION COMPOSITION, GENE POLYMORPHISM MATRIX COLLAGENASE AND DIFFERENT IN THE ACTIVE FORM OF ADENOMYOSIS

1 Russia, Saint-Petersburg, 1GBOU HPE Saint Petersburg State Pediatric Medical University  
2 GBUZ Leningrad region «Sertolovsky City Hospital»

**Resume:** Assayed major subpopulations of lymphocytes in peripheral blood and the study of gene variants prevalence of metalloproteinase-1 (MMP-1) (1G/2G) and plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) (4G/5G) in 49 patients with

adenomyosis. Determination of deviations in subpopulations of peripheral blood lymphocytes and polymorphic variants of the gene MMP-1 and PAI-1 can be used for the purpose of prognosis of the disease.

Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Калмыкова Н.В.

## ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

России, г. Москва, Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития

**Резюме.** Допплерометрия и трехмерная эхография выполнены у пациенток репродуктивного возраста с подозрением на внематочную беременность. Оценена значимость показателей в диагностике трубной беременности. Выделены критерии оценки.

**Актуальность.** Внематочная беременность по-прежнему является причиной материнской смертности, занимая первое место среди причин в первом триместре беременности. Точность диагностики эктопических нидаций все еще не равна 100%. Это делает актуальным внедрение дополнительных визуальных методов диагностики (доплерометрии и трехмерной эхографии) в алгоритм обследования пациенток с подозрением на трубную беременность.

**Цель исследования.** Оценить информативность доплерометрии и трехмерной эхографии в дифференциальной диагностике трубной беременности.

**Материалы и методы.** Допплерометрия в бассейне маточных артерий выполнена у (n1) 134, а трехмерная эхография – у (n2)100

пациенток репродуктивного возраста, поступивших в ГКБ №31 с острой гинекологической патологией: трубной беременностью (n1–37, n2–31), маточной беременностью (n1–49, n2–35), дисфункциональным маточным кровотечением (ДМК) репродуктивного периода (n1–48, n2–34). Исследование выполнено с использованием трехмерного трансвагинального датчика на аппаратах Logiq E9 (GE Medical Systems, США) и Toshiba Aplio MX (Toshiba Medical Systems). При трехмерной диагностике произведен сравнительный анализ объема матки (V<sub>мат.</sub>) и эндометрия (V<sub>энд.</sub>) (рассчитаны с помощью программы VOCAL в ручном режиме) в группах сравнения. При доплерометрии оценены: пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР), систоло-диастолическое отношение (СДО), максимальная систолическая (V<sub>max</sub>) и усредненная по времени максимальная скорости кровотока (TAMAX). Учитывались средние показатели правой и левой маточной артерии.

**Полученные результаты.**

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

При анализе полученных данных доплерометрии нами выявлено:  $V_{max}$  на уровне а. uterina достоверно выше при трубной беременности ( $38,2 \times 11,6$  см/с) по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $33,5 \times 13,5$  см/с) ( $p < 0,05$ ); СДО в радиальных артериях достоверно ниже при осложненной маточной беременности ( $2,97 \times 0,94$ ) по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $3,66 \times 1,46$ ) ( $p < 0,05$ ); ТАМАХ на уровне аркуатных артерий достоверно выше при наличии беременности любой локализации ( $9,72 \times 4,37$  см/с при трубной и  $9,86 \times 4,76$  см/с при маточной нидации плодного яйца) по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $7,48 \times 2,88$ ) ( $p < 0,05$ ); ИР на уровне а. uterina при маточной беременности достоверно ниже ( $0,80 \times 0,08$ ) по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $0,82 \times 0,08$ ) ( $p < 0,05$ ); при трубной ( $0,62 \times 0,10$ ) и маточной ( $0,53 \times 0,13$ ) локализации плодного яйца достоверная разница ИР выявлена нами только на уровне а. basalis ( $p = 0,034$ ); ПИ в маточных артериях достоверно ниже при наличии беременности любой локализации ( $2,13 \times 0,54$  при трубной,  $2,07 \times 0,61$  при маточной нидации плодного яйца) по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $2,39 \times 0,81$ ) ( $p < 0,05$ ); В базальных артериях ПИ был достоверно выше при трубной локализации плодного яйца ( $1,18 \times 0,43$ ),

по сравнению с осложненной маточной беременностью ( $0,85 \times 0,32$ ) ( $p < 0,05$ ).

При анализе данных трехмерной эхографии нами выявлено: объем матки при наличии беременности любой локализации (и трубной ( $83,9 \times 26,8$ ), и маточной ( $87,1 \times 30,5$ )) был достоверно выше по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $63,4 \times 27,1$ ) ( $p_1 < 0,05$ ,  $p_2 < 0,01$ ). Объем эндометрия также был достоверно выше при наличии беременности ( $7,1 \times 4,6$  при трубной,  $7,0 \times 6,0$  при маточной) по сравнению с ДМК репродуктивного периода ( $4,0 \times 1,9$ ) ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, определение объема матки и эндометрия при трехмерной эхографии позволяет диагностировать беременность при отсутствии визуализации плодного яйца.

Из всех показателей доплерометрии наибольшей информативностью обладает пульсационный индекс. При измерении ПИ на уровне а. uterina мы можем предположить факт наличия беременности. Выяснить локализацию плодного яйца возможно при оценке ПИ в базальных артериях.

**Заключение:** включение доплерометрии и трехмерной эхографии в алгоритм диагностики трубной беременности может повысить точность постановки диагноза.

Shishkina, T.Yu., Krasnova I.A., Kalmykova N.In.

## THE INFORMATIVE VALUE OF VISUAL METHODS OF DIAGNOSIS TUBAL PREGNANCY

Russia, Moscow, Russian national Research Medical University. N. And. Pirogov Health Ministry

**Summary.** Doppler and three-dimensional echography was performed in patients of reproductive age with suspected ectopic pregnancy. The diagnostic significance of the indices was studied. Evaluation criteria were developed.

**Демидов В.Н., Машинец Н.В., Гус А.И.**

## ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЯИЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЛОДА

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный Центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Представлены 62 случая пренатальной ультразвуковой диагностики неосложненных фолликулярных кист, 14 – внутриутробного перекрута кист яичника, 1 – апоплексии яичника, 1 – разрыва стенки кисты, 8 – кровоизлияния в полость кисты яичника, 3 – тератом яичника, 1 – цистаденомы. Описаны эхографические признаки различных яичниковых образований плода и исход данного заболевания у новорожденного.

С целью установления наиболее характерных эхографических признаков различных кистозных образований яичников плода и определения исхода данной патологии проведен анализ 62 наблюдений пренатальной диагностики неосложненных фолликулярных кист, 14 – внутриутробного перекрута кист яичника, 1 – апоплексии яичника, 1 – разрыва стенки кисты, 8 – кровоизлияния в полость кисты яичника, 3 – тератом яичника, 1 – цистаденомы. Срок беременности при выявлении кист яичников составлял 30–38 недель. Фолликулярные кисты яичников на эхограммах определялись в виде однокамерного жидкостного полностью анэхогенного образования округлой формы с гладкими стенками, расположенного в нижних отделах брюшной полости плода. Величина кист колебалась в пределах от 2 до 8,0 см. Характерной их особенностью являлось уменьшение в ряде случаев размеров кист во время беременности и самопроизвольное исчезновение в течение 1–3 месяцев после рождения. Кисты яичников при перекруте их ножки на сканограммах визуализировались в виде жидкостного образования округлой формы диаметром – 4,5–9,5 см и толщиной стенки 1,5–3,0 мм, расположенного в нижних отделах живота плода. Характерной особенностью данных кист являлось наличие эхогенного осадка с уровнем расслоения жидкой части. При динамическом исследовании отмечалось увеличение размеров образования и изменение количества внутренних эхоструктур. После рождения во всех случаях проведено хирургическое лечение в объеме

удаления измененных придатков, в 2 наблюдениях во время операции диагностирована самоампутация яичника и в 1 – двусторонний перекрут придатков. Апоплексия яичника у плода диагностирована в 33 недели беременности. Эхографическими признаками явились наличие в яичнике образования аморфной, губчатой структуры диаметром 3,9 см, сочетающееся с появлением крови в брюшной полости. Хирургическое лечение новорожденного подтвердило правильность антенатальной ультразвуковой диагностики. В 1 наблюдении при ультразвуковом исследовании в 35 недель произошел разрыв стенки кисты, с появлением в брюшной полости свободной жидкости и образованием кисты заполненной кровью и нитями фибрина. После рождения ребенка отмечалось ее исчезновение. Кровоизлияние в полость кисты яичника диагностировано у 8 плодов в сроке 30 и 34 недели. При эхографии это проявлялось появлением в брюшной полости жидкостного образования неоднородной сетчатой структуры или наличием в кисте участка сетчатой структуры. Тератомы яичников выявлены у 3 плодов, в одном из наблюдений отмечались двусторонние тератомы. На сканограммах они определялись как округлые образования с участками повышенной эхогенности плотной структуры диаметром от 1,5 до 1,7 см, что указывало на наличие жировой ткани. Серозная цистаденома выявлена в 1 наблюдении при эхографии в 35 недель беременности, диаметр образования составлял 2,0 см, оно имело округлую форму анэхогенное содержимое и тонкие стенки. После рождения проводилось динамическое ультразвуковое наблюдение за ребенком в течении 1 года, учитывая отсутствие динамики в уменьшении образования, проведено хирургическое лечение, диагноз подтвержден при гистологическом исследовании.

Проведенные исследования свидетельствуют, что эхография представляет ценный метод, использование которого позволяет с высокой точностью диагностировать



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

патологию яичников у плода и, основываясь на полученных данных, решить вопрос о выборе наиболее рационального способа

ведения плодов и новорожденных с этой патологией.

**Demidov V.N., Machines N.In., Gus The I.A.**

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OVARIAN FORMATIONS OF THE FETUS

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

62 cases of prenatal ultrasound diagnosis of uncomplicated follicular cysts, 14 – in utero torsion суббота, 13 февраля 2016 г. of an ovarian cysts, 1 - ovarian apoplexy, 1 – a ruptured the

wall of the cyst, 8 – hemorrhagic ovarian cysts, 3 -ovarian teratoma, 1 – cistadenoma. The echographic signs of this abnormality were described and outcome of this disease in the newborn.

**Смолова Н.В., Андреева М.В.**

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет

**Резюме.** Изучены особенности воздействия ТЭС-терапии на показатели функциональной активности сукцинатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови у больных с обострением хронического воспаления придатков матки. Установлена их нормализация, что свидетельствует о быстром купировании воспалительного процесса за счет интенсивности и полноты защитных реакций в результате транскраниальной электростимуляции стволовых структур мозга.

В настоящее время нераскрыты многие аспекты такой сложной проблемы, как хронические воспалительные заболевания придатков матки (ХВПМ), которые встречаются у 60–65% амбулаторных и у 30% стационарных больных. Так нет данных о показателях функциональной активности ферментов иммунокомпетентных форменных элементов крови при обострении хронического воспаления придатков матки (ОХВПМ). Последние свидетельствуют о функциональном напряжении тканевого звена в ответ на стрессорное

повреждение клеток, боль и являются косвенным признаком выраженности патологического процесса. В связи с этим применение технологии, восстанавливающей гомеостаз организма, может способствовать повышению эффективности комплексного лечения ОХВПМ, приводящего к более быстрому выздоровлению и снижению частоты рецидивов заболевания. Транскраниальная электростимуляция стволовых структур мозга (ТЭС-терапия) является одним из методов антистрессорной технологии. В научной литературе нет сведений о влиянии ТЭС на показатели функциональной активности ферментов иммунокомпетентных форменных элементов крови у больных с ОХВПМ.

Целью работы явилась оценка воздействия ТЭС на показатели функциональной активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в лимфоцитах периферической крови у больных с обострением хронического воспаления придатков матки.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Оценку функциональной активности СДГ в лимфоцитах периферической крови проводили по общепринятым методикам до и после лечения в двух группах больных: в основной (78 чел.) с включением ТЭС в традиционный комплекс и в группе сравнения (72 чел.) без применения ТЭС. Гистохимический метод оценки функциональной активности СДГ в лимфоцитах крови является высокоинформативным интегральным показателем состояния организма и характеризует интенсивность и полноту защитных реакций. Выявлено, что средний уровень активности СДГ в лимфоцитах в группах сравнения до лечения был одинаковым – 15,36 у.е., что в 1,5–2 раза ниже нормы ( $N=26,62$  у.е.). Низкий уровень активности СДГ в лимфоцитах при ОХВПМ может свидетельствовать об «истощении» функциональных резервов тканевого ответа на повреждение, воспаление, боль и является косвенным признаком выраженности патологического процесса. Нужно отметить, что у больных с максимальной активностью воспаления в распределении лимфоцитов по активности СДГ преобладали клетки со значительно сниженной активностью фермента. Такое явление было обнаружено в основной группе и группе сравнения в 73,08% и 70,83% случаев соответственно ( $p>0,05$ ). При умеренной активности воспаления у 29,92% больных основной и у такого же числа пациенток группы сравнения активность СДГ была повышена, что указывает

на адекватный ответ организма на воспаление ( $p>0,05$ ). В целом, изменения уровня активности СДГ у больных в группах сравнения можно трактовать как функциональное напряжение тканевого звена в ответ на стрессорное повреждение клеток, перекисную активацию, боль и рассматривать в рамках развития системного воспалительного ответа. Сравнительный анализ гистохимических показателей после лечения у пациенток основной группы на фоне ТЭС-терапии свидетельствует об их нормализации и практически не отличается от аналогичных средних физиологических значений. Так, средние показатели активности СДГ достоверно улучшились по сравнению с аналогичными показателями в группе сравнения ( $p<0,05$ ). У больных в группе сравнения после лечения средние показатели активности СДГ также улучшились, но у них выявлена только тенденция к нормализации этих показателей ( $p>0,05$ ).

Следовательно, на фоне ТЭС-терапии происходит более быстрая нормализация показателей функциональной активности СДГ иммунокомпетентных форменных элементов крови у больных с ОХВПМ, что свидетельствует о более эффективном купировании воспалительного процесса, в том числе болевого синдрома, по сравнению с аналогичными показателями при традиционном методе лечения данной патологии.

**Smolov N.In., Andreeva M.V.**

## NEW TECHNOLOGIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH EXACERBATION OF CHRONIC INFLAMMATION OF UTERINE APPENDAGES

Russia, Volgograd, Volgograd state medical University

**Resume.** Specific features of TES-THERAPY effect on succinate dehydrogenase functional activity indicators in lymphocytes of peripheral blood in patients with exacerbation of uterus appendages chronic inflammation are studied. The normalization is established and indicates fast inflammation process control due to protective reactions intensity completeness as a result of transcranial electrical stimulation of cerebral deckman structures.

**Ипатов М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Обухова Г.С.**

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ ПРИ ФИЗИОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Россия, г. Москва, ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ

В работе представлены диагностические возможности метода Р. Фолля при физиотерапии у женщин с хроническим сальпингоофоритом. Задача метода – целенаправленное исследование функционального состояния половых органов при физиолечении.

Хронические сальпингоофориты (ХС) у женщин полипричинны и представляют собой бессимптомно протекающие хронические очаги вялотекущего воспаления. Развивающиеся патологические процессы обладают кумулятивным эффектом с полисистемным поражением, вызывая длительную эндогенную интоксикацию в организме. Электроакуптурная диагностика по методу Фолля (ЭАФ) в репрезентативных биологически активных точках (БАТ) указывает на функциональные отклонения от нормы и не является основанием для постановки диагноза.

**Цель работы:** определить диагностические возможности ЭАФ при физиотерапии (ФТ) у женщин с ХС.

**Материалы и методы:** обследованы 71 женщин с интраоперационно верифицированным диагнозом ХС и дополненным УЗИ и МРТ органов малого таза. Показаниями к ФТ явились наличие спаечно-инфильтративных изменений в придатках матки с признаками пастозности и умеренный болевой синдром. Все женщины получили ультратонтерапию в интенсивном (по 3 раза в день) режиме воздействия. Курс лечения составил 30 процедур.

Клиническую эффективность лечения оценивали по общему состоянию пациенток и результатам бимануального исследования. Задачей ЭАД было целенаправленное исследование функционального состояния половых органов до и после ФТ.

**Результаты исследования.** Все пациентки ФТ переносили хорошо, их общее состояние характеризовалось как удовлетворительное.

Показатели измерения электропроводности в биологически активной зоне «рука-рука» до и после лечения были стабильны ( $p > 0,05$ ) и находились в интервале  $81,31 \pm 0,96$

до  $85,20 \pm 0,17$  у.е., что соответствовало в обоих случаях состоянию эйтонии, т.е. сбалансированному влиянию симпатической и парасимпатической систем в вегетативной нервной системе у пациенток.

После ФТ показатели в контрольных точках измерения (КТИ) мочеполовой системы у пациенток I группы справа снизились ( $p < 0,02$ ) с  $78,38 \pm 0,11$  до  $51,50 \pm 0,10$ , а слева ( $p < 0,04$ ) с  $69,79 \pm 0,13$  до  $50,23 \pm 0,08$  у.е. В точках измерения (ТИ) V65 (матка, влагалище, широкая связка матки) показатели справа снизились ( $p < 0,05$ ) с  $77,76 \pm 0,15$  до  $49,98 \pm 0,10$ , а слева ( $p < 0,05$ ) с  $69,88 \pm 0,13$  до  $50,22 \pm 0,08$  у.е. В ТИ V64 (фаллопиева труба, яичник) справа показатели снизились ( $p < 0,02$ ) с  $82,68 \pm 0,15$  до  $49,98 \pm 0,10$ , а слева ( $p < 0,02$ ) с  $81,88 \pm 0,12$  до  $50,22 \pm 0,08$  у.е.

Итак, по окончании ФТ показатели в точках КТИ мочеполовой системы и V65 справа и слева вышли из зоны субклинических нарушений функции органа и тканевой системы, а в ТИ V64 справа и слева – из зоны очагового воспалительного процесса, и достигли показателей «идеальной нормы», что свидетельствовало о процессах нормализации в зонах.

Нормализация специфических показателей ЭАФ сопровождалась нормализацией клинического состояния пациенток. Так, до ФТ все пациентки предъявляли жалобы на периодические боли внизу живота, которые отсутствовали по его окончании. Данные бимануального исследования констатировали разрешение экссудативного процесса в области придатков матки, безболезненной пальпации и отсутствии признаков тазовой невралгии. Показатели клинического анализа крови не отличались от нормативных величин. Т.е. ЭАФ подтвердила полученный положительный лечебный эффект ФТ.

**Выводы.** Таким образом, ЭАФ оказывает существенную помощь при проведении ФТ у женщин с ХС. Это связано с тем, что «информация» о состоянии половых органов, собранная при помощи изучаемого метода,



позволяет получить объективную оценку клинического статуса пациентки.

**Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Obukhova S.G.**

## THE POSSIBILITY OF ELECTRO-DIAGNOSTICS BY R. VOLL WHEN PHYSIOTHERAPY IN WOMEN WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS

Russia, Moscow, them. V.I. Kulakov Ministry of health of the Russian Federation

The paper presents the diagnostic possibilities of the method of R. Voll during physiotherapy in women with chronic salpingo-oophoritis. The

objective of the method – a purposeful study of the functional state of genitals during physiotherapy.

**Ли Е.С., Каппушева Л.М.**

## ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАНТА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА. ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ КОЛЛАГЕНА III ТИПА И РЕЦЕПТОРА ЭСТРОГЕНА – АЛЬФА

Россия, г. Москва, Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «МГУ имени М.В. Ломоносова»

В исследовании проведена оценка эффективности оперативного лечения пациенток (n=58) с генитальным пролапсом (ГП) на основании молекулярно-генетического исследования маркеров дисплазии соединительной ткани – полиморфизмов генов коллагена III типа и рецептора эстрогена – альфа. В ходе исследования обнаружено, что рецидив ГП, а также urgentный тип недержания мочи взаимосвязаны с носительством полиморфизмов исследуемых генов. Таким образом, в патогенез рецидива ГП вносит вклад генетическая детерминанта – наличие полиморфизмов генов коллагена III типа и рецептора эстрогена – альфа.

**Актуальность исследования.** Проблема генитального пролапса (ГП) определяется не только увеличением его частоты, но и стабильно большим числом рецидивов после практически всех видов оперативного вмешательства, особенно после гистерэктомии,

которая нередко (6–43%) приводит к выпадению купола влагалища.

Считается, что значимой причиной рецидивов после оперативного вмешательства является дисплазия соединительной ткани, которая ассоциируется с изменениями генного материала (полиморфизмами) генов коллагена III типа (COL3A1) и рецептора эстрогена альфа (ESR1).

**Цель исследования:** оценить значимость полиморфизмов генов коллагена III типа и рецептора эстрогена – альфа в прогнозировании результатов хирургической коррекции генитального пролапса.

**Материалы и методы исследования.** В проспективное исследование были включены 58 женщин в возрасте от 35 до 75 лет. Пациенткам проведена хирургическая коррекция тазового дна.

Материалом для молекулярно-генетического исследования послужил биоптат задней стенки влагалища размерами от 0,5 см<sup>3</sup> до 1,0

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

см3, полученный в ходе оперативного лечения. Лабораторная часть работы включала в себя стандартную схему выделения ДНК путем полимеразной цепной реакции (ПЦР) с выявлением полиморфных локусов (единичной однонуклеотидной мутации) в аминокислотной последовательности исследуемых генов COL3A1 и ESR1.

Эффективность операции оценивали на основании изучения анамнеза пациентки, клинического (анатомио-функционального) статуса на момент исследования, а также привлечения оперированных на 2 – 2,5 год после хирургической коррекции ГП.

#### **Полученные результаты.**

Результаты нашего исследования выявили возникновение рецидива ГП у 23% пациенток после реконструктивно-пластических операций с использованием собственных тканей и у 5,3% после оперативного вмешательства с применением сетчатых имплантов. Более подробный анализ видов рецидива опущения тазовых структур показал, что рецидив апикального пролапса развился у пациенток, оперированных с использованием собственных тканей.

Оперативное лечение у 81,1% женщин было эффективным. У 18,9% участниц нашего исследования функциональное состояние не улучшилось; оно было связано с рецидивом

апикального пролапса (n=3), недержанием мочи (n=5), констипацией (n=1), нарушениями половой функции (n=3).

После хирургической коррекции ГП у 31 из 33 женщин с жалобами на дизурию симптомы нарушения мочеиспускания были устранены.

При сопоставлении отдаленных результатов операций и полиморфизмов генов COL3A1 и ESR1 нами выявлено, что у всех женщин с различными формами рецидивов ГП (n=9) присутствовали полиморфизмы двух исследуемых нами генов в различной комбинации. Более того при наиболее тяжелой форме рецидива ГП (апикальный пролапс) выявлено одновременное наличие полиморфных генотипов COL3A1 и ESR 1.

Также установлено, что при ургентном типе недержания мочи в 88,9% присутствуют полиморфизмы генов COL3A1 и ESR1.

#### **Заключение**

Согласно проведенным нами исследованиям, можно предположить, что полиморфизмы генов коллагена III типа и рецептора эстрогена – альфа могут являться дополнительным фактором риска, а также выступать в качестве одного из предикторов развития рецидивных форм ГП и ургентного типа недержания мочи.

**Lee E.S., Kappushev L.M.**

## **GENETIC DETERMINANTS AS A RISK FACTOR FOR RECURRENCE OF GENITAL PROLAPSE. GENE POLYMORPHISMS OF COLLAGEN TYPE III AND ESTROGEN RECEPTOR – ALPHA**

Russia, Moscow, Federal state budget institution of higher professional education «Moscow state University named after M.V. Lomonosov»

In this study it was evaluated the relationship between the effectiveness of pelvic organ prolapse (POP) treatment of women (n=58) and the frequency of gene polymorphisms in type 3 collagen and in estrogen receptor alpha. It was estimated, that the recurrence of POP and urgent incontinence had been associated with polymorphism of both two genes. In this case, one of the sufficient role of recurrence of POP is belonged to the carriage of gene polymorphisms in type 3 collagen and in estrogen receptor alpha.

**Мишина А.Е.**

## РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER

Отделение хирургической гинекологии, Институт матери и ребенка, Кишинев, Молдова

Синдром Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) относится к редким врожденным аномалиям протока Müllerian (АПМ) и встречается в одном случае на 4000–5000 родившихся девочек. Цель исследования – определить радиологические характеристики вариантов синдрома MRKH на основании магнитно резонансной томографии (МРТ) и установить информативность метода в сравнении с интраоперационными данными.

Двадцать восемь пациенток с синдромом MRKH, средний возраст  $21.8 \pm 0.6$  год (95% CI: 20.59–22.99) были обследованы МРТ для определения спектра сопутствующих аномалий. Каждая мальформация органов была классифицирована в соответствии с классификацией VCUAM (Oppelt P., и соав., 2005).

**Мюллеровские рудименты:** В 27 (96.4%) случаях визуализировались маточные рудименты (U4a или U4b) и только в одном случае (3.6%) полная агенезия матки ( $p < 0.0001$ ). Двусторонние маточные рудименты (U4a) встречались чаще чем односторонние (U4b), соответственно 23 (85.2%) vs. 4 (14.8%). В большинстве случаев маточные рудименты были некавитарными – 25 (92.6%) vs. 2 (7.4%) – с эндометриальной полостью ( $p < 0.0001$ ). В классическом варианте синдрома MRKH, маточные рудименты были соединены фиброзными структурами ( $n=25$ , 92.6%), с медиальной или парамедиальной локализацией 19 (76%) vs. 6 (24%) ( $p=0.0005$ ).

**Яичники:** Во всех случаях яичники располагались двусторонне (A0), нормальной структуры или микрополикистозной – 23 (82.1%) vs. 5 (17.9%) ( $p < 0.0001$ ). Во всех случаях яичники располагались в малом тазу – 24 (85.7%) и только в 4 (14.3%) были эктопическими (экстратазовыми) ( $p < 0.0001$ ). Влагалище: Верхние 2/3 влагалища отсутствовали во всех случаях, а нижняя треть присутствовала в двух вариантах: ультракороткий необлитерированный сегмент ( $< 1$  см) и короткий необлитерированный сегмент ( $> 1$  см) – 9 (32.1%) vs. 19 (67.9%) ( $p=0.0154$ ). Ассоциированные мальформации: Эти аномалии встречались в 5 (17.9%) случаях, аномалии почек – односторонняя агенезия ( $n=5$ , MR) и в ассоциации с аномалиями позвонков ( $n=2$ , MS). Синдром MRKH I типа vs. II типа (MURCS) –  $p < 0.0001$ . При интраоперационной ревизии органов брюшной полости установлено полное совпадение с данными предоперационной МРТ (Cohen's kappa index 1.0).

МРТ является неинвазивным и полезным методом диагностики и оценки пациенток с синдромом MRKH.

**Резюме.** Представлены радиологические характеристики вариантов синдрома MRKH на основании магнитно резонансной томографии (МРТ) и установлена информативность метода в сравнении с интраоперационными данными.

**Mishina A.**

## MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE PREOPERATIVE ASSESSMENT OF MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER SYNDROME

There were present the role of magnetic resonance imaging (MRI) in patients with MRKH syndrome and informative value of the method in comparison with intraoperative data.

**Плоцкий А.Р., Биркос В.А., Савлук В.В.**

## КЛИНИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА

Республика Беларусь, г. Гродно, УО «Гродненский государственный медицинский университет», УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Эндометриоз характеризуется наличием тканей эндометрия – эндометриальных желез и стромы – вне мест их обычной локализации. Эктопированная ткань способна реагировать на гормональные воздействия, обуславливая тем самым клиническую картину заболевания. Обычно в гинекологической практике сталкиваются с различными вариантами генитального эндометриоза, однако экстрагенитальный эндометриоз описан во многих органах и тканях. Эндометриоз послеоперационного рубца – редкое явление, обычно являющееся вторичным процессом после хирургических операций на матке. Однако описаны случаи эндометриоза послеоперационного рубца после цистэктомий, аппендэктомий, амниоцентеза, перинеотомии, пластики паховых и пупочных грыж. Проявления эндометриоза послеоперационного рубца могут быть разнообразными, поэтому целью данного сообщения явилась клиническая и ультразвуковая характеристика при данном патологическом состоянии.

В период с 2014 по 2016 в гинекологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», наблюдалось 9 пациенток с эндометриозом послеоперационного рубца. Средний возраст пациенток составил 45 (35–55) лет. У 7 женщин в анамнезе имелось указание на перенесенное ранее кесарево сечение, у одной была выполнена эпизиотомия, ещё у одной – пластика пупочной грыжи. Все пациентки предъявляли жалобы на наличие плотного по консистенции образования в области послеоперационного рубца и отмечали присутствие болевого синдрома различной интенсивности, однако только в двух третях наблюдений боль была связана с менструацией. У одной пациентки имело место наличие свищевого отверстия в области послеоперационного рубца, из которого при менструации изливалось темно-коричневое содержимое.

При ультразвуковом исследовании во всех случаях установлено наличие гипоехогенных

узловых образований, имеющих нечеткие контуры. Форма образований была округлой, овальной либо неправильной. Внутренняя структура была гомогенной только в одном наблюдении, в остальных – имело место сочетание гипо- и гиперэхогенных структур с анэхогенными полостями. У всех образований отмечена хорошая васкуляризация. Практически во всех случаях ультразвуковые границы узловых образований были меньше пальпаторных, что, вероятно, связано с присутствием перифокального воспаления.

Иссечение очагов эндометриоза во всех случаях проводилось с широким захватом окружающих тканей под пальпаторным и визуальным контролем. В 2 случаях эндометриоза послеоперационного рубца после кесарева сечения патологический очаг интимно прилежал к апоневрозу, в связи с чем он также рассекался для ревизии состояния подлежащих мышц а затем восстанавливался послойно. Мы не отметили повышенной кровопотери ни в одном из случаев. Технически сложным было лишь удаление образования, исходящего из рубца после эпизиотомии – узел имел деревянистую консистенцию и располагался довольно глубоко в подлежащих тканях. На разрезе удаленные образования представляли собой плотную ткань темно-серого цвета, в половине случаев имелись точечные вкрапления коричневого цвета. Течение послеоперационного периода было гладким в большинстве случаев – только в одном наблюдении мы столкнулись с длительным субфебрилитетом и заживлением раны вторичным натяжением ввиду сформировавшейся серомы. При гистологическом исследовании во всех случаях подтвержден эндометриоз, в двух наблюдениях – с сопутствующим нагноением эндометриальных желез.

Диагностика эндометриоза послеоперационного рубца может быть затруднительной при небольших размерах образований и отсутствии циклической симптоматики. Дифференциальный диагноз необходимо



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

проводить с организованной гематомой, гранулёмой, десмоидной опухолью, абсцессом. Неспецифичность клинических и ультразвуковых признаков «компенсируется» тактикой – во всех случаях необходимо широкое иссечение патологического очага с последующим

гистологическим исследованием для верификации диагноза.

Профилактические мероприятия в отношении эндометриоза послеоперационного рубца не разработаны, а предлагающиеся меры не имеют пока научного обоснования.

**Plotsky, A.R., Berkos V.A., Savlukov V.V.**

## CLINICAL AND ULTRASOUND CHARACTERISTICS OF ENDOMETRIOSIS POSTOPERATIVE SCAR

Republic of Belarus, Grodno, Grodno state medical University, ME «City clinical emergency hospital, Grodno»

Diagnosis of endometriosis postoperative scar can be difficult at small sizes of the entities and the lack of cyclic symptoms. The differential diagnosis should be carried out with organized hematoma, granuloma, desmoid tumor, abscess.

Non-specificity of clinical and ultrasonic signs «kompensiruet» tactics – is required in all cases a wide excision of the pathological lesion, followed by histological examination to verify the diagnosis.

**Талалаенко Ю.А., Василенко И.В., Гульков Ю.К., Талалаенко А.К.**

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Донецк, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Был исследован операционный материал, полученный при выполнении гистерорезекции полипов эндометрия у 48 пациенток (23 из них были в репродуктивном возрасте, 25 – в постменопаузе). Было показано, что морфологическим вариантом полипов эндометрия в эти возрастные периоды являются железисто-фиброзные полипы эндометрия. Риск малигнизации во все возрастные периоды следует оценивать по соотношению экспрессии Vcl-2 и Ki 67 в клеточных элементах полипов эндометрия.

**Актуальность.** Полипы эндометрия (ПЭ) по данным разных авторов составляют от 7,5 до 55,0% всех гиперпролиферативных процессов слизистой матки. Эта патология является фактором риска развития рака эндометрия. В репродуктивном возрасте ПЭ малигнизируются в 5% случаев, а в постменопаузе частота малигнизации достигает 12%. Таким образом,

актуальной представляется разработка морфологических критериев риска малигнизации ПЭ.

**Цель исследования:** выявить морфологические особенности ПЭ в репродуктивном периоде и в постменопаузе.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Провести морфологическое сравнение ПЭ у женщин в репродуктивном возрасте и в постменопаузе.

2. Выявить иммуногистохимические критерии оценки риска малигнизации ПЭ.

**Материал и методы.** Исследован операционный материал, полученный при выполнении гистерорезекции ПЭ у 48 пациенток (23 из них были в репродуктивном возрасте, 25 – в постменопаузе). Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, проводилась окраска по Ван-Гизону, альциановым синим при pH 1,0 и 2,5. Изучалось соотношение паренхимы и стромы,

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

их структурные особенности. Тенденция к малигнизации и антиапоптотический маркер оценивалась по экспрессии Ki 67 и Bcl-2 иммуногистохимическим методом. Статистическая обработка данных проведена в пакете лицензионной программы Медстат с расчетом доли и доверительного интервала (ДИ).

**Результаты.** Железистые полипы у пациенток репродуктивного возраста встречались в 21,7% (ДИ 7,1–41,6%) и не встречались у пациенток в постменопаузе (ДИ 0,0–7,4%),  $p < 0,05$ . При данном варианте полипов мы отмечали резкое преобладание железистого компонента над стромальным. При окраске по ван Гизону строма была представлена рыхлой соединительной тканью бедной коллагеновыми волокнами. А с использованием альцианового синего при pH 2,5 выявлялись гликозамингликаны. Железисто-фиброзные ПЭ встечались в 100% случаев (ДИ 92,6–100,0%) у пациенток постменопаузального и 78,3% (ДИ 58,4–92,9%) в репродуктивном возрасте,  $p > 0,05$ . В этих случаях выявлялось преобладание стромального компонента над железитым. В большинстве случаев ПЭ в постменопаузе развивались на фоне атрофии эндометрия. При окраске

по ван Гизону количество клеточных элементов в этих ПЭ было уменьшено, выявлялось много коллагеновых волокон, в некоторых случаях отмечался гиалиноз стромы. Окраска альциановым синим была позитивной лишь в единичных случаях и в единичных железах, то есть альцианофилия не выявлялась.

Определение экспрессии Ki 67 выявило практически ее отсутствие в железистых ПЭ и умеренную очаговую пролиферативную активность в железисто-фиброзных ПЭ. Одновременно определялись высокие и умеренные антиапоптотические маркеры с использованием экспрессии Bcl-2 как при наличии железистых, так и фиброзных ПЭ у всех пациенток.

**Заключение.** Основным морфологическим вариантом ПЭ в репродуктивном периоде и в постменопаузе являются железисто-фиброзные ПЭ. Для оценки выраженности стромального и железистого компонента в ПЭ следует использовать гистологические и гистохимические методы. Риск малигнизации во все возрастные периоды следует оценивать по соотношению экспрессии Bcl-2 и Ki 67 в клеточных элементах ПЭ.

Talalenko, A.Yu., Vasilenko I.V., Golikov Y.K., Talalenko A.K.

## MORPHOLOGICAL CRITERIA OF MALIGNANCY RISK OF ENDOMETRIAL POLYPS

Donetsk, Donetsk national medical University. M. Gorky

Operating material in 48 patients (23 of them were in reproductive age, 25 – in postmenopausal women) has been investigated. Hysteroresectoscopy surgery involving resection of endometrial polyps was performed. It has been shown that adenofibrous endometrial polyps are typical morphological kind in these age periods. The risk of malignancy in all age periods should be

measured by the ratio of Bcl-2 and Ki 67 expression in the cellular elements of endometrial polyps.

**Мирошникова Н.А., Макиян З.Н., Адамян Л.В., Быченко В.Г, Козлова А.В.**

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОТОКА ПРИ СИММЕТРИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ МАТКИ**

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

**Актуальность:** Аномалии матки и влагалища наблюдаются у 7,3% женщин в популяции, а у пациенток с бесплодием частота диагностированных врожденных пороков репродуктивной системы выше и достигает 16,7–24,5%. Показатели восстановления репродуктивной функции после хирургического лечения неудовлетворительные: частота наступления беременности составляет не более 40%, а потери беременности при этом превышают 55%. Прогноз течения беременности зависит от анатомической формы аномалии и интенсивности кровообращения в миометрии. Целесообразно изучение интенсивности кровотока и микроциркуляции в миометрии и непосредственно в области внутриматочной перегородки до оперативного лечения, не ожидая репродуктивных потерь.

**Цель исследования** – изучить кровообращение при симметричных аномалиях матки с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии.

**Материалы и методы исследования:** В Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова с 2015 по 2016 оперировано 107 пациенток с симметричными аномалиями матки. Стандартная методика МРТ проведена у 34 больных для детализации анатомической формы порока. С целью оптимизации тактики оперативного лечения у 12 пациенток с симметричными аномалиями матки произведена функциональная магнитно-резонансная томография с болюсным контрастированием.

**Результаты исследования:** Нарушение репродуктивной функции отмечено у 87,9% (94) пациенток: первичное бесплодие у 36%, вторичное бесплодие у 33% и потери беременности у 42%.

Показанием для рассечения внутриматочной перегородки является нарушение репродуктивной функции (бесплодие и потери беременности).

При неполной внутриматочной перегородке наблюдается снижение кровотока во внутриматочной перегородке более чем на 32%, что коррелирует с высоким уровнем потерь беременности более чем в 72% наблюдений.

При полной внутриматочной перегородке хирургическая тактика неоднозначна, так как 70% пациенток благополучно вынашивают беременность. По данным функционального МРТ выявлено 2 группы: 1 группа – без нарушения кровотока во внутриматочной перегородке, благополучно вынашивали беременность; 2 группа – со снижением кровотока более 20%, имели репродуктивные потери в анамнезе.

Пациенткам со сниженным кровотоком во внутриматочной перегородке необходимо проводить оперативное лечение, предупреждая неблагоприятные репродуктивные исходы.

**Заключение:** Метод функциональной МРТ позволяет оценить перфузию крови в миометрии при различных аномалиях матки, в том числе во внутриматочной перегородке; разработать рекомендации по хирургической тактике и ведению беременности, в зависимости от анатомической формы аномалии матки и особенностей маточного кровотока.



**Miroshnikova N.A., Makiyan Z.N., Adamyan L.V., Bychenko V.G., Kozlova A.V.**

## FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING TO DETERMINE BLOOD FLOW IN SYMMETRIC UTERINE ANOMALIES

Federal State University «Research Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology» after V.I. Kulakov, Moscow, Russia

The functional MRI investigation in females with various uterine anomalies allows to estimate the blood perfusion in myometrium and in uterine septum.

Dynamic contrast enhanced MRI revealed decreased blood perfusion within incomplete intrauterine septum much more than 32%, which correlates with high levels of pregnancy losses in 72% of observations. Surgical strategy of complete septate uterus differs: most (70%) of patients

carried successful pregnancies (1 group), only 30% of them had pregnancy losses (2 group). The dynamic contrast enhanced MRI revealed significant differences in the groups: the 1 group had normal blood perfusion in the complete septum; the 2 group had reduced blood perfusion much more 22%, which correlates with clinical data.

Dissection of the septum by resectoscopy aims to eliminate the pure blood perfusion zone, preventing reproductive losses.

**Торчинов А.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Галачиев О.В.**

## ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОФИЛИЕЙ

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

Проведено изучение эндотелиальной дисфункции у беременных с тромбофилией на основе цитоморфометрической оценки активности апоптоза десквамированных эндотелиоцитов периферической крови.

Тромбофилия относится к числу актуальнейших заболеваний современной медицины, важным аспектом которого является невынашивание беременности. На сегодняшний день большое значение в развитии данной патологии отводят генерализованной эндотелиальной дисфункции. Доказано, что поражение эндотелиоцитов опосредовано апоптозом, который может быть потенцирован многими факторами. В литературе убедительно доказано участие апоптоза в патогенезе АФС. АФА связываются с поверхностью эндотелиальных клеток, подвергнутых апоптозу, а также сами инициируют апоптоз. Имеются данные об активации апоптоза эндотелиоцитов при гипергомоцистеинемии. Кроме того, при повреждении эндотелия нарушается его антикоагулянтная

функция, что сопровождается изменением активности фактора Виллебранда, факторов II, V, t-PA, PAI-1 и др. Участие тромбофилических нарушений в инициации механизма апоптоза эндотелиальных клеток может иметь ключевое значение в развитии патологии беременности при тромбофилиях.

**Цель исследования:** с помощью цитоморфометрии оценить степень повреждения эндотелия у беременных при сопутствующей тромбофилической патологии.

Нами обследовано 16 женщин с неразвивающейся беременностью сроком от 7 до 12 недель. Все исследуемые находились на лечении в отделении гинекологии ГБУЗ ГКБ №13 г. Москвы. Основную группу составили 6 беременных с той или иной формой тромбофилии. В контрольную группу вошли 9 беременных без тромбофилических нарушений.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Генетические мутации выявлялись методом ПЦР. С целью оценки

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

состояния эндотелия проводилось определение концентрации десквамированных эндотелиальных клеток в периферической крови по методике, предложенной в 1978 г. Hladovec J. Дополнительно проводилась морфометрия эндотелиоцитов с целью определения активности апоптоза в исследуемых клетках. В процессе поражения клетка проходит стадии сжатия, конденсации хроматина и формирования апоптозных телец. Оценка морфометрических показателей десквамированных эндотелиоцитов периферической крови может являться показателем активности эндотелиопатии. Также методом ИФА проводилось определение концентрации в сыворотке крови биохимического маркера апоптоза – белка p53. При отсутствии повреждений генетического аппарата белок p53 находится в неактивном состоянии, а при появлении повреждений ДНК активируется. Показатели концентрации p53 в сыворотке крови дают характеристику активности процессов апоптоза в организме. Результаты исследования подвергались статистической обработке.

Средний возраст беременных составил 30,3 года в основной группе, 30,6 года в контрольной группе. ИМТ не отличался в исследуемых группах. При обследовании в основной группе у 4 больных выявлена мутация гена MTHFR, в 3 случаях – мутация PAI 1. Мутация Лейдена и гена протромбина F2 выявлена у двух

беременных. Высокий титр АКА выявлен у 4 беременных основной группы. Среднее значение теста на Д-димер в основной группе составил 0,30 мкг FEU/мл. В контрольной группе не было выявлено достоверных признаков нарушения гемостаза. При подсчете количества десквамированных эндотелиоцитов в периферической крови по методике Hladovec J. получены следующие результаты: в основной группе этот показатель составил  $15,3 \times 10^4$ , в контрольной группе –  $10,2 \times 10^4$ . При морфометрии десквамированных эндотелиоцитов средний диаметр клеток в группе с тромбофилией составил 24,6 мкм, в контрольной группе – 30,8 мкм. При исследовании концентрации p53 в сыворотке крови получены следующие результаты: средний показатель белка p53 в основной группе составил 0,0365 Ед/мл, а в контрольной группе 0,0132 Ед/мл.

Таким образом, в работе отмечено повышение морфометрических и биохимических маркеров поражения эндотелиальных клеток в группе больных с тромбофилией. Цитоморфометрическая оценка эндотелиальной дисфункции является перспективным методом диагностики эндотелиопатии. Апоптоз эндотелиоцитов участвует в патогенезе невынашивания при тромбофилиях, что подтверждает необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

**Torchinov A.M., Mironov A.V., Osmanov S.R., Glaziev O.V.**

## DIAGNOSIS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN WITH THROMBOPHILIA

Russia, Moscow, sbel HPE MSMSU them. A.I. Evdokimov.  
State educational institution of higher professional education, «Moscow State University of Dentistry»,  
Moscow, Russian Federation

The research of endothelial dysfunction in pregnant women with thrombophilia on the basis of cytomorphometric evaluation of the activity of apoptosis of desquamated endothelial cells in the peripheral blood.

**Ильева Э.А., Бойкова Ю.В., Кулабухова Е.А., Кан Н.Е., Гус А.И.**

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИНВАЗИИ ТРОФОБЛАСТА

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России

**Актуальность.** В последние годы частота встречаемости вращающейся плаценты неуклонно растет. Это состояние связано прежде всего с увеличением повторных кесаревых сечений, что приводит прежде всего к увеличению количества послеродовых гистерэктомий, ухудшению качества жизни у матерей, перенесших массивные кровопотери и повторные операции.

**Целью** нашего исследования было разработать современные эхографические признаки вращающейся плаценты у пациенток с предлежанием плаценты.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективно были изучены 162 пациентки с предлежанием плаценты, обратившиеся в центр с 2006 по 2016 годы. Исследования проводили от 7 до 39 недель беременности, 1 раз в 4 недели и отбор в группу производили только после 28 недель беременности. Применялась трансабдоминальная, трансвагинальная эхографии и цветовое доплеровское картирование. Были выделены следующие ультразвуковые признаки, позволившие заподозрить вращение плаценты: расширенные межворсинчатые лакуны неправильной формы в зоне материнской поверхности плаценты с турбулентным потоком крови, неровная прерывистая материнская поверхность плаценты, выбухание и деформация стенки матки, выраженное развитие коллатеральной сосудистой сети матки, истончение или утрата гипозоногенной зоны миометрия, как по передней, так и по задней стенкам матки, наличие плацентарной ткани в цервикальном канале и маточной порции шейки, выраженное утолщение предлежащей плаценты в области перешейка матки. Критериями исключения вращающейся плаценты являлись: ровная граница между материнской поверхностью и миометрием, равномерность толщины и отсутствие межворсинчатых лакун в области материнской поверхности плаценты с турбулентным током крови. Верификацию диагноза проводили, как во время оперативного вмешательства, так и при последующем

морфологическом исследовании матки и плаценты.

**Результаты.** Ретроспективно были выделены 162 пациентки с предлежанием плаценты и проспективно были отобраны 18 женщин с подозрением на вращение плаценты в сроках от 28 до 36 недель беременности. После 28 недель беременности, все 7 ультразвуковых признаков вращающейся плаценты наблюдались лишь в 9 случаях. В 5 наблюдениях обнаруживали 4 признака: лакуны, развитие коллатеральной сети, утолщение предлежащей части плаценты и истончение гипозоногенной зоны миометрия. У 4 пациенток имели место только расширенные лакуны и неровный контур материнской поверхности плаценты. Кесарево сечение с последующей гистерэктомией было выполнено в 13 случаях из 18. Диагноз placenta increta подтвержден у 14 пациенток, в 13 наблюдениях с помощью морфологического исследования удаленной матки с плацентой и в 1 случае – в послеродовом периоде. В 4 из 18 случаев диагноз вращающейся плаценты не подтвердился.

**Заключение.** Ультразвуковое исследование у пациенток с предлежанием плаценты является ценным методом и в большинстве случаев позволяет не только предположить вращение плацентарной ткани в миометрий, но и исключить эту патологию.

**Резюме.** Были изучены 162 женщины с предлежанием плаценты и отсутствием ее миграции. Все беременные были подвергнуты углубленному изучению с применением трансабдоминальной, трансвагинальной эхографии и цветового доплеровского картирования. Эхографию проводили от 7 до 39 недель беременности, 1 раз в 4 недели и отбор в группу исследования осуществляли только после 28 недель беременности. Были установлены эхографические признаки, ассоциированные с вращением плаценты.



**Ильева Е.А., Воикова У.В., Кулабухува Е.А., Кан Н.Е., Гус А.И.**

## ULTRASOUND IN IDENTIFYING OPPORTUNITIES OF PATHOLOGICAL TROFOBLAST INVASION

Federal State Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Academician V.I. Kulakov», Ministry of Health of the Russian Federation

162 women were identified with placenta previa and its lack of migration. All pregnant women have been subjected to in-depth study using transabdominal and transvaginal sonography and color Doppler. Ultrasound scan

performed between 7 and 39 weeks of pregnancy, 1 every 4 weeks and the selection of a group of studies performed only after 28 weeks of pregnancy. Sonographic signs were installed allowing suspect of placenta accreta.

**к.х.н. Дробченко С.Н., д.м.н. Рищук С.В.**

## ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПНЕВМОНИИ В МОЧЕ БЕРЕМЕННЫХ

ЗАО «Биоград», ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия.

**Резюме:** Новый метод с использованием ИХА тестов Бинакс позволяет быстро и достоверно дифференцировать возбудителя пневмонии в моче беременных и приобретает решающее значение для выбора тактики этиотропной терапии. Метод входит в международные стандарты диагностики, в том числе в стандарт ВОЗ, и рекомендован в России к применению.

Пневмония рассматривается как фактор повышенного риска для развития многих осложнений беременности и родов (плацентит, многоводие, выкидыши, преждевременные роды, нарушения плацентарного кровотока, послеродовой эндометрит, сепсис и др.). Наиболее частые возбудители пневмоний у беременных: пневмококки, стрептококки и гемофильные палочки, легионелла. Дифференциальная диагностика пневмококковой и легионеллезной пневмонии имеет особое значение, поскольку эти инфекции, обладая схожими клиническими симптомами, требуют различных схем антибиотикотерапии. До недавнего времени полезность диагностических исследований с целью определения этиологии внебольничных пневмоний была спорной из-за отсутствия быстрого, точного

и экономически эффективного метода. Достижение в исследованиях последних лет позволили создать высокочувствительные и специфичные иммунохроматографические (ИХА) тесты Бинакс для выявления антигенов *Legionella pneumophila* и *Streptococcus pneumoniae* в моче пациента (Патенты США №№: 6, 017, 767; 6, 548, 309; 6, 824, 997). Сегодня экспертами ВОЗ и Европейской рабочей группой приняты стандарты, согласно которым диагноз «легионеллез» или «пневмококк» в случае острой инфекции нижних дыхательных путей считается установленным: при определении растворимого антигена возбудителя в моче ИХА методом [1]. Согласно стандартам, утвержденным в России, для дифференциальной диагностики пневмококковой и легионеллезной пневмонии рекомендуется проводить быстрый тест, позволяющий в течение 15 минут определить антиген возбудителя в моче иммунохроматографическим методом [2,3].

**Методы:** Быстрые ИХА тесты Бинакс, производства Alere Inc., США, для определения антигена возбудителя в моче, зарегистрированы в РФ и рекомендованы к применению. Данные тесты позволяют выявлять антигены

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

*Legionella pneumophila* и *Streptococcus pneumoniae* в моче пациента. Они также предоставляют возможность определения пневмококковых менингитов при тестировании СМЖ. Метод основан на взаимодействии кроличьих антител к возбудителю, нанесенных на нитроцеллюлозную мембрану с растворимым антигеном возбудителя, выделяемым с мочой. Кроличьи антитела связаны с красителем, обеспечивающим визуализацию реакции. Состав набора Бинакс: 22 Тест-кассеты в форме открывающейся книжки (в герметичной упаковке из фольги), содержащие мембрану с нанесенными иммобилизованными в виде отдельных полосок кроличьими антителами к антигену возбудителя и контрольными антителами. Реагент А – 1 пластиковый флакон-капельница, 22 Тампона на палочке для отбора образца мочи Положительный контрольный тампон – содержит инактивированный антиген возбудителя, Отрицательный контрольный тампон. Для проведения теста тампон на палочке погружают в образец исследуемой мочи, вынимают и помещают в тест-кассету. Затем добавляют реагент А и закрывают тест-кассету. Результаты учитываются спустя 15 минут и интерпретируются по наличию или отсутствию визуально различимых окрашенных линий в окне результата и в окне контроля.

**Результаты:** Растворимый антиген выявляется в моче больных, начиная с 3-го дня болезни, и может быть обнаружен в течение

нескольких последующих месяцев (до 1 года). Чувствительность теста BinaxNOW® *Legionella Urinary Antigen* – 95%, специфичность – 95%. Чувствительность теста BinaxNOW® *Streptococcus pneumoniae Antigen* – 86%, специфичность – 94%. Антибиотикотерапия, начатая до проведения теста, не влияет на его результат.

Для выявления пневмоний, вызванных вирусами гриппа, могут быть использованы тесты BinaxNOW® *Influenza A & B*. Инфекции преимущественно с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризующиеся поражением верхних дыхательных путей, сегодня также могут быть успешно выявлены с помощью быстрых тестов. Для выявления стрептококка группы А в экстрагирующем растворе, полученном из мазка, взятого из зева в России рекомендован к использованию ИХА экспресс-тест BinaxNOW® *Strep A* [4].

**Заключение:** Использование экспресс-теста Бинакс для установления диагноза позволяет незамедлительно выбрать антибиотики узкого спектра и начать терапию с наиболее подходящего препарата. Тесты Бинакс одобрены FDA (Администрация по пищевым продуктам и лекарственным средствам США), и в настоящее время в более чем 90% случаев окончательного диагноза внебольничной пневмонии в мире устанавливается данным методом. Положительные результаты могут быть дополнены с помощью бактериологического метода.

**Dr. Drobchenko S.N., Dr. Rischuk S.V.**

## THE IDENTIFICATION OF CAUSATIVE AGENTS OF PNEUMONIA IN THE URINE OF PREGNANT

JSC «Biograd», NWSMU n. a. I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia.

**Summary:** A new method using immunochromatographic tests Binax allows you to quickly and reliably differentiate the causative agent of pneumonia in the urine of pregnant women and is crucial for the choice of tactics of etiotropic therapy. The method is part of the international standards for diagnosis, including the standard of WHO, and recommended in Russia for use



к.х.н. Дробченко С.Н., д.м.н. Марголин О.

## ЭКСПРЕСС – ТЕСТЫ ДЕТЕРМИН ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ВИЧ, ГЕПАТИТЫ, СИФИЛИС

ЗАО «Биоград», Санкт-Петербург, Россия, Alere Medical Co Ltd\*\*\*, Япония.

**Резюме:** Рассчитана прогностическая ценность положительного результата и отрицательного результата экспресс-тестов Determine HIV-1/2, Determine HBsAg и Determine Syphilis TP, описан первый экспресс-тест 4-го поколения Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo.

Для своевременного выявления ВИЧ – инфекции, гепатитов и сифилиса и проведения мероприятий по предотвращению вертикальной передачи инфекции важно использовать экспресс-тесты, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью. Согласно отчётам ВОЗ Determine™ HIV-1/2 (Alere, Япония) является одним из самых чувствительных, специфичных, надежных и удобных для считывания ИХА экспресс-тестов.

В данной работе, исходя из данных ВОЗ и Российских государственных испытаний, рассчитана прогностическая ценность положительного результата (PPV) и отрицательного результата (NPV) Determine™ HIV-1/2, Determine HBsAg и Determine Syphilis TP, описан первый экспресс-тест 4-го поколения Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo.

**Методы:** Экспресс-тесты Детермин разработаны Abbott на основе современных технологий, имеют встроенный контроль надлежащего проведения реакции, требует минимум навыков персонала. Тесты производятся на заводе в Японии корпорацией Alere. Огромный объем испытаний подтверждает высокую чувствительность, специфичность и надежность системы качества производителя. Тесты выпускаются в формате тест-карт, герметично упакованных в фольгу. Каждая тест-полоска упакована в легко снимаемую перед тестированием защитную фольгу. Одношаговая процедура при использовании сыворотки/плазмы крови, или двухшаговая процедура при использовании цельной крови позволяют визуально определить по наличию или отсутствию окрашенной полосы результат анализа через 15 мин, сохранность результата 60 минут. Отличительной особенностью тестов Детермин является использование конъюгата коллоидного селена. Выбор конъюгатов

на основе коллоидного селена обеспечивает лучшую окраску и устойчивость линий результата анализа по сравнению с использованием коллоидного золота в ИХА тестах других производителей.

