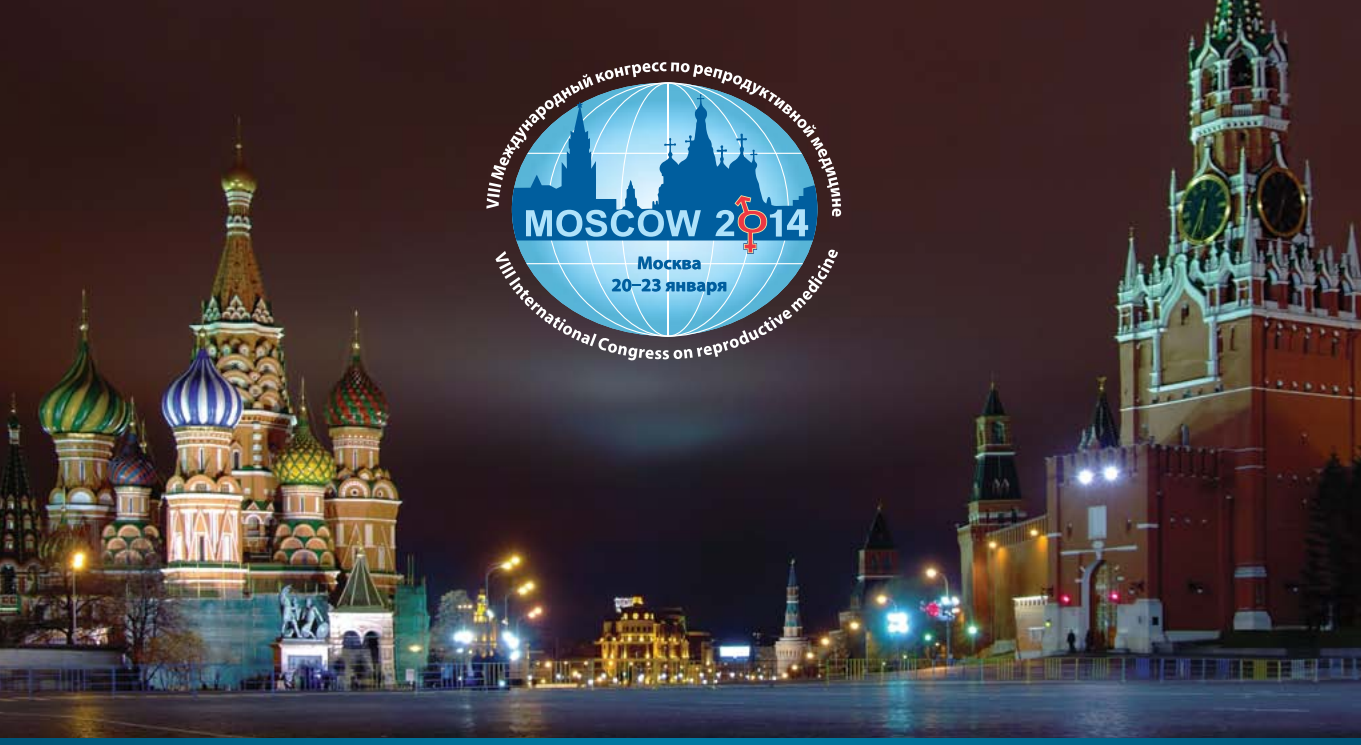

Москва
20–23 января 2014

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

Moscow
20–23 January 2013

Federal State, Scientific Center
for Obstetrics, Gynecology
and Perinatology named after V.I. Kulakov

МАТЕРИАЛЫ

VIII Международный конгресс

ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

VIII International congress

ON REPRODUCTIVE MEDICINE

VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ
Сборник тезисов
М., 2014 – 420 с.

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

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Общество по репродуктивной медицине и хирургии

Российская ассоциация эндометриоза

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии Московского Государственного медико-стоматологического университета

Конгресс-оператор «МЕДИ Ивент»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

З.Н. Макиян К.Н. Арсланян
Т.Ю. Гаврилова И.Ф. Козаченко
С.И. Аскольская С.Н. Кононов

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 978-5-906484-07-9

©«МЕДИ Экспо», 2014

Президент конгресса

Г.Т. Сухих

Академик РАМН, профессор

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

Заслуженный деятель науки РФ

Председатель организационного комитета конгресса

Л.В. Адамян

Академик РАМН, профессор

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Главный внештатный специалист Минздрава РФ по акушерству и гинекологии

Заслуженный деятель науки РФ

President of the Congress

Gennadiy Sukhikh

M.D., Professor, Academician of The Russian Academy of Medical Sciences

Head of the Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Honored Master of Science of Russian Federation

Chairman of the Congress Organizing Committee

Leila Adamyan

M.D., Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences

Deputy Director of the Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Head Specialist in Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health of Russian Federation

Honored Master of Science of Russian Federation

Дорогие коллеги,

Совсем недавно утверждена разработанная Минздравом России «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года». По словам министра здравоохранения В.И. Скворцовой, «с этой стратегии начинается новая эпоха в российской медицинской науке – эпоха консолидации и эффективной совместной работы на благо наших граждан». Не менее важное значение имеет недавно принятая государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (2013–2020 гг.), где выделена подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка».

В русле этих решений национальные и международные научно-практические форумы приобретают особую актуальность, как задающие вектор на повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи. Очередной Международный конгресс по репродуктивной медицине вновь собрал выдающихся российских и зарубежных экспертов из Бельгии, Франции, Италии, Великобритании, Германии, Испании, Израиля, США, Канады, Бразилии и других стран, которые вместе с вами проведут обсуждение и продолжат работу над решением наиболее острых проблем современной репродуктологии, акушерства, перинатологии, гинекологии с позиций доказательной медицины и лучшей медицинской практики.

Приветствуем вас на Восьмом Международном конгрессе по репродуктивной медицине и желаем вам плодотворной работы!

Г.Т. Сухих

Л.В. Адамян

Dear Colleagues,

Most recently a crucial document "The strategy for the development of medical science in the Russian Federation for the period up to 2025" developed by the Ministry of Health of Russia was approved by the Government. The Minister of Health Veronika Skvortsova stressed, "this strategy starts a new period in Russian medical science – period of consolidation and effective collaboration for the benefit of our citizens". Recently adopted federal program "Healthcare system development" (2013–2020) which comprises a special chapter "Maternal and children's health" is of equally important value.

In the context of these strategic statements national and international scientific forums get particular relevance as defining the vector for increasing the efficiency, quality and accessibility of health care. Our annual International Congress on Reproductive Medicine has again gathered the outstanding Russian and foreign experts from Belgium, France, Italy, UK, Germany, Spain, Israel, USA, Canada, Brazil and other countries, who together with you will discuss and work on solving the most acute problems of modern reproduction, obstetrics, perinatology, gynecology from the standpoint of evidence-based medicine and best medical practice.

We cordially welcome you to the 8th International Congress on Reproductive Medicine and wish you very fruitful work!

ГЛАВА 1 / CHAPTER I

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Н.Н. Кириленко

ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ В ИЗМЕНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ ОДНОГО ИЗ ГОРОДОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Московский государственный медико-стоматологический университет
Москва, Россия

Для оценки репродуктивного здоровья женщин московской области проводили полный сбор анамнеза, гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза. Особенности течения беременности и родов оценивали при помощи обменных карт и истории родов.

Проведенный статистический анализ результатов указывает на увеличение числа беременных, встающих на учет. При этом отмечается рост процента ранней явки с 69,5% в 2009 году до 73% в 2012 году.

С 2009 года процент срочных родов остается примерно на одном уровне, достоверно не отличаясь. Процент преждевременных родов имеет тенденцию к снижению. Отмечается увеличение процента неразвивающихся беременностей с 2,4 в 2009 году до 3,6 в 2012 году, что объясняется увеличением числа беременных с экстрагенитальной патологией, с увеличением числа беременных позднего репродуктивного возраста. Выявлено снижение процента абортов до 12 недель по медицинским показаниям с 0,7 в 2009 году до 0,4 в 2012 году, что можно объяснить проведением прегравидарной подготовки и снижением количества врожденных пороков развития плода; снижение процента самопроизвольных абортов до 22 недель с 0,4 в 2009 году до 0,3 в 2012 году, что можно объяснить своевременной госпитализацией беременных и адекватным лечением, в том числе и своевременной коррекцией истмико-цервикальной недостаточности.

Процент беременных осмотренных терапевтом достоверно растет с 89,6% до 94,7%, также отмечается рост процента беременных, осмотренных терапевтом до 12 недель с 62% до 71,5%. Это способствует своевременному выявлению и лечению экстрагенитальной патологии у беременных.

Частота экстрагенитальной патологии у беременных остается на достаточно высоком уровне. Отмечается снижение процента анемий у беременных с 44% до 37,9%, что объясняется своевременной диагностикой и профилактикой анемий у беременных. Рост заболеваний щитовидной железы у беременных московской области с 6,2% в 2009 году до 13% в 2012 году объясняется принадлежностью Московской области к эндемичным районам по патологии щитовидной железы, а также внедрением в обследование беременных многих городов московской области скрининга на патологию щитовидной железы.

Рост процента больных сальпингоофоритом (с 0,05% до 0,11%) и цервицитом (с 0,01% до 0,08%) объясняется ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров, пренебрежением барьерной контрацепции, увеличением числа инфекций передающихся половым путем, незапланированными беременностями, заканчивающимися прерыванием. Отмечается продолжение роста процента эндометриоза (с 0,05% до 0,2%), что можно объяснить ранним началом половой жизни, прерываниями беременности в анамнезе и поздним началом выполнения репродуктивной функции.

Заключение: Анализируя полученные данные можно констатировать тенденцию к улучшению состояния репродуктивного здоровья женщин подмосковья, за исключением роста процента воспалительных заболеваний и эндометриоза в структуре гинекологической заболеваемости.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, N.N. Kirilenco

COMMON TRENDS IN THE REPRODUCTIVE WOMEN'S HEALTH ON THE EXAMPLE OF ONE OF THE TOWNS OF THE MOSCOW REGION

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, Russia

In the thesis presents a summary of General trends in the state of reproductive health of women of Moscow region. Analyzing the data obtained it can be stated trend towards improvement in the reproductive health of women of Moscow suburbs, except for the proportion of inflammatory diseases and endometriosis in the structure of gynecological morbidity.

Л.В. Адамян, Н.С. Мельникова, О.В. Козлова

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ
Москва, Россия

В настоящее время демографы отмечают неуклонный рост во всем мире доли населения пожилого и старческого возраста. Наряду с накоплением различной экстрагенитальной патологии возрастные пациентки имеют высокий риск возникновения заболеваний половой сферы. В структуре гинекологической заболеваемости у женщин постменопаузального периода наиболее часто встречаются патологические процессы эндометрия, в том числе злокачественные. В связи с этим очевидна актуальность своевременной диагностики и адекватного лечения различных внутриматочных патологических процессов у данной категории больных.

Целью нашего исследования явилось изучения особенностей диагностики на амбулаторном этапе, а также хирургического лечения патологических процессов эндометрия у пациенток пожилого и старческого возраста в условиях стационара с целью оптимизации тактики ведения, профилактики злокачественных новообразований и улучшения качества жизни женщин в постменопаузальном периоде.

Материал исследования составили 288 пациенток, направленные в стационар с подозрением на внутриматочные патологические процессы по данным УЗИ-скрининга органов малого таза. Эти пациентки в 2008–2011 гг. входили в контингент, прикрепленный для ежегодного диспансерного наблюдения к ведомственным поликлиникам. Средний возраст составил 67,6±5,6 лет и соответствовал пожилому и старческому возрастным периодам по классификации ВОЗ. Данные, полученные при анализе менструальной и репродуктивной функции, укладывались в среднестатистические параметры, профессиональных вредностей отмечено не было. 253 пациентки (87,8%) жалоб со стороны органов малого таза не предъявляли. Поводом для их госпитализации послужило утолщенное М-эхо (более 4мм) и его неоднородность при скрининговой эхографии. Остальные пациентки (35; 12,2%) отмечали кровяные выделения из половых путей, боли внизу живота, бели. Всем пациенткам, поступившим в гинекологическое отделение ФГБУ «Клиническая больница», выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного материала. Все пациентки были отягощены соматически, некоторые из них имели в анамнезе оперативные вмешательства. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы (у 166 больных, 57,64%), также пациентки страдали варикозным расширением вен нижних конечностей (4,52%), заболеваниями молочных желез (7,99%), желудочно-кишечного тракта (11,46%), органов дыхания (5,56%) и мочевыводящих путей (3,48%), имелись эндокринные нарушения (ожирение, сахарный диабет, патология щитовидной железы). У многих отмечено сочетание различной экстрагенитальной патологии. Эти данные обусловили особенности анестезиологического пособия с индивидуальным подбором дозировок анестетиков и течения послеоперационного периода у иссле-

дованной группы пациенток. У 61 пациентки (21,2%) отмечались технические трудности при зондировании матки интраоперационно: у 38 больных имелась атрезия наружного зева, еще у 23 – атрезия внутреннего зева. Этим пациенткам зондирование матки проводилось с особой осторожностью под ультразвуковым контролем, также применяли с целью расширения цервикального канала водную диссекцию и эндоскопические инструменты (щипцы, ножницы) под контролем цервикогистероскопии. Гистероскопическая картина полости матки характеризовалась наличием полипов различных размеров и локализации, неоднородного локального утолщения эндометрия, субмукозных узлов I и II типов, синехий, признаков атрофии эндометрия и хронического эндометрита. При необходимости использовались эндоскопические щипцы и ножницы, выполнялась гистерорезектоскопия полипов на широком основании и субмукозных узлов миомы, а также электроаблация эндометрия у пациенток с рецидивирующими внутриматочными образованиями. При гистологическом исследовании полученного материала железисто-фиброзный полип обнаружен у 184 пациенток (63,9%), хронический эндометрит – у 10 (3,5%), аденокарцинома эндометрия – у 6 (2,1%), атрофичный эндометрий – у 69 (23,9%) и у 16 пациенток – субмукозная миома матки (5,6%). При анализе полученных данных выявлено, что у пациенток пожилого и старческого возраста наиболее часто встречаются железисто-фиброзные полипы эндометрия. Обращает на себя внимание высокий процент атрофических процессов эндометрия, что обусловлено постменопаузальными изменениями, а также высокая частота (2,1%) злокачественных новообразований эндометрия у возрастных пациенток. Таким образом, особенностью внутриматочных патологических процессов в пожилом и старческом возрасте является бессимптомное течение, интраоперационные технические сложности в связи с атрофическими изменениями в органах малого таза и атрезией цервикального канала, особенности анестезиологического пособия из-за отягощенности больных сопутствующей экстрагенитальной патологией. Однако более высокий риск в популяции злокачественных новообразований диктует необходимость ежегодного обследования с применением УЗ-скрининга и своевременного адекватного хирургического лечения с применением современных малоинвазивных технологий с целью первичной профилактики неоплазий и улучшения качества жизни данной категории пациенток.

L.V. Adamyan, N.S. Melnikova, O.V. Kozlova

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATHOLOGICAL PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM IN ELDERLYPATIENTS

President Clinic, Moscow, Russia

In the structure of gynecological morbidity in the elderly is most common intrauterine pathology. Aim of this study was to investigate the clinical features of pathological processes of the endometrium in elderly patients, especially diagnosis, surgical technique and anesthetic management. The important role of the annual ultrasound screening in the prevention of endometrial cancer.

Л.И. Анохова, Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, Н.И. Фролова, О.Ю. Дашкевич, О.А. Ли, Д.А. Ананьина, Н.В. Кадалова

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОГО РИСКА: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ, ПОКАЗАНИЯ, КОЭФФИЦИЕНТ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС
Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

Частота кесарева сечения (КС) в мире очень вариабельна (ВОЗ, 2012) и в 2011 году составляла 22,8%, в Забайкальском крае 23,3%. В России прирост частоты данного вида оперативного вмешательства составляет около 1% в год.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры показаний к КС, выполненных в ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» г. Читы (ГБУЗ ЗКПЦ) в 2012 году и расчет коэффициента эффективности кесарева сечения.

Материалы и методы. В анализ включены 1922 женщины, родоразрешенные путем операции кесарева сечения. Коэффициент эффективности кесарева сечения (КЭКС) рассчитывался по формуле, предложенной И.Н. Костиным (2007):

КЭКС = КС (%) в РФ х ПС (‰) в РФ / (КС (%) в исследуемом регионе х ПС (‰) в исследуемом регионе)^2 *10.

Коэффициент равный 2,0 и выше считается отличным; 1,5–2,0 – хороший; 1,0–1,5 – удовлетворительный; ниже 1,0 – плохой.

Результаты. В 2012 г. в ГБУЗ ЗКПЦ принято 2934 родов, из них нормальных – 1253 (42,6%), патологических – 1681 (57,4%). За анализируемый период частота операции кесарева сечения составила 33,5% (983/2934). 315 операций кесарева сечения выполнены при недоношенном сроке беременности, что составило 18,7% от общего числа патологических родов (n=1681); 10,7% – от общего числа родов (n=2934) и 32,1% (315/983) – от всех кесаревых сечений. Показания к оперативным родам встречались одинаково часто как со стороны матери, так и плода.

При ранжировании в порядке частоты встречаемости показаний к кесареву сечению на доношенном сроке беременности получены следующие результаты: несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения или миомэктомии в анамнезе; безэффективность терапии умеренной или тяжелой преэклампсии; дистресс плода, возникший при беременности или в родах; преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты (прогрессирующая легкой степени, средней и тяжелой степени тяжести); клинически узкий таз; ножное предлежание плода; беременность после ЭКО в сочетании с материнскими и плодовыми показаниями (поздний возраст матери, отсутствие эффекта от подготовки родовых путей, дистресс и/или задержка развития плода и др.); многоплодная беременность (59 двоен, 3 – тройни).

Актуальной проблемой современности является высокая частота кесарева сечения в возрастной группе до 27 лет (Курцер М.З., 2011). Согласно нашим данным, удельный вес молодых пациенток (до 30 лет) составил 17,4% (171/983), а самой многочисленной была когорта женщин старшего возраста (от 30 до 43 лет) – 82,6% (812/983). При этом следует отметить, что старший возраст женщины ни в одном случае не

явился основным показанием к оперативному родоразрешению: показания были сочетанными, как со стороны плода (задержка развития, дистресс, неправильные положения плода и др.), так и со стороны матери (преэклампсия, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты, аномалии родовых сил, клинически узкий таз, экстрагенитальные заболевания и др.). При расчете коэффициента эффективности кесарева сечения (КЭКС) по вышеуказанной формуле получена величина 1,9, что соответствует оценке «хорошо».

Резюме. Таким образом, в соответствии с концепцией современного перинатального акушерства выбор оперативного метода родоразрешения определялся материнскими показаниями и антенатальным статусом плода. Наиболее часто кесарево сечение выполнялось в старшей возрастной группе женщин (от 30 до 43 лет). Коэффициент эффективности кесарева сечения составил 1,9, что считается хорошим показателем.

L.I. Anokhova, T.E. Belokrinitskaya, D.A. Tarbayeva, N.I. Frolova, O.Yu.Dashkevich, O.A. Li, D.A. Ananyina, N.V. Kadalova

CESAREAN SECTION IN THE HIGH RISK HOSPITAL: AGE ASPECTS, INDICATIONS, EFFECTIVENESS RATIO

Chita State Medical Academy, Chita, Russia

The study was conducted in Zabaikalsky Regional Perinatal Center. The frequency of cesarean sections in 2012 was 33.5% (983/2934). 315 (32.1%) of all cesarean sections were executed in patients with 23–35 weeks of a gestation. 812 (82.6%) patients were belonged to age between 30 to 43 years and 171 (17.4%) patients were less than 30 years age. The common indication of elective cesarean section seen in our study was previous cesarean section. The effectiveness ratio of cesarean section was 1.9 (a good indicator).

Т.Е. Белокриницкая, Л.И. Анохова, Н.И. Фролова, С.А. Иозефсон, И.Б. Плоткин, Д.А. Ананьина, Д.Ж. Базарова, Д.Б. Банзаракшеева, А.Н. Демидович, Н.В. Кадалова, Н.В. Сапрыгина, Е.Б. Селезнева, А.С. Спесивцев, А.П. Федосеева, Л.Б. Филиппова, Ю.В. Якимова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС
Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

Проблема бесплодного брака имеет не только большое медико-биологическое, но и важное социальное значение, поскольку существенно влияет на демографиче-

ские показатели. Забайкальский край занимает 12-е место в стране и одно из ведущих мест в Восточно-Сибирском регионе по площади территории (431,9 тыс. км^2), имея при этом крайне низкую и постепенно снижающуюся за последние годы плотность населения (2,54 чел./км^2). Несмотря на некоторые положительные тенденции в основных демографических показателях региона, проблема воспроизводственных ресурсов остается острой, как в результате значительных миграционных потерь, так и вследствие снижения общего уровня как соматического, так и репродуктивного здоровья населения.

Цель исследования – изучить распространенность бесплодия у женщин фертильного возраста, проживающих на территории Забайкальского края.

Материалы и методы. Эпидемиологическое исследование распространенности женского бесплодия осуществлено в ноябре 2013 года, по технологиям, утвержденным международной программой ВОЗ «Репродукция человека». Для получения статистически достоверных данных о распространенности бесплодия был определен объем репрезентативной выборки, который составил 2400 женщин 18–45 лет. Анкетирование проводилось с помощью специального унифицированного вопросника, разработанного группой экспертов ВОЗ по бесплодию (проект №88093), в городах (Чита, Борзя, Нерчинск) и сельской местности (поселки Агинское, Могойтуй, Кокуй, Приаргунск, Усть-Карск, села Дульдурга, Новоборзинское, Усть-Озерное, Акурай, Хадабулак). Отбор респонденток в городе осуществлялся с использованием генератора случайных чисел из адресных списков лиц. В сельской местности, учитывая значительно меньшую численность населения, выборка женщин раннего репродуктивного возраста производилась сплошным методом по четным номерам домов. Опрошенные женщины разделялись на пять категорий в соответствии с классификационным алгоритмом ВОЗ: фертильные, предполагаемо фертильные, первично бесплодные, вторично бесплодные, с неизвестной фертильностью. Условиями включения в исследование было добровольное согласие респондентов на участие в опросе после их предварительного ознакомления со стандартным протоколом исследования. Оценка межгрупповых различий по качественным бинарным признакам проводилась по критерию $\chi 2$. Значения считали статистически достоверными при $p \leqslant 0{,}05$, при величине $\chi^2 > 3{,}84$.

Результаты и их обсуждение. В результате анализа данных анкетного опроса 2400 женщин репродуктивного возраста (543 горожанки и 1857 жительниц села) частота бесплодия в Забайкалье составила 25,3% (606/2400 женщин). Этот показатель в городе составил 23,4% (127/543), в сельской местности – 25,8% (479/1857). При сравнении показателей частоты бесплодия в городе и селе достоверной разницы не обнаружено (p=0,2564). Установлено, что среди инфертильных женщин в Забайкалье, как и в целом по России, преобладали вторично бесплодные, составляя 56,3% (341/606), при этом первичное бесплодие выявлено у 43,7% (265/606) пациенток. При ранжировании опрошенных в соответствии с классификационным алгоритмом категорий фертильности ВОЗ, получены следующие результаты: 1 группа – фертильные (имели беременность в течение текущего года или продолжают сохранять беременность в данное время) – 22,5% (541/2400); 2 – предполагаемо фертильные (имели в анамнезе беременность более 1 года назад) – 32,3% (776/2400); 3 – первично бесплодные (беременности в анамнезе не было, несмотря на регулярные половые контакты в течение года при условии отсутствия использования методов контрацепции) – 11,0% (265/2400); 4 – вторично бесплодные (бесплодные женщины с наличием беременности в анамнезе) – 14,2% (341/2400); 5

– с неизвестной фертильностью (беременности в анамнезе не было вследствие использования методов контрацепции, и/или при условии нерегулярных половых контактов) – 19,9% (477/2400).

Резюме. Таким образом, частота бесплодия в Забайкальском крае составляет 25,3%, что существенно превышает критический уровень 15%, установленный экспертами ВОЗ. Вторичное бесплодие встречается чаще первичного (56,3% против 43,7%). Данные показатели не только отражают низкое качество воспроизводственных ресурсов у жителей Забайкалья, но и оказывают негативное влияние на демографическую ситуацию в регионе в целом.

T.E. Belokrinitskaya, L.I. Anokhova, N.I. Frolova, S.A. Iozefson, I.B. Plotkin, D.A. Ananyina, D.Zh. Bazarova, D.B. Banzaraksheeva, A.N. Demidovich, N.V. Kadalova, N.V. Saprygina, E.B. Selezneva, A.S. Spesivtsev, A.P. Fedoseeva, L.B. Filippova, Yu.V. Yakimova

EPIDEMIOLOGY OF WOMEN`S INFERTILITY IN ZABAIKALSKY REGION

Chita State Medical Academy, Chita, Russia

The study examined the epidemiology of infertility in Zabaikalsky Region, using methodological approaches recommended by WHO and was based on the findings for a randomly selected sample of 2400 married women aged 18–45 years. A total 606 couples (25,3%) were considered infertile. This index is exceeds the 15% critical level defined by WHO. 43,7% of couples suffered from primary infertility and 56,3% from secondary infertility.

А.В. Ледина, В.Н. Прилепская

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ШЕСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ РОССИИ

ФГБУ «Научный Центр АГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

Несмотря на большое количество работ и широкий интерес к проблеме предменструального синдрома (ПМС), в настоящее время многие аспекты остаются неизученными. Прежде это касается высоких цифр распространенности изучаемого патологического состояния, особенно у молодых девушек. В то же время показатели распространенности в различных исследованиях варьируют от 30 до 95% и отличаются в зависимости от региона проживания. Так, по данным Singh BB etal (1998),ПМС встречается у 30–80% женщин США; по данным Steiner M. (2000) проявления ПМС наблюдаются более чем у 75% канадских женщин, а у жительниц Японии этот показатель достигает 95% (Takeda Tetal., 2006).

Проведено эпидемиологическое обследование, целью которого было изучение распространенности ПМС у женщин репродуктивного возраста в зависимости от региона их проживания.

Метод исследования – анкетирование с использованием специально разработанной и апробированнойанкеты. Анкетирование проводилось на базе высших и средних учебных заведений, предприятий и организаций Центрального (ЦФО), Северо-Западного (СЗФО), Приволжского (ПФО), Сибирского (СФО), Уральского (УФО) иДальневосточного (ДВФО) Федеральных Округов.

Всего проанкетировано 1500 женщин репродуктивного возраста (от 16 до 49 лет). В пропорциональном отношении процент включенных в исследование женщин соответствовалдоле женского населения соответствующего Федерального Округа, представленной в отчете Росстата по данным Всероссийской переписи населения 2010 года.

Подавляющее количество прошенных проживали в городах (74,5%), жители сельской местности составили примерно четвертую часть от числа всех респондентов (25,5%).

Наибольшая доля женщин с ПМС была выявлена в Сибирском ФО (71,1%/170) и достоверно отличалась от доли женщин в целом по России (62,6%/939), а также ПФО (53,1/199), ДВФО (47,5/38) и СЗФО (55,6/95), ($p<0,05$), а в Уральском ФО (80,0%/120) процент женщин с ПМС был выше как по России в целом (62,6%), так и по всем округам в отдельности. Доля женщин с ПМС в ЦФО составила 65,4%.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую распространенность ПМС у женщин РФ. Наиболее высокая частота ПМС выявлена у женщин Уральского и Сибирского Федеральных Округов.

Резюме. Проведенное анкетирование 1500 женщин шести Федеральных Округов Российской Федерации показало высокую распространенность предменструального синдрома, которая в среднем составила 62,2%.

A.V. Ledina, V.N. Prilepskaya

PREVALENCE OF PREMENSTRUAL SYNDROME IN WOMEN SIX FEDERAL DISTRICTS OF RUSSIA

Research Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology by V.I. Kulakov
Moscow, Russia

Summary. We interviewed 1,500 women of six Federal Districts of the Russian Federation, and revealed a high prevalence of premenstrual syndrome, which averaged 62.2%.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2012 ГОДУ

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Иваново

Одной из задач, реализуемых в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранения», является совершенствование службы родовспоможения при оказании перинатальной помощи при преждевременных родах за счет формирования трехуровневой системы оказания акушерской и неонатологической помощи.

Целью исследования явилась оценка эффективности регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в субъектах Центрального федерального округа (ЦФО) по результатам статистического анализа отчетных форм №32 субъектов ЦФО за 2012 год.

В 2012 году в ЦФО удельный вес родов в учреждениях родовспоможения I группы составил 11,4%, в акушерских стационарах II группы – 63,4%, III группы – 25,3% (в РФ – 14,6%., 62,1% и 23,3% соответственно). В 5,2% случаев роды произошли преждевременно, в том числе в сроке 22–27 недель беременности – 974 (из них в учреждениях родовспоможения I группы 6,6%, в родильных отделениях II группы – 39,0%, III группы – 54,4%), в сроке 28–36 недель – 10340 (6,6%, 49,4% и 44,4% соответственно). Об эффективности маршрутизации беременных женщин, рожениц и родильниц в ЦФО по сравнению с общероссийскими данными свидетельствует более оптимальное распределение преждевременных родов по учреждениям разной степени риска: в учреждениях родовспоможения I группы произошло 6,6% преждевременных родов от общего числа родов в территории, в родильных отделениях второй группы – 48,5%, третьей – 44,9% (в РФ – 9,4%, 52,3% и 38,3% соответственно).

В 2012 году в учреждениях родовспоможения ЦФО родилось живыми 728 детей с массой тела 500–999 г (0,34% от всех живорожденных), в том числе 4,7% в учреждениях первой группы риска, 31,6% – второй и 63,7% – третьей. Из числа родившихся живыми с массой тела 1000–1499 г (0,6% от всех живорожденных) 4,9% родились в учреждениях I группы, 34,4% – во второй и 60,8% – в третьей. Из числа родившихся живыми с массой тела 1500–2499 г (4,9% от всех живорожденных) 8,6% родились в учреждениях первой группы, 52,5% – во второй и 38,9% – в третьей.

Летальность новорожденных составила 0,3% (671 ребенок), из их числа 10,0% умерли в учреждениях первой группы, 40,2% – в акушерских стационарах второй группы и 49,8% – третьей (по РФ – 16,2%, 51,2%, 32,5% соответственно). Летальность новорожденных с ЭНМТ составила 40,4% (294 ребенка), из их числа 58,8% умерли в учреждениях первой группы, 40,9% – в акушерских стационарах второй группы и 38,8% – третьей. Летальность новорожденных с ОНМТ составила 7,6% (100 детей), из их числа 14,1% умерли в учреждениях первой группы, 8,2% – в акушерских стационарах второй группы и 6,8% – третьей. Летальность новорожденных с НМТ соста-

вила 1,1% (118 детей), из их числа 7,6% умерли в учреждениях первой группы, 49,2% – второй и 43,2% – третьей.

В 2012 году в учреждениях родовспоможения ЦФО в первые 168 часов умерли 557 детей (0,3% от всех живорожденных), в том числе 11,7% в учреждениях первой группы, 47,2% – второй и 41,1% – третьей.

Таким образом, об эффективности регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в ЦФО свидетельствуют более высокая по сравнению со среднероссийскими данными степень концентрации преждевременных родов в учреждениях третьей группы, и, как следствие, более низкая летальность новорожденных, в том числе в учреждениях первой группы.

Резюме: Результаты анализа отчетных форм (ф. 32) учреждений родовспоможения субъектов ЦФО за 2012 год свидетельствуют о более высокой эффективности регионализации перинатальной помощи при преждевременных родах в округе по сравнению с общероссийскими данными.

A.I. Malyshkina, O.N. Pesikin, M.V. Kuligina

EFFICIENCY REGIONALIZATION PERINATAL CARE FOR PRETERM LABOR IN CENTRAL FEDERAL DISTRICT IN 2012

Ivanovo, Russia

Summary: The results of the analysis report forms maternity hospitals subjects CFO for 2012 indicate a higher efficiency of regionalization of perinatal care for preterm labor in the county compared to nationwide data.

А.В. Осадчук[1], А.В. Попова[1], М.А. Клещев[1], А.И. Линник[2], В.А. Кульчицкий[2], Е.В. Типисова[3], Л.Н. Шантанова[4], П.Г. Петрова[5], И.П. Троев[5], В.В. Остобунаев[5], А.А. Еркович[6], Н.А. Ворошилова[6], Н.Н. Кузнецова[7], Л.В. Осадчук[1]

ЕВРАЗИЙСКИЙ МЕРИДИАННЫЙ ТРЕНД СПЕРМАТОГЕННОЙ ФУНКЦИИ В УРБАНИЗИРОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

1 – Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт цитологии и генетики СО РАН г. Новосибирск
2 – Институт физиологии НАН Беларуси г. Минск
3 – Институт физиологии природных адаптаций УрО РАН г. Архангельск
4 – Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН г. Улан-Удэ
5 – Медицинский институт Северо-Восточного Федерального университета г. Якутск
6 – Кафедра урологии Новосибирского государственного медицинского университета г.Новосибирск
7 – ООО Медицинский Центр «Эргин» г. Кемерово

Глобальный тренд в снижении сперматогенной функции у мужского населения, наблюдаемый во многих странах мира, в совокупности с демографическими проблемами в Российской Федерации, особенно выраженными у славянских народов, ставят задачу широкого скрининга и мониторинга потенциальной мужской фертильности и выяснения ее эколого-генетических механизмов.

Целью настоящего исследования являлось изучение сперматогенных показателей репродуктивного потенциала в урбанизированных районах на широком евразийском пространстве, включающем 6 городов Российской Федерации и Республики Беларусь: Минск, Архангельск, Новосибирск, Кемерово, Улан-Удэ и Якутск.

Исследование проведено на более 1,4 тысячах молодых мужчин добровольцах. У них определялся объем эякулята, общее количество, концентрация и подвижность сперматозоидов. Выяснение региональных различий проводили при помощи ковариационного дисперсионного анализа – ANCOVA, в котором все изучаемые показатели корректировались на продолжительность периода воздержания. Для выявления евразийского меридианного тренда в показателях сперматогенной функции использовался регрессионный анализ, в котором в качестве аргумента выступала восточная долгота, выраженная в градусах. Она менялась в широких пределах: от 27.6^0 для Минска до 129.7^0 для Якутска. Весь статистический анализ выполнялся с помощью пакета STATISTICA 8.0.

По всем сперматогенным показателям выявлены существенные региональные различия. Последующий регрессионный анализ продемонстрировал высокодостоверный меридианный координированный градиент, проявляющийся в градуальном повышении всех показателей сперматогенеза в западном направлении. Установленный географический тренд потенциальной мужской фертильности, по-видимому, связан с прогрессивным снижением продукции и подвижности сперматозоидов в эякуляте в северо-восточном регионе РФ, характеризующемся климато-экологическим дискомфортом.

Анализ кривых распределения общего количества и концентрации сперматозоидов в эякуляте выявил их экспоненциальный характер, свидетельствующий о том,

что низкий уровень сперматогенеза представлен наибольшей частотой в исследованных популяциях. Эти данные указывают на потенциальные риски, связанные с воспроизводством населения. Очевидно, что доля мужчин с пониженным уровнем сперматогенеза может формироваться не только за счет антропогенного загрязнения окружающей среды или изменения образа жизни, но и вследствие наследственных факторов. Этому процессу способствует, в частности, ограничение естественной рождаемости, которое наблюдается на протяжении последних 100 лет в индустриально развитых странах и связано с планированием малодетной семьи (1–2 ребенка), что фактически является проявлением массового искусственного отбора на снижение фертильности. Ответ на такой отбор может быть достаточно быстрым, если реализуется через аддитивные генетические эффекты. Такого рода демографический тренд может приводить к уменьшению концентрации сперматозоидов в эякуляте, так как у высокофертильных мужчин генетический вклад в потомство снижается ввиду социальных ограничений размера семьи. По-видимому, в современной популяции человека доля мужчин с пониженной сперматогенной функцией со временем будет повышаться, если не изменятся социальные установки относительно планируемых размеров семьи. Полученные данные являются актуальными для профилактической медицины и указывают на необходимость организации диспансеризации мужского населения в целях поддержания репродуктивного здоровья.

Работа поддержана грантами Президиума РАН (проект ФНМ-28) и Президиума СО РАН (проекты №25 и №57).

Резюме. Проведена оценка сперматогенных показателей репродуктивного потенциала в урбанизированных районах на широком евразийском пространстве, включающем 6 городов Российской Федерации и Республики Беларусь: Минск, Архангельск, Новосибирск, Кемерово, Улан-Удэ и Якутск. На основе ANCOVA дисперсионного анализа выявлены существенные региональные различия по всем сперматогенным показателям. Последующий регрессионный анализ продемонстрировал высокодостоверный меридианный координированный градиент, проявляющийся в градуальном повышении всех показателей сперматогенеза в западном направлении. Анализ кривых распределения общего количества и концентрации сперматозоидов в эякуляте выявил их экспоненциальный характер, свидетельствующий о том, что низкий уровень сперматогенеза представлен наибольшей частотой в исследованных популяциях. Эти данные указывают на потенциальные риски, связанные с воспроизводством населения.

A.V. Osadchuk[1], A.V. Popova[1], M.A. Kleshev[1], A.I. Linnik[2], V.A. Kulchitsky[2], E.V. Tipisova[3], L.N. Shantanova[4], P.G. Petrova[5], I.P. Troev[5], V.V. Ostobunaev[5], A.A. Erkovich[6], N.A. Voroshilova[6], N.N. Kuznetsova[7], L.V. Osadchuk[1]

EURASIAN MERIDIAN TREND OF SPERM FUNCTION IN URBAN POPULATIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION AND THE REPUBLIC OF BELARUS

1 – The Institute of Cytology and Genetics of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk

2 – The Institute of Physiology of the National Academy of Sciences of Belarus, Minsk
3 – The Institute of Environmental Physiology. Ural Department of the Russian Academy of Sciences, Arkhangelsk
4 – The Institute of General and Experimental Biology» SB RAS, Ulan-Ude
5 – The Medical Institute of the North-East State University, Yakutsk
6 – Urology Department of The Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk
7 – The Medical Centre «Ergin», Kemerovo

Semen quality ANCOVA and regression analyses in six urban populations (Arkhangelsk, Novosibirsk, Kemerovo, Ulan-Ude, Yakutsk and Minsk) of the Russian Federation and the Republic of Belarus were carried out. Significant regional differences in all semen characteristics were demonstrated. Based on regression analysis the Eurasian meridian gradient of sperm quality was revealed that indicated a gradual increase in all semen characteristics towards western direction. The exponential distribution of sperm count and concentration was detected that pointed to potential risk in human reproduction because the lowest sperm quality was represented by the highest frequency in the populations investigated.

О.Г. Фролова, Т.К. Гребенник

ОПЕРАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России», Москва, Россия

Целью государственной программы Российской Федерации «Развитие Здравоохранения» является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи, повышение эффективности медицинских услуг. Объемы, виды и качество которых должны соответствовать потребностям населения, передовым достижениям науки. Хирургическая акушерско-гинекологическая помощь является важным разделом в решении поставленных задач.

Цель: анализ статистических данных по объему оперативной деятельности в акушерско-гинекологических стационарах за 2012 г.

Материалы и методы: данные официальной статистики акушерско-гинекологических учреждений за 2012 г. Методы: аналитический.

Результаты. В стационарах РФ (все профили) в 2012 г. проведено 9417080 операций; из них на женских половых органах – 1514302, что составило 16,1%. При включении в число акушерско-гинекологических операций абортов, проведенных в стационаре в 2012 г. (687804 – 7,3% от общего числа оперативных вмешательств в стационаре) их величина возросла до 3245150 (34,5% от общего числа операций в динамике с 2008 г. по 2012 г.). Общее число операций на женских половых органах изменилось незначительно – возросло за эти годы на 6928, при этом число акушерских и гинекологических операций возросло, а число абортов сократилось. С 2008 г. по 2012 г. число всех операций возросло на 488692 – на 10.5%, на женских половых органах за этот период – на 6928 (4.5%). Число акушерских операций возросло за указанный период

на 115877 (с 927167 до 1043044), гинекологических операций на 6928, (с 1507374 до 1514302), число произведенных абортов сократилось в стационаре на 215841 с 903645 до 687804. Возросло число операций на молочной железе (с 110485 в 2008 г. до 119176 в 2012 г.). Из акушерских операций увеличилось число кесаревых сечений (с 338063 в 2008 г. до 446262 в 2012 г.), снизилось число экстирпаций и надвлагалищной ампутации матки в сроке 28 недель беременности и более с 2938 до 2682, до 28 недель беременности – с 472 до 411 случаев, за указанный период. Возросло число операций по поводу внематочной беременности с 51100 в 2008 г. до 52290 в 2012 г.

При указанном объеме оперативной деятельности в акушерско-гинекологической практике большое значение имеет хирургическая подготовка акушеров-гинекологов. В ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, в отделе оперативной гинекологии и общей хирургии проводится обучение специалистов на циклах повышения квалификации по темам: «Гистероскопия в оперативной гинекологии» и «Лапароскопия в оперативной гинекологии».

Таким образом, оперативная деятельность в акушерско-гинекологической практике занимает существенный объем и от уровня качества этой помощи во многом зависит уровень репродуктивного здоровья женщин.

Резюме: Материалы статистического анализа хирургической деятельности в акушерско-гинекологической практике показали, что она занимает значительное место, составляя 34.5% от общего числа хирургических операций в стационарах. Поэтому хирургическая подготовка акушеров-гинекологов будет обеспечивать качество помощи по охране репродуктивного здоровья женщин.

O.G. Frolova, T.K. Grebennik

OPERATIONAL ACTIVITY IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC PRACTICE

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

Materials of the statistical analysis of surgical activity in obstetric and gynecologic practice showed that it takes an important place, making 34.5% of total number of surgeries in hospitals. Therefore surgical training of obstetricians-gynecologists will provide quality of the help with protection of reproductive health of women.

ГЛАВА 2 / CHAPTER 2

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

З.А. Абусуева, Т.Х-М. Хашаева, А.Э. Эседова, А.М. Аттаева

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И ЗГТ

Кафедра акушерства и гинекологии ДГМА
Махачкала, Россия

В постменопаузе развитию мочеполовых нарушений способствуют естественные процессы инволюции и дефицит эстрогенов. У женщин в постменопаузальном периоде распространенность недержания мочи составляет 12–40%. Отсутствуют данные о влиянии непрерывной заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на нарушение мочеиспускания у женщин в постменопаузе.

Цель исследования – изучение распространенности нарушений мочеиспускания у женщин в постменопаузе и влияние непрерывной комбинированной ЗГТ на эти нарушения.

Материалы и методы исследования. Для опроса пациенток использовали стандартизированную анкету, вопросы которой касались различных параметров мочеиспускания. В качестве ЗГТ пациентки ежедневно получали по 2 мг 17β-эстрадиола в комбинации с различными дозами дидрогестерона (5, 10 мг 1 раз в неделю). Первичное обследование проводили непосредственно перед началом терапии, а повторное – через 6 месяцев после начала.

Результаты. Из 82 женщин, включенных в исследование, только 76 пациенток получали ЗГТ все 6 месяцев. Недержание мочи отмечалось у 43,8%, причем у 20,1% эпизоды возникали чаще 2 раз в неделю. Учащение мочеиспускания в дневное и ночное время беспокоило 28,9% женщин. У пациенток с никтурией частота позывов на мочеиспускание значительно снижалась через 6 месяцев терапии. На фоне лечения никтурия прекратилась у 64,7% женщин; недержание мочи – у 23,1%. Доза дидрогестерона не оказывала значимого влияния на частоту нарушений мочеиспускания.

Выводы. На фоне 6-месячного приема непрерывной комбинированной заместительной гормональной терапии у женщин в постменопаузе отмечается уменьшение распространенности недержания мочи и никтурии, причем в наибольшей степени

улучшения качества никтурии. Доза дидрогестерона не влияет на частоту нарушений мочеиспускания.

Z.A. Abusueva, T. H.-M. Hašhaeva, A. E. Èsedova, A.M. Attaeva

URINATION DISORDERS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN END HRT

Department of obstetrics and Gynecology of the DSMA
Makhachkala, Russia

Of the 82 women included in the study, urinary incontinence was observed at 43.8%, 20.1% of episodes had more 2 times a week. Frequent urination during the day and at night worried 28.9% women. As HRT patients received daily by 17β-estradiol 2 mg in combination with different doses of didrogesterona (5, 10 mg 1 time per week). In patients with nikturiej frequency of the urge for urination significantly decreased after 6 months of therapy. In the face of treatment for nocturia 64.7% of women stopped; urinary incontinence – 23.1%. Didrogesterona dose not has significant effect on the frequency of urination.

Л.В. Адамян, М.М. Сонова, Н.М. Шамугия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ЛЕЧЕНИИ СИМТОМНОЙ МИОМЫ МАТКИ

Кафедра Репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ
Россия, г. Москва

Миома матки является одним из самых распространенных на сегодняшний день гинекологических заболеваний и встречается почти у 40% женщин репродуктивного возраста. Миома матки доброкачественное гормонально зависимое образование гладкомышечных клеток миометрия. Миомы у многих женщин не сопровождаются какими либо симптомами, однако когда они появляются, приводят к значительному снижению качества жизни. Основными симптомами заболевания являются: обильное длительное маточное кровотечение, часто приводящее к тяжелой анемии; боли в области таза, симптомы сдавливания смежных органов. Миомы, деформирующие полость матки также могут вызвать бесплодие, невынашивание и другие осложнения беременности. До сих пор в качестве средства предоперационной терапии миом применялись только агонисты GnRH (гонадотропин-высвобождающего гормона), но возможности их применения были относительно ограниченными из-за побочных эффектов, вызванных снижением уровней эстрогенов до таковых, характерных для постменопаузы (приливы, депрессия, перепады настроения, утрата либидо, вагиниты и уменьшение плотности костной ткани). Улипристала ацетат является перо-

рально активным селективным модулятором рецепторов прогестерона (СМРП), который связывает с высоким аффинитетом прогестероновый рецептор, где он обладает антагонистической и частично агонистической активностью. Препарат обладает минимальным аффинитетом к андрогенному рецептору и не проявляет аффинности к человеческому эстрогену или минералокортикоидным рецепторам. Улипристала ацетат является избирательным модулятором рецептора прогестерона, ингибирует пролиферацию и индуцирует апоптоз клеток миомы invitro. Препарат также модулирует экспрессию факторов роста сосудистого эндотелия и гормональных рецепторов, модулирует распад экстрацеллюлярного матрикса не в клетках миометрия, а только в клетках миомы.

Целью нашего исследования явилось оптимизация тактики ведения пациенток с миомой матки с использованием в качестве предоперационной подготовки СМРП (улипристала ацетата). Механизм действия СМРП все еще не известен, но их действие на симптомы, связанные с миомой, и сокращение размера миоматозных узлов были доказаны в клинических исследованиях (McCarthy-Keith D.M., Armstrong A.Y., 2011; Donnez J. etal., 2012; Duhan N., 2011). Их селективное антипролиферативное, проапоптотическое и антифибринолитическое действие было продемонстрировано в посевах тканей человека invitro. Наше исследование проводится на базе кафедры репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ. В исследуемую группу вошли 9 пациенток с симптоматической миомой матки (маточные кровотечения, постгеморрагическая анемия, наличие симптомов давления в малом тазу), находящихся в позднем репродуктивном периоде. Пациентки получали 12-недельное лечение СМРП в суточной дозе 5 мг улипристала ацетата в сравнении с группой пациенток, получавших лечение аГнРГтрипторелином в дозе 3,75 мг внутримышечно 3 раза с интервалами в 28 дней. Маточное кровотечение прекратилось у всех наблюдаемых женщин, принимающих улипристала ацетатаменорея наступала в среднем на 7 сутки. Среднее изменение общего объема миомы составило около 20–25% от первоначальных размеров на первом месяце терапии и до 40% после 3-х месячного курса. Значимых изменений в частоте развития каких-либо нежелательных явлений не выявлено. Наиболее распространенными нежелательными явлениями, связанными с приемом улипристала ацетата, были головная боль и болезненность молочных желез, однако значимого повышения частоты этих явлений не отмечено.

Резюме. Улипристала ацетат является первым в своем классе оральным селективным модулятором прогестероновых рецепторов. Они обратимо блокируют прогестероновые рецепторы в тканях-мишенях. Прием этого препарата 1 раз в день в течение 12 недель (в сравнении с инъекциями агонистов GhRH) способствовал остановке маточного кровотечения, коррекции анемии и уменьшению объема миомы. Препарат улучшает качество жизни и не оказывает таких побочных эффектов как гипоэстрогения в отличие от агонистов GnRH.

L.V. Adamyan, M.M. Sonova, N.M. Shamugiya

EXPERIENCE OF ULIPRISTAL ACETATE TREATMENT OF SYMPTOMATIC UTERINE FIBROIDS

Department of Reproductive Medicine and Surgery; Moscow State Medical and Dentistry University, Moscow

Ulipristal acetate, a selective progesterone-receptor modulator, inhibits the proliferation and induces apoptosis of leiomyoma cells in vitro. It also modulates the expression of vascular endothelial growth factors and hormone receptors and modulates extracellular matrix breakdown in leiomyoma cells but not in myometrial cells. Uterine bleeding was rapidly controlled by ulipristal acetate. Approximately half of recipients of ulipristal acetate 5 mg/day became amenorrhoeic within the first 10 days of treatment. Furthermore, uterine bleeding was controlled significantly more rapidly for recipients of ulipristal acetate than recipients of leuprolide acetate.

В.А. Алейник, Д.Б. Асранкулова, С.М. Бабич, Х.Н. Негматшаева, О.С. Юлдашева, Г.М. Маниёзова

СОДЕРЖАНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ, ТИРЕОГЛОБУЛИНУ И К ДНК У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Обследованы 2 группы женщин: 1 – с реализованными беременностями и 2 – имевших два и более случая самопроизвольного прерывания беременности. Установлено, что у женщин второй группы статистически достоверно чаще встречаются антитела к тиреопероксидазе, тиреоглобулину, к ДНК-ds и ДНК-ss. Данный факт указывает на необходимость исследования этих маркеров с целью выявления аутоиммунных факторов невынашивания беременности.

Сывороточная концентрация любых антител у здоровых женщин поддерживается в узких физиологических рамках, тогда как у женщин, страдающих невынашиванием беременности, имевших в анамнезе случаи гибели плода или рождения детей с пороками развития, концентрация многих антител выходит за границы физиологической нормы более чем в 90% случаев [Полетаев, 2008]. Характерно, что чем более выражены изменения в содержании антител, тем чаще наблюдаются неблагоприятные исходы беременности. Даже небольшие отклонения (порядка 10–15% от нормы) в содержании антител примерно в каждом восьмом случае ведут к остановке развития беременности или рождению ребенка с нарушениями, а стойкое двукратное превышение (или снижение) их уровня ведет к неблагоприятным исходам более чем в 60% случаев [Poletaev, Morozov, 2000]. Избыток материнских антител, может создавать

предпосылки для развития патологии плода за счет прямой антителообусловленной агрессии либо в результате эпигенетического иммунного импринтинга.

Целью данного сообщения было проанализировать частоту встречаемости антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, а так же антител к нативной и денатурированной ДНК у женщин с самопроизвольным прерыванием беременности.

Обследованы 275 женщин, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 58 женщин, имевших от 1 до 4 полноценных беременностей, во вторую группу – 217 женщин, у которых в анамнезе было 2 и более самопроизвольных прерываний беременности. Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТП) и тиреоглобулину (АТ-ТГ) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартных тест-систем фирмы «ХЕМА-МЕДИКА» (Россия). Для определения антител к двуспиральной ДНК (ds ДНК), к односпиральной ДНК (ss ДНК) в сыворотке крови использовался метод ИФА (стандартные наборы ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Материал статистически обработан с вычислением относительных (P) величин, их средних ошибок (m) и коэффициента достоверности разности относительных величин по Стьюденту-Фишеру (t).

Установлено, что у женщин первой группы антитела к тиреопероксидазе встречались в 12,3±4,3% случаев, во второй группе женщин эти антитела встречались в 31,6±3,2% случаев (P<0,001), причем, в этой группе женщин у 14,3% обследованных антитела к тиреопероксидазе имелись в высоких титрах.

Антитела к тиреоглобулину у женщин первой группы встречались в 6,2±3,2% случаев. У женщин второй группы эти антитела встречались в 23,4±2,9% (P<0,001), в этой группе высокие титры антител к тиреоглобулину встречались у 8,6% обследованных.

Антитела к двуспиральной ДНК у женщин первой группы были выявлены в 15,7±4,8% случаев, у женщин второй группы эти антитела выявлены в 28,9±3,1% случаев (P<0,05). Антитела к односпиральной ДНК у женщин первой группы были выявлены в 8,9±3,7% случаев, у женщин второй группы эти антитела встречались в 21,3±2,8% (P<0,001). В связи с тем, что ss ДНК более иммуногенна, чем ds ДНК, определение антител только к ss ДНК позволяет выявить возникновение заболевания в более ранние сроки. Сочетанное определение антител к ДНК-ds и ДНК-ss увеличивает диагностическую значимость этих антител.

Таким образом, у женщин с двумя и более случаями самопроизвольного прерывания беременности целесообразно исследовать антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину, а также антитела к ДНК-ds и ДНК-ss с целью выявления аутоиммунных факторов, способствующих невынашиванию беременности, для проведения адекватного лечения.

V.A. Aleynik, D.B. Asrankulova, S.M. Babich,
H.N. Negmatshaeva, O.S. Yuldasheva, G.M. Maniyozova

THE CONTENTS OF AUTOANTIBODIES TO THYROID PEROXIDASE, THYREOGLOBULIN AND TO DNA FOR THE WOMEN WITH MISCARRIAGE

Andizhan State Medical Institute, Uzbekistan

Summary. The study included two groups of women: 1 – with realized pregnancies and 2 – who had two or more cases of spontaneous abortion. Found that the women of the second group was significantly more common anti-thyroid peroxidase, thyroglobulin, ds-DNA and ss-DNA. This fact points to the need to investigate these markers to identify autoimmune factors of miscarriage.

Т.Г. Боровская М.Е. Полуэктова Г.В. Карпова

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕЙСТВИЯ ЭТОПОЗИДА НА СИСТЕМУ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВО

ФГБУ НИИ Фармакологии СО РАМН, г. Томск

Клиническая онкофармакология является динамично развивающимся разделом онкологии. В последние годы, в связи с обнадеживающими результатами лечения злокачественных новообразований, значительно возросло количество женщин, находящихся в длительной ремиссии после химиотерапии, и решившихся на беременность. Известно, что в отдаленные сроки после использования противоопухолевых препаратов может наблюдаться недостаточность системы гемопоэза. В условиях дополнительной нагрузки, которой является беременность, гематотоксическое действие антибластомных средств может быть более выраженным и отрицательно сказаться на состоянии потомства. Ранее установлено, что в отдаленные сроки после введения противоопухолевого препарата этопозида у небеременных крыс отмечается возрастание количества ретикулоцитов, снижение количества тромбоцитов и лимфоцитов.

Целью настоящего исследования явилась оценка состояния системы периферической крови у беременных крыс, получавших этопозид за 1, 3 и 6 мес до спаривания, а также оценка состояния их потомства. Выбор этопозида обусловлен тем, что схемы лечения, включающие этот препарат, являются приоритетными при лечении ряда опухолей с благоприятным прогнозом заболевания (болезнь Ходжкина, неходжкинские лимфомы, рак яичников, трофобластическая опухоль). Эксперименты выполнены на 120 крысах-самках популяции Вистар, из которых 60 составили контрольную группу животных. Этопозид (вепезид, «Teva», Израиль) вводили крысам-самкам опытных групп однократно внутривенно в максимально переносимой дозе. Животные фоновой группы получали эквиобъемное количество растворителя. Через

1, 3 и 6 мес после введения этопозида крыс-самок скрещивали с интактными самцами. Показатели периферической крови и костного мозга исследовали до беременности (контроль) и на 20-й день беременности (опыт). Кроме того, у беременных крыс-самок определяли постимплантационную смертность, у потомства – индекс выживаемости. При статистической обработке полученных данных использовали непараметрический критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Установлено, что у небеременных крыс выявлялись изменения, соответствующие ранее полученным (ретикулоцитоз, лимфо-, тромбоцитопения). У беременных крыс-самок, которым вводили этопозид за 1 мес до спаривания отмечалось выраженное угнетение эритроидного ростка кроветворения (снижались средние значения гематокрита, содержание эритроцитов, гемоглобина, средний объем эритроцитов). У беременных крыс, получавших этопозид за 3 мес до спаривания гематокритное число, средний объем эритроцитов, содержание гемоглобина возрастало по сравнению с таковым у небеременных крыс. В костном мозге статистически значимо увеличилось абсолютное число эритронормобластов. Полученные данные свидетельствуют о повышении регенераторной способности эритроидного ростка после его угнетения. Через 6 мес после введения этопозида в периферической крови крыс экспериментальной группы увеличивался средний объем эритроцитов и количество ретикулоцитов по сравнению с контролем. В костном мозге снижалось количество эритронормобластов и митозов в них. Характер отмеченных изменений позволяет заключить о наличии у животных гемолитической анемии. Анализ состояния потомства показал, постиплантационная гибель и индекс выживаемости у крыс, получавших этопозид за 1, 3 мес до спаривания не отличались от таковых в контроле. У крыс, которым вводили этопозид за 6 мес до скрещивания наблюдалось возрастание (до 83,0±5,8%) гибели плодов после имплантации (в фоне 9,7±7,1%, $P \leqslant 0,05$). Индекс выживаемости потомства снижался до 45,2±16,6% (в фоне 95,8±7,7%, $P \leqslant 0,05$). Таким образом, в условиях дополнительной нагрузки на гемопоэтическую ткань (беременность) введение этопозида вызывало у крыс развитие гемолитической анемии. Учитывая, что анемия оказывает неблагоприятное влияние и способствует высокой перинатальной смертности, то отмеченные выше изменения состояния потомства могут быть, по-видимому, результатом выраженной недостаточности эритроидного ростка гемопоэза.

Резюме. В условиях дополнительной нагрузки (беременность) в отдаленные сроки после введения этопозида (1, 3 и 6 мес) у крыс развивается гемолитическая анемия. Через 6 мес после введения препарата в периферической крови снижено содержание эритроцитов, гемоглобина, гематокритного числа, в костном мозге – количество эритронормобластов. Потомство этих крыс характеризовалось повышенными показателями постимплантационной гибели и низким индексом выживаемости.

T.G. Borovskaya, M.E. Poluektova, G.V. Karpova

LONG-TERM EFFECTS ETOPOSIDE ON THE BLOOD SYSTEM OF PREGNANT RATS AND THEIR OFFSPRING

Tomsk, Russia

The hemolitic anaemia develops at rats in the conditions of additional loads (pregnancy) in the remote terms after introduction etoposide (1, 3 and 6 month). Maintenance of erythrocytes, haemoglobin, haematocrit, in an osteal brain – quantity erythronormoblasts is lowered in peripheric blood through 6 month after preparation introduction. The posterity of these rats was characterised by the raised indicators postimplantation destructions and a low index of survival rate.

С.Н. Гайдуков, А.Ф. Арутюнян, Е.В. Костюшов, В.Е. Костюшов

РОЛЬ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ MMP-1 И PAJ-1 В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ АДЕНОМИОЗА

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Сертоловская центральная городская больница

В настоящее время, учитывая важную роль матриксных металлопротеиназ (MMP) в ремоделировании тканей и органов, представляет интерес их регулирование в репродуктивных органах женщин. Среди них особую роль играет матриксная металлопротеиназа-1, (MMP-1) и стромелизина-1 (MMP-3). Значительную роль в ремоделировании тканей матки играют также факторы системы гемокоагуляции, которые осуществляют активацию факторов каскада свертывания крови и фибринолиза. Таким образом, исследование распространенности генных вариантов MMP-1, PAI-1 у больных с аденомиозом с различными клиническими вариантами заболевания представляет интерес с клинических позиций.

Целью настоящего исследования явилась изучение распространенности генных вариантов металлопротеиназы-1(MMP-1) (1G/2G) и ингибитора активатора плазминогена-1(PAI-1) (4G/5G) у больных с аденомиозом с целью прогноза развития заболевания. Проведена оценка распространенности генных вариантов матриксной металлопротеиназы-1(MMP-1) (1G/2G) и ингибитора активатора плазминогена-1(PAI-1) (4G/5G) у 150 больных с аденомиозом. Возраст больных колебался от 27 до 42 лет (35±1,5 года). Группу популяционного контроля составили 200 жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов крови больных и доноров с применением набора «ДНК-Сорб» («Литех», Москва). Тип промоторного полиморфизма генов MMP-1 (1G/2G), PAI-1 (4G/5G) определяли с помощью аллель-специфической полимеразной цепной реакции ДНК (ПЦР ДНК). Продукты ПЦР после электрофореза оценивали в агарозном геле при окраске этидий-бромидом. Анализ распределения изученных генных вариантов показал высокую частоту

встречаемости альтернативных аллелей генов MMP-1, PAI-1 у обследованных больных с аденомиозом. Получены результаты, свидетельствующие о высокой частоте встречаемости генотипа 1G/1G MMP-1 в группе женщин, находившихся в перименопаузе и имевших по данным анамнеза клинически неактивное течение заболевания (маленькие, стабильные размеры матки, невысокая частота меноррагий). Кроме того, было обнаружено, что у больных стабильным течением заболевания отмечалась повышенная встречаемость генотипа 1G/1G гена MMP-1, тогда прогресс аденомиоза ассоциировался с пониженной частотой данного аллеля (p=0,02). Обнаружена достоверная ассоциация между наличием аллеля 1G MMP-1 (генотипы 1G/1G и 1G/2G) и частотой встречаемости сопутствующего аденомиозу миома матки (p=0,008): частота генотипа 1G/1G существенно ниже у больных с аденомиозом при сочетание с миомой матки. При исследовании частоты встречаемости различных генотипов гена PAI-1 у пациенток с различным темпом роста аденомиоза была обнаружена достоверная ассоциация между наличием аллеля 5G гена PAI-1 и прогрессированием заболевания (p=0,04). А аллель 4G гена PAI-1 чаще всего встречалось у больных выраженным болевым синдромом. 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 больными, имевшими стабильную или фиброзную форму опухоли где чаще всего встречался гаплотип 1GMMP-1/4GPAI-1

Таким образом, прогрессирование аденомиоза, возникновение клинические значимые формы заболевания, развитие миоме матки при аденомиозе могут быть ассоциированы с различной активностью аллелей генов матриксной металлопротеиназы-1 и ингибитора активатора плазминогена типа 1. Определение полиморфных генных вариантов может быть использовано в целях прогноза течения заболевания.

S.N. Gaydukov, A.F. Harutyunyan, E.V. Kostyushov, V.E. Kostyushov

GENE POLYMORPHISM MMP-1 AND PAJ-1 FORECAST OF DEVELOPMENT OF ADENOMYOSIS

St. Petersburg State Pediatric Medical University
Sertolovsky central city hospital

The aim of current research was to study the incidence of gene variations of metalloproteinase-1 (MMP-1) (1G/2G) and plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) (4G/5G) in patients with adenomyosis in the prediction of the disease. Conducted Assessment of gene variants incidence matrix metalloproteinase-1 (MMP-1) (1G/2G) and plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) (4G/5G) by 150 patients with adenomyosis. The results showed that the identification of polymorphic genetic variants of matrix metalloproteinase-1 and plasminogen activator inhibitor type 1 can be used for prognosis of the disease.

В.О. Генералов, Е.В. Цаллагова, А.М. Югай, А.Б. Орехов, И.А. Ушакова

ЗАВИСИМОСТЬ МАССЫ ТЕЛА И МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

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

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний и регистрируется с частотой 1% в популяции, причем 25–40% больных – это женщины детородного возраста. Как у мужчин, так и у женщин, страдающих эпилепсией, репродуктивная эндокринная дисфункция и снижение фертильности встречаются чаще, чем в общей популяции. Предполагается, что как само заболевание (эпилепсией), так и его лечение (применение противоэпилептических препаратов), могут изменять функцию эндокринной системы и приводить к репродуктивным нарушениям у пациентов с эпилепсией. По данным многочисленных наблюдений и исследований, препараты вальпроевой кислоты являются «золотым стандартом» при терапии различных форм эпилепсии. Вместе с тем, в связи с разрозненностью мнений ученных на механизм возникновения наиболее часто встречающихся побочных реакций со стороны репродуктивной системы женщин на фоне приема вальпроатов и неясностью механизма его действия нами было проведенорандомизированноеисследование по оптимизации схемы лечения эпилепсии в зависимости от проявления побочных реакций.

Целью данного исследования явилось выявление зависимости нарушений менструальной функции, метаболизма и массы тела от проводимой противосудорожной терапии.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 154 женщины, обратившиеся с жалобами на нарушения менструальной функции и прибавку массы тела после назначения препаратов вальпроевой кислоты для терапии различных форм эпилепсии. Пациентки были разделены на две равноценные группы: в 1-ю группу вошли 75 женщин, средняя масса тела которых составляла 103,7±1,8 кг, а во 2-ю – 79 женщин со средней массой тела, равной 107,2±0,5 кг.

Пациенткам обеих групп был разработан гипокалорийный рацион питания и подобраны оптимальные физические нагрузки. Пациенткам обеих групп продолжена терапия препаратомвальпроевой кислоты Депакин. Средняя суточная доза 750 мг. Средняя концентрация препарата 56,2 мкг/мл. Комплексное лечение эпилепсии пациенток 2-й группы было дополнено препаратом Топамакс. Средняя суточная доза 125 мг. Наблюдение за пациентками на первом этапе исследования проводилось в течение 1 года.

Результаты исследования: Через год наблюдения средняя масса тела пациенток 2 группы составляла 79,5±0,7 кг, у пациенток 1 группы 91,4±1,2 кг.

В течение первого года спонтанное восстановление менструальной функции отмечалось у 7 (9,3%) пациенток 1-й группы и у 54 (68,4%) пациенток 2-й группы. При этом, число приступов на фоне лечения в обеих группах было равноценным, в среднем 1,2 случая в месяц.

Результаты проведенного наблюдения еще раз продемонстрировали непосредственную связь нарушений менструальной функции с избыточной массой тела и метаболическими нарушениями и подтвердили данные о том, что оптимизация тера-

пии эпилепсии и снижение массы тела является необходимым этапом в терапии нарушений репродуктивной системы.

Выводы: Таким образом, для контроля за нарастанием массы тела и метаболическими нарушениями необходима оптимизация проводимой противосудорожной терапии и в случае фиксирования побочных реакций переход на комбинированную терапию эпилепсии.

Резюме. Нарушения менструальной и репродуктивной функции, а так же нарушения обменных процессов напрямую зависят от проводимой противосудорожной терапии. Широкая панель препаратов для лечения эпилепсии дает возможность оптимизировать лечение для минимизации побочных реакций. Для выяснения патогенеза возникновения побочных реакций необходимо дальнейшее наблюдение и изучение различных параметров физиологии у данного контингента пациенток.

E.V. Tsallagova, V.O. Generalov, A.M. Ugay, A.B. Orekhov, I.A. Ushakova

DEPENDENCE OFWEIGHT ANDFUNCTION OF THEON GOINGMENSTRUALANTICONVULSANTTHERAPY

Research Centre for Obstetrics, Gynecology and Perinatology Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Menstrualandreproductive function, as well as metabolic disordersdirectlydepends on the conductivityof anticonvulsanttherapy. Wide panelof drugsfor the treatmentof epilepsyprovidesthe ability to optimizetreatmentin order to minimizeside reactions. To elucidate thepathogenesisof adverse eventsneeds furtherobservation and study ofvariousph ysiologicalparametersin this group ofpatients.

С.Н. Грибова, Н.Ф. Хворостухина, Л.Г. Молчанова, Л.К. Василевич, У.В. Столярова

СОДЕРЖАНИЕ КАСПАЗЫ-3 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинский университет
Саратов, Россия

По данным многочисленных исследований, до 85% заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста приходится на долю фоновой патологии. Однако, предрак, а в последующем и рак шейки матки формируются на фоне неопухолевых изменений многослойного плоского эпителия. Проведенный обзор литературы при выполнении данной работы выявил, что одной из причин опухолеобразования явля-

ется развитие дисбаланса между пролиферацией клеток и апоптозом, обусловленное апоптоз-специфическими и цитокин-опосредованными механизмами регуляции клеточного роста. Следует отметить, что усиление атипии клеток шейки матки связано со снижением активности апоптоза. Известно, что в реализации апоптоза завершающим этапом является активация каспаз, осуществляющих деградацию жизненно необходимых клеточных белков, что и приводит к тем необратимым изменениям, которые вызывают гибель клетки.

Цель исследования: изучение активности процесса апоптоза на примере каспазы-3 у пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом (ХНЦ).

Проведено комплексное обследование 63 женщин репродуктивного возраста. В 1 группу вошли пациентки с обострением ХНЦ (n=17), во 2 – с рецидивирующим вялотекущим ХНЦ (n=26). Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин репродуктивного возраста, без патологии шейки матки в настоящее время и не получавшие лечение заболеваний шейки матки в прошлом. Отбор больных, включенных в проспективный анализ, проводился на основании комплексного обследования, которое включало в себя: общеклиническое и бактериологическое исследования, цитологическое исследование мазков-отпечатков, простую и расширенную кольпоскопию. После верификации диагноза производили забор биоматериала с поверхности экзоцервикса с помощью специального устройства (патент на полезную модель №87616 от 20.10.09) в фолликулиновую фазу менструального цикла. Определение концентрации каспазы-3 осуществляли методом твердофазного ИФА с применением стандартного коммерческого набора реагентов фирмы BenderMedsystems (Австрия). Учет результатов осуществляли спектрофотометрически с помощью иммуноферментного анализатора «Stat Fax-2100» на длине волны 450 нм. Результаты выражали в нг/мг. Полученные цифровые данные подвергнуты статистическому анализу с помощью методов непараметрической статистики. Достоверным считали различие между сравниваемыми рядами с уровнем достоверной вероятности 95% ($p<0,05$).

Возраст обследованных женщин варьировал от 25 до 44 лет. Выделенная условно-патогенная флора была представлена в основном факультативно-анаэробными грамположительными бактериями, а у 46,6% обследованных была выявлена микстинфекция. Проведенное цитоморфологическое исследование соскоба с поверхности экзоцервикса показало наличие значимых изменений в структуре многослойного плоского эпителия. Цитоморфологически обострение ХНЦ характеризовалось увеличением процентного содержания нейтрофильных лейкоцитов по сравнению с контрольной группой (56,8±2,10% и 9,86±0,9% соответственно, $p<0,001$), снижением количества лизированных форм (89,6±1,12% и 18,8±2,59% соответственно, $p<0,01$), появлением в цитограммах единичных лимфоцитов (0,86±0,30%), свидетельствующих об активации иммунного ответа, а также нарастанием доли эпителиальных клеток с признаками деструкции. Цитограммы имели воспалительно-деструктивный характер. В отличие от обострения ХНЦ рецидивирующий вялотекущий процесс (2 группа) цитоморфологически характеризовался недостаточной фагоцитарной и бактерицидной активностью нейтрофильных лейкоцитов. Отмечалось снижение их количества от 18,8±2,59% до 8,6±1,43% соответственно, $p<0,05$. Нарастало количество лимфоцитов от 0,86±0,30% до 2,80±0,43% соответственно, $p<0,01$. В структуре МПЭ преобладали эпителиоциты с признаками дистрофии.

При изучении процесса апоптоза клеточных элементов слизистой оболочки шейки матки выявлены некоторые особенности в группах обследованных. Так, у пациенток 1 группы на фоне активного течения воспалительного процесса отмечено повышение концентрации каспазы-3 в два раза по сравнению с эталонными

значениями контрольной группы: 3,88±0,73 нг/мл и 1,72±0,54 нг/мл соответственно (p<0,05), что характеризует активацию апоптоза на уровне слизистой шейки матки. Следовательно, у данного контингента женщин отмечается полноценность механизмов генетически регулируемой формы гибели клеток, поддерживающих гомеостаз на тканевом уровне. В то же время, у пациенток 2 группы, отмечено снижение концентрации каспазы-3 в клеточном материале до 2,35±0,38 нг/мл (p<0,05), что свидетельствует о низкой активности процесса апоптоза на фоне вялотекущего хронического воспалительного процесса.

Таким образом, нарушение иммунологического гомеостаза и развитие вторичного иммунодефицитного состояния запускают самоподдерживающийся вялотекущий воспалительный процесс, приводящий к снижению нормальной (апоптозной) гибели клеток шейки матки, что впоследствии может инициировать прогрессию ХНЦ в более тяжелое состояние – цервикальную интраэпителиальную неоплазию.

Резюме. Проведено исследование содержания каспазы-3 (маркера апоптоза) во взвеси клеточного материала с поверхности экзоцервикса у 43 пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом. Установлено снижение концентрации каспазы-3 и угнетение апоптоза при вялотекущем рецидивирующем воспалительном процессе шейки матки, что обусловлено нарушением иммунологического гомеостаза у данного контингента больных.

S.N. Gribova, N.F. Khvorostukhina, L.G. Molchanova, L.K. Vasilevich, U.V. Stolyarova

PERCULARITIES OF PROCESSES OF APOPTOSIS OF CHILDBEARING-AGED WOMEN WITE NONNEOPLASTIC DIASES OF UTERINE CERVIX

Department of Obstetrics and Gynecology
Medical University
Saratov, Russia

Contents research kaspazy-3 (a marker apoptosis) in a suspension of a cellular material from a surface экзоцервикса at women of reproductive age is conducted. Concentration increase kaspazy-3 characterizes process activation apoptosis a mucous neck of a uterus at patients with chronic nonspecific tservitsity and leads to full-fledged death of the cages supporting a normal homeostasis at fabric level.

М.Л. Дмитриева, О.А. Тихоновская, Т.В. Тупицына, С.А. Невоструев, С.В. Логвинов

ИЗМЕНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ АУТОИММУННОМ ООФОРИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Согласно современным данным, аутоиммунный оофорит (АО) приводит к вторичной недостаточности гонад. Его формирование возможно при таких патологиях как хронические воспалительные заболевания органов малого таза, полигландулярный синдром, синдром раннего истощения яичников, синдром поликистозных яичников и кист.

Актуальность изучения проблемы АО заключается в отсутствии достоверных методов диагностики и лечения данной патологии.

Цель исследования – изучить овариальный резерв яичников экспериментальных животных при моделировании АО.

Модель АО разработана на беспородных белых половозрелых крысах-самках (патент на изобретение № 2439712) методом внутрибрюшинного введения экстракта из яичников интактных крыс. В эксперименте животные с моделью АО составили основную группу (n=36), группой контроля являлись интактные крысы (n=10). Проведен сравнительный анализ морфологических изменений в яичниках крыс на 5, 10, 15, 30 и 60-е сутки эксперимента с использованием гистологических методик (окраска срезов яичников гематоксилином и эозином) и морфометрии основных структур яичников (подсчет удельного объема растущих, преовуляторных фолликулов, атретических тел и фолликулов, желтых тел). Исследован уровень концентрации антиовариальных антител (АОА), ингибина В и антимюллерового гормона в сыворотке крови лабораторных животных, определенным методом иммуноферментного анализа, в различные сутки эксперимента. Статистическую обработку выполняли на персональном компьютере с использованием программы SPSS® 17.0 (© SPSS Inc.).

Морфологические изменения в яичниках экспериментальных животных имели характерные признаки для АО (мононуклеарная инфильтрация в окружении растущих фолликулов, дистрофия с последующей деструкцией овоцитов, дискомплексация фолликулярного эпителия, атретические процессы), при этом степень их выраженности нарастала к более поздним суткам эксперимента. Морфометрический анализ показал, что удельный объем антральных фолликулов на ранних сроках эксперимента был меньше по сравнению с группой контроля, достигая своего минимального значения к 30-м суткам. Тогда как к 60-м суткам эксперимента в срезах яичников вовсе не обнаруживались третичные (преовуляторные) фолликулы. Во все сутки эксперимента отмечено усиление атретических процессов. Значимое увеличение концентрации АОА в сыворотке крови экспериментальных животных определено на 30-е и 60-е сутки опыта, что является свидетельством сформировавшегося аутоиммунного процесса. Концентрация ингибина В достоверно была повышена в 2 раза к 60-м суткам эксперимента, в более ранние сроки соответствовала его концентрации в группе контроля. Концентрация антимюллерового гормона в сыворотке крови животных основной группы во все сутки эксперимента достоверно не отличалась от таковой в группе контроля. Увеличение концентрации АОА в сыворотке крови экспериментальных живот-

ных на поздних сроках эксперимента указывает на ведущую роль овариальных антигенов в механизме формирования морфологических изменений при АО. Увеличение концентрации ингибина В к 60-м суткам в 2 раза косвенно свидетельствует о селективном повреждении текальных клеток растущих фолликулов. С учетом того, что концентрация антимюллерового гормона остается неизменной во все сроки эксперимента, вышеописанные изменения возможны тогда, когда аутоиммунные механизмы направлены на повреждение и сокращение числа фолликулов, которые вступили в гормонозависимую фазу роста и утратили способность синтезировать антимюллеров гормон, но при этом пул преантральных и малых антральных фолликулов остается интактным. Повреждение антральных фолликулов можно расценивать как дебют формирования стероидсинтетической недостаточности яичников и деструкции овоцитов.

Таким образом, повреждение фолликулов в гормонозависимую фазу роста является свидетельством овариальной недостаточности при формировании АО.

Резюме. На модели аутоиммунного оофорита изучен овариальный резерв яичников с помощью гистологических и серологических методов диагностики. Исследование показало, что аутоиммунное повреждение яичников, прежде всего, направлено на фолликулы, вступившие в гормонозависимую фазу роста, что является причиной формирования вторичной недостаточности яичников.

M.L. Dmitrieva, O.A. Tikhonovskaya, T.V. Tupitsyna, S.A. Nevostruyev, S.V. Logvinov

CHANGES IN THE OVARIAN RESERVE IN AUTOIMMUNE OOPHORITIS IN THE EXPERIMENT

State Educational Institution of Higher Professional Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

The ovarian reserve of ovaries was studied in the model of autoimmune oophoritis using histological and serological diagnostic methods. The study showed that autoimmune damage to the ovaries, primarily directed to the follicles coming into hormone-dependent growth phase, which is the reason for the formation of secondary ovarian failure.

Е.Г. Евдокимова, Ю.А. Петров

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону. Россия

В практике врача акушера-гинеколога значительный раздел работы составляют женщины с функциональными нарушениями менструального цикла. Применяемая традиционная терапия, зачастую, приносит лишь временный эффект.

Нами была поставлена задача – оценить эффективность квантовой терапии при лечении ановуляторныхдисфункциональных нарушениях менструального цикла по типу атрезии фолликула у 80 женщин в возрасте 20–42 лет с давностью заболевания 1–5 лет.

Квантовая терапия представляет собой сочетанное, одновременное воздействие на биологические структуры инфракрасного лазерного излучения, постоянного магнитного поля, пульсирующего широкополосного инфракрасного излучения, пульсирующего красного излучения. Основным лечебным фактором квантовой терапии является импульсное инфракрасное излучение полупроводникового арсенид-галлиевого лазерного диода. Лазерное излучение обладает монохроматипичностью (узкополюсностью), пространственной и временной когерентностью и поляризованностью и благодаря этим свойствам оказывает мощное стимулирующее воздействие на кровообращение, мембранный клеточный обмен веществ, активизирует нейрогуморальные факторы, иммунокомпетентные системы, гармонизирует гормональные факторы обмена веществ. Пульсирующее широкополосное инфракрасное излучение полупроводниковыхсветоводов, проникая на большую глубину и оказывают гармонизирующее воздействие на тонус центральной и вегетативной нервной системы.

Перечисленные лечебные факторы, действуя одновременно (синергично) взаимно усиливают друг друга и тем самым обусловливают выраженный физиотерапевтический лечебный и энергогармонизирующий, профилактический эффекты.

Курс состоял из 10 процедур. Сеансы проводились ежедневно. Экспозиция составляла 5 минут на каждую зону. По дням зоны воздействия и частоты были следующими:

1-й день: а) проекция матки, б) проекция придатков, частота 5 Гц; 2-й день: а) проекция матки, б) проекция бедренных сосудов, частота 5 Гц; 3-й день: а) проекция матки, б) проекция придатков, частота 50 Гц; 4-й день: а) проекция матки, б) проекция бедренных сосудов, частота 5 Гц; 5-й день: а) проекция придатков, б) середина промежности, частота 50 Гц, в) насадка вагинальная №1, 1000 Гц; 6-й день: а) проекция матки, б) проекция наружных паховых колец, 5 Гц, в) насадка вагинальная, 1000 Гц; 7-й день: а) проекция матки, б) проект наружных паховых колец, 50 Гц, в) насадка вагинальная 1000 Гц; 8-й день: а) проекция матки, б) проекция бедренных сосудов, частота 5 Гц, в) насадка вагинальная, 1000 Гц; 9-й день: а) проекция придатков, б) середина промежности, частота 50 Гц, в) насадка вагинальная №1, 1000 Гц; 10-й день: а) проекция матки, б) проекция придатков, частота 50 Гц, в) насадка вагинальная №1, 1000 Гц.

После проведенного лечения хороший эффект наблюдался у 73 (91%) больных. Катамнестическое наблюдение за пациентами в течение 9–12 месяцев показало стабильный результат (нормализация менструального цикла, хорошие показатели тестов функциональной диагностики). Было отмечено, что эффект лечения усиливался при дополнительном воздействии на область пояснично-крестцового сплетения, на уровне от 4-го до 5-го крестцового позвонка, частота 50 Гц, по 2 минна каждую зону с 1-го дня лечения и ежедневно.

Результаты выполненного исследования свидетельствуют о высокой эффективности квантовой терапии при лечении функциональных нарушений менструального цикла в репродуктивном возрасте. Данная терапия отличается безболезненностью, безопасностью и удобством применения, сочетается с другими традиционными и нетрадиционными методами лечения.

Резюме. Изучалась эффективность квантовой терапии при лечении ановуляторных дисфункциональных нарушениях менструального цикла у 80 женщин в воз-

расте 20–43 лет с давность заболевания 1–5 лет. Хороший эффект лечения отмечен у 91% женщин. Катамнестическое наблюдение за пациентками в течение 9–12 месяцев показало стабильный результат (нормализация менструального цикла, хорошие показатели тестов функциональной диагностики). Терапия отличается безболезненностью, безопасностью и удобством применения.

E.G. Evdokimova, Y.A. Petrov

THE USE OF QUANTUM THERAPY IN THE TREATMENT OF MENSTRUAL DISORDERS

Rostov-on-Don. Russia

The efficiency of quantum therapy in the treatment of anovulatory dysfunctional menstrual cycle in 80 women aged 20–43 years with disease duration 5.1 years. The good effect of treatment was seen in 91% of women. Follow-up of the patients for 9–12 months showed stable results (normalization of the menstrual cycle, the good performance of functional diagnostic tests). Therapy differs painless, Safety and convenience of use.

Е.Г. Евдокимова, Ю.А. Петров

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЭНАР-ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону. Россия

Лечение воспалительных заболеваний женских половых органов остается актуальной задачей. В связи со значительным расширением этиологической базы воспалительных заболеваний гениталий, усилением агрессивных свойств возбудителей, удельный вес этой патологии возрос. В связи с этим использование нового метода лечения – СКЭНАРа представляет большой интерес.

Принцип действия СКЭНАРа (самоконтролируемый энергонейроадаптивный регулятор) – это воздействие на кожу особых электрических импульсов, меняющихся при изменении состояния кожи, в результате чего в организме вызываются реакции, направленные на восстановление утраченных функций. Выздоровление идет за счет восстановления и гармонизации собственных резервов организма, а не за счет подавления защитно-приспособительных механизмов (следствием чего бывает затяжное течение заболевания).

Цель работы – оценить эффективность СКЭНАРа при лечении обострений хронических заболеваний женских половых органов. Нами были пролечены 90 пациенток в возрасте 22–37 лет с обострениями хронических воспалительных заболеваний матки и ее придатков. Все наблюдаемые женщины были разбиты на 3 группы.

В первую группу вошли 30 пациенток, которые получали только СКЭНАР-терапию (обычно 10 процедур). Вторую группу составили 30 больных, которым были назначены общепринятые средства и плюс несколько процедур СКЭНАР-терапии. Третья группа (30 человек) – лечилась по классическим схемам (антибиотики, противовоспалительные, десенсибилизирующие средства, дезинтоксикационная терапия, витамины и т.д.).

Для лечения нами использовалась современная модель VX735 v5Ag, в которой применяются новейшие технологии производства электродов из чистого серебра первой плавки, позволяющие добиться лучшей фокусировки сигнала.

Обработке подвергались зоны общего воздействия (позвоночник по ходу остистых отростков и две паравертебральные линии на расстоянии ширины электрода от позвоночника; шесть точек – места выхода тройничного нерва на лице, по три с каждой стороны; шейно-воротниковая зона) и местные области (крестцово-поясничная, надлобковая, печени, надпочечников и др.). Лечение проводилось в постоянном и индивидуально-дозированном режимах. Процедуры выполнялись ежедневно, продолжительностью 20–40 минут.

Установлено, что у пациенток 1-й и 2-й групп боли значительно уменьшались или исчезали уже на первой процедуре, а после 2–4 сеансов на боль не жаловалась ни одна женщина. В третьей группе пациенток боль держалась продолжительно, у некоторых и после окончания назначенного курса лечения.

В первой группе наблюдаемых температура снизилась до нормальных цифр в течение трех суток, показатели крови нормализовались к 5–7-му дню, вагинальные мазки – к 9–10-му дню. Анализ результатов терапии показал, что полное выздоровление женщин в третьей группе диагностировалось на 15–20-й день, во второй – в среднем на 9–11-й день, в первой – уже на 8–9-й день. В группе женщин, лечившихся классическими методами, остаточные явления воспаления (дискомфорт, тупые боли внизу живота, незначительное кровоизлияние) обнаруживались еще в течение нескольких недель. После лечения СКЭНАРом остаточных явлений и рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, можно констатировать, что СКЭНАР-терапия представляет большой интерес при лечении гинекологической патологии в виду высокой эффективности, быст-рого и стойкого положительного эффекта.

Резюме. Оценивалась эффективность СКЭНАР-терапии при лечении обострений хронических заболеваний внутренних половых органов у 90 женщин в возрасте 22–37 лет в трех группах (получавших только данное лечение; классическое лечение и сочетанную терапию). Установлено, что у пациенток, получавших СКЭНАР-терапию лечебный эффект наступал быстрее, не отмечено остаточных явлений и рецидивов. Данный вид лечения представляет большой интерес при лечении гинекологической патологии.

E.G. Evdokimova, Y.A. Petrov

THE EFFECTIVENESS OF SCENAR THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

Rostov-on-Don. Russia

Evaluated the effectiveness of SCENAR-therapy in the treatment of exacerbations of chronic diseases of the internal genital organs of 90 women aged 22–37 years in the three groups (receiving only this treatment, the classical treatment with combination therapy). Found that in patients treated with SCENAR- therapy treatment effect was advancing rapidly, residual effects were observed and relapse. This type of treatment is of great interest in the treatment of gynecological diseases.

И.П. Кочеткова, Е.Г. Евдокимова, Н.С. Циркунова

ВЛИЯНИЕ ЛИПИДОВ НА СТЕРОИДОГЕНЕЗ В ТКАНЯХ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону, Россия

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из актуальных проблем современной гинекологии. СПКЯ является наиболее частой формой эндокринопатии, встречается у 5–10% женщин репродуктивного возраста и составляет 80%, а по некоторым данным, даже 90% всех форм гиперандрогении. Высокий уровень андрогенов ведет к повышению внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани, что способствует пролиферации адипоцитов и ожирению.

В настоящее время четко определено, что жировая ткань не играет пассивную роль хранителя энергии, а функционирует в качестве эндокринных клеток, секретируя большое количество биологически активных веществ, в том числе лептин – белковый гормон, который является одним из инициаторов полового созревания и поддержания способности к репродукции (Ramzay T. 1996). Согласно данным Mantzoroc (2000) лептин, вырабатываемый жировой тканью, может оказывать прямое влияние на овариальный стероидогенез. Лептин вырабатывается не только жировой тканью подкожной жировой клетчатки, но и жировой тканью висцеральных органов. В связи с этим, нами проведены исследования, ставящие своей целью определение жировой ткани в поликистозных яичниках.

Было обследовано 54 женщины в возрасте 16–35 лет, перенесших двустороннюю резекцию яичников по поводу СПКЯ. Определение липидов проводилось гистохимическим методом. Замороженные среды резецированной части яичников обрабатывались суданом III и IV.

При изучении препаратов обнаруживались отложения липидов, в некоторых случаях значительные, в стенках всех фолликулярных образований, главным образом, в тех местах, где клеточные элементы подвергались лютеинизации, а также в строме. Наибольшее отложение липидов выявлено в тека-интерна (ТИ).

Учитывая, что ТИ относится к структурам гормонально активным, а липиды, вырабатывая лептин, также оказывают влияние на овариальный стеролидогенез, мы провели корреляционный анализ количества отложения липидов в тканях яичников и содержания в сыворотке крови эстрадиола. Установлено, что при больших скоплениях липидов, особенно в ТИ у больных выявлена значительная или умеренная гиперэстрогения. Небольшое отложение липидов или отсутствие их сопровождается гипоэстрогенией, низким содержанием эстрадиола в сыворотке крови.

Сопоставление количества отложения липидов в тканях яичника, состояния эндометрия и клинических проявлений заболевания также выявило прямую коррелятивную связь – при большом скоплении липидов в тканях яичников выявлялись пролиферативные процессы в эндометрии в разной степени выраженности, что проявлялось и в клиническом течении СПКЯ – ациклических кровотечениях. При небольшом отложении липидов или их отсутствии в тканях яичника, в эндометрии отмечены процессы атрофии, а в клинике – олигоменорея или аменорея.

Таким образом, можно полагать, что скопления липидов в тканях поликистозных яичников, особенно в ТИ, обладают эндокринной функцией, возможно за счет продуцируемого лептина.

Резюме. Изучено содержание липидов гистохимическим методом удаленной ткани яичников с СПКЯ у 54 женщин в возрасте 16–35 лет. В развитии СПКЯ определенная роль принадлежит жировой ткани. При ожирении нарушается толерантность к глюкозе по диабетогенному типу. Развивается инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. вследствие этих метаболических нарушений усиливается синтез андрогенов в адипоцитах (жировых клетках) и соответственно превращение (ароматизация) тестостерона в эстрадиол и андростеноидиона в эстрон. Этот процесс имеет автономный характер, не зависит от гонадотропной стимуляции.

I.P. Kochetkova, E.G. Evdokimova, N.S. Tchirkunova

EFFECT OF LIPID STEROIDOGENESIS IN THE TISSUES OF POLYCYSTIC OVARIES

Rostov-on-don, Russia

Examine the contents of lipid histochemical method of tissue removed ovaries with PCOS, 54 women aged 16–35 years.

In the development of PCOS defined the role of adipose tissue. Obesity is broken glucose tolerance by diabet type. Developing insulin resistance and compensatory hyperinsulinemia. as a result of these metabolic disorders increases synthesis of androgens in the adipocytes (fat cells) and accordingly transformation (aromatization of testosterone to estradiol and androstendione in estrone. This process has Autonomous character, does not depend on gonadotrophic stimulation.

И.П. Кочеткова, Е.Г. Евдокимова, Н.С. Циркунова

РОЛЬ МИКРОБНОГО АГЕНТА В ПАТОГЕНЕЗЕ МИОМЫ МАТКИ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону, Россия

Причины и механизмы развития миомы матки остаются актуальными и недостаточно изученными. Основные аспекты в патогенезе миомы матки уже не укладываются в рамки только гормональной теории. Не умаляя роли гормонов в контроле за гиперплазией гормонозависимых структур ткани миометрия, нельзя не учитывать другие факторы, участвующие в развитии миомы. Миома матки также может формироваться и в ответ на повреждение миометрия воспалительными процессами, возникшими в результате воздействия урогенитальных инфекций.

Под нашим наблюдением находилось 70 пациенток с миомой матки, имеющих показания для консервативного лечения. Материалом для лабораторной диагностики ИППП служили отделяемое из влагалища, шейки матки, уретры, соскобы, полученные в результате раздельного диагностического выскабливания.

У женщин с миомой матки в исследуемом материале было снижено количество лактобактерий и бифидобактерий. Одновременно увеличено количество анаэробных стрептоккоков и бактероидов, выявлены микоплазмы, хламидии, гарднереллы, уреаплазмы, в соскобах – хроническое воспаление. Необходимо отметить, что ассоциации возбудителей константированны в 65 случаях.

Все вышеизложенное свидетельствует о немаловажном значении микробного агента в патогенезе миомы матки, что диктует необходимость более детального обследования женщин с данной патологией, с целью коррекции консервативного лечения.

Резюме. Изучено значение микробного агента в патогенезе миомы матки. Проводилось наблюдение 70 пациенток с миомой матки. При бактериоскопическом и бактериологическом исследование отделяемого из влагалища, шейки матки, соскобов полости матки и цервикального канала обнаружена ассоциированная микробная флора. На этом основано предположение о возможной роли микробного фактора в нарушении процесса пролиферации и дифференцировки ткани миометрия.

I.P. Kochetkova, E.G. Evdokimova, N.S. Tchirkunova

THE ROLE OF MICROBIAL AGENT IN THE PATHOGENESIS OF UTERINE MYOMA

Rostov-on-don, Russia

To explore the importance of microbial agent in the pathogenesis of uterine myoma. Observed by 70 patients with uterine myoma. Bacterioscopic and bacteriological examination

of discharge from the vagina, cervix, scrapings cavity of the uterus and cervical canal uncovering associated microbial flora. This is based on the assumption of the possible role of microbial factor in violation of the process of proliferation and differentiation of tissues of the myometrium.

Ж.А. Каграманова, А.Н. Стрижаков, В.В. Малиновская, В.С. Сускова

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
ФГБУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России

Клинико-иммунологическое обследование 429 больных ВЗМП позволило выявить новые данные патогенеза для прогноза течения, исхода заболевания, определения клинической эффективности, обоснования патогенетической иммунотерапии.

С целью определения новых данных иммунопатогенеза, при анализе результатов проспективного рандомизированного обследования 429 пациенток с клинически выраженными ВЗМП определен нозологический спектр, который представлен острым и хроническим эндометритом, острым и хроническим сальпингоофоритом, гнойными ВЗМП. Объединяющим критерием было наличие локального воспалительного процесса с сопоставимыми клиническими признаками. Клиническая картина острого эндометрита на фоне инфекций и длительного использования ВМК более выражена за счет болевого синдрома, в отличие от острого эндометрита, обусловленного искусственным абортом и остатками хориальной ткани, ведущим симптомом которого было кровотечение. Тяжесть клинического течения сопряжена с нарушением функции иммунитета по Th1 типу, более выраженная активация местной воспалительной реакции, с преобладанием провоспалительных IL1β,TNF-α, IL6, IFN-γ цитокинов и степенью развития воспаления в ответ на внедрение вирусной инфекции, слабая противовирусная защита организма. Уровни IL6 -раннего маркера воспаления, в аспирате из полости матки у больных острым эндометритом выше, чем в сыворотке крови в 3,3 раза. При хроническом эндометрите уровень IL6 в аспирате, также сохранялся высоким, но меньше, чем при остром эндометрите, что является показанием для применения локальной иммунокоррекции жидкой формой интерферона-α2b. Установлено снижение противоинфекционного потенциала, активация Th-1типа иммунного ответа у 50% больных острым сальпингоофоритом, дисбаланс гуморального и макрофагально-моноцитарного звена у 71,4%, что является маркером воспалительного ответа вирусной этиологии. Повышение спонтанных уровней провоспалительных цитокинов (IL1β,TNF-α,IL6,IL8), позволяет оценить степень активации иммунокомпетентных клеток в ответ на инфекцию, прогнозировать исход заболевания и разработать адекватную иммунотерапию. Повышение сывороточного уровня провоспалительных цитокинов отражает острую фазу воспаления. Дисбаланс величин про- и противовоспалительных цитокинов выявлен у 71,4%, а также у 96% больных ВЗМП нарушение функции образования α- и γ-ИФН, что обосновывает назначение интерферонотерапии с антибиотиками, для усиления клинического эффекта, раннего выздоровления и профилактики развития хронического очага инфекции.

Комплексная клинико-иммунологическая диагностика больных ВЗМП позволила установить ключевые механизмы патогенеза ВЗМП, таких как нарушение субпопуляционного (CD4+/CD8+CTL) и Th1 (клеточного)/Th2 (гуморального) баланса иммунорегуляции с преобладанием продукции провоспалительных (IL1,IL6,IL8,TNFα) или противовоспалительных цитокинов (IL1RA,IL10,IL4), а также дисбаланс продукции интерферонов иммунного ИФН-γ, лейкоцитарного ИФН-α и оксидазной активности нейтрофилов, что явилось основанием для разработки новых схем комплексной терапии, включающей коррекцию иммунных нарушений. В стадии обострения хронического сальпингоофорита нарастание цитокинов воспаления с длительным повышением противовоспалительных цитокинов (IL1RA,IL10,IL4) приводило к усугублению иммуносупрессии. Повышение уровня спонтанной оксидазной активности нейтрофилов подтверждает развитие деструктивных процессов в эндотелии сосудов и нарушение функции матки и придатков, истощение бактерицидной функции нейтрофилов за счет преобладания вирусной инфекции. Это позволило определить степень развития воспаления, эффективность комплексной терапии (94%) и предупредить осложнение. Степень нарушений иммунной системы зависела от давности заболевания и распространения очага инфекции. Полученные данные о механизмах межклеточного взаимодействия цитокинов и иммунокомпетентных клеток позволили по-новому раскрыть современные представления о патогенезе для прогноза течения, исхода заболевания, определения степени эффективности интерферонотерапии острого и хронического эндометрита и сальпингоофорита интерфероном-α2b 500000МЕ и 1000000 МЕ в форме ректальных свечей. С учетом полученных патогенетических особенностей, усовершенствована и расширена комплексная клинико-иммунологическая диагностика, что позволило прогнозировать тяжесть течения и исход ВЗМП. Разработанная система высокоинформативных методов диагностики и терапии больных воспалительными заболеваниями матки и ее придатков позволила расширить диагностический спектр и улучшить результаты лечения у 20% эндометритом, у 39% сальпингоофоритом, у 16% гнойными воспалительными образованиями придатков матки, у 19% вульвовагинитом, у 6% цервицитом.

J.A. Kagramanova, A.N. Strizhakov, V.V. Malinovskaya, V.S. Suskova

PATHOGENETIC SUBSTANTIATION IMMUNOTHERAPY INFLAMMATORY UTERUS AND ITS APPENDAGES

Moscow, Russia

Clinical-immunological examination of 429 patients with PID help to found of new data pathogenesis for predicting the course, of the disease, determine the clinical effectiveness, for explanation of immunotherapy.

Д.Т. Каюмова, Г.Л. Давлетьянц

ПРОБЛЕМЫ ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Прогрессирующий с возрастом эстрогендефицит в пери- и постменопаузе, снижение физической активности, прибавка массы тела являются триггерами для развития грубых метаболических сдвигов, влияющих на здоровье женщины и снижающих качество их жизни.

Цель. Определить эффективность лечебно-профилактических мероприятий у женщин в пери- и постменопаузе.

Проведено обследование 581 женщины в возрасте 44–65 лет (54,7±3,7 лет), которым были рекомендованы занятия шейпингом – 1 группа (n=68), ЗГТ 1/2 мг 17 беттаэстрадиола +5/10 мг дидрогестерона /сут – 2 группа (n=156), Тиболон 2,5 мг/сут (n=43) – 3 группа, Симвастатин 10 мг/сут (n=60) – 4 группа, группа контроля (n=254) – женщины без терапии. Всем женщинам была рекомендована низкокалорийная диета. Определялся менопаузальный индекс, измерялись АД, индекс массы тела (ИМТ), отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ), в сыворотке крови – уровень липидов.

Климактерический синдром (КС) отмечался у 536 (92,3%) женщин. Исходно ИМТ составил 32,4±3,6; ОТ/ОБ=0,88±0,06. У 359 (61,8%) женщин выявлялась дислипидемия. Отдельные компоненты метаболического синдрома были отмечены у 71% женщин, из них абдоминальное ожирение было у 341 (58,7%), картина метаболического синдрома – у 249 (44,1%). Через 6 месяцев в 1 группе значительно улучшились от исходных показатели ИМТ – снижение у 49 (72,1%) на 10% и более, ОТ/ОБ – у 60 (88,2%), исчезновение дислипидемии – у 12 (17,6%), улучшение течения КС – у 43 (63,2%). Во 2 группе отмечалось снижение ИМТ – у 44 (28,2%), ОТ/ОБ – у 51 (32,7%), дислипидемии – 68 (43,6%), КС – у 144 (92,3%). Тиболон приводил к снижению ИМТ – у 8 (18,6%), ОТ/ОБ – у 11 (25,6%), холестерина у 21 (48,8%), КС – у 38 (88,4%), однако усугубил дислипидемию. Симвастатин привел к незначительному снижению ИМТ и ОТ/ОБ – у 16 (26,7%), у 51 (85%) способствовал наиболее лучшей коррекции дислипидемии при купировании КС только у12 (20%) пациенток. В отличие от группы женщин без терапии, у которых отмечалось ухудшение подходы к решению проблем пери- и постменопаузы дают положительные сдвиги, способствуя улучшению течения климактерия. Целевые подходы к решению проблем пери- и постменопаузы дают положительные сдвиги, способствуя улучшению течения климактерия, тогда как отсутствие терапии способствует прогрессирующей дислипидемии и ожирению, являющимися риск-факторами развития сердечно-сосудистых осложнений – главной причины смертности и инвалидизации женщин в пери- и постменопаузе.

Резюме. Индивидуализация подхода к решению проблем пери- и постменопаузы у 581 женщин с компонентами метаболического синдрома способствовала снижению ИМТ (BMI), отношению объема талии к объему бедер, улучшению течения климактерического синдрома и коррекции дислипидемии, тогда как у женщин без терапии наблюдались прогрессирующая дислипидемия и увеличение ИМТ, что значительно снижало их качество жизни.

D.T. Kajumova, G.L. Davletjants

PERI- AND POSTMENOPAUSAL PROBLEMS. DECISION WAYS

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Approach individualization in the decision of peri- and postmenopausal problems at 581 women with components of a metabolic syndrome promoted decrease of BMI, reduced proportion of volume of a waist to volume of hips, improved current of a climacteric syndrome and correction of dyslipidemia. Comparisons at women without therapy were observed progressing of dyslipidemia and increasing of BMI that considerably reduced their life expectancy.

Т.В. Клинышкова, О.Н. Перфильева, Н.Г. Гордиенко

СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ ЭНДОМЕТРИОМАХ ЯИЧНИКА ДО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Россия, г. Омск, ГБОУ ВПО Омская Государственная Медицинская Академия Минздрава России

Установлено, что состояние овариального резерва у женщин с эндометриозом яичников, подвергшихся хирургическому лечению, характеризуется снижением биохимических маркеров (особенно АМГ), коррелируя с возрастом женщин и объемом оперативного вмешательства. Однако, противоречивы данные по исходному состоянию овариального резерва на фоне эндометрием на основании различных его параметров (Hwu Y.M. et al., 2011, Streuli I. et al., 2012, Kitajima M. et al., 2011).

Цель исследования: Оценить влияние эндометриоза яичников на состояние овариального резерва у женщин с бесплодием на основании изучения уровня биохимических маркеров овариального резерва.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 76 женщин в возрасте от 19 до 40 лет. Выделено 3 группы пациенток: основная группа – пациентки с бесплодием и эндометриозом яичников (n=30); группа сравнения – пациентки с опухолевидными образованиями яичников неэндометриоидной природы (n=16); группа контроля – пациентки репродуктивного возраста без нарушения репродуктивного здоровья (n=30). Верификация эндометриоза проводилась по данным гистологического исследования в последующем. Комплексное обследование включало оценку анамнеза, ультразвуковое исследование органов малого таза, данных гормонального исследования базального уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, антимюллерова гормона (АМГ), ингибина В, активина А в сыворотке крови методом ИФА. Статистический анализ осуществлялся с использованием пакета STATISTICA-6

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток основной группы составил 30,64±0,57 лет, группы контроля – 30,52±0,99 лет (p=0,803), группы сравнения – 28,25±1,14 лет (p=0,083). В группах исследования преобладали женщины раннего репродуктивного возраста – 70,9%, 61,8% и 87,5% соответственно. Длительность бесплодия в основной группе колебалась от 1 до 12 лет, составляя в среднем 1,94±0,29 лет, первичное бесплодие преобладало (72%). Стаж эндометриоза яичников не превышал одного года, длительность заболевания от 2 до 6 месяцев наблюдалась у большинства больных (65,1%).

Данные эхографического исследования органов малого таза в основной группе показали, что средний объем яичников до оперативного лечения составил справа – 9,6 (6,3; 21,8) мм^3, слева – 9,9 (6,4; 24,3) мм^3. Односторонний процесс наблюдался в 21 случае, двусторонний – у 9 пациенток.

Установлено повышение уровня эстрадиола в основной группе в сравнении с контролем и группой сравнения на 29% и 35,4% соответственно: 211,0 (155,0; 357,5) пмоль/л против 133,0 (94,0; 215,0) пмоль/л (p=0,039); 148,0 (96,0; 170,0) пмоль/л (p=0,049) соответственно. Полученные результаты гиперэстрадиолемии у пациенток с эндометриозом подтверждают эстрогензависимый характер заболевания, установленный в работах других исследователей. У пациенток основной группы уровни гормонов ФСГ, ингибина В, АМГ не подвергались существенным изменениям в сравнении с контролем и группой сравнения, что согласуется с данными других исследователей. Не исключено, что на данных показателях сказывалось преобладание в основной группе больных с 1-сторонним процессом (2/3 наблюдений), а также недлительный стаж заболевания (до года). В основной группе наблюдалась устойчивая тенденция к повышению уровня ЛГ по отношению к группе сравнения (на 29,7%) и контроля (18,1%). Уровень сывороточного активина А не различался в группах исследования. В свою очередь, в основной группе установлена корреляция между уровнем эстрадиола и активина (rs=0,55, p=0,028).

Выводы. У больных с эндометриозом яичников, ассоциированном с бесплодием, обследованных до хирургического лечения, установлено повышение уровня эстрадиола в сравнении с группой контроля и группой сравнения (p<0,05). Наличие эндометриоза яичников, установленного не более одного года назад у пациенток с бесплодием, 2/3 из которых имели односторонний процесс, не оказывает негативного влияния на состояние овариального резерва, поскольку его биохимические маркеры, включая активин А, не имели статистически значимых различий в сравнении со здоровыми пациентками.

Резюме. При изучении влияния эндометриоза яичников на состояние овариального резерва у пациенток репродуктивного возраста с бесплодием, обследованных до хирургического лечения, установлено повышение уровня эстрадиола в отличие от группы контроля и группы сравнения (p<0,05). Наличие эндометриоза яичников у пациенток с бесплодием, 2/3 из которых имели 1-сторонний процесс, не оказывает негативного влияния на биохимические маркеры овариального резерва, включая активин А.

T.V. Klinyshkova, O.N. Perfileva, N.G. Gordienko

STATUS OF OVARIAN RESERVE WITH ENDOMETRIOSIS BEFORE SURGERY

Russia, Omsk

The authors assessed the impact of ovarian endometriosis on the state of ovarian reserve in patients of reproductive age with infertility, surveyed prior to surgery, installed increase in estradiol levels compared with the control group and the comparison group ($p<0,05$). The presence of ovarian endometriosis in patients with infertility, 2/3 of which had a 1-sided process, has no negative impact on biochemical markers of ovarian reserve, including activin A.

О.В. Козлова

СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ И ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ФГБУ «Клиническая Больница» УД П РФ
г. Москва

Образования яичников малых размеров у больных пожилого и старческого возраста, обнаруженные при УЗИ органов малого таза, являются показанием к оперативному лечению – двухсторонней лапароскопической аднексэктомии без длительного динамического наблюдения в связи с высоким процентом обнаружения истинных опухолей яичников.

Данные ВОЗ свидетельствуют, что самая быстрорастущая группа населения – это люди старше 60 лет. В последнее время в России и во всем мире отмечается старение населения, как за счет снижения рождаемости, так и с учетом большей продолжительности жизни. Возникает необходимость более длительного сохранения социальной, трудовой и физической активности населения. Это порождает новые требования к медицинскому обслуживанию пожилых и старых людей, с учетом развития здравоохранения. Широко используются современные методы диагностики, расширяется диспансерное обслуживание населения, улучшилась выявляемость патологии, в том числе гинекологической, у женщин пожилого и старческого возраста. Актуальность проблемы растет также в связи с ростом информированности населения и изменением отношения к состоянию своего здоровья. Доброкачественные образования яичников относятся к часто выявляемой патологии. Они занимают второе место среди опухолей женской половой сферы, имеют тенденцию к росту и озлокачествлению в постменопаузе.

Цель данного исследования: выявление структуры доброкачественной патологии яичников и обоснование тактики ведения медицины больных пожилого и старческого возраста в условиях замкнутой системы ведомственной.

Для решения поставленных задач были тщательно проанализированы истории болезней и амбулаторные карты 114 пациенток в возрасте от 60 до 78 лет с данной патологией, прошедших через отделение гинекологии с 2007 по 2010гг. Подавляющее большинство из них (74, 55%) – работающие женщины. Все пациентки были полностью обследованы амбулаторно в условиях поликлиник, прикрепленных к стационару. Патология яичников была выявлена при регулярном диспансерном обследовании. Скрининговым методом выявления патологии явилось ультразвуковое исследование органов малого таза. Лишь у 29 пациенток (25,4%) отмечались минимальные жалобы, чаще всего – на незначительные тянущие боли в нижних отделах живота, не всегда связанные со стороной поражения и более соответствующие картине патологии желудочно-кишечного тракта (часто сопутствующей в таких случаях). У всех больных определялся онкомаркер СА-125. У подавляющего большинства – 95% (108 человек) – значение СА-125 было до 30 МЕ\мл при норме – до 35 МЕ/мл. При этом у 81% (97 пациенток) этот показатель – в пределах 10 МЕ\мл. За длительный период, предшествующий наблюдению, при гистологических исследованиях удаленных яичников, было отмечено большое количество доброкачественных образований яичников малых размеров. В связи с этим все наблюдаемые пациентки были разделены на 4 группы по размерам образований: до 1 см, от 1 до 2 см, от 2 до 3 см, свыше 3 см. Группы – равноценны по количеству пациенток, их среднему возрасту, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии. У 51% (58 человек) – обнаружены истинные доброкачественные опухоли яичников, причем у половины из них (26 пациенток) – выявлены опухоли обоих яичников. Из 58 пациентов с доброкачественными опухолями у 72.4% (42 пациентки) – опухоли до 3 см: у 8 человек – до 1 см, у 20 человек – до 2 см и у 20 человек – до 3 см. Из всех истинных опухолей наиболее часто встречались опухоли стромы полового тяжа – у 43,1% (25 человек), причем в 2-х яичниках было обнаружено 36 опухолей. Эпителиальные опухоли – у 22,4% (13 человек) – всего 30 опухолей, смешанные аденофибромы также у 31,0% (18 человек) – всего 23 опухоли. У 3 человек обнаружены герминогенные опухоли, у одной пациентки – пограничная серозная цистаденома, и также у одной – рак яичника. Распределение опухолей по группам – равноценное. Всем больным была произведена лапароскопическая аднексэктомия с 2-х сторон (при наличии 2-х яичников) или односторонняя (если один яичник был удален ранее). Учитывая полное обследование больных на амбулаторном этапе и компенсирование их по сопутствующим заболеваниям, течение послеоперационного периода у этой группы больных практически не отличалось от остальных прооперированных пациенток с аналогичной патологией яичников. Дальнейшее динамическое наблюдение за пациентками (от 3 до 6 лет) в условиях поликлиники позволило отметить их удовлетворительное состояние: при контрольном УЗИ органов малого таза – патологии матки не отмечалось, обращаемость к специалистам по сопутствующим заболеваниям – не увеличилась.

В результате проделанной работы было выявлено, что истинные доброкачественные опухоли яичников имеются у значительно большего числа женщин в пожилом и старческом возрасте, чем это принято считать (51%), размеры этих опухолей в значительном проценте случаев (72,4%) – имеют размеры до 3 см, и чаще всего они являются множественными и билатеральными. Лапароскопическая аднексэктомия с обеих сторон хорошо переносится и имеет хорошие отдаленные результаты у этой категории больных (при качественном обследовании и подготовке на амбулаторном этапе).

O.V. Kozlova

STRUCTURE OF BENIGN OVARIAN PATHOLOGY AND RATIONALE MANAGEMENT OF PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN THE CONDITIONS DEPARTMENTAL MEDICAL

President Clinic, Moscow, Russia

Tumors of the ovaries small size (up to three cm), which were found at ULTRASONIC examination, are the indication for surgery – a laparoscopic 2-sided adneksektomiya without long-term preoperative observation in connection with a high rate of detection of true benign ovarian tumors.

Т.П. Крапошина, О.В. Максимова

ГОРМОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ: РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛИШАЯ ВУЛЬВЫ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета

В связи с увеличением количества больных пременопаузального возраста, страдающих склерозирующим лишаем вульвы, потенциальным риском малигнизации тканей наружных половых органов при этом заболевании, отсутствием данных об этиологии болезни, по-прежнему, остается актуальной проблема изучения отдельных звеньев патогенеза, влияющих на процессы злокачественной трансформации эпителия вульвы. Известно, что рак вульвы ассоциированный с вирусом папилломы человека составляет только 30% наблюдений, а остальные верифицируются у пациенток на фоне хронических дистрофический заболеваний данного региона.

Целью настоящего исследования явилось изучение функции коры надпочечников у пациенток страдающих склерозирующим лишаем вульвы.

Нами было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 93 пациенток пременопаузального возраста (средний возраст составил 42,3±3,8 лет) с верифицированным диагнозом слерозирующий лишай в период ремиссии и обострения.

Обращало внимание, что у 78 (83,9%) больных заболевание впервые манифестировало в позднем репродуктивном периоде, и было связано либо с очень сильным стрессом, либо с длительной стрессовой ситуацией. В отобранной группе ранее для лечения применялись только общеукрепляющие, седативные средства и препараты локального действия, не содержащие гормональный компонент. Для определения функции коры надпочечников исследовали суточную экскрецию 17-КС в моче методом Келлоу в модификации Г.М. Ордынец, экскрецию 17-ОКС в моче методом Сильбера-Портера в модификации М.В. Креховой и кортизола в сыворотке крови.

Для изучения изменений этих показателей нами было проведено динамическое наблюдение за пациентками этой группы без применения медикаментозных средств. Было установлено, что 17-КС, 17-ОКС в суточной моче и кортизол в сыворотке крови у пациенток во время обострения заболевания превышали соответствующие показатели в контрольной группе. Так 17-КС был повышен в 0,3 раза, 17-ОКС – в 1.5 раза, и уровень кортизола превышал показатель контрольной группы в 1,8 раза. В период ремиссии, продолжительностью от 2 месяцев до года, эти показатели практически соответствовали таковым в группе контроля.

Таким образом, можно предположить, что во время обострения склерозирующего лишая вульвы наблюдается гиперфункция коры надпочечников, приводящая к выраженному повышению секреции 17-ОКС и кортизола. Полученные данные могут свидетельствовать, что обострение заболевания вызывает стрессовую реакцию макроорганизма. Соответственно, чем чаще и продолжительней по времени будут длиться рецидивы, тем более выраженный иммуносупрессивный эффект эндогенных кортикостероидов будет наблюдаться. Это ведет к выраженному снижению естественных киллеров, субпопуляций Т-клеток имеющих рецепторы к фактору некроза опухоли альфа и другим цитокинам, играющим важную роль в поддержании гомеостаза и элиминации атипических клеток. Поэтому пациенток, страдающих склерозирующим лихеном с длительным течением, частыми и продолжительными рецидивами необходимо отнести в группу риска по возникновению злокачественной трансформации.

Резюме. Определяли показатели 17-КС, 17-ОКС в моче и кортизола в крови у пациенток в пременопаузе, страдающих склерозирующим лишаем вульвы. Установлено, что в период обострения заболевания 17-ОКС повышен в 1,5 раза, а кортизол в 1,5 раз. В период стойкой клинической ремиссии эти показатели соответствовали аналогичным показателям группы контроля.

T.P. Kraposhina, O.V. Maksimova

ADRENAL HORMONES: ROLE IN THE PATHOGENESIS OF SCLEROSING DEPRIVING VULVAL

Department of Obstetrics and Gynecology Medical Faculty
of Moscow State University of Medicine and Dentistry

Detection indicators of 17-KS, 17-OKS and cortisol in patients with vulvar lichen sclerosus in premenopausal. Defined, that levels of 17-KS and cortisol were excessive in 1,5 and 1,8 times as mush in period exacerbation and were normal in period of clinical remission.

Е.М. Кузнецова, М.И. Кузнецов, Т.В. Проничкина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАРНОЗИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК) является наиболее распространенной патологией репродуктивной системы женщины, составляющей до 28,0% всех гинекологических заболеваний. Это полиэтиологическое нарушение менструального цикла, возникающее в результате неправильного ритма продукции яичниками половых гормонов. Классифицируются ДМК на ювенильные, репродуктивного возраста и пременопаузального периода; в зависимости от морфологических изменений в яичниках – подразделяются на ановуляторные и овуляторные.

В патогенезе ДМК, наряду с гормональным дисбалансом, лежат расстройства мембранных реакций свободно-радикального окисления, функциональная неполноценность антиоксидантной системы.

Лечение ДМК во все возрастные периоды женщины остается сложным и недостаточно эффективным, в связи с недооценкой многообразия патогенетических факторов, формирующих данную патологию, и принципиально состоит из двух этапов: гемостаза и последующей профилактики рецидивов кровотечения.

Традиционно терапия включает два этапа: с диагностической и гемостатической целью, применяется хирургический гемостаз (выскабливание полости матки с проведением гистероскопии). Чаще всего у женщин репродуктивного возраста вторым этапом для профилактики кровотечений применяют однофазные КОК с содержанием эстрогена 0,03 мг на 3–6 месяцев. Условием проведения стандартной гормональной терапии является отсутствие прогностических признаков онкологической патологии репродуктивной системы, подтверждённое в дальнейшем результатами гистологического исследования соскоба из полости матки.

Позитивный эффект КОК у больных ДМК связан с ингибирующим влиянием на гонадотропную функцию гипофиза по типу «обратной связи», но при этом не влияет на интенсивность реакций свободнорадикального окисления.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения препарата Карнозин, являющегося природным антиоксидантом и «ловушкой» свободных радикалов, в комплексной терапии дисфункциональных маточных кровотечений.

26-ти пациенткам, которым проводилось лечение ДМК традиционным методом (в качестве КОК использовали препарат, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела – Марвелон), курс терапии был дополнен приёмом препарата Карнозин, в дозировке 250 мг – 3 раза в день, в течение 20 дней, начиная с 1-го дня после выскабливания. Все пациентки были репродуктивного возраста от 28 до 35 лет, средний возраст 31,3±1,4. По данным эхографического исследования органов малого таза диагностически значимых отклонений у наблюдаемых не выявлено. Противопоказаний к приему КОК не отмечено.

Анализ результатов лечения показал, что при сочетании Марвелона с Карнозином клинический эффект наблюдался: на 3 сутки – у 12 пациенток, на 5-ые – у 8 пациен-

ток, на 7 сутки – у 5 пациенток. У 1 больной эффект был достигнут на 12-й день при дополнительном назначении гемостатического препарата. Результаты лечения оценены в течение 6–8 месяцев – рецидивы кровотечений не отмечались.

Группу сравнения по аналогичным клиническим показателям составили 30 больных, которым применяли только базовую терапию.

Анализ эффективности стандартной схемы лечения показал, что прекращение кровотечения отмечено на 5 сутки лечения у 10 пациенток, на 7–12 и более – у 16 пациенток. У 4 больных клинического эффекта удалось достичь на 14–15 сутки, при дополнительном назначении утеротонических, гемостатических и антианемических препаратов. Рецидивы кровотечений отмечены в течение года у 6 пациенток, что потребовало применения дополнительных курсов комбинированной гормональной терапии.

На основании проведённого исследования можно сделать вывод, что антиоксидант Карнозин является эффективным дополнением к комплексной терапии дисфункциональных маточных кровотечений у пациенток репродуктивного возраста, и позволяет улучшить результаты лечения.

Резюме: Проведено исследование эффективности применения антиоксиданта Карнозин в комплексной терапии дисфункциональных маточных кровотечений, в сравнении со стандартными методами лечения. Полученные результаты показали, что применение препарата позволяет существенно улучшить результаты лечения и снизить вероятность рецидивов.

E.M. Kuznetsova, M.I. Kuznetsov, T.V. Pronichkina

EXPERIENCE OF DRUG THERAPY IN COMPLEX CARNOSINE DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

Moscow, Russia

Summary: Conducted research of efficiency of the application of antioxidants in complex therapy of the abnormal uterine bleedings in comparison with the basic therapy used for many years. The received results show that application of antioxidants in complex therapy of the abnormal uterine bleedings improves results of treatment and reduces risk of the subsequent recurrence.

Е.А. Межевитинова, П.Р. Абакарова, Э.Р. Довлетханова, Т.В. Бровкина, Ш.М. Погосян

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

Актуальность: В структуре воспалительных заболеваний женских половых органов репродуктивного возраста частота неспецифических вагинитов составляет 50–70%, бактериального вагиноза (БВ) – 40–60%, вульвовагинального кандидоза (ВВК) – 20–30%.

Этиологическим фактором полимикробных процессов является ассоциация микроорганизмовс присущими только ей биологическими свойствами. Назначение монопрепаратов зачастую является причиной неэффективности лечения. На сегодняшний день предпочтение отдается препаратам, которые обеспечивают элиминацию широкого спектра возможных возбудителей, обладая одновременно трихомонацидным, бактериоцидным, противогрибковым, противовоспалительным, противоэкссудативным и антиаллергическим действием. Кроме того, лекарственное средство должно обладать минимальным системным действием на организм, быть удобным в применении и не оказывать выраженного повреждающего воздействия на лактобациллярную флору.

Цель исследования: Оценка клинико – лабораторной эффективности применения препарата «Тержинан» у пациенток с вульвовагинитами различной этиологии.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 176 женщин репродуктивного возраста обратившихся с жалобами на усиленные выделения, зуд, диспареунию и дискомфорт в области наружных половых органов и влагалища. Критерии включения: возраст женщин от 18 до 45 лет, наличие признаков воспалительного поражения влагалища и вульвы, позволивших поставить диагноз «вульвовагинит». Критерии исключения: беременность, лактация, сопутствующие ИППП, повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость препарата «Тержинан».

Для уточнения диагноза всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало: клинико-анамнестическое обследование, аминотест, Ph-метрию вагинального отделяемого, расширеннуювульвовагино- и кольпоскопию, цитологическое исследование, микроскопическое исследование мазков содержимого влагалища, бактериологический посев из влагалища, количественное определение условно-патогенной, патогенной инормальной микрофлоры методом полимеразной цепнойреакции (Фемофлор-16 и Фемофлор-7) и количественноеопределение ВПЧ на 21 тип.

Результаты: Все пациентки (100%) были разделены на 4 группы: 1 группа – 45 (19,6%) женщин с неспецифическим вагинитом; 2 группа – 41 (17,8%) женщина с диагнозом «вульвовагинальный кандидоз»; 3 группа –43 (18,8%) женщины с диагнозом «бактериальный вагиноз»; 4 группа – 47 (20,3%) женщин со смешанной бактериально – грибковой инфекцией. Достоверных отличий в группах по основным характеристикам (возраст, вес, рост, гинекологический и акушерский анамнез, соматический статус и др.) не выявлено (p>0,05).

Основными жалобами, которые предъявляли пациентки, были: выделения из половых путей (1-я группа – 86,7%,2-я – 97,6%, 3-я – 97,6%, 4-я – 89,4%); зуд (1-я группа

– 80,0%, 2-я – 67,4%, 3-я – 92,7%, 4-я – 89,4%); жжение (1 группа – 75,6%,2-я – 62,8%, 3-я – 95,1%, 4-я – 83,0%); диспареуния (1-я группа– 11,1%, 2-я – 30,2%, 3-я – 24,4%, 4-я – 19,1%); дискомфорт инеприятные ощущения в области вульвы (1-я группа – 66,7%,2-я – 69,8%, 3-я – 95,1%, 4-я – 89,4%). При вагинальном исследовании у пациенток были выявлены: гиперемия стенок влагалища и вульвы (1-я группа – 82,4%, 2-я – 45,8%, 3-я – 48,3%, 4-я – 63,2%); эктопия шейки матки (1-я группа – 71,7%, 2-я – 89,3%, 3-я – 66,4%, 4-я – 73,2%); болезненность при пальпации (1-я группа – 47,5%, 2-я – 51,3%, 3-я – 21,1%, 4-я – 36,3%), умеренные выделения у 25 (55,5%) женщин 1-й группы, 32 (74,5%) – 2-й; 28 (68,3%) – 3-й и 27 (57,5%) – 4-й, обильные выделения – у 15 (33,3%) женщин 1-й группы, 12 (27,9%) – 2-й, 13 (31,7%) – 3-й и 15 (31,9%) – 4-й. Достоверных отличиймежду группами выявлено не было (p>0,05).

Лечение проводилось всем 176 (100%) женщинам, входившим в 4 группы.

В качестве специфической терапии был назначен препарат Тержинан по 1 таблетке вагинально 1 раз в сутки наночь в течение 10 дней. Оценку эффективности лечебных мероприятий проводили с учетом динамики субъективных жалоб, клинической картины заболеваний и лабораторных критериев через 2 недели после окончания лечения, через 3 и 6 месяцев с целью оценки возможности рецидивирования.

После проведенной терапии эффективность лечения в 1 группе составила – 86,7%. Жалобы на выделения из половых путей сохранялись у 6 (13,3%), на диспареунию у 1 (2,2%) женщин, зуд, жжение и дискомфорт в области вульвы не отмечались ни у одной пациентки 1 группы.

Эффективность лечения во 2 группе – 79,1%. Жалобы навыделения из половых путей предъявляли 9 (20,9%) женщин, дискомфорт в области вульвы – одна (2,3%), диспареуниюдве (4,7%) женщины, зуд, жжение не отмечались ни у одной пациентки.

В 3 и 4 группе жалобы на выделения из половых путей сохранялись у 6 (14,6%) и 7 (14,9%), на диспареунию у 1 (2,4%) и 2 (4,3%) женщин соответственно. Зуд, жжение и дискомфорт в области вульвы не отмечались ни у одной пациентки 4 группы. В 3 группе сохранялись жалобы у 3 пациенток: на зуд – у 1 (2,4%), жжение – у 1 (2,4%) и дискомфорт в области вульвы – у 1 (2,4%). Эффективность лечения в 3 и 4 группе составила 85,4% и 85% соответственно.

Через 3 и 6 месяцев после окончания терапии пациентки были приглашены наконтрольное обследование. Из 176 обследованных женщин через 3 мес после окончания терапии был поставлен диагноз НВ 1 пациентке, БВ – 1, ВВК – 1. Смешанная инфекция не выявлена ни у одной пациентки. Всем 3 женщинам с рецидивамиповторно назначен курслечения. Через 6 месяцев после окончания лечения выявлено 2 случаярецидива ВВК, 1 – БВ, у 1 пациентки выявлена смешаннаяинфекция.

Выводы: Тержинан является эффективным препаратом для лечения неспецифического вагинита, БВ иВВК. При применении Тержинана отмечались минимальное число рецидивов в течение последующих 6 месяцев наблюдения. Не зарегистрировано осложненийи аллергических реакций, обладает отсутствием системного эффекта, быстрымклиническим действием, положительным влиянием намикроциркуляцию и слизистую оболочку влагалища, безопасностью применения во время беременности.

Резюме: Эпидемиологические исследования последних лет показали, что большинство случаев вульвовагинитовсвязано с наличием смешанной бактериальной и грибковой инфекции. Поэтому использование препаратов, обладающих широким спектром действия, не только бактериоцидным, но и противогрибковым, является актуальным. Представлены результаты применения препарата «Тержинан» у пациенток с вульвовагинитами различной этиологии.

E.A. Mezhevitinova, P.R. Abakarova, E.R. Dovlethanova, T.V. Brovkina, Sh.M. Pogosyan

APPLICATION COMBINATION DRUGS FOR TREATING VULVOVAGINAL DIFFERENT ETIOLOGY

Research Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology by V.I. Kulakov
Moscow, Russia

Abstract: Epidemiological studies in recent years have shown that most cases of vulvovaginitis due to the presence of mixed bacterial and fungal infections. Therefore, the use of drugs with a wide spectrum of action, not only bactericidal, but also anti-fungal, is relevant. The results of the drug "Terzhinan" in patients with vulvovaginal different etiologies.

А.Ф. Михельсон, Е.В. Кузьмицкая, Р.А. Грива, А.А. Ляпина, В.А. Сазонова

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННЫМИ С ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии №3

Демографическая ситуация в Российской Федерации пока еще остается неблагоприятной. Одним из наиболее реальных и перспективных направлений улучшения демографической ситуации является охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения. Нарушения здоровья женщин и мужчин негативно сказываются на репродуктивном потенциале нации.

Согласно стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации до 2025 года и целями и задачами научной платформы «репродуктивное здоровье», одним из приоритетных направлений является разработка программ скрининга женского населения для выявления заболеваний шейки матки ассоциированных вирусом папилломы человека с учетом региональных особенностей. Заболеваемость раком шейки матки в Ростовской области, не смотря на снижение, остается из года в год достаточно высокой.

Сложность и многофакторность патогенеза ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки, дебютирующего с периода полового созревания, объясняет трудности, возникающие при становлении репродуктивного здоровья данных пациенток.

Для изучения характерных особенностей репродуктивного здоровья, у женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки были сформированы две группы женщин возрасте от 17 до 45 лет обследуемых на клинических баз кафедры акушерства и гинекологии №3 в период с 2010–2013 гг. Основную группу составили 240 пациенток с персистирующей ПВИ шейки матки. Группа сравнения состояла

из 120 ВПЧ-негативных женщин. Критериями исключения являлись: беременность, острые инфекционные заболевания.

Полученные результаты по двум исследуемым подгруппам были внесены в разработанные электронные экспертные карты, что позволило получить и гарантированно обработать все элементы выборки и сравнить их между собой и также произвести анализ в каждой подгруппе. Средний возраст в обеих группах достоверно не отличался и составил 33, 5 г и 32,2 г соответственно.

У каждой второй пациентки из основной группы различные нарушения менструального цикла в настоящее время и у каждой пятой в анамнезе. Наличие заболеваний яичника в виде воспалительных процессов, а также перенесенных вмешательств по поводу резекции яичника, разрыва кисты яичника или наличии кист яичника в настоящее время достоверно превалировало в основной группе по сравнению с группой сравнения.

Пациентки с заболеваниями шейки матки имеют характерные особенности соматического анамнеза: у 186 (77,5%) пациенток отмечались заболевания ЖКТ, у 94 (39,2%) заболевания щитовидной в виде аутоиммунного тиреодита, без нарушения функции щитовидной железы, у 38 (15,8%) пациенток были выявлены признаки гипотиреоза.

Наследственный онкологический анамнез по репродуктивным органам более отягощен у пациенток основной группы и представлен: рак яичников по материнской линии 10 (4,2%), рак эндометрия – 8 (3,3%), рак шейки матки 9 (7,5%), рак молочной железы 8 (3,3%). Примечателен тот факт, что в данное исследовании вошли так называемые наследственные пары ВПЧ позитивных пациентов – мать и дочь. У таких дочерей достоверно чаще наблюдались изменения, не смотря на молодой возраст, в состоянии самой шейки матки при цитологической исследовании и кольпоскопии, а особенно при исследовании экспрессии белка p16 ink4a в соскобах с шейки матки, что по всей видимости может быть связано с наследственной предрасположенности к иммунологическим реакциям при бытовом, интранатальном инфицировании вирусом папилломы человека

Разработка оптимального подхода к интегральной оценки факторов риска и персонифицированному прогнозированию нарушений репродуктивного здоровья у пациенток ВПЧ-ассоцированными заболеваниями шейки матки в связи с большой частотой распространенности данной патологии у женщин детородного возраста – путь к повышению репродуктивного потенциала населения.

Резюме. Для изучения характерных особенностей репродуктивного здоровья, у женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями шейки матки были сформированы две группы женщин возрасте от 17 до 45 лет. Основную группу составили 240 пациенток с персистирующей ПВИ шейки матки. Группа сравнения состояла из 120 ВПЧ-негативных женщин.

A.F. Mihelson, EV, Kuzmitskaya R.A Mane A.A. Lyapina, V.A. Sazonova

REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS WITH CERVICAL DISEASES ASSOCIATED WITH PAPILLOMOVIRUSNOJ INFECTION

Russia, Rostov-on-Don 3

To examine the characteristics of the reproductive health of women with HPV associated cervical disease, two groups were formed for women aged 17 to 45 years. A study group comprised 240 patients with persistent HPV cervix. The comparison group consisted of 120 HPV-negative women.

А.Ф. Михельсон, Е.В. Кузьмицкая, С.И. Лемешко

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОММЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Россия, г. Ростов-на-Дону, ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии №3

Хирургическое лечение шейки матки, являющееся основным методом лечения диспластической патологии шейки матки, связано с рядом проблем для будущей беременности, поскольку несет значительный риск преждевременных родов и увеличения числа оперативных родов (Серова О.Ф. 2009; Jakobsson M., 2007). Учитывая то, что большая часть дисплазии легкой степени может спонтанно регрессировать, в особенности в возрасте до 29 лет и лишь в небольшом проценте случаев будет прогрессировать возникает необходимость более точного прогнозирования течения патологии шейки матки, использование специфических маркеров в комплексе с клиническими, цитологическими и гистологическими исследованиями позволит повысить точность, чувствительность диагностики и превентивность, достоверность терапевтических методов профилактики персестенции ВПЧ.

Целью данного исследования стал сравнительный анализ применения иммуноцитохимического определения маркера p16INK4a у женщин раннего репродуктивного возраста в прогнозировании дальнейшей патологии шейки матки. В исследовании приняли участие 370 пациенткок с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки в возрасте до 29 лет. При первичном обращении всем пациенткам было проведено цитологическое, бактериологическое исследование соскобов из цервикального канала, расширенная видеокольпоскопия, генотипирование и количественное определение ВПЧ. В качестве терапии рандомизированно 268 пациенткам при подтверждении диагноза ВПЧ-ассоцированной патологией шейки матки был назначен препарат глицирризиновой кислоты для местных орошений шейки матки в виде спрея и

препарат рибавирина в виде крема для аппликаций на шейку матки на протяжении 3 месяцев. В соответствии с дизайном исследования на втором этапе через 6 месяцев исследования пациентки были разделены на подгруппы когерентные по основным показателям и отличающиеся по наличию ВПЧ высоконкогенного типа в настоящее время и ВПЧ-негативных, но с учетом экспресии p16ink4a и повторно обследованы еще раз через 6 мес от окончания терапии.

Полученные результаты элиминации ВПЧ и величины экспрессии p16ink4a по двум исследуемым подгруппам были внесены в разработанные электронные экспертные карты, что позволило получить и гарантированно обработать все элементы выборки и сравнить их между собой и также произвести анализ в каждой подгруппе. Расчитан эпидемиологический показатель, используемый в оценке эффективности медицинского вмешательства – число больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ) для препарата глицирризиновой кислоты и рибавирина для местного применения как 1,85. Применение препаратов с момента установления диагноза на протяжении 3 мес ведет к снижению абсолютного риска персистенции ВПЧ через 12 мес на 49,25% и относительного риска заболеваемостью предраком и раком шейки матки на 28,58%, подтвержденные отсутствием экспрессии маркера в экспериментальной группе, даже при впч-позитивном повторном результате у 100% исследуемых и очаговой и умеренной экспрессией в контрольной группе в 34,86%.

По результатам работы разработан алгоритм ведения пациентов с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки с рекомендациями применения препаратов глицирризиновой кислоты и рибавирина для местного применения у ВПЧ – позитивных пациенток раннего репродуктивного возраста, что особенно актуально в современной амбулаторно-поликлинической практике в регионах при скрининговом и диспансерном этапе оказания медицинской помощи женскому населению. Особое место получило прогностическое значение иммуноцитохимического маркера p16ink4a при заболеваниях шейки матки у молодых женщин до 26 лет, как основных составляющих репродуктивного потенциала страны.

Резюме. Проведен сравнительный анализ иммуноцитохимического определения маркера p16INK4a у женщин раннего репродуктивного возраста в прогнозировании дальнейшей патологии шейки матки. В исследовании приняли участие 370 пациенткок с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки в возрасте до 29 лет. Разработан алгоритм ведения пациентов с ПВИ с рекомендациями применения препаратов глицирризиновой кислоты и рибавирина для местного применения.

A.F. Mihelson, E.V. Kuzmitskaya, S.I. Lemeshko

PREDICTION OF ELIMINATION OF HPV AND CERVICAL PATHOLOGY ASSOCIROVANNOJ IN PATIENTS OF EARLY REPRODUCTIVE YEARS

Russia, Rostov-on-Don

The comparative analysis of immunohistochemical marker definitions p16INK4a early women of reproductive age in predicting future of cervical pathology. The study involved

370 pacientkok HPV-associated Cervical Pathology at the age of 29 years. The algorithm of managing patients with HPV with the use of drugs Glycyrrhizic acid and ribavirin for local use.

Ж.Г. Морева, М.М. Васильев, В.П. Сащенко

НЕТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ВЛАГАЛИЩНЫХ ТРИХОМОНАД И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Иваново, Россия
ФГУ ГНЦ дерматовенерологии и косметологии Росмедтехнологий Москва, Россия
НУЗ Отделенческая больница на станции Иваново ОАО «РЖД» Иваново, Россия

Явление полиморфизма присуще многим возбудителям, но особенно широко распространено среди простейших. Причина выраженной изменчивости формы тела у жгутиконосцев, к которым относится Trichomonas vaginalis, связана со способностью различно метаболировать в конкретных условиях среды обитания, а также – мимикрировать в условиях иммунного макроорганизма (Т.Я. Гинецинская, 1978). Особенно в 60–90 годы прошлого века, но и в современное время, в результате экспериментальных работ отечественных и зарубежных исследователей (Ю.Х. Терас 1964, B. Honigberg, 1964, Н.М. Овчинников, 1974, R. Winston, 1974, М.М. Васильев, 1990, Г.А. Дмитриев, 2005, Д.В. Рюмин, 2011) подробно изучена морфология влагалищных трихомонад. Типичной морфологией T.vaginalis является грушевидная форма клетки, с наличием ядра и обладающая движением, на выявление которой направлена методология лабораторной диагностики трихомониаза (А.М. Савичева, 2011, А.А. Кубанова, 2012). Нетипичными формами влагалищных трихомонад являются две основные формы клетки – амебоидная и цистоподобная (округлая). Подробное описание цистоподобных форм у T. vaginalis сделал П.П. Семенов, 1972. Это форма длительного сохранения возбудителя в среде обитания (питательная среда) или в организме человека, она возникает как определенный этап развития вегетативной формы, претерпевшей ряд морфологических и анатомических изменений. В цистоподобной форме у трихомонад появляется толстая оболочка с зоной галло по периферии, но второй оболочки, характерной для истинной цисты не образуется, исчезают жгутики, аксостиль и ундулирующая мембрана, цитоплазма сгущается, переходит в состояние гель, исчезают вакуоли, кариолемма растворяется, ядро не определяется, оно диффузно расположено в цитоплазме. Трихомонады различной формы и размеров наблюдал М.М. Васильев, 1980, 1990 в процессе конструирования питательных сред. Нами изучена морфология трихомонад in vitro под влиянием препаратов: цитостатиков, антиметаболитов и противоопухолевых антибиотиков. Через различные временные интервалы происходили изменения двух видов: типичные формы трансформировались в округлые клетки с размером 16,2 мкм, 18,9 мкм и в крупные клетки амебоидных очертаний, которые через 72 часа начинали распадаться на мелкие цистоподобные формы с размером 5,4 мкм, последние длительно сохранялись в культуре. Появление мелких цистоподобных форм нами было выявлено при воздействии антисептика 0,01% раствора мирамистина на культуру. Такие формы оставались жизнестойкими после 72-х часов воздействия препарата. Трихомонады во всех формах являются полноценными патогенами, которые выделяются со слизистых оболочек гениталий (Ж.Г. Морева,

2012). Амебоидные формы обладают повышенной адгезией к эпителию (K.Y. Huang, 2012), именно положительный хемотаксис к эпителию влагалища запускает амебоидную трансформацию типичных трихомонад, затем происходит адгезия к эпителию за счет поверхностных белков, например, белка Tv 44 (V. Mundodi, 2006). Способность к амебоидной трансформации зависит от состояния защитных факторов слизистых оболочек, в частности от количества железа, источником которого является белок лактоферрин. Уменьшение количества железа приводит к амебоидному преобразованию у трихомонад и одновременно активируются протеазы (CP 30), оказывающие повреждающее действие на эпителий (S. Kummer, 2008). Амебоидному преобразованию способствует сопутствующая обильная патогенная микрофлора при трихомониазе, в частности Mycoplasma hominis (R.G. Vancini, 2008). В экспериментальном трихомониазе показано, что амебоидные формы, по сравнению с типичными трихомонадами, обладают повышенной пенетрацией и последующей инвазией в слизистый и подслизистый слои (M.M. Helmy, 2008). По нашим исследованиям округлые формы трихомонад, выделенные при микроскопии от больных и полученные на питательных средах, различаются. Встречаются правильно округлые клетки, имеющие оболочку, такую же, как и у типичных трихомонад и ядро, они подвижны, но менее активны, по размеру они сходны или немного превышают размер типичных трихомонад. Другие округлые клетки имеют толстую оболочку, неподвижны и часто лишены ядра, вариабельны по размеру, выглядят как блестящие клетки, плохо окрашиваются, это истинные цистоподобные формы. По нашим данным цистоподобные формы трихомонад часто выделялись вместе с типичными, а в некоторых случаях только одни, у больных с миомой матки. Округлые формы трихомонад были выделены у больных с цервикальной интраэпителиальной неоплазией (M.Y. Afzan, 2012), в 82% случаев у женщин с различной патологией гениталий в составе микст-инфекций (О.К. Кулага, 2008).

При микроскопическом исследовании врач-лаборант должен обращать внимание, прежде всего, на наличие клеток трихомонад с типичной морфологией, так как нетипичные трихомонады сходны с клеточными элементами мазка, что может привести к гипердиагностике. Однако в культуре, особенно на богатых питательных средах, разные клетки трихомонад с характерными идентификационными признаками хорошо различимы. Дифференцировать морфологию трихомонад позволяет непрямая РИФ. По нашим данным типичные трихомонады, амебоидные обладают ярким свечением, часть округлых клеток T. vaginalis флюоресцирует ярко, а истинные цистоподобные формы – менее ярко. В настоящее время ПЦР не позволяет дифференцировать типичные формы трихомонад от атипичных. Это может быть связано с наличием полиморфизма в структуре ДНК (A. Simoes-Barbosa, 2005), особенно у нетипичных форм, что обуславливается одновременно наличием разных типов деления клетки у трихомонад.

Резюме: Описываются собственные исследования авторов, а также исследования других ученых по морфологии Trichomonas vaginalis. Отмечается, что трихомонады могут обнаруживаться в нетипичной форме у больных с различной гинекологической патологией. Описываются идентификационные признаки, отличающие типичные и атипичные формы трихомонад.

Zh.G. Moreva, M.M. Vasiliev, V.P. Saschenko

ATYPICAL FORMS OF TRICHOMONAS VAGINALIS AND THEIR ROLE IN THE PATHOGENESIS OF UROGENITAL INFECTIONS

Ivanovo State Medical Academy Ivanovo, Russia
State Research Centre of Dermatovenerology Moscow, Russia
Ivanovo Railway Station Hospital Ivanovo, Russia

Summary: The authors' own research and the research of other scientists on the morphology of Trichomonas vaginalis are described. It is noted that Trichomonas may be found in the atypical form of patients with various gynaecological diseases. The identification characteristics that distinguish typical and atypical forms of Trichomonas are described.

М.Р. Оразов, А.В. Чайка, Е.Н. Носенко

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕРАПИЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ

НИИ медицинских проблем семьи, Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького
Донецк, Украина

К числу наиболее распространенных пролиферативных гинекологических заболеваний относятся миома матки и аденомиоз, причем многие авторы отмечают высокую частоту (до 85%) сочетания этих болезней, нередко возникающих на фоне гиперплазии эндометрия. Сочетание миомы матки иаденомиоза клинически проявляется симптомами обоих заболеваний и приводит к кровотечениям чаще по типу менорагий, развитию анемии, сдавлению соседних органов, вследствие чего появляются дизурические явления, нарушается работа кишечника (констипация), появляются хронические тазовые боли различной интенсивности, диспареуния, стойкое нарушение репродуктивной функции – бесплодие, в результате снижается качество жизни пациентки.

Целью исследования являлось изучение клинической эффективности применения селективных модуляторов прогестероновых рецепторов в ликвидации метроррагий у женщин с аденомиозом в сочетании с интерстициальной миомой матки фертильного возраста. В настоящее исследование включили 56 пациенток в возрасте от 32 до 40 лет с аденомиозомом в сочетании с интерстициальной миомой матки при общем увеличении размеров матки до 11–12 недельной беременности, осложненной кровотечением, поступивших в гинекологическое отделение стационара, со средней продолжительностью заболевания 4±2 года. На фоне приема препарата улипристала ацетат – Эсмияв суточной дозе 5 мг, мы изучили динамику клинической эффективности терапии доминирующего симптома пролиферативных заболеваний матки. Итак, уже в течении первой недели применения препарата кровяные выделения прекра-

тились у 24 (80%) женщин первой группы и 16 (61,5%) второй группы. В течении второй недели у пациенток первой группы полностью у всех (у оставшиеся 6 пациенток – 20%), со второй группы у 4 (15,3%) женщин соответственно. Статистика во второй группе складывалась следующим образом: у 2 (7,6%) аналогично наблюдали положительный эффект, а у остальных двоих женщин полная клиническая эффективность не наблюдалась. В дальнейшем данным пациентам была пересмотрена тактика ведения лечения. Через 4 недели во время лечения мы обнаружили рецидив метроррагии у 2-х женщин (7,6%) из второй группы, у которых ранее был отмечен положительный эффект, но тем не менее это не явилось основанием для отмены терапии, а, наоборот, доза препарата была удвоена (10 мг) и получен положительный результат через 7–8 дней. Наши данные совпадают с таковыми в исследованиях Agarwal A., 2006. Pelage J.P., Jacob B., Fazel A.,2008. Таким образом, предварительно полученные результаты позволяют применять препараты из группы селективных модуляторов прогестероновых рецепторов с тканеспецифичным частичным антипрогестероновым эффектом для лечения метроррагии ассоциированного аденомиозом в сочетании с интерстициальной миомой матки и в зависимости от степени тяжести клинического течения заболевания имеет дозазависимый эффект. Данный вывод учитывает то, что исследования проводилось на не большой группе женщин, изучение исходов и параметров отдаленных результатов продолжаются.

Резюме. К числу наиболее распространенных гинекологических заболеваний относятся миома матки и аденомиоз, причем многие авторы отмечают высокую частоту (до 85%) сочетания этих болезней, нередко возникающих на фоне гиперплазии эндометрия. Исследование посвящено изучению клинической эффективности применения селективных модуляторов прогестероновых рецепторов в ликвидации метроррагий у женщин с аденомиозом и интерстициальной миомы матки фертильного возраста. В работу включили 56 пациенток в возрасте от 32 до 40 лет с аденомиозом матки, осложненной кровотечением. Через 13 недель после использования улипристала ацетата в суточной дозе 5 мг, изучена динамика клинической эффективности терапии доминирующего симптома аденомиоза и миомы матки. Результаты исследования показали высокую клиническую эффективность препаратов из группы селективных модуляторов прогестероновых рецепторов с тканеспецифичным частичным антипрогестероновым эффектом для лечения метроррагии ассоциированного аденомиозом и миомы матки.