**Результаты:** Испытания ВОЗ подтверждают 100% чувствительность и высокую специфичность 99,82% – сыворотка, плазма и 99,4% – цельная кровь теста Determine HIV-1/2 (WHO, HIV assays, Report 12,14,16); Determine HBsAg 100% / 99,95% (WHO, Hepatitis B surface antigen assays, Report 1); Determine Syphilis TP 100% / 100% (Laboratory-based evaluation of rapid syphilis diagnostics WHO/TDR 2003).

При 6,00% распространенности ВИЧ PPV 91,41%, NPV 100% теста Determine HIV-1/2, указано в отчете ВОЗ. Для 1% распространенности ВИЧ, которая наблюдается в 2013 году во многих регионах России, PPV и NPV рассчитаны по формуле, используемой ВОЗ, и составили 84,88% и 100%. При 10% распространенности гепатита В PPV и NPV теста Determine HBsAg составляют 94,8% и 99,9% (отчет ВОЗ) и при распространенности 5% – 89,7% и 99,9% соответственно. Тест Determine™ Syphilis TP, обладая высокой чувствительностью и специфичностью, получил лучший результат (7,5 из 10) среди всех испытанных ВОЗ экспресс-тестов за простоту использования, интерпретации и стабильность результатов. Результаты Российских государственных испытаний (Отчет МЗРФ от 22.03.04, таблицы 21–24) подтвердили 100% чувствительность экспресс-теста Determine HIV-1/2 на панелях СОС 42-28-212-02П и 42-28-216-02 (Россия) и 100% специфичность (СОС 42-28-214-02П, Россия). Determine HIV-1/2 выявляет антитела к ВИЧ с 10 образца сероконверсионной панели HIV 9017 (BCR, США), незначительно отставая от ИФА тестов Murex HIV-1,2,0 (Абботт) и УниБест-ВИЧ-1,2Ат (Вектор-Бест).

Для выявления ранней стадии инфицирования компанией Alere были разработаны инновационные тесты на ВИЧ 4-го поколения – экспресс-тест Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo, позволяющие определять наличие как

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

антител, так и антигена p24 ВИЧ. На панели ВСП тест Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo сначала определял наличие антигена p24, при этом полоса антигена выявлялась слабой, затем интенсивность полосы антигена росла (15,16 образец) и, начиная с 16 образца, появлялась слабая полоса антител. Далее интенсивность полосы антител возрастала, а полоса антигена исчезала полностью. Тесты 3-го поколения определяли ВИЧ, начиная с 16 образца, когда появлялась слабая полоса антител.

Экспресс-тест Тест Determine HBsAg показал лучшие результаты среди всех ИХА тестов, испытанных ВОЗ, при выявлении ранних сывороток сероконверсионной панели PHM901 (BVI, США), выявил образцы те же, что ИФА референс-тест Нераностика HBsAg Uni-Form (Organon) и лишь на 1 образец отставал от референс ИФА Monolisa Ag HBs Plus (Bio-Rad). Тесты Детермин зарегистрированы Росздравнадзором, имеют CE-марку, разрешены

FDA для использования в США. По результатам испытаний и инспекций производства включены в список преквалифицированных диагностических продуктов ВОЗ. Поставляется в рамках программ ВОЗ, ЮНИСЕФ, Глобального Фонда. 56% от объема закупок Глобального фонда и 87% закупок ВОЗ составляют экспресс-тесты Determine™ HIV-1/2 (выявляют антитела к ВИЧ) и Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo (выявляют антитела и антиген p24).

**Выводы:** Экспресс-тесты Детермин обладают высокой чувствительностью, специфичностью, характеризуются простотой постановки анализа, легкостью интерпретации и стабильностью результата. Высокое значение PPV тестов Determine позволяет быть уверенным в полученном положительном результате и избежать неоправданного назначения терапии для профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

**Dr. Drobchenko S.N., MD Margolin O.**

## RAPID TESTS DETERMINE FOR SCREENING PREGNANT FOR HIV, HEPATITIS, SYPHILIS

JSC «Biograd», St. Petersburg, Russia, Alere Medical Co Ltd, Japan

**Summary:** Calculated the PPV and NPV rapid test Determine HIV-1/2, Determine HBsAg and Determine Syphilis TP, describes the first rapid

test 4th generation Determine HIV-1/2 Ag / Ab Combo.

**Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Давыдова А.А., Аникин С.С.**

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СО СПАЕЧНЫМ ПРОЦЕССОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии  
Кафедра патологической анатомии с секционным курсом  
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского» г. Симферополь, Республика Крым, Россия

Увеличение объема ПЖ в случае 1–2 стадии СП в 1,8 раза и в 3,0 раза при 3–4 стадии

является проявлением экссудативной фазы воспалительного процесса и подтверждает

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

роль ПЖ в формировании спаек. С увеличением распространенности СП наблюдается достоверное увеличение содержания провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  в ПЖ, что свидетельствует о значительном проинфламаторном сдвиге, при этом ПЖ играет значительную роль в его формировании.

Спаечный процесс, как уже доказано, является результатом срыва нормального течения воспалительно-репаративных процессов, о чем могут свидетельствовать факторы местной резистентности (фагоцитарная активность нейтрофилов, макрофагов, цитокинов, и другие). Кроме того, цитокины регулируют функциональную активность фибробластов, которые являются клетками эдгекторами при построении соединительнотканых спаек.

Существуют данные, свидетельствующие о значительном росте содержания ИЛ-1 и ИЛ-8 в перитонеальной жидкости (ПЖ) и повышении уровня продукции этих цитокинов перитонеальными макрофагами у пациенток с острыми воспалительными гинекологическими заболеваниями. Повышенная продукция ИЛ-1 и ФНО- $\alpha$  в случае воспаления инфекционной или травматического природы коррелирует с ростом количества и тяжести спаек. В отличие от ИЛ-1 и ФНО- $\alpha$ , о роли ИЛ-6 в процессе спайкообразования существуют противоречивые данные. Некоторые авторы считают, что ИЛ-6 участвует в формировании спаек, проявляя свойства провоспалительных цитокинов. По мнению других исследователей, его концентрация не коррелирует с наличием и распространенностью спаечного процесса (СП).

Наличие подобных противоречий указывает на то, что вопросы адгезиогенеза остаются до сих пор предметом научных дискуссий.

Целью данного исследования было изучение ограниченного цитокинового профиля (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ ) в ПЖ у пациенток со СП органов малого таза (ОМТ) в зависимости от его распространения. В исследование были включены 67 пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза, верифицированным при лапароскопии: из них 31 пациентка с 1–2 стадией спаечного процесса, 36 – с 3–4 стадией распространенности процесса, составившие основную группу. Контрольную группу составили 30 пациенток без гинекологической патологии, которым была проведена

добровольная хирургическая стерилизация согласно действующих нормативных актов.

Объем ПЖ у женщин со СП ОМТ в среднем составил  $18 \pm 3,8$  мл при 1–2 стадии спаечного процесса, и  $30 \pm 4,5$  мл – при 3–4 стадии, в контрольной группе –  $8,2 \pm 1,6$  мл. По данным литературы, в норме объем ПЖ составляет в 1 фазу менструального цикла 7–8 мл, во вторую фазу – 13–18 мл. На основании полученных данных можно сделать вывод, что увеличение объема ПЖ в случае СП является проявлением экссудативной фазы воспалительного процесса и подтверждает ее роль в формировании спаек.

У пациенток с 3–4 стадией СП содержание ИЛ-1 в ПЖ было более чем в 1,5 раза выше по сравнению с 1–2 стадией распространенности заболевания ( $275,6 \pm 56,3$  пг/мл и  $186,3 \pm 32,6$  пг/мл, соответственно) и контрольной группой –  $19,3 \pm 3,8$  пг/мл. Такая динамика продукции ИЛ-1 может указывать на большую активацию гуморального иммунного ответа в случае распространенных форм СП ОМТ.

Исследование уровня ИЛ-2 в ПЖ также определило высокое его содержание у пациенток с 3–4 стадиями СП –  $241,8 \pm 37,5$  пг/мл, достоверно превышающее уровень ИЛ-2 в ПЖ женщин с 1–2 стадией распространенности СП и в контрольной группе ( $150,7 \pm 18,3$  пг/мл и  $20,2 \pm 2,3$  пг/мл, соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Во время исследования уровня ИЛ-6 в ПЖ также было обнаружено высокое его содержание у пациенток с 3–4 стадиями СП –  $710,1 \pm 20,8$  пг/мл, достоверно превышающее уровень ИЛ-6 в ПЖ женщин с 1–2 стадией распространенности спаек и в контрольной группе ( $114,9 \pm 19,2$  пг/мл и  $23,4 \pm 3,7$  пг/мл, соответственно) ( $p < 0,05$ ). Полученные данные свидетельствуют об увеличении активности воспалительного процесса в случае 3–4 стадий СП в малом тазу.

Содержание ФНО- $\alpha$  в ПЖ был достоверно выше у женщин основной группы, при 1–2 стадии СП –  $9,4 \pm 5,1$  пг/мл и  $27,8 \pm 3,1$  пг/мл в случае его распространенных форм ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе диагностически значимых уровней ФНО- $\alpha$  выявлено не было.

Проведенные исследования содержания провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  в ПЖ показали, что их уровни оказались достоверно выше у женщин с распространенными стадиями спаечного процесса и наименьшими – в контрольной группе.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

На основании проведенных нами исследований можно сделать вывод, что с увеличением стадии спаечного процесса наблюдается значительный проинфламаторный сдвиг, при этом ПЖ играет значительную роль в его формировании.

Определение уровней провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ) в ПЖ у пациенток репродуктивного возраста со СП ОМТ может оказать существенную помощь в прогнозировании его образования и рецидива.

**Rybalka A.N., Sulima A.N., Davydova A.A., Anikin S.S.**

## INVESTIGATION OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES' PROFILES IN PERITONEAL FLUID AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH PELVIC ADHESIVE PROCESS

Increasing of peritoneal fluid (PF) volume at 1–2 stage of adhesive process in 1.8 times and in 3.0 times in its 3–4 stage is a manifestation of exudative phase of the inflammatory process and confirming the role of PF in the adhesions formation. A significant increasing

of proinflammatory cytokines IL-1, IL-2, IL-6 and TNF- $\alpha$  in PF is observed with the increasing of adhesive process spreading, indicating a significant proinflammatory shift, while PF plays a significant role in its formation.

**Шатунова Е.П., Нестеренко С.А., Степанова Ю.В., Шишкина А.А.**

## ПРИМЕНЕНИЕ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Россия, г. Самара, ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Кафедра акушерства и гинекологии ИПО, Клиники СамГМУ

**Резюме.** Изучены клинические данные, цитокиновый профиль, показатели качества жизни и результаты лечения у 100 пациенток с хроническими сальпингоофоритами. Гравитационная терапия проводилась 30 женщинам наряду с традиционным лечением. Применение гравитационной терапии в комплексном лечении способствовало более быстрому купированию болевого синдрома, улучшению качества жизни, нормализации цитокинового профиля крови.

**Актуальность.** Воспалительные заболевания придатков матки (ВЗПМ) остаются одной из важнейших проблем в гинекологии.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов терапии путем применения в комплексном лечении данной патологии гравитационной терапии.

Материал и методы исследования. Изучены клинические данные, цитокиновый профиль, показатели качества жизни и результаты лечения у 100 пациенток с хроническими ВЗПМ. Группу контроля составили 70 пациенток, которые получали традиционную терапию (антибактериальную, дезинтоксикационную, иммуномодуляторы), основную группу – 30 женщин, которым, наряду с традиционным лечением, проводилась гравитационная терапия. Курс гравитационной терапии составил 7 сеансов, частота вращений – 36 оборотов в минуту в течение 10 минут. Для моделирования гипергравитации в клинической практике мы использовали специальный стенд, представляющий собой центрифугу короткого радиуса (Левашов Н.В., 1986; Галкин Р.А. и соавт., 1997). Пациентка располагалась на ложементе центрифуги в горизонтальном направлении так,

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

что голова находилась на оси вращения, а ноги – на периферии. При этом происходило перераспределение циркулирующей крови, с преимущественным ее депонированием в ногах и органах малого таза, в результате чего улучшался периферический кровоток (Макаров И.В., 2004).

**Результаты исследования.** Применение гравитационной терапии в комплексном лечении ВЗПМ способствовало более быстрому купированию болевого синдрома (в среднем на  $2,9 \pm 0,2$ -е сутки и на  $7,8 \pm 0,3$ -е сутки в группе контроля ( $p < 0,05$ )). Нормализация температуры тела наблюдалась в среднем на  $3,1 \pm 0,4$ -е сутки, а в группе контроля – на  $4,8 \pm 0,6$ -е сутки ( $p < 0,05$ ). Средний койко-день в стационаре женщин основной группы составил  $11,4 \pm 0,5$  дня, (группа контроля –  $10,7 \pm 0,3$  дня). При исследовании показателей качества жизни больных выявлены различия в группах по шкалам «энергичность» ( $27,6 \pm 3,42$  в основной и  $32,4 \pm 1,59$  в контрольной группе), «болевые ощущения» ( $13,4 \pm 1,20$  в основной и  $18,3 \pm 1,97$  в контрольной группе) и «эмоциональные реакции» ( $14,3 \pm 2,83$  в основной и  $18,6 \pm 2,42$  в контрольной группе). Через месяц

после окончания лечения положительные сдвиги были более значительными у пациенток основной группы, также появилось выраженное улучшение по шкале «сон» ( $9,8 \pm 1,89$  в основной группе и  $16,8 \pm 2,54$  в контрольной группе). Иммунологические исследования подтвердили, что комплексное лечение, включающее гравитационную терапию, способствует снижению спонтанной продукции цитокинов IL-1 $\beta$  в 2,3 раза, IL-6 – в 1,3 раза, индуцированной продукции IL-1 $\beta$  – в 2,0 раза и повышению количества HLA-DR+ моноцитов крови на 25,2%, что отражает возрастание функциональной активности иммунокомпетентных клеток. В группе женщин, получавших базисную терапию, значимых изменений иммунного статуса не выявлено.

**Заключение.** Применение гравитационной терапии в комплексном лечении ВЗПМ является эффективным методом лечения, позволяющим добиться более выраженного противовоспалительного, анальгетического эффектов, уменьшить медикаментозную нагрузку на организм, значительно повысить качество жизни данной категории больных.

**Shatunova E.P., Nesterenko S.A., Stepanova Y.V., Shishkina A.A.**

## APPLICATION OF GRAVITATIONAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES APPENDAGES OF THE UTERUS

Russia, Samara, Samara State Medical University  
Department of Obstetrics and Gynecology

The clinical data, cytokine profile, quality of life and treatment outcomes parameters in 100 patients with chronic salpingoophoritis. Gravitational therapy was in 30 women, along with the traditional treatment. The use of gravitational therapy in treatment contributed to a more rapid relief of pain and improve quality of life, normalization of blood cytokine profile.

**Комарова А.Н., Курякова И.Е.**

## ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ПРИНИМАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул.  
Барнаул, Россия

Менопаузальная гормональная терапия является единственным эффективным способом лечения климактерического синдрома. Но существуют определенные ограничения для применения данных препаратов, в частности у женщин с патологией молочной железы, особенно у имеющих высокие показатели маммографической плотности. Данной группе пациенток может быть рекомендовано ультразвуковое исследование для контроля состояния молочных желез.

Климактерический синдром значительно ухудшает качество жизни женщины, делая ее в некоторых случаях нетрудоспособной. Менопаузальная гормональная терапия является единственным эффективным способом лечения данной патологии. Но существуют определенные ограничения для применения данных препаратов, в частности у женщин с патологией молочной железы.

**Цель исследования:** Изучить возможности различных методов диагностики состояния молочных желез у женщин с климактерическим синдромом длительно принимающих менопаузальную гормональную терапию.

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с поставленной задачей с 2010 по 2015 гг. было проведено комплексное исследование состояния молочных желез у 114 женщин, использующих менопаузальную гормональную терапию. Возраст женщин составил от 43 до 60 лет, у 18 из них были множественные узловые образования (фиброаденомы) размером не более 16 мм.

Программа обследования пациенток включала общеклиническое и гинекологическое обследование, оценку гормонального статуса, УЗИ органов малого таза и молочных желез, рентгенмаммографию.

Все больные с целью коррекции климактерического синдрома получали препарат эстрадиол/дидрогестерон (фемостон) в различных

режимах дозирования. Все женщины на фоне приема МГТ констатировали купирование вазомоторных симптомов.

Пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от типа строения молочной железы по системе BI-RADS (A, B, C, D). Наименьшая маммографическая плотность наблюдалась в группе «А», наибольшая – «D»

**Результаты исследования:** При контрольном исследовании состояния молочных желез через 6 месяцев от начала использования препарата у 88,9% женщин группы «D» по данным ультразвукового исследования молочных желез было выявлено увеличение толщины фиброглангулярной зоны на 12,3%. У пациенток группы «А», на фоне приема менопаузальной гормональной терапии увеличение объема железистой ткани по данным ультразвукового исследования впервые 6 месяцев приема препарата было только у 9,6% женщин и составил 5,3% от начальных значений. У женщин группы «B» увеличение объема железистой ткани наблюдалась у 22,2% женщин прирост объема ткани при этом составил 8,7%. У пациенток группы «C» увеличение объема железистой ткани наблюдалось у 68,9% увеличение толщины фиброглангулярной зоны составило 10,7% от начальных значений

После 9 месяцев приема заместительной гормональной терапии отмечена стабилизация гиперпластических процессов в молочных железах у женщин всех групп, увеличение объема ткани не наблюдалось. В группе «А» состояние железистой ткани у всех женщин вернулось к исходным значениям. В группе «B» и «C» увеличенный объем ткани наблюдался у 14,8 и 20,7% соответственно. В группе «D» увеличенный объем сохранялся у 32,3% женщин.

При контрольной маммографии через 1 год от начала приема препарата состояние молочных желез было стабильным. Только у женщин

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

группы «С» и «D» сохранялась гиперплазия железистой ткани в 6,8% и 19,3% случаев соответственно.

При динамическом наблюдении за множественными фиброаденомами всем женщинам ежегодно проводилась пункционная биопсия образований в молочных железах под контролем УЗИ с цитологическим исследованием. В 1 случае (0,8%) была выявлена атипичная гиперплазия. Этой пациентке гормональный препарат был отменен и проведено оперативное лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. В 2 случаях (1,6%) выявлен незначительный рост образований молочных желез в пределах 6% от первоначального объема. Было принято решение о дальнейшем наблюдении. Через 1 год приема МГТ отмечена стабилизация процесса. Дальнейших

отрицательных изменений в течение 4-х лет наблюдений не выявлено.

Таким образом, у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией при применении менопаузальной гормональной терапии в первые месяцы может наблюдаться выраженная гиперплазия железистой ткани, особенно у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией преобладанием железистого компонента. В связи с данной тенденцией методом выбора контроля за состоянием молочных желез на фоне МГТ может быть рекомендован ультразвуковой маммография. У женщин имеющих доброкачественные образования в молочной железе на фоне получаемой терапии не наблюдалось ухудшение состояния. Наличие патологии молочной железы не является противопоказанием для назначения гормональной терапии.

**Комаров А.Н., Куракова И.Е.**

## THE POSSIBILITIES OF DIFFERENT METHODS OF THE DIAGNOSTICS OF LACTEAL GLANDS IN WOMEN RECEIVING MENOPAUSAL HORMONE THERAPY

Branch hospital at the Barnaul station.  
Barnaul, Russia

Menopausal hormone therapy is the only effective treatment for menopausal symptoms. But there are certain limitations to the use of these drugs, particularly in women with breast

pathology, especially in women who are able to high rates of breast density. This group of patients may be recommended ultrasound to monitor the state of the mammary glands.

**Сюсюка В.Г., Островский А.И., Разыграева М.А.**

## РОЛЬ СКРИНИНГОВОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии  
Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

В структуре гинекологической патологии гиперпластические процессы эндометрия занимают одно из ведущих мест, а также они являются предшественником злокачественных образований слизистой оболочки матки [Слукина Т.В. и соавт., 2008]. Гиперплазию эндометрия диагностируют у 15–40% женщин

позднего репродуктивного и перименопаузального возраста [Сидорова, И.С. и соавт., 2006; Чернобровкина А.Е. 2011]. Специфика диагностики гиперпластических процессов прежде всего состоит в том, что ее невозможно выявить достоверно во время гинекологического осмотра. Использование эхоскопии дает

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

возможность дифференцировать внутриматочную патологию без хирургической интервенции [Кулакова В.И. и соавт. 2009; Лысенко О.В. 2012], но главным основанием для постановки такого диагноза может быть только заключение патогистологического исследования (ПГИ). Тем не менее, ультразвуковая диагностика имеет достаточно большие недостатки и зависит от многих факторов, начиная от дня менструального цикла женщины, класса аппаратуры до квалификации врача [Дедов И.И. и др., 2001]. Гистероскопия, как следующий этап в уточнении диагноза гиперплазии эндометрия (ГЭ), сегодня является «золотым стандартом» среди инвазивных методик. Основное ее преимущество в возможности прицельной диагностики с получением информативного патогистологического исследования [Губченко М.А. и соавт., 2010].

**Цель исследования:** на основании комплексного обследования женщин дать оценку значимости функциональных методов исследования в диагностике патологии эндометрия.

Проведено комплексное обследование 25 женщин в возрасте от 22 до 65 лет, которые по данным ультразвукового исследования (УЗИ) (V-датчик) имели признаки гиперпластического процесса эндометрия.

Большая часть пациенток, а именно 80%, были в возрасте от 30 до 45 лет. Средний возраст составил 37, 26 лет. У 92 % пациенток жалобы отсутствовали, только 4% указывали на тянущие боли внизу живота или на незначительные кровянистые выделения из половых путей. У 60% в анамнезе были искусственные аборты, а у 12% – самопроизвольные. Из рожавших к моменту исследования 84% пациенток, более половины (52%) рожали однократно. Бесплодие наблюдалось у 8%.

У 18 женщин (74 %) исследование проводилось в I фазу менструального цикла, у 12% во II фазу, у трех женщин (3 %) – в связи

с нарушением менструального цикла (НМЦ) и одна женщина (4%) была в менопаузе. Толщина эндометрия (М-эхо) варьировала от 7 до 19 мм и в ее структуре имела место неоднородность. Сопоставление фазы и дня менструального цикла во время проведения УЗИ не позволила установить корреляционную связь вышеупомянутых показателей. По результатам ПГИ, после проведенной гистероскопии, неатипическая ГЭ была выявлена у 84%. Больше чем у половины (57,1%) установлена только ГЭ. В других случаях она сочеталась с лейомиомой матки и эндометриозом (19%), полипом с эндометриозом (14%), полипом эндометрия или полипом цервикального канала (по 4,7%).

Полное соответствие заключений УЗИ и ПГИ было только у 40% (10 женщин). Самая большая сложность в диагностике гиперпластических процессов связана с необходимостью дифференцировать диффузный и очаговый гиперпластический процесс эндометрия (20% пациенток). У трех женщин (12%) по данным эхоскопии не диагностировали лейомиому матки, а у 8% эндометрий в состоянии пролиферации принят за ГЭ. Следует отметить, что у одной пациентки (4%) с УЗИ признаками гиперпластического процесса эндометрия, верифицирована карцинома эндометрия.

#### **Выводы.**

Проведенное исследование позволило установить расхождение заключений ультразвуковой диагностики и дальнейшего ПГИ у 40% пациенток. Однако, сложность в дифференцировке диффузного и очагового гиперпластического процесса эндометрия, как наиболее частого ошибочного заключения, не влияет на дальнейшую тактику в верификации диагноза. При этом не следует забывать, что заключение ультразвуковой диагностики зависит от многих технических факторов, в том числе и субъективного.

**Susuka V.G., Ostrovski A.I., Razigraeva M.A.**

## ROLE OF SCREENING ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN THE ASSESSMENT OF ENDOMETRIAL

Department of obstetrics and gynecology Zaporozhye state medical University

Based on a comprehensive survey of 25 women with abnormal endometrial findings set

discrepancy ultrasound diagnosis and further histopathological examination in 40% of patients.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

However, the difficulty in the differentiation of diffuse and focal hyperplasia of the endometrium is the most frequent erroneous conclusion, does not affect the further tactics to verify the diagnosis.

At the same time we should not forget that the conclusion of an ultrasonic diagnosis depends on many technical factors, including subjective.

**Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Смирнов А.А., Шахламова М.Н., Ли А.Б., Лебедев В.А., Богачева Г.А.**

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Интерес клиницистов к апоплексии яичника (АЯ) обусловлен высокой частотой в структуре ургентной гинекологической патологии, склонностью к рецидивирующему течению и отсутствием эффективных методов профилактики. АЯ чаще встречается среди женщин до 35 лет, у большинства из которых не реализована репродуктивная функция. После хирургического лечения АЯ возрастает риск спаечного процесса в полости малого таза и бесплодия. Согласно имеющимся данным, в результате хирургической травмы нарушается кровоснабжение яичников, а применение высоких энергий с целью гемостаза оказывает повреждающее воздействие на фолликулярный аппарат.

**Цель:** изучить особенности ультразвуковой картины органов малого таза в остром периоде АЯ и в различные сроки после операции. Обследовано 60 больных (ср. возраст – 24,13±0,33 лет) с анемической формой АЯ, которым выполнена эндохирургическая цистэктомия/энуклеация желтого тела и гемостаз с применением биполярной коагуляции. Обследование включало: клиничко-anamnestическое исследование, иммуногистохимическое изучение кист/желтых тел с применением антител к сосудисто-эндотелиальному фактору роста (СЭФР), его рецепторам, CD34, определение уровня СЭФР в сыворотке крови (иммуноферментный анализ). Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза проводили всем больным в остром периоде АЯ, на 5–7 сутки после операции, через 1, 3 и 6 месяцев (в 1 и 2 фазе цикла).

Эхографическими критериями анемической формы АЯ являлись: визуализация

«спавшейся» кистозной полости или желтого тела и наличие в полости малого таза свободной жидкости с характерной мелкодисперсной взвесью. На 5–7 сутки после операции средний объем оперированного яичника в результате хирургической травмы превышал размеры интактного ( $9,99 \pm 0,7$  см<sup>3</sup> и  $7,97 \pm 0,52$  см<sup>3</sup> соответственно). Признаки «инфильтрации» ткани оперированного яичника в виде гиперэхогенной зоны с нечеткими контурами выявлены у 76,19% больных. Через месяц после операции «инфильтрация» овариальной ткани сохранялась у каждой третьей больной (31,11%), а через 3 месяца – отсутствовала у всех женщин. Анализ результатов динамического УЗИ показал, что уменьшение объема оперированного яичника происходило до 3-го месяца после операции. Выявлена положительная корреляция между объемом оперированного яичника через 3 месяца после хирургического вмешательства и содержанием СЭФР в сыворотке крови в остром периоде АЯ ( $r=0,66$ ,  $p=0,008$ ). Через 6 месяцев средний объем оперированного яичника составил  $5,78 \pm 0,54$  см<sup>3</sup> и достоверно не отличался от такового через 3 месяца ( $5,67 \pm 0,57$  см<sup>3</sup>). Число фолликулов в оперированном и здоровом яичниках у всех женщин в разные сроки после хирургического вмешательства соответствовало нормальному фолликулярному запасу, а размеры интактного яичника и матки не отличались от нормативных показателей для женщин репродуктивного возраста.

Ультразвуковые признаки овуляции через 1 месяц после операции выявлены у 63,83% больных, через 3 месяца – у 80% женщин

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

(у 10% – овуляция отсутствовала на фоне приема КОК) и через 6 месяцев – у 96,55% больных. Установлено, что увеличение средней площади сосудов в желтых телах у больных с АЯ коррелировало с низкой вероятностью восстановления овуляции через 1 месяц после операции ( $r=-0,73$ ,  $p=0,016$ ), что, по-видимому, связано с более выраженной хирургической травмой яичника вследствие повышенной кровоточивости овариальной ткани, потребовавшей дополнительной коагуляции. Формирование кисты желтого тела с кровоизлиянием в полость (рецидив болевой формы АЯ) наблюдали у 44,0% больных, причем у 22% – заболевание рецидивировало в первом цикле после операции. Только у 4,0% больных выполнено экстренное хирургическое вмешательство по поводу анемической формы АЯ. При динамическом наблюдении у 21,27% пациенток выявлены фолликулярные кисты яичников: у 12,77% – через 1 месяц после операции, в 10%

– через 3 месяца и в 3,23% – через 6 месяцев. Анализ результатов показал отсутствие достоверного влияния вида гормональной терапии (КОК, прогестагены) на изменение объема оперированного яичника, сроки восстановления овуляции и вероятность рецидива АЯ.

Таким образом, в течение первых месяцев в оперированном яичнике регрессируют последствия хирургической травмы и, поэтому, объем яичников и их фолликулярный запас следует оценивать не ранее, чем через 3 месяца после операции.

**Резюме:** Получены данные о важности динамического УЗИ после хирургического лечения АЯ. Проведенное исследование позволило установить сроки исчезновения признаков инфильтрации овариальной ткани и нормализацию объема оперированного яичника, а также сроки восстановления овуляции и частоту рецидивов АЯ.

**Strizhakov A.N., Pirogov M.N., Smirnov A.A., Salamova M.N., Lee, A.B., Lebedev V.A., Bogacheva A.G.**

## THE CLINICAL VALUE OF ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS AND DYNAMIC OBSERVATION IN OVARIAN APOPLEXY

Russia, Moscow, First MSMU n. a. I.M. Sechenov.

There is evidence of the importance of dynamic ultrasound after surgical treatment of ovarian apoplexy. The study allowed to establish the terms of disappearance of infiltration signs of ovarian tissue and normalization of the volume operated ovary, as well as the timing of reversal of ovulation and the recurrence rate of ovarian apoplexy.



## ГЛАВА / CHAPTER 4:

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
В ГИНЕКОЛОГИИ  
ONCOLOGICAL DISEASES IN GYNECOLOGY

Оводенко Д.Л., Хабас Г.Н., Кушлинский Д.Н., Санникова М.В., Макарова А.С., Коршунов А.А.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Россия, г. Москва, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Резюме.** Описаны результаты хирургического этапа лечения 52 пациенток с раком шейки матки с использованием лапароскопического доступа. При удовлетворительных онкологических результатах радикальности отмечено снижение длительности госпитализации пациенток, объема кровопотери. Интра- и ранних послеоперационных осложнений отмечено не было.

**Актуальность:** требованиями сегодняшнего дня в хирургии являются внедрение лапароскопических операций практически во все области хирургии. Лапароскопический доступ имеет целый ряд существенных преимуществ перед традиционным: косметический результат, небольшой срок госпитализации, незначительный болевой синдром после операции, быстрая реабилитация, возможность тотальной ревизии брюшной полости. Однако в онкологии до сегодняшнего дня эндоскопическая хирургия не нашла широкого применения, большинство отечественных онкогинекологов негативно относятся к лапароскопии при лечении рака шейки матки. Основным условием при этом матки является применение онкологических принципов, используемых при открытых вмешательствах.

**Цель работы:** оценить непосредственные результаты лапароскопических операций у больных раком шейки матки.

**Материалы и методы:** в отделении инновационной онкологии и гинекологии ФГБУ НЦАГиП проводится хирургический этап лечения пациенток со злокачественными новообразованиями шейки матки лапароскопическим доступом. За 4 года нами выполнено 76 операций по поводу злокачественных новообразований шейки матки ст Ia2 – IIb (FIGO 2009), из них 68 операций в объеме радикальной гистерэктомии Piver III (тип C1–C2 по классификации Querleu-Morrow), а также 8 операций в объеме Piver II (тип B). 52 (76,5%) пациентки были прооперированы с использованием лапароскопического доступа.

**Результаты:** количество удаленных тазовых лимфоузлов составило  $10,2 \pm 2,4$  с каждой стороны в группе пациенток, пролеченных лапароскопическим и лапаротомным доступом без каких-либо различий. Длина удаленных крестцово-маточных и кардинальных связок составила  $5,3 \pm 1,1$  см, влагалищная манжета  $3,0 \pm 0,5$  см, эти показатели также не отличались в зависимости от использованного оперативного доступа.

Продолжительность хирургического вмешательства, произведенного лапароскопическим доступом, составила  $285,5 \pm 13,0$  мин, при лапаротомии этот показатель оказался  $188,6 \pm 30,7$  мин, т.е. при лапароскопии длительность операции была достоверно выше ( $p=0,00001$ ). Однако лапароскопический доступ

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

сопровождался меньшим объемом кровопотери, которая составила  $145,0 \pm 28,3$  мл, при лапаротомии –  $310 \pm 82,8$  мл ( $p=0,000012$ ). Также достоверно короче была продолжительность госпитализации ( $8,7 \pm 1,3$  койко-дня при лапароскопии и  $14,2 \pm 1,9$  при лапаротомии ( $p=0,000001$ )).

Из осложнений отмечены следующие: образование лимфокист – 2 пациентки (1 – у пациентки, оперированной посредством лапароскопического доступа (1,9%), 1 – лапаротомического (4,2%)); атония мочевого пузыря – у 39 (75%) и 15 (62,5) пациенток соответственно.

Таким образом, по нашим данным, лапароскопические операции при раке шейки матки не уступают традиционным по показателям

онкологической радикальности, с сохранением преимуществ малоинвазивного доступа, в том числе быстрой реабилитации, что дает возможность, при необходимости, более раннего начала адъювантной терапии. Безусловно, необходимо дальнейшее накопление и последующий тщательный анализ клинического материала по этому вопросу, изучение отдаленных результатов лечения пациенток. Одно из неперемных условий дальнейших клинических исследований – применение лапароскопии в онкогинекологии должно осуществляться со строгим соблюдением принципов абластики и онкологической радикальности и в соответствии с существующими стандартами применения адъювантных и неоадъювантных методов терапии.

**Ovodenko D.L., Habas G.N., Kushlinsky D.N., Sannikov V.M., Makarova A.S., Korshunov A.A.**

## LAPAROSCOPY IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Resume.** Minimally invasive surgery is one of the newest and most exciting areas of development in practical medicine. This field shows tremendous potential to increase therapeutic benefit while minimizing some of the painful or dangerous side effects of surgical interventions. In this

article direct results of treatment of patients with cervical cancer by laparoscopic access are shown. Among laparoscopic procedures in 52 patients operations were successfully performed as plane. There were no serious early or late postoperative complications.

**Набиева Ф.С.**

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан

**Цель.** Оценить влияние разработанной комплексной программы восстановительного

лечения на качество жизни онкогинекологических больных после противоопухолевой терапии.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Материалы и методы.** В исследование было включено 83 больных раком тела и шейки матки, которые были разделены на 2 группы. Основную (I) группу составили 43 больные раком тела и шейки матки Ib–IIb стадий репродуктивного возраста, которым в сроки от 3 до 6 мес после завершения противоопухолевого лечения был проведен разработанный комплекс реабилитационных мероприятий. Контрольную группу (II) составили 40 женщин репродуктивного возраста, больных раком тела и шейки матки Ib–IIb стадий, которым после завершения противоопухолевого лечения реабилитационные мероприятия не проводились. Все пациентки получили стандартное противоопухолевое лечение в зависимости от локализации, стадии процесса, гистологического варианта опухоли. Оценка выраженности климактерических нарушений осуществлялась с помощью шкалы менопаузальных расстройств Куппермана в модификации Е.В. Уваровой, анализ эмоциональных нарушений проводился с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), качества жизни – с помощью шкалы качества жизни EORTC QLQ 30 со специальным модулем для онкогинекологических больных EORTC QLQ 28 до и после лечения и каждые 3 мес диспансерного наблюдения. Оценка гормонального гомеостаза проведена 38 женщинам основной группы.

**Результаты.** В результате проведения противоопухолевого лечения у всех пациенток основной и контрольной группы наблюдалось развитие постовариэктомического синдрома (ПОЭС), преобладающими проявлениями которого у всех больных были нейровегетативные нарушения легкой степени тяжести, которые наблюдались в основной группе в 62,8%, в контрольной – в 62,5% случаев. Оценка эффективности разработанной программы восстановительного лечения показала, что у больных I группы в результате проведения реабилитационных мероприятий наблюдается статистически значимое снижение уровня нейровегетативных расстройств на 22,5%, уровня тревоги – на 30,2%, а также тенденция к снижению уровня депрессии – на 13,6% в сроки от 3 до 6 мес. после их завершения. При анализе параметров КЖ выявлено, что восстановительное лечение способствовало статистически значимому повышению уровня эмоционального (на 16,7%) и социального функционирования (на 12,4%), а также тенденции к росту

общего уровня здоровья и физического функционирования у пациенток основной группы по сравнению с контрольной в сроки до 6 мес. после завершения восстановительного лечения, что обусловлено снижением нейровегетативных проявлений ПОЭС. В результате отмечалось повышение работоспособности, снижение выраженности эмоциональных нарушений, обуславливающее эмоциональную устойчивость и повышающее возможности социальной адаптации пациентки как в семье, так и в рабочем коллективе. К 12-у мес. отмечается повышение исследуемых показателей практически до исходных значений, что, вероятно, обусловлено длительностью последствия природных и преформированных физических факторов и определяет сроки проведения повторных курсов восстановительного лечения. Анализ гормонального гомеостаза у молодых больных гинекологическим раком через 3 мес после проведения восстановительного лечения выявил статистически значимое повышение уровня эстрадиола в периферической крови с 47,2 до 71,6 нг/мл (норма для постменопаузы <80 нг/мл, IMS, 2008), в то время как уровень гонадотропных гормонов оставался практически неизменным, что, возможно, связано с активацией внегонадного синтеза эстрогенов (в надпочечниках) в результате нормализации деятельности центральной и вегетативной нервной системы, «вывода» пациентки из состояния хронического стресса и активации процессов адаптации к новым условиям функционирования. Важным аспектом проведения реабилитационных мероприятий является оценка социально-экономической эффективности восстановительного лечения. У пациенток основной группы отмечено статистически значимое повышение коэффициента «трудовой реабилитации» с 69,8 до 83,7%, при этом у больных, не получавших восстановительное лечение, этот показатель практически не изменился. Анализ влияния разработанного комплекса восстановительного лечения на отдаленные результаты противоопухолевого лечения не выявил статистически значимых различий среди этих показателей у больных сравниваемых групп. Уровень общей 2-летней выживаемости составил в основной и контрольной группах – 93% и 92,5%, 2-летней безрецидивной выживаемости – 88,4% и 90% соответственно.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Выводы.** Таким образом, после проведения противоопухолевой терапии у молодых онкогинекологических больных наблюдается постовариэктомический синдром, который проявляется повышенным уровнем нейровегетативных и тревожно-депрессивных расстройств и сопровождается снижением уровня качества жизни и высоким уровнем инвалидизации. Разработанный комплекс восстановительного лечения снижает уровень климактерических нарушений у больных раком тела и шейки матки репродуктивного возраста за счет нормализации деятельности

центральной, периферической и вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, активации внегонадного синтеза эстрогенов, процессов адаптации пациенток, а также положительного влияния реабилитационных мероприятий на эмоциональное состояние, что повышает показатели качества жизни и увеличивает коэффициент «трудовой реабилитации». При этом не выявлено отрицательного влияния проводимой восстановительной терапии на отдаленные результаты противоопухолевого лечения.

**Nabiyeva F.C.**

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE DEVELOPED COMPLEX PROGRAM TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE

Bukhara state medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

The developed complex of rehabilitation treatment reduces the level of climacteric disorders in patients with cancer of the body and cervix of reproductive age due to the normalization of activity of the Central, peripheral and autonomic nervous system, the cardiovascular system, activation of synthesis of estrogens,

the adaptation process of patients, as well as the positive impact of rehabilitation measures on the emotional state that increases the quality of life and increases the coefficient of «labor rehabilitation». While it is not revealed negative impact of the ongoing rehabilitation therapy to long-term results of cancer treatment.

**Артымук Н.В., Марочко К.В.**

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВПЧ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА СРЕДИ ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии №2

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Кемерово, Россия.

Рак шейки матки (РШМ) является вторым наиболее распространенным видом рака среди женщин, 84% от всех случаев в мире встречается в странах с низким и средним уровнем дохода. В развитых странах имеются программы, которые предоставляют женщинам возможности для скрининга, что позволяет выявлять большинство предраковых состояний на ранних стадиях, начать своевременное

лечение и снизить смертность от РШМ. Международное агентство по исследованию рака подтвердило, что свыше 95% РШМ ассоциировано с вирусами папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ-ВР): 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59-й генотипы. В крупном исследовании установлено, что анализ на ВПЧ является более эффективным для диагностики РШМ, чем мазок по Папаниколау.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

В настоящее время во всем мире в программы скрининга внедряют тесты на выявление ВПЧ-ВР. Для более широкого охвата женского населения скринингом на ВПЧ многие страны начали внедрение приборов для самостоятельного забора вагинального отделяемого. В исследованиях различных стран (Швеция, Великобритания, США, Франция, Индия, Китай и др.) показана высокая специфичность и чувствительность данного метода.

**Целью** данного исследования было определение частоты встречаемости различных генотипов ВПЧ-ВР среди женщин, находящихся в местах лишения свободы в Кемеровской области.

Обследовано 150 женщин в возрасте 25–59 лет (средний возраст – 37,3±8,0 лет). Проведено анкетирование для определения социально-демографических показателей и факторов риска инфицирования ВПЧ. Вредные привычки среди обследованных: курение (79,3%), употребление алкоголя (76,7%), наркотическая зависимость (44,7%). Из факторов риска преобладали: наличие 3 и более половых партнеров (67,3%), раннее начало половой жизни (16 лет и младше) – 36%, наличие ВИЧ инфекции у 50 женщин (33,3%).

Для выявления ВПЧ было проведено взятие мазка из цервикального канала врачом (с помощью урогенитального зонда), а также самозабор материала с использованием устройства Qvintip. В лабораторию материал доставлен в пробирках типа «Эппендорф» с транспортной средой (материал забран врачом) и в сухой пробирке (при самозаборе вагинального отделяемого). Оба образца были исследованы с помощью метода полимеразной

цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени. При обнаружении ВПЧ-ВР (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59), проведено генотипирование образцов.

В результате проведенного исследования установлено, что 36,7% обследованных инфицированы ВПЧ-ВР. В 46 случаях (83,6%) ВПЧ-ВР выявлен при заборе материала исследователем, сопоставимый результат при заборе с помощью Qvintip – в 45 случаях (81,8%). Совпадение в выявлении ВПЧ-ВР в 65,4% случаев.

Средний возраст составил 36,3±8,6 года. Наибольший процент инфицирования выявлен в возрастной группе 30–39 лет (41,8%). Среди ВПЧ позитивных женщин 58,2% были ВИЧ инфицированы. В 61,8% женщины инфицированы несколькими типами ВПЧ-ВР. Чаще всего одновременно обнаруживают 16, 33, 52 и 58-й типы ВПЧ. Одновременно выявлены типы ВПЧ из А7 (18, 39, 45 и 59-й типы) и А9 (16, 31, 33, 35, 52 и 58-й типы) филогенетических групп в 21,8% случаев.

При моноинфекции (34,6 % обследованных) преобладает 16-й тип ВПЧ (9,1%); 31, 39, 45, 52, 58-й генотипы – по 3,6% случаев; 33, 35, 51, 59-й генотипы – по 1,8% случаев.

**Резюме.** Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости (36,7%) ВПЧ-ВР среди женщин, находящихся в местах лишения свободы. 61,8% ВПЧ-позитивных женщин инфицированы несколькими типами ВПЧ-ВР. Наиболее частое сочетание генотипов из А7 и А9 филогенетических групп. При моноинфекции превалирует 16-й тип ВПЧ. Более 1/3 заключенных ВИЧ – инфицированы, частота ВПЧ-ВР у них составляет 58,2%.

**Artymuk, N.In., Marochko V.K.**

## THE INCIDENCE OF HPV OF HIGH ONCOGENIC RISK AMONG WOMEN WHO ARE IN PLACES OF DEPRIVATION OF LIBERTY

Department of obstetrics and gynecology №2  
Sbei HPE «Kemerovo state medical Academy», Kemerovo, Russia.

The data indicate a high frequency of occurrence (36,7%) of HR-HPV among women who are in places of deprivation of liberty. 61,8% of HPV-positive women were infected with several types of HR HPV. The most frequent combination of genotypes from A7 and A9 phylogenetic groups.

HPV 16 prevails if mono-infection. Over 1/3 of prisoners are HIV – infected, the frequency of HR-HPV among them – 58.2 %.



## ГЛАВА / CHAPTER 5:

# ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

## WAYS OF IMPROVING OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN PATHOLOGY OF PREGNANCY, LABOR AND THE POSTPARTUM PERIOD

Федоров А.А., Попов А.А., Вроцкая В.С., Мананникова Т.Н., Краснопольская К.В., Барто Р.А.

### РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ ЦИРКЛЯЖА МАТКИ – 6 ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Московский Областной НИИ Акушерства и Гинекологии.

**Резюме:** С 2011 года по настоящее время в эндоскопическом отделении МОНИИАГ циркляж матки выполнен у 70 пациенток. В 23 произведено абдоминальное родоразрешение. Средний гестационный срок составил 37,3 недели. Репродуктивных потерь зарегистрировано небыло.

**Цель:** изучение и улучшение репродуктивных исходов у женщин с функциональной и органической несостоятельностью шейки матки, культы шейки матки, маточно-влагалищного анастомоза.

**Ключевые слова:** циркляж матки, беременность, рак шейки матки.

**Методы:** результаты многочисленных мировых статистических исследований свидетельствуют о неуклонном росте частоты рака шейки матки у женщин в возрасте до 40 лет. Успехи современной онкогинекологии, позволяют выполнять хирургические вмешательства при некоторых формах предраковых заболеваний и раке шейки матки в объеме, оставляющем пациентке возможность реализовать

репродуктивную функцию. К данной категории относятся больные, перенесшие высокую ножевую ампутацию или неоднократные конизации шейки матки, а также после радикальной абдоминальной или вагинальной трахелэктомии. Частота функциональной несостоятельности культы шейки матки или маточно-влагалищного соустья высока, что негативно сказывается на вынашивании беременности. Помимо этого у пациенток с ИЦН хирургическая коррекция вагинальным доступом во 2 триместре гестации технически невыполнима или неэффективна во время предшествовавшей беременности.

С 2011 года по настоящее время в эндоскопическом отделении МОНИИАГ циркляж матки выполнен у 70 пациенток. Для установления сетчатого протеза нами использовались различные оперативные доступы: трансабдоминальный (лапароскопический у 63 пациенток, лапаротомный у 3 пациенток в связи со спаечным процессом и миомой матки больших размером) или трансвагинальный в 7 случаях.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Результаты:** пациенты были разделены на 3 группы. I группа – 15 пациенток после радикальной абдоминальной трахелэктомии. II группа – 32 пациентки, после ножевой ампу- тацией или высокой конизацией шейки матки, из них в двух случаях выполнен трансваги- нальный цервико-истмический циркляж матки во время беременности во втором триместре гестации. III группу составили 22 пациентки с невынашиванием беременности в анам- незе и развитием ИЦН. 2 из них цирляж матки выполнен во время беременности.

После РАТ беременность наступила у 3(20%) пациенток с использованием ВРТ. Так же у 3 (20%) пациенток зарегистрирована неэффективность ВРТ. 2 пациентки из этой группы были родоразрешены оперативным

путем на 31 и 34 неделях гестации, дети здо- ровы, 1 пациентка беременна в настоящее время. Во 2 группе беременность наступила у 11 пациенток, в настоящее время родораз- решены 8 из них со средним сроком гестации 37,4 недель, 3 беременны. В III группе бере- менность наступила у 11 пациенток, 9 из них родоразрешены со средним гестационным сроком 37,3 недели, 2 пациентки беременны в настоящее время. Репродуктивных потерь зарегистрировано не было.

**Выводы:** выполнение циркляжа матки явля- ется необходимым этапом прегравидарной под- готовки больных, перенесших хирургические вмешательства на шейке матки, а также при неэффективной коррекции ИЦН в анамнезе.

**Fedorov A.A., Popov A.A., Manannikova T.N., Vrotskaya V.S., Krasnopolskaya K.V., Barto R.A.**

## REPRODUCTIVE OUTCOMES OF CERVICAL CERCLAGE – 6 YEAR FOLLOW UP

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

**Resume:** From year 2011 in 70 cases cervical cerclage placement was done. In 23 cases cesarean delivery was performed. Median gestational age

at delivery was 37.4 weeks. No miscarriages were detected.

**Тимохина Е.В., Якушина Н.И., Дериш К.Ф.**

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета  
НОКЦ «Репродуктивное здоровье женщины»

**Цель настоящего исследования** – разрабо- тать систему обследования и лечения, ведения родов и послеродового периода у беремен- ных, которым было проведено хирургическое лечение тромбоза вен нижних конечностей.

Пациенты и методы – проведено ретро- спективное исследование 32 беременных, средний возраст которых составил 32±4 года. Течение беременности или послеродовый период у исследуемых женщин осложнился

тромбозом подкожных вен, что потребовало экстренного хирургического лечения. Клини- ческая картина тромбофлебита у беременных и рожениц включала: болевой синдром – 26 пациенток (81,3%), наличие уплотненного «конгломерата» по ходу вены – у 21 пациентки (65,6%), выраженные отеки у 4 (12,5%) бере- менных. При обследовании выявлялась гиперемия с локальной гипертермией у 10 паци- енток (31,3% наблюдений). Всем беременным

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

с острым тромбозом проводилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветовым картированием кровотока, а также эхографическое исследование матки и плода с доплерометрией. Для оценки системы гемостаза определяли время свертывания крови (ВСК), показатели коагулограммы, тромбоэластограммы, волчаночный антикоагулянт и Д-димер.

**Результаты исследования.** Из обследуемых беременных варикозную болезнь нижних конечностей имели 43,8% (14 пациенток). Обращает на себя внимание развитие тромбоза в зависимости от гестационного срока: так в I триместре всего у 3 пациенток был выявлено данное заболевание (9,4%), во II триместре манифестация отмечалась уже у 4 (12,5%), на III триместр пришлось 15 беременных (46,8%). 10 (31,3%) женщин отметили впервые симптомы тромбоза только в послеродовом периоде, причем у 9 женщин до 6 суток послеродового периода и лишь у одной пациентки произошла манифестация с контралатеральной стороны на 42 сутки. Объем хирургического лечения у пациенток с острым тромбозом зависел от локализации тромба и его эмболоопасности. Чаще всего выполнялась кроссэктомия – 29 (90,6%) пациенток. Перевязка большой подкожной вены на правой и левой нижней конечности была выполнена со сравнимой частотой – 12 пациенток (37,5%) и 11 пациенток (34,4%) соответственно. В послеоперационном периоде беременным назначали низкомолекулярные гепарины, антиагреганты, средства группы НПВС, веноактивные препараты, а также наружные формы препаратов на основе гепарина. Течение родов. Роды через естественные родовые пути проведены у 62,5 % пациенток. Частота оперативного родоразрешения составила 37,5%. Кесарево сечение только в связи

с высоким риском тромбозом осложненных в общей структуре показаний занимает лишь 16,7%. У 31,3% пациенток тромбоз, потребовавший хирургического лечения, развился на 1–6 сутки послеродового периода.

**Резюме.** У женщин, страдающих варикозной болезнью вен, третий триместр беременности и послеродовый период являются периодами максимального риска развития тромбоза и тромбоза. Физиологические изменения системы гемостаза во время беременности повышают риск развития тромбоза/тромбоза у пациенток с варикозной болезнью вен. Группу большего риска составляют повторнородящие пациентки. На протяжении беременности с целью профилактики тромбообразования следует использовать компрессионное белье, лечебную гимнастику, антиагреганты, веноназирующие препараты. Периоды максимального риска развития тромбоза/тромбоза приходятся на третий триместр беременности и послеродовый период. Следовательно, повторнородящим пациенткам с варикозной болезнью в эти периоды следует назначать НМГ в профилактических дозах. Для пациенток, перенесших хирургическое лечение тромбоза/тромбоза во время беременности, характерна большая частота осложнений третьего периода родов и раннего послеродового периодов, что требует максимального внимания при профилактике кровотечений в указанные периоды. Пациенткам, которым во время беременности проведено хирургическое лечение по поводу тромбоза/тромбоза следует адекватно подбирать лечебные дозы НМГ как на протяжении беременности, так и послеродового периодов, так как сохраняется риск рецидива осложнений.

**Timokhina, E.V., Yakushina N.And., Deres K.F.**

## PREVENTION AND TREATMENT OF THROMBOEMBOLISM IN PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN

M. Sechenov First Moscow State Medical University  
Department of obstetrics, gynecology and Perinatology of the medical faculty  
NOCC «female Reproductive health»

**Summary.** In women suffering from varicose veins, the third trimester of pregnancy and the

postpartum period is a maximum risk of thrombosis and thrombophlebitis.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Physiological changes of hemostasis during pregnancy increase the risk of thrombosis / thrombophlebitis in patients with varicose veins. For patients undergoing surgical treatment of thrombosis / thrombophlebitis during pregnancy

characterized by high frequency of complications of the third stage of labor and the early postpartum period, which requires maximum attention in the prevention of hemorrhage in those periods.

**1 Жатканбаева Г.Ж., 1 Иманбаева Ж.А., 1 Нургалиева Л.И., 2 Жундыбай С.Б., 2 Жундыбай А.Б.**

## ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД У ПАЦИЕНТКИ С ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

1 Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,  
2 Казахстанско-Российский медицинский университет г. Алматы, Казахстан

Эктопическая беременность является одной из причин материнской смертности (1,3–2,2 %) и занимает 3–4 место в мире по этой причине. Нередки случаи гетеротопической беременности, которая в настоящее время является одним из осложнений и предположительно зависит от общей частоты многоплодной беременности при проводимых циклах ВРТ. По данным различных авторов частота гетеротопической беременности (ГБ) встречается 1 случай на 10 000–30 000 (0,01–0,003 %) беременных в естественном цикле и в программах ВРТ эта патология встречается до 14,8%. Пролонгирование маточной беременности и роды наблюдаются в 64,4 % случаев ГБ.

**Цель нашего исследования:** определить алгоритм диагностики и оценить исход маточной беременности после ГБ

Материал и методы исследования. В своем наблюдении представляем клинический случай этой патологии у пациентки Д-вой Ж.Б., 34 лет, история болезни №2543, поступившей в отделение экстренной гинекологии ГКБ №7. Жалобы при поступлении на задержку менструации на 2,5 месяца, мажущие кровянистые выделения из половых путей, ноющие боли внизу живота и поясничной области, слабость, головокружение. Дополнительно: озноб и повышение температуры тела до 37,8°C, боли в грудной клетке и горле при сухом кашле, заложенность носа. Тест на беременность положительный и ультразвуковое заключение органов малого таза подтверждало наличие развивающейся маточной беременности 9–10 недельного срока, ретрохориальной гематомы

размером до 20 см<sup>3</sup> и гипертонуса матки. Данными влагалищного осмотра диагноз маточной беременности подтвержден.

Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания: первичное бесплодие в течение 11 лет, лечилась. Первая беременность наступила после цикла ВРТ, закончилась самопроизвольным прерыванием в сроке 5–6 недель, с выскабливанием полости матки. Через 2 года наступила вторая беременность в естественном цикле. С раннего срока беременности состоит на диспансерном учете в женской консультации. Соматические заболевания: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический холецистит, пиелонефрит. При беременности обострений не было. В стационаре осмотрена терапевтом, проводилось лечение ОРВИ и сохраняющая терапия. На 3 сутки, нахождения в стационаре появились жалобы на резкие «кинжальные» боли в эпигастрии, правом подреберье, головокружение, слабость, тошноту и однократную рвоту. Для осмотра вызван хирург и выставлен диагноз: Перитонит неясной этиологии. Асцит. Рекомендована срочная лапаротомия. До операции произведено УЗИ органов брюшной полости, заключение: Хронический холецистит. Асцит. В срочном порядке проведена лапаротомия. Обнаружено: левосторонняя трубная беременность, произведена тубэктомия слева. Интраоперационная кровопотеря составила 1200 мл и проведена гемотрансфузия.