M.P. Orazov, A.V. Chaika, E.N. Nosenko

A NEW LOOK AT TREATMENT OF HEMORRHAGIC SYNDROME PROLIFERATIVE DISEASES OF THE UTERUS

Research Institute of medical family problems, Donetsk national medical University M. Gorky
Donetsk, Ukraine

Summary. Among the most common gynecological diseases include uterine fibroids and adenomyosis, and many authors have noted the high frequency (up to 85%) by a combination of these diseases, often occurring against the background of endometrial

hyperplasia. Research is devoted to the study of the clinical efficacy of selective modulators of progesterone receptors, in the elimination of juvenile metrorrhagia in women with adenomyosis and interstitial uterine fibroids fertile age. The work included 56 patients in the age from 32 till 40 years with adenomyosis uterus complicated by bleeding. 13 weeks later after use ulipristaleacetate in a daily dose of 5 mg, dynamics of clinical efficacy of the therapy dominant symptom uterine myomaadenomyosis. These results showed a high clinical efficacy of drugs from the group of selective modulators of progesterone receptors made of two fabrics with specific partial антипрогестероновым effect for the treatment of metrorrhagia associated with uterine myomaadenomyosis.

М.Р. Оразов

НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, В ТЕРАПИИ ТАЗОВОЙ БОЛИ АДЕНОМИОЗА

НИИ медицинских проблем семьи. Донецк. Украина

В настоящее время частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста колеблется от 7 до 59%. В течение последнего десятилетия отмечено возрастание частоты этой патологии среди оперированных гинекологических больных, причем в группе больных с бесплодием, синдромом хронических тазовых болей, нарушениями менструальной функции она достигает 23–27%. В структуре генитального эндометриоза наибольший удельный вес (70–80%) занимает поражение матки – аденомиоз, одним из доминирующих симптомов которого является тазовая боль. Согласно данным ВОЗ, каждый пятый человек в мире страдает хронической болью, обусловленной заболеваниями различных органов и систем.

Тазовые боли – это боли, не связанные с менструацией и регистрируемые в течение не менее полугода, и наблюдаются у 15% женщин в возрасте от 18 до 50 лет. На долю данного синдрома приходится 10–40% случаев обращения в женские консультации и специализированные гинеко-логические стационары; в США 35% диагностических лапароскопий и 15% гистерэктомий выполняются по его причине.

Целью данного исследования явилась изучение клинической эффективности пролонгированной терапии тазовой боли аденомиозанизкодозированным гормональным препаратом «Регулон».

В настоящее исследование вошли 78 женщин репродуктивного возраста, от 27 до 40 лет (средний возраст пациентов составил 32±3,0 года), которые находились в условиях гинекологического стационара. Диагноз аденомиоза был поставлен на основании данных анамнеза, гинекологического исследования (обьективноебимануальное), эхографических, эндоскопических, и морфологических (РДВ-эндометрия) критерий. Эндоскопическое исследование проводилось методом гистероскопии традиционным путем, с использованием аппаратуры известной немецкой компании «KarlStors». После назначения в пролонгированном режиме контрацептиваЧерез названный интервал времени после лечения, при анализе эффективности терапии было установлено, что лечение лучше переносили пациентки из группы сравнения (n=40). Так, уменьшение интенсивности болевого синдрома отмечали 22–57,8% больных из 1-й группы и 30–75%, женщин из 2-й группы соответственно. По данным различных авто-

ров все вышеперечисленные неконтрацептивные эффекты КОК присущи также и для пролонгированного режима их приема. Более того, по нашим данным, пролонгированный режим усиливает положительное влияние и создает дополнительный лечебный эффект при дисменорее, синдроме тазовой боли, и некоторых геморрагических проявлениях аденомиоза. В нашем наблюдении более пролонгированный режим прием Регулона (84 дня активного приема таблеток) обладает рядом преимуществ по сравнению с 64-х дневным применением, которые выражались в более глубоком дополнительном лечебном эффекте. Пациенткам, которые не желают ежемесячных менструаций, у которых отмечается выраженная дисменорея, имеется тазовая боль легкой степени, можно рекомендовать так называемый «сезонный» режим (непрерывный прием препарата в течение 12 недель, перерыв 1 неделя). Обобщив полученные результаты хотелось отметить, что на фоне более пролонгированной терапии аденомиоза с болевым синдромом легкой степени выраженности препаратом Регулон в течении 84-х дней, произошла положительная динамика в отношении ликвидации боли и уменьшения обьема теряемой менструальной крови, что отразилась в статистически значимом (p – 0,05) улучшении качества жизни. Именно этот механизм действия обусловлен доказанным подавляющим действием Регулона на эндометриоидные гетеротопии, а позитивное влияние на уменьшение обьема теряемой менструальной крови обусловил предельно высокую (100%) комплаентность и безопастность препарата. Таким образом, пролонгированная терапия низкодозированными оральными контрацептивами по результатам настоящего хотя и не многочисленного исследования, является действительно эффективной с достоверным субьективным и обьективным подтверждением (по оценке боли) ликвидации тазовой боли при аденомиозе. В свете того, что терапия комбинированными оральными контрацептивами обсуждается не одно десятилетие, и об этом свидетельствуют литературные данные разных авторов, вышеизложенные исследования позволяют применять данный препарат для лечения тазовой боли аденомиоза легкой степени тяжести в течении длительного периода времени.

Резюме. В структуре гинетальногоэндометриоза наибольший удельный вес (70–80%) занимает поражение матки – аденомиоз, одним из доминирующих симптомов которого является тазовая боль. В данном исследовании изучалось клиническая эффективность пролонгированной терапии тазовой боли аденомиозанизкодозированным комбинированные оральные контрацептивы. У 78 женщин репродуктивного возраста находившиеся в условиях гинекологического стационара после полной верификации диагноза аденомиоза назначен низкодозированный КОК в пролонгированном режиме. Через названный интервал времени после лечения, при анализе эффективности терапии было установлено, что лечение лучше переносили пациентки из группы сравнения (n=40). Так, уменьшение интенсивности болевого синдрома отмечали 22–57,8% больных из 1-й группы и 30–75%, женщин из 2-й группы соответственно. Согласно результатам исследования хочется отметить, что терапия комбинированными оральными контрацептивами обсуждается не одно десятилетие, о чем свидетельствуют литературные данные разных авторов, что позволяет применять данный препарат для лечения тазовой боли аденомиоза легкой степени тяжести в течении длительного периода времени.

M.P. Orazov

LOW-DOSE CONTRACEPTIVES, IN THE TREATMENT OF PELVIC PAIN ADENOMYOSIS

Research Institute of medical family problems. Donetsk. Ukraine

Summary. In the structure of гинетального endometriosis largest share (70–80%) occupies the defeat of the uterus – adenomyosis, one of the dominant symptoms of which is pelvic pain. In this study investigated the clinical efficacy of prolonged treatment of pelvic pain adenomyosis low-dose combined oral contraceptives. 78 women of reproductive age were in the conditions of gynaecological hospital after a full verification of the diagnosis of adenomyosis assigned to low-dose COCS prolonged regime. Through named interval of time after treatment, when analysing the effectiveness of therapy found that treating is better tolerated by patients of comparison group (n=40). So, a decrease in pain intensity noted 22–57,8% of patients from group 1 and 30–75%, women from the 2nd group, respectively. According to the research results, we note that the therapy combined oral contraceptives has been discussed for decades, as evidenced by the literature data of different authors, that allows you to use the medication for the treatment of pelvic pain adenomyosis mild severity over a long period of time.

Л.В. Осадчук

СВЯЗЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ С ПРОДУКЦИЕЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ И УРОВНЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГОРМОНОВ У МУЖЧИН СИБИРСКОГО РЕГИОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт цитологии и генетики СО РАН г. Новосибирск

Образ жизни существенно отражается на здоровье человека и его репродуктивных способностях. Одним из важнейших компонентов «образа жизни», влияющих на здоровье, является избыточная масса тела и ожирение. По данным ВОЗ в 2008 году 35% людей в возрасте 20 лет и старше имели избыточный вес, а 11% страдали от ожирения. В России на сегодняшний день около 30% взрослого населения имеют ожирение. Избыточная масса тела и ожирение, затрагивая многие аспекты физиологии человека, являются ключевым фактором риска развитиядислипидемии, гипертонии, сердечнососудистых заболеваний, диабета II типа, остеоартрита и снижения фертильности. В развитии ожирения важную роль играют социальные факторы – неправильное питание, гиподинамия, злоупотребление алкоголем, психологические стрессы, курение. Следует подчеркнуть, что энергетический дисбаланс является характерной чертой современного урбанизирован-

ного сообщества, а ожирение -ярким выражением «синдрома цивилизации» (Saad et al., 2013).

В последние годы значительно повысился интерес к проблеме ожирения со стороны специалистов по репродуктивной медицине и физиологии. Накапливаются данные, свидетельствующие о связи избыточной массы тела и ожирения с нарушениями половой функции у мужчин. Исследования последних лет указывают на негативное влияние избыточной массы тела и ожирения на уровень андрогенов (Brand et al., 2011; Palmer et al., 2012) и качество спермы у мужчин репродуктивного возраста (Nguyenet al., 2009; Stewart et al., 2009; Cabler et al., 2010).

Целью настоящего исследования было оценить влияние избыточной массы тела и ожирения на показатели спермограммы, уровень репродуктивных гормонов и липидный обмен у молодых мужчин из городских популяций Сибири.

В исследовании приняли участие молодые мужчины (средний возраст 26–27 лет), постоянно проживающие в городе Новосибирске (n=155) и Якутске (n=117). Все мужчины проходили антропометрию и физикальный осмотр врача андролога. По значениям ИМТ испытуемых распределяли по трем группам – контроль (ИМТ⩽25), избыточная масса тела (25<ИМТ⩽30) и ожирение (ИМТ>30). Из исследования исключались мужчины с азооспермиейили имеющие врожденные дефекты развития репродуктивной сферы (гипоспадии, крипторхизм). В группу контроля включались мужчины с нормальными параметрами спермограммы согласно референсным значениям ВОЗ (WHO, 2010). У всех испытуемых проводили забор периферической крови и эякулята. Определяли объем и pH эякулята, концентрацию сперматозоидов в камере Горяева. Долю подвижных сперматозоидов категорий А и Б оценивали на спермоанализаторе SFA-500–2 («Биола», Россия). Морфологию сперматозоидов анализировали по критериям Крюгера после окрашивания мазков эякулята наборами Diff-Quik («Абрис+», Россия). В сыворотке крови иммуноферментным методомопределяли содержание лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, тестостерона, эстрадиола и ингибина В. В тех же образцах сыворотки микрометодом иммуноферментного анализа или калориметрическим методом оценивалисодержание общего холестерина, триглицеридов и холестерина липопротеинов высокой плотности.

У молодых мужчин с избыточной массой тела и ожирением независимо от места проживания установлено снижение концентрации и подвижности сперматозоидов в эякуляте (от 30 до 50% от контроля), причему мужчин Якутска с избыточным весом и ожирением морфологические нарушения сперматозоидов были выражены сильнее, чем у аналогичной группы жителей Новосибирска. У молодых мужчин независимо от места проживания избыточная масса тела и ожирение сопровождались снижением уровня общего тестостерона, которое было пропорционально степени выраженности ожирения и усугублялось с ростом ИМТ. У мужчин с избыточным весом и ожирением наблюдалось снижение уровня ингибина В, что дополнительно указывает на уменьшение функциональных резервов семенника в отношении продукции сперматозоидов. Показатели липидограммы, в частности уровни триглицеридов иобщего холестерина отличались более высокими значениями в группах мужчин с избыточной массой тела или ожирением по сравнению с контролем.

Результаты проведенной работы показывают связь индекса массы тела с качеством спермы, в частности, с концентрацией и подвижностью сперматозоидов, указывая на риск развития субфертильности у молодых мужчин с избытком массы тела и ожирением. У мужчин с избыточной массой тела и ожирением пониженный уровень тестостерона может приводить к гипогонадизму, снижению либидо и эректиль-

ной дисфункции. Настоящее исследование демонстрирует, что у мужчин с избыточной массой тела и ожирением наблюдаетсяассоциация между ослаблением гормональной и сперматогенной функции семенников и дислипидемией.

Резюме. Избыточная масса тела и ожирение становятся важнейшей проблемой во многих странах мира из-за неблагоприятного влияния на здоровье человека. Цель настоящего исследования – оценить эффекты избыточной массы тела и ожирения на показатели спермограммы и уровень репродуктивных гормонов у мужчин из городских популяций Сибири. У молодых мужчин, проживающих в различных регионах Сибири, высокие значения индекса массы тела (ИМТ) ассоциировались с пониженным качеством спермы и гормональными изменениями. Мужчины с избыточной массой тела и ожирением имели более низкую концентрацию и подвижность сперматозоидов в эякуляте, пониженные уровни тестостерона и ингибина В, а также инвертированную взаимосвязь ИМТ и нормальной морфологией сперматозоидов. Таким образом, ожирение может рассматриваться как дополнительный фактор риска возникновения бесплодия и субфертильности.

L.V. Osadchuk

A RELATION BETWEEN OVERWEIGHT AND OBESITY AND SPERM OUTPUT AND SERUM REPRODUCTIVE HORMONE LEVELS AMONG MEN OF SIBERIAN REGION OF RUSSIAN FEDERATION

Institute of Cytology and Genetics, Siberian Department of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, Russia

Overweight and obesity have become a major public health concern worldwide, because of a higher frequency of adverse health consequences. This study was designed to explore the association between body mass index (BMI) and sperm output and serum reproductive hormone levels among men of Siberian region of Russian Federation. In young men living in different part of Siberia high BMI has been associated with reduced semen quality and hormone alterations. Overweight and obese male subjects had significantly lower sperm concentrations and motility, testosterone and inhibin B levels and the inverse association between BMI and normal sperm morphology. So, obesity may be regarded as an additional factor of male infertility and subfertility.

Ю.А. Петров

О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону, Россия

Поиск оптимизации лечения хронического эндометрита (ХЭ) является важным аспектом в решении проблемы улучшения репродуктивного здоровья женщин. В связи с этим поставлена цель: улучшить методы лечения ХЭ у женщин репродуктивного возраста.

Под наблюдением находилось две группы: в первую (ретроспективный анализ) вошло 160 женщин с наличием в анамнезе неразвивающейся беременности, артифициального аборта, самоаборта, неудачи ЭКО патоморфологически верифицированным ХЭ; во вторую (проспективный анализ – 390 женщин) – аналогичные когорты пациенток с ранними репродуктивными потерями, с различной частотой морфологического подтверждения ХЭ. Под наблюдение были взяты женщиныс наличием в анамнезе ранних репродуктивных потерь сроком до 6 месяцев после внутриматочного вмешательства.

Современные подходы к лечению ХЭ базируются на комплексной терапии для трех макротипов (смешанный, гипопластический, гиперпластический), включающей нестероидные противовоспалительные и иммунотропные препараты; препараты, нормализующие метаболические процессы и микроциркуляцию; восстановление эубиоза. Эффективность терапии подтверждалась результатами иммунологических и функциональных методов исследования. Согласно результатам сравнительного анализа данных бактериологического исследования, в том числе и комменсалов, исходно диагностируемых в 90% случаев подтвержденного морфологически хронического эндометрита: в полтора раза – в когортах с гипопластическим макротипом, в два раза – при смешанном и гиперпластическом вариантах. Анализ микробного пейзажа показал уменьшение на один-два порядка количества факультативно-анаэробных бактерий (стрептококков, коринебактерий во всех группах), грамотрицательной флоры, вытеснение факультативных аэробов микроаэрофильными бактериями, свойственное эубиозу.

Через месяц после повариантной комплексной патогенетической терапии обнаружено изменение иммунореактивности: достоверное возрастание количества нормореактивных пациенток (до 67,5%) (на 22,2% в I группе, на 27% – во II группе и на 47,2% – в III группе) и уменьшение гипореактивных (на 13,9%, 20% и 40,6%, соответственно) до 12,5%.

По результатам ультразвукового исследования наиболее выраженными подобные изменения были у женщин с гиперпластическим макротипом ХЭ. Позитивные изменения эхографической картины слизистой оболочки матки после комплексной терапии (при исходном истончении < 8 мм у 32,6%) наблюдались у пациенток всех групп: возрастание толщины эндометрия до 8,7мм в когортах гипопластическим макротипом и до 8,9 мм – с гиперпластическим вариантом. Расширение полости матки удалось устранить полностью после лечения пациенток с гипопластическим вариантом. Расширение полости матки удалось устранить полностью после лечения

пациенток с гипопластическим и смешанным вариантами ХЭ. Сократилась частота визуализации гиперэхогенных включений : в два раза при смешанном (19,8% и 10,2% соответственно), в три раза (37,3% и 12,3% соответственно) – при гиперпластическом макротипе.

Эффективность комплексной патогенетической терапии подтверждалась результатами оценки морфологических исследований эндометрия. Исходя из объясняющего их механизма лечебного действия, все морфологические характеристики эндометрия были объединены в группы: дефиброзирующие, вазопротективные, трофикостимулирующие. Наиболее выраженный лечебный эффект установлен для когорты с гиперпластическим макротипом (87,7%), тогда как при смешанном и гипопластическом вариантах ХЭ – 75,9% и 63,5%, соответственно. Детализация терапевтического воздействия показала: у трети пациенток всех групп доминировал вазопротективный эффект (в среднем 35,8%). Трофический эффект оказался наиболее выражен при гиперпластическом типе ХЭ – у каждой четвертой (26,4%), тогда как при гипопластическом – у каждой шестой (16,5%). Наименее выраженным оказалось дефиброзирующее воздействие, выявленное у трети (36,8%) женщин с гиперпластическим вариантом ХЭ и только у 27,8% женщин со смешанным макротипом ХЭ, 15,1% – гипопластическим. Т.о., доминирующим лечебным эффектом комплексной повариантной патогенетической терапии являлись трофикостимулирующий и вазопротективный.

Резюме. Изучалась эффективность комплексной терапии (иммунотропные, нестероидные противовоспалительные, нормализующие микроциркуляцию и др.) хронического эндометрита у 390 пациенток репродуктивного возраста в зависимости от макротипов ХЭ (смешанный, гипопластический, гиперпластический). Наиболее выраженный лечебный эффект установлен для группы женщин с гиперпластическим макротипом (87,7%), при смешанном и гипопластическом вариантах хронического эндометрита – 75,9% и 63,5% соответственно.

Y.A. Petrov

ON THE PATHOGENETIC TREATMENT OF CHRONIC ENDOMETRITIS

Rostov-on-Don. Russia

The efficiency of the treatment (immunotropnye, non-steroidal anti-inflammatory normalizing microcirculation, etc.) of chronic endometritis in 390 patients of reproductive age depending on makrotipov CE (mixed, hypoplastic, hyperplastic). The most pronounced therapeutic effect is set for a group of women with hyperplastic makrotipom (87.7%), and mixed and hypoplastic variants of chronic endometritis – 75.9% and 63.5%, respectively.

Ю.А. Петров

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУННЫЕ НЮАНСЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону. Россия

Малоутешительный прогноз течения ХЭ объясняется сложностями диагностики и лечения, что объясняется ограниченными возможностями микробиологической диагностики, частым отсутствием микробного фактора или персистенцией условно-патогенной флоры в пораженных тканях, недостаточной коррекцией иммунорезистентности вне установленных нарушений, отсутствием данных о гистероскопических и патоморфологических вариантах и своевременных мер, направленных на его профилактику.

Цель исследования – улучшение методов профилактики, диагностики и лечения ХЭ у женщин репродуктивного возраста. Контингент исследования составили две группы: в первую (ретроспективный анализ) вошло 160 женщин с наличием в анамнезе неразвивающейся беременности, самоаборта, неудачи ЭКО патоморфологически верифицированным ХЭ; артифициального аборта;во вторую (проспективный анализ – 390 женщин) – аналогичные когорты пациенток с ранними репродуктивными потерями, с различной частотой морфологического подтверждения ХЭ. Критерии включения в исследование: наличие в анамнезе ранних репродуктивных потерь сроком до 6 мес. после внутриматочного вмешательства.

Проводилось микробиологическое исследование и ДНК-диагностика возможных возбудителей, определение эмбиотропныхаутоантител в сыворотке крови (ЭЛИ-П-тест), определение содержания АМГФ в менструальной крови, патоморфологическое исследование аспиратов и биоптатов из цервикального канала и слизистой матки.

При гипопластическом макротипе ХЭ продукция эмбриотропныхаутоантител избыточна у половины женщин (57,4%), что в два раза чаще, чем при остальных вариантах (в среднем, 21,5%). Наибольшая частота патологического иммунного ответа определена при гиперпластическом варианте (76,4%): при доминанте «бедного» ответа (54,7%) частота гиперреактивности совпадала с эпизодами продукции нормального количества эмбриотропныхаутоантител (в среднем, 22,6%). Частота гипореактивности оказалась наименьшей при гипопластическом варианте (12,2%), что практически в два раза реже, чем при смешанном и более чем в 4 раза – при гиперпластическом макротипе (54,7%).

Определение содержания специфических белков репродуктивной системы для более точной оценки ее функционального состояния показало, что показатели гликоделина оказались сопоставимо низкими при всех вариантах ранних репродуктивных потерь, однако наименьший показатель определен при НБ (13,6 нг/мл). Средние уровни гликоделина в менструальной крови женщин с ХЭ оказались достоверно ниже в сравнении с когортой без ХЭ (24,4 нг/мл), при гипопластическоммакротипе этот показатель оказался меньше в два раза (12,8 нг/мл).

Дефицит лактофлоры фигурировал при гипопластическом варианте в два раза чаще остальных макротипов (12% и 8,6% в среднем), тогда как нормоценоз преобладал при смешанном варианте ХЭ (11,3% против 7,1% в среднем). Преобладание

условно-патогенной флоры с выраженными персистентными характеристиками и реализацией в бактериальный вагиноз констатировано у двух третей (70,3%) – с гипопластическим вариантом, более половины – со смешанным и гиперпластическим макротипами (в среднем, 53,9%). Эпизоды вагинита преобладали при гиперпластическом варианте (32,2%), при гипопластическом регистрировались в два раза реже, чем при гипопластическом типе (11,1%) и 23,6% соответственно).

При гипопластическом макротипе доминировала гиперреактивность, определяющая развитие аутоиммунных процессов, при гиперпластическом варианте ХЭ – гипореактивные изменения, сопровождаемые повышением частоты инфицирования ассоциациями условно-патогенных бактерий. Примечательно наличие достоверных различий по типам общей иммунореактивности среди женщин с различными инфекционными агентами: 80% пациенток с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), оказались гипореактивны, 14% – гиперреактивны и только 6% имели нормальную иммунореактивность. Несколько патогенных агентов одновременно имели 83% гипореактивных женщин и лишь 17% – с гипореактивным типом иммуного ответа. У двух третей гиперреактивных женщин были выявлены ИППП, в том числе – все случаи вирусной инфекции.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в патогенезе нарушений репродуктивной функции у женщин с ХЭ фигурируют различные иммуномикробиологичес-кие аспекты, снижающие имплантационный потенциал эндометрия и препятствующие успешному развитию беременности.

Резюме. Выполнено микробиологическое исследование, ДНК-диагностика, определение ЭЛИ-П-теста, содержания АМГФ, патоморфологическое исследование эндометрия у женщин с хроническим эндометритом. Проведенное исследование показало, что в патогенезе нарушений репродуктивной функции у женщин с хроническим эндометритом фигурируют различные иммуномикробиологические аспекты, снижающие имплантационный потенциал эндометрия и препятствующие успешному развитию беременности.

Y.A. Petrov

MICROBIOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL NUANCES IN THE PATHOGENESIS OF CHRONIC ENDOMETRITIS

Rostov-on-Don. Russia

Achieved microbiological testing, DNA diagnosis, determination of ELI-P test, the content AMGF, Pathology study of the endometrium in women with chronic endometritis. The study showed that in the pathogenesis of reproductive function in women with chronic endometritis appear immunomikrobiologicheskie various aspects that reduce the potential for implantation endometrium and prevent the successful development of the pregnancy.

В.Н. Прилепская

ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА: ДОСТИЖЕНИЯ В МИРЕ, УСПЕХИ В РОССИИ

ФГБУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

В странах, где программы скрининга реализуется давно и эффективно, вакцинация против ВПЧ и скрининг более эффективны в профилактике предраковых поражений и рака шейки матки (РШМ), чем только скрининг. Вакцинация против ВПЧ и скрининг также оцениваются как более экономически выгодные в сравнении с одним только скринингом. В странах, где отсутствуют программы скрининга, вакцинопрофилактика – наиболее эффективный способ снижения заболеваемости РШМ и другими ВПЧ-ассоциированными заболеваниями.

Так, например, Австралия – первая страна в мире, которая внедрила широкомасштабную национальную программу вакцинации в 2007 году, финансируемую государством.

Вакцинация была введена на фоне хорошо налаженного скрининга на рак шейки матки.

За период с 1991 по 2007 гг. заболеваемость раком шейки матки снизилась на 50%.

Основной вакцинируемой когортой с 2007 по 2009гг. являлись девочки 12–13 лет и женщины до 26 лет. Охват вакцинацией составляет 70%. 54 страны уже внедрили универсальную массовую вакцинацию девочек, а 4 страны также вакцинацию мальчиков против ВПЧ. С 2012 года в ряде стран вакцинация проводится мальчикам в возрасте 12–13 лет, с целю предотвращения пути передачи ВПЧ, что возможно сделать только при вакцинации лиц обоих полов.

Итоги 3 первых лет (2007–2099 гг.) национальной программы вакцинации против ВПЧ в Австралии показали снижение частоты предрака шейки матки на 38%. Результаты предварительных исследований по изучению вакцинации в странах северной Европы (2010–2020 гг.) показали, что в течение 10 лет после вакцинации ни одна из вакцинированных женщин не заболела ВПЧ-ассоциированным заболеванием. Так снижение частоты возникновения аногенитальных кондилом (Гардасил) отмечено на 63% у вакцинированных женщин в Новой Зеландии, 23–30% женщин США, Швеции, Германии. В ходе клинических исследований проанализированы исходы более 4000 беременностей (2008 вакцинированных и 2029 получавших плацебо). Отрицательного влияния на течение и исход беременности не было установлено ни в одном случае. Было также проведено исследование по изучению риска развития аутоиммунных заболеваний после вакцинации Гардасилом у 189 629 женщин в возрасте 9–26 лет. Связь между развитием аутоиммунного заболевания и вакцинацией не была установлена. Частота аутоиммунных заболеваний не превышала аналогичные показатели у невакцинированных женщин.

Учитывая неблагополучие с заболеваемостью РШМ в РФ, высокую смертность от него, необходимо проведение эффективных профилактических мероприятий по предупреждению этого грозного онкогинекологического заболевания.

В России вакцинация против РШМ, в настоящее время, не предусмотрена национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических

прививок по эпидемическим показаниям. Вместе с тем она может быть внедрена и уже внедряется на региональных уровнях. В целом в России вакцинация против ВПЧ – инфекции осуществляется на базе более 300 медицинских учреждений. В 2008 году в рамках программы вакцинопрофилактики в Московской области было привито 6850 девочек в возрасте 12–13 лет. Наиболее частыми побочными реакциями после введения вакцин являлись – боль, покраснение (23,6%), отек (24,2%) в месте инъекции, повышение температуры тела (1,5%), которые исчезали в течение 2–5 дней.

Способность ВПЧ к быстрому эпидемиологическому распространению и развитию онкопатологии обосновывают необходимость и целесообразность проведения массовой иммунизации, в первую очередь среди целевых групп населения, к которым относятся девочки в возрасте с 9 до 13 лет, что определяет и политика ВОЗ.

Первой ключевой задачей по внедрению вакцинации против ВПЧ является образование врачей практического звена. Образовательные программы должны быть адресованы в первую очередь педиатрам и акушерам-гинекологам.

Перспективы вакцин против ВПЧ предполагают разработку и внедрение 9-ти валентной вакцины (против ВПЧ 6, 11, 16, 31, 33, 45, 52, 58), которая в настоящее время проходит III фазу клинических испытаний, На ранних стадиях разработки находится L2 вакцина, содержащая частицы универсального белка, а также терапевтические вакцины против ВПЧ-бивалентная вакцина (93% эффективность защиты от CIN вне зависимости от типа ВПЧ).

V.N. Prilepskaya

HPV AND GYNECOLOGIC CANCER VACCINATION: ACHIEVEMENTS IN THE WORLD, SUCCESS IN RUSSIA

Federal State Budget Institution "Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

In countries where there is no screening program, vaccination – is the most effective way to reduce the incidence of cervical cancer and other HPV-associated diseases. In general, in Russia HPV vaccination is carried out on the basis of 300 medical institutions. The first key challenge for the implementation of HPV vaccination is the education of physicians. Target group for education programs are primarily pediatricians, obstetricians and gynecologists. Pharmacoeconomic model was developed for HPV vaccination for Russia. According to these data, the expected prevented loss would be approximately about 19 billion rubles per year.

В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова, В.В. Муравьева, О.В. Бурменская

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

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

В течение последних двух десятилетий накоплен значительный опыт лечения рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (РВВК) но, несмотря на это, частота рецидивов заболевания остается высокой, а принципы противорецидивной терапии четко не определены.

Цель исследования: оценить эффективность различных методов терапии при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе.

Методы исследования: клинический, микроскопический, культуральный, полимеразная цепная реакция в реальном времени (ПЦР-РВ), цитологический, иммунологические. В исследование включены 289 женщин в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст составил 27,6±3,4 лет) с подтвержденным диагнозом РВВК.

В зависимости от метода лечения пациентки были разделены на 4 группы: I группа – 90 женщин, применявших флуконазол 150 мг дважды с интервалом в 3 дня. Затем с противорецидивной целью флуконазол назначали в первый день менструации в дозе 150 мг однократно в течение 6 менструальных циклов. II группа – 83 женщины, которым был назначен итраконазол 200 мг в день – 3 дня. Затем с противорецидивной целью итраконазол назначали в первый день менструации 200 мг однократно в течение 6 менструальных циклов. III группа – 46 пациенток, применявших флуконазол150 мг перорально однократно в первый день терапии в сочетании с кетоконазоломинтравагинальнопо 1 суппозиторию на ночь в течение 10 дней. В последующем противорецидивная терапия включала кетоконазол по 1 суппозиторию на ночь в течение 5 дней перед менструацией на протяжении 6 месяцев. IV группа – 70 женщин, использовавших флуконазол 150 мг дважды с интервалом в 3 дня перорально. На втором этапе после контрольного микробиологического исследования, исключающего наличие грибов, в схему лечения включали препарат интерферона по 1000000ЕД интравагинально в течение 10 дней. Затем с противорецидивной целью пациенткам был рекомендован флуконазол 150 мг однократно в первый день менструации – 6 менструальных циклов в сочетании сгенфероном – 3 менструальных циклов за 10–12 дней до предполагаемой менструации по 1 свече на ночь в течение 10 дней.

Результаты исследований: Клинико-микробиологическая эффективность 1 этапа этиотропного лечения РВВК составляет 95–97% для пациенток всех групп ($p>0,05$). Частота рецидивов заболевания составляет:18,2% – при применении флуконазола, 11,4% – итраконазола, 8,9% – при сочетанном использовании флуконазола и кетоконазола. Минимальная частота рецидивов – 4,4% отмечена при сочетанной терапии флуконазолом и генфероном ($p<0,05$).

Таким образом, рецидивы заболевания у женщин 4 группы встречались в 3 раза реже по сравнению с пациентками I и II групп ($p<0,05$) и в 2 раза реже по сравнению с женщинами III группы ($p=0,08$). По-видимому, препарат генферон усиливая функциональную активность естественных киллеров, фагоцитов, стимулируя дифференцировку В-лимфоцитов, создает условия, препятствующие росту и размножению

грибов. Выбор терапии РВВК должен проводиться с учетом иммунологических особенностей влагалищного биотопа для повышения эффективности терапии, с целью избежания развития рецидивов заболевания.

V. Prilepskaya, G. Bayramova, V. Muravjeva, O. Burmenskaya

EFFECTIVENESS OF DIFFERENT THERAPY PRINCIPLES OF RECURRENTVULVOVAGINAL CANDIDIASIS (RVVC)

Research Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology by V.I. Kulakov
Moscow, Russia

289 women aged 18 to 49 years (middle age 27,6±3,4 years) with RVVC were followed up. Clinical-microbiological efficiency of the first stage therapy of RVVC is 95–97% for all groups (p>0,05). Frequency of disease recurrence of a diseases are: 18,2% – with Flucanozol, 11,4% – with Intraconozol, 8,9% – combination therapy with Flucanozol and Ketanozol. The minimum recurrence requency of – 4,4% is noted at the combined therapy flukonazoly and genferony (p<0,05). Apparently, a Genferon strengthening functional activity of natural killers, phagocytes, stimulating a differentiation of B-lymphocytes, creates the conditions interfering growth and reproduction of fungi.

Т.Н. Савченко, А.В. Мельников, М.И. Агаева, И. Дергачева

МИКРОЭКОЛОГИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С ПОЛИПАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава
Россия, г. Москва

Полипы эндоцервикса занимают одно из первых мест по частоте встречаемости среди других доброкачественных поражений шейки матки, составляя около 23%. Этиология и патогенез полипов цервикального канала на сегодняшний день полностью не выяснены.

Целью исследования явилось изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у женщин репродуктивного возраста с полипами шейки матки. Выполнено комплексное клинико-лабораторное обследование 84 женщин репродуктивного возраста, из которых 44 пациентки были с полипами цервикального каналам (основная группа) и 40 здоровых женщин (контрольная группа). Возраст женщин в обеих группах колебался от 22 до 40 лет (средний возраст 34,2±4,8 года).

Результаты бактериологического исследования показали, что полипам шейки матки сопутствуют отклонения в вагинальном биоценозе, которые проявляются в достоверном (p<0,05) снижении частоты выделения основных кислотообразующих

лактобацилл по сравнению со здоровыми женщинами. Так, только у 19 (43%) пациенток основной группы были выявлены лактобациллы (21 штамм) в концентрации 6,2±1,2 lg КОЕ/мл. В то время как у здоровых женщин лактобациллы были выявлены у 34 (85%) женщин в средней концентрации 6,8 lg КОЕ/мл. При типировании видовой состав лактобацилл был представлен L. fermentum у 2 (4,5%) женщин в концентрации 5,7±0,5 lg КОЕ/мл, L. catenaforme у 5 (11,4%) женщин в концентрации 7,0±1,4 lg КОЕ/мл, L. acidophilus у 2 (4,5%) женщин в концентрации 6,3±1,15 lg КОЕ/мл, L. casei – у 4 (9%) в концентрации 6,3±0,81 lg КОЕ/мл и L. brevis в средней концентрации 5,8±0,83 lg КОЕ/мл определялись у 8 (18,1%) женщин. При этом лактобактерии, не продуцирующие перекись водорода, составили почти четверть от всех выделенных штаммов (23,8%). Основным видом лактобацилл у здоровых женщин (91%) явился штамм L. brevis, продуцирующий перекись водорода. Enterococcus sp. выявлены у 15 (34%) женщин основной группы, причём в достаточно высокой концентрации – 5,3±1,67 lg КОЕ/мл. Несколько реже (у 12 (27,3%) пациенток), но в большей концентрации высевались E. coli (5,5±1,08 lg КОЕ/мл lg КОЕ/мл). Staphylococcus sp. выявлены у 5 (11,4%) женщин с полипами цервикального канала, однако их концентрация не превышала 4,0±0,7 lg КОЕ/мл. Редко, но в высокой концентрации высевались Proteus sp. и γ-Streptococcus sp. (2,3% и 4,5% соответственно, в концентрации 7,0±0 lg КОЕ/мл и 5,0±0,7 lg КОЕ/мл). Corynebacterium sp. в концентрации 4,0±0 выявлены в 1 (2,3%) случае. Анаэробные микроорганизмы встречались редко, но в большом количестве, и были представлены Peptostreptococcus anaerobicus в концентрации 6,0±0 lg КОЕ/мл у 1 (2,3%) пациентки. Спектр условно-патогенных микроорганизмов, выявленных во влагалище у женщин контрольной группы, был значительно беднее. У 16 (36%) пациенток определялись Enterococcus sp. в средней концентрации 3,8±0,78 lg КОЕ/мл, у 8 (18,2%) были выделены Streptococcus sp. в средней концентрации 2,8±1,1 lg КОЕ/мл. Анаэробные микроорганизмы были представлены так же, как и в основной группе, видами Peptostreptococcus в средней концентрации 3,8±1,15 lg КОЕ/мл у 12 (27,3%) пациенток. Видовой состав микроорганизмов, полученных из цервикального канала как основной, так и контрольной группы, был несколько уже, чем во влагалище, а обсеменённость микроорганизмами была несколько ниже. Проведённое исследование показало, что полипы цервикального канала ассоциированы с дисбиотическими нарушениями во влагалище и цервикальном канале – с уменьшением лактобактерий на фоне повышения содержания представителей условно-патогенной флоры. Снижение количества лактобактерий также сопровождалось неспособностью части из них продуцировать перекись водорода, необходимую для полноценной реализации защитного потенциала лактобацилл. Таким образом, комплексное изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у пациенток с полипами цервикального канала выявило дисбиотические нарушения у женщин данной группы. Полученные результаты позволяют сделать выводы о важной роли инфекционного фактора в развитии полипов цервикального канала. Нормализация микрофлоры половых путей является не только важным компонентом лечения полипов цервикального канала, но и препятствует их возможному рецидивированию.

Полипы цервикального канала являются частой патологией шейки матки. Выполнено комплексное клинико-лабораторное обследование 84 женщин репродуктивного возраста, из которых 44 пациентки были с полипами цервикального каналам (основная группа) и 40 здоровых женщин. Комплексное изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у пациенток с полипами цервикального канала выявило дисбиотические нарушения у женщин данной группы.

T.N. Savchenko, A.V. Melnikov, M.I. Agaeva, I. Dergacheva

MICROECOLOGY GENITAL TRACT WOMEN WITH CERVICAL CANAL POLYPS

Russia, Moscow

Polyps are common cervical canal cervical pathology. Achieved a complete clinical and laboratory examination 84 women of reproductive age, of which 44 patients were cervical polyp channels (main group) and 40 healthy women. Comprehensive study microbiocenosis vagina and cervix in women with cervical polyps revealed disbiotic disorders in this group of women.

М.М. Сонова, А.В. Ласкевич

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИЕНОГЕСТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета

Актуальность проблемы: Эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний и диагностируется примерно у 70% пациенток с хронической тазовой болью. 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. Эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, которое требует разработки плана долговременного ведения пациентки с целью профилактики рецидивов и повторного оперативного лечения. Оперативное вмешательство при эндометриозе должно быть первым этапом лечения. Операция, выполненная лапароскопическим доступом, остается «золотым стандартом» хирургического лечения.

Цель исследования: оценка клинической эффективности ДГ в комплексном лечении пациенток с синдромом тазовой боли, ассоциированном с генитальным эндометриозом.

Материалы и методы исследования: исследование базируется на обследовании 62 женщин в возрасте от 18 до 45 лет с лапароскопически и гистологически верифицированным диагнозом наружного генитального эндометриоза I–IV степени распространения согласно классификации R-AFS. Все операции были выполнены лапароскопическим доступом. Пациентки в послеоперационном периоде получали ДНГ (2 мг в сутки перорально в непрерывном режиме). Общая продолжительность лечения составила 9 месяцев. С целью проведения количественной оценки болевых симптомов, определения тяжести и интенсивность боли мы использовали Визуальную Аналоговую шкалу (ВАШ), visual analogue scale (VAS), представляющую градации боли от 0 (нет боли) до 100 баллов (нестерпимая боль). Оценка проводилась перед лечением и каждые 3 месяца в ходе лечения. Каждая пациентка оценивала по ВАШ

отдельно следующие параметры: тяжесть дисменореи, диспареунии и интенсивность хронической тазовой боли. Также оценивались побочные эффекты лечения, проводился гинекологический осмотр и УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком. Все пациентки при лечении должны были использовать барьерный метод контрацепции. Критериями исключения являлись: беременность и лактация, злокачественные новообразования или подозрения на таковые, экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации и системные заболевания.

Полученные результаты: до начала лечения пациентки имели следующие оценки болевого синдрома по ВАШ: 65,3±11,5. Средние измерения интенсивности тазовых болей концу лечения составили – 18,45±3,6 ($p<0,05$). Диспареуния, исследуемый нами параметр, угнетающий качество половой жизни, достоверно улучшался при проведении вышеуказанного лечения. Однако 7% пациенток отмечали снижение либидо в течение первых трех месяцев приема препарата. Среднее значение ВАШ снижалось через 3 месяца от исходного уровня на 26 мм или 39,8%, что статистически значимо ($p<0,05$); через 6 месяцев снижение на 5 мм или 7,6%, через 9 месяцев снижение на 13 мм или 19%. Побочные эффекты при лечении ДНГ отметили в процессе лечения 33% женщин. Из них наиболее частыми – в 26% случаев – были метроррагии (включая скудные выделения), наблюдавшиеся чаще в первые месяцы приема ДНГ. Головные боли впервые отметили 4% женщин, повышенную эмоциональную лабильность отмечали 13% женщин, снижение либидо – 7% женщин. Клиническая эффективность ДНГ отмечалась в регрессе тазовых болей в течение 9 месяцев лечения. Через 9 месяцев с момента окончания у пациенток не отмечено рецидива исходного уровня болей. В этот же период у 5 женщин наступила самопроизвольная беременность.

Заключение: Таким образом, показано, что комплексное лечение, включающее хирургический метод с последующей гормонотерапией современными препаратами, может длительно использоваться для лечения болевого синдрома и профилактики рецидивов эндометриоза.

Резюме: В данной статье представлен опыт применения диеногеста (ДНГ) 2 мг в комплексном лечении болевого синдрома, ассоциированного с эндометриозом в течение 9 месяцев наблюдения. Лечение эндометриоза с помощью ДНГ хорошо переносится больными. ДГ является терапевтической альтернативой в лечении эндометриоза, ассоциированного с хронической тазовой болью.

M.M. Sonova, A.V. Laskevich

ANALYSIS OF EFFICIENCY IN COMPLEX TREATMENT OF DIENOGEST WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS

Department of Reproductive Medicine and Surgery, Faculty of Postgraduate Education,
Moscow State Medical and Dental University

We present the experience of dienogest 2 mg in treatment of pain symptoms associated with endometriosis for 9 months of observation. The treatment of endometriosis with dienogest is well tolerated by patients. Dienogest is a therapeutic alternative in the treatment of endometriosis associated with chronic pelvic pain.

Н.Н. Стеняева

К ВОПРОСУ О ВАГИНИЗМЕ

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

Вагинизм – болевое сексуальное расстройство, проявляющееся спазмом мышц промежности, которое может возникать не только при попытке проведения полового акта, но и при любой иной попытке вагинального проникновения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ 10) вагинизм отнесен к сексуальным дисфункциям, не обусловленным органическими нарушениями или болезнями (F52). До сих пор нет единых представлений о взаимосвязи особенностей болевых ощущений, проявлений мышечного спазма, вегетативных реакций и психических особенностей женщин при вагинизме, и единственным диагностическим критерием вагинизма является спазм мышц тазового дна, окружающих влагалище.

Целью исследования явилось изучение клинических вариантов формирования вагинизма у пациенток.

Материал и методы: исследовано 17 женщин в возрасте от 19 до 32 лет с явлениями вагинизма, проходившие лечение в ФГБУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова» МЗ России с 2009 по 2013 гг. Применялись клинико-психопатологический, клинико-сексологический, экспериментально-психологический методы с заполнением опросников и карты сексологического пациента.

Результаты: В соответствии с диагностическими критериями МКБ -10 выделены 3 группы. 1 группу составили 7 пациенток с генерализованным вагинизмом, у которых выявлено тревожно-фобическое расстройство, проявляющееся клинически значимой тревогой, страхом боли, коитофобией и уклоняющимся стилем поведения. Все пациентки состояли в браке длительностью от нескольких месяцев до 3 лет. Половая жизнь в паре реализовывалась в экстрагенитальных, а также орально-генитальных формах сексуальной активности. При гинекологическом осмотре у пациенток наблюдались выраженные вегетативные реакции в виде сердцебиения, гипервентиляции, потливости, тремора, тошноты, чувства возможной потери сознания. Они не позволяли врачу провести влагалищное исследование. У пациенток 2 группы (6 женщин) выявлено истерическое расстройство личности. Все пациентки находились в зарегистрированном браке длительностью от 3 до 10 лет. Проявления вагинизма у пациенток были ситуационными, преимущественно при попытках полового сближения. Проведенная хирургическая дефлорация у 3 пациенток была без эффекта. Гинекологические осмотры, как правило, удавались при настойчивости и доброжелательном поведении врача. При этом тонус мышц тазового дна легко снижался в ходе обучения. У пациенток с шизотипическим расстройством личности (3 группа – 4 больных) выявлена генерализованная форма вагинизма. Трое из них не состояли в браке. Характерными особенностями пациенток было снижение либидо, субдепрессивный или депрессивный фон настроения, наличие астенических проявлений, дисморфофобических идей по поводу строения внутренних гениталий.

В первой и второй группе проводились когнитивно-поведенческая терапия, направленная на переработку негативного опыта, коррекцию представлений о нормах половой жизни, приемы телесно-ориентированной терапии, супружеская тера-

пия, секстерапия. Количество терапевтических сессий преобладало во второй группе. В третьей группе проводилась психофармакотерапия в сочетании с психотерапией. После окончания курса основной терапии для сохранения эффекта проводились поддерживающие психотерапевтические сессии.

Выводы: в ходе клинического исследования у женщин, страдающих вагинизмом, выявлены личностные расстройства и аффективные нарушения невротического спектра. Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при вагинизме необходимо использовать дифференцированную терапевтическую тактику с учетом психопатологических нарушений у женщин.

N.N. Stenyaeva

ON THE PROBLEM OF VAGINISMUS

Federal State University Scientific Center of obstetrics, gynecology and perinatology, Moscow

In a clinical trial in women with vaginismus, identified personality disorders and affective disorders neurotic spectrum. To increase the effectiveness of treatment and rehabilitation measures in vaginismus is necessary to use a differentiated therapeutic tactics in view of psychopathological disorders in women.

Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова», Москва

Актуальность. В последнее время в литературе появилось много сообщений о взаимосвязи цервицита и гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Так, по мнению Bo Song и соавт. существуют некоторые висцеро-висцеральные рефлексы, осуществляющие взаимную регуляцию между внутренними органами. Так как в женской половой системе шейка матки – наиболее иннервируемый орган, при наличии заболеваний запускается патологический висцеро-висцеральный рефлекс на мочевой пузырь, приводящий к его дисфункции. В некоторых исследованиях было доказана роль хронических цервицитов в индукции ГМП.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь заболеваний шейки матки с патогенезом гиперактивного мочевого пузыря.

Материалы и методы. Обследовано 79 женщин, из которых у 47 хронический цистит (59,5% из числа обследованных) в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст

– 30,7±1,2 лет) и у 32 – резистентный ГМП (рГМП, средний возраст – 35,4±1,7 лет), которые были опрошены по специальному алгоритму, проведено бактериоскопическое исследование отделяемого с шейки матки, влагалища, уретры, ПЦР отделяемого уретры для выявления U. urealyticum, U. parvum, M, hominis, M. genitalis, вируса простого герпеса 1 и 2 типов, цитомегаловируса, Chl. trachomatis.

Результаты. У всех пациенток с хроническим циститом и у 97% с рГМП диагностирована патология шейки матки: в 1-й группе у 29 (61,7%) – цервицит, у 18 (38,3%) – эктопия шейки матки и у 5 (10,6%) другая патология шейки матки, в то время как в группе с рГМП цервицит обнаруживался у 21 (65,6%), эктопия шейки матки у 10 (31,3%) и др. патология шейки матки у 4 (13,5%). В группе пациенток с хроническим циститом в 2 раза чаще встречался вагинит различного генеза, чем у женщин с рГМП ($p<0,01$).

При активном выявлении жалоб 24 (58,5%) женщин в группе с хроническим циститом и 16 (42,1%) в группе с рГМП беспокоили патологические выделения из половых путей ($p>0,05$). Анализ результатов мазка на флору выявил, что в группе женщин с рГМП чаще встречается уретрит и цервицит ($p<0,01$), а в группе женщин с хроническим циститом – в 2 раза чаще вагинит ($p<0,01$), что подтверждает важную роль развития воспаления в слизистой мочевого пузыря при наличии вагинальной инфекции.

У половины пациенток в обеих группах обнаружена U. parvum, у 1/3 – U. urealyticum; у большинства пациенток – ВПГ 2 типа (следует отметить, что пациентки не предъявляли характерных жалоб и при визуальном осмотре клинических проявлений ВПГ обнаружено не было). Статистически значимых различий между группами не выявлено.

Заключение. По данным нашего исследования, цервицит встречался у 81,3% женщин с рГМП и 63,8% с хроническим циститом. Следует также отметить тот факт, что в этиологии развития воспалительного процесса в мочевом пузыре весомую роль играет уреаплазменная и вирусная инфекции. Таким образом, у пациенток с хроническим циститом и ГМП необходимо активное выявление заболеваний шейки матки, в частности, цервицитов. Пациентки данной группы требуют комплексного обследования, включающего бактериоскопическое исследование отделяемого шейки матки и влагалища, и терапии с учетом выявленной патологии шейки матки.

Резюме. В последнее время в литературе появилось много сообщений о взаимосвязи цервицита и гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). В некоторых исследованиях было доказана роль хронических цервицитов в индукции ГМП. По данным нашего исследования, цервицит встречался у 81,3% женщин с рГМП и 63,8% с хроническим циститом. Следует также отметить тот факт, что в этиологии развития воспалительного процесса в мочевом пузыре весомую роль играет уреаплазменная и вирусная инфекции. Так, у ½ пациенток в обеих группах нами обнаружена U. parvum, у 1/3 – U. urealyticum; у большинства пациенток обнаружен ВПГ 2 типа. Таким образом, у пациенток с хроническим циститом и ГМП необходимо активное выявление заболеваний шейки матки, в частности, цервицитов.

T.A. Teterina, I.A. Apolihina

ROLE OF INFLAMMATORY DISEASES OF CERVIX IN PATHOGENESIS OF THE OVERACTIVE BLADDER

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia
Research Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology by V.I. Kulakov
Moscow, Russia

In recent time there have been reports about the relationship of cervicitis and overactive bladder (OAB). Some studies have proved the role of chronic cervicitis in the induction of OAB. According to our data, cervicitis met in 81.3% women with refractory OAB and in 63.8% with chronic cystitis. It should also be noted that in the etiology of the inflammatory process in the bladder plays a significant role Ureaplasma spp. and viral infections. So, ½ of patients in both groups we found U. parvum, in third – U. urealyticum; most patients detected HSV type 2. Thus, patients with chronic cystitis and the OAB should be active detected for cervix diseases, especially cervicitis.

Т.В. Тупицына, О.А. Тихоновская, С.В. Логвинов, М.Л. Дмитриева, С.А. Невоструев

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ЯИЧНИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АУТОИММУННОМ ООФОРИТЕ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аутоиммунный оофорит (АО) сопровождается альтерацией герминативных и эндокринных структур фолликулов и приводит к усилению атретических процессов с развитием вторичной яичниковой недостаточности и бесплодия у женщин молодого возраста. Необходимость включения глюкокортикоидных (ГКС) препаратов в схемы лечения АО, дозы и курсовой режим являются до настоящего времени предметом дискуссий.

Целью настоящего исследования являлось изучение действия глюкокортикоидной терапии на морфофункциональное состояние и овариальный резерв яичников с моделью аутоиммунного оофорита.

Эксперимент выполнен на беспородных половозрелых белых крысах-самках. В основную группу (n=12) вошли животные с моделью аутоиммунного оофорита, (патент №2439712 от 10.01.2012) которым, начиная с 5-х суток заболевания, вводили преднизолон («Никомед», Австрия) в дозе 3 мг/кг, внутримышечно, 14-ти дневным

курсом. Группу сравнения (n=12) составили животные с моделью АО без глюкокортикоидной терапии. Контроль (n=12) – интактные крысы. Забор материала для гистологического и серологического исследования производили на 20-е и 60-е сутки. Концентрацию антиовариальных антител (АОА), ингибина В и антимюллеровского гормона (АМГ) определяли методом иммуноферментного анализа с помощью специализированных наборов реактивов (Bioserv Diagnostics GmbH, Германия; Diagnostic system laboratories, Texac). Статистическая обработка проведена с использованием пакета программы Statistica® 6.0. Сравнение средних значений двух выборок проводили непараметрическим методом (U-тест Манна-Уитни) при распределении значений, отличном от нормального.

Морфологически экспериментальный АО характеризуется лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, которая по мере прогрессирования болезни из сосудов мозгового вещества распространяется на текальную (наружнюю и внутреннюю) оболочку корковой зоны, и сопровождается дистрофией и последующей деструкцией ооцитов. Первыми (20-е сутки) в патологические процессы вовлекаются, главным образом, вторичные и третичные фолликулы, далее (60-е сутки) поврежденными оказываются и первичные фолликулы. Нарушения фолликулогенеза проявляются усилением образования атретических фолликулов и тел и одновременным возрастанием численной плотности вторичных фолликулов. Подобные события, вероятно, следует расценивать как универсальное проявление овариальной недостаточности, итогом которой будет являться 5-ти кратное уменьшение содержания примордиальных фолликулов (1,01(1,0–2,06); $p<0,05$ к группе интактного контроля) на 60-е сутки. Об уменьшении овариального резерва и дезорганизации стероидогенеза в поздние сроки эксперимента свидетельствуют снижение концентрации АМГ (1,4(1,2–2,7); $p<0,05$ к группе интактного контроля) и 4-х кратное возрастание концентрации ингибина В (237,9(148,9–569,3); $p<0,05$ к группе интактного контроля). Иммунологическая активность процесса подтверждается повышением концентрации АОА, начиная с 20-х суток (4,6(4,6–4,8) нг/мл; $p<0,05$ к группе интактного контроля) и вплоть до окончания эксперимента (14,0 (12,2–22,7) нг/мл).

Способность ГКС стабилизировать сосудистую стенку и ограничивать миграцию иммунокомпетентных клеток, вероятно, приводит к уменьшению патологических изменений со стороны фолликулярного аппарата и планомерному протеканию репаративных процессов. Сразу после окончания лечения (20-е сутки) типичным гистологическим строением характеризуются, преимущественно, первичные и вторичные фолликулы, к 60-м суткам наряду с вышеуказанными выявляются третичные фолликулы, лишенные морфологических изменений. Снижение численной плотности вторичных фолликулов на 20-е сутки, вероятно, можно интерпретировать как защитно-приспособительную реакцию, направленную на ограничение процессов ускоренного рекрутирования фолликулярного аппарата. В дальнейшем в когорте растущих фолликулов наблюдается нормализация соотношения первичных (1,53 (1,09–3,54)), вторичных (4,11 (4,0–7,56)), третичных фолликулов (1,32 (1,06–2,12)) при сохранении в пределах значений интактного контроля ($p>0,05$) численной плотности примордиальных фолликулов (4,21 (2,07–5,43)). О сохранении овариального резерва и восстановлении гормонпродуцирующей функции яичников свидетельствует нормализация концентрации АМГ(2,9 (2,9–3,0)) и ингибина В (78,0 (70,3–79,2)) вплоть до 60-х суток эксперимента. Концентрация АОА снижена до 3,6 (3,4–3,9) и 2,9 (2,7–4,0) нг/мл на 20-е и 60-е сутки, соответственно ($p>0,05$ к группе интактного контроля).

Высокая терапевтическая эффективность ГКС терапии наблюдается при введении преднизолона на ранних сроках АО.

Резюме. Доказана эффективность глюкокортикоидной терапии при использовании ее на ранних сроках экспериментального аутоиммунного оофорита. Восстановление морфофункционального состояния происходит планомерно и сопровождается нормализацией концентрации антиовариальных антител, ингибина В и антимюллерова гормона.

T.V. Tupitsyna, O.A. Tihonovskaya, S.V. Logvinov, M.L. Dmitrieva, S.A. Nevostruev

EFFECT OF GLUCOCORTICOID THERAPY ON THE MORPHOLOGY AND FUNCTION OF OVARIES AND OVARIAN RESERVE IN THE EXPERIMENTAL AUTOIMMUNE OOPHORITIS

State Educational Institution of Higher Professional Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Abstract. The efficiency of the glucocorticoid therapy was proved to using it in the early stages of the experimental autoimmune oophoritis. The regeneration of the morphofunctional state is by degrees and it is accompanied by normalization of the concentration antiovarian antibodies, inhibin B and anti-Mullerian hormone.

Л.В. Уледева, Т.А. Зыкова

ТАУРИН КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОПУЛЯЦИИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Северный Государственный Медицинский Университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – распространенная эндокринопатия у женщин репродуктивного возраста. Метаболические нарушения, свойственные синдрому, являются главными предикторами нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) разной степени выраженности и сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа). НТГ имеется у 30–40%, а СД 2 типа – у 5–10% женщин с СПКЯ к возрасту около 40 лет. Инсулинорезистентность (ИР) в сочетании с секреторной дисфункцией бета-клеток имеют ключевое значение в развитии НТГ и СД 2 типа у женщин с СПКЯ. Помимо модификации образа жизни, эффективных медикаментозных методов первичной профилактики этих нарушений нет. Известно, что идеальным модулятором основных физиологических процессов является аминокислот таурин. В исследованиях на популяции больных с СД 2 типа было установлено, что таурин снижает натощаковую и постпрандиальную гипергликемию и уровень гликированного гемоглобина.

Цель. Оценить эффекты таурина на углеводный метаболизм у женщин с СПКЯ и возможность использования таурина для первичной профилактики предиабета и СД 2 типа в этой популяции.

Материалы и методы. В исследование было включено 44 женщины в возрасте от 18 до 45 лет с диагнозом СПКЯ (критерии «Роттердамского консенсуса», 2003 г.). Все женщины были разделены на 2 группы: «Таурин», n=30 (препарат «Дибикор», Пик-Фарма, РФ по 500 мг 2 раза в день); «Группа сравнения СПКЯ без терапии», n=14. Исходно и через 3 месяца после прием таурина было выполнено измерение следующих показателей: оценка веса и роста; расчет индекса массы тела (ИМТ); оральный тест толерантности к глюкозе (ОГТТ) с 75 г глюкозы и определением глюкозы и инсулина натощак, через 30, 60, 120, 180 минут после приема глюкозы; а также расчет площади под кривыми глюкозы и инсулина. На основании показателей ОГТТ расчетным методом определили функцию бета-клеток и чувствительность к инсулину (математические модели Stumvoll M. et al., 2000): «1-st Phase» отражает первую фазу секреции инсулина = 1283+1,829×инсулин на 30-й мин – 138,7×глюкоза на 30-й мин + 3,772×инсулин натощак; «2-nd Phase» – вторую фазу секреции инсулина = 287+0,4164×инсулин на 30-й мин – 26,07×глюкоза на 30-й мин + 0,9226×инсулин натощак; «ISISTUM» = чувствительность периферических тканей к инсулину = 0,226–0,0032 ×ИМТ–0,0000645×инсулин на 120-й мин – 0,0037×глюкоза на 60-й мин; «MRCSTUM» = метаболический клиренс глюкозы = 18,8–0,271×ИМТ–0,0052×инсулин на 120-й мин – 0,27×глюкоза на 60-й мин. Результаты представлены как медиана и квартили (Q25–75). При статистической обработке данных использовались критерии Манна-Уитни, Уилкоксона. За критический уровень значимости принято значение $p<0,05$.

Результаты. Терапия таурином не повлияла на ИМТ: до – 20,7 (19,8–22,6), после – 21,1 (19,5–23,5) кг/м^2, p=0,306. Через 3 месяца в группе «Таурин» не выявлено значимых изменений по точкам оценки гликемии в ходе ОГТТ, в то время как отмечалось уменьшение площади под кривой гликемии в этой группе: AUC глюкозы до 16,16 (14,17–18,68), после 15,52 (14,09–16,98), p=0,060. Так, гликемия через 3 месяца против исходного уровня изменилась в каждой группе натощак, на 120-й мин и AUC глюкозы. Разница гликемии: натощак в группе «Таурин» -0,18 (-0,40; 0,42), в «Группе сравнения» 0,33 (-0,17; 0,91), p=0,089; на 120-й мин в группе «Таурин» -0,33 (-1,40; 0,65), в «Группе сравнения» 0,58 (0,18; 1,63), p=0,024; разница AUC глюкозы в группе «Турин» -1,45 (-3,56; 0,98), в «Группе сравнения» 0,40 (-0,63; 2,52), p=0,023. Терапия таурином привела к улучшению функции бета-клеток, что отразили показатели секреции инсулина: «1-st Phase» до 386,41 (214,21–552,83), после 442,53 (339,85–541,44), p=0,079; «2-nd Phase» до 124,71 (92,47–154,36), после 134,20 (115,24–152,05), p=0,054. Через 3 месяца приема таурина улучшились показатели чувствительность тканей к инсулину с ускорением скорости метаболического клиренса глюкозы: «ISISTUM» до 0,13 (0,12–0,14) после 0,14 (0,13–0,14), p=0,012; «MRCSTUM» до 11,31 (10,34–11,89) после 11,42 (10,70–11,91), p=0,017. В группе «Таурин» первая фаза секреции инсулина стала более адекватной степени чувствительности тканей к инсулину, о чем свидетельствовало изменение отношения секреции инсулина к чувствительности тканей к гормону, так называемый «индекс распределения». В этой группе индекс приблизился к линии гиперболы, что говорит об улучшении углеводного метаболизма, поскольку гипербола является идеальным отражением соответствия количества выделенного бета-клетками инсулина в ответ на стимуляцию глюкозой чувствительности тканей к нему (адекватная функция бета-клеток).

Заключение. Терапия таурином способствует улучшению функции бета-клеток и чувствительности периферических тканей к инсулину с ускорением скорости метаболического клиренса глюкозы и снижением площади под кривой гликемии в ходе ОГТТ, а также улучшает показатели гликемии натощак и в 2-х часовой точке. Таурин влияет на два основных фактора патогенеза СД 2 типа в популяции женщин с СПКЯ: дисфункция бета-клеток и снижение чувствительности к инсулину (метаболический клиренс глюкозы). Полученные данные обосновывают назначение таурина (препарат «Дибикор») для профилактики НТГ и СД 2 типа у молодых пациенток с СПКЯ.

Резюме. В исследовании оценены эффекты таурина (препарат «Дибикор») на углеводный метаболизм у женщин с СПКЯ и возможность использования таурина для профилактики предиабета и СД 2 типа в данной популяции. Установлено, что терапия таурином улучшает функцию бета-клеток и чувствительность тканей к инсулину, что ассоциировано способствует повышению скорости метаболического клиренса глюкозы, уменьшению площади под кривой гликемии и снижению гликемии натощак и на 120-й мин ОГТТ. Полученные данные обосновывают назначение таурина для профилактики СД 2 типа у молодых женщин с СПКЯ.

L.V. Uledeva, T.A. Zykova

TAURINE AS A FACTOR IN PREVENTION OF DIABETES MELLITUS IN THE POPULATION OF YOUNG WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

The Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

Summary. This study assessed effects of taurine ("Dibikor") on carbohydrate metabolism in women with PCOS and the possibility of using taurine to prevent of prediabetes and type 2 diabetes in this population. It was found that taurine therapy improves beta-cells function and insulin sensitivity, which contributes to associated acceleration of glucose metabolic clearance rate, reduction of area under the glucose curve, fasting plasma glucose and glucose after 120 minute of glucose load. The obtained data justify the appointment of taurine for the prevention of type 2 diabetes in young women with PCOS.

А.З. Хашукоева, О.А. Свитич, Э.А. Маркова, С.А. Хлынова, М.Р. Нариманова

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННОЙ ФОТОМОДИФИКАЦИИ КРОВИ В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва
ФГБУ «НИИВС им. И.И. Мечникова» РАМН, Москва

Актуальность. Существующий широкий спектр противовирусных препаратов не снижает частоту заболеваемости вирусными инфекциями, особенно в акушерстве и гинекологии. Доказана этиологическая роль герпесвирусной инфекции, в частности, вируса простого герпеса 2 типа (ВПГ-2) и цитомегаловируса в патологии и привычном невынашивании беременности. Фотосенсибилизированная фотомодификация крови (ФМК) – высокотехнологичный частный метод фотодинамической терапии (ФДТ), основанный на использовании фотодинамического повреждения клеток в ходе фотохимических реакций. Установлена возможность фотодинамической инактивации оболочечных вирусов. Данный факт послужил к проведению in vitro исследований по противовирусной ФДТ. Проведена экспериментальная работа по ФДТ при герпесвирусной инфекции, как одной из доминирующих причин привычного невынашивания беременности.

Цель: изучение и оценка противовирусной эффективности фотосенсибилизированной ФМК при герпесвирусной инфекции.

Материалы и методы: проводили заражение культуры клеток Vero вирусом простого герпеса 1 (ВПГ-1) и 2 (ВПГ-2) типов. Дозы заражения для ВПГ-1 составили 6,0, 5,0, 4,0 ТЦД50/0,1мл, и для ВПГ-2 – 4,5, 3,5, 2,5 ТЦД50/0,1мл. После инфицирования в полученную систему вводили раствор фотосенсибилизатора «Фотодитазин» в различных концентрациях (от 0 и 10 до 200 мкг/мл). Затем проводили лазерное облучение. В эксперименте применяли аппарат физиотерапевтический «АФС» (ООО «Полироник») с длиной волны 662 нм и максимальной мощностью излучения на выходе 180 мВт. Использовали различные дозы лазерного облучения от 0 и 0,285 до 10,62 Дж/см2. Также изменяли время инкубации до и после облучения. Таким образом, для изучения механизмов фотодинамического воздействия на инфицированную ВПГ культуру клеток и оценки противовирусной эффективности фотосенсибилизированной ФМК была разработана определенная схема проведения экспериментов.

Результаты. Были подобраны оптимальные условия (концентрация фотосенсибилизатора «Фотодитазин» 10 мкг/мл, оптимальная доза лазерного облучения 1,8 Дж/см2 (t облучения 30 сек), оптимальные условия экспериментов соблюдение инкубации до и после облучения не менее 30 мин) для реализации противогерпетического эффекта ФДТ in vitro. Комплексное воздействие лазерного облучения и фотосенсибилизатора на культуру клеток, инфицированных ВПГ-1 и ВПГ-2, приводило к достоверному снижению титра вируса более чем на два порядка (в 100–1000 раз).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о наличие противовирусной эффективности фотодинамического воздействия на модели in vitro. Экспериментальные данные являются обоснованием к применению фотосенсибилизированной ФМК у пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Резюме: В настоящее время большую актуальность приобретает проблема рецидивирующей герпесвирусной инфекции при привычном невынашивании беременности. Доказана этиологическая роль герпесвирусной инфекции: вируса простого герпеса 2 типа (ВПГ-2) и цитомегаловируса (ЦМВ) в патологии и привычном невынашивании беременности. Актуален поиск новых методов лечения герпесвирусной инфекции. Показано, что фотодинамическая терапия инактивирует оболочечные вирусы. Проведена экспериментальная работа по ингибированию герпесвирусной инфекции in vitro. Установлено, что фотодинамическая терапия приводит к достоверному снижению титра вируса in vitro.

A.Z. Khashukoeva, O.A. Svitich, E.A. Markova, S.A. Chlinova, M.R. Narimanova

THE APPLIENCE OF PHOTOSENSITIZED PHOTOMODIFICATION OF BLOOD IN THE TREATMENT OF RECURRENT FORM OF HERPES VIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH HABITUAL ABORTIONS IN ANAMNESIS

Russian National Research Medical University, named by N.I. Pyrogov, Moscow
I.Mechnikov Research Institute of Vaccines and Serum,
Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia

Abstract: The increasing growth of viral infections exists especially in obstetrics and gynaecology. It is proved that herpesvirus infection: HSV-2 and Cytomegalovirus are the main reasons of the recurrent pregnancy loss. The searching of the new methods of treatment is actually. It was established that photosensitized photomodification inactivate membrane viruses. Experimental work of the influence of photosensitized photomodification on herpesvirus infection in vitro was carried out. It was discovered that photosensitized photomodification lead to the reliable decrease of viral titre in vitro.

Н.В. Ходжаева

СВЯЗЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

РСНПМЦЭ МЗ Республики Узбекистан, Ташкент

Предменструальный синдром (ПМС) – комплекс симптомов, возникающих только в дни предшествующие менструации и проявляющихся, обменно-эндокринными,

нервно-психическими и вегетативно-сосудистыми нарушениями. ПМС встречается у 20–80% женщин репродуктивного возраста. У 30–40% пациенток отмечаются умеренные, а у 5–10% проявляются выраженные симптомы заболевания, что приводит к снижению работоспособности, ухудшению качества жизни и уровня семейной и социальной адаптации.

В связи с этим целью исследования явилась оценка связь эмоционального состояния и качества жизни женщин с ПМС

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 женщин фертильного возраста с ПМС, обратившихся в консультативную поликлинику РСНПМЦЭ. Средний возраст пациенток составил 32,4±6,15 лет (Me 35,0 лет; IQR 29,3–37,0). В контрольную группу включены 39 женщин аналогичного возраста без признаков ПМС.

Критерии включения: возраст 18–40 лет, регулярный менструальный цикл (МЦ); наличие симптомов ПМС. Критерии исключения: беременность, индекс массы тела ⩾ 30 кг/м^2; сахарный диабет; артериальная гипертензия (АД>140/90 мм рт. ст.); тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек; эстрогензависимые опухоли; кровотечение из половых путей неясной этиологии; злокачественные новообразования в настоящее время или в анамнезе; психические заболевания, прием психотропных препаратов; прием диуретиков в настоящее время; использование гормональной терапии в течение последних 3-х месяцев до включения в исследование; предменструальное дисфорическое расстройство.

Диагноз ПМС выставляли при наличии пяти и более симптомов в лютеиновую фазу МЦ, которые вызывали физический и/или эмоциональный дистресс, но отсутствовали в фолликулярную фазу цикла и не являлись проявлениями какого-либо соматического и/или психического заболевания.

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника SF 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey). Наличие и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств оценивали с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HDRS). При интерпретации учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, выделяя три области его значений: 0–7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6 и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде M±SD, а также медианы (Me) и 25 и 75 перцентили (IQR). Различия между группами считали статистически значимыми при P<0,05.

Результаты и обсуждение. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, на 5 день МЦ клиническая норма и субклиническая тревога/депрессия были выявлены соответственно у 24(52,2%) и 22(47,8%) женщин с ПМС. К 21 дню МЦ оказалось, что клиническая норма наблюдалась у 12(26,1%) пациенток. Достоверно увеличилось число (73,9% – ОШ 3,09; 95%ДИ 1,29–7,42; P=0,02) женщин с субклинической тревогой/депрессией.

Нами выявлено статистически значимое снижение всех показателей физического компонента здоровья по доменам интенсивность боли (на 41,7% до 47,4±11,2 балла; P=0,02), физической активности (на 40,9% до 48,9±10,6 баллов; P=0,04), общего состояния здоровья (на 38,6% до 50,5±11,6 баллов; P=0,04) и ролевому физическому функционированию (на 35,7% до 50,1±9,21 баллов; P=0,05) у пациенток с ПМС по

сравнению с женщинами из группы контроля. При этом общий физический компонент здоровья снизился на 37,4%.

Анализ составляющих психического компонента здоровья выявил статистически значимые отличия по некоторым показателям, так наиболее выраженными оказались изменения по шкале ролевого эмоционального функционирования (на 45,0% до 44,5±13,1; P=0,04). Показатель, отражающий ограничение в выполнении повседневных обязанностей в связи ухудшением эмоционального состояния, достоверно снижался на 36,9% (до 53,8±9,47 балла; P= 0,03) по сравнению с таковым в контрольной группе.

Установлена тенденция к снижению показателя жизненной активности (на 38,4% до 51,4±14,2 балла; P=0,07), отражающего субъективное ощущение бодрости и свидетельствующее о быстрой утомляемости пациенток и психического здоровья (на 33,2% до 55,2±12,2; P=0,09). У женщин с ПМС наблюдалось снижение общего психологического компонента здоровья на 35,7%.

Тревожные и депрессивные расстройства коррелировали с показателями в доменах социального (соответственно, r=0,39 и r=0,31; P<0,05) и эмоционального функционирования (соответственно, r=0,41 и r=0,36; P<0,05).

В физическом статусе общего КЖ у женщин с ПМС уровень тревоги и депрессии был связан с доменами интенсивности боли (соответственно, r=0,53 и r=0,47; P<0,05) и общего состояния здоровья (соответственно r=0,49 и r=0,45; P<0,05).

Таким образом, ПМС способствует ухудшению качества жизни женщин, проявляющемуся низкими показателями и физического (37,4%) и психологического (на 35,7%) компонентов здоровья. У большинства (73,9%) пациенток к 21 дню МЦ были повышенными показатели тревоги и депрессии, которые коррелировали показателями социального и эмоционального функционирования, а также интенсивности боли и общего состояния здоровья.

Резюме. У женщин с ПМС низкое качество жизни и физического (37,4%) и психологического (на 35,7%) компонентов здоровья. Уровень тревоги и депрессии, коррелировал с такими показателями КЖ как социальное и эмоциональное функционирования, а также интенсивность боли и общее состояние здоровья.

N.V. Khodjaeva

ANXIETY-DEPRESSION ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

Center for the Scientific and Clinical Study of Endocrinology, Uzbekistan Public Health inistry

Patients with premenstrual syndrome were found to have low quality of life (QoL) as well as physical (37.4%) and psychological (35.7%) components of health. Anxiety and depression level turned out to correlate with QoL parameters, such as, social and emotional functioning as well as with bodily pain and general health.

ГЛАВА 3 / CHAPTER 3

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

З.А. Агаева

ПРИМЕНЕНИЕ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

ФГУ Кубанский государственный медицинский университет, кафедра лучевой диагностики, г. Краснодар

Одной из самых актуальных проблем в современной онкогинекологии является рак яичников. Среди раков гинекологической локализации рак яичников стабильно занимает 2-е место после рака шейки матки. Рак яичников – пятая по частоте причина смерти от рака у женщин, ведущая причина смерти от гинекологических злокачественных опухолей и вторая по частоте диагностирования опухоль в гинекологии.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ) и цветовое допплеровское картирование (ЦДК), которые используются для выявления новообразований яичников не позволяют определить природу этого образования. С появлением эластографии есть возможность неинвазивным путем отдифференцировать доброкачественные и злокачественные новообразования яичников. С помощью данной ультразвуковой методики можно оценить механические свойства тканей и при обнаружении новообразований яичников рассчитать коэффициент жесткости (Strain ratio).