Пациентка была выписана на 9-е сутки с прогрессирующей маточной беременностью

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

в сроке 10–11 недель. В течение беременности наблюдалась умеренная анемия и рецидивирующая угроза прерывания сроках 23–24, 31–32 неделя, проводилась коррекция лечения в условиях отделения патологии беременности. В доношенном сроке беременности с дородовым излитием околоплодных вод по сумме относительных показаний беременная родоразрешена путем операции кесарева сечения. Родился живой мальчик весом 3200,0 грамм, рост 50 см с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. В раннем неонатальном периоде отмечалось нарушение процессов адаптации и выраженной транзиторной

желтухи. В течение года у ребенка были частые респираторно-вирусные инфекции и явления гипотрофии. Динамика нервно-психического и моторного развития наблюдалась на уровне возрастных норм.

**Обсуждение и выводы.** Полиморфизм этого заболевания на всех этапах способствует к допущению ряда клинических тактических ошибок в плане диагностики и оперативного лечения данной категории пациенток. В каждом конкретном случае должен быть определен алгоритм диагностики и тактика пролонгирования беременности.

**1 Zhatkanbayeva G.Zh., 1 Imanbayeva Zh.A., 1 Nurgaliyeva L.I., 2 Zhundibay S.B., 2 Zhundibay A.B.**

## GESTATION AND PERINATAL OUTCOMES IN A PATIENT WITH HETEROTOPIC PREGNANCY

1 Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,  
2 Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

This work is devoted to problems about difficulties of diagnosing ectopic pregnancy and

uterine pregnancy outcome was continued at follow-up after of the heterotopic pregnancy.

**Абдуллаева Г.Ш., Мазитова М.И., Антропова Е.Ю.**

## МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Россия, г. Казань, Казанская государственная медицинская академия  
ГАУЗ ГКБ №7

Проведена оценка влияния концепции мультимодальное обезбоживание на послеоперационный период и стресс ответ после гинекологических операций на придатках матки. Данная концепция была применена 30 пациенток с гинекологической патологией требующей оперативное лечение.

Послеоперационная боль на сегодняшний день, по мнению многих авторов, остаётся актуальной проблемой современной медицины. Несмотря на развитие и внедрение новых технологий не менее 35% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают

от послеоперационной боли. В настоящее время доказано, что некупированный болевой синдром после операций усиливает нейроэндокринный и метаболический стресс-ответы организма, вследствие чего может задерживаться восстановление гомеостаза пациентов, увеличиваться продолжительность госпитализации и снижаться качества жизни пациентов. Послеоперационная боль может быть купирована у любой пациентке путем индивидуализации лечения и мультидисциплинарном подходе к проблеме.

В данной момент клинической практике доминирует мультимодальный подход

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

к послеоперационной аналгезии, подразумевающей синергичное применение препаратов разных фармакологических групп для достижения эффекта аналгезии, что позволяет существенно повысить качество послеоперационного обезболивания.

Цель оценить и определить преимущества использования концепции мультимодальной обезболивания в оперативной гинекологии.

В исследование включены 30 больных, которым планировалось выполнение эндовидеохирургических операции на придатках матки по поводу гинекологических заболеваний, которые были поделены на 2 группы. В обеих группах использовались стандартные схемы послеоперационного обезболивания, состоящие из внутривенного назначения 1 г парацетамола через каждые 6 ч, внутримышечного введения 75 мг диклофенака через каждые 12 ч в комбинации с внутримышечной анальгезией 100 мг трамадола по запросу пациентки (максимальная доза 400 мг трамадола в сутки). В основной группе пациентам проведена лапароскопия трансумбиликальным доступом в изопневматическом режиме с применением ТАР-блока (n=15), в группе сравнения больным выполнена классическая эндовидеохирургия традиционным доступом и стандартное послеоперационное лечение (n=15).

Исследование включало себя оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой

шкале (ВАШ) в покое и при кашле через 2, 6, 24 часов после операции. Кроме того оценивался эндокринный стресс-ответ на операционную травму на основании показателей уровня кортизола и сахара крови на этапах исследования.

**Результаты исследования** показали, что через 6 часов после операций было снижение послеоперационного болевого синдрома по ВАШ. На наш взгляд уменьшение болевого синдрома обусловлены травматичность доступа и минимизация операционной травмы передней брюшной стенке, отсутствия влияния углекислого газа и ранней активизацией пациенток через 6 часов после операции и ранним энтеральным питанием, способствующем ликвидации слабости в послеоперационном периоде. Уровень глюкозы и кортизола в крови до, ч/з 6 часов и 24 часа после операции не изменилась.

Использование эпидуральной аналгезии в анестезиологическое обеспечение хирургических операций на органах малого таза у пациенток с гинекологической патологией способствует достижению адекватного обезболивания (менее 4 баллов по визуально-аналоговой шкале), раннего восстановления перистальтики кишечника и достигнуть более раннего восстановления пациентов, перенесших оперативного вмешательства на придатках матки к активной деятельности.

**Abdullaeva Sh.G., Mazitova M.I., Antropova E.Yu.**

## MULTIMODAL ANALGESIA IN OPERATIVE OBSTETRICS

Russia, Kazan, Kazan state medical Academy

Assessed the influence conception of multimodal analgesia in the postoperative period and stress response after gynecological surgery on uterine appendages. This concept has been applied to 30 patients with gynecologyc pathology requiring surgical treatment.



Сюсюка В.Г.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ МАГНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА GESTАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

Кафедра акушерства и гинекологии

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

В период беременности наблюдается высокий процент женщин с повышенной тревожностью, эмоциональной нестабильностью, подозрительностью. Довольно часто беременные женщины находятся в состоянии хронического стресса из-за страхов и волнения относительно будущих родов [Райгородски Д.Я., 2013]. Стресс и магниевая недостаточность являются взаимообуславливаемыми процессами. Состояние острого и хронического стресса ведет к истощению внутриклеточного запаса магния и его потере с мочой, так как в стрессовой ситуации выделяется повышенное количество адреналина и норадреналина, способствующих выделению магния из клеток [Takase B., 2004; Торшин, И.Ю., 2009]. Почти всегда стрессовые ситуации сопровождаются дефицитом магния. Магний является внутриклеточным микроэлементом, который играет важную роль в организме женщины, особенно в периоды планирования и вынашивания беременности, родов [Кондратюк В.К., 2013]. Учитывая, что дефицит магния во время беременности может вызывать нежелательные материнские и эмбриональные (тератогенные) последствия [Громова О.А., 2004], оценка его уровня с учетом психологического состояния, является актуальной в практике акушера-гинеколога.

**Цель исследования:** дать оценку уровня магния у беременных с учетом психологического состояния, а именно психологического компонента гестационной доминанты.

Проведено обследование 30 беременных состоявших на учете в женской консультации. Средний возраст обследуемых женщин составил  $26,23 \pm 1,50$  лет. Психоэмоциональное состояние беременных оценивали на основании структурированного интервью и анкетирования. Для определения варианта психологического компонента гестационной доминанты использовался тест отношений беременной [И.В. Добряков, 2009]. Исследование уровня магния (Mg) проводилось в сыворотке крови

определяли на биохимическом автоматическом анализаторе Prestige-24i (Япония).

На основании оценки психологического компонента гестационной доминанты у беременных группы исследования оптимальный его тип диагностирован у 43,3% женщин, а у 56,7% – отклоняющийся от оптимального тип. При оценке уровня Mg среди беременных, с учетом психологического компонента гестационной доминанты, статистически достоверной ( $p > 0,05$ ) разницы установлено не было. Дальнейший анализ уровня Mg среди беременных с отклоняющимся от оптимального типом психологического компонента гестационной доминанты позволил выявить в 64,7% случаев отклонения от референтных значений нормы [Altura B.M, 1991; Морфана Н.А., 2001; Бурчинский С.Г., 2013; Кондратюк В.К. и соавт., 2014; Громова О.А. и соавт., 2014]. Среди вышеуказанной группы беременных уровень Mg выше 1,1 ммоль/л имел место у 35,3 % и у 23,1 % беременных с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты. Как свидетельствуют данные литературы, такие изменения могут быть обусловлены влиянием стрессовой ситуации, которая независимо от этиологии ведет к снижению внутриклеточной концентрации Mg, тем самым повышая его уровень в крови [Громова О.А., 2008]. Следует отметить, что уровень Mg ниже 0,7 ммоль/л был выявлен только среди 41,2% беременных с отклоняющимся от оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты.

### Выводы

При оценке уровня Mg с учетом психологического компонента гестационной доминанты среди беременных групп исследования статистически достоверной ( $p > 0,05$ ) разницы установлено не было. Однако, у беременных с отклоняющимся от оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты уровень Mg не соответствовал референтным значениям нормы в 64,7%

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

случаях, что в 2,8 раза выше соответствующего показателя беременных с оптимальным

типом психологического компонента гестационной доминанты.

**Suzuka V.G.**

## ESTIMATION OF MAGNESIUM LEVEL OF PREGNANT WOMEN REGARDING CONDITION PSYCHOLOGICAL STATE

During investigation of magnesium level of pregnant women with psychological component of gestational dominant different from the optimal type in 64.7% of cases there was deviation

from the reference values that is in 2.8 times higher than the appropriate indicator of pregnant women with optimal type of psychological component of gestational dominant.

**Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И., Байлюк Е.Н.**

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия

**Резюме:** Проанализированы исходы беременности у 107 пациенток репродуктивного возраста после миомэктомии. Всем пациенткам выполнялась лапароскопическая миомэктомия по стандартизированной в отделении оперативной гинекологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» методике. Показано уменьшение частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения у пациенток с рубцом на матке после миомэктомии. Отмечено уменьшение частоты невынашивания беременности после миомэктомии.

Частота заболеваемости миомой матки у женщин репродуктивного возраста составляет 30–35%. В силу социально-экономических условий многие женщины откладывают рождение детей на более старший возраст, что приводит к увеличению количества прооперированных по поводу миомы матки, в том числе, с целью прегравидарной подготовки. Остается неясным прогноз по поводу состоятельности рубца после лапароскопической миомэктомии, обусловленный применением различных видов энергий для гемостаза и методиками ушивания раны матки.

С целью изучения исходов беременностей после лапароскопической миомэктомии было обследовано 107 пациенток с симптомной миомой матки, планирующих беременность в возрасте 26–44 лет (средний возраст – 33,7±4,9 лет). Всем пациенткам была

выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом по методике, применяемой в отделении оперативной гинекологии, включающая следующие этапы: предоперационная подготовка (агонисты ГнРГ, улипристала ацетат) у больных с анемией (Hb<100 г/л), с крупными размерами узлов (размер интрамурального узла более 7–8 см), интрамурально-субмукозной локализацией, при сочетании миомы с аденомиозом; применение гидропрепаровки, содержащей вазоконстрикторы; разрез на матке с применением «щадящих» видов хирургической энергии (гармонический скальпель Ultracision); обязательное ушивание любого дефекта миометрия мышечно-мышечными эндошвами с экстракорпоральной техникой завязывания узлов (шовный материал – Monocryl 2-0 и Vicryl 2-0 для внутренних швов), с оставлением псевдокапсулы узла; применение противоспаечных барьеров Interceed (Ethicon), КолГАРА (Syntacoll); послеоперационная реабилитация (назначения КОК с низким содержанием (0,02 мг) эстрогена с целью контрацепции на 6 мес, а также применение препаратов улучшающих реологические свойства крови в течении 1 мес.; МРТ – оценка состояния рубцов на матке через 4–6 месяцев после операции.

Большинство удаленных узлов имели интрамуральную – 145 (63,1%) и интрамурально-субсерозную 42 (18,2%) локализацию.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Субсерозных узлов удалено 35 (15,2%) а интрамурально-субмукозных 8 (3,5%). Среднее количество удаленных узлов во время операции –  $2,1 \pm 1,9$  (1–15), средний размер удаленных узлов –  $5,9 \pm 2,3$  см (1–15 см), количество эндоскопов  $6,7 \pm 2,7$  (1–20), количество рядов эндоскопов –  $1,5 \pm 0,7$  (1–3), дополнительный биполярный гемостаз применялся локально у 19 (22,4%), кровопотеря –  $167,1 \pm 32,4$  мл. Метод родоразрешения определялся исходя из особенностей операции и течения послеоперационного периода. Через 6 месяцев после операции из 107 пациенток после миомэктомии беременность запланировали – 64 (60%). В среднем беременность наступила через  $8,1 \pm 2,3$  мес после операции у 38 (59,3%) пациенток, в том числе спонтанно у 31 (81,6%), а

у 7 (18,6%) – методом ЭКО. У 14 (37%) беременность протекала с угрозой прерывания в 1–2 триместре. Все беременные родоразрешены в доношенном сроке, из них 31 (81,6%) путем операции кесарева сечения и 7 (18,4%) через естественные родовые пути. Во время кесарева сечения у 5 (13,2%) рожениц были выявлены несостоятельные рубцы. Таким образом, после лапароскопической миомэктомии по применяемой нами методике отмечено благоприятное течение беременности до доношенного срока, имеется возможность снизить процент кесаревых сечений. Однако при значительной травме матки (гигантские, множественные, субмукозные узлы) целесообразным остается оперативное родоразрешение,

**Tsyurdeeva A.A., Kakhiani M.I., Bailyuk E.N.**

## PREGNANCY OUTCOME IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY

Ott's Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductology, Saint-Petersburg, Russia.

**Summary:** The outcomes of pregnancy were analyzed for 107 women (reproductive age) after myomectomy. All patients underwent laparoscopic myomectomy by a standardized methodic in the department of operative gynecology Ott's

Research Institute. Depression of caesarian section frequency showed in women after myomectomy. It was lower rate of miscarriage after laparoscopic myomectomy.

**Попова Н.Г., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С.**

## ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛОДА ДЛЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета, НИО «Репродуктивное здоровье женщины»

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Несмотря на некоторое снижение частоты преждевременных родов за последние несколько лет, доля детей, рождающихся с экстремально низкой и очень низкой массой

тела, остается достаточно высокой и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время частота преждевременных родов в различных регионах России составляет 6,3–12,5%, что

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

сопоставимо с частотой преждевременных родов в мире.

Для оценки церебрального повреждения у новорожденных и детей раннего возраста наиболее перспективными для определения объема и оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий являются два основных направления – методы изучения мозгового кровотока и нейрофизиологические методы.

Нами обследовано 96 беременных женщин с диагнозом угрожающих преждевременных родов. Во всех наблюдениях беременность закончилась преждевременно на сроке 22–36 недель. Возраст наблюдаемых пациенток варьировал от 20 до 37 лет (средний возраст –  $27,4 \pm 2,3$  лет). С этой целью при помощи стандартных сечений и плоскостей (коронарной, сагиттальной и парасагиттальной) осуществлялась обязательная визуализация всех отделов боковых желудочков (измерение ширины передних рогов боковых желудочков на уровне отверстия Монро), III желудочка, водопровода, области IV желудочка, а также субарахноидальных пространств и цистерн. Проводилось измерение таламоокципитальный размер (далее ТО), и венкулокранияльный индекс (ВКИ) рассчитывают как отношение расстояния между самыми латеральными участками передних рогов к максимальному расстоянию между внутренними пластинками костей черепа. Допплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарного кровотока включало в себя оценку кровотока в магистральных артериях: маточных артериях (ЛМА, ПМА), артерии пуповины (АП), нисходящем отделе грудной аорты (Ао), средней мозговой артерии (СМА). Для анализа кровообращения в указанных сосудах вычисляли общепринятые углозависимые показатели систоло-диастолическое отношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсационный индекс (ПИ). Основные показатели фетометрии (БПР, ОГ, ОЖ, ДБ) не отличались общепринятых, соответствовали сроку гестации. При оценке ширины передних рогов боковых желудочков головного мозга отмечается достоверное уменьшение этого размера с увеличением срока беременности. ТО размер изменяется с ростом плода незначительно, что, максимальные величины наблюдались в доношенном сроке – 30 мм, минимальный на сроке 22 – недели – 21 мм. При измерении ВКИ отмечается такая же тенденция: величина индекса возрастает с увеличением срока

беременности; максимальная наблюдается в доношенном сроке – 26,1 мм и минимальная – на сроке 22 недели – 25 мм. Скорость кровотока в СМА нарастала, периферическое сопротивление снижалось по мере увеличения срока гестации. Показатели ИР и ПИ в СМА при физиологической беременности и на фоне угрозы преждевременных родов достоверно не отличались. СДО в СМА на фоне угрозы преждевременных родов было значительно выше, чем при неосложненной беременности ( $p > 0,05$ ). При анализе показателей кровотока в базилярных артериях получены следующие результаты. Скорость кровотока в базилярных артериях достоверно возрастала с увеличением срока гестации ( $p < 0,01$ ). При наличии угрозы преждевременных родов скорость кровотока в БА ниже, чем при физиологической беременности; и чем меньше срок гестации, тем разница значительнее. Наблюдалось постепенное снижение СДО в базилярных артериях при физиологической беременности и на фоне угрозы преждевременных родов. СДО при нормально протекающей беременности было ниже, чем при осложненной. Максимальные показатели отмечались на сроке 22–25 недель. Значительных отличий в значениях ИР и ПИ не выявлено. Таким образом, наиболее показательным показателем также стало СДО. При исследовании кровотока в позвоночных артериях плода асимметрии не выявлено ( $p > 0,05$ ). Из представленных данных видно, как по мере увеличения гестационного возраста интенсивность кровотока в исследуемых сосудах плода возрастала. Уровень СДО в ПА при патологии беременности достоверно выше, чем при нормально протекающей беременности. Для оценки венозного кровотока в ЦНС плода были выбраны вена Галена и яремные вены, посредством оценки средней скорости в них. В норме в доношенном сроке скорость в вене Галена составляет – 4,3 см/с. Скорость кровотока в вене Галена в контрольной группе, как и группе сравнения, возрастала с увеличением срока гестации. На сроках 22–25 недель и 26–28 недель средняя скорость кровотока в вене Галена как при угрозе, так и в норме были одинаковыми – 7,6 и 8,0 см/с. Достоверные различия выявлены только на сроке 33–36 недель: в норме – 10,0 см/с, при угрозе преждевременных родов – 8,7 см/с.

При оценке частоты и тяжести церебральных повреждений среди недоношенных детей получены следующие данные. Легкая степень

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

тяжести поражения ЦНС наблюдалась в 25 (26,04%) случаев. Средняя степень поражения ЦНС превалировала в группах большего гестационного срока на момент рождения: в группе 29–32 недели – в 14 (53,85%) и в группе 33–36 недель – 17 (65,38%). Тяжелое поражение ЦНС доминировало в подгруппе 22–25 недель – 21 (80,77%). Чаще наблюдались поражения гипоксического или гипоксическо-травматического генеза. Ведущими синдромами поражения ЦНС были синдром угнетения ЦНС – в 54 (56,25%), синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – в 25 (26,04%), судорожный синдром – в 3 (3,12%), вегето-висцеральный синдром – в 10 (10,42%), синдром мышечной дисфункции – в 4 (4,17%) наблюдениях.

**Popova N.G., Ignatko I.V., Bogomazova I.M., Belousova V.S.**

## APPLICATION OF ULTRASOUND AND DOPPLER EXAMINATION OF THE FETUS FOR PRENATAL DIAGNOSIS OF CNS LESIONS IN PREMATURE INFANTS

M. Sechenov First Moscow State Medical University

To evaluate the cerebral damage in infants and young children the most promising for the determination of volume and optimization of therapeutic and rehabilitation activities are the two main areas – methods of studying cerebral blood flow and neurophysiological methods. We examined 96 pregnant women with a diagnosis of threatened preterm labor. In all cases the pregnancy ended prematurely at 22–36 weeks duration. We take measurements talamooccipital size (the TO), and ventrtrikulocranial index (CRI) is calculated as the ratio of the distance between the lateral portions of the anterior horn to the maximum distance between the inner plates of the skull bones. In the presence of preterm labor BA flow rate lower than normal pregnancy; and the smaller

### Выводы.

1. Факторами риска перинатальной патологии ЦНС у недоношенных новорожденных является сочетанная соматическая и гинекологическая патология, табакокурение.

2. Тяжесть степени поражения ЦНС у недоношенных детей зависит от срока гестации при рождении, нарушениями гемодинамики в сосудах вертебрально-базилярного бассейна, происходящими на фоне угрожающих преждевременных родов.

3. При наличии угрозы преждевременных родов наблюдается снижение скоростей кровотоков в артериальных сосудах ЦНС плода, снижение оттока крови в венозных сосудах.

the gestational age, the greater the difference. There was a gradual decrease in the SDR in basilar arteries with normal pregnancy and against the background of the threat of premature birth. Risk factors for perinatal pathology of the central nervous system in preterm infants is a concomitant somatic and gynecological pathology, smoking. The severity of the degree of CNS damage in preterm infants depend on the gestational age at birth, cerebral blood flow in the vessels of vertebrobasilar basin, occurring against the backdrop of threatening preterm labor. If there is a threat of preterm delivery observed decrease in blood flow velocity in the arterial vessels of the fetal central nervous system, reducing blood flow in the venous vessels.

**Солиева Н.К., Шукурова С.И., Тухтаева М.А.**

## ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВОГО АКТА У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

**Цель.** Изучение особенностей течения беременности и родового акта у женщин в возрасте до 18–20 лет.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй родов 100 пациенток, родоразрешенных в условиях 2-родильного комплекса г.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Бухары за период 2014–2015 гг. В зависимости от возраста на момент родоразрешения женщины были разделены на группы. Первую группу (основную) составили 50 женщин в возрасте до 18 лет. Средний возраст юных первородящих составил  $17 \pm 2,4$  года. Вторую группу (Сравнения) составили 50 первобеременных женщин в возрасте 19–25 лет. Средний возраст женщин составил  $23 \pm 2,4$  лет.

**Результаты.** Из анамнеза женщин выяснилось, что все первородящие данной группы имели экстрагенитальные заболевания у юных женщин. В наблюдаемой группе идет рост по всем нозологическим единицам, но особенно возросла заболеваемость анемия и эндокринные заболевания. В группе контроля, так же как и в группе основного наблюдения ЭГЗ отмечены у 100% женщин. Как уже было сказано выше, рост ЭГЗ в данной группе, отмечена за счет анемия и эндокринные заболевания. Течение настоящей беременности в основной группе достоверно чаще осложнялось угрозой ее прерывания (в основной группе у 23 пациенток (46%), в группе сравнения у 18 (36%)); формированием первичной фетоплацентарной недостаточности (соответственно 40 (80%) и 38 (38%)). Средняя продолжительность родов в основной группе составила  $620 \pm 234$  мин, в группе сравнения  $598 \pm 156$  мин, что не имеет достоверных отличий. Дородовое излитие околоплодных вод примерно с одинаковой частотой встречалось как в основной группе 33 (66%), так и в группе сравнения 23 (46%). Частота кесарева сечения в основной группе составила 54%, что значительно не отличалось от группы сравнения, где родоразрешение путем операции кесарево сечение было отмечено в 34%. Течение третьего

периода родов в группе сравнения не сопровождалось какими-либо осложнениями, а в группе юных женщин в 10 (20%) отмечалось превышение уровня допустимой кровопотери в пределах 500 мл, а в (3) 6% наблюдалось частичное плотное прикрепление плаценты с последующим ручным отделением плаценты и выделением последа. В основной группе масса новорожденных варьировала от 2500 г до 2850 г. У всех новорожденных имелось перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, у 35 (70%) имело место внутриутробное инфицирование, реализовавшееся клинически у 23 детей (46%); у 27 (54%) внутриутробная задержка развития первой степени. Случаев перинатальной смертности не было. В группе сравнения масса новорожденных варьировала от 2980 г до 4010 г. У 35 (70%) новорожденных имелось перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза, различия с основной группой не достоверно. Достоверные отличия наблюдались в частоте встречаемости внутриутробного инфицирования, задержки внутриутробного развития плода: соответственно 13 (26%), и 2 (4%). Случаев перинатальной смертности также не было.

**Выводы.** Таким образом, в результате проведенного нами исследования отмечено, что у юных первородящих в анамнезе имеют место ЭГЗ анемия и эндокринные заболевания; преобладающими осложнениями беременности являются угрожающий выкидыш и первичная фетоплацентарная недостаточность. У подростков чаще, чем у рожениц в возрасте 19–25 лет отмечается патология прикрепления последа и превышение допустимой кровопотери вследствие наличия элементов гипотонии матки.

Solieva N.To., Shukurova S.I., Tuhtaev M.A.

## THE STUDY OF THE PECULIARITIES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN YOUNG NULLIPAROUS

Bukhara state medical Institute. Uzbekistan

The study of the peculiarities of pregnancy and childbirth in women under the age of 18–20 years.



## ГЛАВА / CHAPTER 6:

# РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

## CHILDREN AND TEENAGERS REPRODUCTIVE HEALTH: POSSIBILITY OF CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY

Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Смаль Т.А.

### ВУЛЬВОВАГИНИТ, КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия

Неспецифический вагинит – инфекционно – воспалительное нетрансмиссионное заболевание влагалища, обусловленное действием условно – патогенных микроорганизмов.

Среди гинекологических заболеваний девочек допубертатного периода от 2 до 7 лет, воспалительные процессы половых органов занимают первое место, составляя около 80%. В первую очередь, это связано с анатомическими особенностями строения детских половых органов: близость ануса, тонкая легкоранимая кожа и слизистая влагалища, выраженная складчатость слизистой оболочки влагалища и наличие большого количества вестибулярных желез.

**Цель исследования.** Проанализировать частоту неспецифических вульвовагинитов у девочек в возрасте от 0 до 9 лет, особенности клинических проявлений, выявить

основных возбудителей неспецифического вульвовагинита у девочек.

**Задачи.** Определить группы девочек, по возрастам, имеющие признаки воспалительных заболеваний половых органов. Провести им бактериоскопическое и культуральное исследование микрофлоры влагалища с определением титра микроорганизмов и определения антибиотикочувствительности.

**Материал и методы.** На базе Морозовской детской городской клинической больницы в отделении гинекологии под наблюдением находились 30 девочек в возрасте от 0 до 9 лет, обратившихся к детскому гинекологу по поводу воспалительных заболеваний половых органов. Средний возраст составил  $2,8 \pm 2,5$  лет.

**Результаты исследования.** Анализ заболеваемости по возрастам показал, что максимальная доля вульвовагинитов приходится на возраст от 2 до 5 лет. Частота

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

встречаемости: в период раннего детства – от 1 до 3 лет – 35%, младший дошкольный 3 до 5 лет – 39%, дошкольный период 5 до 7 лет – 16%, младший школьный 7 до 9 лет – 12%. Течение вульвовагинита у девочек всех групп имело типичные клинико-лабораторные признаки: боли, зуд, жжение, усиливающиеся при мочеиспускании, гиперемия, отечность вульвы, сращения в области наружных половых органов, гнойные выделения из влагалища, воспалительный тип мазка, нарушение микроценоза влагалища.

Наиболее часто встречался неспецифический бактериальный вульвовагинит (74%) и вульвовагинит на фоне изменения реактивности организма (26%). Изменения микроценоза влагалища обнаружены у большинства (61%) девочек. У 52% из них преобладали различные виды условно – патогенных бактерий, представленных преимущественно аэробными грамотрицательными бактериями (*Escherichia coli*; *Proteus mirabilis*, *morganii*), кокковой флорой (*Staphylococcus epidermidis*, *aureus*; *Streptococcus viridans*, *pyogenes*; *Enterococcus faecalis*). У 23% девочек с вульвовагинитами выявлены полимикробные ассоциации, реже – грибы рода *Candida* (10%), гарднереллы (10%), хламидии (3%). Не леченный острый вульвовагинит может перейти в хроническую форму и способствовать формированию частой патологии, встречающейся у девочек, синехий – сращений малых половых губ. По результатам наших

исследований синехии выявлялись у каждой третьей девочки (47%). У 24% девочек хронический вульвовагинит встречается в сочетании с дисбактериозом кишечника, у 13% – с заболеваниями мочевыводящих путей.

**Выводы.** Большое значение в возникновении вульвовагинитов имеют нарушения гигиены половых органов. Родители должны объяснить дочери важность соблюдения чистоты наружных половых органов и научить правильному проведению гигиенических мероприятий. Обязательно должен проводиться осмотр наружных половых органов девочки участковым педиатром с самого первого ее визита и далее, по графику профилактических осмотров детского гинеколога, при условии отсутствия жалоб (3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет согласно Приказу Минздрава России от 01.11.2012 N 572н). Наиболее рациональным является комплексное лечение, направленное на подавление и ликвидацию патогенных возбудителей, дезинтоксикацию и коррекцию нарушений гемостаза, способствующее общей стимуляции организма и повышению его защитных способностей, поддержанию функций жизненно важных органов, снижению катаболических и усилению анаболических процессов. Именно, такой подход позволяет избежать нарушений менструальной, репродуктивной и половой функций в зрелом возрасте.

Adamyan L.V., Koltunov I.E., Sibirskaya E.V., Smal T.A.

## VULVOVAGINITIS, AS THE MOST FREQUENT GYNECOLOGICAL PATHOLOGY IN CHILDREN

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education «Moscow State University of Dentistry»  
Morozovsky children clinical hospital  
Moscow, Russia

This article discusses the causes of nonspecific vulvovaginitis in children. Presents the frequency of occurrence of vulvovaginitis in children depending on age. Ways of preventing the occurrence of vulvovaginitis in children.

**Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Копылов И.В.**

## НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия

При подборе индивидуальной тактики хирургического лечения пациентов с нарушением половой дифференцировки с женской психосоциальной ориентацией наиболее сложную группу составляют дети с дисгенезом гонад. Недостаточная степень зрелости гонадальной ткани предопределяет высокий риск ее малигнизации, низкую функциональную активность, аномальное строение и расположение.

К нарушениям половой дифференцировки (Disorders of Sex Development «DSD») отнесена группа патологических состояний, при которых имеется несоответствие основных компонентов биологического пола: хромосомного, гонадального или фенотипического. В части, посвященной аспектам хирургической тактики, обозначено, что основными приоритетами оперативного лечения пациентов с DSD являются психосоциальная адаптация пациента в определенном поле и исключение риска развития неопластических процессов патологических тканей, а предпочтительными методами коррекции имеющихся аномалий развития являются варианты, предопределяющие возможность сохранения фертильности.

**Цель исследования** – Улучшение результатов хирургического лечения пациентов женского пола с гонадальным дисгенезом на основе дифференцированного подхода к решению вопроса об объеме операции и с учетом современных возможностей применения лапароскопии на органах репродуктивной системы.

**Материал и методы исследования:** Ретроспективному анализу подвергнуты данные 37 детей с психосоциальной ориентацией в женском поле и DSD, обусловленным дисгенезом гонадальной ткани. Из них в 5 случаях выполнялась диагностическая лапароскопия, в остальных наблюдениях проводилась лапароскопическая коррекция представленных аномалий развития внутренних органов

репродуктивной системы. Диагностическая лапароскопия выполнена 3 детям с овариальным дисгенезом при кариотипе 46, XX. Им проведена биопсия гонадальной ткани, по результатам которой выявлены изменения, соответствующие гипоплазии яичников и подтверждено отсутствие тестикулярных клеток. В 1 наблюдении у пациента с подозрением на агенезию гонад (АГ) (кариотип 46, XY) не выявлено гонадальной ткани и маточных труб, которые, вероятно, были удалены ранее, при проведении грыжесечения паховым доступом, выполненного по месту жительства, выписок и результатов гистологического заключения родителями пациента представлено не было; при этом отмечено типичное расположение гипоплазированной матки. В 1 наблюдении у пациента со смешанной формой дисгенезии гонад (СДГ) при кариотипе 45, X0/46, XY при проведении обзорной лапароскопии установлены отсутствие дериватов мюллеровых протоков и локализация дисгенетичных гонад в паховых каналах, что потребовало проведение гонадэктомии паховым доступом. Лапароскопическая коррекция аномалий внутренних органов репродуктивной системы проведена 32 пациентам: 3 детям с АГ, 5 пациентам с синдромом Тернера (СТ), 3 детям с чистой формой дисгенезии тестикул (синдром Свайера), 14 пациентам с СДГ, у 7 детей определена овотестикулярная форма нарушения половой дифференцировки (ОТ-DSD).

**Результаты исследования:** У 11 детей с СДГ, воспитываемых в женском поле, проведены операции, связанные с сохранением маточных структур. По результатам гистологического исследования удаленной фиброзной и гонадальной ткани в материале от 2 пациентов описание одной из удаленных структур соответствует фиброному струку, в остальных препаратах подтверждена персистенция тестикулярных клеток.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

В группе пациентов с OT-DSD отмечалась широкая вариабельность строения внутренних органов репродуктивной системы. У 3 детей (кариотип 46, XY) гонадальная ткань представлена сочетанием овотестикулярной гонады и стрекковой тканью, асимметрично развитые дериваты мюллеровых протоков гипоплазированы. Коррекция представленных аномалий развития заключалась в лапароскопическом удалении патологичных гонад единым блоком с диспластическими маточными трубами. По данным патогистологического заключения, у всех пациентов в структуре овотестиса выявлены низко дифференцированные тестикулярные и овариальные клетки. При изучении стрекковой ткани подтверждено наличие в ней тестикулярных клеток. У 2 пациентов с кариотипом 46, XX гонадальная ткань была представлена сочетанием овотестиса с одной стороны и гипоплазированным яичником с противоположной. Матка и маточные трубы имели удовлетворительное развитие. У 1 пациента овотестис имел нечеткие контуры и находился в непосредственной близости от маточной трубы, что потребовало проведения аднексэктомии. Во втором наблюдении овотестис имел билобулярную структуру и четкие контуры, что позволило провести его удаление с сохранением фаллопиевой трубы. С целью исключения персистенции низкодифференцированных клеток в гонаде, макроскопически схожей с гипоплазированным яичником, у обоих пациентов проведена биопсия. По данным гистологического заключения, тестикулярные клетки выявлены во всех участках овотестиса, вне зависимости от формы его строения. В биоптате гонады, визуально схожей с яичником, подтверждено наличие только овариальной ткани со сниженным количеством фолликулов. У пациента с кариотипом 46, XY/46, XX овотестикулярные гонады определялись с обеих сторон. Дериваты мюллеровых протоков имели симметричное развитие, гипоплазированы. Выполнено лапароскопическое удаление патологичной гонадальной ткани с сохранением матки и маточных труб. Патоморфологическое заключение описывает картину, типичную для овотестикулярной гонадальной ткани. Один пациент с OT-DSD, кариотипом 46, XY, с сочетанием овотестис/яичко и двурогой маткой, обратился в наш стационар для проведения гистерэктомии в связи с неоднократной облитерацией неколкопонастомоза после ректосигмоидной пластики

влагалища, выполненной лапаротомным доступом, по месту жительства. Гонады пациенту были удалены ранее, что не позволило самостоятельно изучить их гистологическую структуру.

**Выводы:**

– Лечение данной группы пациентов должно проводиться в крупных специализированных центрах, имеющих высокое техническое оснащение с привлечением команды опытных специалистов.

– Лапароскопия является наиболее объективным методом определения тактики и проведения хирургического этапа лечения пациентов с DSD.

– Приоритетными направлениями хирургической тактики при лечении данной группы пациентов необходимо считать:

- полное исключение или максимальное снижение риска развития неопластических процессов;

- исключение гормональной секреции, противоречащей полу воспитания пациента;

- психосоциальную адаптацию в определенном поле пациента;

- сохранение фертильных способностей пациента.

– Использование унифицированной схемы морфогистологического определения патологичной гонадальной ткани на основе классификации «Виды гонадальной ткани, выявляемой при интерсексуальной патологии» позволяет:

- сформировать общие принципы лечения пациентов с дисгенезом гонадальной ткани на основе внедрения единой терминологии;

- объективизировать оценку интраоперационно выявляемых у пациента изменений гонадальной ткани на основе визуальных данных;

- исключить дополнительный этап хирургического лечения, связанного с забором и изучением гистологического материала;

- снизить риск распространения возможного неопластического процесса за счет исключения необходимости проведения биопсии гонады, влекущей нарушение целостности капсулы патологичной гонады.



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Kopilov I.V.**

## THE DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT. PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education «Moscow State University of Dentistry»  
Morozovsky children clinical hospital  
Moscow, Russia

The choice of optimal tactics of surgical correction of abnormalities of the internal organs of the reproductive system in female patients with various forms handling of dysgenesis is a complex and debated issue. In the thesis the analysis of the data of the scientific literature and

own results of treatment of the relevant group of patients during the period from 2006 to 2014 On the basis of the analysis identified the priorities of surgical tactics of treatment of patients with this pathology.

**Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петрова Т.Н.**

## НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА. ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия

Сексуальное насилие, как таковое, всегда применялось в отношении более слабого и неспособного оказать действенное сопротивление в силу разных причин, из которых наиболее распространенными являются возрастные особенности потерпевшего, не способного ни осознать в полной мере характер совершаемых с ним действий, ни физически препятствовать насилию.

Изнасилование (половое сношение с применением насилия или с угрозой его применения) и насильственные действия сексуального характера (мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера с применением насилия или с угрозой его применения) входят в Главу 18 Уголовного кодекса Российской Федерации и относятся к преступлениям против половой неприкосновенности и половой свободы личности, так как совершаются вопреки воле и согласию потерпевшего

лица. Указанные преступления, предусмотренные статьями 131 и 132 Уголовного кодекса Российской Федерации, представляют повышенную общественную опасность, поскольку сопровождаются применением насилия или угрозой его применения к потерпевшему или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица. Беспомощным состоянием Уголовный кодекс Российской Федерации считает, в том числе, возраст потерпевшего, не достигшего двенадцати лет, поскольку такое лицо в силу возраста находится в беспомощном состоянии, то есть не может понимать характер и значение совершаемых с ним действий.

В последнее время заметно возросло число преступлений на сексуальной почве, совершенных в отношении несовершеннолетних, немалую часть которых, к сожалению, составляют и малолетние потерпевшие.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Обобщение следственной практики свидетельствует о том, что более 30% преступлений данной категории в отношении несовершеннолетних совершается лицами из числа их ближайшего окружения (родственниками, близкими, знакомыми, воспитателями и педагогами). Несмотря на то, что в зависимости от возраста часть детей понимает (хотя и не в полной мере) характер и значение совершаемых в отношении них сексуальных действий, однако они не в состоянии не только избежать их, но и просто обратиться за помощью. Осознавая этот факт, злоумышленники часто используют доверчивость и беззащитность детей.

В отношении несовершеннолетних потерпевших по преступлениям в сфере половой свободы и половой неприкосновенности в обязательном порядке проводятся как судебно-медицинская, так и психолого-психиатрическая экспертиза, целями которых являются установление как физических последствий, то есть полученных телесных повреждений, так и психического состояния потерпевшего с учетом психологических особенностей личности последнего.

Выявляемые при проведении судебно-медицинской экспертизы телесные повреждения, возникающие в результате изнасилований и совершения иных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних потерпевших, представляют собой травматические поражения наружных и внутренних половых органов, ануса, реже – других частей тела. Характер и степень повреждений зависит от возраста потерпевшего и его физического развития. Таким образом, полученные телесные повреждения можно поставить в условную зависимость от возраста потерпевшего. Для потерпевших возрастной группы до 6 лет наиболее характерными являются такие телесные повреждения, как разрывы промежности 3 степени, с разрывом стенок влагалища и прямой кишки. Возможны даже проникающие ранения брюшной полости, с разрывом сводов влагалища. Девственная плева также повреждается. Такие тяжелые повреждения обусловлены малыми размерами половых органов и отсутствием их эстрогенизации.

Для потерпевших возрастной группы от 6 до 12 лет характерны, преимущественно, следующие повреждения: разрывы промежности 1 и 2 степени, и, конечно же, повреждения девственной плевы. Меньшая травматизация

половых органов обусловлена их большими размерами и растяжимостью, в сравнение с предыдущей возрастной группой.

Для потерпевших в возрасте 12–18 лет характерными являются повреждения в основном только наружных половых органов, такие, как разрывы девственной плевы, осаднение слизистой вульвы, малых половых губ. Более легкая степень повреждения половых органов в сравнении с двумя другими группами обусловлена относительной готовностью организма девушки к началу половой жизни и зачатию.

Такие повреждения являются наиболее общими и характерными в большинстве случаев при соответствии физического развития ребенка его фактическому возрасту и не могут учитывать всевозможные особенности физического развития (например, случаи акселератизма или отставания в физическом развитии). В любом случае, при проведении судебно-медицинской экспертизы применяется индивидуальный подход с учетом всех особенностей физического развития и строения организма подэкспертного.

При проведении судебно-медицинской экспертизы необходимо не только установить наличие телесных повреждений, но и определить степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, поскольку согласно Постановлению Пленума Верховного суда Российской Федерации от 04.12.2014 года №16 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности» умышленное причинение тяжкого вреда здоровью потерпевшего при изнасиловании или совершении насильственных действий сексуального характера (а изнасилование и совершение насильственных действий сексуального характера – это умышленные преступления) требует дополнительной квалификации по соответствующей части статьи 111 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью) Уголовного кодекса Российской Федерации.

Если рассмотреть наиболее характерные для такого рода преступлений телесные повреждения, то, например, рана стенки влагалища или прямой кишки, или промежности, проникающая в полость и (или) клетчатку малого таза – согласно Медицинским критериям определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

от 24 апреля 2008 г. N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью

человека») представляет собой повреждение, причинившее тяжкий вред здоровью человека по признаку опасности для жизни.

**Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Petrova T.N.**

## VIOLENT ACTS OF SEXUAL CHARACTER. POSSIBLE CONSEQUENCES FOR JUVENILE VICTIMS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education «Moscow State University of Dentistry»  
Morozovsky children clinical hospital  
Moscow, Russia

In the thesis provides information about the possible consequences arising from a minor victims of rape and violent acts of a sexual nature.

**Адамян Л.В., Сибирская Е.В.**

## ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия

Частота аномалий развития влагалища и матки составляет 1 случай на 300 новорожденных девочек. У каждой 4000-5000 новорожденной наблюдается аплазия матки и влагалища, а в 1:50000 – экстрофия мочевого пузыря или клоакальный порок развития. В 1:5000 новорожденных наблюдаются аноректальные врожденные пороки развития, которые в 50–90% случаев сочетаются с мочеполовыми пороками развития.

Врожденные пороки развития женских половых органов составляют около 14% от всех врожденных аномалий развития.

У девочек наиболее часто причиной обращения в гинекологический стационар являются варианты частичной и полной аплазии влагалища, приводящие к нарушению оттока менструальной крови при функционирующей матке. Основными симптомами при аномалиях

матки и влагалища, связанных с нарушением оттока менструальной крови, могут быть: циклические боли в дни менструаций, образование гематокольпоса, гематометры, гематосальпинкса (в зависимости от формы и вида порока), клиника «острого живота».

Диагностика пороков развития матки и влагалища представляет значительные трудности, что приводит к ошибкам в распознавании характера порока. Следствием диагностических ошибок является выполнение необоснованных хирургических вмешательств у 24–34% больных, особенно при пороках развития матки и влагалища, сопровождающихся нарушением оттока менструальной крови.

По данным гинекологического отделения Морозовской Детской Городской клинической больницы с пороками развития матки и влагалища и нарушением оттока менструальной

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

крови с 2013 по 2015 гг. были госпитализированы 48 девочек.

В структуре пороков развития влагалища, с нарушением оттока менструального отделяемого, у девочек преобладала частичная аплазия влагалища – у 39,5% девочек, различные варианты удвоения матки и влагалища наблюдались у 20,8% девочек, атрезия гимена отмечалась у 29% девочек и рудиментарный рог матки – у 6,2% девушек.

Аномалии мочевой системы наблюдались у 20 (41,7%) больных с аномалиями матки и влагалища. При изучении корреляции между формой аномалии мочевой системы и порока развития гениталий, оказалось, что наиболее частым сочетанным пороком развития мочевой системы оказалась аплазия почки, которая выявлена у 12 (25%) больных. В большинстве случаев аплазия почки наблюдалась у больных с асимметричной формой аномалии внутренних половых органов.

Так, у всех 10 больных с удвоением матки и влагалища, с дистальной аплазией одного из гемивлагалищ, наблюдались аномалии мочевой системы, из них в 9 случаях выявлена аплазия почки на стороне частично аплазированного влагалища, и у 1 пациентки удвоение почек.

Один из клинических примеров, возможных диагностических ошибок:

В отделение гинекологии Морозовской ДГКБ на плановое оперативное лечение поступила девочка 12 лет с направляющим диагнозом: Параовариальная киста слева. Впервые диагноз был поставлен несколько месяцев назад в поликлинике по месту жительства.

Из анамнеза известно, что при проведении планового УЗИ органов малого таза в поликлинике по месту жительства была обнаружена параовариальная киста слева, рекомендовано плановое оперативное лечение в отделении гинекологии Морозовской Детской Городской клинической больницы.

Гинекологический анамнез: Менструации с 11 лет, установились сразу, по 5 дней, регулярные, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Специфические онкомаркеры крови в пределах нормы.

При поступлении на плановую госпитализацию в отделение гинекологии были изучены УЗИ органов малого таза девочки, проведенные ранее, по результатам которых был заподозрен диагноз: Порок развития внутренних половых органов. Гематокольпос рудиментарного левого влагалища. Гематосальпинкс

слева. Агенезия левой почки, что не соответствовало ранее выставленному диагнозу в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

Интраоперационно диагноз был подтвержден.

Лапароскопически выполнено: тубэктомия слева (удаление замкнутой трубы, расширенной до 8 см в диаметре), разделение спаек, далее, вскрытие гематокольпоса рудиментарного левого влагалища, создание соустья между нормальным правым и рудиментарным левым влагалищами.

Заключительный диагноз: Порок развития половых органов. Удвоение тела матки. Удвоение шейки матки. Гематокольпос рудиментарного влагалища слева. Гематосальпинкс слева. Сопутствующий диагноз: Агенезия левой почки.

Послеоперационный период протекал без осложнений, девочка выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение детского гинеколога Центра репродуктивного здоровья детей и подростков МДГКБ.

Хотелось бы подчеркнуть, что это достаточно редкая патология, но о ней нужно знать, помнить и вовремя ее диагностировать. При недостаточной квалификации врачей, зачастую может быть выставлен неправильный диагноз, что и произошло в данном случае.

Заклучение: Проведенное нами исследование показало, что в структуре пороков развития влагалища, с нарушением оттока менструального отделяемого, у девочек преобладала частичная аплазия влагалища – у 39,5% девочек, различные варианты удвоения матки и влагалища наблюдались у 20,8% девочек, атрезия гимена отмечалась у 29% девочек и рудиментарный рог матки – у 6,2% девушек. В большинстве случаев пороки влагалища выявляются в пубертатном периоде, в связи с началом менструации и развитием гематокольпоса. Ведущим клиническим симптомом пороков влагалища у девочек являются боли внизу живота, которые нередко расцениваются, как проявления «острого живота».

У 41,7% девочек с пороками развития влагалища выявляется различная патология мочевыделительной системы. Аплазия почки определяется только у девочек с различными вариантами удвоения матки и влагалища, и при рудиментарном роге матки. В 90% случаях при удвоении матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

выявлена аплазия почки, совпадающая со сто-  
роной частично аплазированного влагалища.

**Adamyan L.V., Sibirskaya E.V.**

## MALFORMATIONS OF THE UTERUS AND VAGINA IN GIRLS. DIAGNOSTIC ERRORS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty  
of the state educational institution of higher professional education  
«Moscow State University of Dentistry»  
Morozovsky children clinical hospital  
Moscow, Russia

In the structure of malformations of the vagina, menstrual outflow impairment, the girls dominated partial aplasia of the vagina – 39.5% of girls, different ways of doubling of cervix and vagina were observed in 20.8% of girls, atresia of the hymen was noted in 29% of girls and rudimentary uterine horn – 6.2% of girls. In most

cases, malformations of the vagina are identified in puberty, with the onset of menstruation and the development of hematocolpos. A clinical symptom of the evils of the vagina in girls are pain in the abdomen, which are often regarded as manifestations of the «acute abdomen».

**Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е.**

## ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НА МЕНСТРУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ДЕВОЧЕК

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия

Сахарный диабет 1 типа чаще всего проявляется в молодом возрасте.

В настоящее время сахарный диабет 1 типа рассматривается как классическая аутоиммунная болезнь. Доказательством аутоиммунной природы сахарного диабета 1 типа является наличие аутоантител к широкому спектру мембранных и цитоплазматических компонентов  $\beta$ -клеток, включая инсулин, проинсулин и глютаматдекарбоксилазу.

Частота нарушений менструального цикла, бесплодия, патологии беременности и родов, сокращения периода фертильности у больных сахарным диабетом первого типа в сравнении со здоровой популяцией остается достаточно

высокой, что объясняет актуальность изучаемой проблемы.

Работа выполнена в рамках гранта президента РФ в поддержку молодых ученых докторов медицинских наук (МД-7339.2015.7).

**Цель исследования:** изучить состояние менструальной функции у девушек, больных сахарным диабетом 1 типа.

**Материалы и методы исследования:** Проведено обследование 100 девочек и девушек в возрасте от 11 до 17 лет, средний возраст  $13,6 \pm 1,8$  лет (здесь и далее  $M \pm m$ ), страдающих сахарным диабетом 1 типа, с длительностью заболевания от 2 месяцев до 17 лет (в среднем  $9,5 \pm 6,8$  лет), находившихся на лечении

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

в эндокринологическом отделении многопрофильного стационара.

Комплексное обследование девушек включало анализ анамнестических данных, общепринятые клинические и лабораторные исследования, ультразвуковое исследование органов малого таза в динамике менструального цикла, обследование по тестам функциональной диагностики (базальная термометрия 4 месяца). У всех пациенток произведен анализ взаимосвязи характера нарушений менструальной функции с длительностью и степенью тяжести заболевания, временем дебюта сахарного диабета, степенью его компенсации.

Все обследованные девочки и девушки ( $n=100$ ) менструировали.

Среди гинекологических заболеваний в анамнезе у девочек и девушек больных сахарным диабетом 1 типа преобладали: кандидозный вульвовагинит – 58%, бактериальный вагиноз – 24%, эрозия шейки матки – 14%, хронический сальпингоофорит – 12%, аномальные маточные кровотечения пубертатного периода – 16%.

Среди всех девушек больных сахарным диабетом 1 типа менструальный цикл был регулярным у 47 девушек, причем у 17 менструальный цикл был – овуляторным, а у 30 – ановуляторным. У 53 девушек менструации носили нерегулярный характер. Частыми нарушениями менструального цикла были: короткие и скудные менструации – у 33 девушек и обильные и длительные менструации – у 20 пациенток. Первичная дисменорея наиболее часто встречающаяся патология менструального цикла у девочек и девушек больных сахарным диабетом 1 типа (84%).

Была выявлена прямая зависимость нарушений менструального цикла от длительности сахарного диабета 1 типа ( $\chi^2=36,8$ ), от времени дебюта основного заболевания ( $\chi^2=72,4$ ), от степени тяжести сахарного диабета 1 типа ( $\chi^2=18,4$ ) и доз применяемого инсулина ( $\chi^2=4,8$ ).

При оценке влияния времени дебюта и степени тяжести сахарного диабета 1 типа на характер нарушений менструального цикла выявлено, что наиболее часто различные нарушения менструального цикла встречались в группах девочек и девушек с манифестацией основного заболевания в возрасте от 0 до 10 лет и с 11 до 15 лет, с длительностью сахарного диабета от 11 до 15 лет. Однократные эпизоды вторичной аменореи встречались

у девушек с дебютом сахарного диабета 1 типа в возрасте от 0 до 15 лет; с длительностью основного заболевания от 15 лет. Первичная аменорея наблюдалась лишь в одном случае у пациентки с дебютом сахарного диабета 1 типа в возрасте 1 года, с длительностью основного заболевания 15 лет.

Регулярный менструальный цикл чаще всего имели девушки с длительностью основного заболевания менее 5 лет, дебют основного заболевания у которых пришелся на возраст 13 лет и старше, причем в 70% случаев у них менструальный цикл носил овуляторный характер.

Анализируя показатели компенсации углеводного обмена у девочек и девушек больных сахарным диабетом 1 типа, не было обнаружено значительной разницы в уровне среднесуточной гликемии как у девушек с регулярным менструальным циклом ( $8,6 \pm 1,4$  ммоль/л), так и с какими-либо нарушениями менструального цикла ( $8,8 \pm 1,6$  ммоль/л;  $p > 0,05$ ).

Средний возраст наступления менархе у больных сахарным диабетом 1 типа составил  $14,6 \pm 1,8$  лет, что значительно превышает средний показатель по России – 12,8 лет. Выявлена прямая зависимость возраста наступления менархе от длительности сахарного диабета 1 типа и времени его дебюта. Наиболее поздно менструации наступали у девушек с началом сахарного диабета в возрасте от 0 до 10 лет ( $14,9 \pm 1,2$ ) и при длительности заболевания более 15 лет ( $15,0 \pm 1,6$ ).

В контрольной группе, которую составили здоровые девушки ( $n=20$ ) с регулярным менструальным циклом, возраст наступления 1 менструации колебался от 11 до 13 лет (в среднем  $12,4 \pm 0,6$  лет).

Взаимосвязь между возникновением сахарного диабета 1 типа и нарушением менструального цикла отмечали 44 девушки. 28 девушек считают, что после возникновения сахарного диабета 1 типа менструации стали нерегулярными: 13 пациенток отмечали увеличение длительности менструации на 2-3 дня и количества теряемой крови. У 11 девушек укоротился интервал между менструациями. 13 больных констатировали плохую компенсацию сахарным диабетом 1 типа на фоне менструации: у 10 девушек уровень глюкозы повышался на 6–8 ммоль/л и составлял в среднем  $12,4 \pm 1,6$ ; у 3 пациенток – уровень глюкозы снижался на 5–8 ммоль/л, составляя в среднем  $3,8 \pm 1,2$  ммоль/л. У 3 девочек начало



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

менструации сопровождалось кетоацидотическими комами, у одной из них, несмотря на проводимое лечение и коррекцию доз инсулинотерапии в стационаре, в течение 6 месяцев кетоацидотические комы сопровождали первый день начала менструации.

**Заключение:** Проведенное нами исследование показало, что более чем 2/3 девочек

и девушек, страдающих сахарным диабетом 1 типа, имеют те или иные нарушения менструального цикла, причем характер и степень тяжести нарушений коррелируют с длительностью и степенью тяжести основного заболевания, временем дебюта сахарного диабета 1 типа и дозами применяемого инсулина.

**Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E., Petrjakina E.E.**

## THE IMPACT OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 ON THE MENSTRUAL FUNCTION OF GIRLS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education «Moscow State University of Dentistry»  
Morozovsky children clinical hospital  
Moscow, Russia

**Background:** to make an assessment of the menstrual function in girls with diabetes mellitus. Patients and methods: we examined 100 patients aged from 11 to 17 years with diabetes mellitus 1 type. The girls were conducted complex inspection: general clinical and laboratory examination, ultrasound examination of small pelvis in the dynamics of the menstrual cycle, the study of hormonal profile, basal body temperature measurement. In all patients the analysis of interrelation of the nature of menstrual function with the duration and severity of the disease, time debut

of diabetes, the level of compensation. Results: was the direct dependence of menstrual cycle on duration of diabetes type, from time debut of the basic disease, the severity of diabetes type 1 and doses used insulin. Conclusions: this study has shown that more than 2/3 of girls and young women with diabetes mellitus type 1, have some menstrual irregularities, and the nature and severity of violations correlate with the duration and severity of the underlying disease, time debut of diabetes type 1 and doses used insulin.

**Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Журавлева С.А.**

## ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ. АНАЛИЗ ОШИБОК

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация  
Москва, Россия

**Резюме:** Абдоминальный болевой синдром – распространенное явление, служащее причиной госпитализации в стационар. Во избежание ошибок в постановке диагноза, для своевременной диагностики и лечения перекрутов придатков матки, все девочки с болями в животе должны осматриваться гинекологом.

**Актуальность:** По данным статистики, перекрут придатков матки, занимает сегодня 5 место среди экстренных гинекологических состояний, по поводу которых девочки госпитализируются в стационар и может возникать в любом возрасте. В детском возрасте перекрут придатков матки встречается гораздо чаще. Причинами этому является более длинным

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

связочный аппарат, чем у взрослых, особенности расположения яичников у детей – чем меньше ребенок, тем более высоко в брюшной полости расположены яичники, резкие движения тела, внезапная остановка вращательного движения туловища и другие причины.

В лечении перекрутов придатков матки неприемлема выжидательная тактика, только хирургическое лечение в максимально короткие сроки. Целями хирургического лечения являются восстановление топографии придатков матки при сохраненном кровотоке, либо их удаление при нарушенном кровоснабжении или их некрозе.

Все прооперированные по поводу гинекологической патологии девочки, должны в обязательном порядке наблюдаться у детского гинеколога.

**Цель исследования:** Сбор и анализ сведений о допущенных ошибках в диагностике и лечении перекрутов придатков матки по г. Москве за 2015 год.

**Материалы и методы исследования:** проанализировать ошибки в диагностике и лечении перекрутов придатков матки на базе Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы при Морозовской ДГКБ, в который стекаются и обрабатываются все данные по проведенным оперативным вмешательствам по гинекологической патологии у девочек г. Москвы.

**Результаты:** В центре репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы на базе Морозовской ДГКБ за 2015 год наблюдалось более 2500 детей и подростков. За 2015 год было выявлено 15 случаев ошибок в диагностике и лечении перекрутов придатков матки.

Средний возраст пациенток составил 12,4±2,4 (n=15). При анализе допущенных ошибок в диагностике и лечении перекрутов придатков матки у девочек было выявлено 3 (20%) случая оставление нежизнеспособных придатков матки с целью возможного восстановления кровотока, 2 (13,3%) случая отсутствия фиксации придатков матки при деторсии мягкого перекрута, в результате чего произошел повторный перекрут придатков матки, 2 (13,3%) случая неправильной фиксации придатков матки, что так же привело к повторному перекруту, 8 (53,3%) случаев несвоевременной диагностики перекрута придатков матки при неправильно поставленном диагнозе и лечения другого заболевания при отсутствии осмотра гинеколога. Причинами диагностических ошибок и ошибок в выборе тактики ведения и лечения перекрутов придатков матки являются: недостаточно глубокие знания анатомии и физиологии репродуктивной системы детей и подростков, пренебрежение гинекологическим анамнезом, отсутствие круглосуточного УЗ мониторинга, неадекватный объем оперативного лечения, неграмотное ведение медицинской документации, неправильная оценка интраоперационной ситуации, отсутствие онкологической настороженности при выявлении опухолей и опухолевидных образований яичников. Резюмируя полученные данные, можно сделать выводы о том, что все сложности диагностики абдоминальных болей требуют совместных действий детских гинекологов, детских хирургов и педиатров. Осмотр гинеколога является неотъемлемым составляющим при возникновении болей в животе у девочек.

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Zhuravleva S.A.

## TORSION OF THE UTERUS IN CHILDREN. THE ERROR ANALYSIS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education, «Moscow State University of Dentistry», Moscow, Russian Federation  
Morozovskaya Pediatric Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

**Summary:** Abdominal pain is a common phenomenon that serves as a reason for hospitalization. In order to avoid errors in diagnosis, for timely diagnosis and treatment of torsion of the

uterus, all the girls with abdominal pain should be examined by a gynecologist.

**Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Полякова Е.И., Короткова С.А., Журавлева С.А.**

## **ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, Москва, Российская Федерация  
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация  
Москва, Россия

**Резюме:** описывается клинический случай перекрута и некроза придатков матки у девочки 10 лет, который представляет интерес в плане дифференциальной диагностики с другими хирургическими патологиями и допущенными ошибками диагностики и лечения.

**Актуальность:** перекрут придатков матки является острой гинекологической патологией. Диагноз необходимо поставить очень быстро, так как увеличение времени до начала операции приводит к нежизнеспособности тканей, риску потери придатков матки. По данным статистики, в структуре госпитализации за 2015 г. в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ число госпитализируемых с перекрутом придатков матки девочек составило 2,3 % от числа всех госпитализируемых детей в отделение гинекологии.

В плановом порядке в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ поступила девочка Т., 10 лет для оперативного лечения с направляющим диагнозом «Доброкачественное новообразование правого яичника». При сборе анамнеза выяснилось, что 05.03.2016 г. ребенку выполнена в ЦГБ г. Н. лапаротомия по поводу острого аппендицита. По результатам гистологического исследования — катаральный аппендицит. При проведении УЗИ брюшной полости от 10.03.2016 г. выявлено объемное образование органов малого таза. Для дальнейшего лечения девочка переведена в ЦРБ г. Г., где было выполнено повторное УЗИ органов малого таза.

**Заключение:** эхо-признаки образования правого яичника. Проходила лечение в течение 10 дней в ЦРБ г. Г. Только по настоянию родителей направлена в Морозовскую ДГКБ.

При поступлении в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ, при оценке данных УЗИ органов малого таза был заподозрен перекрут и некроз правых придатков матки, вероятнее всего произошедший еще 04.03.2016 г., при первичном возникновении абдоминального

болевого синдрома. При проведении УЗИ органов малого таза в отделении гинекологии диагноз подтвердился. 31.03.2016 г. под комбинированным наркозом выполнено оперативное лечение в объеме лапароскопия, аднексэктомия справа.

**Выявлено:** образование синюшно-черного цвета, исходящее из правых придатков, перекрут и некроз правых придатков матки на 1440 градусов вокруг собственной оси, спаянное с петлями тонкого кишечника, маткой. Правая маточная труба четко не дифференцируется, в едином конгломерате с некротизированным яичником. После разделения спаек и выделения конгломерата из Дугласова пространства, произведена аднексэктомия справа.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Девочка выписана на 4 послеоперационные сутки в удовлетворительном состоянии.

**Заключение:** анализируя данный клинический случай, можно сделать выводы о том, что ревизия органов малого таза является обязательной при проведении оперативного лечения на органах брюшной полости, что в данном случае не было сделано при выполнении лапаротомической аппендэктомии и привело к повторному оперативному лечению.

**Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Polyakova E.I., Korotkova S.A.**

## ERRORS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TORSION OF THE UTERUS IN CHILDREN (A CLINICAL CASE)

Department of reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation  
The Morozov children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation  
Moscow, Russia

**Summary:** describes a clinical case of a torsion and necrosis of the uterine appendages girls 10 years, which is of interest in terms of

differential diagnosis with other surgical pathologies and mistakes of diagnosis and treatment.

**Мишина А.Е., Мадан Д.И.**

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Отделение хирургической гинекологии, Институт Матери и Ребенка, Кишинев, Молдова

Оперативная лапароскопия при кистозных образованиях яичников (КОЯ) у женщин репродуктивного возраста в настоящее время рассматривается как стандартный метод лечения. Использование лапароскопических технологий в лечении КОЯ у детей и подростков ограничено небольшими сериями операций. Цель данного исследования – оценить непосредственные результаты лапароскопических вмешательств при КОЯ у пациенток в возрасте  $\leq 18$  лет.

В течении последних 15 лет в клинике выполнена 201 операция по поводу КОЯ у детей и подростков. Для лапароскопического лечения отобрано 63 пациентки в возрасте от 9 до 18 лет (в среднем  $15.8 \pm 0.25$  лет). В соответствии с данными ультразвукографии, КТ и МРТ установлено, что односторонние КОЯ наблюдались чаще, чем двусторонние (93.7% vs. 6.3%,  $p < 0.001$ ). Максимальные диаметры кист составили  $8.07 \pm 0.4$  см (95% CI: 7.2-8.8) и минимальные  $6.6 \pm 0.3$  см (95% CI: 5.9-7.3). Для миниинвазивных вмешательств использовались стандартный комплект лапароскопического оборудования (инструментария). Выполнены следующие оперативные вмешательства: цистэктомия – в 44 случаях (67.7%), резекция яичника – 13 (20%) случаев, аднексэктомия – 7 (10.8%) случаев и овариэктомия в одном случае

(1.5%). Органосохраняющие операции выполнялись значительно чаще, чем (57/65, 87.7% vs. 8/65, 12.3 %). В 19 (31.7%) случаях была использована комбинированная лапароскопическая техника с экстракорпоральным иссечением КОЯ. Гистологическое исследование КОЯ выявило: простая киста ( $n=45$ , 69.2%), дермоидная киста ( $n=5$ , 7.7%), цистаденома ( $n=13$ , 20 %), эндометриома ( $n=2$ , 3.1%). Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Данное исследование продемонстрировало, что лапароскопическая органосохраняющая хирургия является безопасным методом лечения КОЯ у детей и подростков. Использование лапароскопического доступа позволяет выполнять малотравматичные (минимальное использование анальгетиков) вмешательства, с сокращенным сроком госпитализации и с удовлетворительным косметическим эффектом. При КОЯ больших размеров рационально выполнять лапароскопию с экстракорпоральным иссечением образований яичников (экстраабдоминальная кистэктомия).

**Резюме.** Представлен опыт выполнения лапароскопических вмешательств ( $n=63$ ) при кистах яичников у детей и подростков.



Mishina A., Madan D.

## LAPAROSCOPIC TREATMENT OF OVARIAN CYSTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Department of surgical gynecology, Institute of Mother and Child, Chisinau, Moldova

It was present experience of laparoscopic treatment (n=63) of ovarian cysts in children and adolescents.

Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Моксякова Е.Г.

## ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО  
Московский государственный медико-стоматологический университет  
Морозовская детская городская клиническая больница  
Москва, Россия.

**Резюме:** учитывая данные проведенного нами исследования, отмечается тенденция роста числа травм наружных половых органов, также увеличилось количество травм, требующих оперативного лечения. Более легкие травмы наблюдаются у детей в возрасте от 2 до 5 лет. У девочек старшего возраста общее количество травм меньше, но наблюдаются более тяжелые травмы.

**Актуальность:** по данным статистики, травмы у детей занимают третье место в общей структуре заболеваемости, уступая заболеваниям органов дыхания и кровообращения. При этом, травмы наружных половых органов и промежности у девочек составляют 3–4 % по отношению к травмам других локализаций.

**Цель исследования:** сбор и анализ статистических данных по количеству поступивших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ девочек с травмами наружных половых органов в период с 2013 по 2015 год.

**Методы исследования:** было обследовано 486 девочек, поступивших в Морозовскую ДГКБ в период с 2013 по 2015 год в возрасте от 2 до 18 лет. Всем девочкам в обязательном порядке проводился гинекологический осмотр, ректо-абдоминальное исследование,

у девочек живущих половой жизнью – вагинальное исследование, лабораторные исследования (общий анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов малого таза), при необходимости, оперативное лечение в объеме ушивания разрывов промежности, разрывов слизистой вульвы, вскрытия и дренирования гематом малых и больших половых губ.

**Результаты исследования:** общее количество девочек и девушек, обратившихся в Морозовскую ДГКБ с травмами наружных половых органов в экстренном порядке в период с 2013 по 2015 год составило 486 случаев. В 2013 году – госпитализировано 83 девочки с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 18 (21%) В 2014 году – госпитализировано 145 девочек с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 117 (80%). В 2015 году – госпитализировано 258 девочек с травмами наружных половых органов, из них оперативное лечение проведено у 241 (93%). Распределение общего количества травм наружных половых органов по возрастным группам: 2–5 лет – 224 (46%), 5–8 лет – 127 (26%), 8–12 лет – 68 (14%), 12–18 лет – 54 (11%)

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

В возрастной группе от 2 до 5 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 85 (38%), гематомы – 67 (30%), отрыв малых половых губ – 50 (22%), ссадины вульвы – 22 (10%). В возрастной группе от 5 до 8 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 50 (39%), гематомы больших и малых половых губ – 40 (32%), частичный отрыв малых половых губ – 26 (20%), ссадины вульвы – 11 (9%). У девочек более

старшего возраста от 8 до 12 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 15 (22%), гематомы – 33 (49%), разрывы влагалища – 13 (19%), частичный отрыв малых половых губ – 7 (10%). В возрастной группе от 12 до 18 лет по частоте выявления отмечаются: разрывы промежности 1–2 ст – 6 (10%), гематомы – 28 (52%), разрывы влагалища – 13 (25%), отрыв малых половых губ – 7 (3%).

**Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Moksyakova E.G.**

## INJURIES OF THE EXTERNAL GENITALIA IN GIRLS AND GIRLS

Department of reproductive medicine and surgery FPDO  
Moscow state medico-stomatological University  
Morozovskaya children's hospital  
Moscow, Russia.

**Summary:** Given the data of our research show a trend towards an increase in the number of injuries of the external genitalia, also increased the number of injuries requiring operative

treatment. More minor injuries occur in children aged 2 to 5 years. Have older girls total number of injuries is less, but there are more serious injuries.

**Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А., Колтунов И.Е., Смаль Т.А., Шуткова А.Ю.**

## КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Россия, г. Москва, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ.

Россия, г. Москва, Морозовская детская городская клиническая больница

Россия, г. Москва, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

**Резюме:** Особенностью опухолей и опухолевидных образований яичников в детском возрасте является меньшее разнообразие гистологических форм по сравнению со взрослыми. При этом, источниками образования опухолей яичников могут быть все ткани, входящие в их состав, а также имеющиеся недифференцированные эмбриональные элементы. Актуальность. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников у девочек представляют высокий интерес и требуют пристального внимания со стороны врачей, в связи с возрастающим

ростом их озлокачествления, трудностями диагностики и нередко неудовлетворительными результатами лечения. Целью исследования является – выявление наиболее часто встречаемых доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек и подростков, а также изучение своеобразия их клинических проявлений, определение тактики ведения данной группы пациенток и основных принципов лечения. Материалы и методы. Использованы данные групп авторов, по которым сделан обзор литературы. В связи с анатомо-физиологическими

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

особенностями организма девочек (малые размеры матки, расположение матки и яичников высоко в брюшной полости, недоразвитие малого таза), клиническое течение опухолей яичников не имеет патогмоничных симптомов и чаще всего отличается бессимптомным течением. Наиболее яркую клиническую картину можно увидеть лишь в случае перекрута ножки новообразования яичника, это происходит у детей намного чаще, чем у взрослых и связано с более высокой подвижностью этих новообразований. Полученные результаты. Из выше сказанного следует, что одно из ведущих мест в диагностике объемных образований в полости малого таза занимает ультразвуковое исследование (УЗИ), посредством которого можно обнаружить яичниковое

образование малых размеров и наблюдать за динамикой развития или регресса кист яичников. Заключение: опухоли и опухолевидные образования придатков матки у детей и подростков представляют собой актуальную проблему в современной гинекологии. В первую очередь это обусловлено диагностическими трудностями, связанными с отсутствием характерных жалоб, бессимптомностью течения и сложностью гинекологического обследования у детей, что приводит к постановке ошибочного диагноза, отсутствию правильного и своевременного лечения и, как следствие, возникновения осложнений, нередко отрицательно сказывающихся на репродуктивной функции юной пациентки в дальнейшем.

**Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Bogdanova E.A., Koltunov I.E., Smal T.A., Shutkova A.U.**

## OVARIES' BENIGN TUMORS AND TUMOR-LIKE FORMATIONS OF GIRLS AND YOUNG WOMEN (REVIEW OF LITERATURE)

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education, «Moscow State University of Dentistry», Moscow, Russian Federation

Morozovskaya Pediatric Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

Russian National Research Medical University N.I. Pirogov's, Moscow, Russian Federation

**Summary:** A feature of tumors and tumor-like formations of ovaries in childhood is a smaller variety of histological forms compared with adults. At the same time, the sources of the

formation of ovarian tumor tissue may be all included in their composition, as well as existing undifferentiated embryonic elements.

**Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О.**

## ЭНДОМЕТРИОЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Россия, г. Москва, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ

Россия, г. Москва, Морозовская детская городская клиническая больница

**Резюме:** По данным клинических исследований, около 75% женщин столкнулись с эндометриозом в возрасте до 20 лет. Истинная частота распространенности эндометриоза у девочек неизвестна. По данным различных авторов, у 35–50 % подростков со стойкой хронической тазовой болью при лапароскопии выявляется эндометриоз. M. de paula Andres

и соавт. в 2014 г. проанализировали клинические характеристики девочек-подростков, страдающих эндометриозом, средний возраст установки диагноза у таких детей составил  $17,95 \pm 1,48$  года, в то время как первые симптомы проявлялись к 15 годам.

**Актуальность.** Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

различных аспектов эндометриоза, этиология и патогенез этого заболевания до конца неясны. В настоящее время существует более 10 теорий возникновения эндометриоза, однако ни одна из этих теорий не может полностью объяснить причины возникновения этого заболевания и многообразие локализаций очагов. Патофизиология эндометриоза, вероятно, является многофакторной и возникает в результате взаимодействия нескольких факторов. У подростков наиболее часто встречаются малые формы наружного генитального эндометриоза, являющиеся причиной стойкого болевого синдрома, и гораздо реже, чем у взрослых, можно наблюдать аденомиоз или эндометриоидные кисты яичников. Эндометриоз характеризуется разнообразием проявления. Методы лечения не особо отличаются как у подростков, так и у женщин 20 – 40-летнего возраста. До сих пор не получилось выработать идеальную тактику лечения эндометриоза. Все доступные методы лечения эндометриоза приемлемы и для подростков, но следует учитывать возраст пациентки и профили побочных эффектов лекарственных средств. К сожалению, в настоящее время отсутствуют методики, полностью излечивающие эндометриоз.

**Цель исследования:** проанализировать результаты осмотров при обращаемости в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ, оценить частоту встречаемости эндометриоза

при диагностировании порока развития наружных и внутренних половых органов

**Материалы и методы.** На базе отделения гинекологии Морозовской Детской Городской Клинической Больницы за последние три года наружные генитальные формы эндометриоза диагностированы у 11 девочек, подтвержденных гистологически, средний возраст которых составил 13,4±1,2 года (n=11). Полученные результаты. В 100% случаев выявлены пороки развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови, у 8 (72,7 %) девочек выявлена аплазия нижней трети влагалища, у 2 (18,1%) девочек – аплазия нижней и средней трети влагалища, у 1 (9,1%) девочки – атрезия девственной плевы. Во всех случаях аплазии нижней трети влагалища и аплазии нижней и средней трети влагалища был выявлен наружный генитальный эндометриоз. В случае атрезии девственной плевы из 41 девочки, которые были госпитализированы с данной патологией в отделение гинекологии Морозовской Детской Городской Клинической Больницы за последние три года, лишь у 1 (2,43%) девочки был выявлен наружный генитальный эндометриоз. Заключение. Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что при наличии пороков развития половых органов, связанных с аплазией влагалища, вероятность развития наружного генитального эндометриоза выше, чем при атрезии девственной плевы.

Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Tarbaya N.O.

## ENDOMETRIOSIS IN ADOLESCENT GIRLS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education, «Moscow State University of Dentistry», Moscow, Russian Federation

Morozovskaya Pediatric Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

**Summary:** According to clinical studies, approximately 75% of women with endometriosis have faced under the age of 20 years. The true incidence of endometriosis in girls prevalence is unknown. According to different authors, from 35–50 % of adolescents with persistent chronic pelvic pain with laparoscopy revealed endometriosis. M. de paula Andres et al. in 2014 analyzed the clinical characteristics of adolescents with endometriosis, the average age of diagnosis in

these children was 17,95±1,48 years, while the first symptoms manifested to 15 years.

**Геворкян Г.А.**

## ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ФГБУ НЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ, г. Москва,

Репродуктивное здоровье женщины во многом зависит от течения детского и подросткового периода развития. Распространенность гинекологической патологии среди девочек высока и не снижается в настоящее время. Поэтому лечебная стратегия у такого контингента пациенток базируется на большом комплексе лечебных мероприятий, где физиотерапия (ФТ) занимает одно из приоритетных мест.

**Цель:** определение прогностической ценности ФТ у девочек с гинекологическими заболеваниями.

**Материалы и методы исследования.** Использовали данные общеклинического, гинекологического и неинвазивных лабораторных исследований. Проведено обследование 272 девочек в возрасте 6–17 лет, оперированных по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников, эндометриоза в сочетании (или без) с острым аппендицитом и получивших антибиотикопрофилактику. У девочек даже плановые операции сопровождаются высокой степенью токсемии (100%), неблагоприятным характером адаптационных реакций (86,4%) и болевым симптомом (84,9%). Не позднее, чем через 36 ч после операции, назначали низкочастотную магнитотерапию, инфитатерапию, т.е. ФТ не обладающую пролиферативным действием.

**Результаты:** ФТ способствовала подавлению воспалительного процесса (100%), повышению неспецифической резистентности (76,5%) и улучшению адаптационных реакций (82,4%) у оперированных девочек различных возрастов, а также сокращение сроков полного болеутоления на 27%. Динамика показателей у пациенток только с антибиотикопрофилактикой была менее значима.

Дифференцированное назначение на стационарном этапе лечения у 179 девочек 13–17 лет с хроническим сальпингитом ультратон-, электроимпульсной, магнито- и лазеротерапии или терапии бегущим магнитным полем обеспечило стойкий клинический эффект

у 124(69,3%) пациенток за счет сокращения сроков полного болеутоления в 2 раза вследствие снижения сенсорной составляющей боли, повышения адаптационных резервов организма и развития стойкой резистентности у 64,2% пролеченных. Эффект ФТ обеспечил нормализацию вегетативного (86%) и восстановление иммунного гомеостаза (62,6%), улучшение гемодинамики в бассейне малого таза (78,8%).

Нами обследованы 57 девочек в возрасте 15–17 лет с неустановившемся ритмом менструаций через 1 год. У всех девушек констатирован клинически манифестный синдром вегетативной дистонии (СВД) гипертонического (24 чел.) или гипотонического (33 чел.). Центральная регулирующая дистанционная инфитатерапия на зрительные анализаторы способствовала устранению признаков вегетативной дисрегуляции у 83,3% пациенток с СВД гипертонического типа. А комбинированная инфитатерапия и гальванизация воротниковой зоны – у 72,7% девочек с СВД гипотонического типа. При этом восстановление адекватной церебральной гемодинамики отмечено у 87,5 и 60,6%, процессов внутренней синхронизации при усилении влияния активирующих неспецифических систем мозга на кору больших полушарий – у 83,3 и 78,8%, а нормализация ритма менструаций у 70,8 и 69,7% девочек соответственно в ближайшие 6 месяцев. Улучшение гормонального статуса и психоэмоционального состояния в периоде последствий ФТ выявлено у 100% пролеченных больных.

**Выводы.** Дифференцированное назначение ФТ при контролируемом системном подходе обеспечивает значимый клинический эффект не менее, чем у 70% девочек с гинекологической патологией. Из анамнеза известно, что клиническое выздоровление констатировано у 73–86% юных пациенток, получивших ФТ.

Использование физиотерапии целесообразно у девочек с гинекологическими заболеваниями. Назначение электролечения после операции на органах малого таза приводит к болеутолению и достижению



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

противовоспалительного эффекта, а также у девочек с нарушенным ритмом менструаций показана клиническая эффективность

физиотерапии при лечении различных гинекологических заболеваний.

**Gevorkyan G.A.**

## PHYSIOTHERAPY AS A TREATMENT OF GIRLS WITH GYNECOLOGICAL DISEASES

Physiotherapy is appropriate in treatment of girls with gynecological diseases. The institution of electrotherapy after pelvic surgery on the organs leads to sedation and achievement of the inflammatory process and in adolescents with rhythm disturbances of menstruation has been clinical effects of physiotherapy in the treatment of various gynecological diseases.

**ГЛАВА / CHAPTER 7:****СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ  
В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА****MODERN POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF  
INFERTILE MARRIAGES****Глуховец Б.И., Ходарева А.Г., Белая Н.Б.****ОЦЕНКА ИМПЛАНТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПОВЕРХНОСТНОГО  
ЭПИТЕЛИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН**

ADM-клиника, Санкт-Петербург, Россия

Каноны медицинской эмбриологии свидетельствуют о том, что основополагающим моментом успешного развития беременности является полноценная имплантация бластоцисты с одновременной трофобластической дифференцировкой наружных слоев клеток, что возможно лишь при адекватной структурно-функциональной перестройке поверхностного эпителия эндометрия [T.W.Sadler, 2000; Брагина Е.Е., 2015].

На этом основании проведены целенаправленные гистологические и иммуногистохимические исследования пайпель-биоптатов эндометрия, взятых в период «имплантационного окна», у 45 женщин в возрасте 21–40 лет с различными формами бесплодия. Гистологические препараты получали посредством стандартной парафиновой заливки биоптатов с последующим изготовлением срезов, толщиной 3–5 мкм и их окраской гематоксилином и эозином и метиленовым синим. Дополнительные срезы использовались для иммуногистохимических исследований, которые включали определение рецепторов половых гормонов и выявления экспрессии CD138 – иммунологического маркера плазматических клеток. В результате выявлены следующие варианты структурно-функционального состояния поверхностного эпителия слизистой оболочки полости матки.

1 тип (нормопластический). Повсеместная секреторная трансформация призматического железистого эпителия с характерным образованием взбухающих везикулярных структур (пиноподий).

2 тип (гипопластический). Гипопластическая секреторная реакция в виде однорядного строя уплощенных (кубических) клеток со сглаженным апикальным краем с отсутствием или слабо выраженными пиноподиями.

3 тип (гиперпластический). Полное отсутствие секреторной реакции, нарушение точной дифференцировки и линейной ориентации эпителиального пласта, формирование многорядных и микропапиллярных структур, кариопикнотические и цитолитические изменения.

4 тип (метапластический). Плоскоклеточная метаплазия поверхностного эпителия без атипических изменений и признаков инвазивного распространения в подлежащие железистые структуры.

Выделенные типы эпителия сочетались с соответствующими изменениями подлежащих структур слизистой оболочки матки, которые по мере усугубления морфологических изменений поверхностного эпителия характеризовались нарастающим дефицитом прогестероновой рецепции, незавершенной

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

циклической регенерацией спиральных артериол и капиллярной сети, дегидратацией стромы, извращенной эстрогенной стимуляцией желез, формированием полипов, нарастанием гистологических и иммуногистохимических признаков продуктивного воспалительного процесса.

Клиническая интерполяция нормопластического и гипопластического типов поверхностного эпителия выявила их высокую ассоциативную связь соответственно с трубным и эндокринным бесплодием. Более сложным оказался клиничко-морфологический анализ патогенеза бесплодия при гиперпластическом и метапластическом типах, которые не имели

безусловной зависимости от уровня прогестероновой рецепции и формально были отнесены к поверхностным проявлениям хронического эндометрита.

**Резюме.** Прицельное исследование поверхностного эпителия в гистологических и иммуногистохимических препаратах пайпель-биоптатов, взятых в период «имплантационного окна» у 45 бесплодных женщин, выявило определенные структурные изменения, которые имеют патогенетическую связь с гормональной, микроциркуляторной и воспалительной патологией эндометрия и вероятнее всего служат непосредственной причиной имплантационного бесплодия.

**Glukhovets B.I., Khodareva A.G., Belaya N.B.**

## EVALUATION IMPLANT PROPERTIES OF THE SURFACE EPITHELIUM OF THE ENDOMETRIUM IN INFERTILE WOMEN

The ADM-Clinic, St. Petersburg, Russia

Summary. The sighting study of surface epithelium in histological and immunohistochemical preparations paypel-biopsy specimens taken during the «implantation window» in 45 infertility women, revealed certain structural changes that

have a pathogenic relationship with hormonal, microcirculatory and inflammatory pathology of the endometrium and probably serve as the direct cause of implantation infertility.

**1, 2 Ипен С.М., 2 Абубакиров А.Н., 2 Мишиева Н.Г., 2 Левков Л.А., 2 Мартазанова Б.А., 1, 2 Павлович С.В.**

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АГНРГ В КАЧЕСТВЕ ТРИГГЕРА ОВУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ ЭКО/ИКСИ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ

1 ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России  
2 ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава, г. Москва, России.

Замена триггера овуляции на а-гнрг с последующей модификацией поддержки лютеиновой фазы позволяет добиться частоты наступления беременности сопоставимой с таковой при введении чхг, при снижении частоты развития синдрома гиперстимуляции яичников.

Эффективность программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) может составлять на современном этапе развития репродуктивной медицины 30–40 %. Однако в ряде случаев достижение беременности при использовании вспомогательных репродуктивных технологий сопровождается тяжелыми

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

осложнениями, наиболее опасным из которых является синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ).

В последние годы было показано, что за счет модифицированного ведения лютеиновой фазы при использовании агониста гонадотропин-рилизинг гормона (а-ГнРГ) в качестве триггера овуляции удается получить частоту наступления беременности (ЧНБ), сравнимую с таковой при использовании классического триггера овуляции, избегая возникновения СГЯ.

**Цель исследования:** Оценить влияние типа триггера овуляции на клинические и эмбриологические индикаторы эффективности программ ЭКО/ИКСИ у пациенток с нормальным ответом яичников на стимуляцию суперовуляции.

**Материалы и методы исследования:** В исследование были включены 268 пациенток, которые были разделены на 2 группы. I-ю группу составили 135 пациенток, получивших в качестве триггера овуляции человеческий хорионический гонадотропин (ЧХГ), II-ю – 133 пациенток, получивших а-ГнРГ (трипторелин), соответственно. Поддержка посттрансферного периода проводилась микронизированным прогестероном в дозе 600 мг/сут, при замене триггера овуляции дополнительно назначали 1500 МЕ ЧХГ в/м в день трансвагинальной пункции (ТВП) и эстрадиола валерат 4 мг/сутки со следующего дня после ТВП.

**Результаты:** По демографическим показателям исследуемой группы (Гр I и Гр II) не различались. Пациентки в исследуемых группах были сопоставимы по параметрам овариального резерва (уровень ФСГ, АМГ и количество

антральных фолликулов в раннюю фолликулярную фазу по данным УЗИ органов малого таза). Среднее число полученных ооцитов в Гр I и Гр II составило  $11.5 \pm 3.4$  и  $13.1 \pm 3.7$ , соответственно; средняя частота зрелых (MII) ооцитов – 79,61% и 80,59% соответственно; средняя частота оплодотворения – 75,9% и 77,8% соответственно. Частота дробления зигот (94,6% и 95,4%) также были одинаковыми между группами. Частота бластуляции в Гр I и Гр II составила 58,8 % и 62,7% соответственно; частота имплантации эмбрионов в Гр I в сравнении с Гр II 26,07% и 32,75% соответственно. В группах A I и II ЧНБ на перенос составила 47,24% и 46,2% соответственно. Клинические беременности в Гр I регистрировались у 36,81% и в Гр II у 39,67% пациенток. Выявили статистически значимое различие по частоте развития СГЯ легкой степени ( $p < 0,02$ ), в I Гр она составила 20,8% ( $n=27$ ) и в Гр II 10,8% ( $n=11$ ), соответственно. В Гр I у 1 пациентки развился СГЯ тяжелой степени, потребовавший стационарного лечения и у 2 пациенток – СГЯ средней степени тяжести. В Гр II случаев СГЯ средней и тяжелой степени не отмечалось.

**Заключение:** использование а-ГнРГ для финального созревания яйцеклеток в настоящее время может являться хорошей альтернативой ЧХГ у пациенток с нормальным ответом яичников на стимуляцию суперовуляции. Использование а-ГнРГ в качестве триггера овуляции в протоколах с ант-ГнРГ приводит к частоте наступления беременности, сравнимой по частоте в схемах с использованием в качестве триггера ЧХГ, и к достоверному снижению частоты развития СГЯ.

1, 2 Eapen S.M., 2 Abubakirov A.N., 2 Mishiev N.G., 2 Levkov L.A., 2 Martazanova B.A., 1, 2 Pavlovich S.V.

## GNRH AGONIST TRIGGER COMBINED WITH LOW DOSES OF HCG USED AS LUTEAL-PHASE SUPPORT PROVIDES A REPRODUCTIVE OUTCOME SIMILAR TO THAT SEEN AFTER HCG TRIGGERING AND REDUCES OHSS RISK

1 IPO Medical University First MGMU them. THEM. Sechenov Russian Ministry of Health  
2 FGBI «NTsAGiP them. IN AND. Kulakov», the Ministry of Health, Moscow, Russia.

Replacement trigger ovulation to a GnRH with subsequent modification of the support of the luteal phase allows achieving a pregnancy rate comparable with that of the introduction of hCG,

while reducing the frequency of development of ovarian hyperstimulation syndrome.



**Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Павлович С.В., Гус А.И., Левков Л.А., Куземин А.А., Гависова А.А., Щеголев А.И.**

## **ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЩИНЫ И РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ-НОВОЕ РЕШЕНИЕ В ПРОГРАММЕ ЭКО**

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ

Эндометрий недостаточной толщины и рецептивности является одной из причин снижения возможности наступления беременности. Толщина эндометрия по данным УЗИ менее 7 мм (период существования окна имплантации) дает минимальные шансы на зачатие. Для усиления роста тонкого эндометрия используется медикаментозное (с преобладанием гормональной терапии), хирургическое и физиотерапевтическое лечение. Эти методы не всегда приводят к желаемому результату. Поиски альтернативных методов лечения тонкого эндометрия являются весьма актуальными. Целью исследования являлась оценка эффективности воздействия на эндометрий введения смеси газов (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) в полость матки с целью индукции роста эндометрия и улучшения его рецептивности в период подготовки пациентки к проведению ЭКО цикла. CO<sub>2</sub> обладает сосудорасширяющим действием и значительным увеличением кровотока в тканях. Локальное воздействие CO<sub>2</sub> на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода тканями, восстановлением рецепторной чувствительности. Азот в организме является одним из основных биогенных элементов, входящих в состав важнейших веществ живых клеток, белков и нуклеиновых кислот. В проводимом исследовании кроме изучения прямого воздействия газовой смеси на толщину эндометрия на втором этапе запланировано определить морфологические и иммуногистохимические изменения в эндометрии, в частности, таких факторов как LIF, ER, PR, а также степени зрелости эндометрия и стадии развития в нем пиноподий и наличия плазматических клеток в период окна имплантации у женщин с тонким эндометрием до и после повторного введения газовой смеси (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) в полость матки. На данном этапе проведено изучение воздействия газовой смеси на рост эндометрия на 160 женщинах репродуктивного возраста (25–40 лет) с диагностированным

первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. Орошение эндометрия газовой смесью (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) проводилось на 7, 9, 11 дни менструального цикла, а УЗИ – мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 11 и 15 дни. В полость матки через катетер вводилась смесь (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) которая, заполняя полость матки, воздействовала на эндометрий. В основной группе (130 женщин) до начала процедуры орошения эндометрия толщина последнего варьировала у различных пациенток от 2,7 мм до 6,8 мм (в среднем – 4,71±0.98 мм). После проведения трех орошений толщина эндометрия в данной группе составила в среднем 9,18±1.23 мм (от 6,5 до 12,8 мм). В контрольной группе (30 женщин-без орошения эндометрия) на 7-й день менструального цикла толщина эндометрия составляла от 3.4 до 5,7 мм. К 13–15 дням цикла толщина эндометрия оставалась в пределах от 4.6мм до 7,1мм. Статистическая обработка полученных данных: для определения различий по толщине эндометрия в исследуемой и контрольной группах применяли метод сравнения параметров по Стьюденту с использованием статистической программы Jmp. Применение процедуры орошения полости матки газовой смесью (CO<sub>2</sub> и N<sub>2</sub>) у женщин с «тонким» эндометрием показало, что у большинства пациенток наблюдается существенный рост эндометрия к концу периода проведения лечения. Данный метод является амбулаторным видом лечения, при котором пациентка не нуждается в нахождении в стационаре. Метод можно рекомендовать в качестве способа подготовки женщин с тонким эндометрием к переносу эмбрионов, имеющим ранее неуспешные попытки ЭКО.



**Schneiderman M.G., Kalinina E.A., Smolnikova V.Y., Mishieva N.G., Abubakirov A.N., Pavlovich S.V., Gus A.I., Levkov L.A., Kuzemin A.A., Gavisiva A.A., Shchegolev A.I.**

## THE INDUCTION OF GROWTH AND IMPROVING RECEPTIVITY OF THIN ENDOMETRIUM FOR IVF CYCLE

The thin endometrium often turns out to be the cause of the considerable decrement of the pregnancy after the IVF procedure. It is considered that the endometrium thickness which is less than 7 mm (in the implantation window) provides the minimal chance for the efficient conception. Up to the present time in the modern scientific literature we did not find any facts about the treatment of the patients with the thin endometrium by means of the gas mixture (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>) processing of the endometrium, which provides the considerable blood circulation enhancement and, as a result, the rising of the thickness of the basal and functional layers.

CO<sub>2</sub> appears to be the great vasorelaxant. It is proved that the local impact of the carbon dioxide on the circumscribed portion of the tissues is accompanied by the blood flow enhancement, the recovery of the receptor sensibility, the reparative

processes enhancement, and the fibroblast activation.

The ultrasonography was carried out on the 7<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup>, 15<sup>th</sup> days of the menstrual cycle. 130 patients of the fertile age with the diagnosed natural sterility or secondary infertility and the thin endometrium not responding to medical treatment took part in the research. During the first ultrasonography before the endometrium gas ablation, its thickness made from 2,7 mm to 6,8 mm. After the third ablation the endometrium thickness made 9,8–12,8 mm. Providing that the women who had completed the multiple unsuccessful endometrium rising hormonotherapy stimulation procedures before took part in the research, there is the evident trend of the endometrium thickness rising under the influence of the gas mixture (CO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>).

**Казакова В.В., Сыркашева А.Г., Ильина Е.О., Долгушина Н.В., Калинина Е.А.**

## РОЛЬ АНЕУПЛОИДИИ ЭМБРИОНОВ В СНИЖЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ЭКО/ИКСИ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ АГРЕГАТАМИ ГЛАДКОГО ЭНДОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА В ЦИТОПЛАЗМЕ ООЦИТОВ

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

**Резюме:** Наличие аГЭР в цитоплазме ооцитов негативно влияет на исходы программ ЭКО/ИКСИ. У пациенток с аГЭР-положительными ооцитами было получено значительно больше анеуплоидных эмбрионов. Риск получения анеуплоидного эмбриона при оплодотворении ооцитов с аГЭР в 2,9 раз выше чем при оплодотворении морфологически нормальных ооцитов. Снижение эффективности программ ЭКО/ИКСИ у пациенток с аГЭР

в цитоплазме ооцитов может быть обусловлено генетическими причинами.

На эффективность программ экстракорпорального оплодотворения/ интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов (ЭКО/ИКСИ) влияет морфология ооцитов. Многие ооциты, полученные в циклах стимуляции суперовуляции, содержат морфологические аномалии (дисморфизмы). В нескольких исследованиях описано негативное влияние агрегатов гладкого эндоплазматического

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

ретикулума (аГЭР) на исходы программ ЭКО/ИКСИ – снижение частоты оплодотворения и наступления беременности. В литературе имеются неоднозначные данные о влиянии аГЭР на здоровье детей. В связи с этим целью нашего исследования стало изучение распространенности анеуплоидии по 13, 18, 21, X и Y хромосомам в эмбрионах с аГЭР и вклада анеуплоидии ооцитов в снижение эффективности программ ЭКО/ИКСИ у пациенток с аГЭР в цитоплазме ооцитов.

В проспективное когортное исследование было включено 45 женщин, которым по различным показаниям был проведен преимплантационный генетический скрининг (ПГС). В группу 1 вошло 17 пациенток с аГЭР в 100% ооцитов, а в группу 2 – 28 пациенток со 100% морфологически нормальными ооцитами. Морфологическая оценка ооцитов осуществлялась эмбриологом во время процедуры ИКСИ. Для проведения ПГС на 3-е сутки культивирования проводилась биопсия с забором одного бластомера и анализ ploидности по 13, 18, 21, X и Y хромосомам методом флюоресцентной гибридизации *in situ*. Клиническую беременность регистрировали при визуализации плодного яйца в полости матки при ультразвуковом исследовании через 21 день после переноса эмбрионов. Для оценки результатов исследования использовался статистический и многофакторный анализ.

Пациентки в группе 1 в среднем были старше ( $p=0,0022$ ) и имели более высокий индекс массы тела (ИМТ) ( $p=0,0116$ ). Группы сравнения значимо не различались по акушерскому и гинекологическому анамнезу, экстрагенитальной патологии и гормональному профилю. При оценке особенностей стимуляции суперовуляции суммарная доза гонадотропинов была погранично значимо выше в исследуемой чем в контрольной группе ( $2432,4 \pm 1113,2$  МЕ и  $1741,1 \pm 863,2$  МЕ, соответственно,  $p=0,0244$ ). В двух группах было получено 355 ооцит-кумулюсных комплексов (ОКК), 113 ОКК – у пациенток группы 1 и 242 ОКК – у пациенток группы 2. Группы не различались по среднему числу ОКК на пациентку ( $p=0,1668$ ). В группе с аГЭР наблюдалась тенденция к снижению частоты оплодотворения ооцитов ( $p=0,0220$ ). Молекулярно-цитогенетическое исследование было проведено для 190 эмбрионов, из которых 54 были получены при оплодотворении ооцитов с аГЭР и 136 – при оплодотворении морфологически нормальных

ооцитов. В группе 1 было получено значимо больше анеуплоидных эмбрионов, а именно – 36 (66,7%), по сравнению с группой контроля (41 анеуплоидный эмбрион (30,2%), ( $p<0,0001$ )). У 35,3% пациенток группы 1 перенос эмбрионов был отменен по причине отсутствия эуплоидных эмбрионов, а в группе 2 не было ни одной отмены переноса. Отношение шансов (ОШ) получения эмбриона с анеуплоидией при наличии аГЭР в цитоплазме ооцитов составило 4,6 (95% ДИ=2,4; 9,1). С целью определения факторов, которые могли повлиять на развитие анеуплоидии эмбрионов, было проведено сравнение подгрупп эуплоидных (77 эмбрионов) и анеуплоидных эмбрионов (113 эмбрионов). При проведении многофакторного анализа на риск получения анеуплоидных эмбрионов влияли возраст, ИМТ, уровень антимюллера гормона, курение, заболевания передающиеся половым путем в анамнезе и суммарная доза гонадотропинов. Скорректированное ОШ получения анеуплоидного эмбриона при наличии аГЭР в ооцитах составило 2,9 (% ДИ=1,24; 7,03). В группе пациенток с аГЭР значимо чаще наблюдались полисомии по 13 и 18 хромосомам ( $p=0,0052$  и  $p=0,0008$ , соответственно) и погранично значимо чаще полисомия по половым хромосомам ( $p=0,0407$ ). Беременность наступила всего у одной пациентки в группе 1 (5,9%) и у 8 пациенток (28,6%) в группе 2 ( $p=0,0650$ ). В группе 1 беременность закончилась рождением здорового ребенка, а в группе 2 произошло 3 самопроизвольных прерывания беременности в I триместре и рождение 5 здоровых детей.

Появление аГЭР в цитоплазме ооцитов негативно влияет на исходы программ ЭКО/ИКСИ. В группе пациенток с аГЭР была выше доля анеуплоидных эмбрионов. У пациенток исследуемой группы риск получения анеуплоидных эмбрионов был в 4,6 раза выше, чем в контрольной группе. При наличии аГЭР в цитоплазме ооцита риск получения анеуплоидного эмбрионов в 2,9 раз выше по сравнению с морфологически нормальными ооцитами. Таким образом, возможной причиной снижения эффективности программ ЭКО/ИКСИ у пациенток с аГЭР является высокая частота генетических аномалий.



**Kazakov V.V., Circasia A.G., Ilina E.O., Dolgushina N.V., Kalinina E.A.**

## THE ROLE OF ANEUPLOIDY IN EMBRYOS REDUCING THE EFFECTIVENESS OF IVF/ICSI IN PATIENTS WITH ABNORMAL AGGREGATES OF SMOOTH ENDOPLASMIC RETICULUM IN THE CYTOPLASM OF OOCYTES

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Smooth endoplasmic reticulum clusters (SERC) in oocytes have shown negative effect on in vitro fertilization (IVF) outcomes in different studies. In our study patients with SERC had more aneuploid embryos than patients in control

group. Presence of SERC in oocytes increases the risk of having aneuploid embryo by 2,9 times. The negative effect of SERC on IVF outcomes may be due to genetic causes.

**Сафронова Н.А., Горшинова В.К., Донников А.Е., Калинина Е.А.**

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МРНК В КУМУЛЮСНЫХ КЛЕТКАХ С ЦЕЛЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Растет число исследований, демонстрирующих, что уровень экспрессии потенциально значимых генов в кумюльных клетках коррелирует с показателями качества ооцитов, развитием эмбрионов и частотой наступления беременности и живорождения. В ходе данной работы путем исследования экспрессии группы генов в клетках кумюляса были показаны определяющие значения гена HAS2 в прогнозировании наступлении клинической беременности.

В настоящее время вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) широко применяются для лечения бесплодия, и с каждым годом увеличивается количество пациентов, проходящих лечение в программе ЭКО. Однако, эффективность лечения остается примерно на том же уровне и составляет в среднем 30–35%. Одним из важных этапов успешного лечения бесплодия при использовании методов ВРТ является выбор эмбриона

с высоким потенциалом к имплантации для последующего переноса в полость матки.

Известно, что окружающие ооцит кумюльные клетки оказывают непосредственное влияние на его рост и развитие, регулируя транскрипционную активность, а также ядерное и цитоплазматическое созревание. Именно жизненно важная роль кумюльных клеток заставила ученых всего мира сосредоточиться на их исследовании. По полученным данным недавно проведенных исследований было доказано, что уровень экспрессии потенциально значимых генов в кумюльных клетках коррелирует с показателями качества ооцитов, развитием эмбрионов на предимплантационном этапе, частотой наступления беременности и живорождением.

С целью идентификации молекулярно-генетический маркеров оценки качества эмбрионов с высоким потенциалом к имплантации на базе ФГБУ «Научный центр акушерства,

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ было проведено ретроспективное исследование случай-контроль, в которое было включено 39 пациенток в возрасте 18–40 лет с трубно-перитонеальным или мужским фактором бесплодия без тяжелой патозооспермии, проходящих лечение в программе ЭКО/ИКСИ. Все женщины были разделены на 2 группы в зависимости от исхода лечения в программе ЭКО (ИКСИ): I группа – 14 женщин, у которых в результате лечения наступила клиническая беременность (проанализировано 14 образцов кумулюсных клеток, перенесено 14 эмбрионов), II группа – 25 женщин, у которых в результате лечения беременность не наступила (проанализировано 25 образцов кумулюсных клеток, перенесено 25 эмбрионов). В ходе данной работы был исследован уровень экспрессии мРНК 5 генов в кумулюсных клетках: гиалуронан-синтетаза 2 (HAS2), простагландин синтетаза 2 (PTGS2), гена гремлина (GREM1), версикана (VCAN) и инозитол-трифосфат 3 киназа А (ITPKA). Исследование было одобрено комитетом по этике Центра. Оценка качества эмбрионов проводилась согласно классификации, принятой Istanbul consensus workshop on embryo assessment (ESHRE, 2011). Оценка уровня экспрессии мРНК генов определялась методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени (реактивы ДНК-Технология, Россия). Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ «SPSS Statistics 17.0».

Включенные в исследование пациентки были сопоставимы по клинико-anamнестическим параметрам и эндокринным характеристикам. В ходе проведенного исследования было установлено, что в I группе наблюдалось повышение уровня экспрессии мРНК гена HAS2 в 1,5 раза по сравнению с группой II. Однако при этом значимой ассоциации экспрессии мРНК гена HAS2 с качеством эмбрионов согласно морфологическому критерию оценки на 5 сутки развития выявлено не было, что позволяет предположить, что ген HAS2 ассоциирован не с морфологическим качеством эмбрионов, а с качеством, определяющим их потенциал к имплантации. В ходе нашего исследования не было выявлено значимой ассоциации между качеством перенесенных эмбрионов согласно морфологическому критерию оценки и показателем наступления клинической беременности. Согласно проведенному ROC-анализу, уровень экспрессии мРНК гена HAS2 может быть использован в качестве предиктора результативности программы ЭКО/ИКСИ. Площадь под кривой составила 0,72 (ДИ: 0,54–0,89,  $p=0,026$ ).

Таким образом оценка уровня экспрессии мРНК гена HAS2 в кумулюсных клетках может служить малоинвазивным тестом, применяемым в клинической практике при выборе переносимых эмбрионов с целью повышения результативности программ ЭКО.

**Safronova N.A., Gorshunova K.V., Donnikov A.E., Kalinina E.A.**

## ASSESSMENT OF THE LEVEL OF MRNA EXPRESSION IN CUMULUS CELLS TO PREDICT TREATMENT OUTCOMES IN IN VITRO FERTILIZATION PROGRAM

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

A growing number of studies demonstrate correlations between potentially important genes expression level in cumulus cells and oocytes quality characteristics, embryo development potential, pregnancy and live-birth rate. In the course of this work the determining role of HAS2 gene as a clinical pregnancy predictor in IVF program was shown through studying the group of gene expression in cumulus cells.

**Сафронова Н.А., Горшинова В.К., Донников А.Е., Калинина Е.А.**

## **АНАЛИЗ ТРАНСКРИПТОМА КУМУЛЮСНЫХ КЛЕТОК КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КАЧЕСТВА ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России

Накопленные на сегодня данные подтверждают перспективность изучения профиля экспрессии генов в кумюсных клетках для оценки качества ооцитов и эмбрионов. Поиск профиля экспрессии генов, оценивающих качество и потенциал эмбрионов к имплантации, позволит оптимизировать выбор переносимых эмбрионов и, таким образом, повысить эффективность программ ЭКО.

Одним из ведущих факторов успешного лечения бесплодия при использовании методов ВРТ является выбор эмбриона с высоким имплантационным потенциалом. В настоящее время оценка эмбрионов в основном основывается на морфологических критериях, включающих скорость, своевременность и равномерность деления клеток, фрагментацию бластомеров и др. Однако, точность такого метода отбора эмбрионов остается недостаточно высокой. Таким образом, одной из наиболее важных направлений в репродуктивной медицине является развитие точных и малоинвазивных объективных методов оценки качества ооцитов и жизнеспособности эмбрионов.

В попытке разработать новые методы диагностики качества эмбрионов, которые могли бы использоваться отдельно или совместно с используемой в современной практике морфологической оценкой, ученые остановили свое внимание на альтернативных малоинвазивных методах исследования, основанных на оценке качества ооцита и/или эмбриона по уровню транскрипционной активности генов в кумюсных клетках, получаемых при выделении ооцит-кумулясного комплекса после пункции фолликула при лечении в программе ЭКО.

Кумюлюс образует с ооцитом так называемый ооцит-кумулясный комплекс, обеспечивающий рост и развитие ооцита. Основная

функция кумюлюса состоит в обеспечении транспорта метаболитов и сигнальных молекул между тканью яичника и ооцитом. С другой стороны, в созревающей фолликуле ооцит секретирует факторы роста, действующие локально, управляя дифференцировкой и функцией клеток кумюлюса. Таким образом, учитывая тесную взаимосвязь между клетками кумюлюса и ооцитом, можно получать информацию о состоянии ооцита посредством обнаружения молекулярных и транскрипционных изменений в клетках кумюлюса.

В недавно проведенных исследованиях было доказано, что уровень экспрессии потенциально значимых генов в кумюсных клетках коррелирует с показателями качества ооцитов, развитием эмбрионов на предимплантационном этапе, частотой наступления беременности и живорождением. Также некоторыми учеными был проведен поиск ассоциации исследуемых генов в клетках кумюлюса с наличием анеуплоидий или микроструктурных хромосомных аномалий у данного эмбриона, выявленных при проведении пренатального генетического скрининга. Была продемонстрирована корреляция транскрибированной мРНК некоторых генов (супрессора цитокиновой сигнализации, содержащего SPRY-домен (SPSB2) и опухолевого протеина (TP53I3)) с вероятностью наличия хромосомных аномалий эмбриона.

Накопленные на сегодня данные подтверждают перспективность изучения профиля экспрессии генов в кумюсных клетках для оценки качества ооцитов и эмбрионов. Дальнейшее изучение экспрессии генов в кумюсных клетках поможет идентифицировать потенциальные биомаркеры для оценки качества ооцитов, эмбрионов и, таким образом, позволит в дальнейшем оптимизировать



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

выбор переносимых эмбрионов и тем самым повысить результативность программ ЭКО в целом.

## TRANSCRIPTOME ANALYSIS OF CUMULUS CELLS AS A MINIMALLY INVASIVE METHOD OF DIAGNOSTICS OF QUALITY OF OOCYTES AND EMBRYOS AND PREDICT OUTCOMES OF PROGRAMS OF IN VITRO FERTILIZATION

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Cumulative data has confirmed the prospect of studying the gene expression profile in cumulus cells to assess oocyte and embryo quality. Searching for gene expression profile, assessing

the quality and potential of embryos for implantation, will optimize embryo selection for transfer and thus increase the effectiveness of IVF programs.

**Сыркашева А.Г., Казакова В.В., Андреева М.Г., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.**

## ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

**Резюме:** У пациенток со сниженным овариальным резервом реже удается достичь наступления клинической беременности и рождения детей. Для повышения эффективности программ ВРТ необходима овариальная стимуляция. У данной категории пациенток в равной степени целесообразно применение как «длинного» протокола с а-ГнРГ, так и протокола с ант-ГнРГ и ежедневными формами гонадотропинов, а применение ЭКО в естественном цикле или корифоллитропина альфа не целесообразно.

Снижение овариального резерва негативно влияет на исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Для повышения эффективности программ ВРТ большинство пациенток подвергается овариальной стимуляции с целью получения достаточного

числа ооцитов. Для улучшения качества помощи женщинам со сниженным овариальным резервом необходимо найти наиболее эффективные способы овариальной стимуляции в данной группе пациенток. В связи с этим целью нашего исследования стала оценка исходов программ экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у пациенток со сниженным овариальным резервом в зависимости от выбранного протокола стимуляции.

В проспективное когортное исследование было включено 95 пациенток со снижением овариального резерва (уровень антимюллерова гормона 1,2 нг/мл и менее, снижение числа антральных фолликулов). В зависимости от выбранного протокола стимуляции пациентки были разделены на 4 группы. В группу 1 вошли пациентки, применявшие протокол

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

с антагонистами гонадотропин релизинг-гормона (ант-ГнРГ). При этом 26 пациенток, использовавших в качестве триггера овуляции хорионический гонадотропин, составили подгруппу 1 а, а 7 пациенток, использовавших агонисты гонадотропин релизинг-гормона (а-ГнРГ), – подгруппу 1б. В группу 2 вошло 16 женщин с «длинным» протоколом с а-ГнРГ, в группу 3 – 35 женщин в естественном цикле, а в группу 4 – 11 женщин, получавших протокол с ант-ГнРГ и корифоллитропином альфа. Клиническая беременность регистрировалась при визуализации плодного яйца в полости матки через 21 день после переноса.

Выбранный способ овариальной стимуляции значимо влиял на исходы программ ЭКО у пациенток со сниженным овариальным резервом. Частота наступления клинической беременности была сравнима в группах 1а, 1б и 2 и значительно отличалась от 3 и 4 группы. В группе 1 беременность наступила

у 10 пациенток (38,5%), в группе 1б – у 3 пациенток (42,9%), в группе 2 – у 7 пациенток (43,8%), при этом в группах 3 и 4 беременность не наступила ни у одной пациентки ( $p=0,0001$ ). Частота живорождения значимо не различалась у пациенток групп 1а, 1б и 2. В группе 1а частота живорождения составила 30,8%, в группе 1б – 28,6%, в группе 2 – 25,0%.

Согласно результатам нашего исследования у пациенток со сниженным овариальным резервом необходимо использовать стимуляцию функции яичников. У данной категории пациенток в равной степени целесообразно применение как «длинного» протокола с агонистами ГнРГ, так и протокола с антагонистами ГнРГ и ежедневными формами гонадотропинов. Применение ЭКО в естественном цикле или корифоллитропина альфа в данной когорте пациенток приводит к значимому снижению эффективности программ ЭКО.