Целью данного исследования является изучение диагностической значимости соноэластографии при новообразованиях яичников.

С декабря 2011 г. по май 2012 г. было обследовано 67 женщин в возрасте от 35 до 70 лет, средний возраст 52±4 года с различными новообразованиями яичников. На первом этапе всем больным проводилось стандартное УЗИ в В-режиме. На втором этапе для более детальной оценки исследуемого образования оценивался характер сосудистого рисунка с применением УЗ-ангиографии (в режиме ЦДК). На третьем этапе выполнялось соноэластографическое исследование яичников для оценки «ультразвуковой жесткости ткани».

Все исследования проводились на УЗ-сканере – EUB HI Vision 900, Hitachi Medical Sistems, Japan, оснащенным полным набором датчиков и с программным обеспече-

нием для проведения эластографии. Данные эластографических исследований у всех больных сопоставлялись с данными патоморфологических исследований.

Проведена визуальная цветовая оценка жесткости образований яичников и выявлено 5 типов эластографического картирования: I тип – образования, картируемые преимущественно тремя цветами; II тип – образования, имеющие мозаичный тип картирования с преобладанием зеленых и красных участков; III тип – образования, с мозаичным типом картирования и преобладанием синих участков; IV тип – синие и зеленые цвета в равном количестве; V тип – синий цвет. У большинства исследованных женщин – 25 (37,31%) выявлен I тип картирования и морфологически верифецированы кисты; К потенциально доброкачественным были отнесены 11(16,41%) случаев картирования II типа (фолликулярные кисты); У 8 (11,9%) наблюдался III тип картирования (эндометриоидные кисты); У 10 (14,92%) – IV тип картирования (патоморфологически – цистаденокарциномы) и у 13 (19,4%) пациентов отмечался V тип картирования с морфологической верификацией – рак яичника.

Резюме. Рак яичников является актуальной проблемой современной онкогинекологии. Метод соноэластографии позволяет дифференцировать опухоли яичников, малых размеров. Было обследовано 67 женщин в возрасте от 35 до 70 лет, средний возраст 52±4 года с различными новообразованиями яичников. Проведена визуальная цветовая оценка жесткости образований яичников и выявлено 5 типов эластографического картирования: к потенциально доброкачественным были отнесены 11(16,41%) случаев картирования II типа (фолликулярные кисты); У 8 (11,9%) наблюдался III тип картирования (эндометриоидные кисты); У 10 (14,92%) – IV тип картирования (патоморфологически – цистаденокарциномы) и у 13 (19,4%) пациентов отмечался V тип картирования с морфологической верификацией – рак яичника.

Z.A. Agaeva

APPLICATION SONOELASTOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OVARIAN TUMORS

Kuban State Medical University

Ovarian cancer is the actual problem of modern gynecological oncology. Sonoelastography method allows to differentiate ovarian tumors, small size. Were examined 67 women aged 35 to 70 years, mean age 52±4 years with various ovarian neoplasms. Perform a visual color evaluation of stiffness formations ovaries and identified five types Elastograph mapping: a potentially benign were classified 11 (16.41%) cases of type II mapping (follicular cysts) in 8 (11.9%) had type III mapping (endometrial cyst) in 10 (14,92%) – IV type mapping (pathologically – cystadenocarcinoma) and 13 (19.4%) patients had type V mapping with morphological verification – ovarian cancer.

Т.Т. Березов, О.В. Кузнецова, Р.Р. Ажигова, Ю.В. Крюк, И.В. Терешкина

СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЭНДОМЕТРИЯ

Кафедра биохимии медицинского факультета Российского университета дружбы народов
Москва, Россия

Актуальность. К числу местных (ауто/паракринных) регуляторов пролиферации опухолевых клеток относятся так называемые факторы роста – полипептиды, продуцируемые опухолевой клеткой или окружающей ее стромой, и взаимодействующие с соответствующим рецептором на мембране самой клетки-продуцента, либо на мембране соседней клетки. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) также относится к группе выше указанных полипептидов и оказывает митогенное воздействие на эндотелиальные клетки. При этом, полагают, что VEGF аутокринно воздействует на опухолевые клетки, которые также способны его продуцировать. Экспериментальные и клинические исследования предполагают о принципиальном изменении механизмов взаимодействия факторов роста и их рецепторов при опухолевой трансформации клеток эндометрия.

Цель исследования – сравнительный анализ содержания VEGF в опухоли больных раком эндометрия и его связь с основными клинико-морфологическими характеристиками заболевания

Материалы и методы. В исследование включено 125 больных раком эндометрия. У всех больных диагноз установлен впервые на основании данных гистологического исследования удаленной хирургическим путем опухоли. Возраст больных раком эндометрия колебался от 35 до 75 лет, составляя в среднем 58,1±0,6 лет. Наибольшее число обследованных больных раком эндометрия (41 из 125/32,8%) было в возрасте от 55 до 60 лет. Подавляющее число пациенток находилось в постменопаузе – 102 (81,6%). При этом длительность постменопаузы колебалась от 1 до 23 лет, медиана составила – 8 лет. Содержание VEGF определяли иммуноферментным методом в экстрактах опухолей эндометрия реактивами фирмы «R&D» (США). Содержание VEGF в опухолях эндометрия выражали в пикограммах на 1 мг общего белка, который определяли по методу Лоури. Полученные результаты анализировали однофакторным и многофакторным дисперсионным анализом. Все вычисления проводили на персональном компьютере с помощью стандартного пакета статистических программ.

Результаты исследования. У больных раком эндометрия VEGF выявлен в 100 из 125 (80%) опухолей. При этом, распределение содержания VEGF в опухоли 100 больных раком эндометрия не отличалось достоверно от нормального и для оценки его содержания применяли среднее арифметическое со стандартным отклонением, а для сравнения – параметрические критерии. Значения VEGF колебались в широких пределах от 120 до 970 пг/мг белка, в среднем составляя 334±180 пг/мг белка, медиана 293 пг/мг белка. Частота выявления VEGF и его содержание в первичной опухоли не были связаны с возрастом больных раком эндометрия. Частота выявления VEGF была наибольшей в опухоли больных с нормальной массой тела (90,5%). В группе больных с дефицитом массы тела обнаружены достоверно более высокие значения VEGF в опухоли по сравнению с пациентками, у которых масса тела была в норме или с ее превышением, но без ожирения, (491±311 пг/мг белка против 285±99,2 и

263±67,1 пг/мг белка соответственно, p=0,001). При этом, содержание VEGF составило 497±80,5 пг/мг белка у 16 больных раком эндометрия с сахарным диабетом II типа и 304±12,9 пг/мг белка у 84 пациенток без такового, различия высокодостоверны (p=0,0001). Установлено, что содержание VEGF у 8 пациенток с дефицитом массы тела и без сахарного диабета II типа составило 265±19,1 пг/мг белка, но было многократно выше у 9 пациенток с диабетом II типа, сопровождавшегося дефицитом массы тела (691±103 пг/мг белка; p=0,0001). В то же время частота выявления VEGF в указанных группах практически не различалась и составила соответственно 80% (8 из 10) и 75% (9 из 12). Следовательно, наибольшее содержание VEGF обнаружено в опухолях больных раком эндометрия с сахарным диабетом II типа, протекающего со снижением массы тела. Частота выявления VEGF в опухоли больных раком эндометрия не отражала стадию заболевания. Однако, дисперсионный анализ показал высокозначимое повышение содержания этого фактора роста в опухоли при увеличении стадии процесса. Частота выявления VEGF в опухоли составила 73,3% у больных раком эндометрия с высокой степенью дифференцировки, и была недостоверно выше у больных с умеренной (77,8%) и низкой степенью дифференцировки 96,2% (p=0,06). Однако, содержание VEGF было наибольшим в опухоли больных с низкой степенью дифференцировки рака эндометрия. Основные гистологические варианты рака эндометрия – аденокарцинома и железисто-плоскоклеточный рак характеризовались схожей частотой выявления VEGF (76,9 и 84,8% соответственно), а медианы содержания фактора роста также не зависели от гистологического строения опухоли. Установлена достоверная прямая корреляционная зависимость между глубиной инвазии опухоли в миометрий и содержанием VEGF в первичной опухоли больных раком эндометрия (r=0,31; p=0,002). При дисперсионном анализе глубина инвазии VEGF-опухолей у 25 больных раком эндометрия составила 0,8±0,1 см и не отличалась от таковой у 100 пациенток с VEGF + опухолями – 0,8±0,1 см (p=0,9). Несмотря на то, что частота выявления VEGF не отражала глубину инвазии рака эндометрия, содержание этого фактора роста было наиболее высоким в опухолях с глубиной инвазии более 2,0 см. Частота выявления VEGF в первичной опухоли была достоверно выше при крупных размерах новообразования (p=0,001). В то же время содержание VEGF в опухоли больных раком эндометрия было достоверно ниже при размере опухоли до 2,0 см. Таким образом, нами обнаружено, что частота выявления VEGF в опухоли больных раком эндометрия повышалась при таких факторах как снижение клеточной дифференцировки опухоли и увеличение ее размера. Кроме того, содержание VEGF в опухоли повышалось с увеличением стадии заболевания и снижением степени дифференцировки рака эндометрия, при увеличении глубины инвазии в миометрий и размера первичной опухоли, а также у больных с наличием сахарного диабета II типа с дефицитом массы тела. Многофакторный анализ выявил, что стадия, степень дифференцировки опухоли, глубина ее инвазии и наличие сахарного диабета II типа являются факторами, определяющими уровни VEGF в ткани опухоли больных раком эндометрия.

Выводы. Частота выявления VEGF в опухоли больных раком эндометрия повышалась в низкодифференцированных раках и при увеличении размера опухоли. Содержание VEGF в первичной опухоли эндометрия увеличивалось со снижением степени ее дифференцировки, при увеличении стадии заболевания и глубины инвазии в миометрий, при сопутствующем сахарном диабете II типа с дефицитом массы тела.

T.T. Berezov, O.V. Kuznetsova, R.R. Azigova, Yu.V. Kryuk, I.V. Tereshkina

VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR CONTENT IN MALIGNANT ENDOMETRIAL TUMORS

Peoples' Friendship University Russia
Moscow, Russia

Results of ELISA study of VEGF content in the tumors of endometrial cancer patients are presented. Frequency of VEGF presence in endometrial cancer tissue was the highest in low-differentiated and large tumors. VEGF content in primary tumor increased with decrease of differentiation grade, increase of disease stage and depth of myometrial invasion, and in patients with concomitant type II diabetes mellitus with body mass deficit.

Е.С. Герштейн, Э.Р. Исаева, Е.А. Короткова, Л.И. Короленкова, Н.Е. Кушлинский

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА И СВЯЗЫВАЮЩИЕ ИХ БЕЛКИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ.

ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН
Москва, Россия

Актуальность. Сигнальная система инсулиноподобных факторов роста (ИФР) играет важнейшую роль в возникновении и прогрессии различных злокачественных опухолей. Она включает ИФР 1 и 2 типа (ИФР-1 и ИФР-2) – митогенные пептиды, высокогомологичные друг другу и инсулину, трансмембранные рецепторы ИФР, а также связывающие их белки крови (ИФРСБ), которые образуют сложно регулируемую сеть взаимодействий как между собой, так и с другими биологическими регуляторами роста и выживаемости клеток. В экспериментальных исследованиях продемонстрировано участие ИФР на всех стадиях развития опухолевого процесса: злокачественной трансформации клеток, роста опухоли, местной инвазии и отдаленного метастазирования, устойчивости к лечению.

Цель исследования – изучить уровни и соотношение компонентов ИФР-сигнальной системы в сыворотке крови больных различными онкологическими заболеваниями, сопоставить полученные данные с морфологическими и клиническими параметрами, характеризующими пролиферативный, инвазивный и метастатический потенциал, а также васкуляризацию опухолей.

Материалы и методы. В исследование вошли 65 больных опухолями яичников (53 злокачественными, 7 пограничными и 8 доброкачественными) и 64 больных с различными эпителиальными поражениями шейки матки. Обследовали 65 практически здоровых женщин в качестве группы контроля. В сыворотке крови здоровых и больных

женщин определяли содержание ИФР-1, ИФР-2, ИФРСБ-1 и ИФРСБ-3 стандартными наборами для иммуноферментного анализа фирмы «Mediagnost GmbH» (Германия). У больных новообразованиями яичников содержание ИФР/ИФРСБ одновременно определено в сыворотке крови, лизатах опухолей и асцитической жидкости. При сравнении и анализе взаимосвязи показателей использовали непараметрические критерии: парный тест Вилкоксона, тест Манна-Уитни и тест корреляции рангов Спирмена (R). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica (версия 8.0).

Результаты исследования. Содержание ИФР-1 в сыворотке крови больных раком яичников (20,9–214; медиана – 87,2 нг/мл) достоверно ниже, а содержание ИФРСБ-1 (1,44–148; медиана – 19,2 нг/мл) – достоверно выше, чем в контроле (медианы – 120 и 4,2 нг/мл соответственно) и у больных доброкачественными опухолями (медианы – 157 и 2,8 нг/мл); сывороточный уровень ИФРСБ-1 при пограничных опухолях (медиана 6,4 нг/мл) достоверно повышен по сравнению с доброкачественными опухолями и снижен по сравнению с раком яичников. Других значимых различий не обнаружено. Уровни ИФР-1 и ИФРСБ-3 в сыворотке крови больных раком яичников снижались, а уровень ИФРСБ-1 – повышался по мере увеличения распространенности процесса (размеров опухоли, наличия метастазов в большом сальнике, диссеминации опухоли по брюшине, наличия и объема асцита). Выявлены значимые корреляционные взаимосвязи между сывороточными уровнями ИФР-1 и ИФРСБ-1(R=–0,69; p=0,009); ИФР-1 и ИФРСБ-3 (R=0,68; p=0,01); ИФР-2 и ИФРСБ-1 (R=–0,67; p=0,012); ИФР-2 и ИФРСБ-3 (R=0,81; p=0,0008). Кроме того, обнаружена отрицательная корреляция уровней ИФР-1 в сыворотке и ИФРСБ-1 в опухоли (R=–0,57; p=0,04); положительная – между ИФР-1 в сыворотке и ИФРСБ-3 в асцитической жидкости (R=0,61; p=0,027); между ИФР-2 в сыворотке и в асците (R=0,60; p=0,029); между ИФР-2 в сыворотке и ИФРСБ-3 в асците (R=0,65; p=0,015). Продемонстрировано несколько значимых закономерностей, характеризующих роль ИФР-сигнальной системы в патогенезе рака шейки матки. Из 64 обследованных больных с различными эпителиальными поражениями шейки матки у 34% была цервикальная интерэпителиальная гиперплазия (CIN) 1–2, у 11% – микрокарцинома шейки матки 1А стадии (мРШМ), и у 55% – инвазивный РШМ 1В и более стадии. Эти степени повреждений представляют собой важнейшие этапы цервикального канцерогенеза: запуск опухолевой трансформации (CIN1–2), выход неоплазированного эпителия за базальную мембрану (мРШМ) и очевидно инвазивный процесс (РШМ). Так же, как при РМЖ, обнаружено более низкое содержание ИФР-1 в сыворотке крови больных инвазивным раком по сравнению с контролем, менее выраженное снижение уровней ИФР-1 выявлено и на начальных этапах заболевания. Аналогичную закономерность наблюдали для ИФР-2: его содержание в сыворотке крови женщин группы контроля было значимо выше, чем в группе больных РШМ, но практически не отличалось от такового у больных CIN1–2 и мРШМ. При патологиях шейки матки выявлены также значимые нарушения в системе ИФР-связывающих белков крови. Наиболее высокие уровни ИФРСБ-1 в сыворотке крови обнаружены у больных РШМ, они были значимо выше, чем в контроле, однако достоверно не отличались от показателей больных CIN1–2 и мРШМ. Напротив, содержание ИФРСБ-3 в сыворотке крови больных РШМ было значимо меньше, чем у женщин группы контроля, и несколько ниже, чем у больных мРШМ. Эти результаты свидетельствуют о том, что уже при CIN1–2 происходит повышение уровня ИФРСБ-1 и снижение уровня ИФРСБ-3 в сыворотке крови, а при РШМ различия становятся значимыми, что свидетельствует об участии этих белков в цервикальном канцерогенезе.

Выводы. Продемонстрировано снижение уровней ИФР-1 в сыворотке крови больных с опухолями женской репродуктивной системы по сравнению с контролем. Уровень ИФР-2 в сыворотке крови онкологических больных либо увеличивался, либо менялся незначительно. Выявлены также разнонаправленные изменения уровней ИФРСБ сыворотки крови (увеличение ИФРСБ-1 и снижение ИФРСБ-3) при некоторых видах опухолей, свидетельствующие об увеличении биодоступности ИФР у женщин с онкологическими заболеваниями.

Исследование поддержано РФФИ, грант №12–03–00401.

E.S. Gershtein, E.R. Isayeva, E.A. Korotkova, L.I. Korolenkova, N.E. Kushlinskii

INSULINE-LIKE GROWTH FACTORS AND IGF-BINDING PROTEINS IN BLOOD SERUM OF PATIENTS WITH TUMORS OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM: CLINIC-PATHOLOGIC CORRELATIONS

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMS
Moscow, Russia

Insulin-like growth factors 1 and 2 (IGF-1 and IGF-2) and their type 1 and 3 serum binding proteins (IGFBP-1 and 3) were measured by ELISA techniques in blood serum of 65 ovarian tumor (53 malignant, 7 borderline and 8 benign) and 64 patients with various cervical epithelial lesions. 65 practically healthy patients were examined as control group. Decrease of IGF-1 levels in blood serum of patients with female reproductive system tumors as compared to control was demonstrated. IGF-2 level in oncological patients' serum either did not significantly differ from control, or was increased. Reciprocal changes of serum IGFBP levels (increase of IGFBP-1 and decrease of IGFBP-3) were also found indicating to increase of IGF bioavailability in women with certain reproductive tract oncological diseases.

А.И. Давыдов, Е.Г. Рощина, В.М. Пашков

ЦВЕТНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ ВНУТРИЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

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

Для оценки прогностического значения цветного допплеровского картирования (ЦДК) внутриэндометриального кровотока у больных с патологией эндометрия

обследованы 80 пациенток с доброкачественной (60) и злокачественной (20) трансформацией эндометрия.

У больных гиперплазией эндометрия кровоток в маточных и аркуатных артериях регистрировали во всех наблюдениях, в то время как частота визуализации кровотока в радиальных и базальных артериях не превысила 82% и 85% соответственно. Однако в сравнении с группой с полипами эндометрия на фоне неизмененной слизистой тела матки в гиперплазированном эндометрии появилась возможность наблюдать спиральные артерии, которые идентифицировали у 25% больных в виде мелких точек васкуляризации, хаотично расположенных в проекции маточного эха.

При полипах эндометрия кровоток в маточных и базальных артериях регистрировали во всех наблюдениях. Несмотря на общие закономерности кровоснабжения матки, у больных с полипами и гиперплазией эндометрия, а также у пациенток контрольной группы (тенденция к уменьшению частоты визуализации мелких артерий по мере их удаления от основных маточных сосудов и приближению к полости матки), выявлены определенные различия. Так, начиная с уровня базальных артерий, кровоток чаще регистрировали у пациенток с железистыми полипами слизистой тела матки (базальные артерии регистрировали в 85% наблюдений железистых полипов). В то же время, среди пациенток с фиброзными полипами удельная частота визуализации базальных артерий не превысила 50%.

Как показали наши исследования, различия качественных характеристик кровоснабжения эндометрия при различных морфотипах полипов слизистой не коррелируют с количественными показателями.

Анализ результатов ЦДК в группе больных раком эндометрия установил, что для злокачественной трансформации слизистой характерны определенные качественные изменения в структуре маточного эха, принципиально отличные от доброкачественных процессов. Прежде всего, для рака эндометрия характерно появление зон неоваскуляризации – множественных аномальных сигналов, хаотично разбросанных вдоль маточного эха. При этом «бедный» и умеренно выраженный кровоток с низкими цифрами индекса резистентности наблюдался у пациенток с высокодифференцированной аденокарциномой 1А стадии, а интенсивный внутриопухолевый кровоток выявлен у больных с аденокарциномой 1В-1С стадий. Кроме этого, у 100% больных раком эндометрия выявляется кровоток в артериях, непосредственно прилегающих к патологически измененному эндометрию (рассыпной тип кровоснабжения матки, по ходу сосудистого пучка, богатая васкуляризация миометрия, а также неоваскуляризация эндометрия с «мозаичной» формой картирования). Применение энергетического допплера у больных раком эндометрия обеспечивает яркую насыщенную картину в зоне патологического маточного эха.

Существенные отличия зарегистрированы не только в ходе качественнго анализа результатов ЦДК, но и при их количественной интерпретации. Так, ИР в базальных артериях больных раком эндометрия варьировал в пределах 0,34–0,39, составив в среднем 0,36; ПИ – 0,9; МАС – 10,4. Важно выделить, что при доброкачественных процессах эндометрия отсутствует внутриэндометриальный кровоток или крайне редко он выявляется и имеет периферический характер. Злокачественная трансформация эндометрия характеризуется наличием неоваскуляризации новообразования: интенсивный центральный и периферический опухолевый кровоток, хаотичное расположение сосудов с низким уровнем периферического сосудистого сопротивления.

Резюме. Изучена прогностическая ценность ЦДК у пациенток с патологией эндометрия (80). Установлено, что ЦДК внутриэндометриального кровотока представляет информативный метод дифференциальной диагностики между доброка-

чественными и злокачественными процессами эндометрия. Ведущими критериями рака эндометрия являются появление зон неоваскуляризации в проекции маточного эха, а также резкое уменьшение сосудистой сопротивления в базальных артериях (ИР менее 0,40).

A.I. Davydov, E.G. Roshchina, V.M. Pashkov

COLOR DOPPLER MAPPING AN INTRAENDOMETRIAL BLOOD FLOW AT PATIENTS WITH A ENDOMETRIAL PATHOLOGY

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

Prognostic value CDM at patients with an endometrial pathology (80) is studied. It is established that CDM an intraendometrial blood flow represents an informative method of differential diagnostics between good-quality and malignant processes. Leading criteria of an endometrial cancer are occurrence of zones of neovascularization in a projection эндометрия, and also sharp reduction vascular resistance in basal arteries (IR<0,40).

К.И. Жордания, Ю.Г. Паяниди, А.Ю. Кашурников, Е.В. Калиничева

ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ. ВЗГЛЯД ОНКОЛОГА

ФБГУ РОНЦ «им. Н.Н. Блохина» РАМН

В последнее десятилетие резко возросло число больных, страдающих злокачественными опухолями женской репродуктивной системы. Рассматривается вопрос целесообразности проведения операций расширенного объема у больных в менопаузе, страдающих доброкачественной патологией. В последнее десятилетие резко выросло число вновь заболевших женщин опухолями органов репродуктивной системы: рак шейки матки на 150%, рак эндометрия на 53%, рак яичников и неэпителиальные опухоли яичников более чем на 10–15%. Немаловажно, что значительно возросло и число запущенных стадий заболевания. Эта статистика, конечно же удручает. Кроме того, практически во всем мире отмечается рост наследственных форм опухолей молочных желез, яичников, эндометрия как доброкачественной, так и злокачественной природы, что свидетельствует о накоплении наследственных мутаций из поколения в поколение. В последнее время стали привлекать внимание участившиеся случаи первично-множественных злокачественных новообразований (ПМЗН), когда у пациенток возникает и развивается две, три и более опухолей. В России показатель заболеваемости ПМЗН на 2005 г. составил 8.3 на 100 тыс, то по прошествии последних всего пяти лет этот показатель вырос до 11.2 заболевших на 100 000 населения, а это достаточно много в масштабах страны. Мировой опыт наглядно показывает, что осуществление профилактических мероприятий у прак-

тически здоровых носительниц мутаций в генах BRCA1/2 позволило значительно снизить заболеваемость РЯ, которая не превышает 3% в этих группах. Медицинский мир давно понял, что профилактические операции у лиц отягощенных онкологической наследственностью одно из перспективных направлений снижения частоты этих заболеваний. Что же касается неонкологической патологии, то в гинекологических стационарах массово выполняются органосохранные операции по поводу целого ряда патологий: разнообразных миом матки, эндометриозов, аденомиозов, гиперпластических процессов, полипозов, воспалительных процессов, доброкачественных новообразований придатков матки. Ни для кого не является секретом, что перечисленные выше патологические состояния прекрасный фон для возникновения опухолей у части пациенток, в том числе и злокачественных. Результаты лечения больных онкологическими заболеваниями в РФ достаточно низок, много ошибок в диагностике и тактике допускаются врачами гинекологических стационаров общего профиля. Неправильно поставленные диагнозы, неадекватная тактика, повторные хирургические операции, отсутствие достаточного количества противоопухолевых препаратов в стране резко снижают выживаемость наших пациенток. Поэтому, с точки зрения онкологов, целесообразно индивидуально подходить к объемам хирургического вмешательства, расширить показания к более радикальным операциям, особенно для больных находящихся в менопаузе. Очевидно, что позиция отечественных специалистов в отношении таких подходов нуждается в дальнейших дискуссиях и должна подвергнуться адекватной оценке.

K.I. Zhordania, Yu.G. Payanidi, A.Yu. Kashurnikov, E.V. Kalinicheva

SURGERIES VOLUME IN GYNECOLOGY. ONCOLOGY VIEW

Moscow, Russia

The question of the feasibility of operations expanded volume in patients in menopause with benign pathology.

О.И. Костылева, Е.С. Герштейн, В.Д. Ермилова, Д.Э. Галдава, К.П. Лактионов

РЕЦЕПТОРЫ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН
Москва, Россия

Актуальность. Способность к неограниченному автономному росту является фундаментальной особенностью злокачественных опухолей. Ослабление центральных (эндокринных механизмов) регуляции и переход к преимущественно ауто/паракрин-

ным механизмам – один из важнейших путей автономизации жизнедеятельности опухолевой клетки. К числу местных (ауто/паракринных) регуляторов пролиферации опухолевых клеток относятся так называемые факторы роста – полипептиды, продуцируемые опухолевой клеткой или окружающей ее стромой, и взаимодействующие с соответствующим рецептором на мембране самой клетки-продуцента, либо на мембране соседней клетки. К настоящему времени известен уже не один десяток факторов роста, имеющих множественные изоформы и взаимодействующих с различными рецеторами. Процесс передачи сигнала большинства факторов роста в упрощенном виде можно представить как последовательное фосфорилирование или дефосфорилирование ряда трансмембранных и внутриклеточных белков, многие из которых сами обладают ферментативной активностью. Важные внутриклеточные системы, участвующие в реализации эффектов различных факторов роста, – это сигнальный путь, включающий фосфатидилинозитол 3-киназу (PI3K) и ее нижележащий эффектор серин/треониновую протеинкиназу Akt, и Ras-Raf сигнальный каскад, включающий систему митоген-активируемых протеинкиназ (MAPK). Пристальное внимание исследователи уделяют в последнее время группе небольших полипептидов с молекулярной массой около 6000 дальтон, взаимодействующих с общим мембранным рецептором, называемым по наиболее известному из своих лигандов рецептором эпидермального фактора роста (РЭФР). РЭФР – крупный трансмембранный гликопротеин с молекулярной массой 170000 дальтон – является продуктом одного из онкогенов семейства erb – c-erbB1 – и относится к числу рецепторных тирозинкиназ, важнейших регуляторов клеточной пролиферации и злокачественной трансформации, принципиальной особенностью которых является трансмембранная локализация и необходимость во взаимодействии с соответствующим полипептидным лигандом для реализации киназной активности. Коэкспрессия РЭФР и хотя бы одного из возможных лигандов приводит к активации аутокринной петли регуляции, и соответственно к постоянной активации тирозинкиназной активности РЭФР и в конечном итоге, к неконтролируемому росту.

Цель исследования – анализ содержания РЭФР в опухолях эндометрия и яичников с учетом основных клинических и морфологических признаков заболевания.

Материалы и методы. Содержание РЭФР в мембранной фракции проводили модифицированным радиолигандным методом. Пробы считали рецепторположительными при содержании РЭФР не менее 5 фмоль/мг белка. Обследовали 145 больных со злокачественными и доброкачественными заболеваниями яичников и матки в возрасте от 22 до 73 лет. Из них 44 больных раком яичников, 12 – доброкачественными заболевания яичников, 58 – раком эндометрия, 31 – гиперпластическими процессами эндометрия. В большинстве наблюдений параллельно с опухолью исследовали гомологичную гистологически неизмененную ткань соответствующего органа.

Результаты исследования. По данным нами проведенных исследований достоверно чаще РЭФР обнаруживали в злокачественных (40%), чем в доброкачественных эпителиальных опухолях яичников (25%). Средние уровни РЭФР не зависели от гистологического строения и степени дифференцировки опухоли, стадии заболевания. Установлено, что в опухолях почти 40% больных раком эндометрия отсутствуют компоненты, необходимые для осуществления ауто/паракринной регуляции с участием ЭФР-подобных пептидов. На основании определения рецепторного статуса можно заключить, что практически для половины злокачественных опухолей эндометрия характерен чисто эндокринный рецепторный фенотип РЭФР-РЭ+РП+, в то время как опухоли с чисто ауто/паракринным фенотипом РЭФР+РЭ-РП- почти не встречаются. Более чем у трети больных рецепторы эндокринных и ауто/паракринных регуляторов присутствуют

одновременно. Обращает на себя внимание значительно более высокая частота образцов с ауто/паракринным фенотипом при гиперплазии эндометрия, сочетающаяся с аденоматозом (42%), чем в норме (13%), и особенно, при злокачественных опухолях (2%). В то же время в злокачественных опухолях вдвое чаще, чем в норме и при гиперпластических процессах выявляли рецепторы стероидных гормонов в отсутствии РЭФР. Результаты сравнительного анализа свидетельствуют о том, что преобладание ауто/паракринного пути регуляции над эндокринным не является типичным для рака эндометрия. Не выявлено статистически значимых различий между частотой выявления и средними уровнями РЭФР в зависимости от возраста и менопаузного статуса больных, а также гистологического строения опухоли и стадии заболевания. Анализ распределения различных рецепторных фенотипов в опухолях разной степени дифференцировки показал, что по мере прогрессии рака эндометрия от высокодифференцированного к низкодифференцированному типу уменьшается число опухолей, содержащих все 3 типа рецепторов с 42 до 14%, и увеличивается процент опухолей, не содержащих никаких рецепторов (с 5 до 21%). Это наблюдение косвенно подтверждает гипотезу о нарушении баланса между эндокринными и ауто/паракринными регуляторами при злокачественной трансформации клеток эндометрия. Одним из важных прогностических факторов в клинике рака эндометрия является глубина инвазии опухоли в миометрий. Нами отмечена прямая корреляционная связь между глубиной инвазии опухоли в миометрий и экспрессией РЭФР ($r=0,22$, $p<0,05$). РЭФР, в том, числе и в отсутствие рецепторов половых стероидных гормонов, в несколько раз чаще встречались в образцах гиперплазированного эндометрия, чем в злокачественных опухолях и в нормальном эндометрии. Стало быть, РЭФР-сигнальный путь, по-видимому, активизируется на стадии предопухолевых изменений эндометрия и в определенной степени утрачивает свою роль при злокачественной трансформации.

Выводы. РЭФР-сигнальный путь не является ведущим в патогенезе рака эндометрия, и вплетается в сложную систему перекрестных взаимодействий других систем передачи митогенных сигналов. Достоверно чаще РЭФР обнаруживали в злокачественных (40%), чем в доброкачественных эпителиальных опухолях яичников (25%), однако средние уровни РЭФР не зависели достоверно от гистологического строения и степени дифференцировки опухоли, стадии заболевания. Данные литературы по этому вопросу носят противоречивый характер, поэтому необходимо продолжить исследование РЭФР-сигнальной системы при раке яичников на более обширном клиническом материале.

O.I. Kostyleva, E.S. Gershtein, V.D. Ermilova, D.E. Galdava, K.P. Laktionov

EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTORS IN THE TUMORS OF THE ORGANS OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMS
Moscow, Russia

Results of comparative analysis of epidermal growth factor receptors (EGFR) content in benign and malignant uterine and ovarian tumors are demonstrated. Prevalence of auto/

paracrine over endocrine regulation is not typical for endometrial cancer. EGFR, also in the absence of sex steroid hormone receptors, were found in hyperplastic endometrium samples several times more frequently than both in malignant tumors, and in normal endometrium. EGFR-signalling pathway is apparently activated at the stage of precancerous endometrium changes and during malignant transformation loses its role to a certain degree. On the other hand, EGFR were found significantly more frequently in malignant (40%) than in benign (25%) epithelial ovarian tumors. EGFR levels in ovarian cancer tissue were not significantly associated with tumor histology and differentiation and disease stage. Publications devoted to this problem are controversial and indicate to necessity of further studies of EGFR-signaling system role in ovarian cancer.

Л.В. Адамян, Д.Н. Кушлинский, Е.С. Герштейн, В.Д. Ермилова, И.В. Терешкина, К.П. Лактионов

ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ – КЛЮЧЕВОЙ АКТИВАТОР АНГИОГЕНЕЗА В ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова;
ФГБУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН
Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что опухоль не может развиваться и расти без образования в ней разветвленной сети сосудов, обеспечивающих снабжение клеток кислородом и питательными веществами. Выявлен ряд регуляторных ангиогенных и антиангиогенных факторов, динамический баланс которых обеспечивает формирование и распространение новых сосудов внутри опухоли. Однако ключевым активатором ангиогенеза считают фактор роста эндотелия сосудов (VEGF). Уникальность этого белка заключается в том, что в отличие от всех других факторов роста, он митогенен только по отношению к эндотелиальным клеткам, хотя данные последних лет свидетельствуют о том, что возможно и аутокринное воздействие VEGF на продуцирующие его опухолевые клетки. VEGF – гомодимерный, сильно гликозилированный белок, существующий, в пяти изоформах, обладающих сходной биологической активностью, но отличающихся по биологической доступности. Ключевым регулятором роста кровеносных сосудов является VEGF A, а основные растворимые его формы – молекулы размером 121 и 165 аминокислотных остатков, являются и основными биологически активными формами VEGF. В тканях основной изоформой VEGF считают VEGF-165.

Цель исследования – сравнительный анализ содержания VEGF в сыворотке крови больных злокачественными и доброкачественными новообразованиями яичников, его связь с основными клинико-морфологическими характеристиками заболевания.

Материалы и методы. Обследовали три группы пациенток: 1) группа – 100 не леченных ранее больных раком яичников в возрасте от 17 до 82 лет (53,1±1,4 года), с сохраненной репродуктивной функцией – 25, в пременопаузе – 8, в менопаузе – 67 пациенток с длительностью от 3 до 27 лет. Серозный РЯ выявлен у 80, муцинозный – у 6 и эндометриоидный – у 14 пациенток. Низкодифференцированный рак обнаружен в 60 опухолях, умеренно дифференцированный – в 12, высокодифференцированный – в

28. В I–II стадиях (по FIGO) было 23, в III – 59, в IV – 18 пациенток. 2) группа – 9 больных пограничными опухолями яичников в возрасте от 23 до 63 лет (40,0±4,5 лет), из них 6 в репродуктивном периоде, 3 – в менопаузе длительностью от 5 до 16 лет. Серозные пограничные опухоли выявлены у 2, муцинозные – у 6, эндометриоидная – у 1 пациенток. 3) группа – 36 больных доброкачественными новообразованиями яичников в возрасте от 17 до 78 лет (46,9±3,9 лет), 24 пациентки – в репродуктивном периоде, 12 – в менопаузе длительностью от 3 до 18 лет. Группу контроля составили 20 практически здоровых женщин в возрасте от 18 до 76 лет. Содержание VEGF в сыворотке крови определяли прямым иммуноферментным анализом реактивами фирмы «R&D» (США) в соответствии с инструкциями производителя. Измерения проводили на автоматическом универсальном ридере для микропланшет EL_X800 (Bio-Tek Instruments, Inc., США). При выборе статистических процедур учитывали методологические требования Международного конгресса по гармонизации GGP «Статистические принципы для клинических исследований». Вычисления проводили на персональном компьютере с помощью пакета статистических программ «Statistica для Windows» и SPSS. Для выявления различий значений применяли однофакторный и многофакторный дисперсионный анализы.

Результаты исследования. Показатели VEGF в группе контроля колебались от 15 до 298 пг/мл (медиана 201 пг/мл), а за пороговый уровень маркера был принят так называемый референсный интервал (95% процентиль) равный 291 пг/мл. Концентрации VEGF в сыворотке крови больных доброкачественными и пограничными новообразованиями яичников по медиане не различались (соответственно 289 и 273 пг/мл), но были достоверно выше, чем в контроле (201 пг/мл; $p<0,01$). Сывороточные уровни VEGF у больных раком яичников колебались в широких пределах, составили по медиане 463 пг/мл и были достоверно выше, чем в контроле и других группах пациенток ($p<0,01$). Корреляционный анализ не выявил в 3-х группах больных опухолями яичников взаимосвязи между показателями VEGF и: возрастом пациенток, состоянием их репродуктивной функции; наличием сопутствующей соматической патологии, родов, абортов в анамнезе, уровнями CA-125 в сыворотке крови. Достоверно выше были показатели VEGF у больных муцинозными доброкачественными новообразованиями яичников по сравнению с серозными и эндометриоидными. Содержание VEGF в сыворотке больных серозным раком яичников (медиана 495 пг/мл) было достоверно выше ($p<0,05$), чем серозными доброкачественными новообразованиями (267 пг/мл). При эндометриоидном раке яичников содержание VEGF в сыворотке крови больных было достоверно ниже, чем при серозной аденокарциноме яичников. Обнаружена связь показателей сывороточного VEGF со стадией рака яичников. Так, достоверное увеличение медианы VEGF в сыворотке крови выявлено при III и IV стадиях заболевания по FIGO ($p<0,05$). Частота выявления содержания VEGF выше порогового уровня приближалась к 80% у больных с III–IV стадиями и колебалась от 29 до 56% у больных с I–II стадиями ($p=0,016$). Эти данные свидетельствуют о низкой информативности исходных уровней VEGF в сыворотке крови на начальных стадиях РЯ – у половины пациенток содержание VEGF соответствовало таковому в контроле. При этом, медиана VEGF в сыворотке крови была достоверно ниже у больных с высокодифференцированным (212 пг/мл), чем с умеренно (560 пг/мл; $p=0,047$) и низкодифференцированным (514 пг/мл; $p=0,004$) раком яичников и не отличалась от этого показателя в контрольной группе (201 пг/мл). Однофакторный анализ выявил, что стадия и степень дифференцировки рака яичников значимо связаны с содержанием сывороточного VEGF. Многофакторный анализ доказал преимущественное влияние на уровни

сывороточного VEGF стадии (p=0,036) и в меньшей степени – дифференцировки рака яичников (p=0,16). Медианы VEGF в сыворотке крови больных РЯ с наличием асцита и без такового не различались (495 и 385 пг/мл соответственно; p=0,13). При обнаружении опухолевых клеток в асцитической жидкости (или в смывах из брюшной полости) медиана VEGF в сыворотке крови составила 478 пг/мл и не отличалась от таковой (401 пг/мл) у пациенток без выявления клеток опухоли. Исследуя диагностическую ценность одновременного определения содержания CA-125 и VEGF в сыворотке крови больных новообразованиями яичников, обнаружено, что группа больных раком яичников по содержанию CA-125 и VEGF в сыворотке крови отличалась от больных доброкачественными и пограничными опухолями яичников либо очень высокими значениями CA-125 (более 700 Ед/мл), либо очень высокими значениями VEGF (более 800 пг/мл). Выявленная закономерность характерна только для 38% больным раком яичников. Низкие значения CA-125 (до 20 Ед/мл) независимо от уровня сывороточного VEGF в большей степени характерны для больных доброкачественными новообразованиями яичников. Как следует из полученных данных, использование обоих сывороточных маркеров не позволяет с приемлемой точностью (менее 70%) отделить класс злокачественных новообразований яичников от пациенток с другим типом опухолей. Для больных пограничными опухолями яичников также не характерны высокие уровни VEGF в сыворотке крови, однако последние чаще выявляли при серозных пограничных новообразованиях яичников. Для больных раком яичников не характерны низкие уровни сывороточного VEGF, но последние чаще обнаруживали у пациенток в возрасте до 40 лет (у 65%), при I–II стадиях заболевания (52%), при высокодифференцированных опухолях (у 57%) и эндометриоидном раке (46%). В целом диагностическая ценность показателя VEGF в сыворотке крови при новообразованиях яичников невысока, в том числе и в сочетании с определением CA-125, что, снижает роль VEGF в дооперационной диагностике рака яичников.

Выводы. Содержание VEGF в сыворотке крови больных раком яичников достоверно выше, чем при доброкачественных и пограничных опухолях. Сывороточный уровень VEGF выше у всех групп больных по сравнению с практически здоровыми женщинами. Концентрация VEGF в сыворотке крови больных раком яичников зависела от стадии болезни, гистологического строения и степени дифференцировки опухоли.

L.V. Adamian, D.N. Kushlinsky, E.S. Gershtein, V.D. Ermilova, I.V. Tereshkina, K.P. Laktionov

VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR – KEY ACTIVATOR OF ANGIOGENESIS IN OVARIAN TUMORS

Academician V.I. Kulakov Scientific Center of Obstetric, Gynecology and Perinatology;
N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMS
Moscow, Russia

Results of comparative ELISA study of blood serum VEGF concentrations in healthy women and malignant, benign and borderline ovarian tumor patients. Serum VEGF level in ovarian cancer patients was significantly higher than in those with benign and borderline

tumors. Serum VEGF in all ovarian tumor patients' groups was higher than in practically healthy women. VEGF concentration in ovarian cancer patients' blood serum was associated with disease stage and tumor histologcal type and differentiation grade.

Д.Л. Оводенко, Г.Н. Хабас, Д.Н. Кушлинский, А.А. Коршунов, М.В. Санникова, С.А. Леваков

ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента РФ
Москва, Россия

Актуальность: как известно, лапароскопия на сегодняшний день является «золотым стандартом» в лечении доброкачественных гинекологических заболеваний, однако в онкогинекологии до сегодняшнего дня эндоскопическая хирургия не нашла широкого применения, большинство отечественных онкогинекологов негативно относятся к лапароскопии при лечении рака и предраковых заболеваний органов женской репродуктивной системы. Тем не менее, в зарубежной литературе существует ряд публикаций, показывающих, что оперативные вмешательства лапароскопическим доступом при раке шейки матки, эндометрия и яичников характеризуются меньшей кровопотерей, сокращением сроков госпитализации, не увеличенным по сравнению с лапаротомией количеством осложнений и не уступающими показателями безрецидивной выживаемости.

Цель работы: оценить непосредственные результаты хирургического лечения онкогинекологических пациенток лапароскопическим доступом.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 7 больных раком шейки матки ст. Ib1 – IIIb (T1b1N0M0 – T1b2N1M0), 11 пациенток с раком эндометрия ст Ia – IIIc (T1aN0M0 – T1bN1M0), 4 больных раком яичников gr IIb – IIIc T2bNxM0 – T3cNxM0. Всем пациенткам проводилось хирургический этап лечения с использованием лапароскопического доступа.

Результаты: за 2013 г. нами произведено 22 оперативных вмешательств лапароскопическим доступом у онкогинекологических больных, из них 7 радикальных гистерэктомий Piver III (тип C1, C2) при раке шейки матки, 8 простых гистерэктомий с полной тазовой лимфаденэктомией при раке эндометрия, 4 циторедуктивные операции по поводу рака яичников. Количество удаленных тазовых лимфоузлов составило 12±2, продолжительность операции при радикальной гистерэктомии Piver III – 280±15 мин, при простой экстирпации матки с тазовой лимфаденэктомией – 128±12 мин. Кровопотеря во всех случаях составляла не более 150 мл.

Лечение пациенток проводилось в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи онкогинекологическим пациенткам, все пациентки были осмотрены радиологом, химиотерапевтом и направлены, в случае необходимости, на адъювантное лечение.

В 1 случае рака шейки матки и в 2-х случаях рака эндометрия были выявлены метастазы в тазовых лимфоузлах. Пациентки направлены на адъювантную химиолучевую терапию.

Разрыв капсулы образования при раке яичников не наблюдался ни в одном из случаев, препараты извлекались из брюшной полости через влагалище или брюшную стенку в пластиковых контейнерах. С целью предупреждения port-side метастазов троакары извлекались после десуффляции. Все пациентки после циторедуктивных операций были направлены на адъювантную полихимиотерапию.

Заключение. Таким образом, разработка и применение оперативной лапароскопии в хирургическом лечении онкогинекологических заболеваний представляется весьма интересным и перспективным направлением. Необходимо дальнейшее накопление и последующий тщательный анализ клинического материала по этому вопросу. Одно из непременных 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.

D.L. Ovodenko, G.N. Khabas, D.N. Kushlinskiy, A.A. Korshunov, M.V. Sannikova, S.A. Levakov

LAPAROSCOPY IN SURGICAL TREATMENT OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS

Federal State Budget Institution "Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology"

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 gynecological cancer by laparoscopic access are shown. Among laparoscopic procedures in 22 patients operations were successfully performed as plane. There were no serious early or late postoperative complications. Many authors claim that laparoscopic operations in the field of gynecologic oncology are safe and have the same results as in open surgery, patients benefit from shorter recovery and better quality of life during laparoscopic procedures.

М.Р. Оразов

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АДЕНОМИОЗОМ

НИИ медицинских проблем семьи Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького
Донецк, Украина

На протяжении последних лет активно обсуждаются вопросы ранней диагностики внутреннегоэндометриоза и аденомиоза. Удельный вес генитального эндоме-

триоза в структуре гинекологической заболеваемости у женщин репродуктивного возраста составляет 7–50%, на долю аденомиоза (внутреннего эндометриоза тела) среди других локализаций приходится от 70 до 90%. Одним из доминирующих клинических симптомов аденомиоза является хроническая тазовая боль.

Целью исследования явилось определение клинической информативности использования онкологических маркеров СА-125 и НЕ-4 в сыворотке крови у женщин с тазовым болью, обусловленной аденомиозом. В настоящее исследование были включены 63 больных аденомиозом – как основная группа, и 30 условно здоровых женщин репродуктивного возраста как группа сравнения. Верификация диагноза аденомиоза производилась на основании анамнестических, обьективных гинекологических, эхографических, гистероскопических данных, а так же результаты морфологического (гистологического) исследования биоптатов эндометрия и материала, полученного при раздельном выскабливании стенок полости матки и цервикального канала. в сыворотке крови уровень СА-125 были выше у пациентов во второй подгруппе с умеренно выраженным болевым синдромом и средние показатели на момент обращения составили 45–63 Ед/мл P<0,001), но на второй день менструального цикла показатели снова повышались и составили в среднем 54–70 Ед/мл, и также достоверно (P<0,001) понижались в исследовании после окончания очередных менструаций (1–2-й сухой день после менструаций в рамках первой фазы менструального цикла и составляли в среднем 42–60 Ед/мл по сравнению с группой сравнения условно здоровых женщин – 8.9 Ед/мл. Единственно у одной женщины в этой группе зарегистрировано незначительное повышение данного показателя во время очередного менструального цикла, который нормализовался сразу при контрольном исследовании в первой фазе цикла. В третьей подгруппе с резко-выраженным болевым синдромом средний уровень Са-125 на первый момент исследования составлял 83–102 Ед/мл, на момент очередного менструального цикла значимо повышался и составлял 89–140 Ед/мл и снова незначительно снижался до уровня 90–122 Ед/мл соответственно. Изложенные показатели были выше, чем пороговое значение для СА-125 результат (35) и возможно такая концентрация связана с прогрессированием течения аденомиоза. Однако, медиана концентрации у пациентов первой подгруппы оставалась в пределах нормы. Только у 4-х женщин отмечалось повышение (выше нормы) (до 45 Ед/мл) показателя во время очередного менструального цикла, которое в дальнейшем, в период первой фазы менструального цикла, нормализовывалось полностью.

Изучение дополнительного показателя онкомаркера НЕ-4 складывалось следующим образом. Средняя концентрация в сыворотке крови НЕ4 во всех исследуемых подгруппах были похожи (ниже 140,0 пмоль/л), и находились примерно в пределах от 65 до 80 пмоль/л, а в группе сравнения с условно здоровыми женщинами – 40.5–45,9 пмоль/л независимо от фазы менструального цикла. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у женщин с тазовым болевым синдромом аденомиоза имеет место сочетанная пролиферативная патология эндометрия. И именно в этих случаях увеливаетсясенситивность вышеизложенных серологических маркеров. Использование двух маркеров (НЕ-4 и СА-125) обладает более точным диагностическим значением для выявления процесса малигнизации в репродуктивных органах, а также он важен как для дифференциальной диагностики гиперпластических процессов, так и для ранней диагностики аденокарциномы эндометрия.

Резюме. Одним из доминирующих клинических симптомов аденомиоза является хроническая тазовая боль. Определялось клиническая информативность использования онкологических маркеров СА-125 и НЕ-4 в сыворотке крови у женщин с тазо-

вым болью, обусловленной аденомиозом. В исследование включены 63 больных аденомиозом – как основная группа, и 30 условно здоровых женщин репродуктивного возраста как группа сравнения. Показатели СА-125 были выше у пациентов во второй подгруппе с умеренно выраженным болевым синдромом и средние показатели на момент обращения составили 45–63 Ед/мл P<0,001), но на второй день менструального цикла показатели снова повышались и составили в среднем 54–70 Ед/мл, и также достоверно (P<0,001) понижались в исследовании после окончания очередных менструаций (1–2-й сухой день после менструаций в рамках первой фазы менструального цикла и составляли в среднем 42–60 Ед/мл по сравнению с группой сравнения условно здоровых женщин – 8.9 Ед/мл. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у женщин с тазовым болевым синдромом аденомиоза имеет место сочетанная пролиферативная патология эндометрия. Использование двух маркеров (НЕ-4 и СА-125) обладает более точным диагностическим значением для выявления процесса малигнизации в репродуктивных органах, а также он важен как для дифференциальной диагностики гиперпластических процессов, так и для ранней диагностики аденокарциномы эндометрия.

M.R. Orazov

SEROLOGICAL MARKERS DURING PELVIC PAIN CAUSED BY ADENOMYOSIS

Research Institute of medical family problems Donetsk national medical University named M. Gorky
Donetsk, Ukraine

Summary: One of the dominant clinical symptoms of adenomyosis is chronic pelvic pain. In the present study included 63 patientsadenomyosis – as a core group, and 30 apparently healthy women of reproductive age as a comparison group. Indicators CA-125 were higher in patients in the second subgroup with moderately severe pain syndrome, and the average at the time of treatment amounted to 45–63 U/ml, P<0.001), but on the second day of the menstrual cycle indicators again increased and averaged 54–70 U/ml, and also significantly (P<0.001) decreased in the study after the end of the regular menstruation (1st-2nd dry day after menstruation in the framework of the first phase of the menstrual cycle and averaged 42–60 U/ml compared with the comparison group apparently healthy women – 8.9 IU/ml Conclusion, the evidence suggests that women with pelvic pain syndrome adenomyosis is the place to co-proliferative endometrial pathology. And in these cases increasyse the sensitivity of the above serological markers. The use of two markers (NOT-4 and CA-125) has a more accurate diagnostic value to identify the process of malignization in the reproductive organs, and it is important for differential diagnosis of hyperplastic processes, and for early diagnosis of endometrial adenocarcinoma.

Н.М. Назарова, Д.Ю. Трофимов, Н.В. Бестаева, О.В. Бурменская, Е.А. Коган, Л.А. Суламанидзе, Г.М. Мзарелуа

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РОЛЬ ВПЧ 52 И 58 ТИПОВ В РАЗВИТИИ CIN

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

Цель исследования. Изучение распространенности и роли различных типов ВПЧ в развитии CIN и РШМ, в том числе ВПЧ 52 и 58 типов.

Материалы и методы. Обследовано 548 женщин с патологией шейки матки, в возрасте от 18 до 60 лет. Осуществляли клинико-анамнестическое, гинекологическое, расширенную кольпоскопию, молекулярно-биологические, морфологические методы исследования. Молекулярно-биологические методы включали проведение мультиплексной ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени для определения 21 типа ВПЧ (6, 11, 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 44 (55), 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82) с определением вирусной нагрузки.

Результаты исследования. Основную группу составили 383 ВПЧ-позитивные женщины. Часто встречающимися типами ВПЧ явились 16, 58, 31, 52, 33, 44 (55). ВПЧ 52 и 58 типов чаще выявлялись у женщин до 35 лет (88%). При цитологическом исследовании выявлено: NILM – 169 (44.1%), ASCUS – 16 (4.2%), LSIL – 82 (21.4%), HSIL – 99 (25.8%), РШМ – 17 (4.4%). При NILM ВПЧ 52 и 58 типов встречались у 22 (13%) пациенток, при ASCUS – у 1 (6.2%), при LSIL – у 20 (24.4%), при HSIL – у 25 (25.2%), при РШМ – у 2 (11.7%). Пациенткам с HSIL, при наличии зоны трансформации со слабовыраженными и выраженными изменениями, выполнена биопсия шейки матки. CIN была диагностирована у 145 ВПЧ-позитивных женщин: CIN I – 46 (31.7%) пациенток, из которых у 11 (23.9%) выявлены ВПЧ 52 и 58 типов; CIN II – 48 (33.1%), у 12 (25%) выявлены ВПЧ 52 и 58 типов; CIN III – у 51 (35.2%), у 13 (25.5%) из них выявлены ВПЧ 52 и 58 типов.

Заключение. ВПЧ 52 и 58 типов оказались более распространенными, по сравнению с представленными ранее данными, явились причиной аномальной цитологии у 22,4% пациенток. Комплексный анализ результатов расширенной кольпоскопии и гистологического исследования биоптатов шейки матки демонстрируют существенную роль ВПЧ 52 и 58 типов в развитии CIN различной степени тяжести.

N.M. Nazarova, D.Y. Trofimov, N.V. Bestaeva, O.V. Burmenskaya, E.A. Kogan, L.A. Sulamanidze, G.M. Mzarelua

THE PREVALENCE AND ROLE OF HPV TYPES 52 AND 58 IN THE DEVELOPMENT OF CIN

Federal State Budget Institution "Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

HPV types 52 and 58 were more prevalent compared to previously submitted data, caused the abnormal cytology in 22.4% of patients. Comprehensive analysis of the results of the colposcopy and histological examination of the cervix biopsies demonstrate a significant role 52 and 58 HPV types in the development of CIN varying severity.

А.С. Шевчук, Е.Г. Новикова, Ю.Ю. Андреева

УЛЬТРАКОНСЕРВАТИВНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» МЗ РФ, Москва, Россия

Вопрос о возможности органосохраняющего лечения больных с двусторонними пограничными опухолями яичников (цистэктомии с сохранением визуально неизмененной яичниковой ткани и проведением хирургического стадирования) является предметом активных дискуссий. Это связано с высоким риском прогрессирования заболевания. Тем не менее, низкая биологическая агрессивность пограничных опухолей и благоприятный прогноз, даже при наличии экстраовариальных очагов, создают предпосылки для применения ультраконсервативных подходов в лечении данных новообразований.

В онкогинекологической клинике МНИОИ им. П.А. Герцена ультраконсервативные операции выполнены у 39 больных с билатеральными пограничными опухолями яичников в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 25±1,2 лет). Следует отметить, что ни у одной пациентки репродуктивная функция не была реализована. Первично всем больным были выполнены лапароскопические операции в гинекологических стационарах общего профиля по поводу кистозных образований яичников, а диагноз пограничной опухоли установлен только при послеоперационном гистологическом исследовании. Большинству женщин были выполнены резекции яичников или односторонние аднексэктомии. Повторные лапароскопические операции в МНИОИ выполнялись с учетом принципов хирургического стадирования и абластики, во всех случаях сохранена визуально неизмененная ткань донного или двух яичников. В сроки наблюдения от 1 до 78 месяцев (медиана 31 мес.) все больные живы, рецидивы

заболевания возникли у 7 (18%) больных, при этом 2 из них реализовали репродуктивную функцию до развития рецидива. Беременности наступили у 10 больных, у 7 пациенток завершились рождением здоровых детей, в 1 случае произошел самопроизвольный выкидыш, в 1 случае – трубная беременность, 1 беременность в настоящее время продолжается.

Настоящее исследование не является законченным, однако уже ближайшие его результаты свидетельствуют о возможности выполнения ультраконсервативных операций у больных с билатеральными пограничными опухолями. Требуется дальнейшее накопление материала для получения объективных результатов. Перспективным представляется поиск новых иммуногистохимических факторов, которые позволили бы более точно определить прогноз заболевания.

Резюме. Ультраконсервативные операции (цистэктомия с хирургическим стадированием) у больных с двусторонними пограничными опухолями яичников являются предметом активных дискуссий. Наш опыт, включающий 39 молодых пациенток, свидетельствует, что данный подход может быть эффективно использован с целью сохранения репродуктивной функции у этой категории больных, однако частота рецидивов более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель при органосохраняющих операциях стандартного объема. Требуется дальнейшее накопление материала и его анализ для формирования окончательных выводов.

A.S. Shevchuk, E.G. Novikova, Yu.Yu. Andreeva

ULTRACONSERVATIVE APPROACH IN FERTILITY-SPARING TREATMENT OF BORDERLINE OVARIAN TUMORS

Moscow Research Oncological Institute. P.A. Gertsena Moscow, Russia

Ultraconservative surgery (cystectomy with surgical staging) for bilateral borderline ovarian tumors is a subject of controversy. Our experience based on evaluation of 39 young patients suggests that this approach can be feasible and can preserve fertility in women with bilateral borderline ovarian tumors but they are related with high risk of relapse. Further evaluation is necessary to make valid conclusions.

Д.Ю. Юлдашева, Д.Т. Каюмова

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Современная профилактика рака шейки матки, основанная на регулярном обследовании, путем проведения организованного скрининга – это оптимальный путь снижения заболеваемости и смертности от рака шейки матки.

Целью исследования является проведение гистологического исследования неопластических процессов шейки матки при положительном цитологическом результате.

Материал и методы исследования: Обследовано 25 пациенток с патологическим Пап-мазком и выраженной патологической картиной, включая 4 пациенток с рецидивирующим воспалительным процессом шейки матки. Всем женщинам было проведено общеклиническое и гинекологическое обследования с проведением цитологического исследования и взятием биоптата с патологического участка шейки матки для проведения гистологического исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты показали, что у 16 (64%) пациенток с цитологически установленным диагнозом CIN I патологический процесс сопровождался гистологически слабой степенью дисплазии только у трети пациенток 5 (20%), в каждом втором случае выявлялась умеренная дисплазия метаплазированного эпителия (МПЭ) – у 8 (50%), у 2-х (12,5%) пациенток гистологически определялись кондиломы, а у 1 (6,3%) – тяжелая дисплазия. Следовательно, мазки с результатом Пап-исследования CIN I при визуально патологической шейке матки в 2/3 случаев при гистологическом исследовании определяют более глубокие поражения. CIN II гистологически была подтверждена определением кондилом. Гиперкератоз в 2/3 случаях гистологически сопровождался тяжелой дисплазией МПЭ. Картина рецидивирующего воспаления была представлена обширным пейзажем по 1 случаю (по 25%) – от слабой дисплазии до аденокарциномы матки. Таким образом, рецидивирующее воспаление может маскировать злокачественный процесс. Результаты анализов выявили, что измененные участки, диагностированные цитологическими и кольпоскопически как дисплазия различной степени тяжести, особенно на фоне рецидивирующего воспалительного процесса, должны быть подтверждены гистологическому исследованию.

Резюме. Проведенное гистологическое исследование у 25 пациенток с патологическим Пап-мазком и выраженной патологической картиной, показали, что измененные участки, диагностированные цитологическими и кольпоскопическими методами, должны быть подтверждены гистологическим исследованием.

D.Yu. Yuldasheva, D.T. Kayumova

HISTOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CERVIX NEOPLASTIC PROCESSES

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Histological research of pathological PAP-smears at 25 patients with manifested pathological picture was conducted. It had shown that the changed sites diagnosed by cytological and colposcopic methods, should be confirmed by histological research.

ГЛАВА 4 / CHAPTER 4

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

С.Н. Буянова, О.В. Москалец, А.П. Линник, О.Г. Иванова, А.И. Макарков

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ИММУННОГО ГЕНЕЗА: РОЛЬ TH1 И TH17 СУБПОПУЛЯЦИЙ ЛИМФОЦИТОВ

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»,
ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»,
ГБУЗ «Родильный дом №3 ДЗМ», Москва, Россия

Не вызывает сомнений участие иммунных механизмов в патогенезе нарушений репродуктивной функции у женщин. Невынашивание беременности характеризуется сдвигом Th1/Th2 баланса в сторону усиления Th1-опосредованных иммунорегуляторных факторов. В последнее время активно обсуждается роль Th17 субпопуляции лимфоцитов как при физиологической беременности, так и при различных вариантах репродуктивной патологии. Между тем, взаимодействие различных звеньев иммунной системы при беременности остается малоизученным.

Целью настоящей работы явилось изучение цитокинового спектра Th1 и Th17 субпопуляций лимфоцитов у женщин с физиологически протекающей беременностью и при самопроизвольном прерывании беременности.

В исследовании приняли участие 11 женщин с угрозой прерывания беременности (УПБ) и 10 женщин с самопроизвольным прерыванием беременности – «аборт в ходу» (СПБ). Контрольную группу составили 11 женщин с неосложненным акушерским анамнезом и благоприятным течением беременности. Содержание цитокинов в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

У женщин с УПБ выявлено увеличение концентрации интерферона γ (ИФН-γ), являющегося основным цитокином Th1субпопуляции лимфоцитов (1,15 пг/мл по

сравнению с 0,45 пг/мл в контрольной группе, p<0,05). Также было отмечено повышение уровня интерлейкина (ИЛ) 1β, провоспалительного цитокина, обладающего синергичным эффектом (23,0 пг/мл по сравнению с 11,5пг/мл в контрольной группе, p<0,05). Напротив, концентрации ИЛ-17А, ИЛ-17F, ИЛ-21 и ИЛ-22, характеризующих Th17субпопуляцию лимфоцитов, при УПБ не отличались от показателей контрольной группы, хотя обнаруживалась тенденция к росту ИЛ-17F (36,2 пг/мл по сравнению с 31,8 пг/мл в контрольной группе, p>0,05). Цитокиновый профиль сыворотки крови женщин с СПБ, напротив, характеризовался усилением Th17-опосредованных иммунорегуляторных влияний: выявлен прирост концентраций ИЛ-21 (135,2 пг/мл по сравнению с 99,0 пг/мл в контрольной группе, p<0,05) и ИЛ-22 (42,0 пг/мл по сравнению с 29,1 пг/мл в контрольной группе, p<0,05). При этом уровень ИФН-γ не отличался от показателя контрольной группы (0,49 пг/мл и 0,45 пг/мл соответственно, p>0,05).

Полученные результаты свидетельствуют о вероятнойроликак Th1, так и Th17 субпопуляций лимфоцитов в патогенезе самопроизвольного прерывания беременности. При этом Th1-опосредованные механизмы иммунорегуляции участвуют в «ранних» событиях (группа УПБ), в то время как цитокины Th17 субпопуляции являются медиаторами состоявшегося аборта (группа СПБ).

Резюме. У женщин с угрозой самопроизвольного прерывания беременности выявлено повышение уровняинтерферона γ (ИФН-γ), но не интерлейкина (ИЛ) 17А, ИЛ-17F, ИЛ-21 и ИЛ-22 в сыворотке крови, по сравнению с физиологически протекающей беременностью. Напротив, у женщин с «абортом в ходу» отмечено повышение концентраций ИЛ-21 и ИЛ-22 при нормальном уровнеИФН-γ. Предполагается участие Th1 цитокинов в «ранних» событиях самопроизвольного прерывания беременности, и патогенетическая роль Th17 субпопуляции лимфоцитов при состоявшемся аборте.

S.N. Buyanova, O.V. Moskalets, A.P. Linnik, O.G. Ivanova, A.I. Makarkov

PREGNANCY LOSS OF IMMUNE ETIOLOGY: THE ROLE OF TH1 AND TH17 SUBSETS OF LYMPHOCYTES

Moscow Regional Research Institute for Obstetrics and Gynecology,
Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky,
Maternity Hospital No 3, Moscow, Russia

The investigation of cytokine profilein pregnant women with threatened miscarriage shows increased serum level of interferon γ (IFN-γ), but not interleukin (IL) 17-A, IL-17F, IL-21, or IL-22, compared to physiological pregnancy. In contrast, women with inevitable miscarriage have elevated serum IL-21 and IL-22concentrations; however, IFN-γ level appears to be normal. The authors suggest that Th1 cytokines may contribute to the “early” events of spontaneous pregnancy loss, and Th17 lymphocytes subset playsa pathogenic role in inevitable miscarriage.

А.И. Гальченко, М.Г. Николаева

ПРЕДГРАВИДАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, Барнаул, Россия

Введение: ожирение привлекает специалистов различных отраслей медицины в связи с возрастающей распространенностью данной патологии. В России избыточный вес наблюдается у 30–40% женщин. Распространено ожирение и среди беременных, число которых достигает 12,3–38%. Ожирение во время беременности – фактор риска осложненного течения и неблагоприятного исхода беременности, родов и послеродового периода. В доступной нам литературе мы не встретили сообщений о влияние предгравидарного ожирения на течение и исходы беременности у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе.

Цель исследования: изучить влияние предгравидарного ожирения на течение и исходы беременности у пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе.

Материалы и методы: для решения поставленной цели проведено исследование случай-контроль, в которое вошло 334 женщины. Выборка не была сплошной. Пациентки наблюдались в Городском центре планирования семьи и репродукции на специализированном приеме по невынашиванию беременности и имели в анамнезе репродуктивные неудачи. Основную группу составили 167 пациенток с предгравидарным ожирением 1 или 2 степени, группу контроля – 167 женщин с нормальной массой тела. Группы были сопоставимы по возрасту и социальным характеристикам. Статистическую обработку результатов проводили методом вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Критическое значение уровня статистической значимости, при проверке нулевых гипотез, принималось равным 0,05. Эффект воздействия каждого конкретного фактора оценивался по величине отношения шансов (ОШ). Для демонстрации силы связи вычисляли 95% доверительный интервал (ДИ) для ОШ.

Результаты исследования: анализ структуры экстрагенитальной патологии показал, что у беременных с предгравидарным ожирением достоверно чаще регистрируются гипертензивные состояния, в том числе гипертоническая болезнь 1–2 степени 10,8% (18/167) против 2,4% (4/167) ($p=0,002$) и нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу 22,8% (38/167) против 2,4% (4/167) ($p<0,001$). Варикозная болезнь у пациенток основной группы встречается в 1,5 раза чаще, чем в группе контроля: 43,1% (72/167) против 30,5% (51/167) ($p=0,02$). Спектр гинекологической патологии в сравниваемых группах был одинаков. Среднее количество беременностей в основной группе составило 2,3±0,4, в контроле – 2,1±0,4 ($p>0,05$). Несмотря на то, что число репродуктивных потерь (самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности) на одну пациентку в группах сравнения было сопоставимо (1,6±0,3 и 1,5±0,4), антенатальная гибель плода в анамнезе пациенток с ожирением встречались достоверно чаще: 0,05% (9/167) против 0,01% (2/167) ($p=0,03$). Анализ течения настоящего гестационного процесса выявил существенные отличия в группах сравнения. В группе пациенток с предгравидарным ожирением частота развития истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) составила 13,2%, что достоверно больше, чем в группе контроля – 6,6% (ОШ 2,1; 95% ДИ 1,1–4,5; $p=0,046$). Преэклампсия на фоне

предгравидарного ожирения в нашем исследовании, осложнила течение беременности достоверно чаще: 39,5% против 14,4% (ОШ 2,9; 95% ДИ 2,3–6,3; p<0,001), в основном за счет ее средне-тяжелых форм: 19,2% против 2,4% в контроле (ОШ 9,7; 95% ДИ 3,3–28,0; p<0,001). У пациенток с ожирением достоверно чаще регистрировалась внутриутробная задержка развития плода: 13,2% против 6,6% в группе контроля (ОШ 2,1; 95% ДИ 1,1–4,5; p=0,046), а вес новорожденных был меньше: 3194±396 против 3451±543 (p=0,05). В основной группе преждевременные роды составили 14,4% против 4,2% в группе контроля (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,6–9,2; p=0,001).

Выводы: предгравидарное ожирение является неблагоприятным фоном для гестационного процесса. У пациенток с ожирением шанс развития ИЦН увеличивается в 2,1 раза, преэклампсии в 2,9 раза (в основном за счет ее тяжелых форм), формирование ЗРП в 2,1 раза, преждевременных родов в 3,8 раза. У пациенток с репродуктивными потерями в анамнезе нормализация массы тела является обязательной на этапе предгравидарной подготовки.

Резюме: проведено исследование случай-контроль, включающее 334 пациентки с репродуктивными потерями в анамнезе. Определено, что предгравидарное ожирение является неблагоприятным фоном для гестационного процесса: шанс развития истмико-цервикальной недостаточности увеличивается в 2,1 раза (ОШ 2,1; 95% ДИ 1,1–4,5; p=0,046), преэклампсии в 2,9 раза (ОШ 2,9; 95% ДИ 2,3–6,3; p<0,001), формирование задержки развития плода в 2,1 раза (ОШ 2,1; 95% ДИ 1,1–4,5; p=0,046), преждевременных родов в 3,8 раза (ОШ 3,8; 95% ДИ 1,6–9,2; p=0,001).

A.I. Gal'chenko, M.G. Nikolaev

PREGRAVID OBESITY AS A RISK FACTOR GESTATIONAL COMPLICATIONS

Barnaul, Russia

Summary: The case-control study involving 334 patients with a history of reproductive losses. Determined that pregravid obesity is a negative background for the gestational process: the chance of Cervical incompetence is increased by 2.1 times (OR=2.1, 95% CI 1,1–4,5; p=0,046), pre-eclampsia 2 9-fold (OR=2.9, 95% CI 2,3–6,3; p<0,001), the formation of fetal growth retardation of 2.1 times (OR=2.1, 95% CI 1,1–4,5; p=0,046), preterm birth is 3.8 times (OR=3.8, 95% CI 1,6–9,2; p=0,001).

Т.Г. Денисова, Э.Н. Васильева, Т.Н. Сидорова, Э.А. Мноян, Е.Н. Грузинова, М.С. Денисов

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Институт усовершенствования врачей, Чувашия

Уровень перинатальной заболеваемости и смертности повышен у определенной группы беременных и рожениц, объединенных в группу «высокого риска» перинатальной патологии. В настоящее время основная задача перинатологии заключается в определении факторов высокого риска, и в проведении необходимых лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования: Изучить особенности течения родов у женщин с дефицитом массы тела.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ течения родов у женщин с дефицитом массы тела. Было выделено две группы исследования: 1 – группа первородящие женщины с дефицитом массы тела (женщины с дефицитом массы тела отобраны согласно индексу Кетле, 100 случаев); 2 – группа контрольная (первородящие без дефицита массы тела, 100 случаев). В этих целях использовались истории родов – форма №096/у. Статистическую обработку результатов исследования проводили, используя метод параметрического и непараметрического анализов.

Результаты собственных исследований. Изучение течения родов у женщин с дефицитом массы тела выявило высокий процент преждевременных родов, оперативных вмешательств и пособий. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения проведено 21 женщине, тогда как женщинам второй группы – в 11 случаях. Показаниями к операции были острая гипоксия плода и аномалии родовой деятельности.

Мы исследовали структуру осложнений в родах у женщин с дефицитом массы тела и установили, что наиболее частым осложнением в этой группе исследования были аномалии родовой деятельности (32,0%), тогда как у женщин 2 группы – 9,0%; острая внутриутробная гипоксия плода (42,0%), у женщин 2 группы – 8%; преждевременные роды (16,0%), у женщин 2 группы 7,0%; частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (8,0%), у женщин 2 группы – 1,0%.

У женщин второй группы был выявлен низкий процент оперативных вмешательств и пособий в родах по сравнению с женщинами с дефицитом массы тела.

Ретроспективный анализ течения родовой деятельности у женщин с дефицитом массы выявил высокий процент осложнений течения родов, что указывает на необходимость особо пристального внимания к молодым девушкам и женщинам с дефицитом массы тела врачей акушеров–гинекологов, участковых терапевтов, эндокринологов в целях профилактики перинатальных осложнений.

Резюме. Соотношение массы тела и роста является базовым показателем при оценке состояния здоровья беременных женщин. Разобщение социального статуса населения приводит к увеличению группы женщин с дефицитом массы тела. Выраженные изменения массы тела, как правило, сочетаются с разнообразными нарушениями течения родов. Представлен сравнительный анализ течения родов у женщин с дефицитом массы тела.

T.G. Denisova, E.N. Vasileva, T.N. Sidorova, E.A. Mnoyan, E.N. Gruzinova, M.S. Denisov

CLINICAL ASPECTS OF CURRENT DELIVERY IN WOMEN UNDERWEIGHT

Advanced medical institute, Chuvashija

Abstarct. The ratio of weight and height is the basic indicator for assessing the health of a pregnant woman. Dissociation of the social status of the population leads to increase the group of underweight women. Pronounced changes in the body weight during pregnancy usually combined with a variety of disorders of delivery. This article presents a comparative analysis of childbirth in the group of underweight women.

Ю.М. Дука

РОЛЬ ГЕННЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНЕЗЕ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ВЫКИДЫШЕ ПЕРВОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ БЕЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА – КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепропетровск, Украина

За последние 15 лет увеличилась частота многоплодных беременностей, что связано с возрастание необходимости использования вспомогательных репродуктивных технологий, включая экстракорпоральное оплодотворение. ВРТ увеличивают количество многоплодных беременностей. Увеличение частоты многоплодия влияет на акушерские и перинатальные показатели, выдвигая проблему многоплодной беременности в ряд наиболее актуальных вопросов современного акушерства и перинатологии.