**Circasia A.G., Kazakova V.V., Andreeva M.G., Kalinina E.A., Dolgushina N.V.**

## THE EFFECT OF DIFFERENT PROTOCOLS OF OVARIAN STIMULATION ON THE EFFECTIVENESS OF PROGRAMS ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN PATIENTS WITH REDUCED OVARIAN RESERVE

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

Patients with poor ovarian reserve have lower pregnancy and child birth rate. To increase the efficiency of in vitro fertilization programs it is necessary to use right controlled ovarian

stimulation protocols. The use of «long» protocol with GnRH-agonist and GnRH-antagonist protocols is similarly beneficial while the use of natural cycle and Corifollitropin alfa is inexpedient.

**Иванча К.А., Сыркашева А.Г., Володина М.А., Пятаева С.В., Суханова Ю.А., Высоких М.Ю., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.**

## ПАРАМЕТРЫ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В КРОВИ И Фолликулярной жидкости пациенток в программах вспомогательных репродуктивных технологий

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России.

**Резюме:** Параметры окислительного стресса выше в крови пациенток при проведении

овариальной стимуляции по протоколу с антагонистами гонадотропин релизинг-гормона,

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

по сравнению с естественным циклом. Параметры окислительного стресса в фолликулярной жидкости достоверно не различаются при применении овариальной стимуляции и в естественном цикле.

Лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в большинстве случаев проходит с использованием овариальной стимуляции для получения оптимального числа ооцитов и эмбрионов. Наиболее распространенным в клинической практике является протокол с антагонистами гонадотропин релизинг-гормона (ант-ГнРГ). При этом степень влияния препаратов для стимуляции яичников на параметры окислительного стресса в организме женщины у пациентки окончательно не определена, поскольку не известны параметры окислительного стресса в крови и фолликулярной жидкости в натуральном цикле.

**Целью** данного исследования явилась оценка параметров окислительного стресса в крови и фолликулярной жидкости пациенток, проходящих лечение бесплодие методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Группу 1 составили 111 пациенток, которым проводили овариальную стимуляцию по протоколу с ант-ГнРГ с использованием препаратов гонадотропинов (рекомбинантных фолликулостимулирующего гормона, хорионического гонадотропина). Группу 2 составили 16 пациенток, проходящих программу ЭКО в естественном цикле. Забор крови из периферической вены проводили в день трансвагинальной пункции, фолликулярная жидкость подлежала центрифугированию и заморозке до момента исследования.

Ферментативная активность каталазы в плазме крови пациенток была погранично выше при применении овариальной стимуляции и составила  $(158,9 \pm 110,5)$  ед.акт./мл в группе 1 и  $(104,1 \pm 42,9)$  ед.акт./мл\* в группе 2 ( $p=0,0637$ ). При этом концентрация малонового диальдегида в плазме крови не различалась в группах сравнения и составила  $(4,7 \pm 0,7)$  мкМ/л в группе 1 и  $(4,8 \pm 0,7)$  мкМ/л в группе 2 ( $p=0,9360$ ).

Значимые различия выявлены при оценке отношения восстановленного глутатиона к окисленному глутатиону в крови пациенток. Соотношение восстановленного к окисленному глутатиону в крови составило  $(311,3 \pm 114,0)$  при применении стимуляции яичников и  $(379,7 \pm 155,6)$  в естественном цикле ( $p=0,0348$ ).

При оценке параметров окислительного стресса в фолликулярной жидкости отмечено, что ферментативная активность каталазы также была погранично выше при применении овариальной стимуляции и составила  $(7,3 \pm 9,1)$  ед.акт./мл в группе 1 по сравнению с  $(3,1 \pm 2,3)$  ед.акт./мл в группе 2 ( $p=0,0817$ ). Концентрация малонового диальдегида была сравнима между группами ( $2,9 \pm 0,8$ ) и  $(2,8 \pm 0,7)$  мкМ/л в группах 1 и 2, соответственно,  $p=0,3424$ ).

Выявлена связь между повышенным уровнем окислительного стресса в крови пациенток при применении овариальной стимуляции по протоколу с ант-ГнРГ по сравнению с естественным циклом. Представляет большой интерес проведение дальнейших исследований по оценке влияния окислительного стресса на качество ооцитов, эмбрионов и исходы программ ВРТ.

\*ед.акт./мл – единицы активности/мл

**Ivancea K.A., Circasia A.G., Volodin A.M., Pyataeva S.V., Sukhanova J.A., High M.Y., Kalinina E.A., Dolgushina N.V.**

## OXIDATIVE STRESS PARAMETERS IN BLOOD AND FOLLICULAR FLUID OF PATIENTS IN PROGRAMS OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Resume.** Oxidative stress markers in the blood are associated with gonadotropin-releasing hormone antagonist protocol of controlled

ovarian hyperstimulation in comparison with natural cycle. Oxidative stress markers in the follicular fluid are not significantly different



between controlled ovarian hyperstimulation and natural cycle women.

1 Овчарук Э.А., 2 Лапочкина Н.П., 1 Овчарук В.Л.

## ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ АУТОИММУННЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА ИНФЕРТИЛЬНОСТИ

1 Россия, г. Тула, ГБОУ Тульский государственный университет, Медицинский институт,  
2 Россия, г. Иваново, ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России.

**Резюме.** Представлены результаты дезадаптации локального иммунитета, проявляющегося увеличением количества иммунокомпетентных клеток, и возникновением аутоиммунной агрессии в эндометрии, приводящие к нарушению толерантности материнского организма к плодному яйцу.

**Актуальность.** Воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний и часто являются причиной возникновения дисфункции репродуктивной системы. Индуцированные инфекцией, они имеют длительное рецидивирующее течение с последующей хронизацией процесса, развитием локальной аутоиммунной агрессии и протекают как аутоиммунная самоподдерживающаяся патологическая реакция.

**Цель исследования:** изучить флору влагалища, цервикального канала и эндометрия при хроническом эндометрите и ее роль в развитии постинфекционного аутоиммунного синдрома, препятствующего имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

**Материалы и методы:** Проведено обследование 130 пациенток детородного возраста с infertility при нормогонадотропном овуляторном менструальном цикле. В ходе обследования сформировано две группы: исследуемую группу составили 110 женщин с бесплодием (первичное бесплодие – 45 чел.; 40,91%; вторичное – 65 чел.; 59,1%;  $p < 0,05$ ). Контрольная группа 20 здоровых женщин репродуктивного возраста. У всех пациенток собран анамнез, проведен бимануальный осмотр, исследовано содержимое влагалища, цервикального канала и полости матки на наличие бактериальной, вирусной инфекции методом

полимеразной цепной реакции (ПЦР), бактериального посева; иммуногистохимическое исследование (ИГХИ) эндометрия.

**Результаты исследования.** Из анамнеза воспаление матки и придатков у пациенток с бесплодием 191 (173,6%) случаев, причем у пациенток с St I 23 (51%) случаев, а с St II 77 (115%) случаев. При исследовании слизи цервикального канала у женщин исследуемой группы преобладали *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella oxytoca*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, HPV, *Neisseria gonorrhoeae*, ткани эндометрия преобладала микрофлора: при St I – *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus agalactiae*, *E. coli*, *Klebsiella oxytoca*, вирусы HPV, HSV 1-2, при St II – *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Ureaplasma urealyticum*. Независимо от наличия или отсутствия инфекционного агента ИГХИ выявлены изменения локального иммунитета в виде увеличения количества иммунокомпетентных клеток CD56+, CD16+, CD4+, CD8+ комплекса гистосовместимости HLA-DR(II)+, плазматических клеток CD138+ с изменением иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Аутоиммунный хронический эндометрит (АХЭ) выявлен у 53 (48,18%) с бесплодием, причем у 19 (42,2%) с St I и у 34 (52,3%;  $p < 0,05$ ) с St II. ХЭ с аутоиммунным компонентом (ХЭсАИК) у 46 (41,82%) с бесплодием, причем преимущественно у пациенток с St I 22 (48,89%) в сравнении с 24 (36,92%) пациентками с St II, что статистически достоверно ( $p < 0,05$ ). ИРИ повышен за счет увеличения CD4+ и незначительного повышения или соответствия норме CD8+ (CD4+ > CD8+ в 1,5–2 раза), подтверждали аутоиммунные

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

изменениях в эндометрии. ХЭ без аутоиммунных изменений у 11 (10%) женщин с бесплодием. ИРИ при ХЭ соответствовал норме. При St I у 19 (42,2%) больных АХЭ выявлены Staph. epidermidis, E. coli, Enter. fecalis, у 5 (26,3%) – уреоплазмо-микоплазменная инфекция; у 22 (48,9%) больных ХЭсАИК с St I бактериальная флора – E. coli, Enter. Fecalis, у 4 (18,1%) – вирусная инфекция HPV, у 4 (18,1%) больных ХЭ инфекция не выявлена. У 34 (52,3%) женщин с St II больных АХЭ преобладала микстинфекция эндометрия: Enter. fecalis, Staph. epidermidis, E. coli, St. pyogenes, Staph. aureus, Str. agalactiae, Klebsiella oxytoca, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum у 7 (20,6%) – HPV, HSV 1–2, у 24 (36,9%) больных ХЭсАИК с St II, выявлены Staph. epidermidis, E. coli, Str. agalactiae, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, у 4 (16,6%) – HPV у больной ХЭ

с St II выявлен Enter. fecalis. Заключение. Патогенная и условнопатогенная микрофлора влагалища и цервикального канала вызывает длительно текущие латентные воспалительные процессы, создавая тем самым благоприятные условия для проникновения патогенной микрофлоры в полость матки. Широкий спектр бактериально-вирусной инфекции независимо от проведенного лечения способствовал запуску локальных аутоиммунных изменений в эндометрии с формированием постинфекционного аутоиммунного синдрома (ПИАС) при хроническом эндометрите. Дисбаланс Т-клеточного иммунитета с преобладанием иммунных реакций Th-1 типа способствовал нарушению местного иммунитета и иммунологической толерантности материнского организма к трофобласту эмбриона.

**1 Ovcharuk E.A., 2 Lapochkina N.P., 1 Ovcharuk V.L.**

## POSTINFECTIOUS AUTOIMMUNE SYNDROME AS A CAUSE OF INFERTILITY

1 Russia, Tula, GBOU Tula State University, Medical Institute,

2 Russia, Ivanovo, GBOU HPE Ivanovo State Medical Academy of the Ministry of health of Russia

**Summary.** The results of local maladaptation of the immune system, manifested by increase in the number of immunocompetent cells, and the occurrence of autoimmune aggression in the endometrium, leading to impaired tolerance of the maternal organism towards the ovum.



## ГЛАВА / CHAPTER 8:

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙMODERN TECHNOLOGY IN THE DISEASE DIAGNOSIS  
THE REPRODUCTIVE SYSTEM

Балакшина Н.Г., Кох Л.И.

## МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Россия. г. Томск. ОГБУЗ ТОКБ, СибГМУ

**Целью** исследования было изучить в сравнительном аспекте ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий традиционными методами и с применением сетчатых имплантов у пациенток различного возраста.

Нами прооперировано 280 больных. В зависимости от степени опущения половых органов выделено 3 группы: I-я степень опущения – 24 случая (7%), II-я – 176 (51,2%), III-я – 80 (41,8%). Возраст пациенток колебался от 40 до 82 лет. Средний возраст обращения женщин к врачу был: в I группе – 44,2 года, во II – 55,4, в III – 67,3. Среднее число родов и абортов в группах было соответственно: в I – 2,4 и 3,1; во II – 2,3 и 6,2; в III – 4,3 и 4,7. Травма промежности имела место в группах соответственно: в I – 40%, во II – 37,1%, в III – 66,2%. Экстрагенитальная патология у пациенток была сочетанной и отмечена в количестве 2-х и более (сердечно-сосудистая – 59,2%, заболевания ЖКТ – 56,3%, урологическая – 33,8%, варикозная болезнь – 28,2%). Гинекологические заболевания были следующие: миома матки – 35,9%, хроническое воспаление придатков матки – 26,8%; хронический экзоцервикит – 16,9%. Стрессовое недержание мочи отмечено у 10 женщин I группы.

Обследование пациенток было стандартным и включало: сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование, гинекологический осмотр, оценку функционального состояния мочевой системы; ректальное исследование, УЗИ ОМТ, ОБП, почек. После обследования 142 пациентки были прооперированы традиционными методами, 138 – с применением сетчатых имплантов. В I группе больных были использованы слинги TУТ-О и MONARK, во II – сетчатые импланты системы PROSIMA, PROLIFTanterior, PROLIFTanterior + M, PROLIFTposterior, GYNEMESHsoft; в III – системы PROLIFTanterior, PROLIFTTOTAL. Объемы операций были различные: в I группе – ампутация шейки матки в сочетании с передней пластикой влагалища – 5, в том числе с установкой слинга – 3; передняя и задняя кольпоррафия с леваторопластикой – 9, в том числе с установкой слинга – 7; лапаротомия с фиксацией связок – 6; во II – передняя и задняя кольпоррафия с перинеоррафией, леваторопластикой – 75, в том числе с установкой эндопротеза – 55; ампутация шейки матки в сочетании передней и задней кольпоррафией, леваторопластикой – 60, в том числе с установкой эндопротеза – 40; влагалищная экстирпация матки с передней и задней кольпоррафией, леваторопластикой – 36, в том числе с установкой

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

эндопротеза – 15; в III – влагалищная экстирпация матки с передней и задней кольпорафией, леваторопластикой – 47, в том числе с эндопротезом – 10; передняя и задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой – 22, в том числе с эндопротезом – 8; Лифора – 11. Интраоперационноеранение мочевого пузыря было в 1 случае при установке сетчатого импланта. Наложен шов на стенку мочевого пузыря. У пациенток после традиционных операций наблюдались осложнения: во II группе дефекты швов – у 2-х; обострение хронического цистита – у 3-х; в III – обострение хронических заболеваний (цистит, пиелонефрит) – у 5-и, кровотечение – у 1-й. При установке сетчатых имплантов после операции наблюдались следующие осложнения: во II группе – дефекты швов – у 2-х, в III – гематома влагалища – у 1-й; эрозия слизистой влагалища – у 2-х. Всем проведено консервативное лечение. Повторное

хирургическое вмешательство с удалением сетки проведено у больных II группы в 2-х случаях: при полном расхождении шва и аллергической реакции на синтетику. Количество рецидивов спустя 3 года составило у пациенток с традиционной операцией 9 (6,3%) и с установкой имплантов – 3 (2,2%).

Таким образом, хирургический метод остается основным в лечении пролапсов. Применение имплантов улучшает отдаленные результаты, снижая частоту рецидивов пролапсов.

**Резюме:** Полечено 280 пациентки с различной степенью опущения внутренних половых органов традиционным методом и с установкой сетчатых имплантов в возрасте от 40 до 80 лет. Хирургический метод остается основным в лечении пролапсов. Применение имплантов улучшает отдаленные результаты и снижает частоту рецидивов пролапсов.

**Balakshina N.G., Koh L.I.**

## METHODS OF CORRECTION GENITAL PROLAPSE

Russia. Tomsk. OGBUZ TOKB, SibSMU

**Summary:** to treat 280 patients with varying degrees of prolapse of internal genital organs, and the traditional method of installing setchatyhimplantov in age from 40 to 80 years. Surgery

remains the main method in the treatment of prolapse. The use of implants improves long-term outcomes and reduces the incidence of prolapse recurrence.

**Артюшков В.В., Пономарев В.В., Жуйко А.А.**

## ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Россия, г. Краснодар, ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2.

**Резюме.** Гистерорезектоскопия в лечении гиперпластических процессов эндометрия позволяет уменьшить интраоперационную травму и позволяет рассматривать ее как реальную альтернативу как длительной гормональной терапии, так и радикальному оперативному лечению в позднем репродуктивном и перименопаузальном периоде.

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) занимают значительное место

в структуре гинекологической заболеваемости (от 5 до 26%) и характеризуются высокой частотой рецидивирования.

Зачастую ГПЭ наблюдаются у пациенток позднего репродуктивного, пре- и постменопаузального периода, особенно на фоне заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной и гепато-билиарной систем, варикозной болезни нижних конечностей.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Своевременная диагностика и адекватные методы лечения этой группы больных могут обеспечить надежную профилактику рака эндометрия, частота которого заметно выше в пре- и постменопаузальном периоде.

Доказан высокий процент неэффективности гормональной терапии при лечении больных рецидивирующей ГПЭ, несмотря на расширение арсенала применяемых препаратов и разработку рациональных лечебных схем.

Рецидивирующие маточные кровотечения, онкологическая настороженность при длительно существующих пролиферативных процессах вынуждают применять более активную тактику при лечении данного контингента больных.

В связи с внедрением в практику гинекологических стационаров гистерорезектоскопических технологий стало возможным выполнение органосохраняющих операций – аблаций эндометрия при ГПЭ.

Сущность заключается в удалении базального слоя эндометрия и поверхностной части миометрия с целью достижения аменореи.

Настоящая методика применяется в отделении гинекологии с 1992 г. Накоплен большой опыт лечения пациенток с данной патологией. Выбор тактики ведения зависит от морфологической характеристики гиперпластического процесса, а так же от возраста пациентки, наличия экстрагенитальной патологии. Ретроспективно проанализировано 8290 историй болезней женщин с ГПЭ (железистой, железисто-кистозной гиперплазией, полипами: фиброзно-железистыми, железистыми, атипической гиперплазией). Средний возраст составил 44,12±2,1 года. Средняя величина М-эхо была 11,2±1,1мм.

Патоморфологическое исследование соскобов эндометрия и эндоцервикса являлось обязательным и определяло дальнейшую тактику лечения пациенток.

Гормональная предоперационная подготовка проводилась препаратами Бусерелин

3,75 мг, Диферелин 3,75 мг (1 инъекция в 28 дней) в течение 2–3 мес. В связи с этим наступает медикаментозная аменорея, толщина эндометрия составляет 2–3 мм., что существенно сокращает длительность вмешательства, интраоперационную кровопотерю и облегчает манипуляцию.

Необходимые условия для проведения манипуляции:

1. Пациентки не должны быть заинтересованы в выполнении генеративной функции

2. Гистологически подтвержденная патологическая трансформация эндометрия должна быть доброкачественной.

Продолжительность операции в среднем от 8 до 40 мин. (зависит от предоперационной подготовки, длины полости матки по зонду).

В процессе проведения операции необходим строгий контроль дефицита жидкости. При интравазации более 600 мл. операция прекращалась.

При сочетании ГПЭ и очагового эндометриоза тела матки предпочтение отдавалось проведению электрорезекции с помощью петлевого электрода, более глубокое иссечение патологически измененного слоя эндометрия с подлежащим миометрием значительно улучшало отдаленные результаты, повышало качество проведенной манипуляции,

С целью профилактики слипчивого процесса с последующим образованием гематомы и серозометры деструкция эндометрия проводилась не доходя до 0,5 см. до внутреннего зева.

Таким образом, при правильном выполнении гистерорезектоскопических технологий, учете показаний и противопоказаний к операции, накоплении опыта по аблации эндометрия, может и должна стать реальной альтернативой как длительной гормональной, так и радикальному оперативному лечению ГПЭ в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах.

**Artyushkov V.V., Ponomarev V.V., Zhuikov A.A.**

## HYSTERORESECTOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES

Russia, Krasnodar, GBUZ Regional Clinical Hospital № 2.

Hysteroresectoscopy for the treatment of endometrial hyperplastic processes reduces

intraoperative trauma, so it can be considered as a real alternative for a long-term hormone



therapy and the radical surgical treatment in the late reproductive and perimenopausal period.

**Беляев М.В., Шутова С.В.**

## «АТИПИЧНАЯ» ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Россия, г. Пенза, ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко

Целью данной работы явилось определение правильной диагностики, тактики ведения и выбора вида и объема оперативного вмешательства при такой редкой форме внематочной беременности, как внематочная беременность в рубце после кесарева сечения.

Работа основана на анализе клинического случая с пациенткой Е., 27 лет, поступившей в гинекологическое отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 05.01.2016 г.

В анамнезе: 09.12.2015 г. в другом лечебном учреждении было произведена вакуум-аспирация плодного яйца под лапароскопическим контролем. Интраоперационный диагноз: внематочная беременность с локализацией плодного яйца под серозной оболочкой в области рубца после кесарева сечения. Интраоперационная картина: матка увеличена до 6 недель беременности, в области рубца по передней стенке ближе к правому сосудистому пучку визуализируется образование синюшного цвета диаметром 3 см. результат гистологического исследования – маточная беременность. Анализ крови на ХГЧ от 1012.15 – 23099, от 15.12.15 – 10287 МЕ/мл.

При динамическом наблюдении хоть и отмечалось снижение ХГЧ крови, но его значения стабильно были значительно высокими (1018–1714 МЕ/мл), при УЗИ гениталий в области п\о рубца справа выявлялась выходящая за контур матки округлой формы «ниша» 35×23 мм, содержащая сгустки крови и плацентарную ткань. При вагинальном осмотре тело матки определялось в виде «двурогой» (левая часть – смещенное тело матки, правая – внематочная беременность, исходящая из п\о рубца), каждая из которых соответствовала размерам нормальной матки.

**Интраоперационно:** тело матки нормальных размеров, смещено влево за счет

округлого образования размерами 6×5×5 см, исходящего из п\о рубца в область правого параметрия и предпузырную клетчатку, плотно спаянного с окружающими тканями. После выделения данного образования произведено его иссечение с тканью п\о рубца. Стенками образования являлась истонченная ткань миометрия (до 2–3 мм), полость образования была заполнена плотными сгустками крови и плацентарной тканью, что было подтверждено при гистологическом исследовании. После удаления образования была выполнена лапароскопическая пластика п\о рубца двухрядным швом. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Проведенное оперативное вмешательство можно считать уникальным, поскольку в существующих источниках авторам не удалось найти никаких упоминаний о сочетании операции по поводу внематочной беременности и одновременной пластики п\о рубца после кесарева сечения (тем более – выполненную лапароскопическим доступом).

Следует отметить, что снижение материнской смертности является важной медико-социальной задачей. Внематочная беременность, как причина материнской смертности, требующая экстренной хирургической помощи, не имеет тенденции к снижению. Разработка мер по профилактике и снижению материнских потерь должна быть основана на анализе причин, определяющих их уровень.

Для вывода о достаточно произведенном объеме при удалении внематочной беременности следует судить по динамике изменений и самим значениям ХГЧ крови в послеоперационном периоде.

Выбранная тактика ведения позволила избежать возможных осложнений при внематочной беременности (в том

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

числе – и материнской смертности), а выбранный объем и метод оперативного вмешательства позволил решить возможные проблемы при планировании беременности пациенткой в будущем.

**Заключение.** На примере клинического случая показано, что для вывода о полноценном удалении элементов плодного яйца

при удалении внематочной беременности можно судить только по снижению ХГЧ крови до нормы. В случае локализации внематочной беременности в рубце после кесарева сечения возможно проведение операции по удалению плодного яйца с одновременной пластикой рубца после кесарева сечения лапароскопическим доступом.

**Belyaev M.V., Shutov S.V.**

## «ATYPICAL» ECTOPIC PREGNANCY AFTER CESAREAN SECTION SCARS (CASE REPORT)

Russia, Penza, Penza GBUZ Regional Clinical Hospital. NN Burdenko

**Conclusion.** For example, clinical case shows that to bring about the full removal of elements of the ovum by removing an ectopic pregnancy can be judged only on the reduction of blood HCG to normal. In the case of localization of ectopic

pregnancy after cesarean section scar is possible to conduct an operation to remove the gestational sac with simultaneous plasty scar after cesarean section laparoscopic access.

**Беляев М.В., Горин В.В., Шутова С.В.**

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИССЕЧЕНИЯ МОЧЕ-ПОЛОВОГО СВИЩА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Россия, г. Пенза, ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко

**Целью** данной работы явилось определение возможности по хирургическому лечению моче-половых свищей лапароскопическим доступом и выявления причин их образования с целью профилактики их возникновения в будущем на примере следующего клинического случая.

Пациентка М., 50 лет, обратилась в гинекологическое отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с жалобами на подтекание мочи из влагалища. В анамнезе: за 2,5 месяца до обращения пациентке была произведена лапароскопическая пангистерэктомия по поводу атипичической гиперплазии эндометрия и миомы матки. Ушивание культи влагалища производилось влагалищным доступом не рассасывающимся шовным материалом. Послеоперационный период протекал без особенностей. Подтекание мочи из влагалища

пациентка стала отмечать через 3 недели после операции после отхождения одной из влагалищных лигатур. Проводилась консервативная терапия, введение постоянного катетера в мочевой пузырь – без эффекта.

При поступлении было выявлено подтекание мочи из влагалища с локализацией наружного отверстия свища на передней стенке в области левого угла послеоперационной культи влагалища. При цистоскопии внутреннее отверстие свища выявлялось на задней стенке мочевого пузыря слева.

Пациентке было произведено иссечение пузырно-влагалищного свища лапароскопическим доступом. Выбор доступа был обусловлен предположением о возможном повреждении мочевого пузыря при отрезании матки от сводов влагалища или при ушивании культи влагалища. В данном случае предполагалась

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

возможность при отсепаровке задней стенки мочевого пузыря от передней стенки влагалища визуализация свища с его последующим иссечением и ушиванием.

Данное предположение полностью подтвердилось в ходе операции. Удалось полностью визуализировать свищевой ход, внутреннее отверстие которого располагалось на задней стенке мочевого пузыря слева, а наружное – на передней стенке влагалища в 2-х см кпереди от левого угла ушитой культи влагалища. Было произведено иссечение свища в пределах здоровых тканей, ушивание стенки мочевого пузыря 2-х рядным швом и ушивание стенки влагалища. Послеоперационный период – без особенностей. Мочевой катетер удален через 1 месяц.

При анализе механизма образования свища был сделан вывод о том, что причиной его возникновения послужило вовлечение стенки мочевого пузыря в одну из лигатур

при ушивании культи влагалища вагинальным доступом. На основании этого предположения был сделан и последующий вывод о том, что с целью профилактики образования моче-половых свищей после лапароскопической гистерэктомии с целью лучшей визуализации необходимо производить ушивание культи влагалища со стороны брюшной полости лапароскопическим доступом.

**Заключение.** Причиной развития моче-полового свища после лапароскопической гистерэктомии может служить вовлечение стенки мочевого пузыря в одну из лигатур при ушивании культи влагалища вагинальным доступом. С целью профилактики данного осложнения для лучшей визуализации тканей необходимо производить ушивание культи влагалища со стороны брюшной полости лапароскопическим доступом. Иссечение моче-полового свища возможно произвести лапароскопическим доступом.

**Belyaev M., Gorin V., Shutov S.**

## FIRST EXPERIENCE EXCISION OF URINARY-GENITAL FISTULAS LAPAROSCOPIC APPROACH

Russia, Penza, Penza Gbuz Regional Clinical Hospital. Nn Burdenko

**Conclusion.** The cause of urinary fistula after laparoscopic hysterectomy may be the involvement of the bladder wall into one of the ligatures when suturing the vaginal access vagina stump. In order to prevent this complication for

better visualization of tissues should be performed suturing the vaginal stump by abdominal laparoscopic access. Excision of the urine-genital fistula may make laparoscopic access.

**Пономарев В.В., Жуйко А.А., Артюшков В.В., Венгеренко М.Э., Гриценко С.Ф.**

## СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Россия, г. Краснодар, ГБУЗ Краевая клиническая больница №2.

**Резюме.** Лапаротомная миомэктомия в настоящее время остается основным методом хирургического органосохраняющего лечения миомы матки. Лапароскопическая миомэктомия на данном этапе развития медицинских

технологий является эффективной и безопасной альтернативой данному методу.

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью тазовых органов у женщин. Частота встречаемости ее, по данным разных авторов, колеблется от 12

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

до 80 процентов. Хотя бессимптомные миомы не требуют лечения, возникновение жалоб у женщин репродуктивного возраста, связанных с кровотечением, сдавлением соседних органов, болевым синдромом, привычной потерей беременности, бесплодием ставит врача перед выбором оптимального оперативного вмешательства. Достоинства лапароскопического доступа при проведении миомэктомии широко известны, что позволяет считать лапароскопическую миомэктомию прекрасной альтернативой лапаротомному вмешательству при данной патологии. В гинекологическом отделении Краевой клинической больницы №2 лапароскопический доступ при выполнении миомэктомии применяется с 1992 года.

**Целью исследования** явилась оценка результатов органосохраняющего оперативного лечения миомы матки лапароскопическим доступом на данном этапе развития медицинских технологий. Проанализированы результаты лапароскопических миомэктомий, выполненных в гинекологическом отделении ККБ2 за период с 2013 по 2015 год.

Всего было выполнено 397 лапароскопических миомэктомий. Возраст пациенток колебался от 19 до 42 лет и составил в среднем 34,6 лет. Количество удаленных миоматозных узлов во время операции составило в среднем 2,4, а размер лидирующего узла – 3,8 см. При выполнении миомэктомии использовался монополяр в режиме резки для выполнения разреза на матке, затем вылушивание узла проводилось ножницами с экономным использованием биполярной коагуляции. Ушивание разреза на матке выполнялось в один или два слоя, в зависимости от глубины раны.

Извлечение миоматозных узлов до 2 см в диаметре производилось через кольпотомный разрез, более 2 см – с использованием электро-механического морцеллятора.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 52,4 мин. Оценка кровопотери проводилась по снижению послеоперационного уровня гемоглобина в сравнении с предоперационным уровнем и составила в среднем 8,6 г/л. Ни в одном случае не возникла необходимость в гемотрансфузии или конверсии.

К счастью, нами не было зафиксировано серьезных осложнений при выполнении лапароскопической миомэктомии, частота малых осложнений также оказалась низкой. В 3 случаях наблюдалась подкожная эмфизема, у 12 пациенток отмечалось повышение температуры выше 38 градусов, у 4 – симптомы цистита, в 1 случаях произошло нагноение в месте введения троакара.

В послеоперационном периоде ни одна пациентка не потребовала обезболивания наркотическими анальгетиками. Через 2 недели вернулись к обычному образу жизни (работающие -преступили к работе) 96% пациенток.

Наблюдение в послеоперационном периоде продолжалось в течение 12 мес. Рекомендуемая длительность контрацепции после операции составляла от 3 до 8 месяцев. Наступление беременности зафиксировано у 37% пациенток.

Таким образом, лапароскопическая миомэктомия является высокоэффективной и безопасной альтернативой лапаротомной органосохраняющей операции при миоме матки.

**Ponomarev V.V., Zhuikov A.A., Artyushkov V.V., Vengerenko M.E., Gritsenko S.F.**

## OWN EXPERIENCE WITH MINIMALLY INVASIVE SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS

Russia, Krasnodar, GBUZ Regional Clinical Hospital №2.

Open abdominal myomectomy remains the main method of a surgical organosparing treatment for leiomyomas. At present time, laparoscopic myomectomy is an effective and safe alternative for this method.

**Согибян А.С., Пугиева Л.А., Борисова О.А.**

## АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАЦИЙ ПО РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст.Ростов-Главный ОАО «РЖД»

**Цель нашего исследования** – оценить характер и количество осложнений после коррекции гнелитального пролапса с применением систем сетчатых протезов Elevate (TM) Anterior and Posterior.

Опущение и выпадение половых органов являются актуальной проблемой современной гинекологии. Данная патология ведет к анатомической и функциональной недостаточности органов малого таза и часто сочетается со стрессовым недержанием мочи (в 47% случаев). Заболевание имеет широкий возрастной диапазон, отмечается заметное «омоложение» данной патологии.

Наряду с традиционными методиками коррекции пролапса гениталий, внедрены хирургические вмешательства с использованием системы реконструкции тазового дна Elevate (TM) Anterior and Posterior. Ранее, с 2005г реконструкция тазового дна выполнялась сетчатыми протезами Prolift и Prosima.

Для оценки пролапса гениталий в клинике используется Международная классификация (Pelvic Organ Prolapsed Quantification, POP-Q). Ее преимущества заключаются в том, что она позволяет подробно описывать анатомические изменения органов малого таза и давать объективную оценку как динамике течения заболевания, так и результатам хирургического лечения, в том числе и отдаленным. Нами оценены результаты операций 70 пациентов в возрасте от 48 до 78 лет, проведенные на базе гинекологического отделения НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный, в период 2012–2015 гг. Все больные генитальным пролапсом в анамнезе имели роды через естественные родовые пути. Одни роды были у 21% женщин, двое родов – у 60.2%, 3 и более родов у 18.5% женщин. Роды крупным плодом произошли у 19.4% пациенток, послеродовые травмы промежности имелись у 29.1%. У 10.8% женщин ранее были выполнены операции по поводу пролапса гениталий. Интраоперационные осложнения (ранение мочевого пузыря) наблюдалось в 2 случаях (2.4%). Специфические отсроченные осложнения, в виде эрозии стенки влагалища

были диагностированы у 4 (4.7%) пациенток в сроках от 1 до 6-12 месяцев (консервативное лечение – мази с содержанием эстрогенов и восстановление биоциноза влагалища, с положительным эффектом). Длительность операций варьировала от 30 до 60 минут. Кровопотеря во время операции не превысила 150 мл, и в среднем составила 50-100 мл. Пациентки выписаны домой на 4-5 сутки. Среднее количество койко-дней после операции составил – 3.2. Эффективность использования трансвагинальных систем Elevate (TM) Anterior and Posterior, при наблюдении от 6 месяцев до 2-х лет составила 96.4%. За период наблюдения не выявлено таких осложнений как: смещение сетчатого имплантата, болевой синдром, диспареуния.

Таким образом, внедрение сетчатых имплантов системы Elevate (TM) Anterior and Posterior передний, задний в гинекологическую практику значительно повысило эффективность лечения тазовых пролапсов. Выбор оперативного лечения определяется стадией пролапса, выраженности цистоцеле и (или) ректоцеле, наличием стрессовой инконтиненции. В результате комплексного хирургического лечения, наблюдение показало высокую эффективность применения сетчатых эндопротезов для лечения пролапса гениталий у женщин от 45 лет, не живущих половой жизнью. На основании полученных результатов следует указать на необходимость выявления в предоперационном периоде точной топографии дефектов тазового дна, для адекватного и полноценного их восстановления.



**Sogikyan A.S., Pugieva L.A., Borisov O.A.**

## ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF OPERATIONS PELVIC FLOOR RECONSTRUCTION USING MESH PROSTHESIS

MSH Road Clinical Hospital st.Rostov-Chief of JSC «Russian Railways»

The introduction of mesh implants Elevate System (TM) Anterior and Posterior front, back in the gynecological practice significantly improved the efficiency of the treatment of pelvic prolapse. The choice of surgical treatment is determined by the stage of prolapse, cystocele severity and (or) rectocele, the presence of stress urinary incontinence. As a result of complex surgical treatment,

monitoring has shown high efficacy of mesh implants for the treatment of genital prolapse in women of 45 years, not sexually active. On the basis of the results obtained should be pointed out the need to identify preoperative accurate topography of the pelvic floor defects, for adequate and full recovery.

**Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю.**

## СОЗДАНИЕ КЛЕТЧНО-ИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

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

### **Актуальность проблемы:**

Одной из важнейших проблем гинекологии является пролапс гениталий – патология, достигающая 34,1–56,3% среди женской популяции некоторых стран. Особую актуальность проблема пролапса гениталий приобретает ввиду тенденции к «омоложению» этой патологии, сопровождаемой тяжелыми дисфункциональными изменениями соседних органов у 85,5% больных. Основным методом лечения является хирургическое вмешательство. Часто случающиеся рецидивы в реконструктивной тазовой хирургии привели к разработке методов лечения с использованием не рассасывающихся синтетических материалов (полипропилен и др.) для более надежного восстановления тканевых дефектов с более низким процентом рецидивов (5–40%). Однако, методики с использованием сетчатых имплантов имеют свои минусы в виде ряда послеоперационных осложнений (mesh-ассоциированные осложнения). Основными из них являются эрозия сетчатого

протеза, инфекционные осложнения, mesh-ассоциированная ретракция, диспареуния, хроническая тазовая боль. В связи с этим возникает необходимость усовершенствования имплантационных материалов путем создания новой клеточно-инженерной конструкции для восстановления фасциальных дефектов тазового дна.

### **Цель исследования:**

Создание новой клеточно-инженерной конструкции для усовершенствования имплантационных материалов, применяемых для восстановления фасциальных дефектов тазового дна у пациенток с различными видами пролапса.

### **Материалы и методы:**

В качестве матриц использовалась сетка PROLENE MESH PMM3 (ETHICON), состоящая из нерассасывающихся волокон, изготовленных из изотактического кристаллического стереоизомера полипропилена, синтетического линейного полиолефина (СЗН6) n, толщиной около 0.5 мм.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

В качестве клеточного материала: мезенхимальные стволовые клетки (МСК), полученные из костного мозга (КМ) у 6 лабораторных животных (крыс), адгезированные на пластике клетки веретеновидной формы, выстраивающиеся в направленные колонии.

Мезенхимальные стволовые клетки костного мозга каждой лабораторной крысы третьего пассажа были нанесены на образцы сеток PROLENE MESH PMM3 (ETHICON). Из сетки в стерильных условиях были вырезаны 12 фрагментов квадратной формы 10x10 мм. На каждый фрагмент сетки добавили по 250 мкл клеточной суспензии (400 тыс клеток). Инкубировали при температуре 37С во влажной среде, содержащую 5 % CO<sub>2</sub> в течение 60 минут. Затем, в каждую лунку добавляли по 2 мл культуральной среды, продолжая инкубацию в тех же условиях.

Операция по имплантации хирургических сеток и клеточноинженерных конструкций, полученных путем адгезии аутологических мезенхимальных стволовых клеток на полипропиленовой сетке была проведена группе из 6 лабораторных животных. Проведена установка контрольных сеток и тканеинженерной конструкции в образованные «карманы» подплевротического пространства на брюшной стенке у каждой из 6 крыс.

Заживление послеоперационного шва наступало в среднем в течение 10–15 суток. Животные выводились из эксперимента через 2 месяца (2 крысы) и 4,5 месяца (4 крысы), образцы сеток отправлялись на гистологическое исследование. Образцы сеток вырезались, парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивались гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван – Гизону, изучались в микроскопе Olympus BX51, обработка при помощи программы Launch CAM VIEW.

#### **Результаты и выводы:**

1. На 3 сутки отмечалась адгезия МСК на нитях сетки (преимущественно по углам), а через 14 суток – рост колоний (часть ячеек закрывались клетками). Мелкие ячейки практически полностью были закрыты клетками.

2. Через 1,5 месяца был произведен забор и морфологическое исследование тканей окружающих имплантированные сетки у двух животных, у одного из которых была смоделирована запланированная экстррузия. Морфологическое исследование не выявило значимых различий при фиксации сеток к апоневрозу между нативной и тканеинженерной

конструкциями. Однако при моделировании предполагаемого осложнения тканеинженерная конструкция вела себя более надежно: пропиленовая сетка, в отличие от опытного образца была пророщена соединительной тканью, макрофаги и гигантские клетки немногочисленны, что свидетельствует о менее выраженной воспалительной реакции.

3. У остальных 4-х лабораторных животных забор материала производился через 4,5 мес. после установки имплантов. По вскрытию у одного животного имплантированный опытный материал не был обнаружен (вероятно, удален самим животным); у другого операция осложнилась экстррузией сетки контрольного образца и выраженным воспалительным процессом.

4. Результаты различались в зависимости от хирургических осложнений. При наличии экстррузии сетки и расхождения швов имела не только лимфо-макрофагальная, но и нейтрофильная инфильтрация соединительной ткани, что связано с инфицированием. В одном из случаев в контрольной группе инфицирование отсутствовало, и воспалительная инфильтрация образующейся соединительной ткани была минимальной. Однако, соединительная ткань отличалась большей выраженностью отёка и меньшей зрелостью по сравнению с аналогичной группой через 2 месяца.

5. Через тот же срок в опытной группе воспалительные изменения были только в том случае, если происходила экстррузия сетки и расхождение швов. В двух случаях, где хирургических осложнений не было, соединительная ткань вокруг сетки отличалась зрелостью и минимальной воспалительной реакцией (в отличие от контрольной сетки у того же животного).

#### **Вывод:**

Таким образом, полученные предварительные данные дают основания считать необходимым дальнейшее продолжение данной работы на большем количестве лабораторных животных для получения статистически достоверных результатов.



**Sulina I.Yu., Ishchenko A.I., Lundup A.V., Alexandrov S.L., Ishchenko A.A., Gorbenko O.Yu.**

## THE ESTABLISHMENT OF CELL-ENGINEERING DESIGNS FOR SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE WITH THE USE OF MESENCHYMAL STEM CELLS

Russia, Moscow, First Moscow state medical University. I. M. Sechenov

### **Conclusion:**

Thus, the preliminary data give grounds to consider it necessary to further continuation of

this study on a larger number of laboratory animals to produce statistically significant results.

**Зарипов Т.Ш., Землянсков П.А., Гайнуллина Л.С., Имельбаева А.С. Мовергоз С.В.**

## СПОСОБ РЕТРОГРАДНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИЗ СПАЕК ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ И ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Россия, г. Салават, ООО «Медсервис»

По данным литературы частота ятрогенных повреждений мочевого пузыря во время выполнения лапароскопических оперативных вмешательств на органах женской репродуктивной системы колеблется в пределах от 1 до 3% (Katherine A., 2008). 65% повреждений из общего количества нежелательных цистотомий приходится на произведенные субтотальные и тотальные гистерэктомии после ранее перенесенного кесарева сечения (Billy H.G., 2014). Описаны способы улучшения визуализации границ диссекции стенки мочевого пузыря путем введения в его просвет до умеренного наполнения раствора метиленового синего или углекислого газа с последующим последовательным рассечением спаек между маткой и стенкой мочевого пузыря в каудальном направлении или от ребер к центральной оси матки после пересечения круглых связок матки (Сазонова Е.О., 2002; Mettler L., 2007). Недостатками предложенных способов являются: опасность повреждения стенки мочевого пузыря при интимном сращении его со стенкой матки; повышенная кровоточивость стенки матки и как следствие – нечеткая визуализация

границы диссекции; опасность повреждения восходящих ветвей маточных артерий, варикозно расширенных вен при разделении спаек в непосредственной близости к ребру матки, приводящей к повышенной интраоперационной кровопотере. Целью нашей работы стала разработка и применение способа, позволяющего минимизировать опасность интраоперационного повреждения мочевого пузыря и снизить интраоперационную кровопотерю при выполнении лапароскопической субтотальной и тотальной гистерэктомии после ранее перенесенного кесарева сечения. С 2013 по 2015 годы в отделении гинекологии нами было проведено 28 тотальных и 42 субтотальных лапароскопических гистерэктомий у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе с использованием способа ретроградного выделения задней стенки мочевого пузыря из спаек. Разработанный нами способ (патент РФ № 2572448, 09.12.2015) подразумевает следующее. Под эндотрахеальным наркозом по методу Хассона параумбиликально производится лапароцентез, накладывается карбоксиперитонеум. Устанавливается маточный

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

манипулятор. Последовательно с обеих сторон коагулируются и рассекаются круглые связки матки, маточные концы маточных труб, яичниковые ветви маточных артерий, передние и задние листки широких связок матки. Паравезикулярные пространства с обеих сторон отсепааровываются до уровня переднего свода влагалища для четкой визуализации боковых отделов шейки матки и маточных сосудистых пучков. Маточные сосуды коагулируются, пересекаются с обеих сторон. Задняя стенка мочевого пузыря «тупым» путём отсепааровывается от переднего свода влагалища и передней поверхности шейки матки в свободной от спаек области. Тракция мочевого пузыря по направлению к передней брюшной стенке и контртракция обескровленной матки в дорсальном направлении позволяет завершить отсепааровку задней стенки мочевого пузыря от передней поверхности матки без риска его повреждения и избегая повышенной кровопотери. Оперативные вмешательства,

выполненные с применением вышеописанного способа, во всех случаях завершились без интраоперационного повреждения мочевого пузыря и с интраоперационной кровопотерей в пределах 10 мл (без учета объема крови депонированной в матке). Таким образом, применение способа ретроградного выделения задней стенки мочевого из спаек при выполнении субтотальных и тотальных гистерэктомий лапароскопическим доступом позволяет избежать повреждений мочевого пузыря и минимизировать интраоперационную кровопотерю.

Применение способа ретроградного выделения задней стенки мочевого из спаек при выполнении субтотальных и тотальных гистерэктомий лапароскопическим доступом после ранее перенесенного кесарева сечения позволяет избежать повреждений мочевого пузыря и минимизировать интраоперационную кровопотерю.

**Zaripov T.Sh., Zemlyanska P.A., Gainullina L.S., Imelbaeva A.S., Movergoz S.V.**

## METHOD OF ALLOCATION RETROGRADE POSTERIOR WALL OF THE BLADDER FROM ADHESIONS AFTER THE PREVIOUS CESAREAN SECTION DURING LAPAROSCOPIC SUBTOTAL AND TOTAL HYSTERECTOMY

Russia, Salavat, ООО «Medservis»

Application of the method of retrograde release of the posterior wall of the bladder adhesions when the subtotal and total laparoscopic

hysterectomy performed after earlier suffering a cesarean section permits to avoid injury to the bladder and minimize intraoperative blood loss

**Согибян А.С., Идрисова О.А.**

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОАБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ СИСТЕМОЙ «ТЕРМАЧОЙС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТРОРРАГИЙ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ (РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ) В ПЕРЕ- И МЕНОПАУЗЕ

Россия, г. Ростов-на-Дону, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Гл

Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) предшествуют раку эндометрия

в 80–85% случаев. Цели и задачи исследования: применение нового и безопасного метода

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

лечения – термоабляции эндометрия баллонной системой «Термачойс» позволил повысить эффективность в лечении маточных кровотечений, Рецидивирующих процессах ГПЭ у больных в пере- и менопаузе. Данная методика особенно показана женщинам с выраженным ожирением, отягощённой экстрагенитальной патологией, пациенткам, ранее оперированным по поводу онкозаболеваний других органов, которым запрещено применение гормонотерапии.

Нами проведено лечение 67 пациенток в возрасте 42–63 лет. Эффективность термической абляции эндометрия у пациенток с метроррагиями и доброкачественным ГПЭ составило 100%. Данный метод лечения использовался у 27 пациенток с наличием фибромиомы матки, аденомиозом (6–9 недель) в сочетании с ГПЭ (при длине полости матки не более 10 см по зонду). По нашим наблюдениям отмечено уменьшение множественных мелких узлов, которое связано с частичной окклюзией мелких сосудов, питающих эти узлы и идущих со стороны полости матки. Учитывая быстроту и малоинвазивность методики профилактика инфекционных послеоперационных осложнений проводилась с помощью однократного интраоперационного введения АБ-препарата. При динамическом наблюдении в послеоперационном периоде пациенток не беспокоили боли, а так же не было отмечено повышение температуры тела. Данный вид процедуры не снижал работоспособности пациентки и не требовал социальной реабилитации, в связи с чем были выписаны из стационара на следующий день.

Оценка выраженности болевого синдрома в первые часы после операции, после термоабляции аппаратом «Термачойс» болевой синдром был выражен у 28 % больных, умеренно выражен – у 52%, не выражен – у 20%, после термоабляции. Для купирования болевого синдрома кратковременно применялись ненаркотические анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства; После выполнения манипуляций пациентки выписывались на 2 сутки при нормализации температуры, показателей крови и отсутствии обильных кровянистых выделений из половых путей. 14 Перед выпиской всем 67 больным проводилось ультразвуковое исследование – во всех случаях полость матки была расширена, заполнена неоднородным содержимым. Ближайшие и отдаленные осложнения и результаты

баллонной термоабляции эндометрия были следующими: При дальнейшем наблюдении после термической абляции эндометрия у всех больных в течение 15-45 дней наблюдались умеренные выделения из половых путей, которые вначале носили кровянистый, а затем серозный характер.

По данным УЗИ к третьему месяцу после применения методики «термачойс» формировалось тонкое линейное М-эхо. При УЗ-контроле через 6–12–18 мес. – параметры м-эхо не менялись. Считаем важным отметить безопасность и малоинвазивность методики, так как аппарат сам контролирует качество прохождения процедуры, местонахождения баллона во время манипуляции за счёт степеней защиты аппарата, что резко снижает процент интраоперационных осложнений. Предусмотренная аппаратом система титрования гарантирует качество прилегания баллона к стенкам матки – что позволяет качественно выполнить процедуру. Таким образом, современный, метод абляции эндометрия баллонной системой «термачойс» является быстрым, эффективным, малоинвазивным и безопасным методом лечения ГПЭ в том числе рецидивирующих и метроррагий в пере- и менопаузе в условиях современного стационара.



**Cogikyan A.S., Idrisov ShT O.A.**

## EFFICACY THERMOABLATION ENDOMETRIAL SYSTEM «TERMACHOYS» TREATMENT METRORRHAGIA AND ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN PERIMENOPAUSE AND MENOPAUSE

Russia, Rostov-on-Don, nongovernmental institutions HEALTHCARE Railway Clinical Hospital st. Rostov-Chief

We consider important to note safety and low-invasiveness of a technique as the device itself supervises quality of passing of procedure, locations of a cylinder during manipulation at the expense of extents of protection of the device that sharply reduces percent of intraoperative complications. Provided by the device system of titration guarantee quality of a prilleganiye of a cylinder

to uterus walls – that allows to execute procedure qualitatively. Thus, the modern, latest method of an oblation an endometriya ballonny Termachoy's system is a fast, effective, low-invasive and safe method of treatment of hyper plastic processes an endometriya and metrorragiya in a feather and a menopause.

**Ищенко А.И., Ищенко А.А., Хохлова И.Д., Александров Л.С., Тарасенко Ю.Н.**

## ЛАПАРОВАГИНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРОЦЕЛЕ С ПОМОЩЬЮ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Россия, Москва, Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Проблема пролапса тазовых органов продолжает оставаться весьма актуальной, так как крайне негативно отражается на качестве жизни пациенток. Согласно данным литературы, тем или иным проявления тазового пролапса испытывают от 2,9 до 53% женщин. С увеличением продолжительности жизни частота этой патологии возрастает. В структуре тазовых пролапсов в отдельную группу выделено энтероцеле, которая является истинной грыжей, берущей начало в Дугласовом кармане и опускающейся в ретровагинальное пространство ко входу влагалища или, реже, за его пределы. Факторами риска энтероцеле являются глубокое маточно-прямокишечное пространство, оперативные вмешательства на органах малого таза, сопровождающиеся повреждением лонно-шеечной и прямокишечно-влагалищной фасций, нарушение нормального анатомического взаиморасположения тазовых органов после гистерэктомий,

вентрофиксаций матки, других способов коррекции пролапса. Несмотря на использование многочисленных оперативных техник влагалищным и абдоминальным доступами, частота рецидивов пролапса тазовых органов остается высокой, достигая 33–40%.

**Целью исследования** явилось разработка нового способа коррекции энтероцеле лапаровагинальным доступом с помощью сетчатых имплантатов.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 23 пациентки в возрасте от 54 до 67 лет с рецидивом тазового пролапса, которые были разделены на 2 группы в зависимости от объема предыдущей операции, выполненной 5–15 лет назад.

В I группу вошли 13 пациенток после тотальной гистерэктомии и коррекции энтероцеле при помощи сетчатых имплантатов.

II группу составили 10 пациенток после органосохраняющих абдоминальных

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

гинекологических операций в сочетании с вентрофиксацией матки апоневротическими лоскутами и кольпоперинеолеваторопластикой.

Критерием включения в исследование служило изолированная форма энтероцеле.

Обследование пациенток обеих групп проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи и включало анализ жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, гинекологическое и ректальное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, которое осуществляли с помощью аппарата ультразвуковой диагностики Toshiba arlio, снабженным мультимодальными трансвагинальным и конвексным датчиками и др. Для определения степени пролапса использовали международную классификацию количественной оценки пролапса тазовых органов (Pelvic Organ Prolapse Quantification)

**Результаты и обсуждение.** Комплексное обследование пациенток обеих групп подтвердило концепцию полиэтиологичности пролапса тазовых органов и высокий риск формирования энтероцеле после оперативных вмешательств на органах малого таза, обуславливающих нарушение взаиморасположения тазовых органов и повреждение фасций.

Показанием к операции явилось изолированное энтероцеле 3–4 ст. У 19 и 4 больных соответственно.

Хорошо известны базовые хирургические техники абдоминальной (операции Мошкова, Гальбана) и влагалищной коррекции энтероцеле.

Мы использовали лапаровагинальный доступ, выполняя единовременную двухуровневую коррекцию энтероцеле с помощью сетчатых имплантатов. При этом у пациенток I группы выполняли трансвагинальную экстрaperитонеальную сакрокольпопексию, сакроспинальную кольпопексию.

Пациенткам II группы трансвагинальную экстрaperитонеальную сакроцервикольпопексию, сакроспинальную кольпопексию и надвлагалищную ампутацию матки.

Амбулаторное наблюдение за прооперированными пациентками за период от 3 месяцев до 3 лет показало отсутствие признаков рецидива заболевания.

Таким образом, разработанный способ единовременной двухуровневой лапаровагинальной коррекции энтероцеле с помощью сетчатых имплантатов способствует повышению эффективности оперативного лечения и снижению частоты рецидивов заболевания.

**Ishchenko A.I., Ishchenko A.A., Khokhlova I.D., Aleksandrov L.S., Tarasenko Yu.N.**

## LAPAROVAGINAL CORRECTION ENTEROCELE USING MESH IMPLANTS

Russia, Moscow, Clinic of obstetrics and gynecology. V.F. Snegirev, sbei HPE First MSMU n. a. I.M. Sechenov

The developed method of simultaneous duplex laparovaginal correction, enterocele with the use of mesh implants promotes increase of

efficiency of surgical treatment and reducing the frequency of relapses.

**Мынбаев О.А., Тинелли А., Малвази А., Ши Ж., Симаков С.С., Бенхиджеб Т., Старк М.**

## КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО2-ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ

**Абстракт:** Современный хирургический театр, оборудованный последними достижениями науки, техники и технологий, нуждается

в тесном сотрудничестве не только операционной бригады, состоящей из хирургов, анестезиологов и операционных сестер, но и

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

ученых из других областей науки. Целью такой тесной кооперации является:

1) Определение оптимального баланса манипуляционного пространства в брюшной полости и физиологической концентрации CO<sub>2</sub> газа;

2) Выяснение адаптационных пределов респираторных и сердечно-сосудистых систем на избыточную и нефизиологичную интраперитонеальную инсуффляцию CO<sub>2</sub> газа;

3) Оценка непосредственных физических эффектов инсуффляции CO<sub>2</sub>;

4) Изучение химической реакции вследствие взаимодействия CO<sub>2</sub> газа с водой и формирования карбоновой кислоты, с последующим ее расщеплением на ионы водорода и бикорбаната. Это приводит к повышению кислотности тканей, т.е., ацидозу, понижению pH и раздражению тканей в брюшной полости с метаболическими последствиями. Этим изменениям, связанных с наложением CO<sub>2</sub> пневмоперитонеума, посвящены многочисленные научные исследования и они все

еще вызывают повышенный интерес ученых, хирургов-эндоскопистов, анестезиологов, для прогнозирования и предупреждения интра и послеоперационных осложнений и с этой целью разрабатываются новое оборудование, инструменты, компьютерные программы.

Это особенно актуально, когда внедряются новые технические и технологические средства, как робототехника, однопортовая лапароскопия и новшества в области эндоскопической хирургии, которая интенсивно используется во всем мире с широким охватом всех групп населения, включая новорожденных, детей, лиц пожилого возраста, с ожирением и т.д.

Исходя из вышеизложенного, будет представлен систематический обзор, мета-анализ данных литературы и предварительные данные международного проекта относительно изучения кардио-респираторных эффектов CO<sub>2</sub>-пневмоперитонеума во время лапароскопических операций.

**Mynbaev OA., Tinelli A., Malvasi A., Shi Z., Simakov S.S., Benhidjeb T., Stark M.**

## CARDIO-VASCULAR EFFECTS OF CO<sub>2</sub> PNEUMOPERITONEUM DURING LAPAROSCOPIC SURGERY: INTERNATIONAL RESEARCH PROJECT

**Abstract:** Modern surgical theatre, equipped with the state of the art technique and technologies, needs a close collaboration of surgeons with anesthesiologists, technicians and nurses during laparoscopic surgery as well as researchers from basic science. This cooperation is aimed to:

1) Find out an optimal balance between sufficient working space in the abdominal cavity and concentration of CO<sub>2</sub> in the body at its physiologic level;

2) Determine an adaptation capacity of respiratory and cardiovascular systems to an excessive nonphysiologic intraperitoneal CO<sub>2</sub> insufflation;

3) Evaluate direct physical effects of CO<sub>2</sub> insufflation (high intraperitoneal pressure, CO<sub>2</sub> absorption with its increased partial pressure in body compartments, insufflation flow with desiccation and gas temperature impact);

4) Study of a chemical reaction of CO<sub>2</sub> with water and carbonic acid formation with subsequent its dissociation into hydrogen and

bicarbonate ions leading to acidosis, decreased pH with peritoneal tissue irritation and metabolic changes. These challenges call researchers to design and apply new tools, hardware and software in order to define, predict and prevent possible unfavorable outcomes of laparoscopic surgeries are related with new techniques such as robotic surgery, single port laparoscopic surgery or NOTES.

Therefore, systemic effects of CO<sub>2</sub> pneumoperitoneum on cardio-respiratory system function were systematically reviewed and data underwent upon comprehensive meta-analysis. Taking into account literature data, our solid experimental and clinical results, presenting CO<sub>2</sub> related changes in homeostasis depending on CO<sub>2</sub> pneumoperitoneum time, pressure and CO<sub>2</sub> absorption the concept of global mass balance and transport of CO<sub>2</sub> during laparoscopic surgery was formulated.



Попов А.А., Федоров А.А., Краснопольская К.В., Мананникова Т.Н.,  
Зинган Ш., Абрамян К.Н., Орлова С.А., Барто Р.А.

## ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Московский областной НИИ Акушерства и Гинекологии

**Резюме:** Демонстрированы результаты лечения лапароскопическим и робот-ассистированным доступом у пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом за 2013–2015 гг.

**Введение:** Эндометриоз относится к числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний, сопровождается нарушением менструальной и репродуктивной функции, стойким болевым симптомом, снижением трудоспособности больных. Частота этого заболевания колеблется от 7 до 50% у женщин репродуктивного возраста. Основными симптомами являются: бесплодие (40%), дисменорея (82,7–83,4%), болевой синдром (43,3–50%). Наиболее тяжелой формой заболевания является глубокий инфильтративный эндометриоз, частота встречаемости которого составляет 5–12% среди всех случаев эндометриозного поражения. Лапароскопические и робот-ассистированные операции при инфильтративных формах эндометриоза создают условия для адекватного удаления измененных тканей за счет улучшения визуализации, с максимально бережным сохранением овариального резерва, особенно у пациенток с заведомо сниженным репродуктивным прогнозом.

**Материалы и методы:** с 2013 по 2015 нами было выполнено 143 оперативных вмешательства по поводу инфильтративных форм эндометриоза различной локализации. Средний возраст пациенток составил 33,8 лет. Наиболее частой локализацией эндометриозных инфильтратов были: ретроцервикальная

область – 111 пациенток (77,6%) при этом инфильтрат стенки кишки был выявлен у 72 больных (50,3%), в 34 случаях (23,7%) выявлен инфильтрат ректовагинальной перегородки, в 10 случаях (6,9%) отмечено поражение стенки мочевого пузыря, в 8 (5,5%) в инфильтрат была вовлечена стенка мочеточника.

**Результаты:** среди 143 пациенток в большинстве случаев оперативное пособие выполнено лапароскопическим доступом – 120 пациенток, в 11 случаях потребовалось проведение лапаротомии. В течение последних 2 лет 12 пациенток были прооперированы с использованием хирургического роботического комплекса DaVinci Si. Резекция ретроцервикального инфильтрата выполнена в 80 (55,9%) случаях, методом сбивания со стенки кишки инфильтрат удален у 39 (27,2%) пациенток. У 12 (8,3%) пациенток поражение кишки потребовало выполнения резекции с наложением аппаратного анастомоза, в 86 (60,1%) случаях произведен уретролизис, в 2 (1,4%) выполнена резекция мочевого пузыря.

**Заключение:** за весь период наблюдения не было выполнено ни одной гистерэктомии, что позволило сохранить фертильность всем больным с инфильтративным эндометриозом. Нужно отметить преимущества робот-ассистированного доступа при глубоком инфильтративном эндометриозе, уменьшением частоты резекции в пользу «сбивания», идеальным доступом при урогенитальном эндометриозе и возможностью выполнения нервосберегающих операций.

Popov A.A., Fedorov A.A., Krasnopolskaya K.V., Manannikova T.N., Zingan S.,  
Abramian K.N., Orlova S.A., Barto R.A.

## SURGICAL TREATMENT OF DEEP INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS – OUR EXPERIENCE

Moscow regional research institute OVG

**Summary:** It demonstrates the results of treatment of laparoscopic and robot-assisting

access in patients with deep infiltrating endometriosis for 2013–2015.



**Попов А.А., Мананникова Т.Н., Логинова Е.А., Головин А.А., Лысенко С.Н., Стоцкая Т.В., Будыкина Т.С.**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

ГБУЗ МО Московский Областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, отделение эндоскопической хирургии. Москва, Россия.

**Резюме:** представлены результаты лапароскопической гистерэктомии у 100 больных с морбидным ожирением ( $ИМТ > 35 \text{ кг/м}^2$ ). Мы считаем, что выполнение гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением лапароскопическим доступом является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.

**Актуальность.** В настоящее время ожирение представляет собой актуальную медико-социальную проблему, затрагивающую все области медицины. В России частота данной патологии среди женщин составляет 28,5%. В связи с высокой распространенностью у больных с ожирением заболеваний тела матки и придатков, в том числе и онкологических, часто возникает необходимость проведения гистерэктомии. Длительное время ожирение рассматривалось как противопоказание для выполнения операций повышенной сложности лапароскопическим доступом, в связи с этим целью настоящей работы являлось изучение результатов лапароскопической экстирпации матки в лечении заболеваний тела матки и придатков у больных с морбидным ожирением.

**Материалы и методы.** За период с 2012г по 2015г 100 женщинам с морбидным ожирением выполнено оперативное лечение в объеме гистерэктомии. В 98% случаях выполнен лапароскопический доступ, в одном – лапароскопически-ассистированная влагалищная операция и в одном – лапароконверсия. Супрацервикальная гистерэктомия произведена в 8% наблюдений, удаление придатков в 89% и маточных труб в 6%. Mesh-коррекция пролапса гениталий и стрессового недержания мочи сочетались с экстирпацией матки в 3% и 2% соответственно, пупочная герниопластика в 5%. Средний возраст больных составил  $57 \pm 8,1$  лет. Средний ИМТ составлял  $46,45 \pm 8,2$  (разброс показателей от 35,64 до 73,2)  $\text{кг/м}^2$ , при этом у 12  $ИМТ > 60 \text{ кг/м}^2$ .

Женщины с злокачественным процессом эндометрия имели значительно более высокий ИМТ ( $52,4 \pm 8,7 \text{ кг/м}^2$ ) по сравнению с больными с доброкачественными заболеваниями внутренних половых органов ( $ИМТ 46 \pm 7 \text{ кг/м}^2$ ). Показаниями к оперативному лечению являлись: рак эндометрия (30%), атипичная гиперплазия эндометрия и аденоматоз (17%), симптомная миома матки (15%), сочетание патологии эндометрия, тела матки и придатков (24%).

**Результаты.** Длительность операции составила  $75 \pm 39,35$  мин, длительность ЭТН –  $90 \pm 40,6$  мин, кровопотеря  $100 \pm 62,2$  мл. Пребывание в стационаре  $4 \pm 0,85$  койко-дня. Частота осложнений составила 11%, при этом преобладали гнойно-септические осложнения послеоперационной раны преимущественно у больных с симультантной герниопластикой ( $n=5$ ). Практически все осложнения не были ассоциированы с видом хирургического доступа и были связаны преимущественно с высоким весом больных (инфекционные осложнения в послеоперационном периоде) и наличием выраженного спаечного процесса в брюшной полости и полости малого таза (интраоперационные). У одной больной выполнена лапароконверсия, которую мы не относим в группу осложнений, поскольку она была связана с неудачной попыткой открытой лапароскопии у пациентки с осложненным хирургическим анамнезом и наличием вентральной грыжи больших размеров. По результатам хирургического лечения у 41% больных диагностирован рак тела матки, у 32% множественная миома матки, у 24% кисты яичников. Реже наблюдались гиперпластические процессы эндометрия без атипии (18%), атипичная гиперплазия и аденоматоз (8%). У больных с раком тела матки преобладали эндометриоидный морфологический тип (95%), G1 (56,4%) и не- или малоинвазивные опухоли (FIGO IA, 75,6%). Обращает на себя внимание неточность предоперационной гистологической диагностики: в 11 (26,8%)

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

наблюдениях рак тела матки впервые выявлен после проведенного хирургического лечения, при этом до операции 7 (63,6%) женщин имели атипическую гиперплазию, а 4 (36,4%) – гиперпластический процесс без атипии. После хирургического лечения 69,8% больных с раком тела матки состоят на диспансерном учете без дополнительной терапии. Одной больной (2,3%) был проведен курс химиотерапии, 9 (21%) – лучевая терапия.

**Вывод.** Мы полагаем, что лапароскопический доступ для выполнения гистерэктомии у пациенток с морбидным ожирением при наличии достаточного опыта хирурга и оснащения операционной является более предпочтительным ввиду небольшого количества осложнений, малой травматичности и быстрой реабилитации.

**Popov A.A., Manannikova T.N., Loginova E.A., Golovin A.A., Lysenko S.N., Stockaya T.V., Budykina T.S.**

## LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY: THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT IN MORBID OBESE PATIENTS

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology. Moscow, Russia

**Resume:** This article presents our results of laparoscopic hysterectomy among 100 morbid obese patients (BMI >35 kg/m<sup>2</sup>). We believe

that laparoscopic approach for hysterectomy is preferable due to low complication rate, less traumatism and fast recovery.

**Джамалутдинова К.М., Козаченко И.Ф., Гус А.И., Адамян Л.В., Быков А.Г.**

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОЙ И КИСТОЗНОЙ ФОРМ АДЕНОМИОЗА

Отделение оперативной гинекологии  
ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ  
Москва Россия

Вопрос лечения пациенток с аденомиозом является актуальной проблемой в настоящее время. Сложность состоит в определении формы, степени распространенности и в определении тактики лечения данной патологии. Органосохраняющие операции чреваты высоким риском рецидивов, т.к. интраоперационно трудно визуализировать границы ткани миометрия, пораженные эндометриозом.

Развитие новых технологий диагностики и внедрение их в клиническую практику позволяет представить более точную картину патологического процесса и определить индивидуальную тактику лечения каждой пациентки.

В отделении оперативной гинекологии НЦАГиП им. Кулакова в период с 2013 по 2015

гг. произведено оперативное лечение 90 пациенток с узловой и кистозной формой аденомиоза. Основными жалобами пациенток были обильные менструации, боли внизу живота до и вовремя менструаций, и отсутствие наступления беременности. В 38% случаев пациентки обращались для лечения перед проведением программ ВРТ. На предоперационном этапе была проведена УЗИ диагностика, а в ряде случаев и 3D УЗИ диагностика. 3D УЗИ позволило более точно определить локализацию, размеры и границы «поражений», а также провести дифференциальную диагностику с миомой матки.

Средний возраст больных составил 35 лет, и все были заинтересованы в сохранении

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

репродуктивной функции. Лапароскопическим доступом было произведено 89% операций. Так же во время операции производилось иссечение и коагуляция других форм эндометриоза. В 62% наблюдалось сочетание с очагами наружного генитального эндометриоза на брюшине малого таза, 20% случаев сочетания с эндометриоидными кистами яичников, и в 13% отмечено сочетание с ретроцервикальным эндометриозом. Средний объем кровопотери во время операции составил 125 мл, размеры узлов аденомиоза в диаметре составляли от 1 до 9 см. Среднее время оперативного вмешательства составило 102 минуты. Особенностью иссечения узлов аденомиоза, в отличие от миомы матки, было использование монополяр в сочетании с механическими ножницами в целях полного удаления очага в пределах здоровых тканей. В 10 случаях иссечение узлов сопровождалось вскрытием полости матки, при которых ложе было ушито трехрядным викариловым швом, в остальных случаях ушивание производилось двухрядным

викариловым швом. Иссечение кистозной формы аденомиоза сопровождалось опорожением ее содержания и поэтапным удалением стенок кисты с последующим ушиванием ложа. Важным этапом в лечении данной группы пациенток является их послеоперационное лечение, включающее физиотерапию, а при необходимости и гормональное лечение. Таким образом, совершенствование алгоритма ведения пациенток репродуктивного возраста с различными формами аденомиоза, в том числе и более прицельной диагностики с помощью новых технологий, а в последствие и четкий план хирургической тактики, позволяют провести необходимое органосохраняющее лечение. При узловой и кистозной форме аденомиоза с наличием слабо или умеренно выраженной симптоматики выбором должна быть комплексное лечение, которое позволяет предотвратить прогрессирование патологического процесса и сохранить детородную функцию женщины.

**Dghamalutdinova K.M., Kozachenko I.F., Gus A.I., Adamyan L.V., Bykov A.G.**

## **SURGICAL TREATMENT OF NODULE AND CYSTIC FORMS OF ADENOMYOSIS**

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

The development of new diagnostic technologies and their introduction into clinical practice allows a more accurate picture of the disease process and determine the individual tactics of treatment of each patient. 90 patients with nodular and cystic adenomyosis were operated in the department of operative gynecology in the period from 2013 to 2015. In the preoperative period ultrasound diagnostics was carried and in some cases 3D ultrasound diagnostics. 3D ultrasound allowed more accurately determine the location, size and boundaries of "defeats" and make a differential diagnosis with uterine myoma. Thus, improving the algorithm of treatment of patients of reproductive age with various forms of adenomyosis, including a sighting of diagnostics with new technologies, and in the latter a clear plan of surgical tactics, allow to perform organ-sparing surgery.



Фархат К.Н., Макиян З.Н., Адамян Л.В.

## АНОМАЛИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация

Аномалии матки и влагалища наблюдаются у 4,3–6,7% женщин репродуктивного возраста, при бесплодии этот показатель может достигать 8%, а у пациенток с привычным невынашиванием – 12,6–18,2%. Пороки развития, связанные с нарушением оттока менструальной крови, приводят к выраженному болевому синдрому, развитию гематометры, гематокольпоса, распространенного эндометриоза. Описаны случаи эндометриоза у пациенток с симметричными пороками развития и при отсутствии функционирующего эндометрия. Интерес представляет возможная корреляция эндометриоза с различными вариантами аномалий матки и влагалища в зависимости от оттока менструальной крови, а также его влияние на репродуктивную функцию.

**Цель исследования:** оптимизировать результаты хирургической коррекции и реабилитации у пациенток с аномалиями матки и влагалища в сочетании с наружным генитальным эндометриозом. В проспективное когортное исследование вошли 198 пациенток с аномалиями матки и влагалища, проходившие оперативное лечение в ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России с 2013 по 2015 год. На основании наличия или отсутствия очагов наружного генитального эндометриоза были сформированы следующие группы: 1 группа – 105 пациенток с аномалиями матки и влагалища и сочетанным наружным генитальным эндометриозом; 2 группа – 93 пациентки с аномалиями матки и влагалища без сопутствующего наружного генитального эндометриоза. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и почек, магнитно-резонансную томографию (МРТ). Оперативное лечение выполнено в зависимости от анатомической формы порока развития, жалоб пациенток, клинических проявлений и репродуктивных исходов. При сопутствующем

эндометриозе производили иссечение и коагуляцию гетеротопий. Программа реабилитации включала раннюю физиотерапию, коррекцию гормональных и функциональных нарушений. Жалобы на нарушение менструального цикла предъявляли 58,6% пациенток, болевой синдром выявлен у 17,2%, первичное бесплодие у 41,5%, вторичное бесплодие у 18,6% и привычное невынашивание беременности у 26,2% пациенток с аномалиями матки и влагалища. Показатель дисменореи выявлен у 53,3% женщин с сочетанным эндометриозом, а во второй группе составил 36,6%, что является статистически значимым различием ( $p=0,0179$ ). Первичное бесплодие наблюдали у 55% пациенток с сопутствующим наружным генитальным эндометриозом, что достоверно выше по сравнению со второй группой – 25,3%, при этом частота вторичного бесплодия статистически значимо не различалась. Наружный генитальный эндометриоз диагностирован у 53% больных. При анализе сочетания эндометриоза у пациенток с нарушением оттока менструальной крови этот показатель составил 50%, а без нарушения оттока – 53,9%. У 20% женщин с аплазией матки и влагалища выявлено наличие очагов эндометриоза на брюшине малого таза при отсутствии функционирующего эндометрия в маточных рудиментах. В 30% случаях у пациенток с однорогой маткой при отсутствии функционирующего эндометрия в рудиментарном роге выявлен аденомиоз и многочисленные эндометриозидные гетеротопии. Гормональная терапия агонистами гонадотропин-рилизинг гормона в течение 3–4-х месяцев назначена 20% пациенток при распространенном эндометриозе II степени, сопровождающемся болевым синдромом. В результате проведения лапароскопии выявлено отсутствие достоверных различий по частоте эндометриоза между пациентками с нарушением и без нарушения оттока менструальной крови. Комплексный

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

подход к лечению пациенток с аномалиями матки и влагалища и сопутствующим наружным генитальным эндометриозом, включающий коррекцию порока развития, иссечение и коагуляцию эндометриоидных гетеротопий, с последующим назначением гормональной терапии по показаниям, показал себя эффективным в отношении уменьшения клинических симптомов заболевания, а также привел к наступлению беременности у 60% пациенток.

**Резюме:** целью нашего исследования явилась оптимизация результатов хирургической

коррекции и реабилитации у пациенток с аномалиями матки и влагалища в сочетании с наружным генитальным эндометриозом. Комплексный подход к ведению больных, включающий в себя хирургическую коррекцию порока развития, иссечение и коагуляцию эндометриоидных гетеротопий с применением гормональной терапии и физиотерапевтических методов лечения в послеоперационном периоде, способствовал наступлению беременности у 60% женщин.

**Farhat, K.N., Makiyan Z.N., Adamyan L.V.**

## CONGENITAL UTEROVAGINAL ANOMALIES IN COMBINATION WITH ENDOMETRIOSIS: SURGICAL TREATMENT AND REHABILITATION

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Resume:** the aim of our study was to optimize the results of surgical correction and rehabilitation of patients with congenital uterovaginal anomalies in combination with endometriosis. A comprehensive approach to the management

of patients including surgical correction of malformations, excision and coagulation of endometriotic lesions using hormonal therapy and physiotherapy treatment in the postoperative period, helped to get pregnancy in 60% of patients.

**Макиян З.Н., Адамян Л.В., Фархат К.Н., Мирошникова Н.А.**

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКЦИИ ПРИ АНОМАЛИЯХ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

ФГБУ Научный Центр Акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

**Актуальность:** Аномалии матки и влагалища наблюдаются у 6,7% женщин репродуктивного возраста, при бесплодии этот показатель может достигать 16,7%.

В отделении оперативной гинекологии НЦ АГиП им. В.И.Кулакова около 9% операций проведено по поводу аномалий матки и влагалища.

Проблемы фертильности зависят от анатомического варианта недоразвития матки, сопутствующей гинекологической патологии и эндокринных нарушений.

**Цель исследования** – оптимизировать результаты хирургической коррекции при аномалиях матки и влагалища.

**Материалы и методы исследования:** В Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова с 1992 по 2016 оперировано 2023 больных с врожденными аномалиями матки и влагалища, с 18 до 42 лет.

Проведено клиничко-лабораторного обследование, с использованием ультразвукового исследования, магнитно-резонансной

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

томографии. Диагноз верифицирован при лапароскопии, гистероскопии.

**Результаты исследования:** Основные жалобы пациенток: первичное бесплодие 18%, вторичное бесплодие 16%, невынашивание беременности 29%, болевой синдром 17%, нарушение менструального цикла 12%, проблемы сексуальной функции – 8%.

Оперативное лечение аномалий матки и влагалища произведено, согласно рекомендациям Европейского Консенсуса (2013): при аплазии матки и влагалища (19%) – кольпопоз из тазовой брюшины; при внутриматочной перегородке (24%) – рассечение методом гистерорезектоскопии; при удвоении матки и влагалища (16) – рассечение влагалищной перегородки; при однорогой матке (13%) – удаление рудиментарного рога; при частичной аплазии влагалища (13%) – вскрытие и опорожнение гематокольпоса; при цервико-вагинальной

аплазии (4%) – создание маточно-влагалищного соустья.

Сопутствующая гинекологическая патология выявлена у 61% больных. Частота наружно-генитального эндометриоза составила 55,4%, причем у пациенток с нарушением менструальной крови – 55%, а при симметричных аномалиях (без нарушения оттока менструальной крови) – 56%, то есть достоверных различий не выявлено. Тенденция к инфильтративному росту выявлена у 23% больных. Эндометриодные кисты яичников были диагностированы в 6% случаев, аденомиоз и внутренний эндометриоз маточных рудиментов в 12% случаев.

**Заключение:** Реконструктивные операции в сочетании с коррекцией сопутствующей гинекологической патологии позволили реализовать репродуктивную функцию более чем у 60% пациенток с врожденными аномалиями матки и влагалища.

**Makiyan Z.N., Adamyan L.V., Farkhat K.N., Miroshnikova N.A.**

## SURGICAL TREATMENT OF UTEROVAGINAL ANOMALIES

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

In 61% of patients with uterovaginal malformations was diagnosed concomitant gynecological pathology, the most of them

(55,4%) had external genital endometriosis. Surgical treatment allowed to get pregnancies in 57% cases.

**Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Растегаев Е.Н., Погодин О.О., Иванов А.В., Шнягина Д.О.**

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ФГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», г. Петрозаводск

**Резюме.** Ретроспективно было изучено 325 протоколов лапароскопических операций. Основными показания к лапароскопии явились кисты яичников (39,1%), бесплодие (28,0%) и воспалительные заболевания органов малого таза (23,1%). Среди оперативных вмешательств по поводу кист яичников наиболее часто выполнялась цистэктомия (65,5%), при воспалительных заболеваниях органов

малого таза – тубэктомия (88%), при бесплодии – в 24,0% случаев каутеризация яичников, в 15,0% – коагуляция очагов эндометриоза, сальпингоовариолизис – в 14,0%, тубэктомия – в 5,0% случаев.

Современное состояние техники позволяет применять лапароскопию в гинекологии, как для диагностических целей, так и для оперативного лечения бесплодия, эндометриоза,

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

кист яичников, внематочной беременности и др. (Daniilidis A., Hatzis P., 2011, Адамян Л.В., 2013). Однако, лапароскопическая хирургия может сопровождаться возникновением серьезных осложнений на каждом из этапов его проведения (Азиев О.В., 2004).

**Цель исследования** – изучить показания к лапароскопии, определить объем хирургического вмешательства, выявить осложнения.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективно было изучено 325 протоколов лапароскопических операций, выполненных в гинекологическом отделении ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» в 2014 г.

**Результаты.** Среди всех операций в 76,9% случаев выполнялась лечебная лапароскопия, в 23,1% случаев – диагностическая. Показания распределились следующим образом: кисты яичников – 39,1% случаев, бесплодие – 28,0%, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) – 23,1%, подозрение на внематочную беременность – 6,2%, прочие показания – 3,6%. У пациенток с кистами яичников в 30,2% случаев были выявлены эндометриодные кисты, у остальных диагностированы дермоидные, параовариальные кисты. Из оперативных вмешательств по поводу образований придатков у большей части пациенток (65,5%) выполнялась цистэктомия, в остальных случаях – цистовариотубэктомия. При ВЗОМТ основным объемом оперативного вмешательства была тубэктомия (88,0%), в 8,0% случаев – сальпингоовариолизис, в 4,0% случаев – тубовариоэктомия и дренирование брюшной полости. У пациенток с бесплодием

в 40,0% случаев выполнялась диагностическая лапароскопия, в 24,0% случаев проводилась каутеризация яичников, в 15,0% случаев – коагуляция очагов эндометриоза, в 14,0% – сальпингоовариолизис, в 5,0% – тубэктомия, в 2,0% случаях выполнялась фимбриопластика. В связи с подозрением на внематочную беременность в 6,2% случаев выполнялась диагностическая лапароскопия, диагноз подтвердился в 100% случаев, всем пациенткам выполнена тубэктомия, в 95% лапароскопическим доступом, и лишь в 5% случаев – инверсия на лапаротомию в связи с выявленной интерстициальной внематочной беременностью. Среди других показаний к диагностической лапароскопии в небольшом проценте случаев были хронические тазовые боли, ВМК в брюшной полости, перфорация матки, гематома малого таза и аномалия развития матки. В связи с выявленными показаниями выполнялся соответствующий объем оперативного вмешательства. Осложнений во время лапароскопии по результатам нашего исследования не было. Средний койко-день составил 4+2 дня.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что большую часть операций составила лечебная лапароскопия. Основными показаниями к лапароскопии явились кисты яичников, бесплодие и ВЗОТ. Таким образом, лапароскопия является эффективным методом диагностики и лечения различных гинекологических заболеваний, который позволяет сократить сроки выздоровления пациентов и не оставлять косметических дефектов на теле после проведения операции.

Yulberg M.E., Cermakova T.L., Rastegaev E.N., Pogodin S.A., Ivanov A.V., Snegina D.O.

## THE POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES

FGOU VPO «Petrozavodsk state University», GBUZ Republican hospital. V.A. Baranov, Petrozavodsk

325 protocols of laparoscopy operations were retrospectively analysed. The main factor of laparoscopy were the cystic ovaries (in 39,1%), sterility (in 28,0%) and pelvic inflammatory disease (in 23,1%). Among the operations of cystic ovarian were frequently applied cystectomy (65,5%), by pelvic inflammatory disease – in 88,0% was applied tubectomy, by sterility in 24,0% of cases

was applied ovary cauterization, in 15,6% of cases was applied coagulation of local areas of endometriosis, in 14,0% was applied salpingoovariolysis, in 5,0 % of cases was applied tubectomy.

**Пономарев В.В., Артюшков В.В., Жуйко А.А.**

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Россия, г. Краснодар, ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2.

**Резюме.** Лапароскопический доступ в сочетании с гормонотерапией в послеоперационном периоде привело к значительному снижению интенсивности тазовых болей и наступлению желанной беременности.

Наружный генитальный эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний и встречается у 12–47% гинекологических больных. Каждая вторая женщина, больная эндометриозом, страдает бесплодием. Учитывая отсутствие обоснованных возможностей воздействия на этиопатогенетические механизмы наружного генитального эндометриоза, основным методом его лечения является хирургический – максимальное удаление очагов. Однако даже при ранней диагностике и своевременном проведенном лечении не всегда достигается полный клинический эффект, наблюдается персистирующее течение или рецидив и его приходится дополнять гормональным. Но и самые эффективные современные препараты не гарантируют излечение. Наиболее жизнеспособные гетеротопии переживают состояние медикаментозной гипоестрогении и являются субстратом для рецидива, но уже со сниженной реакцией на гормонотерапию. Иногда встречается неадекватная реакция на проведенное лечение – быстрое прогрессирование процесса. Достоверно оценить ожидаемый результат позволяет контрольная лапароскопия. Вышеизложенное обуславливает актуальность проблемы выбора тактики ведения больных наружным генитальным эндометриозом.

Целью исследования являлась оценка тактики ведения больных, включающей

хирургическое, гормональное лечение и контрольную лапароскопию, при различной степени распространения и тяжести течения наружного генитального эндометриоза.

Исследование выполнено на базе отделения гинекологии Краевой клинической больницы № 2. Наружный генитальный эндометриоз был выявлен при лапароскопии у 385 пациентам, прооперированным с 1.01.2015 г. по 1.01.2016 г. 267 пациенток (71,8%) были подвергнуты лапароскопии по причине бесплодия, 49 пациенток (13,2%) предъявляли жалобы на тазовые боли, 56 (15%) – на тазовые боли в сочетании с бесплодием. Всем больным на первом этапе выполнялась биопсия париетальной брюшины, иссечение очагов эндометриоза острым путем, с последующим применением моно- и биполярной коагуляции. Второй этап лечения заключался в применении агонистов ГнРГ в течение 6 месяцев с последующей контрольной лапароскопией (третий этап).

Осложнений связанных с оперативным или гормональным лечением у обследованных больных не было. В течение года беременность наступила у 62,8% пролеченных пациенток, страдающих бесплодием. 15,2% женщин с синдромом тазовых болей отмечали полное исчезновение болевого синдрома, 36,2% – его значительное уменьшение, 41% оценило эффект проведенного лечения, как умеренное уменьшение болевого синдрома.

Полученные результаты позволяют оценивать описанную трехэтапную тактику как перспективную в лечении наружного генитального эндометриоза.

**Ponomarev, V.V., Artyushkov V.V., Zuiko A.A.**

## TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

Russia, Krasnodar, state institution of health Regional clinical hospital № 2.

Laparoscopic access in conjunction with hormone therapy in the postoperative period led

to a significant reduction in the intensity of pelvic pain and the onset of a wanted pregnancy.

**1 Доброхотова Ю.Э., 1, 2 Насырова Н.И., 2, 3 Галлямов Э.А., 1 Лапина И.А., 1, 2 Сдвигов А.С.**

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА

1 – кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ г. Москва, Россия

2 – ФБУ Центральная клиническая больница гражданской авиации г. Москва, Россия

3 – кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ г. Москва, Россия

**Целью исследования** является оценка влияния различных методов гемостаза как этапа хирургического лечения инфильтративных форм эндометриоза. Мы провели сравнительный анализ 103 клинических случаев с последующей оценкой отдаленных результатов

**Введение:** одной из актуальнейших проблем современной гинекологии является широкое распространение эндометриоза, особенно глубоких инфильтративных форм с развитием тяжелого спаечного процесса в области малого таза и брюшной полости. По данным, представленным Всемирным исследовательским фондом эндометриоза (WERF), диагностика заболевания запаздывает в среднем на 7 лет, а в отдельных случаях и до 30 лет. Это время можно назвать «упущенным» для решения репродуктивных проблем, кроме того, в 10% случаев формируются распространенные формы с экстрагенитальной локализацией эндометриозных очагов, у 0,65% диагностируется эндометриозный рак. Цель исследования: оценить эффективность различных методов гемостаза как этапа хирургического лечения тяжелых инфильтративных форм эндометриоза.

**Материалы и методы:** за период 2014–2015 гг. нами был проведен сравнительный анализ данных клинических наблюдений (103 случая) с последующей оценкой отдаленных результатов. Средний возраст наблюдаемых составил  $29,4 \pm 4,7$  лет. Длительность заболевания с момента постановки диагноза составила в среднем  $4,1 \pm 0,7$  лет. Во всех случаях хирургические вмешательства производились лапароскопическим доступом с использованием следующих видов энергий: биполярной, плазменной. Разница в техническом выполнении оперативных вмешательств позволила разделить пациенток на 3 группы.

Первую группу составила 41 пациентка, которым произвели иссечение очагов инфильтративного эндометриоза с последующей биполярной коагуляцией раневых поверхностей (39,8%).

Вторую группу составили 42 пациентки, которым произвели иссечение очагов инфильтративного эндометриоза с последующей аргоноплазменной коагуляцией раневых поверхностей (40,8%).

Третью группу составили 20 пациенток, которым произвели иссечение очагов инфильтративного эндометриоза с последующим нанесением пенообразных гемостатических матриксов (19,4%).

Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения проводилась на основании интраоперационной эффективности гемостаза, наличия послеоперационных осложнений.

**Результаты и их обсуждение:** гемостатический эффект биполярной коагуляции, аргоноплазменной коагуляции и пенообразных гемостатических матриксов был оценен фактически на одинаково высоком уровне (98, 94 и 97 % соответственно), однако, в раннем послеоперационном периоде в первой группе наблюдения в одном из клинических случаев было отмечено образование пузырьно-влажного свища, который был ликвидирован в раннем послеоперационном периоде лапароскопическим доступом. Вышеописанное послеоперационное осложнение было связано с тем, что при использовании биполярной коагуляции образуется некротический струп, точную глубину которого представляется затруднительным оценить интраоперационно.

**Заключение:** аргоноплазменная коагуляция является наиболее предпочтительным видом интраоперационного гемостаза раневых поверхностей по сравнению с биполярной коагуляцией в связи с возможностью

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

контроля глубины воздействия визуально (струп не превышает 22 мкн), однако, в связи с вышеописанным осложнением нам представляется очевидным выбор пенообразующих

гемостатических матриксов, как метод выбора при окончательном гемостазе раневых поверхностей.

**Dobrokhotova Yu.E., Nasyrov N.And., Gallyamov E.A., Lapina, I.A., Shifts A.S.**

## MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF INFILTRATIVE FORMS OF ENDOMETRIOSIS

The objective of the study was to estimate the effect of different methods of hemostasis as a stage of a surgical treatment for infiltrative

forms of endometriosis. We carried out a comparative analysis of 103 clinical cases followed by evaluation of remote results.

**1 Мишина А.Е., 2 Гидирим Г.П., 2, 3 Мишин И.В., 3 Захария С.Л., 2 Васильев В.Е.**

## ЭНДОМЕТРИОЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1 Институт матери и ребенка,

2 Кафедра хирургии №1 «Н. Анестиади», Университет медицины и фармации «Н. Тестемицану»,

3 Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) передней брюшной стенки относится к достаточно редким заболеваниям и в литературе описаны отдельные клинические наблюдения и небольшие серии пациентов. Цель исследования – оценка особенностей диагностики и лечения ЭПР после кесарева сечения.

Проведен ретроспективный анализ базы данных 23 пациенток с ЭПР после КС, оперированных в двух клиниках на протяжении периода с 1992 по 2016 гг. Средний возраст пациенток составил  $31.1 \pm 1.1$  год (95% CI: 28.72–33.46) и период с момента КС составил  $44.6 \pm 3.1$  мес. (95% CI: 38.08–51.14). Во всех случаях ЭПР манифестировался наличием болезненного объемного образования в области послеоперационных рубцов (Пфанненштиль – 21, нижняя срединная лапаротомия – 2), причем циклические боли отмечались только в 14 (60.9%) случаях. Для диагностики ЭПР использованы: ультразвукография с доплерографией, КТ и МРТ. Установлены особенности ЭПР: единичные эндометриомы vs. множественные ( $n=21$ , 91.3% vs.  $n=2$ , 8.7%,  $p<0.0001$ ), левый угол послеоперационного рубца vs. правый или центральная часть (85% vs. 15%,  $p<0.0001$ ).

Эндометриомы локализовались: в подкожной клетчатке ( $n=7$ ), с вовлечением апоневроза и мышц ( $n=13$ ) и изолированно в прямой мышце живота ( $n=3$ ). Все ЭПР иссекались en bloc с захватом 5–10 мм неизмененных тканей. Дефект апоневроза ликвидировался ушиванием по принципу tension free ( $n=13$ ) и с использованием полипропиленовой сетки ( $n=3$ ). В 2 (8.7%) случаях в связи с сопутствующим тазовым эндометриозом выполнены субтотальная гистерэктомия ( $n=1$ ) и лапароскопическая коагуляция очагов эндометриоза брюшины ( $n=1$ ). При морфологическом исследовании удаленных препаратов (размер  $\max. -3.9 \pm 0.4$  и  $\min. -3.1 \pm 0.3$  см), во всех случаях диагноз ЭПР подтвержден и установлена радикальность оперативного вмешательства (R0). Иммуногистохимическое исследование (DAKO®, Denmark): CD10 (диффузное мембранное окрашивание цитогенной стромы, +++); PR (прогестероновые рецепторы) – интенсивное окрашивание ядер эндометриальных желез и стромальных клеток (99%, индекс Allred =8); ER $\alpha$  (эстрогеновые рецепторы) – ядерное окрашивание клеток эпителия желез и стромальных клеток (от 5 до 99%, индекс Allred от 3

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

до 7); Ki67 (MIB1) –  $3.7 \pm 1.2\%$  (от 2 до 6%). Рецидивов ЭПР в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдалось (zero).

ЭПР необходимо включать в дифференциальную диагностику опухолевидных образований в области послеоперационного рубца, особенно после КС. Ультрасонография с доплерографией, КТ и МРТ должны рассматриваться обязательными компонентами диагностического алгоритма и планирования

объема хирургического вмешательства. R0 резекция и сохранение целостности эндометриомы являются обязательными компонентами хирургического вмешательства в плане профилактики рецидивов ЭПР.

**Резюме.** Авторами представлены особенности диагностики, хирургического лечения и иммуногистохимический профиль эндометриоза передней брюшной стенки (n=23) после кесарева сечения.

Mishina A., Ghidirim G.P., Mishin I., Zaharia S., Vasiliev V.

## ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS FOLLOWING CESAREAN SECTION

The authors have presented particular diagnosis, surgical treatment and immunohistochemical

profile of the anterior abdominal wall endometriosis (n = 23) after cesarean section.

Талалаенко Ю.А., Рогозина М.М., Талалаенко А.К.

## ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ И ЭНДОЦЕРВИКСА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Донецк, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

Проведен анализ показаний и результатов гистерорезектоскопии у 878 пациенток. Из них в постменопаузальном возрасте с гиперпролиферативными заболеваниями эндометрия и эндоцервикса было 13,9%. В 36,6% из этих случаев была выполнена гистероскопическая абляция/резекция эндометрия, что предотвращает возникновение рецидива заболевания его трансформации в рак.

**Актуальность.** Гиперпролиферативные процессы эндометрия и эндоцервикса являются одной из наиболее распространенных проблем в практике акушера-гинеколога. У женщин в постменопаузе эта патология встречается с частотой от 16 до 25%. Известно, что риск злокачественной трансформации эндометрия и эндоцервикса в рак значительно повышен у данной категории пациенток, особенно при рецидиве гиперпролиферативного процесса. У женщин в постменопаузальном возрасте анамнез часто отягощен сопутствующей экстрагенитальной патологией и использование

медикаментозного гормонального лечения часто нежелательно. Кроме этого оно имеет временный характер. Вариант радикального лечения – гистерэктомии, из-за экспансивности, риска развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, психологических последствий потери органа также не всегда применим. Поэтому разработка органосберегающих методов лечения с использованием гистерорезектоскопии на сегодняшний день является актуальной.

**Цель исследования** – провести анализ показаний и результатов внутриматочной хирургии с использованием гистероскопии у пациенток в постменопаузе.

**Материал и методы исследования.** Ретроспективно анализировались показания и результаты выполнения гистерорезектоскопии у пациенток постменопаузального возраста с 2013 по 2015 г., пролеченных в ЦГКБ №6 г. Донецка. Гистероскопию выполняли в соответствии со стандартными общепринятыми

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

методиками с применением комбинированной техники вмешательства, которая включала в себя резекцию полипов эндометрия, частичную абляцию и резекцию эндометрия с помощью операционного резектоскопа с применением петлевых и шариковых электродов. В качестве расширяющей среды использовался 5% раствор глюкозы. Статистическая обработка данных проведена в пакете лицензионной программы «Медстат» с расчетом доли и доверительного интервала (ДИ) при  $p=0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Всего за анализируемый период было выполнено 878 гистероскопических операций, из них пациентки в постменопаузальном возрасте составили 13,9% ДИ (11,7–16,2%). Средний возраст пациенток составил –  $57,9 \pm 0,81$  года. Показаниями к выполнению гистероскопии явились жалобы на кровотечение или кровомазанье после установления менопаузы (одного года отсутствия менструаций), а также наличие гиперплазии или полипов эндометрия по данным трансвагинального ультразвукового исследования, полипов цервикального канала. Рецидив гиперпролиферативного процесса в анамнезе этих пациенток наблюдался в 29,5% случаев ДИ (21,3–38,3%). Гиперплазия эндометрия встречалась в 18,8% ДИ (12,0–26,6%), полипы эндометрия – в 71,4% ДИ (62,6–79,5%), субмукозная фибромиома матки – в 4,5% ДИ (1,4–9,1%), полипы цервикального канала – в 5,4% ДИ (1,9–10,3%). Сочетание различных гиперпролиферативных процессов

эндометрия и эндоцервикса наблюдалось в 33,0% случаев ДИ (24,6–42,1%). Были проведены следующие оперативные вмешательства – резекция полипов эндометрия и/или цервикального канала – 63,4% ДИ (54,2–72,1%). Резекция субмукозного фиброматозного узла – 4,5% ДИ (1,4–9,1%). Абляция и резекция эндометрия – 36,6% ДИ (27,9–45,8%). Гистероскопическая абляция и резекция эндометрия была выполнена во всех случаях гиперплазии эндометрия и в случае так называемого «рецидивирующего полипа» эндометрия. В двух случаях была диагностирована аденокарцинома эндометрия – 1,8% ДИ (0,2–5,1%). В трех случаях после выполнения резекции полипов эндометрия был зарегистрирован рецидив гиперпролиферативного процесса – 2,7% ДИ (0,5–6,5%).

**Заключение.** Гистерорезектоскопия является современным и высокоточным методом диагностики и лечения гиперпролиферативных процессов эндометрия и эндоцервикса в постменопаузальном периоде. Основными задачами диагностики является визуализация патологического процесса и клиническая интерпретация результатов гистологического исследования эндометрия, а лечения – высокоточное удаление патологического очага, что предотвращает возникновение рецидива заболевания его трансформации в рак. Абляция/резекция эндометрия с успехом может применяться как альтернативный гистерэктомии метод лечения при гиперпролиферативных процессах эндометрия и эндоцервикса.

Talalenko A.Y., Rogozin M.M., Talalenko A.K.

## HYSTEROSCOPIC SURGERY FOR HYPERPROLIFERATIVE PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM AND THE ENDOCERVIX IN POSTMENOPAUSE

Donetsk, Donetsk national medical University. M. Gorky.

The analysis of indications and results hysteroresectoscopy from 878 patients. Of them in the postmenopausal age with hyperproliferative diseases of the endometrium and the endocervix was 13.9 per cent. At 36.6% of these cases was performed hysteroscopic ablation/resection of the endometrium, which prevents the occurrence of disease recurrence its transformation into cancer.



Поротикова И.Е., Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Демуря Т.А., Козаченко И.Ф.

## МИОМЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ФУЗ-МРТ АБЛАЦИИ

Россия, г. Москва, ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России

**Актуальность:** миома матки является вторым по частоте заболеванием среди женщин репродуктивного возраста. Традиционным методом ее лечения (при наличии показаний) у таких пациенток является хирургический – миомэктомия. Однако известны альтернативные методы лечения миомы матки, ведущее место среди которых занимает ЭМА и ФУЗ-МРТ абляция миомы, однако, остается открытым вопрос о показаниях к использованию этих методов у женщин, желающих сохранить или восстановить репродуктивную функцию.

**Цель:** оценка характера изменений органов репродуктивной системы у женщин после ранее перенесенной неэффективной ЭМА, ФУЗ-МРТ абляции и миомэктомии на основании интраоперационных наблюдений.

**Материал и методы:** 110 женщин с наличием в анамнезе неэффективного лечения миомы матки с помощью ЭМА и ФУЗ-МРТ абляции и миомэктомии. Указанным пациенткам нами была проведена миомэктомия. I группу составили 32 пациентки с наличием в анамнезе неэффективной ЭМА, II группу – 26 пациенток с наличием в анамнезе неэффективной

ФУЗ-МРТ абляции миомы и III группу – 52 пациентки с рецидивом миомы матки, ранее перенесшие миомэктомию. В исследование были включены пациентки с неэффективным лечением миомы матки, проведенном на базах различных лечебных учреждений Российской Федерации, в период не более чем за 5 лет до повторной операции.

**Результаты:** в группе I отмечались трудности при вылушивании миоматозных узлов в связи с наличием конгломератов у 13 (40,6%) пациенток, отсутствием четких границ миомы у 23 (71,9%), явлением некроза – у 20 (62,5%), явлениями отека у 15 (46,9%) и наличием дегенеративных изменений – у 29 (90,6%),  $p < 0,05$ . В группе II конгломераты узлов были выявлены у 7 (26,9%), отсутствие четких границ миомы – у 5 (19,2%), явления отека – у 8 (30,8%), явления некроза – у 9 (34,6%), дегенеративные изменения миоматозных узлов – у 13 (50%).

**Выводы:** необходимо продолжить исследование для поиска новых критериев применения альтернативных методов лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста, страдающих бесплодием.

Porotikova I.E., Gavrilova T.Y., Adamyan L.V., Demura T.A., Kozachenko I.F.

## MYOMECTOMY IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA AFTER PREVIOUSLY UNDERGOING INEFFECTIVE UAE AND MRGFUS ABLATION

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Objective:** to estimate the character of the changes of the reproductive system in women after previously undergoing ineffective EMA, MRgFUS ablation and myomectomy on the basis of intraoperative observations.

**Methods:** 110 women with a history of ineffective treatment of uterine fibroids with using

of UAE, MRgFUS ablation and myomectomy. All of patients performed myomectomy. Group I include 32 patients with a history of UAE, II group – 26 patients with a history of MRgFUS ablation of fibroids and III group – 52 patients previously undergone myomectomy.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Results:** In Group I, noted difficulties in husking fibroids due to the presence of conglomerates in 13 (40.6%) patients, the absence of clear borders fibroids of fibroids in 23 (71.9%), necrosis phenomenon – in 20 (62.5%), edema events in 15 (46.9%) and the presence of degenerative changes – in 29 (90,6%),  $p < 0,05$ . In Group II conglomerate were identified in 7 (26.9%), the

absence of clear borders of fibroids – in 5 (19.2%), edema – in 8 (30.8%), the necrosis – in 9 (34, 6%), degenerative changes of myoma – in 13 (50%).

**Conclusion:** we need to continue research to find new criteria for the use of alternative treatments for uterine fibroids in women of reproductive age suffer from infertility.

Черкасова А.Л., Максимова Т.А., Джигладзе Т.А., Зуев В.М., Брюнин Д.В., Ищенко А.И.

## ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ – ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологии №1, Россия, г. Москва

41 женщине с внутриматочными синехиями и бесплодием проводилось комплексное лечение, включающее гистероскопию, лазерную деструкцию внутриматочных сращений, введение в полость матки антиадгезивного препарата, противовоспалительную, ангиопротекторную терапию. Беременность наступила у 10 женщин.

**Ключевые слова:** внутриматочные синехии, бесплодие, противоспаечный гель.

Среди всех причин женского бесплодия 40% случаев составляет маточная форма, причинами которой могут стать миома матки (субмукозная), полипы эндометрия, полипы эндоцервикса, аномалии развития матки, внутриматочные синехии, гиперплазия эндометрия, хронический эндометрит, нарушение рецептивности эндометрия и др. Одной из часто встречающихся причин бесплодия являются внутриматочные синехии, которые приводят к нарушению анатомофункционального состояния матки, нарушению рецептивности эндометрия, нарушению процесса имплантации.

**Целью исследования** явилась оптимизация методов лечения и профилактики рецидивов внутриматочных синехий у пациенток с маточной формой бесплодия.

За 2015–2016 гг пролечена 41 женщина в возрасте от 23–45 лет, с внутриматочными синехиями. Лечение проводилось с помощью минигистероскопа KARL STORZ с каналом для операционных инструментов диаметром 1,8 мм

(5 Fr), который позволял применять лазерные кварцевые световоды для деструкции фиброзной ткани. Под внутривенной анестезией, без расширения цервикального канала, производилась лазерная деструкция внутриматочных сращений, с формированием полости матки. Под контролем УЗ исследования пациенткам в полость матки вводился противоспаечный гель, в состав которого входит: гиалуроновая кислота, карбоксиметилцеллюлоза и альгинат натрия. В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилось комплексное лечение, включающее гормональную, противовоспалительную и ангиопротекторную терапии. При наличии признаков хронического эндометрита проводилась антибактериальная терапия, физиотерапия, лазерная терапия.

Спустя 3 месяца после операции, контрольная офисная гистероскопия была произведена у 22 пациенток. Рецидив выявлен у 2 пациенток с полной облитерацией полости, им была произведена повторная операция. До настоящего времени беременность наступила у 10 пациенток.

Таким образом, разработанный комплексный метод лечения внутриматочных синехий, включающий лазерохирургические оперативные вмешательства, введение антиадгезивных препаратов, проведение противовоспалительной терапии, является высокоэффективным и способствует наступлению беременности у женщин с маточной формой бесплодия.



**Cherkasova A.L., Maximova T.A., Djhibladze T.A., Zuev V.M., Bryunin D.V., Ishchenko A.I.**

## INTRAUTERINE ADHESIONS – TREATMENT AND PREVENTION OF RELAPSE

I Moscow medical University, Department of obstetrics and gynecology

41 women with intrauterine adhesions and infertility was a complex treatment including hysteroscopy, laser destruction of intrauterine adhesions, the introduction into the uterus of anti-adhesive medication, anti-inflammatory and

angioprotective therapy. Pregnancy occurred in 10 women.

**Key words:** intrauterine adhesions, infertility, anti-adhesive gel.

**1 Жатканбаева Г.Ж., 1 Иманбаева Ж.А., 1 Сансызбаева Р.Ж., 2 Жундыбай С.Б., 2 Жундыбай А.Б.**

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ

1 Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,  
2 Казахстанско-Российский медицинский университет г. Алматы, Казахстан

Достижения современной медицины идут вперед и открываются новые возможности в лечении пациенток с миомой матки. До недавнего времени одним из доступов при проведении гистерэктомии была лапаротомия. Впервые имеются описания проведения экстирпации матки лапароскопическим доступом с 1989 года. В различных регионах Казахстана, благодаря проведению международных мастер-классов с участием профессоров ближнего и дальнего зарубежья (профессор Штыров С.В., Бочорошвили Р.Г.) лапароскопическая гистерэктомия прочно заняла свое место в проведении гинекологических операций малоинвазивным доступом. При лапароскопическом доступе (ЛД) сокращаются сроки пребывания пациента на больничной койке, меньшая травматичность, небольшая кровопотеря и ранний восстановительный период – вот те критерии преимущества данного метода.

**Цель исследования:** оценить эффективность ЛД в сравнении с традиционной лапаротомией при проведении тотальной гистерэктомии.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы и оперированы 65 пациенток с миомой матки в отделении экстренной гинекологии ГКБ №7. Первая контрольная

группа (35 пациенток) оперирована ЛД и вторая сравнительная группа (30) оперирована путем лапаротомии. У всех пациентов давность заболевания составила не более 5 лет, диагноз миомы матки верифицирован и определены показания к оперативному лечению. Возраст пациенток был сопоставим (46–63 года), средний возраст составил  $52,3 \pm 1,2$  года. Анализ менструальной функции показал, что раннее менархе наблюдалось у 46,1% (30) и позднее менархе у 36,9% (24). Жалобы обеих групп пациенток в 75–80 % случаях на нарушение менструальной функции в репродуктивном возрасте, диффузная форма мастопатии у 37,1% (13) и 36,6% (11), ранняя менопауза у 5,7% (2) и 6,6% (2), поздняя менопауза у 51,4% (18) и 53,3% (16), соответственно в обеих группах.

При проведении лапароскопической гистерэктомии (ЛГ) показаниями явились: миома матки не больше 12–13 недель беременности, отсутствие соматической патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ИБС и др.), отсутствие полного пролапса гениталий, доброкачественные новообразования яичников. Показаниями к проведению лапаротомии служило: большой размер миомы более 15 недель беременности, ранее перенесенные

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

оперативные вмешательства на брюшной полости и органах малого таза (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, операции на придатках матки и др.). Длительность ЛГ на начальном этапе составила от 80–180 минут, по мере отработки различных этапов операции на виртуальном тренажере LapSim (Швеция) отмечалось снижение операционного времени до 70–110 минут. При лапаротомии, с учетом технических трудностей (перенесенные ранее лапаротомии, оперативные вмешательства на матке и придатках) время, затраченное на операцию составило 85–120 минут. Длительность пребывания в стационаре до 4–6 суток после ЛГ и 6–8 суток после абдоминальной гистерэктомии.

Малые послеоперационные осложнения (перикюльтит, инфильтрат параметрия, субфебрильная температура, кровотечение из культи влагалища) встречались в 5,7% (2) при ЛГ. При проведении абдоминальной гистерэктомии эти осложнения у 10,0% (3) и были связаны с выраженным спаечным процессом в брюшной полости.

**Выводы:** Лапароскопическая гистерэктомия является методом выбора и эффективность данного оперативного доступа очевидна в плане развития ранних послеоперационных осложнений, быстрого восстановительного периода и ранней реабилитации для улучшения качества жизни пациенток.

1 Zhatkanbayeva G.Zh., 1 Imanbayeva Zh.A., 1 Sansyrbayeva R.Zh.,  
2 Zhundibay S.B., 2 Zhundibay A.B.

## THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT FOR UTERINE FIBROIDS WITHIN DIFFERENT APPROACHES

1 Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov,  
2 Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

This work is devoted to comparative effectiveness of surgical treatment for uterine fibroids within different approaches. The laparoscopic hysterectomy is the method of choice. The effectiveness of the surgical approach is evident in

terms of the development of early postoperative complications, fast recovery period and the early rehabilitation for improving the quality of life of patients.

Лукач А.А., Полянин Д.В., Тихая Е.Н., Клепиков Ю.В.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ SILS-ПОРТ

Россия, г. Екатеринбург, ГБОУ ВПО УГМУ МЗ, МАУ ГКБ № 40

На базе МАУ ГКБ № 40 нами было проведено 13 гистерэктомий у пациенток с лейомиомой матки методом SILS-порта. В результате было выявлено, что однопортовая хирургия имеет ряд преимуществ: прекрасный косметический эффект, минимальный болевой синдром в послеоперационном периоде, улучшение качества жизни. Продолжительность операции была сопоставима со стандартной лапароскопией.

**Ключевые слова:** однопортовая хирургия, лейомиома матки, ампутация матки, косметический эффект.

Основными задачами современных хирургических технологий является снижение травматичности операционного доступа, увеличение безопасности операции, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, достижение оптимального косметического результата, ранняя реабилитация больных.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Хирургия одного прокола – это более щадящий вариант лапароскопической операции, при котором все троакары и инструменты устанавливаются через один прокол в области пупка, при этом в брюшной полости и, в частности, в полости малого таза имеется возможность выполнить практически любой объём хирургического вмешательства, включая гистерэктомию. Доступ из одного прокола делает возможным проведение операций на смежных органах.

Нами проведен анализ использования технологии SILS и традиционной трёхтроакарной лапароскопии в гинекологической практике. Операции выполнялись в гинекологической операционной общего операционного блока больницы. Используется лапароскоп компании Karl Storz.

В брюшную полость вводят SILS-порт, через него вводится лапароскоп и манипуляционные инструменты. Введение порта под контролем зрения снижает риск осложнений связанных с введением первого троакара при обычной лапароскопии. Инсуфляция газа осуществляется через дополнительный троакар в SILS-порту. В полость матки вводится маточный манипулятор Клермон-Ферран. Последующие стандартные этапы ампутации матки производятся с помощью гибких и изгибаемых инструментов с функцией коагуляция-резанье (Covidien, Швейцария). Отсечение тела матки от шейки осуществляется с помощью монополярной петли компании Karl Storz. После отсечения матки и проведения гемостаза матка берется зубчатым зажимом, SILS-порт извлекается из брюшной полости, и матка подводится к ране с помощью зажима. Далее матка берется на пулевые щипцы, и производится наружная морцеляция матки методом кускования (кускование производится скальпелем).