За период ноябрь 2012 по май 2013 годов на базе коммунального учреждения «Днепропетровский областной перинатальный центр со стационаром «ДОС» проведено 2 клинических случая пролонгирования беременности на 14 и 18 недель гестации при выкидыше 1 плода из двойни без отделения последа. Беременные поступили в стационар с жалобами на ноющие боли внизу живота, подтекание околоплодных вод с 18 и 16 недель гестации соответственно. ИМТ беременных равен 31,8 кг/м^2 и 30,8 кг/м^2 соответственно. Из анамнеза: беременности в обоих случаях наступили с помощью ВРТ (у 2-х женщин – ЭКО+ИКСИ). Обе беременные были обследованы на наличие у них генных полиморфизмов: у 1 беременной с подтеканием околоплодных вод с 18 недель гестации выявлена мутация 1691G→A в гене фактора

V Leiden, 677 C→T в гене MTHFR; у 2 беременной с подтеканием околоплодных вод с 16 недель гестации – полиморфизмы 675 5G→4G в гене PAI-1, 9 T→T в гене F13A1, 677 C→T в гене MTHFR. Использовали комплект реагентов для определения генетических полиморфизмов компании «Днк-технология» методом ПЦР в режиме реального времени.

Накануне протокола ЭКО ни одна пациентка не была обследована на носительство полиморфизса геном тромбофилии. Все беременные получали сохраняющую терапию (гестагены, препараты эстрадиола до 7 недели гестации, фолиевую кислоту, витамины группы В).

При проведении УЗИ диагноз: Беременность 19 и 15 нед. соотвественно. Дихориальная диамниотическая двойня. Абсолютное маловодие 1 плода. Беременным предложено прерывание беременности, от которого они категорически отказались. Начата антибактериальная терапия. Через сутки – туловище 1 плода находится во влагалище, головка за областью внутреннего зева, СБ+; данные 2 плода без динамики. При влагалищном осмотре из половой щели визуализируются ножки плода. Шея плода плотно охвачена шейкой матки, голова плода находится за внутренним зевом. Влагалищная часть шейки матки укорочена до 1,5 см. Учитывая дихориальную диамниотическую двойню, отсутствие акушерского кровотечения, удовлетворительное состояние беременной, консилиумом принято решение о попытке пассивного извлечения первого плода в условиях развернутой операционной под контролем УЗИ с дальнейшим пролонгированием беременности с сохраненным вторым плодом из двойни. Удалось произвести извлечение 1-х плодов из двоен целиком. На пуповину первого плода наложена лигатура на уровне наружного зева. Плоды отправлены на ПГИ (соответствовали срокам гестации без морфологических изменений). Последы первых плодов во всех клинических случаях оставлены в полости матки. Извлечение проводилось на фоне инфузии транексама, гинипрала. Интраоперационно произведен УЗ-контроль состояния второго плода – без особенности, в полости матки определяется 2 плаценты. Миометрий в нормотонусе. При влагалищном исследовании после извлечения первого плода цервикальный канал сомкнулся. Проходим для кончика пальца. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. В области наружного зева – фрагмент пуповины первого плода с лигатурой. УЗ-мониторинг состояния плодов и осташейся плаценты проводился 1 раз в 2 недели. Запустевание кровотока оставшихся плацент началось на вторые сутки. Обоим пациенткам помимо сохраняющей терапии через 3 недели после выкидыша начат курс терапии НМГ в связи с нарастанием гиперкоагуляции. В 33 недели гестации у обоих пациенток развилась регулярная родовая деятельность. Родоразрешение произведено путем операции кесарева сечения, во время которого извлечены дети мужского пола весом 1450 и 1920 г, длиной 43 и 41 см, с оценкой 6–8/5–6 баллов по шкале Апгар. Вторая плацента, которая оставалась после выкидыша, подверглась выраженным склеротическим изменениям. ПГИ последа: хроническая декомпенсированная фето-плацентарная недостаточность. Гипопластическая форма.

Таким образом, можно предположить, что существующие у женщин полиморфизмы генов тромбофилии сыграли ключевую роль с одной стороны в патогенезе потери плода, с другой стороны в генезе запустевания кровотока и тромбирования оставшихся плацент. Поэтому, можно утверждать, что патогенез перинатальной патологии при многоплодной беременности не может считаться полностью исследованным.

Резюме. В статье описано 2 клинических случая успешного пролонгирования беременностей, полученных с помощью вспомагательных репродуктивных тех-

нологий у женщин с полиморфизмом генов тромбофилии и ожирением при выкидыше первого плода из двойни в 19 и 16 недель гестации без отделения последа. Родоразрешение произведено путем кесарева сечения в 33 недель гестации в связи с возникновением у пациенток регулярной родовой деятельности. Оба мальчика живы и развиваются в соответствии с нормами.

Y.M. Duka

ROLE OF GENE POLYMORPHISMS IN GENESIS OF PROLONGATION OF PREGNANCY AT WOMEN WITH OBESITY AT THE ABORTION OF THE FIRST PRE-NATAL EMBRYO FROM TWINS WITHOUT PLACENTA OFFICE – CLINICAL CASES

State Institution «Dnepropetrovsk Medical Academy Ministry Of Health of Ukraine», Dnepropetrovsk, Ukraine

In article are presented 2 clinical cases of successful prolongation of the pregnancies received by means of auxiliary reproductive technologies at women with polymorphism of genes of a trombofiliya and obesity at an abortion of the first fruit from twins in 19 and 16 weeks of a gestation without office of a placenta are described. Childbirth was carried out by Cesarean section in 33 weeks of a gestation in connection with emergence at patients of regular patrimonial activity. Both boys are live and develop according to norms.

Ю.М. Дука

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепропетровск, Украина

Проблема ожирения и метаболического синдрома (МС) актуальна не только с позиции гинекологических проблем, но и при ведении беременности, родов и в послеродовом периоде. Проблема избыточной массы тела и МС весьма актуальна в плане прогноза течения беременности, родов и послеродового периода Жировая ткань продуцирует широкий спектр гормонов и медиаторов, участвующих в регуляции процессов коагуляции, воспаления, влияющих на состояние эндотелия. В настоящее время особенное внимание уделяется изучению тромбофилических осложнений при метаболическом синдроме. Метаболический синдром является несомненным фактором риска развития атеросклероза и венозных тромбозов.

Целью исследования явилось выявление связи между наличием генных полиморфизмов у беременных женщин с ожирением и активацией у них провоспалительного статуса.

Было проведено проспективное когортное исследование 100 женщин на протяжении всей беременности с ожирением различной степени с привычным невынашиванием беременности. Группу сравнения составили 30 женщин с нормальной массой тела и невынашиванием беременности. Все беременные были обследованы на наличие генных полиморфизмов с использованием комплекта реагентов для определения генетических полиморфизмов компании «Днк-технология» методом ПЦР в режиме реального времени, а также методом хемолюминесцентного иммунного анализа (CLIA) оценивали уровень ИЛ-1, ИЛ-6; латекс-турбидиметрическим методом определяли уровень СРБ, методом иммунного анализа определяли TNF-α.

Проведено нами исследование женщин с МС показало наличие врожденной мультигенной тромбофилии у 100% случав. У женщин с ожирением превалировал в общей структуре генетических форм тромбофилии полиморфизм 675 5G→4G в гене PAI-1 у 41% пациенток против 26,7% в группе сравнения ($p<0,05$). Причем, по мере роста ИМТ частота встречаемости данного полиморфизма возрастала в зависимости от степени ожирения. В группе сравнения частота встречаемости 675 4G/4G мутации гена PAI – 1 была выше (70% против 31% в основной группе, $p<0,05$).

При исследовании врожденных мутаций в системе фолатного цикла мультигенные ассоциации встретились в 11 (61,1%) пациенток 1-й клинической группы, в 13 (61,9%) беременных 2-й клинической группы, в 8 (66,6%) и у 2 (50%) пациенток 3-й и 4-й клинических групп соответственно. При этом превалировало выявление полиморфизма 677 C→T в гене MTHFR и гетерозиготных мутаций в генах MTHFR A1298C, MTRR A66G.

Результаты исследования системы гемостазу выявили гиперкоагуляционный синдром за счет повышения активности факторов внутреннего пути свертывания и повышения функциональной активности тромбоцитов у 32 (58,2%) Женин.

Выявлена мутация 1691G→A в гене фактора V Leiden, 677 C→T в гене MTHFR; у 2 беременной с подтеканием околоплодных вод с 16 недель гестации – полиморфизмы 675 5G→4G в гене PAI-1, 9 T→T в гене F13A1, 677 C→T в гене MTHFR.

Резюме. В статье описаны результаты исследования с целью выявления связи между наличием генных полиморфизмов у беременных женщин с ожирение и уровнем провоспалительных цитокинов (ПЦ). Проспективное когортное исследование включало 100 беременных с ожирением и привычным невынашиванием беременности и 30 беременных с потерями беременности на фоне нормальной массы тела. Была обнаружена прямая корреляционная зависимость между выявлением генов тромбофилии, степенью ожирения и уровнем ПЦ.

Y.M. Duka

METABOLIC SYNDROME AND GENETIC POLIMORPHISMS IN STRUCTURE OF LOSS OF PREGNANCY

State Institution «Dnepropetrovsk Medical Academy Ministry Of Health of Ukraine», Dnepropetrovsk, Ukraine

In article results of research for the purpose of communication identification between existence of gene polymorphisms at pregnant women about obesity and pro-inflammatory tsitokinov (PIT) level are described. This prospektivnoye cohort study included 100 pregnant females with obesity and a pregnancy losses and 30 pregnant females with pregnancy losses against the normal weight of a body. Direct correlation dependence between identification of genes of a trombofiliya, degree of obesity and the PIT level was found.

Н.И. Иваненкова, Н.Ю. Борзова, Н.Ю. Сотникова, А.В. Кудряшова

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА НА ХАРАКТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ Т-ЛИМФОЦИТОВ В ПОПУЛЯЦИИ Т-ХЕЛПЕРОВ И ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

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

Одной из важнейших проблем практического акушерства и гинекологии является невынашивание беременности (НБ).

Этиология НБ чрезвычайно разнообразна и зависит от разных факторов. Некоторые из них способны приводить к закладке аномального эмбриона, другие создают неблагоприятные условия для его нормального развития. Одним из таких факторов может быть наличие инфекции, которая в дальнейшем может определить исход беременности.

Известно, что длительная антигенная стимуляция, в том числе и в результате воздействия инфекционных агентов, запускает сложный многоступенчатый процесс дифференцировки клеток адаптивного иммунного процесса, в частности цитотоксических Т-лимфоцитов и Т-хелперов, с формирование специфических клеток памяти. Однако особенности дифференцировки Т-лимфоцитов в зависимости от характера инфекционного процесса при угрозе НБ в ранние сроки не изучались.

Цель исследования: выявить особенности дифференцировки Т-лимфоцитов у женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков в зависимости от вирусного и бактериального инфицирования. Было обследовано 59 женщины от 4 до 10 недель беременности: 31 беременная с угрозой спорадического выкидыша и 28 беременных с угрозой выкидыша и привычной потерей беременности в анамнезе.

Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Методом трехцветной проточной цитофлуорометрии определялось содержание наивных ($CD45RA^+CD62L^+$), центральных ($CD45RA^-CD62L^+$), претерминально – ($CD45RA^-CD62L^-$) и терминально-дифференцированных ($CD45RA^+CD62L^-$) клеток в популяциях цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+) и Т-хелперов (CD4+). Все беременные были обследованы на маркеры инфекции методом ИФА на наличие антител классов IgM и IgG к HSV1,2, CMV, EBV, Chlamydia trachomatis и Toxoplasma gondii, IgA и IgG антител к Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, IgG антител к Mycoplasma pneumoniae и Chlamydophila pneumoniae. Результаты иммунологического обследования анализировались в зависимости от наличия маркеров острой вирусной инфекции (при наличии IgM и низкоавидных IgG антител), наличия маркеров острой и хронической бактериальной инфекции (при наличии IgA, IgM антител и IgG антител в титре 1:10 и более). В качестве контроля использовались показатели женщин без маркеров вирусного и бактериального инфицирования.

Анализ данных показал, что в обеих исследуемых группах с угрозой НБ и с наличием маркеров вирусного инфицирования показатели содержания наивных клеток и клеток памяти в популяциях цитотоксических лимфоцитов и Т-хелперов не отличались от значений в контрольных группах. При наличии маркеров бактериальной инфекции в группе женщин со спорадической угрозой выкидыша в периферической крови достоверно повышалось содержание CD4+ лимфоцитов, находящихся на терминальных этапах дифференцировки клеток памяти. А в группе женщин с привычным невынашиванием беременности и с маркерами острой и хронической бактериальной инфекции в периферической крови достоверно возрастало содержание центральных и снижался уровень терминально-дифференцированных клеток памяти в популяции CD8+ лимфоцитов.

Таким образом, женщины с угрозой спорадического и привычного выкидыша по разному реагируют на наличие маркеров инфекции: у женщин со спорадической угрозой прерывания беременности наличие маркеров бактериального инфицирования оказывает влияние на характер дифференцировки Т-лимфоцитов в популяции Т-хелперов. А у женщин с угрозой прерывания и привычной потерей беременности в анамнезе при наличии острой и хронической бактериальной инфекции имеются изменения в процессе дифференцировки Т-лимфоцитов в популяции CD8+ лимфоцитов.

Резюме: Цель исследования: выявить особенности дифференцировки Т-лимфоцитов у женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков в зависимости от вирусного и бактериального инфицирования. Выявлены особенности влияния маркеров бактериальной инфекции на характер дифференцировки Т-лимфоцитов у женщин с угрожающим спорадическим и привычным невынашиванием ранних сроков.

N.I. Ivanenkova, N.Yu. Borzova, N.Yu. Sotnikova, A.V. Kudryashova

INFLUENCE OF THE INFECTIOUS FACTOR ON CHARACTER OF THE DIFFERENTIATION OF T-LYMPHOCYTES IN POPULATION OF T-HELPEROV AND CYTOTOXIC T-LYMPHOCYTES AT THREAT OF INTERRUPTION OF PREGNANCY IN EARLY TERMS

Ivanovo, Russia

Summary: Research objective: to reveal features of a differentiation of T-lymphocytes at women with threat of interruption of pregnancy of early terms depending on virus and bacterial infection. Features of influence of markers of a bacterial infection on character differentiation of T-lymphocytes at women with menacing sporadic and habitual miscarriage of early terms are revealed.

И.В. Игнатко, А.Н. Стрижаков, Н.В. Афанасьева, А.М. Родионова

КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО И АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

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

В настоящее время достаточно четко определены показания к абдоминальному родоразрешению, но остается малоизученной проблема качества здоровья (КЗ) родильниц в ближайшем после оперативного родоразрешения периоде. Существующие разночтения в оценке их состояния обусловлены отсутствием универсальной, адекватно отражающей все нюансы изменений у родильниц анкеты. При этом существующие опросники (Mother-Generated Index (MGI; Simon A., 2002), Maternal Postpartum Quality of Life (MAPP-QOL), Edinburgh Postnatal Depression Scale, SF12, SF-36), не позволяют провести углубленный сравнительный анализ состояния женщин в ближайшем послеродовом периоде. Поэтому авторы, признавая их несовершенство, вынуждены одновременно использовать их в своей работе. В России качество здоровья женщин в послеродовом периоде в зависимости от способа родоразрешения также изучено недостаточно.

Целями исследования были: разработка универсальной анкеты, наиболее полно отражающей все нюансы изменений у родильниц после консервативного и абдоминального родоразрешения; анализ течения раннего, позднего послеродового периодов и отдаленного периода (6 месяцев) с учетом физического состояния, социального статуса, эмоционального фона и качества здоровья женщины; выделение группы родильниц с прогнозируемым неблагоприятным (неудовлетворительные

качество жизни и здоровья) течением послеоперационного периода; выявить значимые факторы, отрицательным образом влияющие на КЗ родильниц.

Первый этап – разработка анкеты-опросника для родильниц и второй этап – собственно анкетирование. Первое анкетирование проводилось на 4-ые сутки у 70 женщин после родов. Основную группу составили 33 женщины после кесарева сечения (11 (33,3%) – плановая операция, 21 (63,6%) – срочная, 1 (3,03%) – экстренная). Возраст родильниц составил от 21 до 45 лет (средний 31 год). 54,5% женщин имели ОАГА (рубец на матке после предыдущего кесарева сечения, бесплодие, ЭКО). У 10 (30,3%) женщин беременность осложнилась нефропатией, также отмечалось тазовое предлежание плода (6,06%), крупный плод (9,09%). В родах отмечались аномалии родовой деятельности у каждой 10 женщины. Группу сравнения составили 37 женщин после самопроизвольных родов в возрасте от 18 до 42 лет (средний – 29,6 лет). У 34 (91,9%) женщин роды были своевременными, у 2 (5,4%) – преждевременными, у 1 (2,7%) – запоздалыми.

Проведенное анкетирование показало, что на 4 сутки послеродового периода оперативный и консервативный метод родоразрешения одинаково влияют на качество здоровья, эмоциональную и социальную сферу у родильниц. Кесарево сечение отрицательным образом влияет на физическое состояние родильниц в раннем послеродовом периоде. Так, на 4 сутки после родоразрешения более половины женщин (51,5%) родоразрешенных кесаревым сеечнием оценивают свое состояние, как «неудовлетворительное». При этом только 21% родивших через естественные родовые пути недовольны своим состоянием. Прогностическим неблагоприятным фактором при этом в 50% наблюдений явился не сам факт оперативного родоразрешения, а наличие соматических заболеваний (почек, сердечно-сосудистой системы), осложненное течение беременности (гестоз, переношенная беременность), а также осложненное течение родов (слабость родовой деятельности, преждевременное излитие вод, длительный безводный промежуток), а также беспокойство за состояние новорожденного при осложнении родов острой гипоксией плода или при родоразрешении по поводу тазового предлежания плода. Следует отметить тот факт, что наиболее оптимальные данные были получены у родильниц (и после самопроизвольных родов и после кесарева сечения), у которых использовалась регионарная анальгезия и анестезия родов и операции соответственно. Таким образом, в целом, к моменту выписки пациенток из родовспомогательного учреждения, качество здоровья у родильниц после оперативных родов несколько хуже, чем при родоразрешении через естественные родовые пути, что требует с одной стороны, тщательного подхода к выбору акушерской тактики в целом, а с другой – продолжение оценки качества здоровья у женщин в отделенный период времени, так как у половины женщин КЗ не определялось методом родоразрешения, а в целом соматическим и акушерско-гинекологическим статусом.

Прогресс исследований при аудите качества здоровья у женщин с разными видами родоразрешения нам представляется в совершенствовании анкет, более широком охвате родильниц и увеличении количества, принявших участие в опросе, продолжение изучения отдаленных (через 6 месяцев) результатов после родов.

Резюме. В настоящее время достаточно четко определены показания к абдоминальному родоразрешению, но остается малоизученной проблема качества здоровья (КЗ) родильниц в ближайшем после оперативного родоразрешения периоде. Существующие разночтения в оценке их состояния обусловлены отсутствием универсальной, адекватно отражающей все нюансы изменений у родильниц анкеты. Целями исследования были: разработка универсальной анкеты, наиболее полно отражающей все нюансы изменений у родильниц после консервативного и абдоминального

родоразрешения; анализ течения раннего, позднего послеродового периодов и отдаленного периода (6 месяцев) с учетом физического состояния, социального статуса, эмоционального фона и качества здоровья женщины; выделение группы родильниц с прогнозируемым неблагоприятным (неудовлетворительные качество жизни и здоровья) течением послеоперационного периода; выявить значимые факторы, отрицательным образом влияющие на КЗ родильниц.

I.V. Ignatko, A.N. Strizhakov, N.V. Afanasieva, A.M. Rodionova

QUALITY WOMEN HEALTH AFTER THE VAGINAL DELIVERY AND CESAREAN SECTION

Russia, Moscow, First Moscow State Medical University IM Sechenov

There is now sufficient evidence to clearly defined abdominal delivery, but remains poorly understood problem of the quality of health (HQ) in the immediate postpartum time in women after surgical delivery. Existing discrepancies in the assessment of their condition are due to the lack of a universal, adequately reflecting the nuances of changes in postpartum questionnaire. The objectives of the study were: to develop a universal profiles that best reflects the nuances of changes in parturients after vaginal and abdominal delivery, and analysis of flow early, late and long-term postnatal period (6 months), taking into account the physical condition, social status, emotional attitude and quality of women's health, childbirth with the selection of a projected adverse (poor quality of life and health) over the postoperative period; identify important factors that adversely affect the short-circuit childbirth.

О.Н. Кононова[1], А.М. Пристром[2], А.В. Коротаев[3], Э.Н. Платошкин[4]

РИСКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

1,4 – Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
2 – Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь
3 – Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель, Беларусь

Улучшение охраны здоровья матери и ребенка, снижение материнской смертности является одним из приоритетных стратегических направлений Государственной программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. Важной задачей здравоохранения является создание условий для рождения здоровых детей, уменьшения инвалидности с детства, разработка стратегии страны по укреплению репродуктивного здоровья населения. Ожирение представляет собой актуальную проблему современного акушерства. Частота ожирения среди беременных в мире колеблется от 12 до 28% и не имеет тенденции к снижению. В последнее время осо-

бое внимание уделяется выявлению связей между ожирением, метаболическим синдромом (МС) с различной акушерской патологией.

Цель работы: оценить риски метаболического синдрома у беременных женщин с ожирением.

Материалы и методы. На базе отделения эндокринологии Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» было проведено обследование 99 беременных женщин. Исследование проводилось в период с 2011 по 2013 гг. В исследование были включены пациентки в возрасте от 22 до 44 лет (30,2±0,5), в сроках беременности от 8 до 15 недель.

Все обследованные женщины были разделены на 2 группы. Основную группу составили 74 женщины с различной степенью ожирения. Контрольная группа – 25 практически здоровых лиц с нормальным весом.

Обследование включало: клинический осмотр, измерение артериального давления (АД), массы тела, роста, окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), расчет индекса массы тела (ИМТ) и соотношения окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) в см. Степень выраженности абдоминального ожирения (АО) оценивали по ОТ: менее 80 см – отсутствие АО, от 80 см до 88 см – средней степени выраженности АО, более 88 см – выраженное АО. В сыворотке крови определяли уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеины низкой плотности (ХС ЛПНП), коэффициента атерогенности (КА). С целью диагностики нарушений углеводного обмена определяли гликемию натощак в цельной капиллярной крови, а при выявлении нормальных или пограничных результатов проводили стандартный оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ). Состояние инсулинорезистентности (ИР) характеризовалось расчетными индексами. Для этой цели нами рассчитывались HOMA-IR = ($Гл_0 \times Инс_0$) / 22,5; Reciprocal of HOMA-IR = 22,5 /($Гл_0 \times Инс_0$).

Результаты исследования: Из 74 обследованных основной группы 28 (30%) страдали ожирением 1-й ст., 32 (46%) – 2-й ст., 14 (24%) – 3-й ст. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 54 (64%) беременных с ожирением различной степени. При оценке АД у обследованных выявлено статистически значимое ($p<0,001$) повышение систолического, диастолического и пульсового давления относительно соответствующих показателей у беременных без ожирения. При сравнении показателей углеводного обмена, липидного спектра группы значительно различались по уровню глюкозы натощак, инсулину и индексу HOMA-IR, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА ($p<0,01$). В основной группе 31 (28%) пациенток не имели нарушений углеводного обмена, у 26 (24%) выявлено нарушение гликемии натощак, у 17 (16%) – нарушение толерантности к глюкозе и 4 (4%) – сахарный диабет типа 2, у 14 (13%) – гестационный сахарный диабет.

По результатам определения инсулина и расчета HOMA-IR (инсулин ⩾ 25 мЕД/мл, индекс HOMA > 2,77) ИР выявлена у 36 (26%), у 38(28%) – не выявлено. Приведенные данные свидетельствуют о значительной распространенности ИР у женщин с ожирением в период беременности.

В соответствии с классификацией МС IDF (2009) в группе женщин с ожирением отдельные компоненты МС были отмечены у 53 (68%) женщин, и самым частым из них было висцеральное ожирение, тогда как полная картина МС была выявлена у 28 (32%) пациенток.

Заключение. ИР и ассоциированные с ней нарушения углеводного и липидного обмена широко распространены у женщин с ожирением в период беременности. Полученные данные могут помочь прогнозировать течение беременности и метод родоразрешения у данной категории пациенток.

O.N. Kononova, A.M. Pristrom, A.V. Korotaev, E.N. Platoshkin

RISKS OF METABOLIC SYNDROME IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY

Obesity is an important problem of modern obstetrics. The frequency of obesity among pregnant women in the world ranges from 12 to 28% and no sign of decreasing. Recently, special attention is given to identify the links between obesity, metabolic syndrome with different obstetric pathologies.

В.П. Кузнецов, С.Г. Цахилова, Д.Х. Сарахова, А.С. Зыкова

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИСТЕМНОЙЭНДОТОКСИНЕМИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Родильный дом №8 г. Москва

Преэклампсия (гестоз) – одно из наиболее тяжёлых осложнений беременности, которое занимает лидирующую позицию среди всех причин преждевременных родов, материнской и перинатальной смертности. Одним из основных механизмов в развитии преэклампсии (гестоза) несомненную роль играет эндотоксиновая агрессия. Сочетанное применение энтеросорбции в комплексной терапии является патогенетически обоснованным. Установлено, что изменения гомеостаза при гестозе во многом идентичны таковым при системном воспалительном ответе. Это свидетельствует об универсальности механизмов их формирования и позволяет рассматривать преэклампсию (гестоз) как акушерскую модель системной эндотоксинемии. Под воздействием ЛПС через стимуляцию продукции цитокинов и запуск сигналов каскада в ранние сроки беременности нарушается процесс инвазии, что является патогенетическим субстратом для развития преэклампсии.

Повышение эффективности лечения беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести, осложненного синдромом эндогенной интоксикации, путем включения в комплексную патогенетическую терапию энтеросорбентов.

Для определения уровня системной эндотоксинемии и состояния антиэндотоксинового иммунитета (АЭИ) было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 100 беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести во II–III триместре гестационного периода. Основную группу составили 50 беременных, в терапии которых использовались энтеросорбенты, группу сравнения – 50 беременных, получавших общепринятую терапию. В основной группе беременных с гестозом легкой степени было 30, с гестозом средней степени тяжести – 20, в группе сравнения – соответственно 25 и 25. Контрольную группу сформировали 20 женщин с физиологическим течением беременности. С целью проведения энтеральнойдетоксикации у беременных основной группы был использован эн-теросорбентПолисорб МП. По данным исследования концентрация энтеротоксина системном кровотоке нарастает в зависимости от степени тяжести гестоза.

Титры АТ к гликолипиду хемотипаRe и к ЛПС E. coli 014 у беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести были сниженными по сравнению с показателями группы контроля, т.е. в этой группе отмечался абсолютный дефицит (истощение) гуморального звена АЭИ. В группе контроля при исследовании АТ к Re-ГЛП показатели были в пределах нормы. В результате сочетанной комплексной патогенетической терапии гестоза с использованием энтеросорбентаПолисорб уровень МСМ (при длине волны 254 нм) в плазме крови у беременных с гестозом легкой степени в основной группе снизился на 6%. Результаты исследования МСМ в группе сравнения выявили тенденцию к снижению данного показателя на фоне общепринятой патогенетической терапии гестоза.

При сравнении концентрации ЭТ в сыворотке крови обследуемых женщин основной и сравниваемой групп также отмечается достоверное снижение уровня ЭТ.

В основной группе после использовании энтеросорбентов у беременных с гестозом легкой степени концентрация ЭТ в крови снизилась в 1,4 раза, а в группе беременных с гестозом средней степени тяжести показатели снизились в 1,3 раза. Тогда как аналогичные показатели в группе сравнения имели тенденцию к снижению.

При оценке гуморального звена АЭИ установлено, что у беременных основной группы до лечения титры АТ к Re-ГЛП были значимо снижены на 17,9% по сравнению с группой контроля и на 4,4% – по отношению к группе сравнения. При сравнительном анализе уровня АТ-Re-ГЛП и АТ к ЛПС E. coli 014 у беременных исследуемых групп выявлено повышение (KO,05) их исходных показателей в основной группе после энтеросорбции.

При изучении различий в содержании антиэндотоксиновых АТ после лечения отмечено значимое нарастание уровня АТ-Re-ГЛП в плазме крови у беременных основной группы. Следовательно, в основной группе отмечено восстановление до показателей, близких к контролю, титров антигликолипидных АТ, что совпадало с клиническим улучшением: нормализацией артериального давления, исчезновением отеков, белка в моче, а также субъективных признаков эндогенной интоксикации. В результате комплексного лечения гестоза с применением энтеросорбентаПолисорб также отмечена положительная динамика титра АТ к E. coli 014 в крови беременных основной группы.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что одним из основных механизмов в развитии гестоза несомненную роль играет эндотоксиновая агрессия. Сочетанное применение энтеросорбции в комплексной терапии гестоза является патогенетически обоснованным. Изменение уровня эндотоксиновой нагрузки на организм и активность АЭИ при этом четко коррелирует с тяжестью клинических проявлений данной акушерской патологии, что указывает на участие ЛПС в патофизиологических механизмах, лежащих в основе формирования преэклампсии.

V.P. Kuznetsov, D. Tsakhilov, D.H. Sarahova, A.S. Zykov

PATHOGENETIC THERAPY SYSTEM ENDOTOXEMIA IN PREECLAMPSIA

Moscow, Russia

One of the main mechanisms in the development preeclampsiaundeniable role played by endotoxin aggression. The combined use of enterosorption in the treatment of preeclampsia is the pathogenesis justified.

В.П. Кузнецов, С.Г. Цахилова, И.Б. Осадчева, А.С. Зыкова

ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Родильный дом №8, г. Москва

Рассматривая преэклампсию как синдром эндогенной интоксикации, целесообразно пересмотреть традиционные схемы лечения в пользу более широкого использования методов эфферентной терапии. Энтеросорбция является методом эфферентной терапии. Из всех методов сорбции только энтеросорбция является неинвазивным способом детоксикации. В данном исследовании у беременных с преэклампсией был использован пероральный энтеросорбент Полисорб МП (PolisorbumMP) –неорганический непористый энтеросорбент на основе высокодисперсного кремнезема (кремния диоксид SiO2) с размерами частиц до 0,09 мм. Полисорб МП содержит гидроксильные группы, определяющие его высокую гидрофильность и уникальные белоксорбирующие возможности.

Мы поставили перед собой задачу повысить эффективность лечения беременных с легкой и средней степенью гестоза, осложненным синдромом эндогенной интоксикации, включив в их комплексную патогенетическую терапию энтеросорбенты. Для определения уровня системной эндотоксинемии и состояния антиэндотоксинового иммунитета (АЭИ) было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 100 беременных во II–III триместре гестационного периода. Контрольную группу сформировали из 20 женщин с физиологическим течением беременности.

Концентрацию молекул средней массы (МСМ) в крови определяли экстракционно-спектрофотометрическим способом в модификации Н.И. Габриэлян и соавт (1985) на спектрофотометре «СФ-46» в ультрафиолетовом светепри длинах волн 254 и 280 нм, которые отражают соответственно элиминационную функцию гломерулярного аппарата и детоксицирующие свойства гепатоцитов. Концентрацию эндотоксина (ЭТ) в крови в EU/ мл устанавливали с помощью ЛАЛ-теста (производитель «SIGMA», USA), основанного на способности ЭТ вызывать коагуляцию гемолимфы рачка Limuluspolyphemus.

Гуморальное звено АЭИ оценивалось с применением диагностической тест-системы «СОИС – МФА» (способ оценки иммунного статуса в иммуноферментном анализе), которая определяет уровень IgG-антител (АТ) к Re-гликолипиду (Re-ГЛП) и АТ к липополисахаридам (ЛПС) E. Coli 014 (к общему антигену энтеробактерий). Интегральные показатель гуморального звена АЭИ оценивали по титрам АТ в единицах оптической плотности (ед. опт. пл.). Уровень МСМ в сыворотке крови исследовали для оценки степени интоксикации организма. Выявлено повышение в обеих группах исходной концентрации МСМ. Высокие уровни МСМ указывают на функциональную перегрузку и недостаточность детоксикационных систем печени, что, вероятнее всего, имеет значение для развития патологической эндотоксинемии. У беременных с гестозом лёгкой и средней степени обеих групп ЭТ в системном кровотоке был выше нормы (0–1 EU/мл). То есть концентрация ЭТ в системном кровотоке возрастает при утяжелении гестоза.

Титры АТ к Re-ГЛП и к ЛПС E.coli 014 у беременных с гестозом лёгкой и средней степени были сниженными по сравнению с таковыми в группе контроля, т.е. при гестозе лёгкой и средней степени отмечался абсолютный дефицит (истощение) гуморального звена АЭИ. В группе контроля при исследовании АТ к Re-ГЛП показатели были в пределах нормы. Отсутствие реакции со стороны иммунной системы в ответ на избыток ЛПС свидетельствует о развитии патологической эндотоксинемии и возможной активации Т-супрессорных клеток.

В результате комплексной патогенетической терапии гестоза с использованием энтеросорбента Полисорб МПуровень МСМ (при длине волны 254 нм) в плазме крови беременных основной группы с гестозом лёгкой степени снизился на 6%. При длине волны 280 нм уровень МСМ у беременных с гестозом лёгкой степени снизился на 8%, а при гестозе средней тяжести – на 4,5% ($p<0,05$). При изучении концентрации ЭТ в сыворотке крови исследуемых женщин основной и сравниваемой групп также отмечено ее достоверное снижение. При оценке гуморального иммунитета звена АЭИ установлено, что у беременных основной группы до лечения титры АТ к Re-ГЛП были значительно ниже, чем в группе контроля. Сравнительный анализ уровнейRe-ГЛП-АТ и АТ к E. coli 014 у женщин исследуемых групп показал, что эти показатели в основной группе после энтеросорбции повысились. При изучении содержания в плазме крови антиэндотоксиновых АТ к Re-ГЛП после лечения наблюдалось его значимое увеличение в основной группе, тогда как в группе сравнения увеличение было недостоверным ($p<0,05$). Следовательно, в основной группе отмечено восстановление этого показателя до уровней, близких к контролю, что совпадало с клиническим улучшением.

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод, что одним из основных механизмов развития преэклампсии является эндотоксиновая агрессия. Включение энтеросорбции в комплексную терапию осложненного течения беременности патогенетически обосновано.

V.P. Kuznetsov, S.G. Tsahilova, I.B. Osadcheva, A.S. Zykov

ENTEROSORBENTS IN COMPLEX PATHOGENETIC THERAPY OF PREECLAMPSIA

Moscow, Russia

In pregnant women with preeclampsia, theefficiency of treatment increases if it incorporates the enterosorbent Polysorb MP. The use ofenterosorbents in the treatment of preeclampsiapromotes higher antiendotoxin immunity and prolongs pregnancy by 2–3 weeks.

В.П. Кузнецов, С.Г Цахилова, И.Б. Осадчева, А.С. Зыкова

КОМПЛЕКСНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМСИИ И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Родильный дом №8 г. Москва

Преэклампсия (гестоз) является тяжелым осложнением беременности, существенно повышающим младенческую и материнскую заболеваемость и смертность.

При преэклампсии (гестозе) вследствие декомпенсированной, избыточной выработки провоспалительных цитокинов повреждается эндотелий сосудов, нарушается целостность сосудистой стенки, затем при генерализации циркуляции провоспалительных цитокинов развивается полиорганная недостаточность.

Вода, присутствующая в организме, образует два водных пространства: внутриклеточное (2/3 общей воды) и внеклеточное (1/3 общей воды). Внеклеточное водное пространство включает два сектора: 1) внутрисосудистый водный сектор, т.е. плазму крови, объём которой составляет около 8% общей воды организма; 2) интерстициальный водный сектор, содержащий ¼ всей воды организма (15% массы тела) и являющийся наиболее подвижным, меняющим объем при избытке и недостатке воды в теле. Третьим жидкостным сектором, очень незначительным у здорового человека, является трансцеллюлярной жидкости может существенно возрастать, формируя так называемое « третье пространство». Потери жидкости в третьем пространстве могут достигать значительных масштабов и приводят к тяжёлой гиповолемии при отсутствии очевидных внешних потерь жидкости. При гипергидратации вода по большей части накапливается в интерстициальном водном секторе. Значительная степень гипергидратации проявляется водной интоксикацией. Водная интоксикация может сопровождаться возбуждение нервных центров и появлением мышечных судорог.

Так как ключевую роль в патогенезе преэклампсии играет эндотелиальная дисфункция, при которой жидкость из сосудистого русла переходит в интерстициальное пространство, обусловливая снижение объема циркулирующей крови и гиповолемию, то для устранения этого состояния основным направлением в лечении стала инфузионная терапия.

Для восполнения объёма циркулирующей крови препаратами выбора остаются растворы ГЭК (гидроксиэтилированный крахмал), способствующие улучшению реологических свойств крови, способные связывать и удерживать воду в сосудистом русле, восполнить внутрисосудистый объем, восстановить повреждённый эндотелий путём закрытия пор в стенках капилляров молекулами крахмала. Уникальными являются их способность торможения выработки и снижения выброса провоспалительных цитокинов, ингибирования активации эндотелиоцитов, снижения уровня циркулирующих молекул адгезии, ингибирования выброса фактра Виллебранда из эндотелиоцитов, что доказано экспериментально и клинически.

Цель настоящей работы оптимизировать инфузионную терапию в периоперационном периоде у рожениц с гестозом средней и тяжёлой степени путём сравнительной оценки особенностей сбалансированного раствора ГЭК тетраспана 6 и общеизвестного ГЭК на основании определения уровня цитокинов (про- и противовоспалительных) в сыворотке в динамике на фоне инфузионной терапии.

Для контроля за объёмом проводимой инфузионной терапии и предупреждения гипергидратации мы имперически отслеживали состояния водных секторов неинвазивным биоэлектрическим методом ИДИ (интегральная двухчастотная импедансометрия). Уровень цитокинов – интерлейкинов (ИЛ) – 1, -6, -10 в сыворотке крови определяли с помощью набора реактивов интерлейкин 1, 6, 10 – ИФА Вектор БЕСТ, разработанных в ЗАО «Вектор – Бест» Новосибирск. При мониторинге водных секторов отмечается переход от выраженных нарушений к умеренным, с последующей полной нормализацией значений водного баланса на фоне терапии. Показана постепенная стабилизация состояния водных секторов, переход от выраженных нарушений к более умеренным изменениям жидкостных секторов, что подтверждает необходимость продолжения наблюдения и лечения преэклампсии в позднем послеродовом периоде.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что метод ИДИ является доступным и неинвазивным для оценки состояния водного баланса организма, что обеспечивает контроль объема и количества инфузионной терапии и снижает риск гипергидратации в периоперационном и послеродовых периодах. Активность про- и противовоспалительных цитокинов у родильниц с гестозом зависит от объёма и состава инфузионной терапии. Изучение уровня цитокинов при гестозе целесообразно для определения динамики, состава и продолжительности инфузионной терапии. В группе с применением тераспана 6 отмечается ранее снижение уровня провоспалительных маркёров и восстановление равновесия цитокинового профиля за счёт моделирующего воздействия тетраспана 6 на воспалительный ответ. Это доказывает эффективность тетраспана 6 и позволяет рекомендовать его к использованию в составе инфузионной терапии преэклампсии.

V.P. Kuznetsov, S.G. Tsakhilov, I.B. Osadcheva, A.S. Zykov

INTEGRATED INFUSION THERAPY PREEKLAMSY AND ITS CORRECTION

Moscow, Russia

IDI method is available and non-invasive for the assessment of the water balance of the body, which provides control of volume and number of infusion therapy and reduces the risk of overhydration in the perioperative and post-natal periods. Activity pro- and anti-inflammatory cytokines in postpartum women with preeclampsia depends on the volume and composition of the fluid therapy.

В.П. Кузнецов[1], А.М. Торчинов[1], С.Г. Цахилова[1], О.В. Рогачевский[2], А.Р. Торчинов[1], Д.Х. Сарахова[1]

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТОЗОМ

1 – ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава Российской Федерации
2 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России
Москва, Россия

Послеродовые кровотечения у родильниц с гестозом чаще возникают из-за нарушения гемокоагуляционных свойств крови. Следовательно, целью терапии является коррекция баланса коагулянтной и антикоагулянтной систем на фоне инфузии уротонических препаратов, а также стабилизация фибринолиза и восстановление объема циркулирующей крови (ОЦК) для поддержания перфузии во всех органах.

Цель исследования: оптимизация комплексной терапии раннего послеродового кровотечения у родильниц с гестозом для уменьшения объема кровопотери и реализации органосохраняющей тактики.

Пациенты и методы исследования. Нами, на базе родильного дома №8 ЮВАО г. Москвы, проведено лечение 37 родильниц с гестозом послеродовый период которых осложнился кровотечением. Терапию возникшей кровопотери после родов через естественные родовые пути начинали с наружного массажа матки и параллельного в/в введения уротонических препаратов. При отсутствии эффекта от проводимой терапии выполнялось ручное обследование полости матки для исключения ее разрывов и удаление остатков плацентарной ткани, восстанавливалась целостность мягких тканей родовых путей. При продолжающейся кровопотере достигшей 15% ОЦК начинали трансфузию донорской свежезамороженной плазмы (СЗП) в объеме 15–20 мл/кг массы тела со скоростью 20 мл/мин. Для поддержания ОЦК применялись 6% растворы ГЭК и солевые растворы в соотношении 1:1,5. При отсутствии

эффекта от вышеописанной терапии переводили в операционную для проведения органосохраняющего хирургического компонента лечения массивной кровопотери (компрессионный гемостатический шов и/или перевязка яичниковых и внутренних подвздошных артерий).

Полученные результаты. Как правило, удавалось добиться остановки кровотечения, причем дефицит ОЦК не превышал 23%. Однако в 2-х случаях (5,8%), в связи с неэффективностью консервативной терапии, родильницы были переведены в операционную для выполнения хирургического компонента остановки кровотечения. После наложения гемостатических швов по Cho в одном случае и дополнительной перевязки внутренних подвздошных артерий по стандартной методике в другом, кровотечение было остановлено. Объем кровопотери составил 1750 мл (31,1% ОЦК) и 2720 мл (45,3% ОЦК) соответственно. Соотношение суммарного объема инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) к объему кровопотери было равно 2,5:1. Послеродовый период во всех случаях протекал без осложнений. Темпы инволюции матки существенно не отличались.

Заключение. Таким образом, своевременное начало консервативной терапии и адекватная тактика ИТТ позволяет полностью реализовать органосохраняющую тактику лечения массивных акушерских кровотечений гипотонического и коагулопатического генезов.

Резюме. Нами проведено лечение 37 родильниц с гестозом, послеродовый период которых осложнился массивным кровотечением. Доказано, что раннее добавление свежезамороженной плазмы в комплексную инфузионно-трансфузионную терапию акушерских кровотечений гипотонического и коагулопатического генезов позволяет полностью реализовать органосохраняющую тактику лечения.

V.P. Kuznetsov[1], A.M. Torchinov[1], S.G. Tsahilova[1], O.V. Rogachevsky[2], A.R. Torchinov[1], D.H. Sarahova[1]

COMPLEX THERAPY OF OBSTETRIC HEMORRHAGE IN PUERPERAS WITH GESTOSIS

1 – Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Health of Russia
2 – Federal State Budget Institution "Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after V.I. Kulakov" Ministry of Healthcare of the Russian Federation

We were treated 37 postpartum women with preeclampsia, postpartum period of which was complicated by massive bleeding. It is proved that the early addition of fresh frozen plasma in the complex infusion-transfusion therapy of obstetric hemorrhages of hypotonic and coagulopathic genesis allows to realize organ-preserving treatment strategy.

Т.Е. Кузьмина

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

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

В настоящее время миомэктомия получает все более широкое распространение. Особенно это касается женщин с невыясненными причинами бесплодия, а также с так называемыми «симптомными» миомами.

Целью исследования явился анализ данных литературы, касающихся частоты наступления беременности после консервативной миомэктомии, а также риска разрыва матки по рубцу у данной категории пациенток.

Проанализированы данные более 60 работ, опубликованных в отечественной и зарубежной, посвященных эффективности и безопасности консервативной миомэктомии.

В настоящее время для консервативной миомэктомии продолжают использовать лапаротомию, однако большое количество публикаций посвящено операциям, выполненным лапароскопическим доступом. Процедура лапароскопической миомэктомии включает удаление миомы, восстановление миометрия и удаление миоматозного узла из брюшной полости. Причем последний этап может существенно увеличить длительность операции, если речь идет об относительно больших размерах узла. Контроль кровопотери во время операции сложен, особенно при удалении больших интрамуральных узлов.

Среди преимуществ лапароскопической миомэктомии по сравнению классическим хирургическим вмешательством указываются следующие: меньшие сроки госпитализации, более быстрое восстановление активности пациенток, меньший болевой синдром, более низкая частота кишечной непроходимости и тромбоэмболических осложнений.

По данным разных авторов частота наступления беременности после успешно произведенной операции составляет 48–69%, однако, имеются данные о крайне низкой эффективности данного подхода к лечению пациенток, страдающих бесплодием, в возрасте старше 38 лет.

При удалении более одного миоматозного узла частота наступления беременности составляет в среднем 48,7%.

Тем не менее, преимущественно иностранные авторы не исключают проведение родов через естественные родовые пути при тщательном отборе пациенток и возможности постоянного контроля за состоянием матери и плода в родах.

Однако опасность состоит именно в спонтанных разрывах матки по рубцу после миомэктомии, происходящих в 25–36 недель беременности. Причем имеется сообщение о спонтанном разрыве матки в 34 недели после лапароскопического удаления субсерозного узла миомы на ножке. Авторы указывают, что в связи с локализацией узла, вмешательство ограничилось коагуляцией ножки миомы монополярным электродом и во время операции наложение швов не потребовалось. Таким образом,

исследователи делают вывод о большой площади повреждения соседних тканей при использовании монополярного модулированного тока.

Кроме того, в целом при наличии рубца на матке, вне зависимости от причины его возникновения, перинатальные осложнения наблюдаются в 3 раза чаще, чем в популяции. В масштабном исследовании N. Cutura et al. [2009г], включившем 59660 родов, установлено, что разрыв матки произошел в 37 наблюдениях. Причинами разрыва матки были предшествующее кесарево сечение и миомэктомии в соотношении 33:4. Авторы подчеркивают, что в данном исследовании частота разрыва матки составила 1:1612 родов, тогда как разрывы интактной матки происходят в среднем с частотой 1:17269.

Таким образом, данные литературы показывают, что абсолютной уверенности в состоятельности рубца на матке быть не может, так как имеют место индивидуальные особенности заживления. Вне зависимости от метода вхождения в брюшную полость – лапароскопия или лапаротомия – крайне важно послойное надежное ушивание ложа удаленного узла миомы. Применение электрокоагуляционного гемостаза у пациенток репродуктивного возраста представляет серьезную опасность спонтанного разрыва матки при последующей беременности.

Частота наступления беременности после успешно произведенной «консервативной» миомэктомии составляет 48–69%. Лапароскопическая миомэктомия с использованием электрокоагуляционного гемостаза в дальнейшем представляет высокий риск спонтанного разрыва матки после 25 недель беременности.

T.E. Kuzmina

THE RATE OF PREGNANCY AND UTERINE RUPTURE RISK AFTER CONCERVATIVE MYOMECTOMY

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

The rate of pregnancy after «conservative» myomectomy is 48–69%. In fertile patients should not be used electrocoagulating hemostasis during laparoscopic myomectomy because of high risk of spontaneous uterine rupture after 25 weeks of pregnancy.

Л.В. Кулида, Л.П. Перетятко

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РЕТАРДАНТНОМ ТИПЕ ДИСХРОНИЙ РАЗВИТИЯ ТИМУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

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

Одной из основных причин высоких показателей перинатальной заболеваемости и смертности детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении является инфекционная патология. Пролонгированное действие инфекционного агента в условиях хронической плацентарной недостаточности сопровождается истощением компенсаторных возможностей тимуса и нарушениями клеточно-тканевой дифференцировки органа с формированием дисхроний развития, составляющих структурную основу иммунодефицитных состояний. С целью разработки диагностических (морфологических) критериев хронической плацентарной недостаточности при иммунодефицитных состояниях у детей с массой тела от 500 до 999 г при рождении проведен анализ патоморфологических изменений в плацентах у данной категории детей.

Исследуемую группу составили последы 65 новорожденных с ретардантным типом дисхроний развития тимуса. В группу сравнения объединены 30 плацент, полученных при остром нарушении маточно-плацентарного кровообращения и самопроизвольном прерывании беременности в 22–27 недель. При патоморфологическом исследовании плацент использовались обзорная гистология, элективные методы окраски (по Ван Гизону, толуидиновым синим, PAS-реакция), морфометрия и трансмиссионная электронная микроскопия.

У новорожденных с ретардантным типом развития тимуса преобладали плаценты округлой и овальной форм, окруженные в 18% валиком и в 8% случаев ободком. Доминировало центральное (17%) и эксцентричное прикрепление пупочного канатика (26%). По ходу пуповины определялись ложные узлы (18%) и гипоплазия вартонова студня в зоне прикрепления пупочного канатика (21%). Средние показатели массы плацент составили 181,3±5,2 г, объема – 65,4±4,8 см^3 и площади материнской поверхности – 151,6±5,1 см^2, что достоверно ниже аналогичных параметров в группе сравнения. Гипоплазия плацент I степени диагностирована в семнадцати случаях, второй – в девяти.

Из общепатологических процессов в плацентах превалировало воспаление в виде базального децидуита и пролиферативного виллузита промежуточных и стволовых ворсин смешанной вирусно-бактериальной (51,7%), уреаплазменной (22,4%), герпетической (17,3%) и микоплазменной (8,6%) этиологии. Как результат пролиферативного виллузита следует рассматривать выявленную вторичную гиповаскуляризацию промежуточных ветвей с началом формирования поствоспалительного склероза стромы, что подтверждается снижением удельного объема сосудов ворсин (5,36±0,51%, $p<0,05$) и увеличением доли стромального компартмента в них (29,28±0,61%, $p<0,001$). Из хронических нарушений материнского и плодового кро-

вообращения диагностированы очаговый тромбоз межворсинчатого пространства, хронические геморрагические и ишемические инфаркты. Структура ворсинчатого хориона плацент исследуемой группы соответствовала сроку гестации, и лишь в 7 случаях диагностированы диссоциированное нарушение созревания ворсин и в 5 – вариант промежуточных незрелых ворсин.

На ультраструктурном уровне гиперплазия микровиллей синцитиотрофобласта (СТБ) ворсин чередовалась с участками их деструкции. В дистальном конце ряда микровиллей определялись булавовидные расширения, содержащие оптически пустые пузырьки. Базальная мембрана синцитиотрофобласта образовывала единичные выросты, складки и инвагинаты, которые не только увеличивали площадь обменной поверхности, но и контактировали с основным веществом соединительной ткани. Резкий отек и коллагенизация основного вещества соединительной ткани свидетельствовали о несостоятельности синцитиотрофобластической компенсации. В органеллах цитотрофобласта также преобладали деструктивные изменения в виде дегрануляции цистерн эндоплазматического ретикулума, вакуолизации и деструкции крист митохондрий. Из компенсаторных реакций, выявленных лишь в 1/3 плацент, обнаружено преждевременное развитие терминальных ворсин и адаптационное полнокровие капилляров. На ультраструктурном уровне определяется очаговая компенсаторная гиперплазия микровиллей синцитиотрофобласта с увеличением количества митохондрий, вакуолей с хлопьевидным содержимым и цистерн гранулярного эндоплазматического ретикулума. Одной из ведущих причин недоразвития процессов адаптации и компенсации в плацентах данной группы является пролиферативный виллузит промежуточных и стволовых ветвей с последующей гиповаскуляризацией их стромы.

Таким образом, снижение органометрических параметров плаценты, сочетание поствоспалительной гиповаскуляризации ворсин с хроническими нарушениями материнского и плодового кровотока, дистрофически-некротическими изменениями эпителия ворсин на фоне частичной компенсации нарушений метаболической и барьерной функций плаценты являются диагностическими (морфологическими) критериями хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности у новорожденных с ретардантным типом дисхроний развития тимуса.

Резюме. Изучены патоморфологические особенности плацент при ретардантном типе дисхроний развития тимуса у 65 новорожденных с ЭНМТ. Показано, что гипоплазия плацент, сочетание воспаления с хроническими расстройствами материнского и плодового кровообращения на фоне несостоятельности процессов компенсации являются структурной основой хронической субкомпенсированной плацентарной недостаточности при иммунодефицитных состояниях у детей с массой тела от 500 до 999 г при рождении.

L.V. Kulida, L.P. Peretyatko

DIAGNOSTIC CRITERIA OF CHRONIC PLACENTAL INSUFFICIENCY RETARDANT TYPE IN DEVELOPMENT DISKHRONY THYMUS IN INFANTS WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGH

Ivanovo, Russia

The pathomorphologic condition of placentas at retardation type dyschronia development of the thymus in 65 newborns with extremely low birth weight. It is shown that hypoplasia placentas, combination with chronic inflammatory disorders of maternal and fetal circulation on the background of insolvency compensation processes, are the structural basis of chronic placental insufficiency in immunodeficiency states of children with a body weight of 500 to 999 g.

Н.М. Магзумова, Д.Р. Садыкова, С.Б. Рузимова

ВЛИЯНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Неразвивающаяся беременность (НБ) составляет от 3 до 20% всех спонтанных абортов. Причины НБ разнообразны и частота невыясненных причин остается высокой (25–57%). Перенесенная НБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин, так как у 27,4% впоследствии отмечается привычное невынашивание беременности.

Целью исследования явилось оценить репродуктивное здоровье и анализ течения беременности у женщин с НБ в анамнезе.

Под наблюдением находились 47 женщин в возрасте от 19 до 41 лет, которые были разделены на 2 группы: 1 группа – 32 беременные с НБ в анамнезе; 2 группа – 15 небеременных женщин с НБ в анамнезе. Проводился сбор анамнеза, гинекологический осмотр, выявление бактериальной и вирусной инфекции по содержанию IgG в крови ИФА, УЗИ органов малого таза (1 группа) и плода (2 группа), анализ выделений из 3-х точек.

Результаты обследования. Из анамнеза ОРВИ перенесли 22 (68,8%) и 9 (80%) женщин, соответственно группам; гепатит А в детстве в 1 группе – у 14 (43,8%) и во 2–4 (26,7%); корь – у 11 (34%) и 6 (40%); ветряная оспа была у 3 (9,3%) и у 5 (33,3%); хронический тонзиллит, соответственно у 9 (28%) и 2 (13,3%); хронический пиелонефрит – у 4 (12,5%) и 1 (6,7%); паротит – у 5 (15,6%) женщин только 1 группы. В 1 группе диагностировали анемию 1 степени у 17 (53%), 2 степени – у 1 (6,7%) и, соответственно, во 2 группе – у 7 (46,6%), у 2 (13,3%) и 3 степени только у 2 (13,3%) жен-

щин 2 группы; сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – у 7 (22%) и у 1 (6,7%); аппендэктомия – у 5 (16%), и 1 (6,7%); диффузный зоб 1 степени в 1 группе – у 5 (15%), 2 степени – у 3 (9%) и во 2 группе соответственно – у 6 (40%) и у 3 (20%). Возраст менархе в среднем составил 13,6 лет, половая жизнь – с 20,8 лет. Нарушение менструальной функции наблюдалось у 4 (12,5%) в 1 группе и у 2 (13,3%) во 2 группе в виде альгодисменореи. Следовало бы отметить, что практически каждая десятая женщина обеих групп состояла в родственном браке (в 9,4 и 13,3% случаев, соответственно по группам). При исследовании на инфекцию в сыворотке крови женщин выявлено, что в 1 группе в анамнезе и затем при беременности ЦМВ диагностирована соответственно у 2 (6,25%) и 1 (3%); ВПГ соответственно – у 5 (15,6%), 4 (12,5%) и во 2 группе – у 1 (6,7%); не обследованы в 1 группе у 7 (22%) женщин, а в 2 группе – у 2 (13,3%) женщин инфекция не обнаружена; ассоциация ВПГ+ ЦМВ в 1 группе у 10 (31%) женщин. Однако микст-инфекция в разных сочетаниях наблюдалась у каждой третьей (30%) в 1 группе и каждой второй (53%) женщины во 2 группе. При исследовании содержимого цервикального канала наибольший процент высеялись грибы рода Candida в группе беременных – у 12 (37,5%), во 2 группе у 1 (6,7%) женщины; также встречались клебсиелла, стафилококки, стрептококки. НБ наблюдалась при 1-й беременности у 18 (56%) в 1 группе и 6 (40%) во 2 группе; после самопроизвольных абортов – 4 (12,5%) в 1 группе и 6 (40%) во 2 группе; 6 (18,8%) в 1 группе и 5 (33%) в 2 группе – после родов. НБ 2 раза подряд наблюдалась в 4 (12,5%) случаев в 1 группе и 2 (13%) во 2 группе; 3 раза подряд – в 2 (6,3%) в 1 группе и в 2 (13%) – во 2 группе; 4 раза подряд встречалась только во 2 группе – 1 (6,7%) случаев. В 1 группе НБ повторялась при интергенетическом интервале до 4 месяцев в 7 (22%) случаев. Осложнения данной беременности наблюдались у беременных 1 группы: начавшийся самопроизвольный выкидыш – у 9 (28,1%), угрожаюший аборт – у 8 (25%); рвота беременных – у 8 (25%); угрожаюшие преждевременные роды – у 10 (31%); ФПН – у 6 (18,8%), хроническая ВМИ – у 12 (37.5%); многоводие – у 5 (15,6%); маловодие – у 1 (3,1%); гипертензивные нарушения во время беременности – у 4 (12,5%); ОРВИ – у 7 (21,9%); обострение экстрагенитальной патологии – у 3 (9,4%); ССЗ – у 4 (12,5%); инфекция мочевого тракта – у 11 (34,4%); варикозная болезнь – у 3 (9,4%); хронический ДВС – у 2 (6,25%) женщин. Таким образом, выявлено, что исходы прежних беременностей, особенно НБ, осложнения предыдущих беременностей и родов занимают важное место в развитии фактора риска следующей НБ. Особую значимость в формировании факторов риска НБ играют гинекологические заболевания. На развитие НБ влияют наличие хронической соматической патологии и сочетание нескольких нозологий, таких как хронический тонзиллит, хронический гепатит, анемия, пиелонефрит, ССЗ и др. На развитие НБ имело влияние нарушение репродуктивной функции, нарушение менструальной функции, наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, НБ, преждевременных родов. Немаловажное значение имело наличие у женщин с НБ ассоциации бактериальных и вирусных инфекций, ВЗОМТ. Вместе с тем, сама НБ также может инициировать гинекологическую и сопровождать соматическую патологии, а также осложнять течение гестации последующих беременностей.

Резюме. Перенесенная НБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин. Особую значимость в формировании факторов риска НБ играют гинекологические заболевания, нарушение репродуктивной функции, наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, НБ, преждевременных родов. Вместе с тем, сама НБ также может инициировать гинекологическую и сопровождать соматическую патологии, а такжеосложнять течение гестации последующих беременностей.

N.M. Magzumova, D.R. Sadikova, S.B. Ruzimova

EFFECT OF MISSED ABORTION ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Transferred missed abortion is negativly effects on women's reproductive function. Gynecological diseases, reproductive disorders, existence of spontaneous abortion, missed abortion, premature labors and antenatal fetal death in history have a great value in formation of risk factors in missed abortions. At the same time, missed abortion can initiate gynecologic and accompany somatic diseases, and complicate gestational current of other pregnancies.

З.С. Мурадова, Э.М. Алиева

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Акушерства и гинекологии №1

Одной из актуальных проблем современного акушерства является высокая частота преждевременных родов, что существенно влияет на показатели перинатальной заболеваемости и смертности.

По рекомендации ВОЗ преждевременные роды следует считать с 22 недель гестации. При этом различают: очень ранние преждевременные роды (22–27 недель), ранние преждевременные роды (28–33 недель) и собственно преждевременные роды (34–37 недель).

Исходя из актуальности проблемы, определена цель настоящего исследования: изучить особенности течения беременности, исход преждевременных родов для плода и новорожденного, начиная с 22 недели у беременных, получивших патогенетическую терапию угрозы преждевременных родов в различные сроки гестации.

Исходя из цели исследования, обследовано 142 беременные с угрозой преждевременных родов, начиная с 22 недели беременности. Проведен анализ 150 преждевременных родов (ретроспективный материал). Патогенетическая терапия включала инфузионную, антикоагулянтную, при необходимости, антибактериальную и спазмолитическую терапию. С началом родовой деятельности учитывались рекомендации клинического протокола ведения преждевременных родов. Проводилась также профилактика синдрома дыхательных расстройств назначением бетаметазона (12мг х 2 дозы через 24 часа, внутримышечно).

В результате проведенного исследования было установлено, что факторами риска угрозы преждевременных родов с 22 недели беременности являются повторнородящие, наличие воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы,

дисгормональные нарушения, бесплодие, наличие угрозы выкидыша в ранние сроки гестации, ранний токсикоз, острая респираторная вирусная инфекция в динамике беременности, клинические проявления угрозы прерывания беременности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

По данным ретроспективного исследования установлено, что перинатальная смертность при очень ранних преждевременных родах составила 1000‰, при ранних преждевременных родах – 431,8‰, при собственных преждевременных родах – 115‰.

Проведение комплексной патогенетической терапии угрозы преждевременных родов позволило снизить показатели перинатальной смертности в 22–28 недель – с 1000‰ до 227,2‰, в 29–33 недели – с 431,8‰ до 27,8‰. В 34–36 недели беременности перинатальная смертность не наблюдалась.

Изучение структуры перинатальной заболеваемости с 22 недель гестации беременности позволило установить, что при очень ранних преждевременных родах у новорожденных неонатальный период осложнился кровоизлияниями структуры головного мозга (34,8%), внутриутробным инфицированием, наличием хронической внутриутробной гипоксии плода (17,4%), нарушением мозгового кровообращения (НМК) гипоксического генеза (17,1%), пневмопатией (15,4%).

При ранних преждевременных родах хроническая гипоксия плода определялась у 25,2%, НМК гипоксического генеза – у 17,1%, пневмопатии – у 15,4%.

При собственных преждевременных родах частота хронической гипоксии плода составила 25,2%, НМК – 32,5% и пневмопатии – 14,8%.

Морфологическое исследование плацент полученных от рожениц, имеющих клинические проявления угрозы преждевременных родов в различные сроки гестации выявило при очень ранних преждевременных родах (22–28 недель) преобладание дистрофических процессов над пролиферативными, проявляющиеся фибриноидным изменением цитотрофобласта, отложением фибрина, дистрофические изменения ворсин хориона, уменьшение общего количества фиброцитов, наличие очагов некроза.

При собственно ранних преждевременных родах (34–36 недель) в плацентах отмечались преимущественно пролиферативные процессы: отмечалось наличие ядер синциотрофобласта и цитотрофобласта, резкое увеличение фибробластов, существенное увеличение коллагеновых волокон.

Таким образом, своевременная комплексная патогенетическая терапия угрозы преждевременных родов позволяет пролангировать беременность, что отражается на состояние плода и новорожденного, и существенно снижает показатели перинатальной смертности.

Z.S. Muradova, E.M. Alieva

INFLUENCE OF COMPLEX PATHOGENETIC TREATMENT OF PRETERM LABOR IN BIRTH OUTCOMES FOR NEWBORN

Azerbaijan Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology

Timely complex pathogenetic therapy of preterm labor allows prolangirovat pregnancy that affects the status of the fetus and newborn, and significantly reduces perinatal mortality rates.

Е.В. Никитина[1], Л.Н. Васильева[1], Н.Н. Рубахова[1], Н.М. Шулейко[2]

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

1 – Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
2 – 6-я городская клиническая больница г. Минска, Беларусь

Вирусный гепатит С являются потенциально опасными для течения беременности по вероятности возникновения различных осложнений для матери и плода. Акушерская патология наиболее часто проявляется в виде гестозов, спонтанных выкидышей, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов, фетоплацентарной недостаточности, преждевременной отслойки плаценты, гипоксии и гипотрофии новорожденных, мертворождением.

Целью нашего исследования явилось определить характер и частоту акушерских осложнений течения и исходов беременности и родов у больных с вирусными гепатитом С, оценить состояние здоровья детей, рожденных от матерей, инфицированных вирусных гепатитом С.

Исследования выполнены на базе кафедры акушерства и гинекологии 6 клинической больницы г. Минска. Нами проведено обследование 80 беременных: с хроническим гепатитом С и с отсутствием инфекции и физиологически протекающей беременностью (80).

Диагноз вирусного гепатита устанавливался по совокупности клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. У всех больных диагноз острого вирусного гепатита подтвержден обнаружением в сыворотке крови основных специфических маркеров вирусных гепатитов и антител к ним, с использованием иммуноферментного анализа и методики полимеразной цепной реакции.

Средний возраст обследованных женщин колебался от 18 до 42 лет и составил в среднем 20,1±5,4 лет, статистически значимо не различаясь между группами исследования. Анализ данных общего и акушерского анамнеза пациенток показывает, что по среднему числу предыдущих беременностей на одну пациентку, а также доле родов и медицинских абортов в структуре их исходов, группа исследования достоверно не отличалась от контроля. Обращает на себя внимании тот факт, что в анамнезе у женщин с хроническим гепатитом С достоверно чаще встречалось самопроизвольное прерывание беременности на различных сроках, уровень которого в данных группах составил 4,9%.

При этом у беременных женщин с вирусными гепатитом С ведущее значение среди экстрагенитальной патологии имеют заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобиллиарной системы, которые выявляются значительно чаще, чем у беременных в группе контроля. Наиболее часто у обследованных женщин среди гинекологической патологии встречались эрозия шейки матки, кольпит.

У обследованных нами беременных женщин хронический гепатит С протекал практически бессимптомно. Иногда отмечались немотивированная слабость и снижение аппетита. У больных этой группы в нашем исследовании было отмечено умеренное отклонение средних значений лабораторных показателей от нормы. Билирубинемия была умеренной, составив в среднем 22,5 ±4,3 мкмоль/л. Показатели активности сывороточной АлАТ составляли в среднем 55,12±0,31. Показатели протеинограммы

у большинства пациенток в этой группе были в норме, у нескольких женщин была выявлена незначительная гипопротеинемия и гипоальбуминемия.

У женщин с гепатитом С угроза прерывания беременности выявлялась в 4 раза чаще (у 12% беременных), а гипоксия плода и анемия в 3 раза чаще (у 9% беременных соответственно), чем у здоровых беременных. У беременных женщин с гепатитом С самопроизвольное прерывание беременности встречалось в 5,9% случаев, а в группе конроля составила 2%. В исследовании клинического течения родового акта у беременных женщин с гепатитом С мы определили основные виды осложнений течения родов – это преждевременное излитие околоплодных вод; слабость родовой деятельности; патология отделения и выделения плаценты; патологические кровотечения. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности и потуг отмечена у 8 (10,0%) женщин с гепатитом С и у 2 в контрольной группе. У 1 женщины с гепатитом С в родах произошла частичная отслойка низко расположенной плаценты, у 2 рожениц имело место плотное прикрепление плаценты. Патология прикрепления и отделения плаценты, осложнившаяся кровотечением, была выявлена у 4(5%) гепатитом С, в то время как в контрольной группе у 1 пациентки встретилось данное осложнение.

В наших наблюдениях от исследуемых женщин родилось 160 ребенка. Большинство детей (75,8%) в нашем исследовании родились в срок 38–42 недели. Уровень недоношенности среди детей от матерей с вирусным гепатитом С был выше, чем среди детей в контрольной группе. Анализ состояния здоровья новорожденных от матерей с гепатитом С показал более высокую частоту рождения детей в состоянии асфиксии и гипотрофии, чем в группе контроля. По-видимому, на плод при наличии у матери гепатита С действует комплексе различных факторов – осложнения беременности и родов, фетоплацентарная недостаточность, снижение антитоксической функции печени, что и определяет более высокий процент осложнений течения беременности и родов для новорожденных.

Кроме того, наше исследование показало, что у детей, рожденных от матерей, больных гепатитом С, достоверно более низкие значения массо-ростовых показателей и средние баллы по шкале Апгар, и более высокая перинатальная заболеваемость.

Так, средняя масса новорожденных в группе матерей с вирусным гепатитом С составила 2768,8±638,5 грамма, это значение достоверно ниже соответствующих показателей в группе контроля, где средний вес новорожденных составил 3622,3±526,8 грамма, а перинатальная заболеваемость у них наблюдалась в 4,5 раза чаще, чем у детей здоровых женщин. При этом хроническая гипоксия развивалась в 5 раз, а гипотрофия 2 раза чаще, чем в группе контроля.

У детей матерей с вирусным гепатитом С нами были выявлены такие заболевания как асфиксия, внутриутробный конъюнктивит, внутриутробная пневмония, токсическая эритема и увеличение печени, не встречавшиеся среди детей здоровых женщин.

У беременных с вирусным гепатитом С наблюдаются осложнения течения беременности, родов и послеродового периода – угроза прерывания беременности, анемия, ранние и поздние гестозы, преждевременное излитием околоплодных вод, слабость родовой деятельности, патологические кровотечениями. Отмечено преобладание в данной группе детей недоношенных, с более низкими средними оценками по шкале Апгар и антропометрическими характеристиками в сравнении с детьми от здоровых женщин.

Все это дает основание считать женщин с гепатитом С группой особого риска по вероятности возникновения осложнений течения и исходов беременности и родов как для матери, так и для ребенка. Поэтому, у данной категории беременных женщин необходимо проводить своевременное прогнозирование возможных осложне-

ний течения беременности и родов, с целью их предупреждения. Прогнозирование в свою очередь должно основываться на определении тяжести течения вирусного гепатита С, на данных анамнеза, на лабораторных, вирусологических и пренатальных методах диагностики.

E.V. Nikitina, L.N. Vasileva, N.N. Rubahova, N.M. Shulejjko

THE COURSE AND OUTCOMES PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH VIRAL HEPATITIS C

Minsk, Belarus

The aim of our study was to determine the nature and frequency of obstetric complications course and outcomes of pregnancy and labor in patients with viral hepatitis C, depending on the form and severity of the disease, assess the state of health of children born to mothers infected with viral hepatitis C.

М.Г. Николаева[1], Г.В. Сердюк [2]

РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ АССОЦИАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С НОСИТЕЛЬСТВОМ ВРОЖДЕННЫХ ФАКТОРОВ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА

1 – ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, Барнаул, Россия
2 – Алтайский филиал ФГБУ ГНЦ Минздрава РФ, Барнаул, Россия

Введение. Наиболее частым осложнением гестации у пациенток с заболеваниями ССС является преэклампсия – одна из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. По данным последних лет, генетическая компонента, влияющая на развитие преэклампсии, может составлять до 50% всех факторов риска. Например, наследственные дефекты генов гемостаза и обмена фолатов, могут приводить к различным плацентарным сосудистым осложнениям, следствием которых может быть преэклампсия. В доступной нам литературе мы не встретили сообщений о риске развития данного осложнения беременности при ассоциации заболеваний ССС с носительством тромбогенных факторов риска, что и послужило целью проводимого исследования.

Цель – определение риска развития преэклампсии при ассоциации заболеваний ССС с носительством факторов тромбогенного риска.

Материалы исследования: проведен ретроспективный клинико-анамнестический анализ течения беременности и родов 583 женщин в возрасте от 21 до 41 лет (средний возраст 29,2±4,7), имеющих патологию ССС, в том числе: 22 (3,8%) – гипертоническая болезнь I степени, 146 (23,2%) – нейроциркуляторная дистония (НЦД) по

кардиальному типу, 243 (30,4%) – НСД по гипотоническому типу и 172 (22,8%) – НСД по гипертоническому типу. Выборка не была сплошной. Пациентки наблюдались в Городском центре планирования семьи и репродукции на специализированном приеме по невынашиванию беременности. Основную группу составили 153 (26,2%) пациентки, течение беременности которых осложнилось развитием преэклампсии легкой и средней степени, в группу сравнения вошли 430 (73,8%) женщин с патологией ССС, без данного осложнения гестации. Всем пациенткам проводилось тестирование на носительство тромбогенных полиморфизмов генов гемостаза и обмена фолатов: мутации фактор V Лейден (FV) [Arg506Gln], мутации протромбина (FII) [20210 G/A], полиморфизма генов, кодирующих метилен-тетрагидрофолатредуктазу – MTHFR [Ala222Val] и ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI- I) [-675 5G/4G]. Исследование проводилось лабораторией «ДНК-диагностика». Статистическую обработку результатов проводили методом вариационной статистики с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Критическое значение уровня статистической значимости, при проверке нулевых гипотез, принималось равным 0,05. Эффект воздействия каждого конкретного фактора оценивался по величине отношения шансов (ОШ). Для демонстрации силы связи вычисляли 95% доверительный интервал (ДИ) для ОШ.

Результаты исследования: результаты тестирования показали: генетические тромбогенные дефекты в основной группе определены достоверно чаще: 137 (89,5%) и 285 (66,3%) соответственно ($p<0,001$; ОШ 4,4; 95% ДИ 2,5–7,6). Встречаемость в группах единичной аномалии генов не имела различий, составляя 58 (37,9%) и 151 (35,1%) случай соответственно ($p>0,05$). Уровень встречаемости отдельных одиночных дефектов аллелей генов также сопоставим в обеих группах, составляя FV 0,7/0,9%; FII 0/0; MTHFR 12,4/16,3%; PAI-I 29,4/28,4%. Расчеты показали, что ассоциация патологии ССС с носительством одиночного тромбогенного полиморфизма не увеличивала шанс развития преэклампсии ($p=0,54$; ОШ 1,1; 95% ДИ 0,8–1,7). Мультигенные формы тромбофилии выявлены у женщин основной группы в 1,7 раза чаще, чем в контрольной: 79 (51,6%) против 134 (31,2%) ($p<0,001$), увеличивая шанс развития преэклампсии в 2,4 раза ($p<0,001$; ОШ 2,4; 95% ДИ 1,6–3,4). При более детальном анализе определено, что у пациенток основной группы комбинация 2-х генных дефектов выявлена в 72 (47,1%), а взаимодействие 3-х аномальных генов в 7 (4,6%) наблюдениях. В группе контроля двойное ген-генное взаимодействие представлено 128 (29,8%) случаями, тройное – 5 (1,2%).

Выводы: у женщин, с заболеваниями ССС, при носительстве мультигенных форм тромбогенных дефектов, шанс развития преэклампсии увеличивается в 2,4 раза, что определяет важность выявление аллельных вариантов генов гемостаза при патологии сердечно-сосудистой системы.