Нами было прооперировано 160 пациенток по новой методике однопортовой хирургии. Структура операций: энуклеация кисты яичника – 57 (35,6%), сальпингоэктомию – 34 (21,2%), аднексэктомия – 16 (10,0%), ампутация

матки без придатков – 13 (8,1%), сальпингооариолизис – 17 (10,6%), добровольная хирургическая стерилизация – 8 (5,0%), термокаутеризация яичников – 10 (6,3%), миомэктомия – 5 (3,2%).

Для сравнения по принципу «случай-контроль» выбрано 13 пациенток, у которых использована технология SILS и выполнена ампутация матки без придатков, с 12 пациентками с аналогичной патологией и анамнезом, которым проведена ампутация матки без придатков традиционным лапароскопическим доступом.

Анализу подверглись следующие параметры: продолжительность операции, величина кровопотери, использование в послеоперационном периоде наркотических и ненаркотических анальгетиков, оценка пациенткой болевого синдрома и косметического эффекта по визуально-аналоговой 10-балльной шкале (ВАШ), оценка врачом болевого синдрома при пальпации живота, оценка состояния кожных швов. Перечисленные параметры оценивались на 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода и через 1 месяц.

Проведенный анализ показал, что методика выполнения операций на органах малого таза при доступе через один порт не имеет принципиальных отличий от трех-троакарной лапароскопии, но требует соответствующей подготовки хирурга. Применение наружной морцеляции матки более экономично, так как не требует дополнительных инструментов, менее продолжительна и уменьшает возможность рассеивания атипичных клеток (если они не были обнаружены до операции). Болевой синдром в 1–3 сутки послеоперационного периода при использовании технологии SILS выражен достоверно меньше, чем при традиционном доступе. Заживление раны при однопортовом доступе не отличается от традиционной лапароскопии, однако косметический эффект приносит пациенткам большее удовлетворение.

**Lukács A.A., Polyanin D.V. Pacific E.N., Klepikov V.Yu.**

## LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY USING SILS PORT

Russia, Ekaterinburg, GOU VPO ugma the MOH, MAU GKB № 40

Based on the City Clinical Hospital, № 40 thirteen hysterectomies were performed in patients

with uterine leiomyoma by SILS. As a result, it was found that the operation of the port has



a number of advantages: excellent cosmetic effect, and improve quality of life, minimal pain in the postoperative period, the duration of the operation is comparable with standard laparoscopy.

**Keywords:** single port surgery, uterine leiomyoma, uterine amputation, cosmetic effect.

Абдуллаева Г.Ш. , Мазитова М.И., Антропова Е.Ю.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ИЗОПНЕВМАТИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ

Россия, г. Казань, Казанская государственная медицинская академия ГАУЗ ГKB №7

Несмотря на улучшение качества оптических и лапароскопических инструментов лапароскопическая хирургия имеет несколько потенциальных ограничений.

Сообщаем о хирургическом лечении придатков матки, которые были проведены единым лапароскопическим доступом в изопневматическом режиме.

В последнее десятилетие лапароскопия стала одним из самых значимых событий в хирургии. В современной гинекологии лапароскопия – это эндохирургический метод диагностики и лечения заболеваний органов малого таза. Снижение травматичности доступа и минимизация операционной травмы, сокращение сроков пребывания в стационаре, повышение качества жизни больных после операций и хороший косметический эффект способствуют тому, что лапароскопия становится приоритетным направлением в развитии современной хирургии. Для создания интраоперационного объема при эндовидеохирургии используется углекислый газ, который всасывается брюшиной и может воздействовать на жизненные функции организма. В связи с этим понятен интерес к безгазовой лапароскопии, при которой эндохирургическое пространство в брюшной полости создается с помощью специальных приспособлений — эндолифтов, при этом брюшная стенка приподнимается механически, без создания пневмоперитонеума.

Целью исследования явилось сравнение послеоперационного болевого синдрома у пациенток после различных эндоскопических методик лечения гинекологических заболеваний.

Проведен анализ хирургического лечения 40 пациенток с гинекологической патологией. Пациентки были распределены на 2 группы. В первой группе пациенткам проведена лапароскопия трансумбиликальным доступом в изопневматическом режиме (n=20), в другой – выполнена классическая лапароскопия традиционным доступом (n=20). Достоверных отличий по возрасту, наличию соматических заболеваний, репродуктивному статусу между группами не выявлено. У всех пациенток в анамнезе отсутствовали оперативные вмешательства в брюшной полости. Исследование включало в себя оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) через 2, 6, 24 часов после операции. Все больные в послеоперационном периоде получали ненаркотические анальгетики.

**Результаты исследования** показали, что в первой группе пациенток, прооперированных единым доступом без использования углекислого газа была отмечена меньшая выраженность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ. Через 2 часа после операции в первой группе оценка по ВАШ составила 3.0 балла, во второй группе –  $6.4 \pm 0.2$ ; через 6 часов –  $0.4 \pm 0.2$  и  $4.4 \pm 0.2$  соответственно; через 24 часа – 0 и  $2.6 \pm 0.2$  соответственно.

Продолжительность послеоперационного стационарного пребывания пациенток, прооперированных традиционной лапароскопией составила  $5,8 \pm 0,1$  койко-дней, а пациенток прооперированных единым доступом в изопневматическом режиме – 1,0 койко-день. Таким образом, однопортовая безгазовая лапароскопия позволила уменьшить ранний послеоперационный болевой синдром и сократить время



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

послеоперационного пребывания пациенток в стационаре.

**Abdullaeva Sh.G., Mazitova M.I., Antropova E.Yu.**

## THE BENEFITS OF THE SINGLE LAPAROSCOPIC ACCESS IN ISOPNEUMATIC MODE

Russia, Kazan, Kazan state medical Academy

Despite the improvement in the quality of optical and laparoscopic instruments laparoscopic surgery has several potential limitations.

Informs about the surgical treatment of the uterus appendages, which were held in a single-site gasless laparoscopy.

**Байдо С.В., Винницкая А.Б., Голуб Д.А.**

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ – ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ И АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

«LISOD – Лікарня ізраїльської онкології», Киев, Украина

В тезисе отражен опыт авторов в области лапароскопической радикальной гистерэктомии с тазовой лимфодиссекцией у пациенток с раком шейки матки. Проанализированы осложнения и ближайшие послеоперационные результаты первых 110 операций.

В современной онкогинекологии «золотым стандартом» при начальных формах рака шейки матки является операция Вертгейма. Применение лапароскопического доступа при выполнении данной операции позволяет без ущерба принципам онкологического радикализма добиться улучшения ближайших послеоперационных результатов. В работе представлен опыт выполнения лапароскопической радикальной гистерэктомии, проведен анализ послеоперационных осложнений.

За период с февраля 2010 по март 2016 г. в клинике выполнено 345 радикальных лапароскопических операций по поводу злокачественных опухолей матки и яичников. Из них 110 лапароскопических радикальных гистерэктомий (ЛРГ) с тазовой и парааортальной лимфодиссекцией по поводу опухолей шейки матки. Распределение по стадии заболевания согласно классификации FIGO

было следующим: IA стадия – 18 (16,4%), IB – 74 (67,3%), II – 16 (14,5%), IIIA – 2 (1,8%). У 39-ти пациенток молодого возраста (21–42 лет), у которых диагностирован рак шейки матки стадии T1 при отсутствии патологии яичников, выполнена ЛРГ с сохранением и транспозицией яичников. Парааортальная лимфодиссекция до уровня почечных сосудов выполнена у 22 (20%). У 9 пациенток выполнены simultaneous операции (холецистэктомия, пластика грыжи). Операции выполнялись с помощью стандартного лапароскопического оборудования и инструментов. Лимфодиссекцию осуществляли при помощи ультразвуковых ножниц и биполяра. С 2011 года мы используем разработанный в клинике маточный манипулятор с обжимным вагинальным фиксатором, который позволяет изолировать пораженную шейку во время операции и при извлечении препарата.

Средний возраст пациенток составил 45,7 лет (26–74). Средняя длительность операции равнялась 142,4 (85–415) мин. Наблюдается тенденция к уменьшению времени операции с накоплением опыта, так среднее время первых десяти операций – 234 мин, последних

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

десяти – 132 мин. Кровопотеря во время операции составила 54 (30–150) мл. Среднее количество удаленных лимфоузлов – 19,3 (6–40). Гистологический тип опухоли: плоскоклеточная карцинома – 94 (85,5%), аденокарцинома – 16 (14,5%). Послеоперационный койко-день – 4,6 (2–12) дней. Ближайшие послеоперационные осложнения зарегистрированы у 24 пациентов (21,8%), из них: интраоперационные – 5 (4,5%), послеоперационные – 19 (17,3%). Среди интраоперационных осложнений были: ранение а. epigastrica – 1, ранение прямой кишки – 1, ранение мочевого пузыря – 3, ликвидированные ушиванием с использованием интракорпоральной техники, без отдаленных последствий. Распределение послеоперационных осложнений по тяжести (Clavien-Dindo, 2004): I–IIIA ст – 16 (14,5%), IIIB–IVст – 3 (2,7%). Осложнения со стороны мочевых путей – 5 (4,5%), из них: некроз дистальной трети мочеочника – 1 (выполнена лапароскопическая

уретеронеоцистостомия с удовлетворительным непосредственным и отдаленным результатом); стриктура мочеточника – 1, везиковагинальный свищ – 3. Из отдаленных осложнений следует отметить два разрыва культи влагалища с выпадением петли кишки через 1,5 и 5 месяцев после операции.

Таким образом лапароскопическая радикальная гистерэктомия при раке шейки матки в сравнении с открытой обладает следующими преимуществами: лучшие возможности визуализации объекта операции в ограниченных пространствах малого таза, низкая величина интраоперационной кровопотери, низкая потребность в обезболивании, более раннее восстановление и как следствие уменьшение длительности пребывания в стационаре. Высокий уровень осложнений со стороны мочевыводящей системы коррелирует со стадией заболевания и необходимостью радикальной диссекции параметрия.

**Baydo S.V., Vinnytska A.B., Golub D.A.**

## LAPAROSCOPIC RADICAL HYSTERECTOMY FOR CERVICAL CANCER – OUR TECHNIQUE AND ANALYSIS OF COMPLICATIONS

LISOD – Israeli Oncological Hospital, Kiev, Ukraine

This work represents our experience in performing totally laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphodissection in patients with

cervical cancer. The analysis of morbidity and short postoperative results of the first 110 operations was conduct.

**Савельева Я.С., Ищенко А.И., Сеницын В.Е., Жуманова Е.Н., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Чунаева Е.А., Денисов А.В.**

## ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА МЕТОДОМ ФУЗ-АБЛАЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ МРТ

Россия, г. Москва, ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России.

**Резюме:** новым направлением в органосохраняющем лечении аденомиоза является применение метода ФУЗ-аблации под контролем МРТ. Этот метод давно и успешно применяется в лечении миомы матки. Улучшение

качества жизни пациенток после проведения процедуры ФУЗ-аблации, а также возможность сохранения репродуктивной функции позволяет рекомендовать данную процедуру как метод выбора в лечении аденомиоза.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

На сегодняшний день актуальность поиска методов органосохраняющего лечения и профилактики аденомиоза связана с существенным уменьшением среднего возраста начала заболевания, а также появлением в последние годы доказательств о взаимосвязи этого заболевания с первичным и вторичным бесплодием. Несмотря на достижения последних лет в лечении аденомиоза, он по-прежнему занимает третье место в структуре гинекологической заболеваемости. Особенности трудности возникают в лечении диффузной формы. Поэтому на базе ФГАУ ЛРЦ было проведено исследование целью которого являлась оценка эффективности метода ФУЗ-абляции в органосохраняющем лечении аденомиоза. Было обследовано и пролечено 50 пациенток. Критериями отбора являлись: доменопаузальный возраст (25–45 лет), симптоматическое проявление аденомиоза, подтвержденный диагноз по данным МРТ и УЗИ, техническая возможность следовать протоколу выполнения процедуры. Методика ФУЗ-абляции выполняется с помощью интегрированной лечебно-диагностической системы, объединяющей в себя: МР-томограф (General Electric Medical Systems, США) и систему для дистанционной абляции опухолей фокусированным ультразвуком (InSightec Ltd., Израиль). Контроль лечения осуществляется путем проведения контрольного УЗИ через 1 месяц после лечения, МРТ

малога таза с контрастированием через 3,6,12 месяцев. Оценка симптоматики заболевания и качества жизни осуществляется путем анкетирования. По данным методов визуализации через 3 месяца после лечения у большинства пациенток (85%) отмечалась положительная динамика: уменьшение размеров тела матки и, соответственно, ее объема (в среднем, на 30%), а также ширины «переходной» зоны. В 53% случаев отмечено накопление контраста в пролеченной зоне – как следствие восстановления кровоснабжения в ней. При контрольном исследовании через 12 месяцев в большинстве случаев размеры тела матки и его объем вернулись к исходным значениям. Эффективность проведенной терапии оценивалась по нескольким критериям. Более чем в 83% случаев пациентки отмечали улучшение качества жизни. Альгодисменорея присутствовала лишь у 8% при контрольном опросе через 1 год. Менометроррагия регрессировала в 73%, уменьшение объема менструаций отметили 91%. На основании полученных данных можно сделать вывод, что одним из методов выбора при органосохраняющем лечении аденомиоза у женщин детородного возраста может стать ФУЗ-абляция под контролем МРТ, являясь малоинвазивным, нетравматичным, не требующим госпитализации методом лечения.

Savelieva I.S., Ishchenko A.I., Sinitsyn V.E., Jumanova E.N., Ishchenko A.A.  
Gorbenko O.Yu., Chunayev E.A., Denisov A.V.

## THE POSSIBILITY OF ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF ADENOMYOSIS METHOD FUS-ABLATION UNDER MRI CONTROL

Russia, Moscow, FGAU «Medical rehabilitation center» of MoH of Russia.

**Abstract:** new revolution in the treatment of adenomyosis is the use of MRgFUS has been used successfully in the treatment of fibroma uteri for years. Improving the quality of life of patients after the procedure MRgFUS, and the ability to preserve reproductive function allows you to recommend the procedure as a method of choice in the treatment of adenomyosis.

**Рубина Е.В., Давыдов А.И., Пашков В.М.**

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Проведен анализ 38 гистерорезектоскопических операций у пациенток с морфологически подтвержденной шейечной беременностью. Спустя 30 дней после операции у всех пациенток восстановилась анатомия шейки матки. За 15-летний период наблюдения беременность наступила у 14 из 22 пациенток, доступных для анкетирования (63,6%). У 8 (36,6%) из них она закончилась срочными родами, у 2 (9,1%) – преждевременными родами, у 4 (18,2%) – самопроизвольным прерыванием беременности в 1 триместре.

**Цель** – изучить отдаленные результаты электрохирургической гистерорезектоскопии у 38 больных с шейечной беременностью, на основании которых внести коррективы в тактику их послеоперационного лечения.

Комплекс дополнительных диагностических мероприятий составили: 2D и 3D трансвагинальное ультразвуковое сканирование, включая энергетический доплер, определение уровня в-ХГЧ в сыворотке крови, гистологическое исследование тканей, удаленных во время операции. Методика оперативной гистероскопии при шейечной беременности: инструмент вводится в шейечный канал без предварительного расширения последнего, а поступление эндоскопа сопровождается постоянной подачей ирригируемого раствора-диэлектрика – мягкая гидродилатация. «Холодной» петлей резектоскопа производится иссечение тканей плодного яйца до полного удаления его «свободных» фрагментов. После максимального освобождения шейечного канала выполняется деструкция эктопического хориона с помощью электрода-шара в режимах «резка+коагуляция», а также чистая «коагуляция».

Длительность операции варьировала от 15 до 25 мин, составив в среднем 22,2±4,4 мин. Все пациентки выписаны домой не позднее третьих суток. Клинический эффект гистерорезектоскопии оценивали через 2, 30 и 90 дней после операции, а также в отдаленном периоде – спустя 1–15 лет. Основными критериями

эффективности эндохирургического лечения являлись: снижение уровня  $\beta$ -ХГЧ в 2 и более раза спустя 36 часов после операции; уменьшение размеров шейки матки, как по данным объективного исследования, так и ультразвукового сканирования; восстановление менструального цикла. Главным постулатом эффективности лечения в отдаленном периоде считали наступление маточной беременности и ее вынашивание.

Анализ результатов эндохирургического лечения больных шейечной беременностью показал полное отсутствие наблюдений персистенции внематочной беременности. Соответственно у всех пациенток регистрировали значимое снижение уровней  $\beta$ -ХГЧ в послеоперационном периоде. Следует также отметить отсутствие интраоперационных осложнений в виде кровотечения из шейки матки, перфорации матки и др. Справедливо подчеркнуть, что к указанному периоду у нас имелся определенный опыт гистерорезектоскопических операций (абляция эндометрия, трансцервикальная миомэктомия, рассечение внутриматочной перегородки, внутриматочных сращений и др.).

Также необходимо указать, что при сравнительно больших сроках гестации и бочкообразной шейке матки для уменьшения интенсивности кровотечения из хориальной площадки мы прибегали к перевязке нисходящих ветвей маточных артерий (44%/).

Спустя 30 дней после операции у всех пациенток восстановилась анатомия шейки матки, а к 46 суткам (максимальный срок) – наступила менструация. Всем пациенткам была рекомендована контрацепция с использованием комбинированных эстроген-гестагенных средств в течение 6 мес.

За 15-летний период наблюдения беременность наступила у 14 из 22 пациенток, доступных для анкетирования (63,6%). У 8 (36,6%) из них она закончилась срочными родами, у 2 (9,1%) – преждевременными родами, у 4

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

(18,2%) – самопроизвольным прерыванием беременности в 1 триместре.

Ретроспективный анализ результатов исследования позволил разработать условия к этой операции: срок гестации не превышает 6-7 недель; беременность прогрессирует и/или отсутствует активное кровотечение из шейки матки; по данным трансвагинальной эхографии, включая цветное доплеровское

картирование с использованием энергетического доплера, инвазия трофобласта не выходит за пределы шейки матки.

Необходимо дополнить, что изолированная перевязка нисходящих ветвей маточных артерий не способна остановить кровотечение из «беременной» шейки матки и должна использоваться лишь в качестве дополняющего метода гемостаза.

**Rubina E.V., Davydov A.I., Pashkov V.M.**

## LONG-TERM OUTCOMES OF OPERATIVE HYSTEROSCOPY AT CERVICAL PREGNANCY

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

We analysed 38 hysteroresectoscopic interventions in patients with morphologically confirmed cervical pregnancy. Within 30 days after surgery, the anatomy of the cervix restored in all patients, and by the 46th day (maximal term) menstruation occurred. During the 15-year period

of observation, pregnancy occurred in 14 of 22 patients accessible for questioning (63.6%). In 8 (36.6%) of them it ended with term labour, in 2 (9.1%) – with preterm labour, in 4 (18.2%) – with spontaneous miscarriage in the 1st trimester.

**Таирова М.Б., Давыдов А.И., Пашков В.М.**

## ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОМАМИ ПОСЛЕ АСПИРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Цель** – оценить овариальный резерв у женщин с эндометриомами (эндометриоидными кистами) яичников после аспирационной терапии.

Обследованы 30 больных репродуктивного возраста (18–28 лет) с эндометриоидными кистами яичников. Учитывая отсутствие в анамнезе родов (в 10 наблюдениях имело место первичное бесплодие, в 7 – вторичное; в 13 – беременности закончилась самопроизвольным прерыванием в сроки 3–7 недель гестации, причем у 4 женщин – после экстракорпорального оплодотворения), главной задачей лечения считали проведение лечения с минимальным повреждающим воздействием на ткани яичников. Для этих целей использовали так называемое аспирационное

вмешательство: под контролем трансвагинальной эхографии патологическое образование пунктировали, содержимое аспирировали, полость кисты промывали многократно раствором антисептиков до получения прозрачной жидкости. На заключительном этапе в просвет новообразования яичников вводили 70% раствор этанола с целью склерозирования его капсулы. Спустя 3 месяца после операции проводили комплексную оценку фолликулярного запаса, включающую: объем яичников, количество антральных фолликулов, насыщенность внутрияичникового кровотока (энергетический доплер), биохимические маркеры (ФСГ, антимюллеров гормон (АМГ), ингибин В). Группу сравнения составили 36 пациенток, которым выполнена «традиционная» цистэктомия.

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

Результаты многокомпонентного исследования состояния оперированных яичников обнаружили достоверное снижение объема яичников, а также числа антральных фолликулов в оперированных яичниках у женщин после цистэктомии (3,5+1,3 против 6,4+1,1 в основной группе пациенток). Подобная закономерность отмечена и при оценке биохимических показателей: средние концентрации АМГ составили 0,9+0,04 и 1,7+0,1 нг/мл; ингибина В – 34,4+2,7 и 49,8+2,1 пг/мл соответственно.

Возможность аспирационной терапии эндометриоидных кист яичников обсуждается на протяжении многих лет. Проведенные нами исследования по данной проблеме убеждают, что ведущее значение в комплексном лечении этих кист принадлежит их хирургической коррекции (удаление и/или деструкция эндометриоидной ткани). Тем не менее, в определенных клинических ситуациях «ультразвуковая мини-хирургия» может быть использована для лечения эндометриоза яичников. На наш взгляд, таковыми следует считать:

- 1) рецидив эндометриоидной кисты после многократного хирургического вмешательства;
- 2) эндометриоидная киста единственного яичника;

3) высокий риск осложнений абдоминального хирургического вмешательства.

Среди перечисленных показаний к аспирационной терапии эндометриоидных кист яичника необходимо выделить наблюдения рецидива этих кист после многократного хирургического вмешательства. Проведенные нами исследования подтверждают неоднородность подходов к выбору метода лечения больных с эндометриоидными кистами яичников. Особенно это касается женщин с бесплодием, так как нередко хирургическое лечение эндометриоза у таких пациенток только усугубляет проблему фертильности. Поэтому хирургические принципы у больных с эндометриоидными кистами яичников должны быть основаны на максимально бережном отношении к яичникам.

#### **Резюме**

Обследованы 30 больных репродуктивного возраста с эндометриоидными кистами яичников после аспирационной терапии. Установлено, что в определенных ситуациях данный метод может быть использован для лечения эндометриоза яичников – рецидив эндометриом, эндометриома единственного яичника, высокий риск осложнений абдоминального хирургического вмешательства.

**Tairova M.B., Davydov A.I., Pashkov V.M.**

## **OVARIAN A RESERVE IN WOMEN WITH ENDOMETRIOMAS AFTER ASPIRATION TREATMENT**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

It is studied ovarian a reserve at 30 patients with endometrioid cysts of ovaries after aspiration treatment. In certain situations the given method can be used for treatment endometriomas ovaries – relapse, endometrioma a unique ovary, high risk of complications of abdominal operations.



Варданян В.Г., Хачатрян А.К., Хорошун Н.Д.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

ФГБУ НЦ АГ и П им Кулакова В.И. Минздрава РФ  
Городская клиническая больница № 79 г. Москвы.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения гинекологических больных с внематочной беременностью с помощью интраоперационной лапароскопической эхографии.

**Материал и методы исследования:** проведено обследование 68 пациенток с подозрением на внематочную беременность. Наиболее характерные симптомы для внематочной беременности – нарушение менструального цикла, кровянистые выделения из половых путей, боль в нижних отделах живота различной интенсивности, наблюдали в 38 (55,8%) случаев. При этом нарушение менструального цикла отмечено у 67 (98,5%) пациенток; в момент поступления только у 1 больной (1,5%) менструальный цикл не был нарушен. Жалобы на боль в нижних отделах живота различной интенсивности и продолжительности в течение 1–21 дня (в среднем  $5,7 \pm 0,8$  дня) констатированы в 80,1% случаев.

У 36 (52,9%) пациенток на фоне задержки менструации нам удалось подтвердить наличие внематочной беременности при первой ТВЭ, у 15 (22%) – при второй и у 8 (12%) – при многократном исследовании. При этом ультразвуковой мониторинг осуществляли с одновременным качественным и количественным определением ХГЧ с интервалом в 2–5 дней. При нарушении менструальной функции (кровянистые выделения из половых путей), которые продолжались от 1 до 46 дней (в среднем,  $14 \pm 1,5$  дня), что наблюдали у 67 (98,5%) больных, эти 2 исследования были обязательными. У 45 (66,1%) пациенток наряду с интраоперационной ТВЭ и ТРЭ использовали ЛЭ. У 22 (32,3%) интраоперационную эхографию применяли для определения местоположения плодного яйца путем непосредственного контакта лапароскопического манипулятора с маточной трубой. У 12 (17,6%) пациенток при данной манипуляции плодное яйцо не изменяло рельеф маточной трубы (размер плодного яйца составлял менее 1,2 см),

а маточная труба была расширена в нескольких местах из-за гематосальпинкса и отечности. У 25 пациенток во время туботомии ЛЭ была использована для подтверждения полного удаления плодного яйца. При повторной лапароскопии у 2 больных через 20 и 25 дней в связи с повышением уровня содержания ХГЧ в крови в процессе динамического наблюдения и обнаружением в малом тазе кистозного образования с гиперэхогенным венчиком были удалены остатки плодного яйца и таким образом удалось сохранить маточную трубу. Введение жидкости в просвет маточной трубы значительно улучшало эхографическую визуализацию и обеспечивало возможность адекватной оценки состояния маточной трубы и определения полного удаления плодного яйца и сгустков крови.

### Результаты исследования

Все 68 обследованных нами пациенток были оперированы лапароскопически. Во всех случаях произведена туботомия и удаление плодного яйца. Применение интраоперационной эхографии позволило сохранить маточные трубы у всех пациенток. Гистологическое исследование содержимого маточной трубы во всех случаях показало наличие ворсинок хориона и сгустки крови, что подтвердило наличие эктопической беременности. У пациентки с сочетанной эктопической и маточной беременностью содержимое полости матки и маточной трубы были идентичными.

Раздельное диагностическое выскабливание полости матки произведено у 46 (67,6%) пациенток. Показаниями к выскабливанию полости матки являлись: наличие длительных, кровянистых выделений из половых путей и толщина эндометрия при интраоперационной эхографии более 0,6 см. Диагностическое выскабливание полости матки производилось как лечебной, так диагностической целью. В тех случаях когда толщина эндометрия составляла 0,9 см и более, то мы применяли вакуум аспирация, как менее травматичный

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

метод. При подозрении на патологию эндометрия и полости матки обязательным являлось раздельное выскабливание эндометрия и слизистой цервикального канала, а при отсутствии данной патологии – вакуум аспирация.

Толщина эндометрия в момент операции у 37 (54,1%) пациенток составила более 1,0 – 2,3 см, у 17 (25%) 0,5 – 0,9 см и у 14 (20,5%) – менее 0,5 см.

При патоморфологическом исследовании эндометрия у 33 (71,7%) пациенток выявлена gravidарная слизистая и децидуальные превращения эндометрия, причем у 3 (6,5%) больных – в сочетании эндометритом, и у одной (2,1%) – полипами эндометрия. У 9 (19,5%) больных эндометрий находился в стадии поздней пролиферации, из них у 5 (10,8%) – в сочетании с эндометритом, у 2 (4,3%) – с полипами и у 1 – с синехиями. У 4 (8,6%) пациенток эндометрий находился в стадии поздней секреции, из них у 1 (2,1%) – в сочетании с полипами эндометрия.

Таким образом из 46 пациенток с внематочной беременностью, у 8 (17,3%) при выскабливании полости матки имелся эндометрит, у 3 (6,5%) – полипы эндометрия и у 35 (76%) – патологических изменений эндометрия не выявлено.

У 22 пациенток выскабливание эндометрия не производилось. У 14 пациенток толщина эндометрия составила менее 5 мм, и у 8 больных с отсутствием жалобы на кровянистые выделения из половых путей и толщина эндометрия находилась в пределах 5–9 мм.

Обращает на себя внимание, что у 10 пациенток месторасположение трубной беременности оказывалось в том месте, где после предыдущих пластических операций образовались плотные спайки. Это указывает на необходимость проведения профилактики образования послеоперационных спаек.

Нарушенная внутриматочная беременность малых сроков может быть диагностирована при ТВЭ при наличии гематосальпинкса или сгустков крови, увеличивающих размеры образования. Известно, что маточные трубы нечетко визуализируются при обычном ультразвуковом исследовании и только лапароскопическая эхография дает возможность более качественной их визуализации.

Диагностическая точность лапароскопии при диагностике внутриматочной беременности составила 94,1%. У 3 (4,5%) пациенток получен ложноотрицательный результат. У 1 женщины

не обнаружен второй плод при многоплодной трубной беременности. У 2 пациенток из-за выраженного спаечного процесса плодное яйцо диаметром 1,2 см не было идентифицировано во время диагностической лапароскопии и только ЛЭ позволила выявить эктопическую беременность.

Во время диагностической лапароскопии у 3 (4,5%) пациенток получен ложноположительный результат. У 1 (1,5%) пациентки аденоматозная опухоль и у 2 (2,9%) – гематосальпинкс были ошибочно приняты за плодное яйцо. Диагностическая точность дооперационной ТВЭ составила 91,6%. При этом ложноотрицательные и ложноположительные результаты были получены у 5 (7,3%) и 3 (4,4%) пациенток. У 1 пациентки с двурогой маткой и функционирующим рудиментарным рогом диаметром 2,8 см неполный выкидыш с малым сроком при дооперационной эхографии был ошибочно принят за трубную беременность. Диагностическая информативность интраоперационной ТВЭ и ТРЭ была одинаковой и составила 94,8% (табл. 5). У 3 пациенток был констатирован ложноотрицательный и у 2 – ложноположительный результат. Ложноположительный результат зарегистрирован при ЛЭ только у 1 пациентки с аденоматозной опухолью правой маточной трубы; ложноотрицательных результатов при использовании этого метода не было.

Следует отметить, что с помощью интраоперационной ЛЭ удалось диагностировать такую редкую патологию, как сочетание маточной и внутриматочной беременности четырьмя плодами (2 плода в матке и еще 2 – в маточной трубе). Вероятность наступления подобной беременности очень низка и составляет приблизительно 1 случай на 23 млрд беременностей.

Таким образом, представленные нами данные свидетельствуют о том, что в целом ряде случаев правильный диагноз внутриматочной беременности может быть установлен только с помощью лапароскопической эхографии, применение которой способствует уменьшению числа ошибочных результатов, позволяет уточнить локализацию плодного яйца, а также полностью удалить его элементы и сохранить маточную трубу.

**Заключение:** Лапароскопическая эхография при хирургическом лечении внутриматочной беременности способствует уменьшению числа ошибочных результатов, позволяет



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

уточнить локализацию плодного яйца, а также

полностью удалить его элементы и сохранить маточную трубу.

**Vardanyan G.V., Khachatryan A.K., Khoroshun N.D.**

## INTRAOPERATIVE LAPAROSCOPIC SONOGRAPHY DURING HEROESCON TREATMENT OF GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH TUBAL PREGNANCY

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia  
City clinical hospital № 79, Moscow

Laparoscopic ultrasound in the surgical treatment of ectopic pregnancy helps to reduce the number of false positives results, it helps to

clarify the localization of fetal eggs, and completely remove the items and keep the fallopian tube.

**Лобода Т.И., Камоева С.В.**

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения при различных дефектах тазового дна показывает рациональность дифференцированного подхода в выборе оптимальных, безопасных, эффективных, воспроизводимых хирургических методик для лечения сочетанных форм пролапса.

Частота встречаемости сочетанных форм пролапса гениталий (ПГ) и стрессового недержания мочи (СНМ) достигает 63%. Среди пациенток с ПГ 3–4 стадии скрытая форма СНМ выявляется у 80%. Единственным радикальным методом лечения ПГ в настоящее время является хирургический метод, однако единых подходов в необходимости единовременного выполнения сочетанных операций, направленных на коррекцию ПГ и СНМ в литературе нет.

**Целью нашего исследования** явилась разработка современной модели реконструктивно-пластических операций для улучшения долгосрочных результатов хирургического лечения сочетанных форм ПГ и повышения качества жизни больных.

Для достижения цели нами было проведено обследование, лечение и ретро- и проспективное наблюдение 252 женщин с ПГ в сочетании со СНМ, оперированных в период с 2000 по 2014г вагинальным доступом с применением различных синтетических систем и методик их установки, на основании чего были сформированы 3 клинические группы: I клиническую группу составили 74 пациентки, оперированные с применением синтетических наборов последнего поколения – Elevate anterior (AMS Ink.) Из них 42 пациенткам проведена антистрессовая коррекция, в числе которых 23 – органосохраняющие операции с использованием троакарной slingовой системы Monarc (AMS Ink.) и 19 – влагалищных гистерэктомий (ВГ) с импровизированным slingом (собственными тканями). А 32 женщинам I группы не была выполнена интраоперационная антистрессовая коррекция. II клиническая группа включала 63 пациентки, которым производилась установка синтетических наборов первого поколения – Perigee

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

(AMS. Ink.). Из них 32 с антистрессовой коррекцией, путем установки синтетического набора Perigee в нашей модификации путем фиксации переднего в края сетки на уровне среднего отдела уретры в виде слинга. А 31 пациентки установка синтетического набора Perigee производилась общепринятой методикой, не включающей антистрессовую коррекцию. III клиническую группу составили 115 пациенток, оперированные с использованием только собственных тканей. 44 участницам III группы была выполнена ВГ с импровизированным слингом (антистрессовая коррекция), а 71 – органосохраняющие операции, не включающие антистрессовый компонент.

Средний возраст составил  $59,2 \pm 1,5$  лет.

Нами не выявлено достоверных отличий в группах и подгруппах по числу пациенток с ранними послеоперационными осложнениями. Поздние послеоперационные MESH-ассоциированные осложнения, связанные с формированием эрозий слизистой влагалища и экстррузии сетчатого имплантата вследствие неполного заживления тканей, были выявлены у пациенток II группы 4 (6,3%) при осмотре через 6 месяцев после операции. Диспареуния у сексуально активных представительниц преобладала во II группе (13,2%) в сравнении с I группой (1,6%). Вероятно, это связано с особенностями синтетических наборов первого поколения, которые представлены ограниченным размером сетки между передними и задними рукавами, что удовлетворяет анатомическим особенностям не каждой женщины.

В I группе сохранение симптомов СНМ после операции было выявлено у 20 (27,0%) женщин, которым не производилась антистрессовая коррекция. Рецидив генитального пролапса в I группе возник у 4 (5,4%) женщин: в 1-й год наблюдения 1 (1,4%) рецидив после

манчестерской операции проявился опущением задней стенки влагалища 3 стадии; через 3 года 1 (1,4%) рецидив диагностирован после ВГ; через 5 лет наблюдения отмечено 2 (2,7%) рецидива (элонгация шейки матки) после кольпорафии. Во II группе рецидивы в течение 2–5 лет наблюдения выявлялись значительно чаще ( $p < 0,05$ ), чем в I группе у 10 (15,8%) пациенток: 6 рецидивов после кольпорафии и 4 рецидива после Манчестерской операции и проявлялись опущением задней стенки влагалища и элонгацией шейки матки. Сохранение симптомов СНМ наблюдалось у 13 (20,6%) женщин, которым применялась традиционная методика установки синтетического имплантата без дополнительной антистрессовой коррекции. В III группе число рецидивов с 1 по 5-й год наблюдения составило 27 (23,5%). Сохранение симптомов СНМ отмечено у 12 (10,4%) пациенток.

При наблюдении до 3 лет частота рецидивов СНМ после ВГ с импровизированным слингом составила 8 (6,9%). В группах пациенток, которым устанавливали синтетическую систему Периджи в нашей модификации, а так же синтетический трансобтураторный слинг Монарк рецидивы СНМ за указанный период не выявлены. Пациентам, у которых диагностировано СНМ, проведен второй этап – слинговая операция.

Отдаленная эффективность после проведенного нами хирургического лечения генитального пролапса составила в I группе – 94,6%, во II группе – 84,1%, и в III группе – 76,5%.

Таким образом, дифференцированный подход, с выявлением и коррекцией всех анатомо-функциональных нарушений тазового дна позволил нам добиться наиболее эффективных отдаленных результатов хирургического лечения ПГ и повышения качества жизни пациенток.

**Loboda T.I., Kamoeva S.V.**

## A DIFFERENTIATED APPROACH IN THE TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

Russian national research medical Pirogovs University, Ministry of health of Russia, Moscow, Department of obstetrics and gynecology, faculty of medicine.

Analysis of long-term results of surgical treatment for various defects of the pelvic floor

shows the rationality of a differentiated approach in the selection of the optimal, safe, effective,



reproducible surgical techniques for the treatment of combined forms of prolapse.

**Варданян В.Г., Адамян Л.В., Козаченко А.В., Поротикова И.Е., Бегиева Г.А.**

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНЕРГИЙ**

ФГБУ НЦ АГ и П им Кулакова В.И. Минздрава РФ

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения у больных миомой матки с помощью использования электрохирургии, аргон усиленного электрокоагулятора, plasmajet и ligasure.

Показания к хирургическому лечению явились: бесплодие (при наличии миомы матки с центрипитальным ростом узла и деформацией полости матки); невынашивание беременности (при отсутствии других причин), менорагии; болевой синдром; нарушение функции соседних органов; быстрый рост опухоли.

Нами обследовано и прооперировано 177 пациенток в возрасте 19–40 лет. Все пациентки подверглись лапароскопической миомэктомии. Методика миомэктомии отличалась использованием электрохирургии (монополярной, биполярной), аргон усиленного электрокоагулятора, plasmajet и ligasure в соответствующих группах больных. Дефект стенки матки после вылушивания миоматозного узла восстанавливали рассасывающимся шовным материалом (vicryl).

**Результаты исследования.** Результаты хирургического лечения оценивали по динамике основных параметров, характеризующих течение операции, частоты образования спаек, частоты наступления беременности.

Использование ligasure и plasmajet при сравнении с электрохирургией и аргон усиленной электрохирургией на основных этапах операции приводит к снижению интраоперационной кровопотери с  $198,5 \pm 98,1$  и  $188,6 \pm 78,7$  мл до  $50,5 \pm 89,2$  и  $70,4 \pm 94,7$  мл.

Спаечный процесс в малом тазу при контрольной лапароскопии выявлен в 94,7% случаев у пациенток, оперированных электрохирургией и plasmajet. Частота формирования спаек в малом тазу у пациенток,

оперированных ligasure и аргон усиленной электрохирургией составило 65%.

Из 177 оперированных больных 94 обратились с жалобами на отсутствие наступления беременности при регулярной половой жизни без предохранения от 2 до 5 лет. У 46 (48,9%) пациенток наступила маточная беременность. Частота наступления маточной беременности у больных, оперированных ligasure и plasmajet, была максимальной и составила 24% и 18% соответственно.

**Заключение.** Уникальные (режущие и гемостатические) свойства plasmajet и ligasure позволяют совершенствовать технику лапароскопической миомэктомии, повышать эффективность хирургического лечения гинекологических больных.

Использование plasmajet и ligasure на основных этапах миомэктомии позволяет бескровно рассекают ткани, повышать абластичность операции (отсутствует вероятность попадания опухолевых клеток за пределами операционного поля по кровеносным и лимфатическим сосудам за счет специфического коагуляционного воздействия на ткани), снизить травматичность операции, снизить послеоперационный койко/день, повысить частоту восстановления репродуктивной функции.

**Выводы.** При лапароскопической миомэктомии у гинекологических больных репродуктивного возраста целесообразно использование plasmajet и ligasure на основных этапах операции.



Vardanyan V.G., Adamyan L.V., Kozachenko A.V., Porotikova I.E., Begieva G.A.

## LAPOROSCOPIC MYOMECTOMY WITH THE USE OF DIFFERENT SURGICAL ENERGIES

Research Center for obstetrics, gynecology and perinatology named after V.I. Kulakov

**Objective:** improvement of results of surgical treatment of patients with uterine myoma through the use of electrocoagulation, argon enhanced electrocoagulator, plasmajet and ligasure.

We examined and operated 177 patients aged 19–40 years. All patients underwent laparoscopic myomectomy. Indications for surgical treatment were: infertility, miscarriage, menorrhagia; pain syndrome; dysfunction of adjacent organs; the rapid growth of the tumor. During surgery electrocoagulation (unipolar, bipolar), argon enhanced electrocoagulator, plasmajet and ligasure were

used in the respective groups of patients. The uterine wall after myomectomy was sutured with absorbable suture (vicryl).

In the group of Plasmajet and Ligasure less bloodloss, less tissue trauma, less hospital stay was observed. Pregnancy rate and life birth rate was similar in all groups was patients enrolled in the study.

**Conclusions.** In laparoscopic myomectomy in patients of reproductive age it is advisable to use plasmajet and ligasure during the operation.

Никитин А.Н., Ищенко А.И.

## МЕТОДИКА «САКРОСПИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРОПЕКСИЯ CYRENE®» ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННОГО АПИКАЛЬНОГО ПРОЛАПСА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ

Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, УКБ №2, клиника Акушерства и гинекологии

Исследование по оценке результатов хирургического лечения изолированного апикального пролапса пролапса с использованием методики «сакроспинальная гистеропексия CYRENE®» показало высокую эффективность метода, отсутствие интраоперационных осложнений, небольшое количество и малую значимость послеоперационных осложнений.

На сегодняшний день по данным систематизированного обзора библиотеки Cochrane (2013 г.), самой эффективной операцией для коррекции апикального пролапса является сакровагинопексия. Методика имеет ряд недостатков. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом, продолжительность операции около трех часов в положении Тренделенбурга с применением

пневмоперитонеума, требует использования дорогостоящего лапароскопического оборудования, высокого уровня квалификации хирурга. Частым побочным эффектом является аноректальная дисфункция, по всей видимости, вследствие травмы висцерального нерва, рискована такими осложнениями как травма мочевого пузыря, мочеточников и прямой кишки. Недостатки этой методики наталкивают специалистов в этой сфере на разработку и испытание новых методик с использованием синтетических протезов.

С целью оценить результаты хирургической коррекции изолированного апикального пролапса с помощью новой методики «сакроспинальная гистеропексия CYRENE®» проведено проспективное исследование, которое включило 14 пациенток с изолированным

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

апикальным пролапсом. Оценивался анатомический результат по классификации POP-Q System, интра- и послеоперационные осложнения. Рецидивом считался пролапс 2 и более степени. Качество жизни и половая жизнь оценивались по вопросам PFDI-20, PFIQ-7 и PSIQ-12. Результаты оценивались через 3 месяца после операции. Средний возраст женщин составил  $56,8 \pm 13,3$  лет. У всех 14 пациенток было опущение матки 3 ст., стенки влагалища в нормальном положении. У одной пациентки возникло недержание мочи de-novo, которое было купировано с помощью трансобтураторногослинга через 3 месяца. Диспареунии не выявлено ни у одной пациентки. Качество жизни по данным опросников улучшилось у 13 (92,8%) женщин по данным PFDI-20 и PFIQ-7. Изменений в качестве половой жизни выявлено не было. Анатомически у 13 (92,8%) достигнут желаемый результат ( $\leq I$  по POPQSystem). У одной пациентки возник рецидив вследствие необходимости рассечения ленты по причине болевого синдрома.

Интраоперационных осложнений не было.

**Послеоперационные осложнения:**

– у одной пациентки после операции возник болевой синдром, который потребовал рассечения ленты

– у одной пациентки появились жалобы на учащенное мочеиспускание. Причиной стало сдавление мочевого пузыря субсерозным узлом на передней стенке матки, так как после операции матка приняла положение выраженного anteflexio. Потребовалась надвлагалищная ампутация матки лапароскопическим доступом для купирования учащенного мочеиспускания.

Результаты лечения изолированного апикального пролапса с помощью методики «сакроспинальная гистеропексия CYRENE®» показали ее высокую эффективность и безопасность. Методика демонстрирует хорошие анатомические и функциональные результаты. Выявлено отсутствие интраоперационных осложнений, небольшое количество послеоперационных осложнений. Требуется больше наблюдений и длительный контроль для формирования более полного представления о данной методике.

**Nikitin A.N., Ishchenko A.I.**

## THE TECHNIQUE OF «SACROSPINAL GASTROPEXY CYRENE®» FOR ISOLATED SURGICAL CORRECTION OF APICAL PROLAPSE. THE FIRST EXPERIENCE IN RUSSIA

Russia, Moscow, First MSMU n. a. I.M. Sechenov, UKB №2, clinic of Obstetrics and gynecology

The trial, that was conducted to analyze the results of surgical treatment of isolated apical prolapse using the «Sacrosplinal hysteropexy

CYRENE®» method, has shown high efficacy and low morbidity.

**Овчинников К.А., Овчинников А.Г.**

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ БОЛЬШИХ, МНОЖЕСТВЕННЫХ ИЛИ ТРАНСМУРАЛЬНЫХ МИОМАХ: ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ, РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ

Воронеж, БУЗ ВО ВГКБСМ №1, гинекологическое отделение

**Резюме.** Проблема возможности выполнения сложных миомэктомий лапароскопическим

доступом широко обсуждается в нашей стране. В данной работе мы предоставляем

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

результаты нашей работы в этом направлении за 2 года. По нашим данным лапароскопический доступ при сложных миомэктомиях безопасен, дает низкий риск осложнений, хорошие репродуктивные исходы.

**Введение.** Миома матки — наиболее распространенная опухоль женской репродуктивной системы. Она может проявляться множеством симптомов: обильные менструации, боль внизу живота, симптомы, связанные со сдавливанием соседних органов, бесплодие и невынашивание беременности. К сожалению, на сегодняшний день отсутствуют по-настоящему эффективные долгосрочные медикаментозные методы лечения миомы матки.

**Медикаменты.** На сегодняшний день используются только в качестве предоперационной подготовки. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГРГ) или же селективные модуляторы прогестероновых рецепторов используются в качестве неоадьювантной терапии перед операцией с целью уменьшить размер миомы, повысить уровень гемоглобина и т.д.

Новые технологии в лечении миомы матки. ЭМА и ФУЗ-абляция под контролем МРТ являются эффективной альтернативой традиционной хирургии в лечении симптомных миом. Однако данные в литературе относительно влияния этих технологий на последующую беременность разнятся и не позволяют рекомендовать их как метод выбора лечения миомы у женщин, планирующих беременность.

На сегодняшний день миомэктомия остается методом выбора при лечении симптомных миом у женщин, планирующих беременность. Сравнивая лапароскопическую и лапаротомическую миомэктомию, первая имеет следующие преимущества: меньшая кровопотеря, менее выраженный спаечный процесс и болевой синдром в послеоперационном периоде, более быстрое восстановление, лучший косметический результат.

В нашей стране развернулась широкая дискуссия о месте лапароскопического доступа при сложных миомэктомиях. Мы решили оценить репродуктивные исходы лапароскопических миомэктомий при множественной миоме матки, больших или трансмуральных фиброматозных узлах.

**Материалы и методы:** Мы проанализировали 55 случаев лапароскопических миомэктомий, проведенных в нашем отделении за 2014–2015 гг. у женщин, планирующих

беременность с трансмуральными, множественными (>4) или большими (более 8 см в диаметре) миоматозными узлами.

**Техника операции.** Разрез миометрия над узлом мы выполняем монополярным крючком в режиме резания. Энуклеация узлов проводится, используя тракции и противотракции, псевдокапсула при этом сохраняется. Гемостаз достигается путем ушивания ложа миоматозных узлов. В случае с трансмуральными миомами мы стараемся избежать вскрытия полости матки, т.к. считаем это профилактикой внутриматочных синехий и внутреннего эндометриоза. Мы никогда не прошиваем эндометрий, в шов захватывается только миометрий. Обычно мы используем самофиксирующийся шовный материал с насечками.

Миоматозные узлы извлекаются посредством морцелляции. Очень важно удалить из брюшной полости все кусочки миоматозного узла, чтобы избежать появления «паразитических» лейомиом или «морцеллиом».

**Результаты.** Средний возраст пациенток составил  $32.5 \pm 4.2$  года. Среднее количество узлов  $3.73 \pm 2.24$ . Средний размер доминантного узла составил  $8,8 \pm 1,89$  см.

У 12 (21,8%) пациенток имелись сопутствующие гинекологические заболевания, снижающие фертильность, у 43 (78,2%) – нет. 36 из них забеременели естественным путем (65,5%). Из них в группе женщин без сопутствующей патологии частота наступления беременностей естественным путем составила 72,1%, в группе же с сопутствующей патологией данный показатель составил 41,7%. Сопутствующие гинекологические заболевания, снижающие фертильность были следующие: внешний генитальный эндометриоз в 8 случаях, спаечный процесс в области придатков в 3 случаях и одна пациентка с аднексэктомией в анамнезе. Среди прооперированных пациенток не было ни одного случая разрыва матки или несостоятельности рубца. 34 (94%) пациентки были родоразрешены путем кесарева сечения и только 2 были пущены в самостоятельные роды.

У 2 пациенток во время кесарева сечения были обнаружены спайки: у одной между маткой и сальником и у одной между сигмовидной кишкой и маткой. Таким образом, спаечный процесс сформировался у 6% женщин, попавших на кесарево сечение.

**Заключение:** лапароскопическая миомэктомия при больших множественных и трансмуральных миомах является безопасной



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

методикой с хорошими репродуктивными исходами.

**Ovchinnikov K.A., Ovchinnikov A.G.**

## LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY FOR LARGE, MULTIPLE OR TRANSMURAL FIDROIDS: OPERATION TECHNIQUE, REPRODUCTIVE OUTCOMES

**Abstract.** In Russia there are a lot of debates about feasibility of laparoscopic approach in difficult myomectomies. We have analysed our

work in this field and have made a conclusion that laparoscopic approach is safe and leads to good reproductive outcomes.

**Хириева П.М., Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Аракелян А.С.**

## СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ФГБУ Научный Центр Акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

Для гистероскопического адгезиолизиса используется широкий спектр энергий (механическая, электрическая, Nd:YAG лазер).

**Цель исследования:** сравнение исходов хирургических методик лечения внутриматочных синехий у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы:** в исследование включены 124 женщины в возрасте от 21 до 43 лет с интраоперационно установленным диагнозом внутриматочные синехии III степени по классификации ESH. 4 пациентки были исключены из исследования ввиду наличия противопоказаний. Все пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от применяемого метода лечения: 1 группа – 53 больные, которым выполнено механическое рассечение внутриматочных синехий с использованием хирургической гистероскопии; 2 группа – 71 больная, рассечение внутриматочных синехий произведено петлей гистерорезектоскопа. Хирургическое вмешательство выполняли по стандартной методике с помощью жидкостной проточной системы в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла (на 7–10 день) с применением жесткого хирургического гистероскопа и микроножниц или

гистерорезектоскопа фирмы «Karl Storz» (Германия). В качестве среды для расширения полости матки использовали изотонический раствор хлорида натрия. В послеоперационном периоде проводилась стандартизованная терапия высокими дозами эстрогенов, препаратами, улучшающими реологические свойства крови, физиотерапия. Для оценки частоты рецидивирования была проведена контрольная гистероскопия через 2 месяца после операции.

**Результаты:** В 1 группе частота рецидива при контрольной гистероскопии составила 22,6%, во 2 группе – 36,6% случаев ( $p < 0.001$ ).

**Заключение:** использование механической гистероскопии предпочтительно для хирургического лечения внутриматочных синехий тяжелой степени с целью снижения вероятности термического повреждения остаточного эндометрия и частоты рецидивов.



**Khirieva P.M., Adamyan L.V., Martynov S.A., Danilov A.Yu., Zurabiani Z.R., Arakelyan A.S.**

## COMPARISON OF DIFFERENT METHODS OF SURGICAL TREATMENT FOR INTRAUTERINE ADHESIONS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**1 Чупрынин В.Д., 1 Мельников М.В., 1 Матроницкий Р.Б., 1 Вередченко А.В.,  
1 Бурькина П.Н., 1 Чурсин В.В., 2 Языкова О.И., 1, 3 Хилькевич Е.Г.**

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2 Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

3 ИППОВ Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия

Тяжелые формы инфильтративного эндометриоза характеризуются обширным поражением репродуктивной системы, вовлечением в патологический процесс органов, не связанных с генеративной функцией женщины.

**Цель исследования.** Определить критерии выбора объема операции при глубоком инфильтративном эндометриозе.

**Материал и методы.** Рассмотрены 497 клинических наблюдений хирургического лечения пациенток, с подтвержденным диагнозом глубокого инфильтративного эндометриоза.

**Результаты.** У большинства больных выполнена лапароскопия. При прорастании эндометриоза в просвет кишки в зависимости от площади и размеров инфильтрата выполняли два варианта резекции. Клиновидная резекция в 2/4 или в 3/4 была выполнена в 10% наблюдений при размерах прорастания эндометриозидного инфильтрата слизистой оболочки от 0,5 до 2,5 см. Передняя резекция была выполнена у 24% больных. Лапароскопическая резекция мочевого пузыря в связи с поражением всех слоев его стенки выполнена 7% больных. При вовлечении дистальных

отделов мочеточников в патологический процесс выполняли интраоперационную цистоскопию и стентирование мочеточника на стороне поражения. Диссекцию тканей всегда начинали на 0,5–1,0 см латеральнее очага инфильтративного эндометриоза в зоне неизменной клетчатки таза.

Иссечение очагов эндометриоза проводили гармоническим скальпелем, а вблизи анатомических образований (мочеточников, магистральных сосудов, стенки кишки и т.д.) – ножницами. Мы наблюдали осложнения в 8% наблюдений.

**Заключение.** У большинства больных после операции был получен значимый клинический эффект, что было связано с устранением таких тяжелых симптомов заболевания, как ректальные кровотечения, нарушения эвакуаторной функции толстой кишки, стойкий болевой синдром, макрогематурия, рецидивирующая дизурия, почечные колики. Успех хирургического лечения эндометриоза зависит от адекватности объема первичной операции, что особенно важно для пациенток молодого возраста. Лапароскопический доступ является



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

предпочтительным при проведении оперативного лечения инфильтративного эндометриоза, включая выполнение операций на мочевом пузыре, мочеточниках, толстой кишке.

**Ключевые слова:** глубокий инфильтративный эндометриоз кишечника, мочевого пузыря, хирургическое лечение эндометриоза, резекция кишки, мочевого пузыря.

1 Chuprynin V.D., 1 Melnikov M.V., 1 Matronitsky R.B., 1 Veredchenko A.V.,  
1 Burykina P.N., 1 Chursen V.V., 2 Yazykova O.I., 1, 3 Khilkevich E.G.

## SURGICAL TREATMENT FOR INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

1 Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow

2 Moscow State University of Medicine and Dentistry.

3 I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

**Conclusion.** The majority of patients after surgery obtained significant clinical effect due to the elimination of severe symptoms of the disease such as rectal bleeding, voiding dysfunction of large bowel, persistent pain, gross hematuria, recurrent dysuria, renal colic.

**Key words:** Deep infiltrative bowel endometriosis, bladder endometriosis, surgical treatment of endometriosis, bowel resection, bladder resection.

Аракелян А.С., Мартынов С.А., Хорошун Н.Д., Хириева П.М., Степанян А.А.,  
Данилов А.Ю., Козаченко А.В., Адамян Л.В.

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ И ГИСТЕРОСКОПИИ

ФГБУ «НЦ АГиП им В.И. Кулакова»

**Актуальность:** В настоящее время отмечается стабильная тенденция к увеличению частоты кесарева сечения. В США каждые третьи роды заканчиваются кесаревым сечением.

**Цель исследования:** оптимизация тактики хирургического лечения пациенток с несостоятельностью рубца на матке после кесарева сечения.

**Материалы и методы:** В исследование вошли 42 пациентки с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения. Средний возраст составил  $29,6 \pm 3,9$  года. У 88,1% пациенток кесарево сечение было выполнено в экстренном порядке (острая гипоксия плода, вторичная слабость родовой деятельности, клинический узкий таз, отслойка плаценты). Толщина стенки матки в области рубца

по данным УЗИ и МРТ не превышала 4 мм. 38 (90,5%) пациенток имели объективные жалобы (меноррагия, метроррагия, болевой синдром, диспареуния, бесплодие). В зависимости от вида хирургического лечения пациентки были разделены на 4 группы:

1-я группа – диагностическая гистероскопия и лапароскопия (9 пациенток);

2-я группа – гистероскопия, лапароскопическая метропластика без иссечения рубца (12 пациенток);

3-я группа – гистероскопия, иссечение рубца, метропластика (18 пациенток);

4-я группа – лапароскопия, гистерорезектоскопия, резекция и коагуляция рубца (3 пациенток).