Резюме. Ретроспективный анализ течения беременности 583 женщин с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) показал, что шанс развития преэклампсии при ассоциации заболеваний ССС с носительством мультигенных форм тромбогенных дефектов увеличивается в 2,4 раза ($p<0,001$; ОШ 2,4; 95% ДИ 1,6–3,4).

M.G. Nikolaev, G.V. Serdyuk

RISK OF PRE-ECLAMPSIA AT THE ASSOCIATION CARDIOVASCULAR DISEASE WITH CARRIAGE OF CONGENITAL THROMBOGENIC FACTORS

Barnaul, Russia

Summary. A retrospective analysis of 583 women during pregnancy with the pathology of the cardiovascular system (CVS) showed that the chance of developing pre-eclampsia in association with carriage of CVD multigenic thrombogenic defects is increased by 2.4 times ($p<0.001$, OR=2.4, 95% CI 1.6–3.4).

Е.Г. Пицхелаури, Н.А. Богачева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВРТ ПРИ НАРУШЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
Москва, Россия

В последнее время все больше научных работ посвящено изучению роли тромбофилии и нарушений в системе гемостаза в патогенезе потери беременности. Известно, что у 30–35% женщин беременность прерывается в первом триместре в результате нарушений в системе гемостаза. Широкое использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при лечении бесплодия является дополнительным фактором риска возникновения осложнений тромбофилии, так как сопряжено с длительной гормональной подготовкой пациенток, что ведет не только к прямой активации системы гемостаза, но и к вторичной гиперкоагуляции, хроническому ДВС-синдрому, провоспалительному статусу. Прогнозирование возможных осложнений беременности, наступившей в результате ВРТ, с учетом изменений показателей системы гемостаза является важной задачей в современном акушерстве, что сформировало цель нашего исследования.

Цель исследования – выявить особенности течения беременности после ВРТ при нарушениях системы гемостаза.

Пациенты и методы. Обследовано 83 пациентки, вступающие в программу ВРТ. Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от выявленных нарушений системы гемостаза (наличия генетической тромбофилии, генетически недетерминированной гиперкоагуляции и без нарушений системы гемостаза). Все пациентки участвовали в программе ВРТ в связи с абсолютными показаниями. Проведены исследования на определение маркеров генетической тромбофилии, показателей гемостазиограммы, эхография и доппелометрия в первом триместре беременности, а также динамическое наблюдение за течением беременности и родоразрешение.

Результаты. Нами было выявлено, что у всех женщин с тромбофилией и хронической формой ДВС-синдрома течение беременности в первом триместре в 100% осложнилось угрозой прерывания. При этом, беременность в первом триместре (до 12 недель) в первой группе прервалась у 15,6%, у 10,9% во второй и у 6,3% в третьей группах. Необходимо отметить, что процент неразвивающихся беременностей в группах с тромбофилией и гиперкоагуляцией составил 70% и 68% соответственно. По мере прогрессирования беременности, отмечен достоверный более высокий процент развития ФПН и гестоза у пациенток с тромбофилией и хронической формой ДВС-синдрома. У 66,7% основной группы, 46,7% группы сравнения и 33,3% контрольной группы развилась плацентарная недостаточность (ПН). Из них компенсированная форма ПН выявлена у 62,5%, 57,1% и 50% соответственно, в остальных наблюдениях отмечалась субкомпенсированная форма. На фоне проводимой патогенетической терапии декомпенсированной формы ПН не наблюдалось. Развитие гестоза в третьем триместре беременности отмечено у 41,7% пациенток основной группы, у 40,0% группы сравнения и у 25% контрольной группы.

Учитывая особенности анамнеза, а также наличие осложнений во время беременности, 37 (86%) из 43-х пациенток родоразрешены путем операции кесарево сечение. Показаниями к операции были наличие рубца на матке после операции кесарево сечение и невозможность исключить его несостоятельность в родах, гестоз тяжелой степени и отсутствие эффекта от проводимой терапии, миопия высокой степени, сужение размеров таза и крупные размеры плода, однако в большинстве наблюдений показанием к операции кесарево сечение послужили длительное бесплодие и возраст первородящих более 30 лет. Преждевременные роды произошли у 34,9% пациенток: 20,9% в основной группе, 9,3% – в группе сравнения и 4,7% – в контрольной группе; данное осложнение выявили у женщин с тяжелой формой гестоза и ФПН, преждевременным излитием вод. Все операции протекали без технических трудностей, кровопотеря во время операции в среднем составила 576,89±53,3 мл. Через естественные родовые пути были родоразрешены шесть беременных контрольной группы, учитывая наличие родов в анамнезе, отсутствие отягощенного соматического анамнеза и нормально протекавшую беременность. Все роды протекали без осложнений, кровопотеря во время родов в среднем составила 154,4±32,6 мл. Ранний и поздний послеродовый периоды также протекали без осложнений. Отсутствие геморрагических осложнений во время родоразрешения с большей вероятностью связано со своевременной коррекцией нарушений системы гемостаза.

Таким образом, нарушения в системе гемостаза по типу генетической тромбофилии и генетически недетерминированной гиперкоагуляции к большему количеству осложнений беременности после ВРТ, таких как угроза прерывания беременности, ФПН и гестоз. Своевременная коррекция данных нарушений способствует снижению риска развития осложнений беременности после ВРТ и успешному родоразрешению.

E.G. Pitshelauri, N.A. Bogacheva

SPECIFICITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY AFTER ART IN IMPAIRMENTS OF HAEMOSTASIS

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

As has been found, the impairments of haemostasis from the early terms of gestation such as the genetic thrombophilias and genetically undetermined hypercoagulation lead to more complications of pregnancy after ART, namely miscarriage, gestosis and FPI. The early correction of such impairments allows to reduce the rate of complications of pregnancy after ART and leads to success of delivery.

И.В. Подгорный, Ю.А. Петров

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Ростов-на Дону, Россия

Распространенность артериальной гипертензии среди беременных в различных регионах России достигает 30%, не имеет тенденции к снижению и сопровождается развитием ряда серьезных осложнений беременности. Это вторая (после эмболии) причина материнской смертности. По данным ВОЗ, материнская смертность при артериальной гипертензии достигает 40%. Показатели перинатальной смертности и частота преждевременных родов у беременных с артериальной гипертензией значительно превышает соответствующие у здоровых беременных. Развивающаяся при артериальной гипертензии ангиопатия маточных сосудов нарушает развитие маточно-плацентарного кровообращения, способствует развитию фетоплацентарной недостаточности, формированию синдрома задержки развития плода. Это обуславливает высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Таким образом, в условиях «депопуляции» населения эта проблема приобрела не только медицинское, но и важное социальное значение.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения родов у женщин с артериальной гипертензией. Был проведен анализ историй родов у 54 женщин, среди них 1 группа контрольная – 25 женщин без сердечной патологии, 2 группа – 29 рожениц с артериальной гипертензией. Женщины обеих групп были сопоставимы по возрасту, паритету. Срочные роды в 1 группе составили 96%, во 2 группе – 91%, остальные пришлись на долю преждевременных родов. Частота оперативного родоразрешения у женщин с артериальной гипертензией составила 31,5%, против 8% в группе контроля. Показаниями к оперативному родоразрешению во 2 группе чаще всего являлись: гестоз и острая внутриутробная гипоксия плода, а в 1 группе – аномалии родовой деятельности. Частота осложнений родов в 1 группе

были выше: травмы мягких тканей родовых путей (31% против 19,8% во 2 группе), преждевременное излитие околоплодных вод (40% против 31%) и, как следствие, аномалии родовой деятельности (15% против 3,4%). Более благоприятное течение родов у женщин второй группы, возможно, объясняется тем, что осуществлялась дородовая госпитализация этих женщин (68,9% против 12% в 1 группе), своевременно проведенной адекватной подготовкой к родам. Объем кровопотери при родах через естественные родовые пути и при оперативном родоразрешении у женщин с артериальной гипертензией был выше, чем у здоровых (298 мл против 247 мл и соответственно 679 мл против 545 мл). Вес и рост новорожденных во 2 группе был незначительно, но все же ниже чем у новорожденных 1 группы (3476 гр. и 52 см в 1 группе против 3157 и 50,6 см во 2 группе). Аналогичная ситуация и с оценкой новорожденных по шкале Апгар: на 1-й минуте 7,5 в 1 группе и 7,2 во 2 группе и 8,5 в 1 группе и 8 во 2 группе на 5 минуте. Зато в течении неонатального периода отмечается гораздо больше осложнений у детей, рожденных женщинами с артериальной гипертензией, чем в контрольной группе. Отмечалось более частое перинатальное поражение ЦНС (21% против 4%) и развитие конъюгационной желтухи (24% против 12%). При гистологическом исследовании плаценты во 2 второй группе чаще встречались признаки хронической (14,8% против 8% в 1 группе) и острой (24% против 18,9% в 1 группе) плацентарной недостаточности.

Таким образом, женщины с артериальной гипертензией составляют высокую группу риска по развитию гестозов, перинатальной патологии. Выраженные нарушения кровотока, в том числе и маточно-плацентарного, приводят к тому, что данная патология остается одной из основных причин материнской смертности и перинатальных потерь. Женщины с артериальной гипертензией нуждаются в контроле и коррекции АД на этапе планирования беременности, регулярном врачебном наблюдении во время беременности, дородовой госпитализации с целью адекватной терапии и подготовки к родоразрешению, медицинской реабилитации в послеродовом периоде, что позволяет восстановить здоровье и репродуктивную функцию.

Резюме. Распространенность АГ среди беременных женщин в различных регионах России составляет 30%. Перинатальная смертность и частоту преждевременных родов у беременных с гипертонией значительно выше, чем соответствующие нормальные беременные женщины. Женщины с гипертензией требуется коррекции артериального давления на этапе планирования беременности, регулярное медицинское наблюдение во время беременности, дородовой госпитализации на соответствующее лечение и подготовку к доставке, медицинской реабилитации в послеродовом периоде.

I.V. Podgorniy, Y.A. Petrov

FEATURES OF THE COURSE DELIVERY IN PREGNANCIES COMPLICATED BY HYPERTENSION

Rostov-on-Don, Russia

The prevalence of hypertension among pregnant women in different regions of Russia is 30%. Perinatal mortality and the incidence of preterm birth in pregnant women with

hypertension significantly higher than the corresponding normal pregnant women. Women with hypertension require correction of blood pressure at the planning stage of pregnancy, regular medical supervision during pregnancy, prenatal hospitalization to adequate treatment and preparation for delivery, medical rehabilitation in the postpartum period.

И.А. Салов, И.А. Аржаева

ВЛИЯНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У ПЕРВОБЕРЕНЕННЫХ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский университет
Саратов, Россия

Работа посвящена анализу аномалий родовой деятельности у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод. Было проведено сравнительное изучение аномалий родовой деятельности у первобеременных с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) и у пациенток со своевременным излитием околоплодных вод (СИОВ).

За последние десятилетия изменился взгляд современного акушерства на проблемы родовспоможения. В этом направлении роды у первобеременных представляет собой сложную акушерскую проблему. Среди всех осложнений родов у первобеременных ведущее место занимает преждевременное излитие околоплодных вод (18,5–48,3%), что часто сочетается с аномалиями родовой деятельности, гипо- и атоническими кровотечениями, высокими показателями травматизма мягких тканей родовых путей, нарушением маточно-плацентарного кровообращения и развитием гипоксии плода. Аномалии родовой деятельности (АРД) занимают первое место среди показаний к кесареву сечению, ведут к высокой частоте перинатальных осложнений и потерь. По данным различных авторов, каждая третья операция кесарева сечения производится по поводу АРД, внутриутробная гипоксия диагностируется у половины плодов, рожденных от матерей с АРД.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры АРД у первобеременных при своевременном (СИОВ) и преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ), частоту и показания к оперативному родоразрешению. Для чего был проведен ретроспективный сравнительный анализ родов у 888 первобеременных с ПИОВ (1 группа – основная) и у 1099 пациенток со СИОВ (2 группа – контроля) со сроками гестации 38–40 недель. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

При анализе течения родов отмечалось, что преобладающее количество женщин в обеих группах родоразрешены через естественные родовые пути, однако в основной группе, родоразрешение операцией кесарева сечения проводилось в 5,5 раз чаще, чем в группе контроля (35,92% и 6,53% соответственно).

При этом только 5,18% рожениц основной группы были родоразрешены в экстренном порядке при наличии совокупности показаний к оперативному родоразрешению в интересах здоровья матери и плода. В 9,33% случаев операция производилась в

связи с наличием слабости родовой деятельности, не поддающейся коррекции; в 8,22% – в связи с отсутствием эффекта от родовозбуждения; 2,7% – по поводу дискоординации маточных сокращений; 7,09% первобеременных были родоразрешены абдоминальным путём в связи с возникновением признаков клинического несоответствия размеров плода и таза роженицы; 3,38% пациенток было прооперировано в связи с возникновением в родах гипоксии плода. То есть, 35,92% всех экстренных кесарских сечений было произведено у пациенток с ПИОВ.

Анализ особенностей течения срочных родов при ПИОВ у первобеременных показал, что наиболее часто роды с ПИОВ осложняются нарушениями сократительной деятельности матки (СДМ) в 14,24% по сравнению с группой контроля (2,29%). Так, первичная слабость родовой деятельности наблюдалась у 4,35% пациенток, что в 97,41% случаев потребовало оперативного родоразрешения. Вторичной слабостью родовых сил осложнились роды у первобеременных основной группы в 5,29%, против – 1,66% пациенток контрольной группы. Дискоординированная родовая деятельность достоверно чаще наблюдалась у первобеременных с ПИОВ, чем при СИОВ (в 4,61% случаев в основной группе, в группе контроля – 0,63%). Частота кесарских сечений при данном нарушении сократительной деятельности матки составила 60%.

В результате проведенного исследования выявлено, что своевременные роды у первобеременных, осложненные ПИОВ, в 5,5 раз чаще требуют оперативного родоразрешения по сравнению со своевременными родами у первобеременных с излитием вод на фоне родовой деятельности и в 4,8 раза чаще сопровождаются аномалиями сократительной деятельности матки, которые занимают ведущее место в структуре показаний к оперативному родоразрешению при ПИОВ у первобеременных.

I.A. Salov, I.A. Arzhaeva

INFLUENCE PREMATURE DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID AT PRIMIGRAVIDA TO UTERINE ACTIVITY

Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University
Saratov, Russia

This work is devoted the analysis of anomalies of patrimonial activity at primigravida women at premature discharge of amniotic fluid. Comparative studying of anomalies of patrimonial activity at primigravida women with premature discharge of amniotic fluid and at patients with timely discharge of amniotic fluid has been spent.

И.А. Салов, А. В. Паршин

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Саратов, Россия

Введение. Широкое распространение герпесвирусной инфекции, длительное рецидивирующее течение, возможный тератогенный эффект обусловливают актуальность изучения влияния данной инфекции на течение беременности.

Цель. Изучить содержание гормонов фетоплацентарной системы в крови женщин с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии во II триместре беременности.

Материал и методы. Под наблюдением находились 84 пациентки с угрожающим прерыванием беременности (УПБ) герпетической этиологии во II триместре беременности. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности в аналогичные сроки гестации.

Изучение содержания плацентарного лактогена, прогестерона, эстриола осуществлялось иммуноферментным методом с помощью наборов, выпускаемых фирмой DRG Instruments GmbH, Germany.

Результаты. Как показали результаты лабораторных исследований, у беременных с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии при поступлении в стационар содержание плацентарного лактогена и прогестерона в крови было значительно ниже по сравнению с аналогичными показателями женщин с физиологически протекающей беременностью ($p<0,001$, $p<0,001$). Как известно, гормонам фетоплацентарного комплекса принадлежит ведущая роль в регуляции обменных процессов в системе мать – плацента – плод, осуществлении процессов плацентации, становления и развития плацентарного кровообращения и функционирования фетоплацентарного комплекса. Снижение уровня про-гестерона и плацентарного лактогена значительно увеличивает риск прерывания беременности и создает предпосылки для развития фетоплацентарной недостаточности. Одновременно при поступлении в стационар всем беременным было проведено определение уровня свободного эстриола в крови. Поскольку секреция эстриола зависит от предшественников, синтезируемых надпочечниками и печенью плода, уровень этого гормона в крови беременных в большей степени отражает состояние плода, чем плаценты. У обследованных нами пациенток с угрожающим прерыванием беременности герпетической этиологии до начала терапии отмечено снижение продукции эстриола ($p<0,01$).

Выводы. Проведенная нами комплексная оценка содержания плацентарных (плацентарного лактогена и прогестерона) и плодовых (свободного эстриола) гормонов в крови беременных с УПБ герпетической этиологии позволяет сделать заключение о развитии у беременных с указанной патологией плацентарной недостаточности.

I.A. Salov, A.V. Parshin

CHARACTER CHANGES IN HORMONAL FUNCTION OF THE PLACENTA WOMEN WITH THREATENED TERMINATION OF PREGNANCY HERPETIC ETIOLOGY

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

The complex assessment of the contents carried out by us placentary (placentary лактогена and a progesterone) and fruit (free эстриола) hormones in blood of pregnant women with UPB of a herpetic etiology allows to make the conclusion about development in pregnant women with the specified pathology of placentary insufficiency.

И.А. Салов, А.В. Паршин

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Саратов, Россия

Введение. Широкое распространение герпесвирусной инфекции, длительное рецидивирующее течение, возможный тератогенный эффект обусловливают актуальность изучения влияния данной инфекции на течение беременности.

Цель. Изучение состояния системы гемостаза у пациенток с угрозой прерывания беременности герпетической этиологии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 пациенток с угрожающим прерыванием беременности (УПБ) герпетической этиологии во II триместре беременности. 28 из них составили основную группу, в которой в комплекс общепринятой терапии герпетической инфекции был включен дискретный плазмаферез, в группу сравнения вошли 30 беременных, получавших общепринятую терапию. Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности. Изучение основных показателей системы гемостаза осуществлялось с использованием наборов реактивов фирмы «Технология-Стандарт», исследование агрегационной функции тромбоцитов проводили с помощью лазерного анализатора агрегации 230 LA «Biola». Методом ИФА у всех беременных выявлено обострение инфекционного процесса, причем в основной группе в 57,1% обнаружен вирус простого герпеса, в 42,9% цитомегаловирусная инфекция (в группе сравнения – соответственно 53,3% и 46,7%). Контрольную группу составили 20 женщин с физиологическим течением беременности в аналогичные сроки гестации.

Результаты. Как показали результаты лабораторных исследований, обострение герпетической инфекции сопровождалось повышением агрегационной активности тромбоцитов (p<0,01), увеличением активности плазменных факторов гемокоагуляции, на что указывало уменьшение АЧТВ (p<0,05). Значительно повышен был уровень фибриногена (p<0,05), обнаруживались признаки активации внутрисосудистого свертывания крови – уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и Д-димера значительно превышал показатели группы контроля (p<0,01). Одновременно отмечалось снижение фибринолитической активности крови (p<0,05). Беременные основной группы и группы сравнения получали общепринятую терапию, у пациенток основной группы в комплексную терапию был включен сеанс дискретного плазмафереза. Исследование системы гемостаза после окончания курса лечения у пациенток группы сравнения не выявило существенного изменения изученных показателей коагуляционного гемостаза и степени агрегации тромбоцитов. В то же время у беременных основной группы наблюдалась нормализация агрегационной способности тромбоцитов, АЧТВ, уровня фибриногена и времени фибринолиза. Содержание РФМК и Д-димера не превышало аналогичные показатели в группе контроля.

Выводы. Таким образом, использование плазмафереза в комплексной терапии беременных с угрозой прерывания беременности герпетической этиологии способствует нормализации коагуляционного потенциала крови и агрегационной способности тромбоцитов, улучшению процессов микроциркуляции в фетоплацентарном комплексе и тем самым нормализации оксигенации и трофики тканей матери и плода.

I.A. Salov, A.V. Parshin

MODERN APPROACH FOR PREGNANT WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE HERPETIC ETIOLOGY

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Thus, plasma exchange use in complex therapy of pregnant women with threat of interruption of pregnancy of a herpetic etiology promotes normalization of coagulative potential of blood and aggregation ability of platelets, improvement of processes of microcirculation in a fetoplatsentarny complex and by that to normalization of oxygenation and traffic of tissues of mother and a fruit.

И.А. Салов, Г.С. Суворова

ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО СГМУ Росздрава

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния скорости снижения маточно-плацентарного кровотока на развитие ДВС- синдрома и синдрома эндогенной интоксикации у женщин с ВГП. Для решения поставленной задачи было обследовано 66 женщин с ВГП, у которых в ходе доплеровского исследования оценивалось состояние кровотока в маточных артериях. В качестве группы сравнения выступали 46 женщин с нормальным течением беременности. После внутриутробной гибели плода кровоток в маточных артериях начинает снижаться. Если в норме величина СДО составила во втором триместре 2,46±0,38 усл.ед. и в третьем 2,04±0,26 усл.ед. (различия статистически незначимы, P>0,05), то при задержке плода до трех недель показатель СДО составил в среднем 3,81±0,6 усл.ед. и после трех недель выражался величиной, равной 7,5±0,63 усл.ед. во все сроки гестации. В ходе выполнения работы была установлена регрессионная зависимость между длительностью задержки плода и степенью снижения маточно-плацентарного кровотока, которая описывается уравнением вида: y=1,84+0,94x, где y – состояние маточно-плацентарного кровотока по величине СДО; x–длительность задержки плода (недель). Таким образом, в течение каждой последующей недели после внутриутробной гибели плода маточно-плацентарный кровоток снижается на 6–9%. При сопоставлении теоретически рассчитанных данных о состоянии маточно-плацентарного кровотока с реальными значениями СДО у конкретной женщины в 66% случаев статистически значимых различий не обнаружено; у 37% женщин реальные значения СДО были выше или ниже расчетных значений. Общее количество беременных со средней скоростью снижения маточно-плацентарного кровотока после гибели плода составило 44 (66,6%), быстрой – 11 (16,7%), медленной – 11 (16,7%). Развитие подострой формы ДВС-синдрома наиболее часто регистрировалось при низкой скорости снижения МПК после гибели плода. Если при высокой скорости снижения МПК подострый ДВС синдром развился у 8,6% беременных, при умеренной – в 10,3% случаев, то на фоне медленного снижения кровотока в маточных артериях у 21,3% беременных (различия с первой и второй группами статистически значимы, P>0,05). При анализе корреляционных соотношений между различными звеньями гемостаза и скоростью снижения МПК после внутриутробной гибели плода обнаружены следующие взаимосвязи: с количеством тромбоцитов (r=0,28, P<0,05), концентрацией фибриногена (r=0,66, P<0,05), D-димера (r=0,72, P<0,05), продуктов деградации фибрина и фибриногена (r=0,74, P<0,05), антитромбина III (r=0,61, P<0,05), гепарина (r=0,12, P<0,05). Таким образом, можно сделать заключение, что из 6 возможных взаимосвязей обнаруживались 4 значимых или 66,6%, что подтверждает представленные выше данные о влиянии МПК на развитие подострой формы ДВС-синдрома.

Данные о неблагоприятном влиянии медленного снижения МПК после гибели плода на развитие синдрома эндогенной интоксикации нашли объективное подтверждение при анализе концентрации в крови беременных женщин молекул средней массы (МСМ). Так, при задержке плода менее трех недель на фоне медленного снижения МПК концентрация МСМ составила 0,33±0,02 ед, при умеренной скорости снижения – 0,31±0,01 ед, а при быстром выражалась величиной, равной 0,28±0,02 ед (различия при медленном и быстром снижении МПК статистически значимы, P<0,05). Длительность пребывания мертвого плода в матке более трех недель приводила к тому, что содержание МСМ на фоне медленного снижения МПК составило 0,39±0,03 ед, при умеренной скорости 0,36±0,02 ед и быстрой – 0,36±0,01 ед (различия при быстром и медленном снижении кровотока статистически значимы, P<0,05).

Резюме: Целью настоящего исследования являлось изучение влияния скорости снижения маточно-плацентарного кровотока на развитие ДВС- синдрома и синдрома эндогенной интоксикации у женщин с ВГП. Для решения поставленной задачи было обследовано 66 женщин с ВГП, у которых в ходе доплеровского исследования оценивалось состояние кровотока в маточных артериях. В качестве группы сравнения выступали 46 женщин с нормальным течением беременности. С учетом полученных данных можно сделать заключение, что при низкой скорости снижения МПК после внутриутробной гибели плода возрастает риск развития синдрома эндоинтоксикации и ДВС-синдрома в подострой форме, что может потребовать специфической терапии до проведения индукции аборта.

I.A. Salov, G.S. Suvorova

IMPORTANCE OF UTEROPLACENTAL BLOOD FLOW SPEED REDUCTION IN GENESIS OF DIC-SYNDROME AND ENDOINTOXICATION IN WOMEN WITH MISSED ABORTION

Russia, Saratov Medical University

The aim of this study was to investigate the effect of reducing the rate of uterine-placental blood flow on the development of DIC-syndrome and endointoxication in women with missed abortion. To solve the problem 66 women with missed abortion were examined. The blood flow velocity in the uterine arteries was determined by the Doppler analysis. As a comparison group 46 women with normal pregnancies were examined. In view of the findings, we can conclude that high placental blood flow velocity after fetal death increases the risk of endointoxication and DIC-syndrome in the subacute form, which may require specific treatment before the induction of abortion.

И.А. Салов, Д.В. Маршалов, А.П. Петренко, И.А. Аржаева

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, РФ

Развитие хронической формы внутрибрюшной гипертензии характерно для физиологически протекающей беременности. При беременности на фоне морбидного ожирения этот эффект потенцируется, создавая высокий риск развития акушерских и перинатальных осложнений. Усугубление синдрома при возможном развитии пареза кишечника в послеоперационном периоде приводит к развитию абдоминального компартмент-синдрома, редукции спланхнического и почечного кровотока и развитию синдрома множественных органных дисфункций. В I триместре гестации, при малых размерах матки изучение динамики ВБД с целью построения прогностической модели, представляется нецелесообразным, так как уровень БГД будет мало отличаться от такового у небеременных пациенток. Возникновение СВБГ при малых сроках беременности чаще обусловлено хирургической, акушерско-гинекологической патологией и будет носить характер остро возникшего состояния.

Цель исследования: определение у беременных с ожирением уровня внутрибрюшного давления во II триместре, при достижении которого осложненный исход беременности и родов реализуется с высокой степенью вероятности.

Материалы и методы: обследовано 144 беременных, проходивших плановое обследование или лечение угрозы прерывания беременности во II триместре беременности (20–24 недели гестации). Основную группу составили беременные с ожирением II–III степени тяжести (n=90). Оценка степени ожирения осуществлялась согласно классификации ВОЗ (1997). Результаты исследования ВБД у беременных с ожирением во II триместре были сравнены с данными группы беременных с нормальной массой тела (n=54). У всех беременных течение I триместра было неосложненным. Срок исследования был определен следующим посылом: оценка ВБД в I триместре с большей долей вероятности позволит судить о первичности внутрибрюшной гипертензии в развитии осложнений. Оценку ВБД осуществляли непрямым методом с помощью системы «Unometerabdopressure» через мочевой пузырь. Полученные результаты исследования уровня ВБД беременных с ожирением во II триместре сопоставляли с акушерскими и перинатальными исходами беременности и родов.

Результаты: выявление референтных значений исследуемых показателей в 20–24 недели беременности потребовало дифференцированной оценки показателей ВБГ с учетом факта наличия или отсутствия ожирения. В группе беременных с нормальной массой тела среднее значение уровня ВБД во II триместре беременности было 9 мм рт. ст. (5 процентиль – 6; 95 процентиль – 13 мм рт. ст.). При ожирении среднее значение ВБД было 14 мм рт. ст. (5 процентиль – 6; 95 процентиль – 16 мм рт. ст.). Для изучения связи осложнений и величины ВБД мы сочли целесообразным проведение анализа не только отдельных осложнений, но и их совокупности, прогрессирования и значения в исходе беременности и родов. Осложненный исход рассматривался как бинарный признак. Критериями осложненного исхода считали: сочетание более двух осложнений беременности (родов), либо одно осложнение, повлекшее

перинатальные потери, угрозу здоровью и жизни матери. Применив метод корреляционного анализа уровня ВБД во II триместре и осложненного исхода беременности (родов), мы определили критическое значение ВБД при достижении которого, неблагоприятный исход реализуется с высокой степенью вероятности. Для группы беременных с ожирением во II триместре таким значением является ВБД 16 мм рт. ст. и более. Средняя величина ВБД в подгруппе с осложнениями была 16 (14 : 19) мм рт. ст., тогда как в подгруппе без осложнений 11 (9 : 15) мм рт. ст. (p<0,001).

Заключение: полученные нами данные свидетельствуют о том, что частота акушерских и перинатальных осложнений тесно связана со значением ВБД во II триместре. При ожирении уровень ВБД равный или более 16 мм рт. ст. считается патологическим. Предложенный способ оценки патологической внутрибрюшной гипертензии у беременных с ожирением позволяет прогнозировать неблагоприятные исходы беременности и родов у данной группы пациенток.

Резюме. В работе определяется патологический уровень внутрибрюшного давления (ВБД) у беременных с ожирением во II триместре. Изучены показатели ВБД у 144 беременных с ожирением. При ожирении уровень ВБД равный и более 16 мм рт. ст. считается патологическим. Предложенный способ оценки патологической внутрибрюшной гипертензии у беременных с ожирением позволяет прогнозировать неблагоприятные исходы беременности и родов.

D.V. Marshalov, I.A. Salov, A.P. Petrenko, I.A. Arzgaeva

PATHOLOGICAL INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

In the paper we define the level of pathological intra-abdominal pressure (IAP) in pregnant women with obesity in the II trimester. IAP indicators studied in 144 pregnant women with obesity. With obesity levels IAP equal and more than 16 mmHg considered pathological. The proposed method estimates pathological abdominal hypertension in pregnant women with obesity predicts adverse outcomes of pregnancy and childbirth.

И.А. Салов, И.А. Аржаева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Кафедра акушерства и гинекологии, Медицинский университет
Саратов, Россия

Работа посвящена анализу аномалий родовой деятельности у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод. Было проведено сравнительное изучение аномалий родовой деятельности у первобеременных с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) и у пациенток со своевременным излитием околоплодных вод (СИОВ).

Благоприятный исход родов, являющийся ключевой проблемой акушерства, во многом зависит от характера, качества и эффективности родовой деятельности. Отсутствие биологической готовности организма к родам неблагоприятно сказывается на развитии регулярной родовой деятельности и течении родов. Изменение характера сократительной деятельности матки (СДМ) в родах может быть проявлением адаптационно-защитных механизмов, направленных на поддержание гомеостаза при возникновении патологических изменений в организме матери и плода.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния СДМ у первобеременных в динамике спонтанных родов при своевременном (СИОВ) и преждевременном излитии околоплодных вод (ПИОВ). Для чего было проведено сравнительное изучение гистерограмм у 40 первобеременных с ПИОВ (1 – основная группа) и у 20 пациенток со СИОВ (2 – контрольная группа) со сроками гестации 38–40 недель. Характер сократительной деятельности матки у пациенток обеих групп изучался методом наружной гистерографии. Обработка гистерограмм проводилась методом качественного и количественного анализа. Оценка качественной активности СДМ в родах проводилась с учетом частоты, амплитуды и длительности маточных сокращений. При количественном анализе СДМ использовался метод математического анализа гистерограмм, предложенный А.З. Хасиным в 1971 г. Обработка полученных результатов произведена методами статистического анализа и прогнозирования.

В результате выявлено, что при ПИОВ у первобеременных схватки имели низкую интенсивность – 28,53±0,6 мм рт ст (при СИОВ – 45,7±0,45 мм рт ст) и низкую частоту – 3,59 схватки за 20 минут (в контрольной группе – 9,72). Базальный тонус матки был несколько ниже, чем при отхождении вод на фоне родовой деятельности (10,75±0,5 мм рт ст против 11,87±0,4). Эффективность СДМ в основной и контрольной группах составила соответственно 1,91±0,6 и 3,41±0,4 ($p<0,05$). Кроме того, тонус матки во всех фазах первого периода родов был более высоким у рожениц с «незрелой» шейкой матки (12,0±06 мм рт ст), чем у первобеременных с «созревающей» шейкой матки (9,0±0,5мм рт ст). Одновременно установлено, что на протяжении первого периода родов интенсивность сокращений матки у рожениц при ПИОВ с «незрелой» шейкой матки значительно выше, чем при наличии «созревающей» шейки матки. Особенно значительные различия между средними значениями обнаружены в 1-й и 2-й фазах первого периода родов, когда медикаментозные методы коррекции СДМ еще не применялись. При анализе СДМ во втором периоде родов у пациенток 1-й и 2-й групп существенных различий обнаружено не было.

Таким образом, эффективность работы матки у первобеременных рожениц при преждевременном излитии околоплодных вод в 1,78 раза ниже, чем при своевременном излитии околоплодных вод, что в свою очередь оказывает влияние на исход родового процесса. Снижение значений гистерографических показателей родов при преждевременном излитии околоплодных вод в сопоставлении с показателями родовой деятельности при своевременном излитии околоплодных вод свидетельствует о нарушении сократительной деятельности матки у первобеременных при преждевременном излитии околоплодных вод. В связи с этим становится очевидной необходимость разработки эффективных методов коррекции нарушений сократительной деятельности у первобеременных рожениц с преждевременным излитием околоплодных вод.

I.A. Salov, I.A. Arzhaeva

FEATURES OF A CURRENT OF SORTS AT PRIMIGRAVIDA AT PRIMIGRAVIDE AT PREMATURE DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID

Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University
Saratov, Russia

This work is devoted the analysis of anomalies of patrimonial activity at women at premature discharge of amniotic fluid. Comparative studying of anomalies of patrimonial activity at primigravida women with premature discharge of amniotic fluid and at patients with timely discharge of amniotic fluid has been spent.

И.А. Салов, Л.В. Лысенко, Д.В. Маршалов

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕТОВОГО ЦИФРОВОГО ФОТОКОАГУЛЯТОРА В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ВЫРАЖЕННОЙ АНЕМИЕЙ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, РФ

Обязательным условием родоразрешения пациенток с выраженной анемией через естественные родовые пути является тщательный местный маточный гемостаз с целью предотвращения послеродовых осложнений.

Целью работы являлось изучения эффективности применения светового цифрового фотокоагулятора в лечение акушерских кровотечений у пациенток с выраженной анемией.

Материалы и методы: выполнено 17 операций с применением световой коагуляции. Использовался световой цифровой фотокоагулятор LC 250 D производства Германии в комплекции с зондами для открытой хирургии. Показанием к применению метода были недостаточный гемостаз в зоне плацентарной площадки после выполнения ручного отделения последа (9 случаев), ручного обследования полости матки (4 случая) и множественных поверхностных разрывов слизистой влагалища (4 случая). У всех пациенток до родов диагностирована выраженная анемия – уровень гемоглобина менее 80 г/л. При осуществлении гемостаза плацентарной площадки коагуляция осуществлялась в импульсном режиме с продолжительностью от 0,5 до 2,0 секунд, что позволило оказать минимальное термическое воздействие на эндометрий и слизистую влагалища (температура воздействия 50–60 градусов С). Площадь коагуляции соответствовала площади плацентарной площадки, причем гемостаз осуществлялся с помощью многократных воздействий на зону площадки, путем последовательного перемещения зонда (32–40 фотокоагуляции), что увеличило продолжительность процедуры до 1,5–3,5 мин. Результаты исследования сравнивали с результатами контрольной группы пациенток с выраженной анемией, при аналогичных акушерских пособиях без применения световой коагуляции.

Результаты: применение световой коагуляции у пациенток с выраженной анемии позволило достоверно уменьшить частоту послеродовых маточных кровотечений (OR=0,13 (CI : 0,03–0,46), F=0,0014, c^2=10,89), снизить объем кровопотери (t=13,508, p=0,0000), уменьшить выраженность постгеморрагической анемизации – количество эритроцитов (t=3,611, p=0,0007), концентрация гемоглобина (t=3,771, p=0,0005), сохранить эффективность кислородного обмена (t=2,726, p=0,0090), снизить выраженность воспалительного ответа – ЛИИ (t=2,506, p=0,0150), минимизировать число раневых осложнений (OR=0,1 (CI : 0,01–0,9), F=0,0232, c^2=5,68) и трансфузий компонентов крови (OR=0,05 (CI : 0,01–0,43), F=0,0007, c^2=11,59).

Заключение: метод световой фотокоагуляции оказался эффективным в достижении гемостаза в зоне плацентарной площадки и зоне повреждения слизистой влагалища, что позволило улучшить акушерские исходы. Фотокоагуляция эффективна при активном, продолжающимся кровотечении. Метод световой фотокоагуляции сохраняет полноценность функционирования эндометрия в последующем.

Резюме. Изучена эффективность применения светового цифрового фотокоагулятора в лечение акушерских кровотечений у пациенток с выраженной анемией. Выполнено 17 операций с применением световой коагуляции. Метод световой фотокоагуляции оказался эффективным в достижении гемостаза в зоне плацентарной площадки, зоне повреждения слизистой влагалища и позволяет сохранить полноценность функционирования эндометрия в последующем.

I.A. Salov, L.V. Lysenko, D.V. Marshalov

USE OF DIGITAL LIGHT PHOTOCOAGULATOR IN TREATMENT OF OBSTETRIC HEMORRHAGE IN PATIENTS WITH SEVERE ANEMIA.

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

The efficacy of using digital light photocoagulator in treatment of obstetric hemorrhage in patients with severe anemia. Performed 17 operations using light coagulation. Method light photocoagulation was effective in achieving hemostasis in the area of the placental site, the damage zone of the vaginal mucosa and maintains full functioning endometrium in a subsequent.

И. А. Салов, Ю. В. Михайлова, М.О. Бацунова

КОМБИНАЦИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ГИПОКСИИ ПЛОДА, СИТУАЦИОННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития, Саратов, Россия

К концу прошлого столетия перинатальная медицина стала основой улучшения здоровья будущих поколений во всех странах мира. Завершен переход от стремления снизить перинатальную смертность к главной цели – улучшению здоровья плода и новорожденного (Курцер М.А., 2001; Радзинский В.Е., Милованов А.П., 2004; Berger R., Garnier Y., 2000).

Значительный прогресс в последние годы достигнут в разработке системы антенатальной охраны плода, которая подразумевает раннюю диагностику плацентарной недостаточности, СЗРП, внутриутробной гипоксии плода, а также коррекцию, оптимизацию сроков и методов родоразрешения. Терапевтические мероприятия, проводимые в поздние сроки беременности и постнатально, нередко бывают малоэффективными, и у детей остаются те или иные патологические отклонения, которые бывают необратимыми.

Гипоксия плода – это комплекс изменений в его организме под влиянием недостаточного снабжения кислородом тканей и органов или неадекватной утилизацией ими кислорода. Нарушения структуры плаценты и процессов микроциркуляции в ней, изменение характера околоплодных вод, воздействие различных вредных факторов приводят к хроническому кислородному голоданию плода, сопровождающемуся снижением напряжения кислорода в крови, гиперкапнией, декомпенсированнм ацидозом, нарушением водно-электролитного обмена. Это, в свою очередь, вызывает нарушение функции центральной нервной и сердечно-сосудистой системы,

повышение проницаемости сосудов, снижение иммунологической реактивности организма плода. Гипоксические состояния плода связаны с изменениями в сложной системе «мать–плацента–плод». Это свидетельствует о том, что исход беременности для плода и для матери зависит от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса, своевременно выявленных изменений и рациональной коррекции выявленных нарушений.

Цель исследования: Оптимизация тактики ведения беременных и выбор метода родоразрешения с хронической внутриутробной гипоксией плода.

Методы исследования: 1. Оценка пре- и интранатальных факторов риска беременности: анализ ведения медицинской документации беременных с осложнениями гестационного периода – фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода. 2. Анализ состояния системы мать–плацента–плод с помощью эхографического и допплерометрического исследования ультразвуковыми приборами. 3. Амниоскопия для диагностики состояния плода (цвет околоплодных вод). 4. Амниоцентоз и изучение характера околоплодных вод (белковый спектр, электролитный баланс). 5. Оценка состояния новорожденного.

Резюме. Изучение характера околоплодных вод, полученных с помощью амниоцентеза, в сочетании амниоскопией и использованием кардиотокографии и допплерометрии кровотока в системе «мать–плацента–плод», позволит оптимизировать тактику ведения беременных с хронической внутриутробной гипоксией плода, установить показания для досрочного родоразрешения, а также выбрать оптимальный метод родоразрешения с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

I.A. Salov, Y.V. Mikhaylova, M.O. Bacunova

COMBINATION METHODS EVALUATION FETAL HYPOXIA, SITUATIONAL METHODOLOGY OF PREGNANCY

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Character study of amniotic fluid obtained by amniocentesis, combined amnioscopy and using cardiotocography and Doppler blood flow in the "mother – placenta – fetus" will optimize the management of pregnant women with chronic fetal hypoxia, to establish indications for early delivery, as well as to select the optimal method of delivery to reduce perinatal morbidity and mortality.

Л.В. Селезнева, И.В. Подгорный, М.А. Щеглова

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет министерства здравоохранения РФ
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Перед акушерской практикой и наукой стоит задача не только радикального сокращения репродуктивных потерь, максимального снижения частоты и степени тяжести неврологических последствий родов у новорожденных детей, но и снижения нарастающего количества процента оперативных (абдоминальных) родов (Радзинский В.Е., Костин И.Н., 2009). Эти проблемы особенно актуальны на фоне сложной демографической ситуации в нашей стране. Увлеченность агрессивными технологиями породила новые нозологические формы, относящиеся к разряду ятрогений (Бурдули Г.М., Фролова О.Г., 1997), которые в России являются причиной 13–25% всех случаев материнской смертности (Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., 2007; Серов В.Н., 2008; Юсупова А.Н., 2009).

Одной из важнейших причин, определяющих уровень репродуктивных потерь, а так же частоту и степень перинатальной заболеваемости в процессе родов является узкий таз. Частота родов при узком тазе на протяжении последних лет не снижается и геометрическое увеличение числа абдоминальных родов при данной патологии является фактором ухудшающим репродуктивное здоровье женщин и несет более высокий акушерский риск, не смотря на перинатальные успехи (Минаев Н.Н, Жданова Ю.А., 2008)

Однако, в литературе явно недостаточно работ по исследованию течения родов у женщин с узким тазом.

Для изучения клинических особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и состояний новорожденных у женщин с узким тазом I степени сужения были сформированы две группы со срочными самопроизвольными родами, проведенными на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №2 в период с 2008–2012 гг. Основную группу составили 70 беременных женщин, родоразрешенных в вертикальной позиции до прорезывания теменных бугров головки плода. Группа сравнения состояла из 70 беременных женщины, родоразрешенных в традиционной позиции «на спине» на кровати Рахманова. Критериями включения являлись: срочные первые роды, спонтанное начало родовой деятельности, I степень сужения таза, предполагаемый вес плода на УЗИ не более 4000 грамм.

У каждой третьей роженицы из всех наблюдаемых женщин обеих групп отмечалось несвоевременное излитие околоплодных вод. Длительность безводного периода в основной группе не превышала 8 часов, а у 17 рожениц (24,3%) группы наблюдения превысила 12 часов. Продолжительность первого периода родов достоверно меньше у основной группы и составила 10 часов 30 мин. Продолжительность первого периода родов достоверно меньше у основной группы и составила 35 мин. Аномалий родовой деятельности не наблюдалось в основной группе, а в группе сравнения у 27 пациенток (40%), что потребовало медикаментозной коррекции.

Средний рост и вес новорожденных не отличались в исследованных группах. Оценка по шкале Апгар в основной группе достоверно более высокая, чем в группе

сравнения. Ниже 6 баллов не зарегистрированно ни у одного из новорожденных в обеих группах Диспансерный осмотр новорожденных в возрасте одного месяца показал более низкий процент перинатальной патологии центральной нервной системы у детей рожденных в основной группе.

Дородовое выявление анатомических особенностей костного таза позволяет заблаговременно выбрать метод родоразрешения и выработать тактику ведения родов, в том числе позицию родов. Вертикальные роды до прорезывания теменных бугров головки плода у пациенток с узким тазом первой степени снижают продолжительность и первого и второго периода родов, уменьшают частоту аномалий родовой деятельности, приводят к уменьшению использования медикаментов в родах, а также к снижению перинатальной заболеваемости.

Резюме. Клинические наблюдение 140 пациенток с узким тазом I степени в разных позициях ведения родов, а также за состоянием здоровья новорожденных. Вертикальные роды до прорезывания теменных бугров головки плода у пациенток с узким тазом первой степени снижают продолжительность и первого и второго периода родов, уменьшают частоту аномалий родовой деятельности, приводят к уменьшению использования медикаментов в родах, а также к снижению перинатальной заболеваемости.

L.V. Selezneva, I.V. Podgorniy, M.A. Scheglova

THE EXPERIENCE OF CHILDBIRTH WITH A NARROW PELVIS

Rostov State Medical University, Ministry of Health

Clinical observation of 140 patients with a narrow pelvis I degree in different positions of childbirth and the health of newborns. Vertical childbirth prior to the eruption of subnormality cusps of fetal head in patients with narrow pelvis first degree reduce the length and the first and second stage of labour, reduce the frequency of anomalies of labor activity, leads to a decrease in the use of medication during childbirth, as well as to reduce perinatal morbidity.

В.Л. Стрельцова, Л.Д. Маркина

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО Тихоокеанский государственный медицинский университет

Проведено ретроспективное исследование случаев родов, которые закончились мертворождением (n=31), сравнение проводилось с контрольной группой женщин (n=170). С позиций теории адаптационных реакций Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной (1978, 1990) проводилась оценка адаптационного состояния беременных с использованием авторской программы «Антистресс». Полученные результаты выявили зависимость

между динамикой уровня здоровья беременных и вероятностью мертворождения.

Мертворождение – это один из основных показателей, характеризующих состояние акушерской науки и практики на сегодняшний день.

Цель исследования – прогнозировать мертворождение с позиций теории адаптационных реакций.

Количественная оценка индивидуального здоровья, создание адекватной модели целостного организма – одно из направлений современной медицинской науки. Концепция Г. Селье применяется в акушерстве для решения прикладных задач. Открытие академиков РАЕН Л.Х. Гаркави и Е.Б. Квакиной (1978, 1990) неспецифических адаптационных реакций на действие раздражителей слабой и средней силы – реакций тренировки и активации – развивает учение Г. Селье и дает метод количественной оценки уровня здоровья. Комплексные многолетние исследования сложных нейроэндокринных изменений, характерных для каждой адаптационной реакции, позволили авторам охарактеризовать адаптационную деятельность организма в момент исследования с помощью соотношения клеточных элементов белой крови. Тип реакции определяется, прежде всего, по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле. Структурная организация крови – интегральный показатель адаптации организма в целом.

Цель исследования: прогнозирование мертворождения с позиций теории адаптационных реакций.

Материалы и методы: основная исследуемая группа женщин, беременность которых закончилась мертворождением (n=31) и контрольная группа (n=170). Проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции, уровня реактивности и уровня здоровья – в баллах во время беременности на основе клинических анализов крови с применением авторской лицензированной компьютерной программы «Антистресс». По результатам проведенной оценки был рассчитан средний уровень здоровья женщин, соответствующий тому или иному типу адаптационной реакции, уровню реактивности. Уровни реактивности подразделялись на высокий (ВУР), средний (СУР), низкий (НУР) и очень низкий (ОНУР). В итоге было выявлено 18 вариантов состояния: реакция тренировки (РТ), реакция спокойной активации (РСА), реакция повышенной активации (РПА), реакция стресса (РС) каждая в четырёх уровнях и реакция переактивации (РП) в НУР и ОНУР. Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина и М.А. Уколова (1990) выделили четыре категории состояния адаптационных механизмов: 1) «здоровье» (РТ ВУР, РСА ВУР, РПА ВУР и СУР) – отличное или хорошее общее состояние (1600–5000 баллов); 2) «донозологическое состояние» (РТ СУР, РСА СУР, РПА НУР) – удовлетворительное общее состояние (900–1600); 3) «предболезнь» (РСА НУР и ОНУР, РПА ОНУР, РС ВУР и СУР, РП НУР, РТ НУР) – легкое или умеренное нарушение здоровья (300–800); 4) «болезнь» (РТ ОНУР, РС НУР и ОНУР, РП ОНУР) – значительное нарушение здоровья (10–200 баллов).

Результаты исследования и обсуждение. В контрольной группе уровень здоровья в первом триместре составляет 983±122 балла, что отражает адаптацию женского организма к беременности и соответствует категории – «донозологическое состояние». Во 2-м триместре беременности уровень равен 1419±320 баллов, к 30-й неделе снижается до 675±138 баллов, а затем медленно, но постоянно к концу беременности увеличивается до 1052±125 баллов. Этот подъём необходим для оптимальной организации всех систем организма к родам. В основной группе линия тренда уровня здоровья женщин во время беременности имеет вид постоянно снижающейся прямой от 861±98 баллов в первом триместре беременности до 220±47 баллов накануне, происходит стабильное прогрессивное отставание

от линии тренда контрольной группы. Это отставание выражается в достоверном различии коэффициентов уравнения трендов: k= -19,8 (контрольная группа) и k= -48,8 (основная группа). Разница средних величин уровня здоровья накануне родов составляет 832 балла (P<0,001). Коэффициент корреляции (r=-0,9) отражает сильную обратную связь, т.е. чем ниже уровень здоровья, тем выше вероятность гибели плода. Категория «болезнь» регистрируется в исследуемой группе в 31,0% (в контрольной группе в 14,4%) (P<0,05); категория «здоровье» в 8,5% и 15,5% соответственно (P<0,05). Хронический стресс (регистрация РС НУР и ОНУР три и более раз во время беременности) в исследуемой группе достоверно чаще регистрировался в 22,6% (в 6,1 раз чаще, чем в контрольной группе).

Мертворождение – это проявление прогрессивного истощения резерва женского организма до критических значений.

V.L. Streltsova, L.D. Markina

PREDICTION STILLBIRTHS FROM THE THEORY OF ADAPTIVE REACTIONS

Russia, Vladivostok

The retrospective analysis of medical histories of the women whose pregnancy and childbirth were complicated by antenatal and intranatal fetal death was carried out. Comparison was made with control group (170 women). From the position of adaptive reactions theory by Garkavi L.H., Kvakinoj E.B. and Ukolovoj M. A. (1978, 1990) the assessment of the adaptation condition was carried out for women during pregnancy, labor period using the author's computer software "Antistress". The received results have revealed authentic dependence between level of health before labor and frequency of the antenatal and intranatal fetal death.

В.Л. Стрельцова, С.И. Сотниченко, А.А. Рослая

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С УЧЕТОМ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Россия, г. Владивосток, ГОУ ВПО Тихоокеанский государственный медицинский университет

Проведено ретроспективное исследование случаев родов, которых осложнились массивным гипотоническим кровотечением (n=59) в сравнении с контрольной группой женщин (n=170). С позиций теории адаптационных реакций Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной (1978, 1990) проводилась оценка адаптационного состояния с использованием авторской программы «Антистресс». Полученные результаты выявили зависимость между уровнем здоровья накануне родов и вероятностью развития гипотонического кровотечения.

Прогнозирование гипотонического кровотечения – актуальная проблема современного акушерства. Количественная оценка индивидуального здоровья – одно из основных направлений современной медицинской науки. Концепция Г. Селье применяется в акушерстве для решения прикладных задач. Открытие академиков РАЕН Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной (1978, 1990) неспецифических адаптационных реакций на действие раздражителей слабой и средней силы дает метод количественной оценки уровня здоровья. Комплексные многолетние исследования сложных нейроэндокринных изменений, характерных для каждой адаптационной реакции, позволили авторам охарактеризовать адаптационную деятельность организма в момент исследования с помощью соотношения клеточных элементов белой крови. Структурная организация крови – интегральный показатель адаптации организма в целом.

Цель исследования: прогнозировать гипотоническое кровотечение с позиций теории адаптационных реакций.

Материалы и методы: основная исследуемая группа женщин с массивным кровотечением (n=59), сравнивалась с контрольной группой (n=170). Проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции, уровня реактивности и уровня здоровья – в баллах во время беременности на основе клинических анализов крови с применением авторской компьютерной программы «Антистресс». По результатам проведенной оценки был рассчитан средний уровень здоровья женщин, соответствующий тому или иному типу адаптационной реакции, уровню реактивности. Уровни реактивности подразделялись на высокий (ВУР), средний (СУР), низкий (НУР) и очень низкий (ОНУР). В итоге было выявлено 18 вариантов состояния: реакция тренировки (РТ) – ВУР, СУР, НУР и ОНУР; реакция спокойной активации (РСА) – ВУР, СУР, НУР и ОНУР; реакция повышенной активации (РПА) – ВУР, СУР, НУР и ОНУР; реакция стресса (РС) – ВУР, СУР, НУР и ОНУР; реакция переактивации (РП) – НУР и ОНУР. Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина (1990) выделили четыре категории состояния адаптационных механизмов: 1) «здоровье» (РТ ВУР, РСА ВУР, РПА ВУР и СУР) – отличное или хорошее общее состояние, уровень здоровья соответствует 1600–5000 баллов; 2) «донозологическое состояние» (РТ СУР, РСА СУР, РПА НУР) – удовлетворительное общее состояние, уровень здоровья соответствует 900–1600 баллов; 3) «предболезнь» (РСА НУР и ОНУР, РПА ОНУР, РС ВУР и СУР, РП НУР, РТ НУР) – легкое или умеренное нарушение здоровья, уровень здоровья соответствует 300–800 баллам; 4) «болезнь» (РТ ОНУР, РС НУР и ОНУР, РП ОНУР) – значительное нарушение здоровья, уровень здоровья соответствует 10–200 баллам. Уменьшение или увеличение изучаемого признака констатировалось только при наличии статистической значимости различий.

Результаты исследования и обсуждение. Средний уровень здоровья во время беременности женщин контрольной группы составил 765,4±52 баллов, а основной исследуемой группы – 535,3±64 балла ($P<0,05$). Накануне родов: уровень здоровья: 1052,4 ± 94 балла и 534,3 ± 69 баллов соответственно ($P<0,01$). Подъём уровня здоровья перед родами необходим для оптимальной организации всех систем организма к родовому процессу. В исследуемой группе перед родами основными категориями состояния адаптационных механизмов являлись «болезнь» у 24 женщин (42,4%) и «предболезнь» у 34 женщин (57,6%). Преобладали реакции: РС НУР и ОНУР, РТ НУР, активации ОНУР и РП. У 50 женщин кровотечение развилось на фоне слабости родовой деятельности (84,7%) ($P<0,05$): первичная родовая слабость у 31 женщины (52,5%), вторичная родовая слабость у 19 женщин (32,2%). Средний уровень здоровья у рожениц со слабостью родовой деятельности накануне родов составил 341±48 баллов. Нерациональное ведение родов, и тем более агрессивное (родовозбужде-

ние, длительные и комбинированные методы родоусиления) приводят к истощению и так небольшого «запаса» здоровья женщины. В итоге критическая дезорганизация женского организма проявляется клинически кровотечением с нарушением свертываемости и сократительной способности миометрия. Средний уровень здоровья во время кровотечения составил 57±20 баллов, такой практически «нулевой» уровень соответствует РС ОНУР и характеризует состояние полной дезадаптации женского организма.

Вывод: оценка уровня здоровья и его динамики перед родами позволит прогнозировать гипотоническое кровотечение.

V.L. Streltsova, S.I. Sotnichenko, A.A. Roslaya

PREDICTION OF BLEEDING HYPOTONIC GIVEN THE LEVEL OF HEALTH OF PREGNANT WOMEN

Russia, Vladivostok

The retrospective analysis of medical histories of the women whose childbirth were complicated by hypotonic postpartum hemorrhage was carried out (59 women). Comparison was made with control group (170 women). From the position of adaptive reactions theory by Garkavi L.H., Kvakinoj E.B. (1978, 1990) the assessment of the adaptation condition was carried out for women, using the author's computer software "Antistress". The received results have revealed authentic dependence between health level before labor and frequency of the hypotonic postpartum hemorrhage.

А.Н. Стрижаков, Л.Д. Белоцерковцева, И.И. Киличева, И.В. Игнатко

СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Россия, г. Москва
Сургутский клинический перинатальный центр, Медицинский институт Сургутского государственного университета Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, Россия, г. Сургут

Акушерские кровотечения являются частым и грозным осложнением беременности и родов. Материнская смертность от кровотечений стабильно занимает первое место в мире и возглавляет так называемую «большую пятерку» причин материнской смертности. В мире ежегодно от кровотечений, как прямой причины материнской смертности, умирает более 130 тысяч женщин, до 80% из которых – от гипотонии матки. По отчетам Британской службы акушерского надзора на 1 случай материнской смертности приходится 150 экстирпаций матки, проведенных по поводу послеродового кровотечения. За единичными случаями материнской смертности стоят сотни

выживших после массивного кровотечения женщин, которые остались без матки и всю жизнь страдают от его последствий, даже при условии адекватного лечения. Поэтому сегодня более актуально говорить о near miss – «едва не погибшие» или severe acute maternal morbidity или тяжелая острая материальная заболеваемость от массивных акушерских кровотечений. В настоящее время дискутируются следующие стратегии: активное ведение третьего периода родов снижает риск послеродовых кровотечений и должно предлагаться всем роженицам (I-A), контролируемая тракция пуповины (I-A), тампонада матки (может быть эффективным методом временного контроля кровотечения, вызванного атонией матки IIIC), перевязка внутренних подвздошных артерий, наложение компрессионных швов и гистерэктомия (при неэффективности медикаментозного лечения).

Целью исследования была оценка эффективности стратегии профилактически массивной акушерской кровопотери в условиях Сургутского клинического перинатального центра (клиническая база кафедры акушерства и гинекологии Медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры. Общая динамика числа рожениц родильниц со значительной и массивной кровопотерей (в том числе так называемые «near miss») демонстрирует существенную тенденцию к снижению. Так, в 2006 г всего женщин со значительной и массивной кровопотерей составило 47 (8,2‰), в 2007 году – 50 (8,1‰), в 2008 году – 30 (4,6‰), в 2009 г – 31 (4,5‰), в 2010 г – 37 (4,9‰), в 2011 г – 39 (5,0‰), в 2012 г – 39 (4,4‰), за 6 месяцев 2013 г – 18 (4,1‰). За период времени с 2006–13 гг динамика снижения предотвращенных случаев материнской смертности составила – 46%. Отдельно учитывается число женщин с тяжелой острой материнской заболеваемостью по причине акушерских кровотечений (ТОМЗ, SAMM) (выжившие, но оставшиеся без матки). Общая динамика -85,7% (с 2,8‰ в 2006 г до 0,4‰ за 6 месяцев 2013 г). Динамика удельного веса ТОМЗ от «near miss» по причине акушерских кровотечений -55% (с 34% в 2006 г до 11,1% за 6 мес 2013 г). Следует отметить, что принципиальное значение имели организационные мероприятия и внедрение современных технологий: в 2007 г – внедрена активная тактика ведения III периода родов, в 2008 г – управляемая баллонная тампонада, в 2012 г – тренинги медицинского персонала (среднего и высшего) и комиссионные зачеты. При работе родовспомогательного учреждения и перинатального центра следует исходить из положения – принять, что проблема существует, так как нет понятия «плохая», «больная» роженица, а есть неготовый персонал. Необходима персонализация проблемы: разбор каждого случая кровопотери более физиологической (>500мл при самопроизвольных родах, >1000мл при кесаревом сечении); вклад каждой акушерки и врача – индивидуальный рейтинг по кровотечениям. В основе стратегии профилактики лежит организация оказания медицинской помощи. Во-первых: обучение персонала: в малых группах; индивидуальное (на рабочем месте, на тренажере, используя ресурсы видеонаблюдения, просмотр и разбор учебных видеофильмов, рабочая инструкция на рабочем месте). Контроль знаний персонала – на рабочем месте, не менее 2-х раз в год – комиссионно, так называемый «тонус» персонала. Во-вторых: формирование состава отделений и формирование дежурных бригад (врач-акушер-гинеколог – 4, из них 1 – лидер; врач-анестезиолог-реаниматолог – 2, из них 1 опытный; врач-трансфузиолог, круглосуточная лабораторная диагностика). Принцип – на каждом ручном вхождении в полость матки присутствует как min 1 врач-акушер-гинеколог, 2 акушерки, 1 врач-анестезиолог-реаниматолог, 1 врач-трансфузиолог. В-третьих: вхождение в полость матки не более 1 раза. Обеспечение сбора и раннего участия старших коллег при необходимости перехода к хирургическому этапу остановки кровотечения

(включая врача-сосудистого хирурга). Четвертое: степень внедренности технологий и четкий алгоритм их последовательного выполнения – протокол оказания медицинской помощи при акушерском кровотечении: – активное ведение третьего периода родов; – применение современных лекарственных препаратов (транексамовая кислота, карбетоцин, протромплекс, ново-севен); – применение препаратов крови; – аутоплазмодонорство, реинфузия аутокрови; – управляемая балонная тампонада; – компрессионные швы; – перевязка внутренних подвздошных артерий, экстирпация матки. Пятое: организация рабочего места – оснащение родильного зала/ операционной (эргономика родильной кровати, весы, мониторы слежения, графическая партограмма, шаговая доступность аппарата для УЗД, средства транспортировки в операционный блок).

Шестое: пациент должен быть «известен»: антенатальный прогноз – адекватная оценка анамнестических рисков (кровотечения в предыдущих родах, ранее диагностированная тромбофилия, склонность к кровотечениям – носовым, при удалении зубов и т.д., т.е. недиагностированная тромбофилия) и течения беременности на этапе дородового наблюдения на амбулаторно-поликлиническом этапе. Антенатальный и интранатальный прогноз и выделение групп риска на этапе АОПБ и родильного зала → обследование → консультирование врачом-трансфузиологом → профилактика в активную фазу I периода родов → адекватное ведение II и III периода родов. Документирование процесса оказания медицинской помощи с заданной периодичностью. Контроль – видеонаблюдение за соблюдением протокола, ретроспективная оценка неучтенных кровопотерь → аудит случая.

Выводы. В перинатальном центре большое значение, в нашей деятельности придается постоянному обучению персонала. Это трудный, но наиболее надежный способ избежать ошибок в критической ситуации. С этой целью используется: видеонаблюдение, индивидуальное обсуждение не только личных, но и наиболее серьезных ошибок, рейтинговые листы медицинского персонала, индивидуальные и групповые тренинги, регулярные сдачи зачетов по навыкам оказания помощи в неотложных ситуациях. Наилучший эффект достигается своевременным выполнением каждого этапа профилактики и лечения послеродовых акушерских кровотечений, оперативных пособий по оптимальным показаниям, хорошо обученным персоналом. Аудит каждого случая кровотечения, особенно неучтенных кровопотерь. Одно лишь наличие современного оборудования не гарантирует хорошего результата.

Резюме. Акушерские кровотечения являются частым и грозным осложнением беременности и родов. Общая динамика числа рожениц родильниц со значительной и массивной кровопотерей (в том числе так называемые «near miss») демонстрирует существенную тенденцию к снижению. В перинатальном центре большое значение, в нашей деятельности придается постоянному обучению персонала. С этой целью используется: видеонаблюдение, индивидуальное обсуждение не только личных, но и наиболее серьезных ошибок, рейтинговые листы медицинского персонала, индивидуальные и групповые тренинги, регулярные сдачи зачетов по навыкам оказания помощи в неотложных ситуациях. Наилучший эффект достигается своевременным выполнением каждого этапа профилактики и лечения послеродовых акушерских кровотечений, оперативных пособий по оптимальным показаниям, хорошо обученным персоналом. Аудит каждого случая кровотечения, особенно неучтенных кровопотерь. Одно лишь наличие современного оборудования не гарантирует хорошего результата.

A.N. Strizhakov, L.D. Belotsercovtseva, I.I. Kilitcheva, I.V. Ignatko

STRATEGIES FOR PREVENTING MASSIVE OBSTETRIC HEMORRHAGE DURING THE PERINATAL CENTER CONDITIONS

First Moscow State Medical University IM Sechenov, Russia, Moscow
Surgut Clinical Perinatal Center, Medical Institute of Surgut State University, Khanty-Mansi Autonomous Region, Russia, Surgut

Obstetric hemorrhage is a frequent and severe complication of pregnancy and childbirth. Overall, trends in the maternal postpartum women with significant and massive blood loss (including the so-called «near miss») shows a significant downward trend. In the perinatal center of great importance in our work is given to ongoing training of staff. Used for this purpose: video surveillance, individual discussion of not only personal, but also the most serious errors, the rating sheets medical personnel, individual and group training, regular taking tests on skills to assist in emergency situations. The best effect is achieved by the timely implementation of each stage of the prevention and treatment of postpartum obstetric hemorrhage-making, operational manuals on the best indications, well-trained personnel. An audit of each case of bleeding, especially unaccounted blood loss. The mere availability of modern equipment does not guarantee a good result.

А.Н. Стрижаков, И.М. Богомазова, В.С. Белоусова, Ю.И. Толкач

АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России
Москва, Россия
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета

Проблема преждевременных родов до настоящего времени остается крайне актуальной, что продиктовано высокими стандартами качества здоровья населения, а значит, требует разработки современных подходов к диагностике и профилактике возможных причин досрочного прерывания беременности, а также оптимизации выбора метода родоразрешения в прогнозировании перинатальных исходов.

Целью настоящего исследования является изучение корреляции ранней неонатальной заболеваемости преждевременно родившихся детей в зависимости от сроков и причин наступления родов, а также способов родоразрешения.

Проведено комплексное ретроспективное обследование историй преждевременных родов у 60 пациенток, средний возраст которых составил 29,5 (±12,5) лет. 20 пациенток являлись первобеременными, остальные – повторнобеременными, у половины из которых отмечался высокий паритет. В качестве осложнений настоящей беременности у 15 пациенток имел место гестоз различной степени тяжести, у

13 – синдром задержки роста плода, у 39 – угроза прерывания беременности на различных сроках, у 1 – предлежание плаценты, у 2 – рубец на матке от предыдущего кесарева сечения. В 3 – наблюдениях произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 18 – зарегистрировано преждевременное излитие околоплодных вод, а в 36 – развитие родовой деятельности на различных сроках гестации. В сроках 22–28 недель преждевременные роды произошли у 5 пациенток, в 29–33 недели – у 22 и в 34–37 недель беременности – у 33 пациенток. Все дети родились в головном предлежании, из них 27 – через естественные родовые пути, а 33 – при помощи операции кесарева сечения. Средняя продолжительность родов у первородящих составила 6ч 40мин, а у повторнородящих – 4ч 05мин. Практически в половине наблюдений имели место быстрые роды, средняя продолжительность которых у первородящих составила 4ч 20мин, а у повторнородящих – 3ч 15мин. В 7 наблюдениях для обезболивания родов применялась перидуральная анестезия и еще в 7 – внутривенное введение промедола. Родостимуляция окситоцином по причине развития вторичной слабости родовой деятельности проводилась у 2 пациенток при сроке гестации 36 недель с положительным эффектом. Затяжных родов зарегистрировано не было. В 2 наблюдениях имел место длительный безводный промежуток (более 12ч). Средняя масса и рост детей, рожденных в сроках 22–28 недель были 750 г и 32,2 см соответственно, в 29–33 недели – 1422,3 г и 41,3 см и в сроках 34–37 недель – 1839,2 г и 46,35 см. При оценке состояния детей по шкале Апгар 40% родившихся в сроке 22–28 недель находились в состоянии тяжелой гипоксии, остальные –гипоксии средней степени тяжести. У новорожденных после 28 недель не отмечено тяжелой гипоксии, а после 34 недель и гипоксии средней степени тяжести. В сроке 29–33 недели 59,1% детей находились в состоянии среднетяжелой гипоксии, а остальные – в гипоксии легкой степени. В сроке 34–37 недель 57,6% детей родились в гипоксии легкой степени. Наиболее частыми осложнениями, выявленными у преждевременно родившихся детей, являлись синдром дыхательных расстройств I типа, внутриутробная гипотрофия и конъюгационная желтуха. Однако при детальном изучении особенностей ранней неонатальной адаптации обратило на себя внимание более низкий уровень перинатальной заболеваемости в группе детей, рожденных посредством операции кесарева сечения. Так, например, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (в т.ч. с прогностически неблагоприятным синдромом угнетения) отмечалось в 4 раза реже, аспирация околоплодными водами (с последующим развитием аспирационной пневмонии) – в 5 раз реже, а частота развития внутричерепного посттравматического кровоизлияния – в 8 раз реже по сравнению с таковыми у новорожденных, появившихся на свет путем самопроизвольных родов. В подавляющем числе наблюдений (37) было диагностировано внутриутробное инфицирование плода, что коррелировало с выявлением микробных ассоциаций в количестве 10^5 КОЕ и более по данным бактериологического исследования мазка из цервикального канала. В 7 наблюдениях у детей, родившихся через естественные родовые пути, диагностирована врожденная пневмония, в 3 – транзиторная дисфункция миокарда, в 2 – конъюнктивит, что не было выявлено ни у одного новорожденного после кесарева сечения.

Таким образом, в результате анализа перинатальных исходов нами показано, что оптимальным способом родоразрешения в сроках беременности 22–37 недель является операция кесарева сечения, при которой отмечается более низкий процент перинатальной заболеваемости (прежде всего, травматического генеза) и улучшение ранней неонатальной адаптации детей.

A.N. Strizhakov, I.M. Bogomazova, V.S. Belousova, Yu.I. Tolkach

ANALYSIS OF THE PERINATAL OUTCOME IN PRETERM LABOR

First Moscow State Medical University IM Sechenov
Russia, Moscow

The problem of preterm birth remains extremely urgent and requires the development of modern approaches to prevention and treatment of threatened abortion, as well as optimization of methods of early delivery.

А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, Ю.Ю. Попова

АНТЕНАТАЛЬНАЯ СМЕРТЬ ПЛОДА: РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время в мировом практическом акушерстве проблема антенатальной гибели плода (АГП) остается актуальной, социально значимой и недостаточно изученной. Этиология АГП многообразна, нередко этиологические факторы не имеют клинических проявлений до беременности. Несмотря на использование современных методов в диагностике причин смерти плода, выявление основной причины остается трудной задачей в 60% мертворождений. Установлено, что АГП в анамнезе является фактором риска повторных неблагоприятных исходов в последующей беременности, высокой неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности. В практическом акушерстве отсутствует алгоритм комплексного прегравидарного обследования и подготовки женщины после АГП к последующей беременности.

Клиническое ретроспективно-проспективное исследование проведено в 2 этапа. I этап – ретроспективное обследование 60 женщин с 62 одноплодными беременностями, завершившимися АГП в сроки 22–41 нед, для выявления факторов риска антенатальных потерь, особенностей беременности, завершившейся АГП, особенностей результатов морфологии плаценты и аутопсии мертворожденных. II этап – проспективное комплексное прегравидарное лабораторно-инструментальное обследование для выявления фактов риска повторных репродуктивных потерь в проспективной группе, которую составили 45 женщин ретроспективной группы, планировавших беременность и давших согласие на участие в исследовании. Контрольную группу составили 30 женщин с неотягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. На этапе ретроспективного исследования проводилось анкетирование женщин, анализ историй беременности и родов, выписных эпикризов, выписок из протоколов аутопсии и морфологического исследования плаценты.

Исследование инфекционного статуса включало: микроскопическое исследование влагалищных мазков; бактериологический посев на флору содержимого цервикального канала; ПЦР-диагностику содержимого цервикального канала для выявле-

ния фрагментов генома C. trachomatis, M. genitalium, M. hominis, U. urealiticum, ВПГ I и II типов, ЦМВ, ВПЧ (реактивы ЗАО «ДНК-Технология», Россия); исследование TORCH-инфекций. При анализе беременности, завершившейся АГП, выявлены особенности, способствующие развитию, несвоевременной диагностике и лечению осложнений гестации: у 9,8% женщин беременность наступила в результате применения ВРТ, в 13% – выявлены дефекты антенатального наблюдения, в 80% – выполнен неполный объем стандартных обследований в течение беременности. В 11,3% беременные перенесли генитальные инфекции, в 21% – ОРВИ. В 46,7% АГП произошла в сроки 29–37 нед гестации.

Результаты аутопсии мертворожденных и морфологического исследования плаценты подтверждают высокую частоту морфологических признаков хронической ПН (92%), низкий уровень компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте (9,7%). С ростом гестационного срока гибели плода частота выявления воспалительных изменений последа достоверно уменьшается с 67% во II триместре до 27% в III триместре, а частота гипоплазии плаценты увеличивается с 22 по 37 нед гестации.

На II этапе в результате комплексного лабораторно-инструментального обследования для подготовки к последующей беременности у женщин с предыдущими антенатальными потерями (проспективная группа, n=45) выявлены факторы риска повторных репродуктивных потерь. В 64,4% в проспективной группе выявлены генитальные инфекции, что в 16,3 раза чаще, чем в контрольной группе (OR=16,3, CI=4,27–62,3). В проспективной группе в 46,6% выявлены нарушения микроценоза влагалища, представленные избыточным ростом условно-патогенных микоплазм M. hominis и Ureaplasma spp. (26,6%), неспецифической вагинальной микрофлоры (факультативно-анаэробные грамположительные кокки и энтеробактерии) (20%), что сопровождалось клинико-лабораторными признаками воспаления нижних отделов половой системы. Только в проспективной группе были выявлены: бактериальный вагиноз, ассоциированный с Gardnerella vaginalis – в 13,3%, вирусные генитальные инфекции, сочетающиеся с клиникой экзо/эндоцервицита – в 11%, хламидийная инфекция – в 6,7%; вульвовагинальный кандидоз – в 13,3%. Только в проспективной группе в 42,2% выявлена генитальная микст-инфекция (p=0,019). В контрольной группе выявленное в 10% носительство условно-патогенных микоплазм было расценено как вариант вагинального нормоценоза. Также в проспективной группе в 8,97 раз чаще выявлялось повышение титра антител IgG к трем или четырем инфекциям TORCH-комплекса. Во время беременности у 17% беременных основной группы выявлены повторные нарушения микроценоза влагалища, успешно пролеченные до беременности. В 100% нарушения микроценоза проявлялись избыточным ростом неспецифической микрофлоры, преимущественно выявлялись во II триместре и сопровождались клиникой угрожающего прерывания беременности. Таким образом, на этапе предгравидарной подготовки для женщин с антенатальной гибелью плода в комплекс терапевтических мероприятий следует включать своевременную оценку состояния микроценоза родовых путей и инфекционного статуса женщин, а также терапию урогенитальных инфекции (эрадикацию патогенной и условно-патогенной вагинальной флоры; восстановление нормального биоценоза влагалища; проведение иммунокоррекции).

Резюме. В настоящее время в мировом практическом акушерстве проблема антенатальной гибели плода (АГП) остается актуальной, социально значимой и недостаточно изученной. Этиология АГП многообразна, нередко этиологические факторы не имеют клинических проявлений до беременности. Частота выявления воспалительных изменений последа составляет 67% во II триместре и 27% в III триместре

гестации, морфологических признаков хронической ПН – 92%. В 64,4% у женщин с антенатальной гибелью плода в анамнезе выявлены генитальные инфекции, что в 16,3 раза чаще, чем при неосложненной беременности. В 8,97 раз чаще выявлялось повышение титра антител IgG к трем или четырем инфекциям TORCH-комплекса. на этапе предгравидарной подготовки для женщин с антенатальной гибелью плода в комплекс терапевтических мероприятий следует включать своевременную оценку состояния микроценоза родовых путей и инфекционного статуса женщин, а также терапию урогенитальных инфекции (эрадикацию патогенной и условно-патогенной вагинальной флоры; восстановление нормального биоценоза влагалища; проведение иммунокоррекции).

A.N. Strizhakov, I.V. Ignatko, Y.Y. Popova

ANTENATAL FETAL DEATH: THE ROLE OF INFECTION

First Moscow State Medical University I.M. Sechenov
Russia, Moscow

At present, the global problem of practical obstetrics antenatal fetal death (AFD) remains relevant, socially relevant and understudied. AFD has got the diverse etiology, but often etiological factors have clinical manifestations prior to pregnancy. The detection rate of inflammatory changes in the placenta is 67% in the II trimester and 27% in the III trimester of gestation, morphological features of chronic placental insufficiency – 92%. In 64.4% of women with fetal death history of genital infection revealed that 16.3 times more often than with uncomplicated pregnancies. At 8.97 times more frequently found to have elevated titers of IgG antibodies to three or four infections TORCH-complex. At the stage of preconceptional preparation for women with fetal death in complex therapeutic interventions should include timely assessment of the state of microcenosis genital tract, and the inflectional status of women, as well as the treatment of urogenital infections (eradication of pathogenic vaginal flora, restoration of normal vaginal biocenosis, correction of the immune status).

И.М. Таюпова

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии №3,
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Беременные, страдающие железодефицитной анемией (ЖДА) более подвержены инфекциям, в свою очередь, инфекционные заболевания отягощают течение анемии, поскольку рост и размножение бактерий связаны с потреблением железа. При инфицировании повышается вероятность преждевременного прерывания бере-

менности, многоводия, формирования плацентарной недостаточности, развития гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде. Помимо этого, значительно увеличивается риск инфицирования новорожденного. При дефиците ионов железа происходит снижение фагоцитарной активности полиморфно-ядерных лейкоцитов, что способствует росту грибов. В связи с этим, рецидивы вагинального кандидоза во время беременности на фоне анемии более часты.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния ЖДА на течение вульвовагинального кандидоза (ВВК) у беременных.

Все пациентки находились во II–III триместрах беременности (сроки гестации составляли от 18 до 39 недель). Средний возраст обследуемых составил 27,4±1,8 года. Беременные были поделены на две группы: в 1-ю (основную) группу вошли 38 пациенток с ЖДА I степени (уровень гемоглобина составлял от 105 до 91 г/л), страдающих ВВК. Вторую группу (контрольную) составили 36 беременных с ВВК без дефицита железа.

Перед началом лечения всем пациенткам была произведена микроскопия влагалищного содержимого, окрашенного по Грамму, подтверждающая наличие грибов и нитей мицелия. В ходе проведения исследования были исключены урогенитальный хламидиоз, микоплазменная инфекция, гонорея, трихомониаз.

Для лечения ВВК беременным обеих групп был назначен «Ливарол», препарат, относящийся имидазоловому ряду для локального применения. Основой «Ливарола» является кетоконазол (производное имидазолдиоксолана), обладающий двумя основными механизмами противогрибкового действия. Препарат назначался по 1 вагинальному суппозиторию (один суппозиторий содержит в своем составе 0,4 г кетоконазола) на протяжении 10 дней. Параллельно проводилось лечение дефицита железа беременным женщинам основной группы.

После окончания лечения через 10 дней у 34 беременных из основной группы и у всех беременных контрольной группы влагалищный мазок соответствовал нормальным показателям с достаточным содержанием в нем лактобацилл, содержанием лейкоцитов не более 10–15 в поле зрения, отсутствием грибковой флоры.

Беременность завершилась своевременными родами у 27 женщин основной и 32 женщины контрольной группы, преждевременными (в сроках 34–36 недель) у 5 и 3 пациенток соответственно. Путем операции кесарево сечение были родоразрешены 15 женщин. С оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов родилось 46 детей, 6–7 баллов – 20 новорожденных, 5–6 баллов – 8 детей. У большинства детей ранний неонатальный период протекал гладко. Наиболее частыми осложнениями у новорожденных явилась перинатальная гипоксия, являющаяся следствием перенесенной внутриутробной гипоксии, причем данное осложнение встречалось преимущественное в группе женщин с дефицитом железа. Выписка родильниц и новорожденных производилась на 4–5 сутки после срочных родов и на 7–8 сутки после операции кесарева сечения. В шести случаях выписка была задержана по состоянию новорожденных (от 8 до 23 суток).

Таким образом, наличие ЖДА у беременных усугубляет течение и терапию ВВК, что требует разработки более эффективных методов комплексной терапии обоих состояний при гестации.

Резюме. Установлено, что наличие вагинального кандидоза у беременных с железодефицитной анемией способствует хронизации инфекции, что может усугублять дефицит железа.

I.M. Tayupova

INFLUENCE ON THE COURSE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA VAGINAL CANDIDIASIS IN PREGNANT

Bashkir State Medical University

Summary. The role of iron deficiency in appearing of infection complications during pregnancy. It is established that presence of vaginal candidiasis in pregnant women with iron-deficiency anemia makes the infection chronic that can intensify iron deficiency.

Л.А. Тоноян, Г.А. Алиева

ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова
Москва, Россия

Распространенность проведения оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения за последние годы значительно возросла. В связи с чем, значительно увеличилось число беременных и рожениц, имеющих рубец на матке после кесарева сечения. В последние 15 лет наблюдается распространение лапароскопической консервативной миомэктомии, в связи с развитием миомы матки в более раннем возрасте, быстрым ростом опухоли у женщин репродуктивного возраста и её большими размерами, препятствующими наступлению и вынашиванию беременности. Миомэктомию включили в комплекс прегравидарной подготовки. Следовательно, увеличивается количество рожениц и беременных с рубцами на матке после миомэктомий. Ведение беременности и родов у данного контингента больных имеет особую специфику.

Целью данного исследования – являлось изучение исхода беременности и родов у беременных и рожениц с рубцами на матке после операции кесарева сечения и консервативной миомэктомии, для профилактики и ранней диагностики осложнений.

Материалы и методы: нами было изучено 29 историй родов женщин с рубцами на матке после проведенных операций: кесарева сечения и миомэктомий.

Результаты исследования: среди беременных (29) с рубцами на матке при поступлении в стационар с диагнозом своевременные роды – 65,5% (19 случаев), с преждевременными родами – 27,5% (8 случаев), с запоздалыми родами – 3,4% (1 случай).

Осложнения в родах: преждевременное излитие околоплодных вод у 24% (в 7 случаях), аномалии родовой деятельности – 13% (4). Низкая плацентация была диагностирована по данным УЗИ – 3,4% (1), предлежание плаценты – 20% (6), крупный плод в 10%(3), тазовое предлежание было выявлено в 10% (3). Диагноз: несостоятельность рубца на матке по данным клинического и ультразвукового обследования – 31% (9 случаев). О разрыве матки в анамнезе упоминалось в 10% (3) случаев. При

осмотре матки интраоперационно было выявлено 12 случаев разрывов по старому рубцу, по поводу которых, были выполнены: иссечение краев разрыва матки с последующим ушиванием. Перевязка внутренних подвздошных артерий понадобилась в 68% (20 случаев). Кровопотеря составила от 700–1600 мл в 13% (4), от 1600–2500 мл у 31% женщин (9), от 2500–5000 мл в 27,5% (8), от 5000 мл и выше у 13% женщин (4).

Заключение. Беременные с рубцом на матке являются группой риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений. Для профилактики этих осложнений необходимо тщательное диспансерное наблюдение за беременной, своевременная дородовая госпитализация в стационар, с целью выработки плана родоразрешения и уменьшения осложнений, с сохранением репродуктивной функции женщин.

Резюме. Представлены результаты исследований исходов беременности и родов у беременных и рожениц с рубцами на матке после проведенных операций кесарева сечения и миомэктомии. Проанализированы осложнения родов и беременности, необходимость повторных оперативных вмешательств, с целью профилактики и ранней диагностики осложнений.

L.A. Tonoyan, G.A. Alieva

POSSIBLE RISK DURING DELIVERY OF PATIENTS WITH A UTERINE SCAR

Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Faculty,
Moscow State Medical and Dental University.
Moscow, Russia

Its presented the results of the research of outcomes of pregnancy and delivery of pregnant and parturient women with a uterine scar after cesarean section performed and myomectomy. Analyzed the complications of pregnancy and delivery, the necessity for repeated surgical interventions for the prevention and early diagnostics of complications.

А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин, М.Г. Рон

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. Семашко.
Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета

При угрозе прерывания беременности в I триместре прогестерон до беременности вызывает децидуальную трансформацию эндометрия, готовит его к имплантации оплодотворенной яйцеклетки, в период гестации способствует росту и васку-

ляризации миометрия, снижает возбудимость матки путем нейтрализации действия окситоцина.

Цель исследования: изучить возможности и оценить эффективность комплексной сохраняющей терапии у пациенток с угрозой прерывания беременности в первом триместре беременности.

Материалы и методы: Нами было исследовано 100 беременных с ретрохориальной гематомой. В исследование были включены перво- и повторнобеременные от 22 до 46 лет. Срок гестации составлял от 4-х до 13-й недели беременности. Проведено: сбор анамнеза, общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование с допплерометрией, определение уровеня цитокинов в сыворотке крови беременных при первом обращении и повторно через 4 недели на фоне лечения. Цитокины определяли реагентами ЗАО «Вектор Бест» для количественного определения методом ИФА. Исследовали продуцируемые при привычной потери беременности Т-хелперами (Th 1): IL 2, IFN α, IFN β, и (Th 2) : IL 4, IL 10, где подгруппа Th 2 (противовоспалительные цитокины) ответственна за адаптацию организма к беременности, развитие и сохранение беременности, и избыточная выработка Th 1 хелперов (провоспалительные цитокины), указывает на абортивные изменения эндометрия и прямую взаимосвязь прерыванием беременности. Всем пациенткам была проведена комплексная сохраняющая терапия с прогестероновой поддержкой (дидрогестерон (дюфастон) или микронизированный прогестерон (утрожестан)) в течении 4-х недель.

Результаты: При первичном обращении: по результатам клинических данных – боли внизу живота у n=22 (22%), кровянистые выделения из половых путей у n=34 (34%), сочетание двух симптомов у n=44 (44%). По данным УЗИ: гипертонус матки выявлен у n=61 (61%). Желточный мешок не визуализировался у n=14(14%) пациенток, срок беременности которых превышал 9–10 недель, что возможно было связано с физиологическим регрессом желтого тела. Объем гематомы составил от 0.61 до 39.1 см^3, средний диаметр гематомы составил 7.2 см^3. Объемы хориальной и амниотической полостей у n=76 (76%) соответствовали сроку беременности, и лишь у n=24 (24%) обнаружена гипоплазия амниона. По данным допплерометрии: единичные цветовые локусы у n=27 (27%), множественные – у n=65 (65%), и без цветовых локусов n=8 (8%). Повторное обращение через 4 нед на фоне медикаментозной поддержки развития беременности: самопроизвольным выкидишем завершилась беременность у 7 беременных (7%). Стоит отметить, что размеры ретрохориальной гематомы у этих беременных были наибольшими (от 25–39.1 см^3), боли внизу живота и кровянистые выделения по интенсивности и характеру не отличались от других женщин исследуемой группы. Повторное обследование остальных 93 (93%) беременных показало, что на фоне терапии умеренные боли внизу живота сохраняются у n=11 (11%), кровянистые выделения из половых путей у n=2 (2%), сочетание двух симптомов у n=4 (4%). По УЗИ: гипертонус матки не выявлен, срок беременности соответствует сроку гестации и прогрессирует. Гематома обнаруживается в виде очагов смешанной эхоплотности с или без кровотока вокруг плодного яйца у n=14 (14%), лишь в 5 (5%) случаев выявлена небольшая ретрохориальная гематома. По данным допплерометрии: единичные цветовые локусы у n=14 (14%), множественные – у n=5 (5%), и без цветовых локусов у остальных беременных. Результаты содержания цитокинов (pg/ml) в сыворотке крови в первом триместре физиологической и осложненной угрозой прерывания беременности (до и после терапии) (M±s) были следующими: до лечения IL-2 273,31±33,3, IL-441,32±22,73, IFN-g 131,4±160,43, IFN-a571,6±734,45, IL-10 6,82±0,93. После лечения: IL-2 310,26±41,3***, IL-4 57,06±31,1***, IFN-g 88,26±45,3***,

IFN-a 278,23±35,1***, IL-16,26±64,2***. При физиологической беременности: IL-2 348,92±37,06, IL-4 60,94±13,62, IFN-g 11,90±15,08, IFN-a 17,23±14,25, IL-10 22,23±4,03 (*** – p<0,001).

Заключение: таким образом, при угрозе прерывания беременности осложнившейся ретрохориальной гематомой, необходимо учитывать локализацию и объем гематомы, оценить объем экстраэмбриональных структур, желтого тела в яичнике и его васкуляризацию для выбора тактики ведения и лечения. Исследование уровня цитокинов в динамике является информативным методом для определения длительности и оценки эффективности комплексного лечения с гормональной (прогестероновой) поддержкой. «Золотой стандарт» лечения является пролонгация гормональной гестагеновой поддержки до 19–20-й недели беременности у пациенток с привычной потерей беременности в анамнезе.

Резюме. В работе рассмотрены вопросы диагностики и лечения беременности осложненной ретрохориальной гематомой в первом триместре.

A.M. Torchinov, M.M. Umahanova, G.L. Doronin, M.G. Ron

POSSIBILITY OF COMPLEX RETAINS THERAPY IN RETROCHORIAL HEMATOMA OF THE FIRST TRIMESTER IN WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE

Moscow State Medical and Dental University

The research describes the diagnostic and treatment of pregnancy with retrochorial hematoma.

А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин, М.Г. Рон

РЕТРОХОРИАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ: ПРОГНОЗЫ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. Семашко
Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета

Невынашивание беременности является медико-социальной проблемой. Своевременная оценка развития фетоплацентарной системы, начиная с самых ранних сроков беременности, наряду с применением высокотехнологичных методов: исследование состояния эмбриона/плода, экстраэмбриональных структур, оценка мать–плацента–плод, выявление особенности развития беременности при различных причинах невынашивания беременности позволяет разработать индивидуальную тактику ведения беременности, профилактические мероприятия, повысить эффективность медикаментозной терапии. Для оценки параметров формирования

эмбриона и экстраэмбриональных структур, особенностей становления фетоплацентарного комплекса, гемодинамики плода применяются ультразвуковое исследование и допплерометрия.

Цель исследования: Изучить течение и исход беременности у пациенток с отслойкой хориона (наличием ретрохориальной гематомы) в первом триместре беременности.

Материалы и методы: Нами было исследовано 100 беременных с ретрохориальной гематомой по данным анамнеза, общеклинического обследования и ультразвукового исследования. Средний возраст беременных составил 29,3 год, в исследование были включены беременные от 22 до 46 лет. Всем пациенткам после сбора анамнеза и общеклинического обследования проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) с допплерометрией. Срок гестации составлял от 4-х недель до 13-ой недели беременности включительно. Всем пациенткам была проведена комплексная сохраняющая терапия в течении 4-х недель.

Результаты: По результатам клинических данных при первичном обращении выявлены: – боли внизу живота у n=22 (22%), кровянистые выделения из половых путей у n=34 (34%), сочетание двух симптомов у n=44 (44%). По данным УЗИ: гипертонус матки выявлен у n=61 (61%). Желточный мешок не визуализирувался у n=14 (14%) пациенток, срок беременности которых превышал 9–10 недель, что возможно было связано с физиологическим регрессом желтого тела. Объем гематомы составил от 0.61 до 39.1 см^3, средний диаметр гематомы составил 7.2 см^3. Объемы хориальной и амниотической полостей у n=76 (76%) соответствовали сроку беременности, и лишь у n=24 (24%) обнаружена гипоплазия амниона. По данным допплерометрии обнаружены: единичные цветовые локусы у n=27 (27%), множественные- у n=65 (65%), и отсутствие цветовых локусов у n=8 (8%). При повторном обращении через 4 нед на фоне комплексной медикаментозной поддержки развития беременности выявлено следующее: самопроизвольным выкидишем завершилась беременность у 7 беременных (7%). Стоит отметить, что размеры ретрохориальной гематомы у этих беременных были наибольшими (от 25–39.1 см^3), боли внизу живота и кровянистые выделения по интенсивности и характеру не отличались от других женщин исследуемой группы. Повторное обследование остальных 93 (93%) беременных показало, что на фоне терапии умеренные боли внизу живота сохраняются у n=11 (11%), кровянистые выделения из половых путей у n=2 (2%), сочетание двух симптомов у n=4 (4%). По данным УЗИ: гипертонус матки не выявлен, срок беременности соответствует сроку гестации и прогрессирует. Гематома обнаруживается в виде косвенных УЗИ симптомов (очаги смешанной эхоплотности с или без кровотока) вокруг плодного яйца у n=14 (14%), лишь в 5 (5%) случаев выявлена небольшая ретрохориальная гематома, объем которой составил от 11 до 17 см^3, средний диаметр гематомы составил 7.2 см^3. Сравнительный анализ показал, что данные размеры гематомы сохраняются у беременных с изначально большим диаметром гематомы. По данным допплерометрии: единичные цветовые локусы у n=14 (14%), множественные – у n=5 (5%), и без цветовых локусов у остальных беременных.

Заключение: таким образом, при угрозе прерывания беременности осложнившейся ретрохориальной гематомой, необходимо учитывать локализацию, объем гематомы, оценить объем экстраэмбриональных структур, желтого тела в яичнике и его васкуляризацию для выбора тактики ведения беременности. Риск прерывания беременности прямо пропорционален размерам и локализации ретрохориальной

гематомы, соответственно, чем больше размеры гематомы и интенсивнее кровоток в участке, тем хуже прогноз и исходы беременности.

Резюме. В работе рассмотрены течение и исход беременности осложненной ретрохориальной гематомой в первом триместре.

A.M. Torchinov, M.M. Umahanova, G.L. Doronin, M.G. Ron

RETROCHORIAL HEMATOMA OF THE FIRST TRIMESTER: OUTLOOK AND PREGNANCY OUTCOMES

Moscow State Medical and Dental University

The research describes the pregnancy tendency and its outcome with retrochorial hematoma.

Н.А. Тюрина, Т.К. Парамонова, С.Б. Радынова

СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»
г. Саранск

Распространённость гестационного сахарного диабета (ГСД) зависит от частоты встречаемости сахарного диабета (СД) 2 типа и принадлежности популяции к определённой этнической группе. Данное заболевание осложняет 1–14% всех беременностей. В Российской Федерации распространённость сахарного диабета (СД) 1 и 2 типа среди женщин репродуктивного возраста составляет 0,9–2%; в 1% случаев беременная имеет прегестационный диабет, а в 1–5% случаев возникает гестационный сахарный диабет (ГСД) или манифестирует истинный сахарный диабет (СД).

В возникновении осложнений беременности основную роль играют нарушения микроциркуляции вследствие спазма периферических сосудов у больных сахарным диабетом (СД). Развивается гипоксия, локальное повреждение эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущее к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома. Активация перекисного окисления липидов и фосфолипазы приводит к образованию токсичных свободных радикалов и повреждению клеточных мембран. Инсулиновая недостаточность нарушает все виды обмена веществ, возникающая при этом гиперлипидемия приводит к выраженным структурно-функциональным изменениям клеточных мембран. Все это усугубляет гипоксию и микроциркуляторные нарушения, лежащие в основе осложнений беременности. Прогрессирующий генерализированный спазм сосудов в дальнейшем может приводить к возникновению гестоза и хронической плацентарной недостаточности.

Целью работы явилась оценка показателей гемостаза у беременных женщин с ГСД, компенсация которого осуществлялась различными способами (диета, инсулинотерапия), и с наличием присоединившегося позднего гестоза.

В исследование было включено 120 беременных женщин, которые составили три группы сравнения, в зависимости от форм компенсации диабета: I-я группа – ГСД – 60 беременных, коррекция показателей осуществлялась за счет диеты, II – ГСД (инсулинзависимый) – 20 беременных, коррекция сахара осуществлялась приемом инсулина, III – контрольная группа – 40 женщин, беременность которых протекала без осложнений. Среди наиболее частых осложнений гестации у данной группы беременных имели место поздний гестоз – 98 женщины (81,6%), фето-плацентарная недостаточность – 115 беременных (95,8%), многоводие – 69 беременных (57,5%), диабетическая фетопатия – 35 беременных (29,1%).

С целью оценки состояния системы гемостаза у беременных с ГСД, осложнившейся гестозом отдельно была выделена IV группа пациенток с ГСД и сочетанным поздним гестозом легкой степени тяжести (ГЛС) (ГСД+ГЛС – 40 беременных). Всем беременным определяли степень и скорость агрегации тромбоцитов, уровень фибриногена, протромбиновый индекс, показатели антитромбина III и Д-димеры. Концентрация фибриногена у беременных с ГСД (I группа) – 4,25±0,25 г/л была достоверно выше, чем в контрольной (III) группе – 3,65±0,6 ($p<0,05$), но ниже чем во всех остальных группах – ГСД (II группа) – 4,76±0,17 г/л, IV группа – 5,35±0,3 г/л ($p<0,05$). Данные показатели свидетельствуют о том, что у всех беременных с гестационным сахарным диабетом имел место синдром гиперкоагуляции.

Протромбиновый индекс (ПТИ) имел наименьшее значение в контрольной группе – 100±3,4%, прогрессивно увеличивался в остальных группах: I – 105,1±3,4%, II – 111±3,3% и имел наибольшее значение в IV группе – 114,2±2,7% ($p<0,05$). Содержание Антитромбина III (АТ) в исследуемых группах у беременных с ГСД составило от 83,3±2,4% (IV группа) до 86,3±3,17% – II группа, и 89,3±3,5% в I группе, что достоверно ниже чем в контрольной группе – 105,2±3,5% ($p<0,05$). Основную оценку степени риска повышенного тромбообразования характеризует Д-димер, который является конечным продуктом деградации фибрина под действием плазмина. Во всех группах исследования уровень Д-димера был выше нормы и составил в I группе – 465,6±3,3 нг/мл, во II и III – 549,2±8,7 нг/мл, и самый высокий уровень определялся в IV группе – 603,2±9,4 нг/мл. В контрольной группе уровень данного метаболита был достоверно ниже и соответствовал физиологическим значениям – 225,1±3,5 нг/мл ($p<0,01$).

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что ГСД является фактором риска возникновения синдрома гиперкоагуляции во время беременности. Наибольшие нарушения показателей гемостазиограммы выявлены у пациенток с ГСД в сочетании с поздним гестозом, что, по-видимому, обусловлено развитием гипоксии, локального повреждения эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущее к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома, генерализованным сосудистым спазмом. В остальных группах показатели гемостазиограммы были изменены в меньшей степени, а в контрольной группе не выходили за пределы пороговых значений. Это свидетельствует о необходимости своевременного проведения антикоагулянтной и антиагрегантной терапии, лечении осложнений гестации, адекватного контроля уровня гликемии у пациенток с ГСД для снижения риска акушерских и перинатальных осложнений.

N.A. Tyurina, T.K. Paramonova, S.B. Radynova

STATE OF PRO-AND ANTICOAGULATION SYSTEMS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL MELLITUS

Mordovia State University
Saransk

The aim of study was to evaluate hemostasis in pregnant women with GDM, the compensation is carried out in various ways (diet, insulin), and the presence of acceding late preeclampsia.

О.Ю. Цыганкова, Е.Н. Кравченко, М.С. Воронцова

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава России

Преждевременные роды являются одним из самых важных вопросов проблемы сохранения репродукции. Истмико-цервикальная недостаточность является одной из самых частых причин спонтанных преждевременных родов. В структуре невынашивания во II триместре беременности на долю ИЦН в сочетании с генитальным инфантилизмом приходится 40%, а в III триместре беременности ИЦН встречается в каждом третьем случае преждевременных родов (Кох Л.И., Сатышева И.В., 2012, Журавлёв А.Ю., 2012).

С целью оценки эффективности лечения ИЦН с помощью наложения хирургических швов и акушерских пессариев было изучено 187 пациенток, наблюдающихся с ИЦН. Диагноз ИЦН у всех беременных выставлялся на основании клинических данных и результатов УЗИ. Состояние шейки матки во всех группах до проведения коррекции ИЦН статистически не различалось. Основная группа: 64 беременных с наложением П-образных швов на шейку матки по методу А.И. Любимовой и Н.М. Мамедалиевой (1981) в сроки гестации 14–17 нед., 61 пациентка – с акушерскими пластиковыми пессариями, наложенными в сроки гестации 16–20 нед. (1-я группа сравнения). Во 2-ю группу сравнения были включены 62 беременные с наложением силиконовых пессариев также в сроке 16–20 нед.

Весьма значимое место в процессе развития беременности занимают осложнения гестации. Так в основной группе преобладают плацентарные нарушения (59,4±6,1%), встречающиеся в 2 раза чаще, чем в 1-ой группе сравнения (32,8±6,0%; $p<0,01$) и в 9 раз, чем во 2-й группе сравнения (6,5±3,1%; $p<0,001$). В динамике течения данной беременности риск самопроизвольного аборта во II триместре отмечался лишь в группе женщин с хирургической коррекцией (29,7±5,7%) и 1-й группе сравнения (31,1±5,9%; $p>0,05$), при этом у каждой второй пациентки основной группы наблюдался рецидив угрозы прерывания. Во 2-й группе сравнения данное осложне-

ние встречалось в 2,3 раза реже (12,9±4,3; p<0,05). У каждой четвертой женщины с хирургической коррекцией диагностировалось клиническое проявление плацентарной недостаточности – задержка развития плода (25,0±5,4%). Многоводие, подтверждающее наличие внутриутробной инфекции, выявлено у 25,0±5,4% основной группы, у 13,1±4,3% – группы сравнения (p>0,05) и лишь у 3,2±2,2% – контрольной (p<0,001). Преэклампсии не наблюдалось в группах сравнения, тогда как в основной группе частота составила 3,1±2,2%.

У женщин с хирургической коррекцией ИЦН несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в 64,1±6,0% наблюдений, в 26,2±5,6% – группы сравнения и 21,0±5,2% контрольной (p<0,001). Следовательно, преждевременный разрыв плодного пузыря выявлен в 3–4 раза чаще при хирургической коррекции шейки матки, чем при наложении акушерских пессариев. Частота преждевременных родов в группе беременных при хирургическом методе коррекции ИЦН составила 37,5±6,1% и статистически отличалась от данного показателя в группах пациенток с применением акушерского разгружающего пессария различных модификаций 13,1±4,3% (p<0,01). Преждевременные роды при применении акушерского пессария произошли в сроке 34–37 недель гестации, при хирургической коррекции ИЦН в 12,5±4,1% наблюдений преждевременные роды произошли до 34 недель.

Характер и частота осложнений родов в процессе анализа были изучены у женщин исследуемых групп. Через естественные родовые пути были родоразрешены 54 (84,4±4,5%) наблюдаемых основной группы; кесарево сечение произведено 10 беременным; в группе сравнения и контрольной группе роды per vias naturalis проведены у 98,4±1,6% и у 100±1,6% рожениц соответственно.

Таким образом, применение акушерского разгружающего пессария для профилактики преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности является более эффективным методом, имеющим меньшее число осложнений, чем при наложении хирургических швов.

Резюме. Проведен сравнительный анализ данных оценки эффективности хирургической и нехирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) для профилактики преждевременных родов у 187 беременных женщин. Нехирургическая коррекция ИЦН с помощью акушерского разгружающего пессария достаточно эффективна. Нами не выявлено специфических осложнений при применении пессариев и этот метод может широко использоваться в клинической практике.

O.Yu. Tsygankova, E.N. Kravchenko, M.S. Vorontsova

ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN. METHODS OF CORRECTION

Department of Obstetrics and Gynecology postdegree formation of Omsk state medical academy

Summary. A comparative analysis of data evaluating the effectiveness of surgical and nonsurgical correction of isthmic-cervical insufficiency to prevent preterm birth in 187 pregnant women. Nonsurgical correction of isthmic-cervical insufficiency using midwifery pessary is effective enough to unload. We have not identified specific complications when using pessaries. The method is safe, easy to use and can be widely used in clinical practice.

С.В. Шахтарина, А.А. Даниленко, Л.Н. Щелконогова, В.В. Павлов

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА: БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, ПОТОМСТВО У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России (Обнинск)

Применение современных программ лечения больных лимфомой Ходжкина (ЛХ) позволяет излечивать около 80% пациентов, в связи с чем становятся актуальными вопросы, связанные с качеством дальнейшей жизни. Учитывая, что большинство первичных больных ЛХ находится в репродуктивном возрасте, целесообразно оценить течение беременности, родов, состояние здоровья детей, родившихся у женщин после лечения ЛХ, а также возможную связь между беременностью и развитием рецидива ЛХ.

Под наблюдением находилось 340 женщин с ЛХ, получивших в МРНЦ химио-, лучевое или химио-лучевое лечение. Период лечения: с 1970 по 2011 гг., возраст во время лечения: 14–35 (медиана – 20) лет. Стадии ЛХ: I–II – 241 чел. (71%), III – 44 чел. (13%), IV – 55 чел. (16%). Симптомы интоксикации были у 110 чел.(30%). Программы лечения: только химиотерапия (по схемам COPP, BEACOPP – 6 чел.), гамма-облучение лимфатических коллекторов выше диафрагмы и селезенки в суммарной очаговой дозе (СОД) 40 Гр (77 чел.); химиотерапия по схеме COPP, CVPP + аналогичная лучевая терапия (224 чел.); химиотерапия по схемам ABVD, BEACOPP + облучение очагов поражения в СОД 20–30 Гр (33 чел.). Кроме того, из всей группы больных с химио-лучевым лечением у 26 чел. облучена парааортальная область, у 6 чел. – пахово-подвздошные области, у 16 чел. – экстранодальные очаги. Гормональная защита яичников не применялась. Сбор информации о течении беременности, родов, состоянии здоровья родившихся детей проводился путем изучения выписок из первичной медицинской документации с места жительства, опроса пациенток с помощью анкет и при непосредственном общении во время плановых обследований.

Беременность у большинства женщин протекала нормально. Выкидыши предшествовали родам у 6 чел. Беременность у 1 женщины прервана в 24 недели в связи синдромом Денди-Уокера у плода, у 1 – внутриутробной гибелью плода из-за врожденной патологии мочеполовой системы (синдром prune belly). У 338 женщин в возрасте 18–38 (медиана – 24) лет было 406 родов. Период после лечения ЛХ до родов: 10 мес. – 17 лет (медиана – 3,4 года). Срочных родов было 391 (96,3%), самостоятельных – 380 (93,6%).

Родилось 411 детей (мальчики – 47%, девочки – 53%). Двое – мертворожденные, 5 умерло в первые часы/дни после рождения (причины – отек головного мозга (1 чел.), легочно-сердечная недостаточность (2 чел.), не связанная с родами травма (1 чел.), нежизнеспособность плода (1 чел., на 8 месяце беременности). Доношенными было 387 (94%) детей. Рост и вес доношенных детей не отличались от нормальных значений. Большинство детей родилось здоровым, в дальнейшем их физическое, психическое состояние, частота и характер перенесенных заболеваний не отличались от таковых в обычной популяции, за исключением развития у 3 из них лимфомы Ходжкина. Врожденная или наследственная патология была у 14 детей (порок сердца – 3 чел., микроцефалия – 2 чел., гидроцефалия – 1 чел., расщелина верхней губы – 1 чел., фиброзная дисплазия кости – 1 чел., отсутствие почки – 1 чел., множественные

экзостозы костей – 1 чел., агаммаглобулинемия (болезнь Брутона) – 2 чел.(в одной семье), сенсорная тугоухость – 2 чел. (в одной семье). Общее количество врожденной и наследственной патологии с учетом 2 случаев прерывания беременности в связи с патологией плода – 16 из 413 чел. (3,9%). Период наблюдения за детьми – от 0 до 40 (медиана – 12) лет. Умерло в процессе жизни 5 чел. Причины смерти: пневмоцистная пневмония у ребенка с агаммаглобулинемией (1 чел.), сепсис (1 чел.), цирроз печени (1 чел.), суицид (2 чел.). Заболеваемость 23 детей второго поколения не отличалась от таковой в общей популяции.

Рецидив ЛХ после родов развился у 14 (4%) женщин, ремиссия у которых была частичной или полной, продолжительностью менее 2 лет до наступления беременности.

Таким образом, беременность после лечения ЛХ в большинстве случаев протекает нормально, не приводя к развитию рецидива ЛХ при наличии полной ремиссии ЛХ длительностью более 2 лет. Здоровье большинства рождаемых детей не отличается от здоровья сверстников в общей популяции. Имеются случаи развития лимфомы Ходжкина.

Резюме. Представлены данные, касающиеся течения беременности, родов у 340 женщин после химио-, лучевого или химио-лучевого лечения лимфомы Ходжкина в Медицинском радиологическом научном центре. Оценено состояние здоровья 433 детей: I (411 чел.) и II (22 чел.) поколений. Течение беременности и родов не отличалось от таковых в общей популяции. Большинство детей родилось здоровым. Физическое, психическое состояние, частота и характер заболеваний в процессе жизни не отличались от популяционных. Врожденная и наследственная патология в I поколении составила 3,9%. Беременность не приводила к возникновению рецидива, если полная ремиссия длилась более 2 лет.

S.V. Shahtarina, A.A. Danilenko, L.N. Schelkonogova, V.V. Pavlov

HODGKIN'S LYMPHOMA: PREGNANCY, LABOUR, PROGENY OF WOMEN AFTER TREATMENT

Medical Radiological Research Center, Russian Ministry
Obninsk

Summary. The data of pregnancy course in 340 women treated for Hodgkin`s lymphoma in the Medical Radiological Research Center (Obninsk, Russia) with chemo-, radiotherapy or combined chemo-radiotherapy are presented. Health status of 433 children (1st and 2nd generation, 411 and 22 children, accordingly) was evaluated too. Pregnancy course did not differ from general population. Most children were born healthy, their physical and mental status, morbidity rate were similar to those of general population. Congenital and hereditary pathology rate is 3,9%. Pregnancy didn`t lead to Hodgkin`s lymphoma recurrence after complete or partial remission duration more than 2 years.

ГЛАВА 5 / CHAPTER 5

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, Е.А. Богданова, С.А. Короткова, Е.В. Сибирская, М.В. Оганова

ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ У ДЕТЕЙ: СТРУКТУРА ПОВРЕЖДЕНИЙ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ
Измайловская детская городская клиническая больница
Москва, Россия

Травмы наружных половых органов связаны преимущественно с падением на острые или тупые предметы. Симптомы, сопровождающие повреждение гениталий: наружное или внутреннее кровотечение различной силы, боли в травмированной области – возникают сразу после нанесения травмы. На промежности и в области больших половых губ возникают отек и гематома. Травма наружных половых органов и промежности составляет у девочек по отношению к травмам других локализаций 3–4% (Богданова Е.А. 2011, Гуркин Ю.А. 2010, Уварова Е.В. 2009). У девочек школьного возраста травматизм гениталий достигает 4,7%, раннего и дошкольного возраста – 0,8%.

Цель исследования: Изучение причин травм промежности у детей, госпитализированных в экстренном порядке.

Результаты: За последние 3 года в ИДГКБ в экстренном порядке с травмами промежности обратились 1465 девочек. 625 (43%) девочек с ушибленной раной промежности, 115 (13%) девочек с осаднением слизистой вульвы, 225 (26%) девочек с частичным надрывом малых половых губ, 125 (14%) девочек с гематомами наружных половых органов, 115 (13%) девочек с разрывом промежности 1 степени, 125 (14%) девочек с разрывом промежности 2 степени, 135 (16%) девочек с разрывом промежности 3 степени. Госпитализированы 325 (22%) девочек: с частичным или полным отрывом малых половых губ – 15 (4%), с гематомами наружных половых органов – 25 (7%), с разрывами промежности 1 степени – 65 (20%), с разрывами промежности

2 степени – 95 (29%), с разрывами промежности 3 степени – 125 (38%). В 98% случаев причинами возникновения травм наружных половых органов были механические повреждения.

Заключение: Наиболее часто причинами травм наружных половых органов были механические травмы. Причинами наиболее частых обращений в приемное отделение больницы были оссадненые слизистой вульвы, а наиболее частыми причинами госпитализации в стационар являлись разрывы промежности 2–3 степени.

L.V. Adamyan, T.M. Glybina, E.A. Bogdanova, E.V. Sibirskaya, M.V. Oganova

PERINEAL TRAUMA IN CHILDREN: STRUCTURE DAMAGE

Department of Reproductive Medicine and Surgery FPDO MSMSU
Ismail city children's hospital.
Moscow, Russia.

In the thesis, the structure of perineal trauma in children. The most common cause of injury of the external genitalia were mechanical injury. The most frequent causes of emergency room hospital were ossadnenye mucosa of the vulva, the most frequent causes of hospitalization were 2–3 degree perineal tears.

Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская, М.Б. Гарунова

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Измайловская детская городская клиническая больница Москва, Россия

Врожденная гиперплазия коры надпочечников – тяжелая наследственная ферментопатия, при которой у девочек формируется пороки развития наружных половых органов (Дзенис И.Г., 2009, Дедов И.И., 2011). Снижение фертильности с врожденной дисфункцией коры надпочечников (адреногенитальным синдромом) до сих пор считается актуальной проблемой, несмотря на оптимизацию диагностики и лечения данного заболевания (F. Gastaud et al., Франция, 2007; Anne Bachelot et al., Франция, 2007). Развитие репродуктивной системы по женскому типу у нелеченых девочек с врожденной гиперплазией коры надпочечников, как правило, наступает поздно. Регулярный менструальный цикл и развитие молочных желез возможны лишь в условиях адекватно проводимой терапии глюкокортикоидами. Причиной нарушений менструальной функции, прежде всего, следует считать гиперпродукцию надпочечниковых андрогенов, которые, подавляя циклическую секрецию гонадотропинов и непосредственное

развитие фолликула, вызывают его преждевременную атрезию. Среди всех дисфункций коры надпочечников, обусловленных недостаточностью ферментов, в 95% случаев выявляется недостаточность 21-гидраксилазы. Высокая частота носительства мутантного гена в популяции влечет за собой и высокую частоту появления больных детей среди новорожденных. Учитывая высокую частоту ВГКН, актуальным является изучение репродуктивного здоровья девочек с данным заболеванием (White P.C., Speiser P.W., 2000; Марченко Л.А., Ильина Л.М., 2009; Богданова Е.А., 2011). Работа выполнена в рамках гранта президента РФ по государственной поддержке научных исследований молодых российских ученых – докторов наук (МД-853.2013.7)

Цель нашего исследования: оценить состояние репродуктивной системы у девочек и девушек с врожденной гиперплазией коры надпочечников, госпитализированных в стационар ИДГКБ.

Материалы и методы: обследованы 50 пациенток с недостаточностью 21-гидроксилазы. Регулярный менструальный цикл имел место почти у половины пациенток 22 (43,3%), у 14 (63,6%) из них МЦ был регулярным с менархе, а у 8 (36,4%) после периода олигоменореи. У пациенток с регулярным менструальным циклом средний возраст менархе составил 13,1±1,4 года и достоверно не отличался от возраста менархе в популяции – 12,7±0,9 лет. Все пациенты с регулярным менструальным циклом как на момент обследования, так и по ретроспективным данным получали адекватную заместительную гормональную терапию. Структура менструальной дисфункции у больных с ВГКН представлена следующим образом: олигоменорея имела место у 13 (27%), первичная аменорея у 7 (13,5%), вторичная аменорея у 8 (16,2%) пациенток. Ановуляторные циклы были выявлены у 5 (13,5%) девочек сольтеряющей формой. У всех больных с вторичной аменореей были выявлены УЗИ-признаки поликистоза яичников. Степень тяжести менструальной дисфункции соответствовала степени декомпенсации заболевания и соответственно качеству проводимой терапии

Выводы: частота нарушений менструальной функции в целом составила 56,7%. Не вызывает сомнения тот факт что высокий процент менструальных дисфункции отражается на качестве жизни больных с ВГКН и может затруднить процесс адаптации в женском поле. В связи с этим, только тщательный контроль адекватности проводимой терапии способен предупредить развитие различных нарушений репродуктивной функции и обеспечить максимально полную адаптацию 46,XX больных с ВГКН в женском поле.

L.V. Adamyan, E.A. Bogdanova, T.M. Glybina, E.V. Sibirskaya, M.B. Garunova

THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN GIRLS AND YOUNG WOMEN WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

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» A.I Evdokimov
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital Moscow, Russia

The article presents data on violations of menstrual function puberty girls with congenital adrenal hyperplasia. Congenital adrenal hyperplasia – a heavy hereditary fermentopathy in which the girls formed malformations of the external genitalia.

Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская, М.Б. Гарунова

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Измайловская детская городская клиническая больница Москва, Россия

Врожденная гиперплазия коры надпочечников является наследственным заболеванием, характеризующимся нарушением синтеза кортикостероидов, в основном кортизола, в результате дефицита ферментных систем коры надпочечников с одновременной избыточной продукцией андрогенов в надпочечниках. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу и проявляется в гомозиготном состоянии. Распространенность составляет в среднем 1:4000–5000, а гетерозиготное носительство – 1:35 – 40 человек. Избыточная продукция андрогенов составляет главный патогенетический механизм развития вирилизации женского организма, проявления которого зависит от степени секреции андрогенов и времени начала патологии. Пороки развития наружных гениталий у девочек при врожденной гиперплазии коры надпочечников – это всегда сложная задача в диагностическом, лечебном плане и в последующей реабилитации. Ранняя хирургическая коррекция данной патологии является одним из основных условий правильного воспитания, становления психического статуса и последующей оптимальной половой и социальной адаптации индивидуума, поэтому с нашей точки зрения первый этап феминизирующей пластики – различные варианты уменьшения размера гипертрофированного клитора и рассечения урогенитального синуса, должен проводиться до 3-х летнего возраста ребенка, пока у него отсутствует половая самоидентификация. Работа выполнена в рамках гранта президента РФ по государственной поддержке научных исследований молодых российских ученых – докторов наук (МД-853.2013.7)

Целью нашей работы: является улучшение косметических результатов хирургического лечения и сохранение эрогенно чувствительных тканей клитора в послеоперационном периоде у девочек с врождённой дисфункцией коры надпочечников.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 60 девочек, с диагнозом врожденная дисфункция коры надпочечников, с различной степенью вирилизации. Степень вирилизации ранжировали по шкале A. Prader: 36 человек (60%) имели III степень вирилизации, 14 человек (23%) – IV степень, 6 человека (10%) – V степень, 4 человека (7%) – II степень. При коррекции гениталий II степени вирилизации применяли одноэтапную методику – у 4 пациентов.

Выполнению хирургической коррекции должно предшествовать обязательное полное эндокринологическое обследование. Оценивая результаты первого этапа, следует отметить, что только трем девочкам (5%) было проведено удаление кавернозных тел с сохранением головки на сосудисто-нервном пучке с рассечением урогенитального синуса до года. От 1 года до 3 лет феминизирующая пластика была выполнена у 21 (35%) девочки. Старше 3-х лет данный этап был завершен у 36 (60%) пациенток. Сохранение сосудисто-нервного пучка при выполнении первого этапа

пластики (в возрасте от 1года до 3 лет) позволяет получить хороший косметический результат с сохранением чувствительности клитора. Второй этап целесообразно выполнять в пубертатном периоде на фоне достаточной эстрогенизации и возможности мотивированного бужирования, что в последующем обеспечивает хорошую психосексуальную адаптацию пациентов в обществе.

Выводы: Таким образом, оперативная коррекция наружных гениталий у девочек с вирильными гениталиями с сохранением сосудисто-нервного пучка позволяет оптимально адаптировать пациенток в обществе и является операцией выбора при хирургическом лечении данной патологии.

L.V. Adamyan, E.A. Bogdanova, T.M. Glybina, E.V. Sibirskaya, M.B. Garunova

THE FIRST STAGE FEMINIZING PLASTICS EXTERNAL GENITALIA IN GIRLS WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

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» A.I Evdokimov
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital Moscow, Russia

Congenital adrenal hyperplasia is an inherited disorder characterized by impaired synthesis of corticosteroids, mainly cortisol, resulting in deficiency of enzyme systems of the adrenal cortex with simultaneous excessive production of androgens by the adrenal glands.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА

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

Абдоминальные боли у девочек-подростков – распространенное явление, часто служащее причиной госпитализации в стационар.

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дает следующее ее определение: боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей.

По данным N. Reim (1998, 2004) у 90% детей с абдоминальной болью органического заболевания нет, и только в 10% случаев удается установить органическую причину абдоминалгий.

При возникновении болей в нижней части живота у девочек и девушек для правильной диагностики возникшего состояния следует учитывать основные положения доказательной медицины, с категорией доказательности А, относящиеся к данному симптомокомплексу:

– боли в нижней части живота у девочек, девушек и женщин чаще связаны с патологией кишечника, а не с гинекологическими заболеваниями;

– циклические боли, кровянистые выделения или выделения из половых путей с неприятным запахом обычно свидетельствуют о заболеваниях половой сферы;

– болевой синдром при гинекологических заболеваниях возникает чаще у девочек старшего школьного возраста и связан с менструальной функцией, воспалительными процессами, пороками развития и новообразованиями половых органов.

В основу работы положено ретроспективное и проспективное изучение 800 историй болезни девочек госпитализированных в экстренном порядке с болями в животе в приемное отделение Детской Измайловской Городской Клинической больницы с 2010 по 2012 гг. Возраст обследуемых девочек колебался от 11 лет до 17 лет 11 месяцев и 29 дней, средний возраст 14,2±3,6 лет (здесь и далее M±m).

Абдоминальная боль, имеющая органическую причину, в 82% случаев была связана с хирургической патологией, и только в 18% случаев из всех обследуемых девочек и девушек с патологией репродуктивной системы. Частота встречаемости гинекологической патологии, сопровождающаяся болями в животе, по данным экстренной госпитализации в Измайловскую детскую городскую клиническую больницу с 2010 по 2012 гг: апоплексия яичников – 12%, овуляторный синдром – 15%, опухоли и опухолевидные образования яичников, осложненное течение – 42%, воспалительные заболевания внутренних половых органов-4%, перекрут неизмененных придатков матки – 8%, первичная дисменорея – 12%, некоторые формы врожденных аномалий развития половых органов – 6%, ранения сводов влагалища, проникающие ранения брюшной полости – 1%.

Причины диагностических ошибок и ошибок в выборе тактики ведения и лечения девочек и девушек с острыми болями в животе: недостаточно глубокие знания анатомии и физиологии репродуктивной системы, пренебрежение гинекологическим анамнезом, отсутствие дооперационного УЗИ мониторинга органов малого таза и ревизии органов малого таза при аппендэктомии, неправильная оценка интраоперационной ситуации, отсутствие онкологической настороженности при выявлении опухолей и опухолевидных образований яичников.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, E.A. Bogdanova, T.M. Glybina

ABDOMINAL SYNDROME IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGIST

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"
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital
Moscow, Russia

In the article present the propriety material of authors in children with gynecological pathology and vast literary review devoted to differential diagnosis, diagnostic mistakes and other.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Н.Н. Кириленко

ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У СЕКСУАЛЬНО-АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Московский государственный медико-стоматологический университет
Москва, Россия

Раннее начало половой жизни является причиной катастрофического роста у молодежи заболеваний передающихся половым путем и различных видов патологий шейки матки. В структуре гинекологических заболеваний девушек-подростков 15–18 лет по данным профилактических осмотров и обращаемости патология шейки матки составляет 37,3%. Патология шейки матки – групповое название самых различных по генезу заболеваний и состояний, затрагивающих шейку матки, и включающих такие заболевания, как эрозии, эктопии, эктропион, эндометриоз шейки матки, лейкоплакия, дисплазия шейки матки и полипы шейки матки.

Для изучения структуры патологии шейки матки у сексуально-активных подростков мы обследовали 107 девушек в возрасте 14–17 лет. К 14 годам первый опыт сексуальных отношений имели 12 (11,2%) девочек, к 15 годам – 18 (16,8%) девочек, к 16 годам – 96 (89,?%) девушек, к 17 годам все 100% девушек имели опыт сексуальных контактов. Из всех обследуемых девушек барьерной контрацепцией пользовались лишь 24 (22,4%).

Изучая состояние шейки матки мы оценивали кольпоскопическую картину, данные онкоцитологии с поверхности экзо- и эндоцервикса, данные бактериологического и культурального обследования влагалищного содержимого.

Среди инфекции передаваемых половым путем преобладали папилломовирусная и хламидийная инфекция в 25,2% и 17,8% случаев соответственно. Трихомониаз был выявлен только у 2 (1,9%) девушек. В структуре патологии шейки матки обследованных девушек-подростков преобладали: эктопии шейки матки у 28 (26,2%) девушек,

цервициты у 16 (14,9%) девушек, папилломы шейки матки у 19 (17,8%) девушек. При бактериологическом и культуральном обследовании влагалищного содержимого девочек с патологией шейки матки было выявлено увеличение количества эпителиальных клеток, рост числа лейкоцитов, появление патогенных или большого количества условнопатогенных бактерий.

Учитывая полученные нами данные, можно говорить об увеличении роста патологий шейки матки у сексуально-активных подростков, что объясняется ранним началом половой жизни, пренебрежением барьерной контрацепцией, ростом числа инфицированных девушек заболеваниями, передающимися половым путем.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, N.N. Kirilenko

PATHOLOGY OF CERVIX OF THE SEXUALLY – ACTIVE ADOLESCENTS

Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education
Moscow State medico-stomatological University
Moscow, Russia

The article presents data on cervical pathology among sexually-active adolescents. Observed was growth of cervical pathology, which is explained by the early beginning of sexual life, disregard of barrier contraception, the increasing number of infected girls sexually transmitted disease.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, О.А. Фатькина, И.В Поддубный, Т.М. Глыбина

АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА

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

В настоящее время сочетание аппендицита с воспалительными заболеваниями придатков матки встречается по данным ряда авторов с частотой от 12 до 68% случаев (Богданова Е.А., 2000, Чундукова М.А., 2007, Ипатова М.В., 2008 и др.). Аппендикулярно-генитальный синдром несет в себе опасность возникновения анатомо-топографических и функциональных изменений половой сферы, а также нарушения репродуктивной функции в дальнейшем. Доказано, что у девушек, перенесших аппендикулярно-генитальный синдром, чаще встречается апоплексия

яичника, эктопическая беременность, у каждой четвертой регистрируется первичное бесплодие, также часты самопроизвольные выкидыши (Гуркин Ю.А., 2010).

За период с 2009 по 2011 год на базе Измайловской деткой городской клинической больницы нами было проведено обследование девочек, поступивших в стационар с абдоминальным синдромом и прооперированных по поводу острого аппендицита. Проводился анализ жалоб, данных объективного обследования, данных клинико-лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости и полости малого таза). Всего за указанный период острая хирургическая патология подтверждена интраоперационно и по данным гистологического исследования у 279 (11.2%) девочек. Сочетанная аппендикулярно-генитальная патология по данным УЗИ органов брюшной полости и полости малого таза выявлена у 34 (12.2%) девочек. В 100% случаев аппендикулярно-генитальный синдром был подтвержден интраоперационно.

Наиболее часто сочетание аппендицита с воспалительными изменениями придатков матки встретилось при гангренозном аппендиците 1(9%), гангренозно-перфоративном аппендиците 6 (17.1%). При осложненных формах острого аппендицита частота встречаемости аппендикулярно-генитального синдрома составила порядка 75% случаев.

Частота встречаемости сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии в зависимости от анатомической формы расположения червеобразного отростка выявлена в следующем соотношении: в малом тазу – 14 (41.2%), типично (правая подвздошная ямка) – 11 (14.7%), у входа в малый таз – 5 (14.7%), ретроцекально – 4 (11.7%) случаев.

Проведенное нами исследование свидетельствует, что наиболее часто аппендикулярно-генитальный синдром встречается при гангренозной и гангренозно-перфоративной форме острого аппендицита, а также при осложненных формах аппендицита и расположении червеобразного отростка в малом тазу. Это следует учитывать гинекологу детей и подростков при наблюдении девочек перенесших операции в связи с острым аппендицитом для своевременного и корректного назначения противоспаечной терапии.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, O.A. Fatkina, I.V. Poddubniy, T.M. Glybina

APPENDICULAR-GENITAL SYNDROME IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGIST

Department of pediatric surgery of Post-Graduate Education Faculty and 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"
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital
Moscow, Russia

The survey data from girls with appendicular-genital pathology conducted on the basis of Pediatric Clinical Hospital is presented. The overall incidence of this pathology during the period from 2009 to 2011 is detected. The dependence of the frequency appendicular-genital

syndrome from the morphological forms of acute appendicitis and the anatomical location of the appendix. is determined.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская

НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ВИРИЛИЗАЦИИ

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

Основными клиническими проявлениями гиперандрогенемии считаются различные варианты андрогензависимой дермопатии: гирсутизм, акне и андрогенная алопеция. Геперандрогения также сопровождается нарушениями менструального цикла, в большинстве случаев связанных с хронической ановуляцией. Гиперандрогения у подростков должна быть подтверждена лабораторно. Необходимо оценивать уровень общего и, особенно, свободного тестостерона, полового стероид-связывающего глобулина. Одним из важных клинических проявлений гиперандрогении яичникового генеза является хроническая ановуляция и, как следствие, нарушения менструального цикла по типу олигоменореи. В первые годы после менархе ановуляция выявляется у 40–50% девушек.

Нами изучен гормональный статус, эхографическая картина органов малого таза и менструальная функция 60 девушек с клиническими признаками вирилизации (гиперандрогении надпочечникового – различные формы ВДКН и яичникового – формирующийся СПКЯ – генеза). Выявлена зависимость степени тяжести нарушения менструальной функции от определённых показателей гормонального профиля девушек. Проведена работа по изучению рецепторного аппарата девочек, страдающих ВДКН. Работа выполнена в рамках гранта президента Российской Федерации по государственной поддержке научных исследований молодых российских ученых – докторов наук (МД-853.2013.7).

Основными клиническими признаками вирильного синдрома являются нарушение темпов к последовательности полового развития, нарушение становления менструального цикла с момента менархе, пограничные варианты гирсутизма, избыточная масса тела и гиперандрогенные дермопатии.

Эхографическая картина яичников при яичниковой гиперандрогении характеризуется увеличением объема яичников, наличием мелких кистозных образований, расположенных преимущественно диффузно по отношению к строме яичника, отсутствием утолщения капсулы яичников. В ряде случаев отмечается нормальная эхоструктура яичников.

При синдроме гиперандрогении у подростков имеются выраженные гормональные нарушения, лежащие в основе формирования хронической ановуляции.

В основе профилактики нарушений менструальной функции у девочек и девушек с вирильным синдром лежит раннее выявление групп риска и комплексное оздоровление данных пациенток, направленное на повышение адаптационно-ком-

пенсаторных возможностей организма и восстановление правильного вегето-гормонального баланса.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya

VIOLATION OF MENSTRUAL FUNCTION IN GIRLS AND YOUNG WOMEN WITH CLINICAL SIGNS OF VIRILIZATION

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"
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital
Moscow, Russia

In the heart of prevention of violations of menstrual function in girls and young women with syndrome of virilization is early identification of risk groups and comprehensive rehabilitation patient data, aimed at increasing the adaptive-compensatory abilities of the body and restore the correct vegetative-hormone the balance.

Л.В. Адамян, З.Н. Макиян, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская, А.А. Плошкина

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

ФГБУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РФ
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ
Измайловская детская клиническая больница, Москва, Россия

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – гетерогенный симптомокомплекс, сопровождающийся развитием эндокринных и метаболических нарушений, а также, морфологическими изменениями яичников у пациенток с длительной (хронической) ановуляцией.

Мультифолликулярные яичники в пубертатном периоде, до установления нормального ритма менструальной функции, являются физиологической нормой.

Формирование поликистоза яичников (СПКЯ) является растянутым во времени процессом, а отдельные его признаки могут оказаться транзиторными явлениями, сходными с физиологической нормой развития гонад в период полового созревания девушек.

Вопросы ранней диагностики СПКЯ и его предикторов у пациенток подросткового возраста, определение клинически-значимых маркёров синдрома, разработка системного подхода к коррекции различных эндокринных и метаболических нарушений требуют особого внимания и подробного изучения.

Цель исследования – выявление ранних клинически-лабораторных маркёров формирующегося СПКЯ у подростков.

Работа выполнена в рамках Гранта Президента Российской Федерации для поддержки молодых учёных и ведущих научных школ МД-853.2013.7

Материалы и методы: Обследовано 50 пациенток в возрасте от наступления менархе до 18 лет, демонстрирующих клинические проявления хронической ановуляции, гиперандрогении, нарушений обмена веществ и, таким образом, представляющие собой группу риска по развитию в будущем синдрома поликистозных яичников. Обследование включало: изучение жалоб пациенток, физикальный осмотр, определение гормонов в сыворотке периферической крови иммуноферментным методом, трансабдоминальное УЗИ органов малого таза, тесты функциональной диагностики.

Результаты: У 43(86%) обследованных пациенток выявлены следующие нарушения менструального цикла пациенток:

– Олигоменорея у 32 (64%)

– Первичная аменорея у 1 (2%)

– Вторичная аменореи у 10 (20%) пациенток.

У большинства пациенток обнаружены клинические признаки гиперандрогении: гирсутизм – у 32%, гипертрихоз – у 18%, акне (acne vulgaris) – у 22%; повышение индекса массы тела (ИМТ) в сочетании с олигоменореей – у 38%.

У обследованных девушек выявлены выраженные нарушения гормонального статуса. В отличие от типичной для женщин репродуктивного возраста клинико-лабораторной картины СПКЯ, у девушек-подростков, включённых в исследование, ведущими маркёрами яичниковой дисфункции выступили повышение уровня андростендиона и индекса свободных андрогенов, тогда как увеличение соотношения ЛГ/ФСГ было выявлено только у 2 пациенток. При оценке гормонального статуса выявлено увеличение соотношения ЛГ/ФСГ более 2,5–4%; увеличение уровня общего тестостерона при нормальных значениях ДГЭА-С и 17-ОН – у 42% девушек; увеличение индекса свободных андрогенов (ИСА, FAI) – 68%; увеличение уровня андростендиона – 72%; повышение индекса инсулинорезистентности (HOMA-IR) более 2,7 – 36% юных пациенток.

У 12% пациенток эхографическая картина СПКЯ – объём яичника более 10 см3, наличие множества (более 12) равновеликих примордиальных фолликулов диаметром до 8–10 мм, у большинства расположенных по периферии.

В 62% случаев эхо-картина была представлена яичниками нормального объёма с небольшим числом фолликулов диаметром 4–10 мм, расположенных по всему яичнику. Эхографические параметры матки и яичников соответствовали возрастной норме у 26% обследованных девушек.

Выводы: Для пациенток пубертатного периода, имеющих клинические признаки ановуляции эхографическая картина СПКЯ не столь выражена, по сравнению со взрослыми пациентками, страдающими поликистозом яичников.

По-видимому, морфологические изменения поликистоза яичников являются результатом длительной и хронической ановуляции различного генеза, начинающей формирование в пубертатном периоде.

Возможно, нарушения гормональной регуляции в данной возрастной группе не столь выражены и являются обратимыми.

Вероятно, в связи с наличием нескольких изоформ ЛГ, отличающихся строением боковых олигосахаридных цепей и, как следствие, уровнем биологической активности [L.Speroff, A.Dunaif, 2006], информативным маркёром СПКЯ может являться именно уровень биоактивных форм ЛГ, а не его соотношение с ФСГ.

L.V. Adamyan, Z.N. Makiyan, T.M. Glybina, E.V. Sibirskaya, A.A. Ploshkina

CLINICAL AND HORMONAL MARKERS OF POLYCYSTIC OVARY OF ADOLESCENT FEMALES

Federal State University Scientific Center of obstetrics, gynecology and perinatology, Moscow
Moscow State medico-stomatological University, department of reproductive medicine and surgery

Polycystic ovary syndrome is recognized in 4–12% infertile women in reproductive age. The prevalence of the disorder in adolescent population is poorly defined. The pathogenesis as well as the early diagnostic markers and management of this disorder are widely debated.

PCOS is a terminal condition due to chronically anovulation. Apparently, the pathogenetic manifestation of polycystic syndrome starts in adolescence.

Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, Е.А. Богданова, Е.В. Сибирская

ДИСТОПИЯ ПРИДАТКОВ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО-ПОВОДУ НЕУЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕВОЧЕК

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

Паховая грыжа – это патологическое выпячивание брюшины в полость пахового канала. Паховый канал представляет собой полость треугольного сечения, в которой у женщин проходит круглая связка матки. Паховые грыжи относятся к наиболее распространенным грыжам брюшной стенки. По подвижности грыжевого мешка различают: – ущемленные, – не ущемленные паховые грыжи. При ущемленной паховой грыже грыжевое выпячивание и его содержимое не способны вернуться в физиологическое положение. При не ущемленной паховой грыже возможно самостоятельное вправление грыжи. Также выделяют врожденные и приобретенные грыжи.

У девочек при неущемленной или ущемленной паховой грыже содержимым грыжевого мешка могут быть не только петли кишечника, как один из возможных вариантов, придатки матки. Если, грыжа не осложнилась ущемлением, и кровоток в придатках сохранен, то есть, они жизнеспособны, необходимо вправить содержимое грыжевого мешка в брюшную полость и произвести пластику пахового канала.

В Измайловской Детской Городской Клинической Больнице за последние 10 лет были прооперированы 24 девочки, перенесшие в раннем детском возрасте операции по-поводу паховых грыж. У всех 24 девочек содержимым грыжевого мешка были придатки матки, которые в 100% случаев были сохранены и вправлены в брюшную полость, также была произведена пластика пахового канала.

При проведении лапароскопий у этих девочек, в связи с придатковыми образованиями у 21 (87,4%) девочки придатки были локализованы в малом тазу, в типич-

ном месте расположения придатков матки. У 3 (12,6%) девочек на стороне проведения операции по поводу паховой грыжи в детстве расположение придатков было атипичным. В 100% случаев они располагались забрюшинно и были видоизменены, представляя собой тубоовариальные образования с тяжелой степенью деструкции, без возможности дифференцировки ткани яичника и маточной трубы. Операции у этих девочек протекали со значительными техническими сложностями и потребовали удаления придатков на стороне поражения у всех трех девочек. Гистологический анализ материала подтвердил некротические изменения ткани придатков у всех 3 девочек (100%). Следует отметить, что интервал между операциями по поводу паховой грыжи в детстве и операцией на придатках матки у девочек составлял 10 лет и более.

Мы считаем, что причиной атипического расположения придатков после операций по-поводу неущемленных паховых грыж у этих девочек явилось аномально низкое расположение воронко-тазовых связок.

Во избежание подобных ситуации, все операции по-поводу неущемленных паховых грыж у девочек, где содержимым грыжевого мешка являются придатки матки необходимо проводить с лапароскопической ассистенцией, для контроля над положением придатков матки в малом тазу с необходимостью фиксации придатков матки в правильном положении.

L.V. Adamyan, T.M. Glybina, E.A. Bogdanova, E.V. Sibirskaya

ABNORMAL LOCATION OF THE UTERINE APPENDAGES, AS A COMPLICATION OF SURGERY ABOUT INGUINAL HERNIA IN 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"
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital
Moscow, Russia

In the thesis are the data on atypical location of the uterine appendages girls operated previously in connection with inguinal hernias, the contents of the bag which had the uterine appendages

В.О. Андреева, А.А. Машталова, Ю.А. Тян

ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗИРОВАННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ДИНАМИКУ СЫВОРОТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ КАСПАЗЫ-8 У ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВАМИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Россия, г.Ростов-на-Дону, ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Министерства здравоохранения РФ

В настоящее время постоянно дискутируютсявопросы лечения и реабилитации пациенток с маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП), как в связи с частыми рецидивами, так и из-за социально-экономических проблем, обусловленных стойкими нарушениями менструального цикла и развитием гормонально обусловленных заболеваний в последующие периоды жизни, в том числе снижением фертильности. Несмотря на проводимое лечение, включающее широкое применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК), у 32,1% МКПП носят рецидивирующий характер, что объясняет невозможность использования для всех пациенток унифицированной схемы лечения. Длительный приемподростками КОК с «противорецидивной» целью, оказывает выраженное торможение гонадотропной функции гипофиза, что осложняет восстановление нормального ритма менструаций и не устраняет основные причины заболевания. В связи с этим, дальнейшее изучение этиологии и патогенеза МКПП в аспекте нарушения системных процессов апоптоза, может помочь в дифференцированном выборе лечения. В контексте изложенного, мы решили провести сравнительную оценку влияния низкодозированных КОК на динамику сывороточного содержания одного из маркеров Fas-опосредованного апоптоза – сывороточного содержания апоптозоспецифической протеазы (каспазы-8) при различной длительности лечения, направленного на профилактику рецидивов МКПП, а также установить диагностическую и прогностическую значимость каспазы-8для оценки эффективности лечения и прогноза восстановления менструальной функции у пациенток с МКПП. Мы использовали КОК, содержащие 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, как рекомендуемые для проведения гормонального гемостаза и профилактики дальнейших рецидивов МКПП. Суммарная гемостатическая доза этинилэстрадиола составила 90–120 мкг. В последующие дни проводилось постепенное снижение суточной дозы до 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела (1 таблетки в сутки). Длительность приема составляла 21 день. Для профилактики рецидивов МКПП данный препарат назначался в режиме приема КОК в течение 2 последующих менструальных циклов. Нами исследовано сывороточное содержание каспазы-8 методом ИФАу 80 пациенток с МКПП до начала лечения (первый визит), через 7 дней от начала лечения (переход с «гемостатической» дозы на «контрацептивную» – 2 визит), через 30 дней от начала лечения (3–5 день менструации после отмены 1 курса приема КОК – 3 визит) и через 3 месяца от начала лечения – окончание двух курсов лечения (4 визит). Результаты исследования сравнивались с группой контроля (20 здоровых девочек-подростков).

Во 2 визите уровень каспазы-8 не различался со своим низким базальным уровнем (p>0,05), а в 3 периоде – превышал базальные значения в 1,7 раза (p<0,05), сохранялся на таком же уровне в конце исследования, но при этом оставался сниженным по сравнению с группой контроля в 2,3 раза (p<0,05). Следовательно, проведенный гормональный гемостаз и последующий 3-месячный прием КОК не влиял на выявленный при 1 визите пациентки дефицит сывороточного уровня каспазы-8, что свидетельствовало о некорригируемом дефекте эффекторного этапаапоптоза. В дальнейшем, это может способствовать формированию гиперпластических процессов эндометрия и рецидивам кровотечений в последующие периоды жизни. Применив метод «дерево решений», мы разработали алгоритмдля прогнозирования возможных рецидивов МКПП и выбора оптимальной и дифференцированной тактики дальнейшего ведения пациенток.

Нами установлено, что при регулярном менструальном цикле уровень каспазы-8 соответствует значениям более 0,2 нг/мл. При рецидивах МКПП данный показатель снижен по сравнению с «критическим» уровнем – установленным диагностическим порогом – 0,2 нг/мл. При значениях каспазы-8 выше данного порога – рецидивы МКПП маловероятны, лечебная тактика пациентки с МКПП может быть ограничена 1гемостатическим курсом лечения. При уровне ниже 0,2 нг/мл – в комплекс лечения необходимо включать терапию прогестагенами во II фазу менструального цикла.

Резюме. Исследовано влияние низкодозированных КОК на динамику сывороточного содержания каспазы-8у пациенток с МКПП, а также установлена диагностическая и прогностическая значимость каспазы-8для оценки эффективности лечения и прогноза восстановления менструальной функции. Установлено, что при регулярном менструальном цикле уровень каспазы-8 превышает 0,2 нг/мл, а при рецидивах МКПП – ниже данных значений

V.O. Andreeva, A.A. Mashtalova, Yu.A. Tyan

INFLUENCE LOW-DOSE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES DYNAMICS SERUM LEVELS OF CASPASE-8 IN PATIENTS WITH RECURRENT UTERINE BLEEDING PUBERTY

Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
Rostov, Russia

Summery. We have studied the effect of low-dose COCs on the dynamics of serum caspase-8 in patients with uterine bleedings in puberty. A diagnostic and prognostic significance of caspase-8 has been established to assess the effectiveness of the treatment and prognosis of menstrual function recovery. It was found that caspase-8 level is greater than 0.2 ng / ml in girls with regular menstrual cycle, and in patients with uterine bleedings – below these values.

Е.Ю. Гречко

РЕАКЦИИ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Ростов-на-Дону, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение адаптационных реакции у девочек-подростков, страдающих нарушениями менструального цикла.

Были исследованы 2 группы девушек: основная группа (n=118) – подростки подвергающиеся воздействию комплекса неблагоприятных факторов и контрольная группа (n=108) – девушки того же возраста с сопоставимыми видами НМЦ без влияния комплекса факторов риска. Оценку адаптационных реакций у детей по сигнальным показателям лейкоцитарной формулы крови проводили по методике Гаркави Л.Х. (1998г). Определялись типы адаптационных реакций – тренировки, спокойной активации, повышенной активации, переактивации или стресса.

В основной группе девочек с нарушениями менструального цикла, большинство антистрессорных адаптационных реакций (62,2%) протекало на низких уровнях реактивности. При этом преобладающей реакцией у большинства больных подростков (28,8%) была реакция повышенной активации, протекающая на низком уровне реактивности, с элементами напряжения в показателях лейкоцитарной формулы. Большая частота отклонений в лейкоцитарной формуле (напряжение по эозинофилам, моноцитам, в ряде случаев повышенная СОЭ) позволяло относить антистрессорные реакции спокойной и повышенной активации и реакции тренировки к низким уровням реактивности. Выявленные достоверные отличия в частоте встречаемости напряженных реакций адаптации в сравниваемых подгруппах подростков обусловили необходимость выявления доли напряженных адаптационных реакций (низкого уровня реактивности) в зависимости от видов нарушения менструального цикла. Так, в основной группе среди изучаемой гинекологической патологии наибольшая частота неблагоприятных адаптационных реакций низкого уровня реактивности была зарегистрирована у девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствовал о том, что более 90% девочек с нарушениями менструального цикла, а также находящихся под влиянием комплекса факторов (основная группа) находились в состоянии значительно более выраженного угнетения защитных подсистем организма (антистрессорные реакции низких уровней реактивности, реакция переактивации, стресс) по сравнению с подростками контрольной группы, проживающими в благоприятной окружающей обстановке (контрольная группа). Это обосновывает необходимость расширения спектра базовой патогенетической терапии, а также разработку комплексной программы реабилитации для девочек-подростков со сниженными адаптационными возможностями к воздействию комплекса неблагоприятных факторов, а также страдающих нарушениями менструального цикла.

Резюме. Проведена оценка адаптационных реакций у 118 девочек-подростков с нарушением менструального цикла по сигенальным показателям лейкоцитарной формулы крови по методу Гаркави. В результате анализ полученных данных свидетельствует о том, что более 90% девочек с нарушениями менструального цикла, а

также находящихся под влиянием комплекса факторов, более расширенный спектр базовой патологической терапии, а также разработку комплексной программы реабилитации для девочек подростков со сниженными адаптационными возможностями к воздействию комплекса неблагоприятных факторов, а также страдающих нарушениями менструального цикла, способствует нормализации менструального цикла.

E.J. Grechko

REACTION OF THE BODY SYSTEMS OF ADOLESCENT GIRLS SUFFERING FROM DISORDERS MENSTRUATION

SEI HPE "Rostov State Medical University"
Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don

The assessment of adaptive responses in 118 adolescent girls with menstrual irregularities by sigenalnym indicators of blood leukocyte method Garkavi. In results of analysis of the data indicates that more than 90% of girls with menstrual irregularities, as well as being under the influence of a complex of factors, a wider range of basic pathological therapy and the development of a comprehensive rehabilitation program for teenage girls with reduced ability to adapt to the adverse effects of complex factors, as well as suffering from disorders of the menstrual cycle, helps normalize menstrual cycle.

А.В. Добровольская-Катринич[1,2], В.С. Гудумак[1], В.Н. Мошин[1,2], М.П. Тодираш[1]

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ДЛЯ ПРОГНОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 35 ЛЕТ

1 – Государственный медицинский и фармацевтический университет им. «Николая Тестемицану»
2 – Национальный центр репродуктивного здоровья и медицинской генетики, Кишинев, Республика Молдова

Преждевременная отслойка плаценты (ОП) это одно из самых опасных осложнений беременности. Ранняя диагностика данного осложнения и применение методов профилактики у беременных с вероятным риском может изменить ход событий осложнений в течении беременности как для матери так и для плода.

Целью нашего проспективного исследования явилось изучение соотношения концентрации IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, TNF-α, SDF-1a и VEGF в амниотической жидкости плода (АЖП) и материнской сыворотки крови с последующим развитием преждевременной ОП плода у беременных старше 35 лет. Данное когортное исследование включило 128 беременных, которые были подвергнуты инвазивной пренатальной диагностики в период с 16-й по 19-ю неделю беременности. В 6-ти случаях беремен-

ность осложнилась ОП нормально расположенной плаценты, которые родили при сроке 32–36 недель, а у 17-ти женщин (контрольная группа) беременность прошла без особых осложнений. Уровни всех исследуемых факторов иммунного гомеостаза определяли с помощью иммуноферментного анализа (ELISA).