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Результаты:** Средняя продолжительность операции составила  $38 \pm 12$ ;  $109 \pm 36$ ;  $132 \pm 32$ ;  $51 \pm 14$  минут, в группах 1, 2, 3 и 4 – соответственно. Интраоперационная кровопотеря не превышала 50 мл ни в одной группе. Интра- и послеоперационных осложнений в исследуемых группах выявлено не было. У пациенток 2 и 3 группы толщина рубца на матке была выше 6мм., только у одной пациентки из 3 группы была выполнена повторная метропластика. В настоящее время у 16 пациенток

наступила беременность, из них - 9 пациенток были успешно родоразрешены на сроке 36-40 недель беременности.

**Заключение:** Лапароскопическая метропластика является малоинвазивным, эффективным и безопасным методом лечения несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения. Однако, в некоторых случаях методом выбора может служить гистероскопический доступ. В настоящее время исследование в данной отрасли продолжаются.

Arakelyan A.S., Martynov S.A., Khoroshun N.D., Kireeva P.M., Stepanian, A.A., Danilov A.Yu., Kozachenko A.V., Adamyan L.V.

## DIAGNOSIS AND SURGICAL CORRECTION OF INCOMPETENCE UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION WITH THE USE OF LAPAROSCOPY AND HYSTEROSCOPY

Federal State Budget Institution «Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology» Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Conclusion:** Laparoscopic repair of incompetence scar is minimally invasive and effective treatment. But this issue requires further study: development of criteria for the evaluation of the

scar incompetence with the use of ultrasound and MRI, indications for incompetence scar repair, the choice of surgical method of surgical treatment, evaluation of results.

Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Обельчак И.С., Харченко Э.И.

## ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ  
Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России

С 2003года проведено обследование и эмболизация маточных артерий у 167 женщин в возрасте от 27 до 53 лет. Средний возраст составил  $42 \pm 5,58$  года. Максимальный диаметр миоматозного узла был 14 см. Всем женщинам проводилось высокоточные методы диагностики (СКТ и МРТ). Анализ данных методов визуализации, показал - во всех случаях отмечена тенденция к уменьшению размеров до 40%. ЭМА может выполняться женщинам которые категорически отказываются от традиционных методов лечения и которые выполнили свою репродуктивную функцию.

Миома матки является распространенным заболеванием, возникая у 70% женщин старше

50 лет. Проблема лечения миомы матки одна из основных в акушерско-гинекологической практике, так от 20 до 50% миом являются симптоматическими, что имеет для России большое социальное и экономическое значение. К традиционным методам лечения больных с миомой матки относят медикаментозный (гормональный) и хирургический. Отдельно выделяют лечения миомы матки путем эмболизации маточных артерий.

**Цель исследования:** оценка эффективности использования эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки.

**Материал и методы:** с 2003 года проведено обследование и эмболизация маточных

>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

артерий у 167 женщин в возрасте от 27 до 53 лет. Средний возраст составил  $42 \pm 5,58$  года. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками явились меноррагии (80,6%), боли и тяжесть внизу живота (75%), нарушение смежных органов (27,8%). Размеры миомы матки находились в интервале 7–20 недель беременности. Максимальный диаметр миоматозного узла был 14 см, величина матки соответствовала 20 нед. беременности. Всем женщинам проводилось стандартное предоперационное обследование: УЗИ, СКТ и МРТ органов малого таза. При проведении высокоточных методов диагностики (СКТ и МРТ) определяли количество, состояния, локализацию и степень кровоснабжения миоматозных узлов, а также оценивали состояния анатомии органов малого таза. Всем пациенткам в плановом порядке была выполнена ЭМА в операционной оснащенной рентгенохирургическим комплексом «INTEGRIS V5000» фирмы «PHILIPS». ЭМА проводили по методике Сельдингера. В качестве эмболизирующих

материалов использовали частицы PVA. Введение эмболизата прекращали после получения ангиографического эффекта от окклюзии. По окончании ЭМА всем пациенткам получали анальгетики и антибиотики широкого спектра действия. Полученные результаты: анализ данных методов визуализации, показал о том, что во всех случаях отмечен прекращения роста миомы. В целом через 6 мес. уменьшения размеров доминантных узлов составил от 38 до 42%. В 14-х случаях выполнена операция лапароскопическая тотальная гистерэктомия по поводу гиперпластического процесса эндометрия.

**Выводы:** при лечении больных с миомой матки ЭМА может рассматриваться как дополнительный метод у пациенток с сочетанным соматическим заболеваниями, которые категорически отказываются от традиционных методов лечения или имеющих к ним противопоказания, а также выполнившие свою репродуктивную функцию.

**Adamyan L.V., Muratov K.D., Obelchak I.S., Kharchenko E.I.**

## UTERINE ARTERY EMBOLIZATION IN UTERINE FIBROIDS

Department of reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU  
Main military clinical hospital of the MIA of Russia

From 2003 survey and uterine artery embolization have 167 women aged 27 to 53 years. The mean age was  $42 \pm 5,58$  years. The maximum diameter of the myoma node was 14 cm. All women carried out high-precision methods of diagnostics (CT and MRI). Analyzing data visualization methods, showed in all cases a tendency to a reduction in size to 40%. EMA can be performed women who refuse traditional methods of treatment and who have fulfilled their reproductive function.



## СОДЕРЖАНИЕ

### 4 ГЛАВА / CHAPTER 1: ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ORGANIZATION OF OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL CARE

#### 4 **Фролова О.Г., Рябинкина И.Н., Гребенник Т.К.** ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ

**Frolova O.G., Ryabinkina I.N., Grebennik T.K.**  
SURGICAL CARE IN OBSTETRICS

#### 5 **Малышкина А.И., Песикин О.Н., Кулигина М.В.** РОЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Malyshkina A.I., Pesikain O.N., Kuligin M.V.**  
THE ROLE OF THE OBSTETRICIAN-GYNECOLOGICAL SERVICE IN THE SOLUTION OF  
DEMOGRAPHIC PROBLEMS IN THE CENTRAL FEDERAL DISTRICT OF THE RUSSIAN  
FEDERATION

#### **Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е.** ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА МОСКВЫ. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

**Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E.**  
GYNECOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE CITY OF MOSCOW.  
ACTUAL PROBLEMS AND THEIR SOLUTIONS

#### 8 **Ihtijarova G.A., Ramazonova Sh.S.** ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ

**Ihtijarova G.A., Ramazonova Sh.S.**  
THE PROBLEM AND DECISION WAYS OF STILLBIRTH



**10 ГЛАВА / CHAPTER 2**  
**ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА**  
**И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКУШЕРСТВЕ**  
**И ГИНЕКОЛОГИИ**  
**THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND CONSERVATIVE**  
**THERAPY OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM**

**10 Гаспарян С.А., Попова О.С., Василенко И.А., Метелин В.Б., Кузнецов А.Б.**  
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ**  
**ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ**  
**Gasparyan S., Popova O., Vasilenko I., Metelin V., Kuznetsov A.**  
**EVALUATION OF DRUG THERAPY IN THE TREATMENT OF ENDOMETRIOID OVARIAN**  
**CYSTS**

**12 Эседова А.Э., Абусуева З.А., Идрисова М.А., Акаева Ф.С., Махтибекова П.А.**  
**ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**  
**У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**  
**Esedova A.E., Abusueva Z.A., Idrisov M.A., Akayev F.S., Mahtibekova P.A.**  
**LIPID METABOLISM, AND OSTEOOPENIC SYNDROME POSTMENOPAUSAL OBESE**  
**WOMEN**

**13 Фардзинова Е.М., Краснова Е.А., Семенова Т.А., Зуева Н.В., Безбородова М.М.,**  
**Коновалов О.М.**  
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ**  
**ГИНЕКОЛОГИИ**  
**Fardzinova E.M., Krasnov E.A., Semenova T.A., Zueva, N.V., Bezborodov M.M.,**  
**Konovalov O.M.**  
**EXPERIENCE USE OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN THE DEPARTMENT OF GYNE-**  
**COLOGY**

**15 Эседова А.Э., Бегова С.В., Идрисова М.А., Хабибулаева Л.М., Гамзаев А.К.**  
**РОЛЬ АДИПОНЕКТИНА И ЛЕПТИНА В ФОРМИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ КОСТНОГО**  
**МЕТАБОЛИЗМА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО**  
**ВОЗРАСТА**



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Esedova A.E., Cross S.V., Idrisov M.A., Habibulaeva L.M., Hamzayev A.K.**

ROLE OF ADIPONECTIN AND LEPTIN IN THE FORMATION OF DISORDERS OF BONE METABOLISM FOR BACKGROUND OF OBESITY IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

**17 Умаханова М.М., Торчинов А.М., Цидаева М.М., Цаголов В.А., Тагирова З.М.**

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА В I ТРИМЕСТРЕ

**Umakhanova M.M., Torchinova A.M., Tsidaeva M.M., Tsagolov V.A., Tagirova Z.M.**

ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL STATUS OF THE PATIENTS AFTER SPONTANEOUS ABORTION IN THE FIRST TRIMESTER

**18 Русина Е.И., Попов Э.Н.**

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО И СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

**Rusina E.I., Popov E.N.**

ELECTRICAL MUSCLE STIMULATION OF THE PELVIC FLOOR IN TREATMENT OF STRESS AND MIXED FEMALE URINARY INCONTINENCE

**19 1 Гайдуков С.Н., 1,2 Арутюнян А.Ф., 2 Костюшов Е.В., 2 Лунева О.М.**

ОСОБЕННОСТИ ЭТАПНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

**1 Gaydukov S.N., 1,2 Arutyunyan A.F., 2 Kostyushov E.V., 2 Luneva O.M.**

FEATURES LANDMARK CONSERVATIVE TREATMENT FOR ADENOMYOSIS

**21 Баширов Э.В., Мелконьянц Т.Г., Кравцова Н.А.**

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ: С РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИЛИ БЕЗ НЕЕ

**Bashirov E.V., Melkonyants T.G., Kravtsova N.A.**

ORGAN PRESERVATION TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS: WITH OR WITHOUT REHABILITATION

**23 1 Аскольская С.И., 2 Коган. Е.А., 2 Соломахина М.А., 3 Попов Ю.В., 1 Жарков Н.В.**

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПО СОДЕРЖАНИЮ В ТКАНИ ЭНДОМЕТРИЯ TGFB, PD-ECGF, KI67

**Askolskaya S.I., Kogan E.A., Solomakhina M.A., Popov Y.V., Zharkov N.V.**

FORECASTING THE DEVELOPMENT OF UTERINE LEIOMYOMA LARGE CONTENT IN THE ENDOMETRIAL TISSUE TGFB, PD-ECGF, KI67



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 24** 1, 2 Дубровина С.О., 2 Арешян К.А., 1 Берлим Ю.Д., 1 Красильникова Л.В.  
ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЭНДОМЕТРИОМ (ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД)  
1, 2 Dubrovin S.O., 2 Arasan K.A., 1 Berlin D.Yu., 1 Krasil'nikova L.V.  
FEATURES OF HORMONAL THERAPY FOR PRIMARY AND RECURRENT ENDOMETRIOMA (POSTOPERATIVE PERIOD)
- 25** Прилепская В.Н., Мгерян А.Н., Абакарова П.Р.  
КОМБИНИРОВАННЫЙ ОРАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ, СОДЕРЖАЩИЙ 30 МКГ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА И 3 МГ ДРОСПИРЕНОНА У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ  
Prilepskaya V.N., Mgeryan A.N., Abakarova P.R.  
COMBINED ORAL CONTRACEPTIVE CONTAINING 30 MG ETHINYL ESTRADIOL AND 3 MG OF DROSPIRENONE IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS
- 27** Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Обухова Г.С.  
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН  
Ipatova M. V., Malanova T. B., Kubitskaya Yu. V., Obukhov S. G.  
EXPERIENCE OF APPLICATION OF PHYSICAL FACTORS IN THE TREATMENT OF CHRONIC OOPHORITIS IN WOMEN
- 28** Адамян Л.В., Кондратович Л.М., Козаченко А.В., Аракелян А.С., Данилов А.Ю.  
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВОЛОКНА СПАЕК У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
Adamyan L.V., Kondratovich L.M., Kozachenko A.V., Arakelyan A.S., Danilov A.U.  
FEATURES OF THE STRUCTURE OF FIBER ADHESIONS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA OF REPRODUCTIVE AGE
- 29** Чистякова И.А., Ипатова М.В., Козырева О.В.  
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ У ЖЕНЩИН В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ  
Chistyakova I.A., Ipatova M.V., Kozyreva O.V.  
THE USE OF THERAPEUTIC EXERCISES IN WOMEN IN A COMPLEX OF PREVENTIVE MEASURES IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 31** **Низяева Н.В., Куликова Г.В., Наговицына М.Н., Сугриева Д.Х., Кан Н.Е., Прозоровская К.Н., Щёголев А.И.**  
**АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК-146А МЕТОДОМ ГИБРИДИЗАЦИИ IN SITU В ТКАНИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**  
**Nizyaeva N.V., Kulikova G.V., Nagovitshyna M.N., Sugryeva D.H., Kan N.E., Prozorovskaya K.N., Shchyogolev A.I.**  
EXPRESSION MIR-146A BY HIBRIDIZATION IN SITU (CISH) IN PLACENTA TISSUE IN CASES OF PREECLAMPSIA
- 32** **Ефименко Т.О., Коган И.Ю., Толибова Г.Х.**  
**ЭКСПРЕССИЯ НЕЙРОНАЛЬНОГО МАРКЕРА БЕЛКА PGP 9.5 В ЭНДОМЕТРИОИДНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ**  
**Efimenko, T.A., Kogan I.Yu., Tolibova G.X.**  
THE EXPRESSION OF THE NEURONAL MARKER PROTEIN PGP 9.5 IN THE ENDOMETRIOTIC INFILTRATION IN WOMEN WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME
- 34** **Адамян Л.В., Борисова А.В., Козаченко А.В., Стародубцева Н.Л., Чаговец В.В., Салимова Д.Ф., Кононихин А.С., Франкевич В.Е.**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭУТОПИЧЕСКОГО И ЭКТОПИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДОМ ПРЯМОЙ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ**  
**Adamyan L.V., Borisov A.V., Kozachenko A.V., Starodubtseva N.L., Chagovets V.V., Salimova D.F., Kononikhin A.S., Frankevich V.E.**  
INVESTIGATION OF ECTOPIC AND EUTOPIC ENDOMETRIUM OF DIFFERENT LOCALIZATION BY DIRECT MASS SPECTROMETRY METHODS
- 35** **Торчинов А.М., Миронов А.В., Галачиев О.В., Османова С.Р.**  
**ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИОПАТИИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**  
**Torchinov A.M., Mironov A.V., Galacian O.V., Osmanova S.R.**  
EVALUATION OF ENDOTHELIOPATHY WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY
- 37** **Шляпников М.Е., Ларина Д.М.**  
**ВАГИНАЛЬНЫЙ ДИСБИОЗ – КОФАКТОРНЫЙ МЕХАНИЗМ ПАТОГЕНЗА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ**  
**Shlyapnikov M.E., Larina D.M.**  
VAGINAL DYSBIOSIS – KOFATORY PATHOGENS MECHANISM OF BENIGN HYPERPLASTIC DISEASES OF THE UTERUS



- 38** **Оганесян Т.Т., Адамян Л.В.**  
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ, ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ  
И УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ,  
АССОЦИИРОВАННОГО С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ  
  
**Oganesyanyan T.T., Adamyan L.V.**  
CLINICO-MORPHOLOGICAL, IMMUNOHISTOCHEMICAL AND ULTRASTRUCTURAL  
EVALUATION OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME ASSOCIATED WITH EXTERNAL  
GENITAL ENDOMETRIOSIS
- 39** **Красильникова А.К., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю., Анциферова Ю.С.**  
НОВЫЕ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК  
С БЕСПЛОДИЕМ И МАЛЫМИ ФОРМАМИ ЭНДОМЕТРИОЗА  
  
**Krasilnikova A.K., Malyshkina A.I., Sotnikova T.H., Antsiferova Yu.S.**  
NEW MEDICAL POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INFERTIL-  
ITY AND SMALL FORMS OF ENDOMETRIOSIS
- 41** **Мгерян А.Н., Прилепская В.Н., Абакарова П.Р.**  
ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ  
ТИРЕОИДИТОМ  
  
**Mgeran A.N., Prilepskaya V.N., Abakarova P.R.**  
HORMONAL CONTRACEPTION IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS
- 42** **Сычева Е.Г., Назарова Н.М., Некрасова М.Е., Бурменская О.В.**  
ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
  
**Sycheva E.G., Nazarova N.M., Nekrasova M.E., Bourmenskaya O.V.**  
HPV-ASSOCIATED CERVICAL LESIONS AND QUALITY OF LIFE
- 43** **Назарова Н.М., Прилепская В.Н., Бестаева Н.В., Зардиашвили М.Д., Некрасова М.Е.,  
Довлетханова Э.Р., Бурменская О.В., Трофимов Д.Ю.**  
РОЛЬ ВПЧ 52 И 58 ТИПОВ В РАЗВИТИИ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ  
ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ  
  
**Nazarova N.M., Prilepskaya V.N., Bestaeva N.V., Zardiashvili M.D., Nekrasova M.E.;**  
**Dovlethanova E.R., Sycheva E.G., Bourmenskaya O.V., Trofimov D.Y.**  
THE ROLE OF HPV TYPES 52 AND 58 IN THE DEVELOPMENT OF CERVICAL INTRAEP-  
ITHELIAL NEOPLASIA



- 44 Шнейдерман М.Г.**  
НОВАЯ РОССИЙСКАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕССАРИЯ  
ДОКТОРА ШНЕЙДЕРМАНА-НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ  
**Schneiderman M.G.**  
A NEW RUSSIAN MODEL OF OBSTETRICAL-GYNECOLOGICAL PESSARIES BY DOC-  
TOR SCHNEIDERMAN – NEW OPPORTUNITES

**46 ГЛАВА / CHAPTER 3**  
**НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ**  
**В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**  
**NEW METHODS IN DIAGNOSIS IN OBSTETRICS**  
**AND GYNECOLOGY**

- 46 Ходарева А.Г.**  
СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ  
МЕТОДОМ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ  
**Khodareva A.G.**  
SCREENING ASSESSMENT MICROBIOCENOSIS FEMALE SEXUAL ORGANS BY GAS  
CHROMATOGRAPHY-MASS SPECTROMETRY

- 47 1,2 Арутюнян А.Ф., 1 Гайдуков С.Н., 2 Костюшов Е.В.**  
ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ СУБПОПУЛЯЦИОННЫМ СОСТАВОМ ЛИМФОЦИТОВ,  
ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ КОЛЛАГЕНАЗ И РАЗЛИЧНЫМИ ПО  
АКТИВНОСТИ ФОРМАМИ АДЕНОМИОЗА  
**1,2 Arutyunyan A.F., 1 Gaydukov S.N., 2 Kostyushov E.V.**  
RELATION BETWEEN LYMPHOCYTE SUBPOPULATION COMPOSITION, GENE POLY-  
MORPHISM MATRIX COLLAGENASE AND DIFFERENT IN THE ACTIVE FORM OF  
ADENOMYOSIS

- 49 Шишкина Т.Ю., Краснова И.А., Калмыкова Н.В.**  
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ  
БЕРЕМЕННОСТИ  
**Shishkina, T.Yu., Krasnova I.A., Kalmykova N.In.**  
THE INFORMATIVE VALUE OF VISUAL METHODS OF DIAGNOSIS TUBAL PREGNAN-  
CY



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 51**     **Демидов В.Н., Машинец Н.В., Гус А.И.**  
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЯИЧНИКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЛОДА  
*Demidov V.N., Machines N.In., Gus The I.A.*  
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OVARIAN FORMATIONS OF THE FETUS
- 52**     **Смолова Н.В., Андреева М.В.**  
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ  
ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ  
*Smolov N.In., Andreeva M.V.*  
NEW TECHNOLOGIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH EXAC-  
ERBATION OF CHRONIC INFLAMMATION OF UTERINE APPENDAGES
- 54**     **Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Кубицкая Ю.В., Обухова Г.С.**  
ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО МЕТОДУ Р. ФОЛЛЯ  
ПРИ ФИЗИОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ  
*Ipatova M.V., Malanova T.B., Kubitskaya Yu.V., Obukhova S.G.*  
THE POSSIBILITY OF ELECTRO-DIAGNOSTICS BY R. VOLL WHEN PHYSIOTHERAPY  
IN WOMEN WITH CHRONIC SALPINGOOPHORITIS
- 55**     **Ли Е.С., Каппушева Л.М.**  
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАНТА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ  
ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА. ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ КОЛЛАГЕНА III ТИПА  
И РЕЦЕПТОРА ЭСТРОГЕНА – АЛЬФА  
*Lee E.S., Karpusheva L.M.*  
GENETIC DETERMINANTS AS A RISK FACTOR FOR RECURRENCE OF GENITAL PRO-  
LAPSE. GENE POLYMORPHISMS OF COLLAGEN TYPE III AND ESTROGEN RECEP-  
TOR – ALPHA
- 57**     **Мишина А.Е.**  
РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА MAYER-ROKITANSKY-  
KÜSTER-HAUSER  
*Mishina A.*  
MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE PREOPERATIVE ASSESSMENT OF MAY-  
ER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER SYNDROME



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 58** **Плоцкий А.Р., Биркос В.А., Савлук В.В.**  
КЛИНИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА  
*Plotsky, A.R., Berkos V.A., Savlukov V.V.*  
CLINICAL AND ULTRASOUND CHARACTERISTICS OF ENDOMETRIOSIS POSTOP-  
ERATIVE SCAR
- 59** **Талалаенко Ю.А., Василенко И.В., Гульков Ю.К., Талалаенко А.К.**  
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РИСКА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОВ  
ЭНДОМЕТРИЯ  
*Talalenko, A.Yu., Vasilenko I.V., Golikov Y.K., Talalenko A.K.*  
MORPHOLOGICAL CRITERIA OF MALIGNANCY RISK OF ENDOMETRIAL POLYPS
- 61** **Мирошникова Н.А., Макиян З.Н., Адамян Л.В., Быченко В.Г, Козлова А.В.**  
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ДЛЯ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОТОКА ПРИ СИММЕТРИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ МАТКИ  
*Miroshnikova N.A., Makiyan Z.N., Adamyan L.V., Bychenko V.G., Kozlova A.V.*  
FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING TO DETERMINE BLOOD FLOW IN  
SYMMETRIC UTERINE ANOMALIES
- 62** **Торчинов А.М., Миронов А.В., Османова С.Р., Галачиев О.В.**  
ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ  
С ТРОМБОФИЛИЕЙ  
*Torchinov A.M., Mironov A.V., Osmanov S.R., Glaziev O.V.*  
DIAGNOSIS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN WITH  
THROMBOPHILIA
- 64** **Илиева Э.А., Бойкова Ю.В., Кулабухова Е.А., Кан Н.Е., Гус А.И.**  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ  
ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИНВАЗИИ ТРОФОБЛАСТА  
*Ilieva E.A., Boikova U.V., Kulabukhuva E.A., Kan N.E., Gus A.I.*  
ULTRASOUND IN IDENTIFYING OPPORTUNITIES OF PATHOLOGICAL TROFOBLAST  
INVASION



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 65** **к.х.н. Дробченко С.Н., д.м.н. Рищук С.В.**  
**ВЫЯВЛЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПНЕВМОНИИ В МОЧЕ БЕРЕМЕННЫХ**  
**Dr. Drobchenko S.N., Dr. Rischuk S.V.**  
THE IDENTIFICATION OF CAUSATIVE AGENTS OF PNEUMONIA IN THE URINE OF PREGNANT
- 67** **к.х.н. Дробченко С.Н., д.м.н. Марголин О.**  
**ЭКСПРЕСС – ТЕСТЫ ДЕТЕРМИН ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ВИЧ, ГЕПАТИТЫ, СИФИЛИС**  
**Dr. Drobchenko S.N., Dr. Margolin O.**  
RAPID TESTS DETERMINE FOR SCREENING PREGNANT FOR HIV, HEPATITIS, SYPHILIS
- 68** **Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Давыдова А.А., Аникин С.С.**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА СО СПАЕЧНЫМ ПРОЦЕССОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**  
**Rybalka A.N., Sulima A.N., Davydova A.A., Anikin S.S.**  
INVESTIGATION OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES' PROFILES IN PERITONEAL FLUID AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH PELVIC ADHESIVE PROCESS
- 70** **Шатунова Е.П., Нестеренко С.А., Степанова Ю.В., Шишкина А.А.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ГРАВИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ**  
**Shatunova E.P., Nesterenko S.A., Stepanova Y.V., Shishkina A.A.**  
APPLICATION OF GRAVITATIONAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES APPENDAGES OF THE UTERUS
- 72** **Комарова А.Н., Курякова И.Е.**  
**ВОЗМОЖНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИ СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН ПРИНИМАЮЩИХ МЕНОПАУЗАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ**  
**Komarova A.N., Kurakova I.E.**  
THE POSSIBILITIES OF DIFFERENT METHODS OF THE DIAGNOSTICS OF LACTEAL GLANDS IN WOMEN RECEIVING MENOPAUSAL HORMONE THERAPY



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 73** **Сюсюка В.Г., Островский А.И., Разыграева М.А.**  
РОЛЬ СКРИНИНГОВОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ  
**Susuka V.G., Ostrovski A.I., Razigraeva M.A.**  
ROLE OF SCREENING ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN THE ASSESSMENT OF ENDO-METRIAL
- 75** **Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Смирнов А.А., Шахламова М.Н., Ли А.Б., Лебедев В.А., Богачева Г.А.**  
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА  
**Strizhakov A.N., Pirogov M.N., Smirnov A.A., Salamova M.N., Lee, A.B., Lebedev V.A., Bogacheva A.G.**  
THE CLINICAL VALUE OF ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS AND DYNAMIC OBSER-VATION IN OVARIAN APOPLEXY
- 77** **ГЛАВА / CHAPTER 4**  
**ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**  
**В ГИНЕКОЛОГИИ**  
**ONCOLOGICAL DISEASES IN GYNECOLOGY**
- 77** **Оводенко Д.Л., Хабас Г.Н., Кушлинский Д.Н., Санникова М.В., Макарова А.С., Коршунов А.А.**  
ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ  
**Ovodenko D.L., Habas G.N., Kushlinsky D.N., Sannikova V.M., Makarova A.S., Korshunov A.A.**  
LAPAROSCOPY IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER
- 78** **Набиева Ф.С.**  
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
**Nabiyeva F.C.**  
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE DEVELOPED COMPLEX PROGRAM TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS OF RE-PRODUCTIVE AGE



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 80** **Артымук Н.В., Марочко К.В.**  
**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВПЧ ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА СРЕДИ  
ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**  
**Artymuk, N.In., Marochko V.K.**  
THE INCIDENCE OF HPV OF HIGH ONCOGENIC RISK AMONG WOMEN WHO ARE IN  
PLACES OF DEPRIVATION OF LIBERTY
- 82** **ГЛАВА / CHAPTER 5**  
**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ  
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ  
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО  
ПЕРИОДА**  
WAYS OF IMPROVING OBSTETRIC AND PERINATAL  
OUTCOMES IN PATHOLOGY OF PREGNANCY, LABOR AND  
THE POSTPARTUM PERIOD
- 82** **Федоров А.А., Попов А.А., Вроцкая В.С., Мананникова Т.Н.,  
Краснопольская К.В., Барто Р.А.**  
**РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ ЦИРКЛЯЖА МАТКИ – 6 ЛЕТНИЙ ОПЫТ**  
**Fedorov A.A., Popov A.A., Manannikova T.N., Vrotskaya V.S., Krasnopolskaya K.V.,  
Barto R.A.**  
REPRODUCTIVE OUTCOMES OF CERVICAL CERCLAGE – 6 YEAR FOLLOW UP
- 83** **Тимохина Е.В., Якушина Н.И., Дериш К.Ф.**  
**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ**  
**Timokhina, E.V., Yakushina N.And., Deres K.F.**  
PREVENTION AND TREATMENT OF THROMBOEMBOLISM IN PREGNANT AND  
POSTPARTUM WOMEN



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 85** **1 Жатканбаева Г.Ж., 1 Иманбаева Ж.А., 1 Нургалиева Л.И., 2 Жундыбай С.Б., 2 Жундыбай А.Б.**  
ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ИСХОД У ПАЦИЕНТКИ С ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ  
1 Zhatkanbayeva G.Zh., 1 Imanbayeva Zh.A., 1 Nurgaliyeva L.I., 2 Zhundibay S.B., 2 Zhundibay A.B.  
GESTATION AND PERINATAL OUTCOMES IN A PATIENT WITH HETEROTOPIC PREGNANCY
- 86** **Абдуллаева Г.Ш., Мазитова М.И., Антропова Е.Ю.**  
МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ  
Abdullaeva Sh.G., Mazitova M.I., Antropova E.Yu.  
MULTIMODAL ANALGESIA IN OPERATIVE OBSTETRICS
- 88** **Сюсюка В.Г.**  
ОЦЕНКА УРОВНЯ МАГНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ  
Susuka V.G.  
ESTIMATION OF MAGNESIUM LEVEL OF PREGNANT WOMEN REGARDING CONDITION PSYCHOLOGICAL STATE
- 89** **Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И., Байлюк Е.Н.**  
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ  
Tsyipurdeeva A.A., Kakhiani M.I., Bailyuk E.N.  
PREGNANCY OUTCOME IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY
- 90** **Попова Н.Г., Игнатко И.В., Богомазова И.М., Белоусова В.С.**  
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛОДА ДЛЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ  
Popova N.G., Ignatko I.V., Bogomazova I.M., Belousova V.S.  
APPLICATION OF ULTRASOUND AND DOPPLER EXAMINATION OF THE FETUS FOR PRENATAL DIAGNOSIS OF CNS LESIONS IN PREMATURE INFANTS
- 92** **Солиева Н.К., Шукурова С.И., Тухтаева М.А.**  
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВОГО АКТА У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**Solieva N.To., Shukurova S.I., Tuhtaeva M.A.**

THE STUDY OF THE PECULIARITIES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN YOUNG NULLIPAROUS

**94 ГЛАВА / СНАРТЕР 6:  
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ  
И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНОСТИ  
КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
CHILDREN AND TEENAGERS REPRODUCTIVE HEALTH:  
POSSIBILITY OF CONSERVATIVE THERAPY AND SURGERY**

**94 Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Е.В., Смаль Т.А.**

ВУЛЬВОВАГИНИТ, КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ  
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Adamyan L.V., Koltunov I.E., Sibirskaya E.V., Smal T.A.**

VULVOVAGINITIS, AS THE MOST FREQUENT GYNECOLOGICAL PATHOLOGY IN  
CHILDREN

**96 Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Копылов И.В.**

НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

**Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Kopilov I.V.**

THE DISORDERS OF SEX DEVELOPMENT. PECULIARITIES OF SURGICAL TACTICS

**98 Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петрова Т.Н.**

НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА. ВОЗМОЖНЫЕ  
ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ

**Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Petrova T.N.**

VIOLENT ACTS OF SEXUAL CHARACTER. POSSIBLE CONSEQUENCES FOR JUVE-  
NILE VICTIMS



- 100** **Адамян Л.В., Сибирская Е.В.**  
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧЕК. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ  
*Adamyan L.V., Sibirskaya E.V.*  
MALFORMATIONS OF THE UTERUS AND VAGINA IN GIRLS. DIAGNOSTIC ERRORS
- 102** **Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Петрайкина Е.Е.**  
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА НА МЕНСТРУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ДЕВОЧЕК  
*Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E., Petrjajkina E.E.*  
THE IMPACT OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 ON THE MENSTRUAL FUNCTION OF GIRLS
- 104** **Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Журавлева С.А.**  
ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ. АНАЛИЗ ОШИБОК  
*Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Zhuravleva S.A.*  
TORSION OF THE UTERUS IN CHILDREN. THE ERROR ANALYSIS
- 106** **Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Полякова Е.И., Короткова С.А., Журавлева С.А.**  
ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)  
*Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Polyakova E.I., Korotkova S.A.*  
ERRORS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TORSION OF THE UTERUS IN CHILDREN (A CLINICAL CASE)
- 107** **Мишина А.Е., Мадан Д.И.**  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ  
*Mishina A., Madan D.*  
LAPAROSCOPIC TREATMENT OF OVARIAN CYSTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS
- 108** **Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Моксякова Е.Г.**  
ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК  
*Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Moksyakova E.G.*  
INJURIES OF THE EXTERNAL GENITALIA IN GIRLS AND GIRLS



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 109** Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Богданова Е.А., Колтунов И.Е., Смаль Т.А., Шуткова А.Ю.  
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ  
И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК И ПОДРОСТКОВ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)  
*Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Bogdanova E.A., Koltunov I.E., Smal T.A., Shutkova A.U.*  
OVARIES' BENIGN TUMORS AND TUMOR-LIKE FORMATIONS OF GIRLS AND YOUNG  
WOMEN (REVIEW OF LITERATURE)
- 110** Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Тарбая Н.О.  
ЭНДОМЕТРИОЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ  
*Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Tarbaya N.O.*  
ENDOMETRIOSIS IN ADOLESCENT GIRLS
- 112** Геворкян Г.А.  
ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
*Gevorkyan G.A.*  
PHYSIOTHERAPY AS A TREATMENT OF GIRLS WITH GYNECOLOGICAL DISEASES
- 114** ГЛАВА / CHAPTER 7:  
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ  
БЕСПЛОДНОГО БРАКА  
MODERN POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF  
INFERTILE MARRIAGES
- 114** Глуховец Б.И., Ходарева А.Г., Белая Н.Б.  
ОЦЕНКА ИМПЛАНТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПОВЕРХНОСТНОГО ЭПИТЕЛИЯ  
ЭНДОМЕТРИЯ У БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН  
*Glukhovets B.I., Khodareva A.G., Belaya N.B.*  
EVALUATION IMPLANT PROPERTIES OF THE SURFACE EPITHELIUM OF THE ENDO-  
METRIUM IN INFERTILE WOMEN
- 115** 1, 2 Ипен С.М., 2 Абубакиров А.Н., 2 Мишиева Н.Г., 2 Левков Л.А., 2 Мартазанова Б.А.,  
1, 2 Павлович С.В.



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АГНРГ В КАЧЕСТВЕ ТРИГГЕРА ОВУЛЯЦИИ В ПРОГРАММАХ ЭКО/ИКСИ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНЫМ ОТВЕТОМ ЯИЧНИКОВ НА СТИМУЛЯЦИЮ СУПЕРОВУЛЯЦИИ**

**1, 2 Eapen S.M., 2 Abubakirov A.N., 2 Mishiev N.G., 2 Levkov L.A., 2 Martazanova B.A., 1, 2 Pavlovich S.V.**

GNRH AGONIST TRIGGER COMBINED WITH LOW DOSES OF HCG USED AS LUTEAL-PHASE SUPPORT PROVIDES A REPRODUCTIVE OUTCOME SIMILAR TO THAT SEEN AFTER HCG TRIGGERING AND REDUCES OHSS RISK

- 117 Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Павлович С.В., Гус А.И., Левков Л.А., Куземин А.А., Гависова А.А., Щеголев А.И.**  
**ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЩИНЫ И РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ-НОВОЕ РЕШЕНИЕ В ПРОГРАММЕ ЭКО**

**Schneiderman M.G., Kalinina E.A., Smolnikova V.Y., Mishieva N.G., Abubakirov A.N., Pavlovich S.V., Gus A.I., Levkov L.A., Kuzemin A.A., Gavisiva A.A., Shchegolev A.I.**

THE INDUCTION OF GROWTH AND IMPROVING RECEPTIVITY OF THIN ENDOMETRIUM FOR IVF CYCLE

- 118 Казакова В.В., Сыркашева А.Г., Ильина Е.О., Долгушина Н.В., Калинина Е.А.**  
**РОЛЬ АНЕУПЛОИДИИ ЭМБРИОНОВ В СНИЖЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ЭКО/ИКСИ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ АГРЕГАТАМИ ГЛАДКОГО ЭНДОПЛАЗМАТИЧЕСКОГО РЕТИКУЛУМА В ЦИТОПЛАЗМЕ ООЦИТОВ**

**Kazakov V.V., Circasia A.G., Ilina E.O., Dolgushina N.V., Kalinina E.A.**

THE ROLE OF ANEUPLOIDY IN EMBRYOS REDUCING THE EFFECTIVENESS OF IVF/ICSI IN PATIENTS WITH ABNORMAL AGGREGATES OF SMOOTH ENDOPLASMIC RETICULUM IN THE CYTOPLASM OF OOCYTES

- 120 Сафронова Н.А., Горшинова В.К., Донников А.Е., Калинина Е.А.**  
**ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МРНК В КУМУЛЮСНЫХ КЛЕТКАХ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

**Safronova N.A., Gorshunova K.V., Donnikov A.E., Kalinina E.A.**

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF MRNA EXPRESSION IN CUMULUS CELLS TO PREDICT TREATMENT OUTCOMES IN IN VITRO FERTILIZATION PROGRAM



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 122 Сафронова Н.А., Горшинова В.К., Донников А.Е., Калинина Е.А.**  
АНАЛИЗ ТРАНСКРИПТОМА КУМУЛЮСНЫХ КЛЕТОК КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ  
МЕТОД ДИАГНОСТИКИ КАЧЕСТВА ООЦИТОВ И ЭМБРИОНОВ  
И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО  
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ  
*Safronova N.A., Gorshunova K.V., Donnikov A.E., Kalinina E.A.*  
TRANSCRIPTOME ANALYSIS OF CUMULUS CELLS AS A MINIMALLY INVASIVE  
METHOD OF DIAGNOSTICS OF QUALITY OF OOCYTES AND EMBRYOS AND PREDICT  
OUTCOMES OF PROGRAMS OF IN VITRO FERTILIZATION
- 123 Сыркашева А.Г., Казакова В.В., Андреева М.Г., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.**  
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛОВ ОВАРИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ  
*Circasia A.G., Kazakova V.V., Andreeva M.G., Kalinina E.A., Dolgushina N.V.*  
THE EFFECT OF DIFFERENT PROTOCOLS OF OVARIAN STIMULATION ON THE EF-  
FECTIVENESS OF PROGRAMS ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN PA-  
TIENTS WITH REDUCED OVARIAN RESERVE
- 124 Иванча К.А., Сыркашева А.Г., Володина М.А., Пятаева С.В., Суханова Ю.А.,  
Высоких М.Ю., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.**  
ПАРАМЕТРЫ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В КРОВИ И Фолликулярной  
Жидкости Пациенток в Программах Вспомогательных  
Репродуктивных Технологий  
*Ivancea K.A., Circasia A.G., Volodin A.M., Pyataeva S.V., Sukhanova J.A., High M.Y., Kalini-  
na E.A., Dolgushina N.V.*  
OXIDATIVE STRESS PARAMETERS IN BLOOD AND FOLLICULAR FLUID OF PA-  
TIENTS IN PROGRAMS OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES
- 126 1 Овчарук Э.А., 2 Лапочкина Н.П., 1 Овчарук В.Л.**  
ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ АУТОИММУННЫЙ СИНДРОМ КАК ПРИЧИНА  
ИНФЕРТИЛЬНОСТИ  
*1 Ovcharuk E.A., 2 Lapochkina N.P., 1 Ovcharuk V.L.*  
POSTINFECTIOUS AUTOIMMUNE SYNDROME AS A CAUSE OF INFERTILITY



**128 ГЛАВА / CHAPTER 8:  
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
MODERN TECHNOLOGY IN THE DISEASE DIAGNOSIS THE  
REPRODUCTIVE SYSTEM**

**128 Балакшина Н.Г, Кох Л.И.**  
**МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**  
Balakshina N.G., Koh L.I.  
METHODS OF CORRECTION GENITAL PROLAPSE

**129 Артюшков В.В., Пономарев В.В., Жуйко А.А.**  
**ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ  
ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ**  
Artyushkov V.V., Ponomarev V.V., Zhuikov A.A.  
HYSTERORESECTOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL  
HYPERPLASTIC PROCESSES

**131 Беляев М.В., Шутова С.В.**  
**«АТИПИЧНАЯ» ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА  
СЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**  
Belyaev M.V., Shutova S.V.  
«ATYPICAL» ECTOPIC PREGNANCY AFTER CESAREAN SECTION SCARS (CASE  
REPORT)

**132 Беляев М.В., Горин В.В., Шутова С.В.**  
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИССЕЧЕНИЯ МОЧЕ-ПОЛОВОГО СВИЩА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ  
ДОСТУПОМ**  
Belyaev M., Gorin V., Shutova S.  
FIRST EXPERIENCE EXCISION OF URINARY-GENITAL FISTULAS LAPAROSCOPIC  
APPROACH



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 133 Пономарев В.В., Жуйко А.А., Артюшков В.В., Венгеренко М.Э., Гриценко С.Ф.**  
**СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ**  
Ponomarev V.V., Zhuikov A.A., Artyushkov V.V., Vengerenko M.E., Gritsenko S.F.  
OWN EXPERIENCE WITH MINIMALLY INVASIVE SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS
- 135 Согилян А.С., Пугиева Л.А., Борисова О.А.**  
**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАЦИЙ ПО РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ**  
Sogikyan A.S., Pugieva L.A., Borisova O.A.  
ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF OPERATIONS PELVIC FLOOR RECONSTRUCTION USING MESH PROSTHESIS
- 136 Сулина Я.Ю., Ищенко А.И., Люндуп А.В., Александров Л.С., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю.**  
**СОЗДАНИЕ КЛЕТочно-ИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**  
Sulina I.Yu., Ishchenko A.I., Lundup A.V., Alexandrov S.L., Ishchenko A.A., Gorbenko O.Yu.  
THE ESTABLISHMENT OF CELL-ENGINEERING DESIGNS FOR SURGICAL TREATMENT OF PELVIC PROLAPSE WITH THE USE OF MESENCHYMAL STEM CELLS
- 138 Зарипов Т.Ш., Землянсков П.А., Гайнуллина Л.С., Имельбаева А.С. Мовергоз С.В.**  
**СПОСОБ РЕТРОГРАДНОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИЗ СПАЕК ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ И ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ**  
Zaripov T.Sh., Zemlyanska P.A., Gainullina L.S., Imelbaeva A.S., Movergoz S.V.  
METHOD OF ALLOCATION RETROGRADE POSTERIOR WALL OF THE BLADDER FROM ADHESIONS AFTER THE PREVIOUS CESAREAN SECTION DURING LAPAROSCOPIC SUBTOTAL AND TOTAL HYSTERECTOMY
- 139 Согилян А.С., Идрисов О.А.**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОАБЛАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ СИСТЕМОЙ «ТЕРМАЧОЙС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТРОРРАГИЙ И ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ (РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ПОЛИПЫ ЭНДОМЕТРИЯ) В ПЕРЕ- И МЕНОПАУЗЕ**  
Cogikyan A.S., Idrisov O.A.  
EFFICACY THERMOABLATION ENDOMETRIAL SYSTEM «TERMACHOYS» TREATMENT METRORRHAGIA AND ENDOMETRIAL HYPERPLASTIC PROCESSES IN PERIMENOPAUSE AND MENOPAUSE



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 141** **Ищенко А.И., Ищенко А.А., Хохлова И.Д., Александров Л.С., Тарасенко Ю.Н.**  
**ЛАПАРОВАГИНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРОЦЕЛЕ С ПОМОЩЬЮ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ**  
Ishchenko A.I., Ishchenko A.A., Khokhlova I.D., Aleksandrov L.S., Tarasenko Yu.N.  
LAPAROVAGINAL CORRECTION ENTEROCELE USING MESH IMPLANTS
- 142** **Мынбаев О.А., Тинелли А., Малвази А., Ши Ж., Симаков С.С., Бенхиджеб Т., Старк М.**  
**КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ СО<sub>2</sub>-ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ**  
Mynbaev O.A., Tinelli A., Malvasi A., Shi Z., Simakov S.S., Benhidjeb T., Stark M.  
CARDIO-VASCULAR EFFECTS OF CO<sub>2</sub> PNEUMOPERITONEUM DURING LAPAROSCOPIC SURGERY: INTERNATIONAL RESEARCH PROJECT
- 144** **Попов А.А., Федоров А.А., Краснопольская К.В., Мананникова Т.Н., Зинган Ш., Абрамян К.Н., Орлова С.А., Барто Р.А.**  
**ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**  
Popov A.A., Fedorov A.A., Krasnopolskaya K.V., Manannikova T.N., Zingan S., Abramian K.N., Orlova S.A., Barto R.A.  
SURGICAL TREATMENT OF DEEP INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS – OUR EXPERIENCE
- 145** **Попов А.А., Мананникова Т.Н., Логинова Е.А., Головин А.А., Лысенко С.Н., Стоцкая Т.В., Бudyкина Т.С.**  
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**  
Popov A.A., Manannikova T.N., Loginova E.A., Golovin A.A., Lysenko S.N., Stockaya T.V., Budykina T.S.  
LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY: THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT IN MORBID OBESE PATIENTS
- 146** **Джамалутдинова К.М., Козаченко И.Ф., Гус А.И., Адамян Л.В., Быков А.Г.**  
**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОЙ И КИСТОЗНОЙ ФОРМ АДЕНОМИОЗА**  
Dghamalutdinova K.M., Kozachenko I.F., Gus A.I., Adamyan L.V., Bykov A.G.  
SURGICAL TREATMENT OF NODULE AND CYSTIC FORMS OF ADENOMYOSIS



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 148 Фархат К.Н., Макиян З.Н., Адамян Л.В.**  
**АНОМАЛИИ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ:  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ**  
Farhat, K.N., Makiyan Z.N., Adamyan L.V.  
CONGENITAL UTEROVAGINAL ANOMALIES IN COMBINATION WITH ENDOMETRIOSIS: SURGICAL TREATMENT AND REHABILITATION
- 149 Макиян З.Н., Адамян Л.В., Фархат К.Н., Мирошникова Н.А.**  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКЦИИ ПРИ  
АНОМАЛИЯХ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА**  
Makiyan Z.N., Adamyan L.V., Farkhat K.N., Miroshnikova N.A.  
SURGICAL TREATMENT OF UTEROVAGINAL ANOMALIES
- 150 Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Растегаев Е.Н., Погодин О.О., Иванов А.В., Шнягина Д.О.**  
**ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
Yulberg M.E., Cermakova T.L., Rastegaev E.N., Pogodin S.A., Ivanov A.V., Snegina D.O.  
THE POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISEASES
- 152 Пономарев В.В., Артюшков В.В., Жуйко А.А.**  
**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**  
Ponomarev, V.B., Artyushkov V.V., Zuiko A.A.  
TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS
- 153 1 Доброхотова Ю.Э., 1, 2 Насырова Н.И., 2, 3 Галлямов Э.А., 1 Лапина И.А., 1, 2 Сдвигов А.С.**  
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ  
ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА**  
Dobrokhotova Yu.E., Nasyrov N.And., Gallyamov E.A., Lapina, I.A., Shifts A.S.  
MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF INFILTRATIVE FORMS OF ENDOMETRIOSIS



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 154** **1 Мишина А.Е., 2 Гидирим Г.П., 2, 3 Мишин И.В., 3 Захария С.Л., 2 Васильев В.Е.**  
**ЭНДОМЕТРИОЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**  
Mishina A., Ghidirim G.P., Mishin I., Zaharia S., Vasiliev V.  
ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS FOLLOWING CESAREAN SECTION
- 155** **Талалаенко Ю.А., Рогозина М.М., Талалаенко А.К.**  
**ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ГИПЕРПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ И ЭНДОЦЕРВИКСА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**  
Talalenko A.Y., Rogozin M.M., Talalenko A.K.  
HYSTEROSCOPIC SURGERY FOR HYPERPROLIFERATIVE PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM AND THE ENDOCERVIX IN POSTMENOPAUSE
- 157** **Поротикова И.Е., Гаврилова Т.Ю., Адамян Л.В., Демуря Т.А., Козаченко И.Ф.**  
**МИОМЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ И ФУЗ-МРТ АБЛАЦИИ**  
Porotikova I.E., Gavrilova T.Y., Adamyan L.V., Demura T.A., Kozachenko I.F.  
MYOMECTOMY IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA AFTER PREVIOUSLY UNDERGOING INEFFECTIVE UAE AND MRGFUS ABLATION
- 158** **Черкасова А.Л., Максимова Т.А., Джигладзе Т.А., Зуев В.М., Брюнин Д.В., Ищенко А.И.**  
**ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СИНЕХИИ – ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ**  
Cherkasova A.L., Maximova T.A., Djhibladze T.A., Zuev V.M., Bryunin D.V., Ishchenko A.I.  
INTRAUTERINE ADHESIONS – TREATMENT AND PREVENTION OF RELAPSE
- 159** **1 Жатканбаева Г.Ж., 1 Иманбаева Ж.А., 1 Сансызбаева Р.Ж., 2 Жундыбай С.Б., 2 Жундыбай А.Б.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ**  
1 Zhatkanbayeva G.Zh., 1 Imanbayeva Zh.A., 1 Sansyzybayeva R.Zh., 2 Zhundibay S.B., 2 Zhundibay A.B.  
THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT FOR UTERINE FIBROIDS WITHIN DIFFERENT APPROACHES



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 160** **Лукач А.А., Полянин Д.В., Тихая Е.Н., Клепиков Ю.В.**  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ SILS-ПОРТ  
*Lukács A.A., Polyenin D.V. Pacific E.N., Klepikov V.Yu.*  
LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY USING SILS PORT
- 162** **Абдуллаева Г.Ш. , Мазитова М.И., Антропова Е.Ю.**  
ПРЕИМУЩЕСТВА ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА  
В ИЗОПНЕВМАТИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ  
*Abdullaeva Sh.G., Mazitova M.I., Antropova E.Yu.*  
THE BENEFITS OF THE SINGLE LAPAROSCOPIC ACCESS IN ISOPNEUMATIC MODE
- 163** **Байдо С.В., Винницкая А.Б., Голуб Д.А.**  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ  
МАТКИ – ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ И АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ  
*Baydo S.V., Vinnytskaya A.B., Golub D.A.*  
LAPAROSCOPIC RADICAL HYSTERECTOMY FOR CERVICAL CANCER – OUR TECH-  
NIQUE AND ANALYSIS OF COMPLICATIONS
- 164** **Савельева Я.С., Ищенко А.И., Синицын В.Е., Жуманова Е.Н., Ищенко А.А.,  
Горбенко О.Ю., Чунаева Е.А., Денисов А.В.**  
ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМИОЗА МЕТОДОМ  
ФУЗ-АБЛАЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ МРТ  
*Savelieva I.S., Ishchenko A.I., Sinitsyn V.E., Jumanova E.N., Ishchenko A.A.  
Gorbenko O.Yu., Chunayev E.A., Denisov A.V.*  
THE POSSIBILITY OF ORGAN-PRESERVING TREATMENT OF ADENOMYOSIS METH-  
OD FUS-ABLATION UNDER MRI CONTROL
- 166** **Рубина Е.В., Давыдов А.И., Пашков В.М.**  
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ШЕЕЧНОЙ  
БЕРЕМЕННОСТИ  
*Rubina E.V., Davydov A.I., Pashkov V.M.*  
LONG-TERM OUTCOMES OF OPERATIVE HYSTEROSCOPY AT CERVICAL PREGNAN-  
CY



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 167** **Таирова М.Б., Давыдов А.И., Пашков В.М.**  
**ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОМАМИ ПОСЛЕ АСПИРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**  
**Tairova M.B., Davydov A.I., Pashkov V.M.**  
OVARIAN A RESERVE IN WOMEN WITH ENDOMETRIOMAS AFTER ASPIRATION TREATMENT
- 169** **Варданян В.Г., Хачатрян А.К., Хорошун Н.Д.**  
**ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХОГРАФИЯ ПРИ ХИРУРГЕСКОМ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**  
**Vardanyan G.V., Khachatryan A.K., Khoroshun N.D.**  
INTRAOPERATIVE LAPAROSCOPIC SONOGRAPHY DURING HEROESCON TREATMENT OF GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH TUBAL PREGNANCY
- 171** **Лобода Т.И., Камоева С.В.**  
**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**  
**Loboda T.I., Kamoeva S.V.**  
A DIFFERENTIATED APPROACH IN THE TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE
- 173** **Варданян В.Г., Адамян Л.В., Козаченко А.В., Поротикова И.Е., Бегиева Г.А.**  
**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЭНЕРГИЙ**  
**Vardanyan V.G., Adamyan L.V., Kozachenko A.V., Porotikova I.E., Begieva G.A.**  
LAPOROSCOPIC MYОMECTOMY WITH THE USE OF DIFFERENT SURGICAL ENERGIES
- 174** **Никитин А.Н., Ищенко А.И.**  
**МЕТОДИКА «САКРОСПИНАЛЬНАЯ ГИСТЕРОПЕКСИЯ CYRENE®» ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННОГО АПИКАЛЬНОГО ПРОЛАПСА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ**  
**Nikitin A.N., Ishchenko A.I.**  
THE TECHNIQUE OF «SACROSPINAL GASTROPEXY CYRENE®» FOR ISOLATED SURGICAL CORRECTION OF APICAL PROLAPSE. THE FIRST EXPERIENCE IN RUSSIA



>> [www.reproductive-congress.ru](http://www.reproductive-congress.ru)

- 175** **Овчинников К.А., Овчинников А.Г.**  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРИ БОЛЬШИХ, МНОЖЕСТВЕННЫХ ИЛИ ТРАНСМУРАЛЬНЫХ МИОМАХ: ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ, РЕПРОДУКТИВНЫЕ ИСХОДЫ  
*Ovchinnikov K.A., Ovchinnikov A.G.*  
LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY FOR LARGE, MULTIPLE OR TRANSMURAL FIBROIDS: OPERATION TECHNIQUE, REPRODUCTIVE OUTCOMES
- 177** **Хириева П.М., Адамян Л.В., Мартынов С.А., Данилов А.Ю., Зурабиани З.Р., Аракелян А.С.**  
СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
*Khirieva P.M., Adamyan L.V., Martynov S.A., Danilov A.Yu., Zurabiani Z.R., Arakelyan A.S.*  
COMPARISON OF DIFFERENT METHODS OF SURGICAL TREATMENT FOR INTRAUTERINE ADHESIONS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE
- 178** **1 Чупрынин В.Д., 1 Мельников М.В., 1 Матроницкий Р.Б., 1 Вередченко А.В., 1 Бурькина П.Н., 1 Чурсин В.В., 2 Языкова О.И., 1, 3 Хилькевич Е.Г.**  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА  
*1 Chuprynin V.D., 1 Melnikov M.V., 1 Matronitsky R.B., 1 Veredchenko A.V., 1 Burykina P.N., 1 Chursen V.V., 2 Yazykova O.I., 1, 3 Khilkevich E.G.*  
SURGICAL TREATMENT FOR INFILTRATING ENDOMETRIOSIS
- 179** **Аракелян А.С., Мартынов С.А., Хорошун Н.Д., Хириева П.М., Степанян А.А., Данилов А.Ю., Козаченко А.В., Адамян Л.В.**  
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ И ГИСТЕРОСКОПИИ  
*Arakelyan A.S., Martynov S.A., Khoroshun N.D., Kireeva P.M., Stepanian, A.A., Danilov A.Yu., Kozachenko A.V., Adamyan L.V.*  
DIAGNOSIS AND SURGICAL CORRECTION OF INCOMPETENCE UTERINE SCAR AFTER CESAREAN SECTION WITH THE USE OF LAPAROSCOPY AND HYSTEROSCOPY
- 180** **Адамян Л.В., Мурватов К.Д., Обельчак И.С., Харченко Э.И.**  
ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ  
*Adamyan L.V., Muratov K.D., Obelchak I.S., Kharchenko E.I.*  
UTERINE ARTERY EMBOLIZATION IN UTERINE FIBROIDS