В результате ретроспективного анализа оказалось что в группе с преждевременной ОП на 50% увеличилась концентрация TNF-α (p=0,003) и в два раза уровеньVEGF (p=0,01) в АЖП, а в сыворотке крови матери, концентрация провоспалительного IL-6 выросла на 60% (p<0,01) в сравнении с контрольной группой.

В заключении, на основании вышеизложенных данных мы выявили взаимосвязь между уровнем модуляторов воспаления во втором триместре беременности и вероятности прогнозирования последующего развития преждевременной ОП плода.

Резюме. В данном исследовании было изучено корреляция между уровнем цитокинов в амниотической жидкости плода (АЖП) и образцов материнской крови во втором триместре беременности у женщин после 35 лет, течение беременности которых впоследствии было осложнено отслойкой плаценты. Было установлено, что возникновение отслойки плаценты предшествует значительное увеличение IL-12 и VEGF в АЖ и IL-6 в крови матери.

A.V. Dobrovolskaya-Catrinici, V.S. Gudumak, V.N. Moshin, M.P. Todirash

DIAGNOSTIC VALUE FOR PROGNOSIS CYTOKINE LEVELS ABRUPTIO PLACENTA IN PREGNANT WOMEN AGED OVER 35

Chisinau, Republic Moldova

Summary. Placental abruption (PA) is an uncommon obstetric complication associated with high perinatal mortality rates. In this study we have investigate the correlation between cytokine levels in fetal amniotic fluid (AF) and maternal blood samples in the second trimester of pregnancy in pregnant women after 35 years which was subsequently certified PA. It was found that the onset of PA is preceded by a significant increase of IL-12 and VEGF in AF and IL-6 in maternal blood.

А.А. Машталова, В.О. Андреева, Ю.А. Тян, В.А. Линде

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ РАСТВОРИМЫХ МАРКЕРОВ FAS-ОПОСРЕДОВАННОГО АПОПТОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Ростов-на-Дону

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) являются «дебютом» гормонзависимой патологии, которая в репродуктивном периоде жизни представлена доброкачественными пролиферативными заболеваниями, в основе развития которых лежат патологические процессы, объединяемые общим названием – «гиперпластический синдром». При МКПП возможно угнетение не только локального апоптоза клеток эндометрия, но и нарушение процессов апоптоза на системном уровне.

Один из механизмов апоптоза реализуется через систему Fas (CD95)/Fas-лиганд (FasL). Среди маркеров апоптоза наиболее изученным является клеточный рецептор CD95 (Fas), по содержанию которого судят об активации и готовности клеток к Fas-индуцированному апоптозу. В данном процессе решающая роль принадлежит также системе лигандов, основных индукторов сигнала к запуску апоптоза, а также системе каспаз, отвечающих за эффекторное звено клеточной гибели. Через несколько часов от начала синтеза FasL в клетке начинаются необратимые изменения, приводящие к ее естественной гибели. При связывании Fas с FasL активируется апоптозоспецифическая протеаза (каспаза-8), что приводит к запуску апоптоза в клетке. Уровень растворимых форм sFas и sFasL может отражать активность процессов апоптоза в тканях.

С целью уточнения патогенетической роли, клинико-диагностической и прогностической значимости дисбаланса sFas, sFasL и каспазы-8 при МКПП, мы исследовали данные показатели в двух группах пациенток. Первую группу составляли 43 девочки с МКПП. Полученные результаты сравнивались с группой контроля, состоящей из 20 здоровых девочек-подростков без нарушений менструального цикла. Группы были полностью сопоставимы по возрасту и индексу массы тела.

Анализ полученных результатов выявил снижение уровня ингибитора апоптоза – sFas – у пациенток с МКПП в 1,23 раза по сравнению с девочками из группы контроля ($p<0,05$).

Исследуя уровень индуктора апоптоза – sFasL, мы установили, что данный показатель у больных I группы был ниже, чем в контрольной группе – в 2,02 раза, что указывало на ослабление индукции апоптоза при МКПП. Таким образом, снижение сывороточного содержания, как ингибитора, так и индуктора апоптоза в группе больных по сравнению со здоровыми девочками, отражает участие этих факторов в патогенезе МКПП. С одной стороны, низкие значения ингибитора апоптоза – растворимого sCD95 – косвенно указывают на активность этапа индукции Fas-опосредованного апоптоза за счет ослабления ингибирующих влияний со стороны sFas. С другой стороны, продукция растворимых форм индуктора апоптоза – sFasL – также была снижена. Учитывая оппортунистические взаимоотношения sFas и sFasL, представлялось

значимым найти показатель для оценки конечного эффекта их разнонаправленного действия. В I группе показатель sFas/sFasL был в 1,27 раза выше, чем в группе контроля, что указывало на снижение активности апоптоза у девочек с МКПП на системном уровне. Несмотря на то, что сывороточное содержание обоих рассматриваемых маркеров у пациенток с МКПП было ниже, чем у здоровых девочек, величина индекса sFas/sFasL превышала показатель группы контроля. Это отражало превалирование процессов ингибирования апоптоза над его индукцией. При сравнении сывороточного содержания растворимого ингибитора апоптоза у пациенток репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла и в группе здоровых женщин было установлено повышение уровня sFas при патологическом ритме менструаций. С одной стороны, это не совпадает с нашими результатами, касающимися определения абсолютного содержания sFas. С другой стороны, исследование соотношения ингибитора/индуктора апоптоза в системе sFas-sFasL, позволило нам установить приоритет ингибирования апоптоза над его индукцией, что в полной мере совпадает с данными литературы, свидетельствующими о подавлении процессов апоптоза при нарушении менструальной функции.

Каспаза-8 является инициаторным фрагментом каспазного каскада индукции апоптоза. Нами выявлено снижение сывороточного содержания каспазы-8 у пациенток с МКПП в 3 раза по сравнению с группой контроля. Это свидетельствовало о слабой инициации эффекторного этапа апоптоза у пациенток с МКПП, что может способствовать утяжелению и хронизации расстройств менструальной функции, и впоследствии приводить к формированию гиперпластических процессов эндометрия.

Резюме. Исследованы маркеры апоптоза sFas, sFasL и каспаза-8 у девочек-подростков с маточными кровотечениями пубертатного периода. Выявлено превалирование процессов ингибирования апоптоза над его индукцией, а также доказан дефект эффекторного этапа апоптоза у пациенток с МКПП, что приводит к формированию гиперпластических процессов эндометрия.

A.A. Mashtalova, V.O. Andreeva, Yu.A. Tyan, V.A. Linde

STUDY THE ROLE OF SOLUBLE MARKERS FAS-MEDIATED APOPTOSIS PATHOGENESIS METRORRHAGIA PUBERTY

Rostov-on-Don, Russia

Summary. Apoptosis markers, such as sFas, sFasL and caspase-8 at adolescent girls with uterine bleedings in pubertal period were investigated. The prevalence of inhibition of apoptosis over its induction, and also a defect of an effector stage of apoptosis at these patients were revealed, that leads to formation of endometrial hyperplasia.

А.В. Московкина, В.А. Линде, О.З. Пузикова

РОЛЬ АНДРОСТЕНДИОНА В ГЕНЕЗЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ПУБЕРТАТНОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

ФГБУ «Ростовский НИИ акушерства и педиатрии» Минздрава РФ,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Одной из возможных причин патологии системы репродукции является синдром гиперандрогении (ГА). Андростендион играет важную роль в физиологии женского организма, так как является прегормоном и подвергается конверсии в тестостерон или эстрон в периферических тканях. Однако, следует отметить, что сообщения, посвященные исследованию андростендиона у девочек пубертатного возраста с овариальной дисфункцией, имеют единичный характер.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение секреции андростендиона у девочек-подростков с клиническими проявлениями гиперандрогении и нарушениями менструального цикла.

В исследование были включены 104 пациентки в возрасте 15–17 лет. 1-ю группу составили 42 девочек-подростков с различными клиническими проявлениями ГА (акне, гирсутизм различной степени тяжести) и регулярным менструальным циклом. Во 2-ю группу были включены 42 девочки-подростка с вышеуказанными проявлениями ГА и нарушениями менструального цикла (НМЦ), преимущественно, по типу олигоменореи. В контрольную группу вошли 20 обследуемых с нормальным менструальным циклом и без клинических проявлений ГА. Концентрация андростендиона (Ан) исследовалась в сыворотке крови иммуноферментного анализа на 5 день менструального цикла. Функциональное состояние гипофиза, яичников и надпочечников оценивалось по уровню базальных показателей лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ), эстрадиола (Э2), пролактина, свободного тестостерона (Тс), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГАС), 17-гидроксипрогестерона (17-ОП), дегидротестостерона (ДГТ) в сыворотке крови на 5 день менструального цикла методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа.

По нашим данным, установлено, что содержание Ан находилось в пределах референсных значений (0,39–2,77нг/мл) только у 29% пациенток с ГА, тогда как в контрольной группе – у 97% девочек-подростков ($p=0,001$). Примечательно, что у подростков с проявлениями ГА по сравнению с группой контроля обнаружено значительное (в 2 и более раза) повышение секреции Ан ($p=0,017$).

Повышение уровня Ан было выявлено в обеих клинических группах, однако у пациенток с НМЦ установлено более значимое увеличение секреции гормона ($p=0,037$) по сравнению с группой подростков, имеющих проявления только андрогензависимой дермопатии. Данный факт указывает на ключевое участие Ан в генезе менструальной дисфункции у девочек пубертатного возраста. При исследовании коррелятивных связей нами была выявлена положительная корреляция между уровнем Ан и ЛГ ($p=0,013$), что свидетельствует о связи между нарушением ритма секреции гонадотропинов и продукцией андростендиона. Наличие прямой связи между Ан и ДГАС ($p=0,028$) не исключает адреналового происхождения андрогенов в сложном

патогенезе формирования ГА. Выявленная отрицательная корреляция между Ан и Э2 (p=0,002) подтверждает супрессивное влияние андрогенов на эстрогенпродуцирующие процессы в яичниках при синдроме ГА.

Выводы. Повышенная продукция андростендиона может быть одной из основных причин формирования овариальной дисфункции у подростков с гиперандрогенией, что требует обязательного исследования данного показателя при наличии клинических признаков гиперандрогении и различных нарушений менструального цикла.

A.V. Moskovkina, V.A. Linde, O.Z. Puzikova

ANDROSTENDION ROLE IN GENESIS OF OVARIAN DYSFUNCTION IN AT HYPERANDROGENIC ADOLESCENT GIRLS

Rostov Scientific and Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
Rostov-on-Don, Russia

The aim of the study was to investigate the blood serum androstendion in 84 patients adolescent girls with different clinical manifestations of syndrome of hyperandrogenism HA and menstrual irregularities. The results of the study indicate the key role of androstendion in the formation of the clinical manifestations of hyperandrogenism and menstrual disorders in adolescent girls.

С.Ю. Муслимова, И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКА У ДЕВОЧЕК

Кафедра акушерства и гинекологии №3, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия

Среди акушеров-гинекологов и детских хирургов до сих пор нет единого мнения по поводу тактики лечения при перекрутах ножки кист яичников у девочек. Отечественные авторы считали, что деторсия придатков матки может привести к тромбоэмболии. Зарубежные авторы не проводили деторсию из-за боязни диссеминации при злокачественном процессе. Однако, в последние десятилетия публикуется всё больше работ подтверждающих не только безопасность деторсии, но и полноценное восстановление функции яичника после неё.

За 21 год, с 1992 по 2013 годы, нами было обследовано и пролечено 1056 девочек в возрасте от 0 до 17 лет с новообразованиями яичников. Осложненные новообразования яичников были выявлены у 247 больных (23,3%). В большинстве случаев, у 209 пациенток, это был перекрут ножки кисты яичника. У девочек младшего возраста

из-за несвоевременной диагностики нередко возникали воспалительные инфильтраты брюшной полости.

Разрыв капсулы новообразования за единственным исключением, встречался у девочек старшего возраста и в подавляющем большинстве случаев при кистах желтого тела. Перекрутом ножки чаще всего осложнялись эпителиальные опухоли. Доля осложнений находилась в обратно пропорциональной зависимости от возраста больных, чем старше возраст – тем меньше осложнений, за исключением препубертатного периода.

У всех наших пациенток с перекрутом ножки кисты яичника, кроме новорожденных и младенцев, наблюдалась типичная клиника – внезапные сильные приступообразные боли, сопровождающиеся тошнотой и многократной рвотой. Все девочки обращались за медицинской помощью в первые сутки, но в связи с тем, что при поступлении в стационар девочкам в большинстве случаев не проводилось ни бимануальное исследование, ни УЗИ органов малого таза и брюшной полости, ни консультация гинеколога у 24% пациенток новообразования яичников были выявлены только спустя несколько суток. У 7,5% пациенток новообразование яичника были обнаружены только во время лапаротомии или лапароскопии, а в 1,2% правильный диагноз был выставлен только после напрасно проведенной аппендэктомии.

У новорожденных и младенцев перекрут ножки кисты яичника был выявлен в 55% случаев, в 7% случаев произошла самоампутация придатков и в 10% – сформировался инфильтрат в брюшной полости. У девочек нейтрального периода (в возрасте от 1 года до 8 лет) перекрутом ножки осложнились 29% новообразований яичников, в 11% случаев сформировались инфильтраты брюшной полости. В препубертатном периоде перекрут ножки кисты яичника встречался в 40%, а инфильтраты брюшной полости – в 4%. В старшей возрастной группе перекрут ножки кисты яичника был диагностирован всего в 12% случаев, разрыв капсулы – в 5%, у 6 девочек (0,8%) сформировались инфильтраты брюшной полости, а у 2 девочек – разлитой перитонит.

После проведения деторсии у 72 больных, осложнения мы наблюдали только у 2 пациенток. У одной из них вокруг яичника сформировался инфильтрат и девочке была произведена лапароскопия и адгезиолизис с санацией брюшной полости, Во втором случае больной пришлось выполнить релапароскопию по поду кровотечения из оперированного яичника. С 2008 года всем больным с инфильтратами органов малого таза и брюшной полости, образовавшимися после перекрута ножки НОЯ, мы проводили повторную лапароскопию на 3–4 сутки послеоперационного периода для адгезиолизиса и введения мезогеля.

Течение послеоперационного периода различалась в зависимости от доступа и характера осложнения. Наиболее тяжело протекал послеоперационный период у девочек после лапаротомии. В этой группе повышением температуры тела часто продолжалось более 2–3 суток. Наименее выраженным подъём температуры, и его длительность наблюдались после лапароскопических операций.

Более тяжелое течение послеоперационного периода наблюдалось у больных с перекрутом ножки новообразования яичника. Лихорадочный период после деторсии и цистэктомии был менее длительным и выраженным, чем после аднексэктомии.

Нами был произведен анализ оценки жизнеспособности тканей яичника и маточной трубы во время осмотра хирурга и при гистологическом исследовании, расхождения чаще выявлялись у девочек старшего возраста. У новорожденных расхождения в оценке жизнеспособности придатков матки были выявлены 2 случаях из 53, у детей нейтрального периода в 2 случаях из 15, в препубертатном периоде – в 16 из 32, у девочек I и II фазы пубертатного периода в 17 из 40 случаев. Таким образом,

более чем в половине случаев имелась возможность провести органосохраняющую операцию.

Для снижения доли органоуносящих операций при этой патологии необходимо, чтобы всех девочек с острыми болями в животе осматривал гинеколог. Мы считаем, что при перекруте ножки кисты яичника предпочтение должно отдаваться органосохраняющим операциям, а именно деторсии и цитэктомии.

Резюме: авторы проводят анализ обследования и лечения 209 девочек в возрасте от 0 до 18 лет с перекрутом ножки кисты яичника. Ими было выявлено, что не смотря на яркие клинические проявления этого осложнения у 25% больных диагноз был поставлен спустя 7 и более суток. Частота перекрута ножки кисты яичника уменьшалась с возрастом пациенток. При сопоставлении оценки жизнеспособности придатков матки после перекрута хирургами и патологоанатомами было выявлено, что в половине случаев хирурги ошибались.

S.U. Muslimova, I.V. Sahautdinova, T.P. Kuleshova, A.R. Hajbullina

AN ORGAN SAVING OPERATIONS IN OVARIAN NEOPLASMS TORSION IN GIRLS

Department of obstetrics and gynecology no. 3, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

The authors analyze the examination and treatment of 209 girls aged 0 to 18 years with ovarian cyst torsion. They found that despite the bright clinical manifestations of this complication in 25% of patients the diagnosis was made after 7 and more days. Frequency ovarian cysts torsion decreased with age. When comparing estimates of viability after torsion surgeons and pathologists found that in half of cases, surgeons were wrong.

Д.А. Султанова, Ю.А. Петров, Ю.Ю. Чеботарева

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность изучения проблем маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) связана с высокой заболеваемостью и огромным социально–экономическим значением. Частота МКПП в структуре гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста колеблется от 2 до 38,2%. МКПП составляют свыше 50% всех обращений девочек–подростков к гинекологу. Истинная частота данной патологии гораздо выше, что обусловлено нерегулярным и поздним обращением к гинекологу.

Рецидивы маточных кровотечений сохраняются у 85% женщин в последующие годы их жизни, 82% пациенток с МКПП в анамнезе страдают первичным бесплодием, 8% – невынашиванием беременности. Патогенез МКПП остается недосточно изученным, у 50% больных механизм кровотечения остается невыясненным, что обуславливает невозможность использования адекватной коррекции. Учитывая незавершенность развития репродуктивной системы у подростков, состояние вегетативной неустойчивости и напряжения адаптационно-компенсаторых возможностей подросткового организма, чрезвычайно актуально создание более физиологичных, безвредных и патогенетически обоснованных методов лечения МКПП. Мы предлагаем, как один из вариантов применения рефлекторного лечения при МКПП, использование СКЭНАР-терапии (СТ). Для СТ характерна мобилизация собственных ресурсов организма, минимальное использование медикаментов, что имеет актуальное значение при лечении МКПП.

С целью разработки наиболее оптимальную методики комплексной коррекции МКПП с применением СТ обследовано 96 девушек-подростков в возрасте от 16 до 18 лет. Из них – 66 пациенток с МКПП (основная группа) и 30 практически здоровых девочек аналогичного возраста с нормальными показателями физического и полового развития (контрольная группа). Проведено полное клинико-лабораторное исследование, которое включало подробное изучение жалоб больных, детальный сбор анамнестических данных, анализ менструальной функции, показателей физического развития (масса тела, рост, индекс массы тела (ИМТ) по формуле ИМТ (кг/м^2) = масса тела (кг) / [рост (м)]^2, коэффициент отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ)), специализированное гинекологическое обследование. Динамика полового развития оценивалась по бальной оценке степени полового развития по половой формуле (Ma, P,Ax, Me) и стадиям полового развития (J. Tanner, 1969; S. Frasier, 1980). Вегетативную реактивность и исходный вегетативный тонус определяли по данным кардиоинтервалографии (КИГ) (Р.М. Баевский, 1984). Содержание гормонов и катехоламинов определяли в сыворотке периферической крови иммуноферментным методом (ИФА) на анализаторе Stat Fax 2100. Для СТ использовали электростимулятор чрескожный двухрежимный индивидуального дозирования воздействия на рефлекторные зоны ЧЭНС-02-«Скэнар» (ЗАО «ОКБ Ритм», г. Таганрог). Статистическая обработка результатов исследования проведена общепринятыми методами вариационной статистики.

Выявлено, что все пациентки основной группы имели обильные длительные (12,3±2,6 дней) кровянистые выделения из влагалища, на фоне удлинения менструального цикла (45±6,4 дня). В анамнезе у 30 (45%) пациенток отмечались соматические заболевания в виде хронического пиелонефрита у 18 (27,3%) и хронического гастродуоденита у 12 (17,7%). У 38 (57,6%) отмечались частые простудные заболевания. В основной группе избыточная масса тела (25<ИМТ<30) отмечалась достоверно чаще (33,7%), чем в контрольной группе(9%). Нарушений в системе гемостаза в основной группе не выявлено, однако отмечалось достоверное снижение гемоглобина по сравнению с контрольной группой (117,2±4,3 г/л; 130,1±2,6, соответственно, $p<0,05$). Исследования в крови кортизола у девушек основной группы показали их более высокие значения. Отмечалось увеличение уровня гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ), при снижении прогестерона и увеличении эстрадиола. В основной группе имелось достоверное повышение уровня норадреналина, при тенденции к снижению адреналина и индекса норадреналин/адреналин. Исходный вегетативный фон пациенток основной группы характеризовался выраженной гиперсимпатикотонией и асимпатической гиперреактивностью. В результате СТ остановка кровотечения

отмечалась на 3–4 сутки у 61(92,4%) пациентки, у 5 (7,6%) на 5 сутки. Комплексная коррекция благоприятно влияла на обмен веществ, показатели гормонального и вегетативного фона. После лечения в основной группе отмечалась тенденция к нормализации симпатоадреналовой регуляции, отмечалось снижение индекса норадреналин/адреналин ($p<0,01$). Отмечалось достоверное снижение уровня ЛГ, ФСГ и кортизола, при тенденция к повышению уровня Pr до нормальных возрастных параметров. Благоприятный эффект от проводимой терапии сохранялся в течение 2^{x} и более лет у 93% пациенток.

Таким образом, СТ является одним из эффективных методов, применяемых в комплексной коррекции МКПП.

Резюме. В работе представлены данные о применении СКЭНАР-терапии в комплексной терапии маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП). На основании изучения особенностей вегетативного и гормонального статусов при МКПП, разработана оптимальная методика реабилитации репродуктивных нарушений применением СКЭНАР-терапии. Приведенные результаты свидетельствуют об эффективности данной коррекции.

D.A. Sultanova, Ju.A. Petrov, Ju.Ju. Chebotareva

SOME PARTICULARITIES OF UNMEDICINAL TREATMENT OF PUBERTAL UTERINE BLEEDING

Chair of obstetrics and gynecologies №1, Rostovskiy state medical university, Rostov-on-Don

The paper presents the use of scenar therapy (ST) in pubertal uterine bleeding (PUB). Authors examined 36 patients aged 16–18 years old with PUB. The control group had 30 practically healsy girls the same age with normal physical and sexual development. The use of ST forms improvement of initial autonomic nervous system tone and reactivity, normalizations hormonal state of patients 3–12 months after influence of ST.

Д.А. Султанова, Ю.А. Петров, Ю.Ю. Чеботарева

БИОНЕОРГАНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ И ИХ РОЛЬ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Показатели репродуктивного здоровья являются объективным индикатором адаптированности человека к условиям жизни. Влияние ксенобиотиков, в сочетании с эмоциональным стрессом, климатическими и биогеохимическими переменами,

негативно сказывается на функции воспроизводства. Удельный вес экологически обусловленных заболеваний в структуре общей заболеваемости неуклонно возрастает. Повышенные концентрации свинца, кадмия, мышьяка и ряда других токсических химических элементов (ХЭ), а также дефицит эссенциальных (медь, железо, цинк, селен и др.) создали во многих регионах страны неблагоприятные условия для здоровья, отличающиеся пролонгированным характером. Накопление тяжелых металлов и дефицит находящихся с ним в антагонистических отношениях ряда эссенциальных, индуцирует иммунодефицитные состояния, снижение гормональной продукции, кроветворения. Эти обстоятельства детерминируют нарушения регуляторных процессов в репродуктивной системе. Об изменениях нормального баланса ХЭ в организме, косвенно, можно судить по показателю биохимических маркеров, установленных для целого ряда ХЭ, которые входят в структуру многих ферментов, гормонов, пигментов. Очевидным является актуальность диагностики ранних признаков микроэлементозов (МТОЗ). Они отличаются латентным началом, поздней обращаемостью, полиморфной этиологией, многогранными последствиями для организма.

Цель работы: изучение ряда биохимических маркеров ХЭ у девочек-подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом.

Материал и методы. Было проведено обследование 96 девочек-подростков в возрасте 14–16 лет, из них основная группа – 66 пациенток с нарушением менструального цикла (1 группа – первичная олигоменорея (33 пациентки), 2 группа – маточные кровотечения пубертатного периода(МКПП)(33 пациентки). Контрольная группа – 30 условно здоровых девочек-подростков. О состоянии функции яичников судили по результатам исследований в крови половых гормонов иммуноферментным методом анализа, уровень адаптированности рассматривали по показателям кортизола. С помощью психологического теста Спилберга-Ханина оценивали выраженность тревожности обследуемых. В качестве биохимических маркеров уровня ХЭ в крови определяли содержание церулоплазмина (ЦП) – индикатор уровня меди; глютатионпероксидазы (ГЛуП – индикатор уровня селена; щелочной фосфатазы (ЩФ) – индикатор уровня цинка; толерантность у глюкозе(Г-тест) -индикатор уровня хрома; гемоглобина – уровень железа[11] общепринятыми методами. Помимо этого в моче исследовали содержание Δ-аминолевулиновой кислоты (Δ-АЛК) – маркера токсичных эффектов свинца, кадмия, нитросоединений. Статистический анализ данных осуществляли между показателями больных и здоровых девушек в каждой группе. Количественные показатели результатов подвергнуты статистической обработке. Проводили статистический анализ, используя программы Exel фирмы Microsoft, Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение. В процессе сбора анамнеза было установлено, что становление менструального цикла у девушек обследуемых групп началось в 11–12 лет. Дизритмические изменения в течении менструального цикла пациентки основной группы связывали с переутомлением, выпускными экзаменами. Исследования в крови половых гормонов и кортизола показали их более низкие значения у девушек 1 группы. Снижение уровня кортизола указывало на признаки дезадаптированности этого контингента обследуемых. «Плоская» кривая базальной температуры, показатели прогестерона, удлиненный межменструальный период позволяли предположить о наличии у них недостаточности лютеиновой фазы цикла, которое могло быть связано с неблагоприятными условиями среды, психоэмоциональным напряжением, недостаточными регуляторными механизмами, обеспечивающими ритмику гормонопоэза. У пациентко 2-й группы были более заметно снижены показатели биохимических маркеров, отражающих наличие в организме эссенциальных ХЭ (уровень церулоплазмина, глютатионпероксидазы, щелочной фосфотазы). Уровень гемогло-

бина у этого контингента обследованных был ниже, чем у таковых в 1 группе. В то же время во 2 группе был повышен уровень Δ-АЛК в моче, что указывало на наличие в организме более высоких концентраций свинца. Обращало на себя внимание резкое снижение церулоплазмина (индикатора меди) у девушек 1 группы. К факторам, которые могли усугублять сниженное функциональное состояние организма, относится эмоциональное перенапряжение. В 1 группе показатель личностной тревожности – 55,6±2,3 балла, во второй – 69,7±3,5. В контрольной группе этот показатель не превышал 40±2,9 баллов. Было обращено внимание, что регистрируемые биохимические и психологические показатели находились в обратной зависимости (количественной). Их комплексная оценка позволяет более достоверно оценивать патофункциональные сдвиги в организме обследуемых.

Проведенные исследования показывают, что для выявления ранних признаков МТОЗов, приводящих к ранним репродуктивным нарушениям, необходимо проводить бионеорганическую диагностику, которая еще не вошла в широкую практику клинико-лабораторных исследований.

Резюме. В статье представлено исследование ряда биохимических маркеров химических элементов у девочек-подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом. Рассматриваемые показатели взаимосвязаны с нарушениями гормонального статуса, что лежит в основе их использования в диагностике ранних репродуктивных нарушений.

Ju.A. Petrov, D.A. Sultanova, Ju.Ju. Chebotareva

BIONEORGANIC DIAGNOSTICS OF MIKROELEMENTOZES AND THEIR ROLE IN PATHOLOGY OF THE MENSTRUAL CYCLE DISTURBANCE OF ADOLESCENT GIRLS

Pulpit obstetrics and gynecologies 2, Rostovskiy state medical university, Rostov-on-Don

The review is dedicated to modern data about bioneorganic diagnostics of mikroelementozes in pathology of the reproductions. The Microelementozes are the pathological conditiones. The expressed shifts occur at deficit copper in reproductive system – a delay sexual developments of girls, breaches to menstrual function. The presented material demonstrate urgency of the determination not only absolute amount chemical element in biosubtratum, but also their correlations.

О.А. Фаткина, Е.В. Сибирская, И.В Поддубный, Т.М. Глыбина

ЭТАПЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК С АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Кафедра детской хирургии МГМСУ
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ
Измайловская детская городская клиническая больница
Москва, Россия

Охрана репродуктивного здоровья является одной из основных задач здравоохранения. Возрастает значимость вопросов профилактики и лечения острой хирургической и гинекологической патологии в детском и подростковом возрасте. Актуальность проблемы сохранения репродуктивного потенциала населения подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого могут стать инфекционно-воспалительные заболевания брюшной полости и полости малого таза, перенесенные в детском и подростковом периоде.

За 15-ти летний период (с 1997 по 2013 гг.) нами был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй болезней девочек, госпитализированных по экстренным показаниям в Измайловскую детскую городскую клиническую больницу города Москвы и прооперированных по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Возраст пациенток находился в интервале от 1 года до 17 лет включительно. Средний возраст в группе составил 10,0±0,4 лет (здесь и далее M+m).

В ходе предварительного анализа было выявлено, что из 1833 пациенток, подвергшихся оперативному лечению по поводу клинической картины «острого живота», сочетанная аппендикулярно-генитальная патология встретилась у 103 девочек. Таким образом, частота встречаемости аппендикулярно-генитального синдрома составила 6% (5,84±0,83) от общего числа случаев экстренной хирургической патологии органов брюшной полости и полости малого таза.

В связи с невозможностью детального осмотра и достоверной визуальной оценки состояния органов брюшной полости и полости малого таза из исследования были исключены пациентки, прооперированные методом лапаротомии. Дальнейшее исследование базировалось на данных 84 девочек с сочетанной патологией червеобразного отростка и придатков матки, которым оперативное пособие было оказано методом видеолапароскопии.

При сборе гинекологического анамнеза у 30 (35,7%) пациенток были выявлены различные нарушения менструального цикла (опсоменорея, дисменорея, олигоменорея). У 9 (10,7%) девочек в анамнезе были выявлены функциональные кисты яичников, 4 (7,6%) пациентки указали на перенесенные ранее воспалительные заболевания внутренних половых органов.

Полученные данные позволяют отметить, что уже на этапе первичного осмотра тщательно собранный анамнез позволяет заподозрить наличие аппендикулярно-генитального синдрома и выделить пациенток, находящихся в пре- и пубертатном периоде, с неустановившимся менструальным циклом, с активизированными очагами инфекции, часто болеющих инфекционно-воспалительными заболеваниями и

рецидивирующими болями в животе в группу риска по заболеваемости сочетанной аппендикулярно-генитальной патологией.

При осмотре и пальпации живота было выявлено, что у пациенток с сочетанной аппендикулярно-генитальной патологией превалирует диффузный характер боли, с локализацией сразу в нескольких анатомических областях. При этом наиболее часто боли локализовались в правой подвздошной области – у 50 (59,5%) и над лоном – у 35 (41,7%) пациенток. Из других локализаций боли преобладали в параумбиликальной области – 27 (32,1%), и левой подвздошной области – 11 (13,1%).

Симптомы раздражения брюшины, характерные для острого аппендицита, выявлены у 37 (44,1%) пациенток. Симптомы, характерные для воспалительных изменений внутренних половых органов, отмечены у 26 (36,1%) обследуемых.

Таким образом, было выявлено, что в большинстве случаев аппендикулярно-генитального синдрома, подтвердить одновременное участие в воспалительном процессе червеобразного отростка и придатков матки, а также определить первичный очаг воспаления до операции не представляется возможным, поскольку клиническая картина данного состояния сочетает в себе признаки, характерные как для острого аппендицита, так и для воспалительных заболеваний придатков матки. Необходимо учитывать и тот факт, что отсутствие признаков воспаления внутренних гениталий при развернутой клинике острого аппендицита, а также симптомов воспаления аппендикса при патологии органов малого таза не отрицает факт их одновременного участия в патологическом процессе. В связи с этим, совместное участие в обследовании пациенток детского хирурга и детского гинеколога с проведением ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза на дооперационном этапе должно быть обязательным у всех пациенток, поступающих в стационар с подозрением на экстренную хирургическую патологию.

По данным интраоперационной картины и заключения патогистологического исследования среди пациенток с сочетанной аппендикулярно-генитальной патологией первичное поражение червеобразного отростка было выявлено в 42 (50%) случаев, первичное поражение придатков матки в 13 (15,5%) случаях. Вторичные изменения аппендикса и придатков матки на фоне идиопатического пельвиоперитонита были отмечены у 29 (34,5%) пациенток.

В зависимости от анатомического расположения аппендикса аппендикулярно-генитальный синдром выявлен как при типично расположенном червеобразном отростке – 35 (41,7%) случаев, так и при атипичных формах, преобладая в случаях расположения аппендикса в полости малого таза – 33 (39,3%) случаях.

При первичном воспалении придатков матки аппендикулярно-генитальный синдром встретился при сальпингите в 4 (30,8%) случаях, при сальпингоофорите – в 7 (53,8%) случаях, при осложненном течении воспаления (тубоовариальные образования) – в 2 (15,4%) случаях.

Во всех случаях аппендикулярно-генитального синдрома на фоне идиопатического пельвиоперитонита (29 пациенток – 34,5%) изменения в аппендиксе и придатках матки носили вторичный характер и выражались отеком и гиперемией поверхностных слоев стенки указанных анатомических структур.

Необходимо отметить, что при первичном воспалении стенки червеобразного отростка чаще поражались правые придатки матки, а при идиопатических пельвиоперитонитах наблюдался двухсторонний процесс.

Анализ полученных данных свидетельствует, что риск развития осложнений и нарушений менструального цикла у пациенток, перенесших в анамнезе оперативное лечение по поводу сочетанной воспалительной патологии аппендикса и придатков

матки выше, чем у девушек, перенесших оперативное лечение по поводу острого аппендицита, без поражения внутренних гениталий. Что позволяет выделить пациенток с аппендикулярно-генитальным синдромом в группу высокого риска по формированию нарушений функций репродуктивной системы.

Проанализированные показатели (данные анамнеза, дооперационной диагностики, особенностей интраоперационной картины, течения послеоперационного периода) позволили нам выработать этапы диагностики и лечения аппендикулярно-генитального синдрома.

O.A. Fatkina, E.V. Sibirskaya, I.V. Poddubni, T.M. Glybina

STAGE OF EXAMINATION AND TREATMENT FOR GIRLS WITH APPENDICULAR-GENITAL SYNDROME

Department of pediatric surgery and 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"
Izmaylovskaia Pediatric Clinical Hospital
Moscow, Russia

In the review there are presented the data of examination and treatment of 84 patients with combined appendicular-genital pathology. The systematization forms of appendiceal-genital syndrome, depending on the primary inflammatory focus and algorithm of examination and treatment of patients with combined inflammatory of appendix and internal adnexals are proposed.

И.В. Шамина, Д.В. Илиеску, Г.В. Дудкова, Е.И. Швец, О.В. Островская

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ОМСКОГО РЕГИОНА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ОмГМА
Областная детская клиническая больница
«Областная Клиническая Больница», Отделение репродуктивной и перинатальной медицины, г. Омск, Россия

Среди нарушений функций репродуктивной системы в период полового созревания одной из наиболее частых форм являются маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП). Данная патология в период полового созревания является клиническим феноменом, отражающим неустойчивость репродуктивной системы в период перехода к зрелому типу ее функционирования. Несмотря на достигнутые успехи в разработке различных методов диагностики и терапии МКПП, эта проблема оста-

ется весьма актуальной. В настоящее время многие практикующие акушеры-гинекологи, оказывающие помощь девочкам, не уделяют должного внимания нарушениям менструального цикла в первые 2 года после менархе. Не менее важным является отсутствие должного внимания при ведении девушек с МКПП к психо-эмоциональным нарушениям в клинике маточных кровотечений в период полового созревания. МКПП возникают вследствие кратковременного или длительного эмоционального стресса, а значит должны рассматриваться как ответ организма девочки на стрессовую реакцию. На основе данных о состоянии репродуктивной системы, возможно, сформировать группу риска пациенток с предрасположенностью к МКПП, проанализировав клинику различных видов кровотечений, подобрать соответствующую терапию, предположить исходы и осложнения.

Цель исследования: Оценить современное течение маточных кровотечений пубертатного периода у девочек-подростков Омского региона.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОДКБ, ретроспективно просмотрено 102 истории болезни пациенток с МКПП в возрасте от 10 до 17 лет находившихся на лечении в стационаре ОДКБ в 4 хирургическом отделении с 2009–2012 года. Особое внимание уделялось сбору анамнеза, жалобам и гинекологическому статусу пациенток. Размеры и объемы яичников, матки и толщину эндометрия определяли по данным УЗИ. Все пациентки были разделены на 3 группы по фенотипу: I гр. – пациентки с преобладанием эстрогенов (n=24), средний возраст которых составил – 12,5±1,3 лет, II гр – уравновешенный тип по эстрогенному влиянию (n=57), средний возраст 13±1,2 лет. III гр – с недостатком эстрогенов (n= 21) средний возраст которых 14±1,3 лет. Критериями включения в группу гиперэстрогенных кровотечений (группа I) считались: опережение полового развития, увеличение размеров яичников, матки и толщины эндометрия по данным УЗИ- диагностики, уровень эстрадиола в крови – 480±56,3 ммоль/л. Критериями включения в группу гипоэстрогенных кровотечений (группа III) явились: отставание полового развития, жалобы на скудные кровянистые выделения, уменьшение размеров яичников, матки и толщины эндометрия по данным УЗИ, уровень эстрадиола – 202±82,2 ммоль/л. Кроме общего клинического и гинекологического обследования, всем девочкам проводились: узи-исследование органов малого таза, определение гормонального фона.

Результаты исследования и их обсуждения: По нашим данным наиболее часто эпизоды МКПП встречались у пациенток в возрасте 13–15 лет (61,8%), меньшее количество – в возрасте от 16 до 17 лет (5%), моложе 12 лет – (33,3%). Особое внимание уделяли анамнезу и течению беременности мам девочек, так выявлено, что в 33,6% случаев мамы в пубертатном возрасте имели проблемы становления регулярного менструального цикла, беременность протекала на фоне угрозы беременности в 52 случаях (50,9%), на фоне преэклампсии умеренной в 21 случаях (20,5%), 7 девочек (6,9%) родились преждевременно. При изучении анамнеза у больных с МКПП мы делали акцент на такие симптомы, как транзиторный субфебрилитет (37,5%), факты ЧМТ с потерей сознания (7,4%), превышение массы тела в препубертатном периоде (50,5%), частые головные боли (86,3%), наличие ВСД (77,9%). По нашим данным, у 89,5% больных с МКПП выявлены нервно-психические отклонения разной степени выраженности. Кровотечения начинались на фоне стрессовых состояний у 31,5% всех обследованных пациенток с МКПП. Нами установлено, что у пациенток с уравновешенным типом (группа II), МКПП протекают более благоприятно, стационарное лечение занимало меньшее количество койко-дней (p=0,050), гормональный гемостаз применялся реже, чем в других изучаемых группах. Кровотечения у девочек с уравновешенным фенотипом (группа II) чаще осложняются анемией (56%, p=0,043).

Нам удалось выделить группы риска по возникновению МКПП: возраст 13–15 лет, патология беременности и родов у матерей девочек, часто болеющие девочки, с хроническими заболеваниями ЛОР-органов, чрезмерная восприимчивость к психо-эмоциональному стрессу.

Таким образом, пациентки с МКПП должны быть включены в группу высокого риска по нарушению репродуктивного здоровья в браке. Таким девочкам необходимо проводить профилактику НМЦ с учетом региональных особенностей региона.

Резюме. В структуре гинекологической патологии на долю МКПП у девочек-подростков приходится более 26,4%. Одна из наиболее частых причин МКПП – патология беременности и родов у матерей девочек, наличие у девушки очагов инфекции, психо-эмоциональный стресс. На основании результатов исследования авторам удалось выделить критерии группы риска по МКПП, определить возможные методы профилактики развития данной патологии у девочек-подростков Омского региона.

I.V. Shamina, D.V. Iliescu, G.V. Dudkova, E.I. Shvets, O.V. Ostrovskaya

MODERN LOOK AT THE PROBLEM UTERINE BLEEDING OF PUBERTY IN ADOLESCENT GIRLS OMSK REGION

Department of Obstetrics and Gynecology, №2 OSMA
Regional Children's Hospital,
«Regional Clinical Hospital», Department of Reproductive and Perinatal Medicine, Omsk, Russia

The abstract. In the structure of gynecology at a fraction of uterine bleeding in adolescent girls account for more than 26.4%. One of the most common causes of uterine bleeding – pathology of pregnancy and childbirth in mothers of girls, the presence of foci of infection in women, psycho-emotional stress. Based on the results of the study authors were able to identify at-risk criteria for uterine bleeding, to identify possible methods of preventing the development of uterine bleeding of puberty in adolescent girls of the Omsk region.

Keywords: reproductive health of girls, uterine bleeding of puberty.

И.В. Шамина, Е.А. Фрикель, Ю.И. Чуловский, И.А. Барбанчик, Г.В. Дудкова, Е.С. Макковеева, О.В. Островская, Е.И. Швец

РОЛЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ОмГМА
«Областная Клиническая Больница», Отделение репродуктивной и перинатальной медицины, г. Омск, Россия

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области и плохой осведомлённостью о контрацепции привели к такому явлению,

как «юное материнство». Юными могут быть названы беременные, не достигшие половой зрелости, их паспортный возраст колеблется от 12 до 17 лет (подростки). Отмечается повышение уровня общей заболеваемости подростков в возрасте от 15–17 лет, в том числе и заболевания мочеполовой системы, что может неблагоприятным образом сказаться на репродуктивном здоровье. Материнская и перинатальная смертность по данным ВОЗ, существенно выше у несовершеннолетних, чем у женщин старше 18 лет. По данным Омской области: подростковая беременность составляет 1,2% от числа обратившихся на прием к детскому гинекологу. По сравнению с 2011 г. (567 случаев), в 2012 году число юных беременных увеличилось – 699 случаев. Абортом заканчивается первая беременность у 95.1% девочек в возрасте до 15 лет. Таким образом, беременность у девочек-подростков является проблемой не только медицинской, психологической, юридической, но самое главное социальной.

Цель исследования – определить особенность течения беременности, исход родов и состояния здоровья новорожденных у девочек-подростков 14–17 лет Омского региона.

Материалы и методы: Исследование проводилась на базе Областного родильного дома. Для проведения исследований был избран метод ретроспективного эпидемиологического исследования типа случай – контроль (анализ архивных материалов). Полученные результаты обработаны при помощи пакета прикладных программ Microsoft Office, интегральной системы для комплексного статистического анализа и обработки данных Statistica 6. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Для расчета применялись непараметрические методы (критерий Манна-Уитни). Материалом исследования служили архивные данные областного родильного дома Омской области (2011–2012 гг). Основную (I) группу составили родильницы моложе 18 лет (n=50) и их новорожденные. Группу сравнения (II), по методу копии-пара, составили родильницы (n=50) благоприятного репродуктивного возраста (20–25 лет) и их новорожденные и (III) группа женщин позднего репродуктивного возраста (37–45 лет) (n=50) и их новорожденные. Критериями отбора пациенток служили такие показатели, как проживание в Омской области или городе, все женщины являлись первородящими. Изучались анамнестические данные, оценивался уровень физического и полового развития подростков, а также течение беременности, соматическое и гинекологическое здоровье пациенток.

Результаты и обсуждения: В результате исследования было определено, что средний возраст наступления менархе для (I) группы составил 12,47 (±1,16) лет, для (II) группы – 13,07 лет (±1,2) лет и для (III) группы – 13,57 (±1,3) лет, а средний возраст начала половой жизни для группы юных беременных составил – 14,7 (±1,2) лет, в группе девушек 20–25 лет – 18.1 (±2,0) лет и в группе женщин 37–45 лет – 20,2 (±4,07) лет. Нами выявлены статистически значимые отличия возраста менархе и времени вступления в половую жизнь в группах I и III (p=0.055). Нами проведен анализ экстрагенитальной патологии (ЭГП) у женщин в трех исследуемых группах. Выявлено, что наиболее высокий процент ЭГП отмечен в группе женщин 37–45 лет (III) – 73,3%, у юных беременных (I) этот показатель составил 52,9%, у женщин 20–25 лет (II) – 63,3%. Результаты проведенных исследований показали, что в (I) группе-20% инфицированных хламидийной инфекцией и 38% трихомониазом, во (II) и (III) группах процент ниже (II – 15,6% и 23,6% соответственно) (III – 11% и 24,2% соответственно). По нашим данным в исследуемых группах течение беременности осложнилось: угрозой прерывания беременности (I группа – 70%, II группа – 30%, III – 42% p<0,05), умеренной преэклампсией (I группа – 20%, II группа – 43,3%, III – 50% p=0,045), пла-

центарной недостаточностью (56,6%, 20% и 46,6 соответственно p=0,016), анемией беременных (80% и 27,5%, 50% соответственно), наличие ТОРЧ-инфекций (I группа – 30% II группа – 13,3% III – 46,6% p=0,022). Нами установлено, что статистически значимые различия при осложнении родов отмечены по травматизму (разрывы шейки матки, влагалища, промежности) у рожениц в I и III группах (43,3% и 6,6% соответственно, p=0,009) и эпизиотомии в I и III группах (33,3% и 10%, p=0,05). Мы выявили, что аномалии родовой деятельности в (I) отмечается – 10%, во (II) – 6,6%, в (III) группах – 30%; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты встречается (I) группа в 10% случаев, (II) группа 3,3% случаев, (III)группа 3,3% случаев; преждевременный разрыв плодных оболочек в (I) – 30%, во (II) – 46,6%, в (III) группах – 33,3%. Анализируя плодовые факторы, получены следующие результаты: у юных первородящих (I) чаще рождаются дети с церебральной ишемией 1 или 2 степени – 33,3%, во (II) группе этот показатель составил –16,6%, в (III) группе – 26,6% (p=0,012), а также новорожденные от матерей 13–17 лет имеют более низкую массу тела и меньше рост. Таким образом, состояние новорожденных теснейшим образом связано с состоянием репродуктивного здоровья матери.

Резюме: Здоровье будущих поколений зависит от репродуктивного здоровья молодых женщин, которые сегодня вступают в репродуктивный процесс и являются хранительницами генофонда нации.

Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков весьма низок вследствие высокой общей заболеваемости, кроме того, они наиболее подвержены различным неблагоприятным воздействиям медико-социального, экономического и экологического характера.

I.V. Shamina, E.A. Frikel, Yu.I.Chulovskiy, I.A. Barbanchik, G.V. Dudkova, E.S. Makkoveeva, O.V. Ostrovskaya

THE ROLE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENT GIRLS IN PERINATAL PROTECTION OF THE FETUS

Department of obstetrics and gynecology № 2 ОмГМА
«Regional Clinical Hospital», Department of reproductive and perinatal medicine, Omsk, Russia.

Summary: The health of future generations depends on the reproductive health of young women who are in the reproductive process and are the guardians of a genofund of the nation.

Reproductive potential of modern adolescents is very low due to the high overall morbidity in addition, they are most susceptible to a variety of adverse effects of medical-social, economic and environmental policies.

Key words: reproductive health, pregnant teenagers.

ГЛАВА 6 / CHAPTER 6

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

Н.В. Александрова, Е.А. Дубова, К.А. Павлов, О.Р. Баев, А.И. Щёголев

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

Апоптоз, или запрограммированная гибель клетки, играет огромную в процессах формирования плаценты. Так в ходе инвазии вневорсинчатого трофобласта апоптоз определяет глубину/степень гестационной перестройки спиральных артерий. Указанные процесс регулируется активацией аспартат-специфических протеаз (каспаз), которые участвуют как в передаче апоптотического сигнала, так и в последующем протеолитическом расщеплении клеток.

Цель исследования: изучить экспрессию каспаз 1, 8 и 10 типов в терминальных ворсинах плаценты при доношенной беременности при различном способе ее достижения (самопроизвольная или индуцированная).

Методика исследования. С помощью морфологического анализа изучили 38 последов, полученных во время своевременных родов. Из них у 18 женщин (средний возраст 34,4±4,3 г) беременность наступила с помощью ЭКО, а у 9 (32,5±3,8 г) – с использованием технологии ИКСИ. В группу контроля вошли 11 женщин (средний возраст 29,9±4,7 г) с самопроизвольной одноплодной доношенной беременностью. Критериями исключения из исследование стали: наличие тяжелой вирусной и/или бактериальной инфекцией во время данной беременности, включая заболевания, передающиеся половым путем; тяжелая экстрагенитальная патология, а также диагностируемые с помощью морфологического исследования признаки хориоамнионита. Иммуногистохимическое исследование проводили на парафиновых срезах толщиной 3–4 мкм с использованием автоматизированной системы окрашивании «BenchMark-XT» (Ventana Medical Systems, Roche), готовых к употреблению поликлональных кроличьих антител к каспазам (caspase) 1, 8 и 10 типа производства Spring Bioscience. Количественную оценку выраженности экспрессии изученных маркеров

проводили в синцитиотрофобласте и эндотелиальных клетках капилляров терминальных ворсин плаценты по уровню средней оптической плотности. Статистическую оценку количественных данных проводили с использованием программного пакета «Statistica 6.0».

Результаты исследования. С помощью иммуногистохимического анализа установлено, что преимущественной локализацией каспаз является цитоплазма клеток синцитиотрофобласта, и в некоторой степени эндотелиоциты капилляров терминальных ворсин хориона.

При изучении препаратов самопроизвольной беременности (контрольная группа) установлено, что средний уровень экспрессии каспазы-1 в синцтитиотрофобласте превышает значения каспазы-8 на 6,7%, а каспазы-10 – в 3,5 раза.

В наблюдениях индуцированной беременности установлено изменение уровней экспрессии изученных каспаз в структурных компонентах терминальных ворсин хориона. Экспрессия каспазы-1 в эндотелиоцитах капилляров терминальных ворсин была значимо выше в группах ЭКО и ИКСИ по сравнению с группой контроля, а также значимо выше в группе ИКСИ по сравнению с группой ЭКО ($p=0.0007$). В свою очередь уровень экспрессии каспазы-1 в синцитиотрофобласте значимо выше в группе ИКСИ как по сравнению с контролем ($p=0.0002$), так и с группой ЭКО ($p=0.01$).

Интенсивность реакции каспазы-8 в эндотелии капилляров была статистически значимо выше в группах ЭКО ($p=0.0001$) и ИКСИ ($p=0.0001$) по сравнению с наблюдениями спонтанной беременности. При этом экспрессия каспазы-8 в эндотелиоцитах была значимо выше в группе ИКСИ по сравнению с группой ЭКО ($p=0.007$). Значения каспазы-8 в синцитии терминальных ворсин были значимо выше в группе ИКСИ по сравнению с группой контроля ($p=0.003$) и группой ЭКО ($p=0.01$) и незначимо выше в группе ЭКО по сравнению с группой контроля.

Изменения уровней экспрессии каспазы-10 в эндотелиоцитах и синцитии терминальных ворсин носили однонаправленный характер и были статистически значимо выше в группах ЭКО (эндотелиальная экспрессия $p=0.002$; синцитиальная $p=0.0002$) и ИКСИ (эндотелиальная экспрессия $p=0.007$; синцитиальная $p=0.002$) по сравнению с группой контроля. В то же время показатели экспрессии каспазы-10 в эндотелиоцитах капилляров и синцитии терминальных ворсин в группе ЭКО не имели достоверных отличий с группой ИКСИ.

Таким образом, иммуногистохимическими методами нами установлено повышение экспрессии каспаз 1, 8 и 10 типов в ворсинах хориона при индуцированной беременности (как после ЭКО, так и после ИКСИ). Необходимо проводить дальнейшие исследования в области регуляции процессов апоптоза при беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, что позволит разработать адекватные подходы к профилактике перинатальных осложнений.

N.V. Alexandrova, E.A. Dubova, K.A. Pavlov, O.R. Baev, A. Schogolev

EXPRESSION PATTERNS OF APOPTOSIS MARKERS IN PREGNANCIES OCCURRING AFTER THE USE OF ASSISTIVE REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

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

Apoptosis, or programmed cell death plays an important in the formation of the placenta. So during the invasion of extravillous trophoblast apoptosis determines the depth/level of gestational adjustment spiral arteries. Given the process is regulated by activation of aspartate-specific proteases (caspases) that exist as participants in the transmission of the apoptotic signal, and the subsequent proteolytic cleavage of cell.

Н.В. Артымук, Т.А. Устинова, В.В. Власова, О.А. Тачкова

VITEX AGNUS CASTUS В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава РФ

Хирургическое лечение является методом выбора при СПКЯ в случае сохранения ановуляции после консервативного лечения и нормальной массе тела (RCOG, 2007). Mohammed E. (2005) показал, что у пациенток после каутеризации яичников отмечено повышение уровня пролактина в течение 6–10 недель после операции. Повышение уровня пролактина может нарушать процесс восстановления фертильности у больных с СПКЯ, способствовать формированию НЛФ. Экстракт Vitex Agnus Castus (VAC), обладая высоким сродством к D2 эндорфинным рецепторам, ингибирует высвобождение пролактина из культуры клеток гипофиза и, логичным являлось бы предположение о возможной пользе применения VAC в комплексе лечения пациенток с СПКЯ.

Целью исследования явилось оценить эффективность применения Vitex Agnus Castus в комплексе лечения бесплодия у пациенток с СПКЯ после каутеризации яичников.

Материалы и методы: Дизайн исследования: открытое, проспективное, когортное. В исследование включено 124 пациентки с СПКЯ и бесплодием после хирургического лечения (каутеризации яичников). Диагноз СПКЯ у пациенток устанавливался согласно критериям Роттердамского консенсуса (2003). Оперативное лечение пациенток с СПКЯ проводилось в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии бесплодия (индукция овуляции кломифеном 50–150 мг в течение 6 месяцев). НЛФ устанавливалась на основании наличия уровня базальной температуры лютеиновой фазы ⩽ 11 дней, содержания прогестерона в середине лютеиновой фазы < 48

нмоль/л, неполноценной секреторной трансформации эндометрия через 2 суток (по данным его гистологического исследования).

Основную группу (I) составили 56 женщин с СПКЯ, которым после эндоскопического вмешательства при отсутствии беременности был назначен фитопрепарат Циклодинон («Бионорика», Германия) внутрь по 1 таблетке утром, содержащей 40 мг активного растительного сырья VAC, в течение 3 месяцев. Группу сравнения (II) составили 56 женщин после хирургического лечения СПКЯ, которым не проводилось дополнительного медикаментозного лечения.

В первый месяц сразу после оперативного лечения и через 3 месяца всем пациенткам обеих групп проводилось исследование содержания уровня эстрадиола, ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ на 5–7 день менструального цикла, прогестерона на 21–22 день цикла методом ИФА с использованием стандартных наборов («DSL», USA), трансвагинальное УЗИ органов малого таза. На 24–25 день цикла до и после лечения у 15 пациенток основной группы и 15 женщин группы сравнения проводилась пайпель-биопсия эндометрия. В течение трех менструальных циклов у всех пациенток до и после терапии проводилась оценка графиков базальной температуры. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП «Statistica for Windows 5.5».

Результаты и обсуждение: Назначение VAC у пациенток I группы не оказало значимого влияния на средний уровень всех гормонов (p>0,05). Однако у пациенток с исходным содержанием ПРЛ > 500МЕ/л после приема VAC отмечено статистически значимое снижение концентрации ПРЛ с 645±124 до 558±118 МЕ/л (p=0,049) и увеличение содержания прогестерона с 14,2±3,7 до 21,9±3,9 МЕ/л (p=0,001). Частота НЛФ у пациенток I группы с исходным пролактином 500–1000 МЕ/л снизилась статистически значимо с 66,6% до 25% (p=0,049). В I группе до лечения полноценная секреторная трансформация эндометрия была выявлена у 5(33,3%) женщин, после проведенной терапии – у 7 (46,7%) женщин (p=0,46). В группе сравнения сразу после операции и через 3 месяца с одинаковой частотой – в 6 (40%) случаях. При сравнении частоты наступления беременности в обеих группах у пациенток с исходным уровнем пролактина 500–1000 МЕ/л статистически значимых различий не установлено: 5 случаев – в основной группе, 4 – в группе сравнения (p=0,58).

Таким образом, применение Vitex Agnus Castus у пациенток с СПКЯ и умеренной гиперпролактинемией после каутеризации приводит к статистически значимому снижению содержания пролактина, увеличению уровня прогестерона и частоты овуляторных циклов.

Резюме: Применение Vitex Agnus Castus у пациенток с СПКЯ с умеренной гиперпролактинемией после каутеризации яичников приводит к статистически значимому снижению содержания пролактина, увеличению уровня прогестерона и частоты овуляторных циклов.

N.V. Artymuk, T.A. Ustinova, V.V. Vlasova, O.A. Tachkova

VITEX AGNUS CASTUS IN COMPLEX INFERTILITY TREATMENT IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARIAN

State Medical Academy
Kemerovo, Russia

The use of Vitex Agnus Castus in women with PCOS and mild hyperprolactinemia after electrocautery of ovaries leads to a statistically significant decrease of prolactin and increase of the progesterone levels and increase of the ovulatory cycle's rate.

В.А. Божедомов[1,2,4], М.А. Николаева[3], И.В. Ушакова[3], И.М. Рохликов[1], А.В. Тихонова[2], Н.А. Липатова[2], Г.Т. Сухих[1,3]

АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРОТИВ СПЕРМАТОЗОИДОВ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ГИПЕРАКТИВАЦИЕЙ, НАРУШЕНИЕМ АКРОСОМНОЙ РЕАКЦИИ И ФРАГМЕНТАЦИЕЙ ДНК

1 – ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
2 – ФПКМР ГБОУ ВПО РУДН,
3 – ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова,
4 – ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ; Москва, Россия.

Одной из причин мужского бесплодия являются аутоиммунные реакции против сперматозоидов, которые сопровождаются выработкой антиспермальных антител (АСАТ). Однако АСАТ не всегда снижают фертильность.

Цель исследования: показать частоту нарушений спермиограммы и функциональных нарушений сперматозоидов при различной активности антиспермального иммунитета, уточнить патогенез этих нарушений.

Дизайн исследования: поперечное, многоцентровое. Объекты исследования: 571 мужчина из бесплодных пар с АСАТ (n=299 с MAR-IgG=10–49% и n=272 с MAR-IgG⩾50%) и 89 фертильных мужчин.

Методы исследования: общеклинический, спермограмма по ВОЗ, MAR-тест IgG и IgA, компьютерный анализ подвижности сперматозоидов (CASA), оценка акросомной реакции (АР) методом проточной цитометрии с двойным флуоресцентным окрашиванием P.sativum и rhodamine-labeled lectin from A.hypogaea, оценка фрагментации ДНК сперматозоидов sperm chromatin dispersion (SCD), оценка продукции активных форм кислорода (АФК) методом люминолзависимой хемилюминесценция.

Результаты: существует значимая прямая зависимость продолжительности вынужденного бесплодия от IgG-MAR% даже при нормозооспермии (R=0,3). При этом зависимость показателей спермограммы от АСАТ слабая – для концентрации

R=-0,1, для прогрессивной подвижности R=-0,2; в половине случаев (54%) спермограмма соответствует нормозооспермии. Имеется значимая положительная корреляция между IgG-MAR% и трековой скоростью сперматозоидов (R=0,5), амплитудой колебания головки (R=0,4) и фрагментацией ДНК (R=0,5); отрицательная – с процентом сперматозоидов с нормальной AR (R=-0,2). Доля сперматозоидов с нормальной АР в группе IgG-ASA=10–49% составляет 61%, в группе IgG-ASA⩾50% – 40%, что существенно меньше, чем в контрольной группе. Аутоиммунные реакции против сперматозоидов сопровождаются достоверным повышением продукции АФК в 1,5–3,7 раза в зависимости от количества АСАТ.

Выводы: ведущими факторами снижения фертильности у мужчин с АСАТ являются функциональные нарушения сперматозоидов: преждевременная гиперактивация, повышенная и/или ингибированная акросомная реакция, незавершенный апоптоз. Патогенез патоспермии при иммунном бесплодии связан с оксидативным стрессом.

V.A. Bozhedomov, M.A. Nikolaeva, I.V. Ushakova, I.M. Rokhlikov, A.V. Tikhonova, N.A. Lipatova, G.T. Suhih

AUTOIMMUNITY AGAINST PREMATURE SPERMATOZOA ACCOMPANIED HYPERACTIVATION, BREACH ACROSOME REACTION AND DNA FRAGMENTATION

Moscow, Russia.

leading factors reduce fertility in men with anti-sperm antibodies are functional disorders of sperm: premature hyperactivation, increased and/or inhibit the acrosome reaction, abortive apoptosis. Pathospermia pathogenesis in the immune infertility associated with oxidative stress.

В.А. Божедомов[1,2,4], Е.А. Спориш[3], Р.А. Алексеев[2], Н.А. Липатова[2], М.А. Николаева[4], А.А. Третьяков[2], И.В. Ушакова[4]

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ: РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ

1 – ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова;
2 – ФПКМР ГБОУ ВПО РУДН,
3 – ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ;
4 – ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России; Москва, Россия.

Роль функциональных нарушений сперматозоидов в снижении фертильности при варикоцеле остается недостаточно ясной.

Цель работы – установить роль функциональных нарушений сперматозоидов в снижении фертильности при варикоцеле и оценить возможности их коррекции.

Объекты и методы – исследование многоцентровое, ретроспективное и проспективное: обследовано более 2000 мужчин 19–45, сформированы группы фертильных мужчин (n=90), пациентов из первично (n=958) и вторично бесплодных пар (n=681) без признаков инфекционно-воспалительного процесса органов половой системы и гипогонадизма (конц. сперматозоидов больше 5 млн/мл), отличающиеся наличием и степенью одностороннего расширения семенного канатика слева. Диагностика варикоцеле включала УЗИ. Исследование спермы проводили в соответствии с требованиями ВОЗ. Определение АСАТ в сперме – методом IgG-MAR% и проточная цитометрия. Спонтанную и индуцированную ионофором А23187 акросомальную реакцию (АР) – с помощью двойного флуоресцентного окрашивания сперматозоидов с использованием флуоресцин-изотиоционат-меченного лектина P.sativum и тетраметилродамин-изотиоцианат-меченного лектина A.hypogaea. Оценку оксидативного стресса (ОС) – методом люминолзависимой хемилюминесценции. Повреждение хромосом – по фрагментации ДНК методом дисперсии хроматина.

Результаты. Распространенность варикоцеле у фертильных мужчин и пациентов с первичным и вторичным нарушением репродуктивной функции существенно не отличается: 24,2, 31,2 и 31,3% соответственно; у мужчин с нормозооспермией из первично бесплодных пар варикоцеле имело место в 32,8% случаев, при вторичном бесплодии – в 30,5%. Различия в проценте прогрессивно-подвижных сперматозоидов и нормальной АР в подгруппах мужчин из пар с первичным и вторичным бесплодием, отличающихся наличием и степенью выраженностью варикоцеле, статистически не достоверны ($p>0,05$); отсутствует и значимая корреляция этих показателей от степени варикоцеле ($p>0,05$). При варикоцеле чаще имеет место повышенная фрагментация ДНК: в 48% случаев при стадии II–III, 36% – при I, 26% без варикоцеле и 7% у фертильных ($p<0,05$); но такая зависимость значима только для первичного бесплодия ($p<0,05$). Иммунное бесплодие при варикоцеле имеет место в 15% случаев и не зависит от стадии. ОС при варикоцеле не зависит от стадии и имеет место в 35–40% случаев, при этом имеется взаимосвязь оцениваемых функциональных нарушений сперматозоидов от продукции активных радикалов.

Выводы. Снижение качества спермы определяется не степенью варикоцеле, а выраженностью оксидативного стресса (ОС) и развивающимися на этом фоне функциональными нарушениями сперматозоидов: подвижности, акросомной реакции, фрагментации ДНК, аутоиммунными реакциями.

V.A. Bozhedomov, E.A. Sporish, R.A. Alekseev, N.A. Lipatova, M.A. Nikolaeva, A.A. Tretyakov, I.V. Ushakova

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ: РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ

Moscow, Russia

Reduced semen quality is determined not by the degree of varicocele, and severity of oxidative stress and developing against this background functional impairment of sperm: mobility, acrosome reaction, DNA fragmentation, autoimmune reactions.

В.А. Божедомов, Е.А. Спориш, Р.А. Алексеев, И.М. Рохликов, Н.А. Липатова, М.А. Николаева, А.А. Третьяков, И.В. Ушакова

РОЛЬ АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ПРОГНОЗЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

1 – ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова;
2 – ФПКМР ГБОУ ВПО РУДН,
3 – ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ;
4 – ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России; Москва, Россия.

Аутоиммунные реакции против сперматозоидов, сопровождающиеся выработкой антиспермальных антител (АСАТ) – одна из причин мужского бесплодия. Часто (до 40% случаев) АСАТ имеют место при варикоцеле.

Цель исследования – оценить значение АСАТ в прогнозе восстановления фертильности после варикоцелэктомии у мужчин из бесплодных пар.

Объекты и методы. Обсервационное исследование включало 98 пациентов с варикоцеле, которым была выполнена микрохирургическая варикоцелэктомия субингвинальным доступом по Marmar: у 65 мужчин до операции АСАТ отсутствовали, у 33 – имели место в значимых количествах. Качество спермы оценивали в соответствии с рекомендациями ВОЗ-2010, для обнаружения АСАТ применяли Sperm MAR test. Критерии Wilcoxon test, chi-square test и signed rank test были использованы для статистического анализа эмпирических данных.

Результаты. АСАТ-негативные пациенты с варикоцеле через 3–6 мес после операции демонстрировали увеличение количества прогрессивно подвижных сперматозоидов в эякуляте в среднем в 2,5 раза ($p<0.05$), снижение доли морфологически дефектных сперматозоидов на 15% ($p<0.05$); улучшение показателей спермограммы имело место in 65% случаев ($p<0.05$). АСАТ после операции появились в 2 случаях в незначительных количествах. У пациентов с аутоиммунными реакциями против сперматозоидов после варикоцелэктомии количество АСАТ в среднем по группе не снижалось, показатели спермограммы не улучшались ($p>0.05$). Анализ подгрупп в зависимости от результатов операции показал, что АСАТ уменьшались у тех пациентов ($n=16$), у кого была больше стадия варикоцеле и меньше АСАТ: по сравнению с теми, у кого положительный эффект отсутствовал ($n=17$) стадия варикоцеле составляла I и II ($p<0.05$), медиана MAR-IgG – 48% и 92%, соответственно ($p<0.01$). Частота случаев беременности у партнерш оперированных по поводу варикоцеле мужчин была в 2,8 раз выше в группе без АСАТ, чем с АСАТ: 39% (25 из 65) в АСАТ-негативной группе при 14% (4 из 28) в АСАТ-позитивной ($p<0.05$).

Выводы. Наличие аутоиммунных реакций против сперматозоидов снижает эффективность варикоцелэктомии для восстановления репродуктивной функции: значительное количество АСАТ и низкая стадия варикоцеле являются прогностически плохими признаками.

V.A. Bozhedomov, E.A. Sporish, R.A. Alekseev, I.M. Rohlikov, N.A. Lipatova, M.A. Nikolaeva, A.A. Tretyakov, I.V. Ushakova

SPERM ANTIBODIES IN THE FORECAST RETURN OF FERTILITY AFTER MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY

Moscow, Russia

The presence of autoimmune reactions against sperm reduces the effectiveness of varicocelectomy to restore reproductive function: a significant amount of ASAB and the lowest stage of varicocele are poor prognostic signs.

А.Х. Гайдарова, Н.В. Котенко, Л.С. Алисултанова, А.Ю. Сычева, Е.М. Стяжкина, Л.Ю. Тарасова, М.Ю. Яковлев

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЗДОРОВЬЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОНТРАСТНОГО МАССАЖА

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии», МЗ РФ, Москва, Россия

Общим отличительным свойством лечебного массажа, по сравнению с действием лекарственных препаратов, является способность активизировать реакции целого организма. В основе механизма неспецифического действия холода лежит способность оказывать комплексное активирующее влияние на функциональные системы, которые трансформируют местные реакции на уровень целого организма, активизируя его резервные возможности.

С целью обоснования эффективности применения методики контрастного массажа, в комплексной программе лечения женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием, мы исследовали динамику функциональных возможностей организма до и после терапии у 38 пациенток в возрасте от 35 до 45 лет. Все исследуемые пациентки, были направлены на лечение после полного обследования, включая маммографию, и исключения гинекологической патологии требующей хирургического лечения. Лечебно-оздоровительные мероприятия включали в себя курс из 10 процедур, проводимых через день. Методика контрастного массажа основана на сочетании применения холода и тепла в единой процедуре контрастного массажа. Процедура представляет собой применение отдельных приемов ручного массажа (растирания, разминания) и криомассажа с помощью криопакета температурой -23°С…-21°С области живота и сегментарно-рефлекторной зоны по разработанной методике.

В основу принципа оценки резервных возможностей организма был заложен анализ субъективных данных по показателям соматического и психо-эмоционального состояния, данных психологического тестирования САН и теста Спилберга.

На фоне проведенного курса лечения у всех пациенток отмечалось улучшение клинического состояния и данных объективного обследования. Так, выраженность болевого синдрома по ВАШ в результате лечения снизилось количество пациенток с умеренно выраженной болью (6 баллов) с 42% до 14%, со слабой болью (2 балла) осталось 29%, и увеличилось число пациенток, не испытывавших боль с 29% до 57%.

В результате проведенного лечения у 70% пациенток улучшился показатель самооценки здоровья; у 80% снизился индекс напряжения, RMSSD и улучшился ПАРС; у 80% снизился показатель реактивной тревожности и повысились показатели теста САН. Так же следует отметить общее улучшение интегральных показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, физического состояния и самооценки.

После лечения с использованием контрастного массажа улучшилось качество жизни пациенток (оценка по опроснику SF-36). Улучшился физический компонент здоровья (физическое функционирование, общее здоровье, значительно меньше беспокоил болевой синдром) и психический компонент (жизнеспособность, социальное и эмоциональное функционирование).

Математический анализ данных показал, что показатель самооценки здоровья ($z= -2,38$, $p<0,01$), настроения (тест дифференциальной самооценки) ($z= -2,160$, $p<0,03$), показатель реакции на движущийся объект ($z= -2,835$, $p<0,01$), показатель активности регуляторных систем (ПАРС) ($z= -2,348$, $p<0,005$) улучшаются по завершению курса процедур.

Таким образом, экономическая эффективность метода обусловленная отсутствием затрат на дорогостоящие лекарственные средства и расходный материал в сочетании с высокой терапевтической эффективностью, позволяют считать метод контрастного сегментарного массажа обоснованным в комплексной программе медицинской реабилитации больных с хроническим эндометритом.

A.H. Gaydarova, N.V. Kotenko, L.S. Alisultanova, A.Y. Sicheva, E.M. Styazhkina, L.Y. Tarasova, M.Y. Yakovlev

THE DYNAMICS OF THE FUNCTIONAL RESERVE OF HEALTH GYNECOLOGIC PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS UNDER THE INFLUENCE OF CONTRASTIN MASSAGE

FGBU "Russian Scientific Center of Medical Rehabilitation and Balneology Health Ministry of Russia", Moscow, Russia

Evaluation of the psycho-emotional and physical condition of the 48 patients of late reproductive age with a diagnosis of chronic endometritis after a course of contrast massage identified improving the functional state of the subjects. Improved performance on the scale of VAS (Visual Analog Scale) study to estimate the intensity of pain syndrome, increased quality of life indicators in the questionnaire SF-36, showed improvement of self-assessment

tests of HAM (state of health, activity, mood), Spielberg, reduction of stress index and the index of the rate of activity of regulatory systems methodology Baevsky procedure.

В.К. Горшинова, М.Ю. Высоких, В.Ю. Смольникова, М.А. Володина, Д.В. Свиркун, Н.В. Тарасова, Н.В. Десяткова

НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ОПОСРЕДОВАНО ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МИТОХОНДРИЙ В ТКАНИ ЯИЧНИКА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ЖЕНЩИН

ФГБУ Научный центр «Акушерства, гинекологии и перинатологииим.акад. В.И. Кулакова» Минздрава РФ, Москва

В настоящее время ожирение является общемировой проблемой. В связи с тем, что во многих европейских странах более половины женщин репродуктивного возраста имеют или избыточный вес (ИМТ=25–29,9 кг/м^2), или страдают ожирением (ИМТ>30 кг/м^2), вопрос о взаимосвязи повышенного ИМТ с репродуктивным здоровьем женщины является крайне актуальным. Однако, хотя о негативном влиянии ожирения на репродуктивную функцию известно уже давно, но механизмы, ответственные за снижение фертильности при ожирении, до сих пор неизвестны.

Низкая эффективность лечения женщин с избыточной массой тела в программе ЭКО была доказана многочисленными исследованиями. Общепризнано, что необходимое увеличение суммарной дозы гонадотропинов и длительности их воздействия при стимуляции суперовуляции зачастую сопровождаетсяасинхронным ростом фолликулов, увеличением частоты отмены циклов иполучением меньшего количества ооцитов и эмбрионов худшего качества. Недавно при изучениижизнеспособности ооцитовбыло обнаружено, что их качество в периимплантационный период во многом зависит от состояния материнских митохондрий – вплоть до момента возобновления их репликациипосле имплантации эмбриона. В исследованиях на мышах было показано, что диета с высоким содержанием жиров приводит к изменениям морфологии митохондрий, их аномальному распределению в завершающей стадии оогенеза, нарушениям метаболизма и отклонениям формирования нормального веретена деления до образования метафазной пластинки, что в конечном итоге может приводить к развитию эмбрионов с анеуплоидиями.

Известно, что ожирение сопровождается развитием клеточного окислительного стресса практически во всех тканях и органах, в том числе и в ткани яичника. Изменение гормонального фона при ожирении, а также повышение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкина 6, фактора некроза опухоли, лептина), индуцированное окислительным стрессом, могут отрицательно влиять на развитие фолликула, а также на рецептивность эндометрия, снижая вероятность имплантации и развития эмбриона. В совокупности эти данные подтверждают теорию, согласно которой избыточное питание приводит к гиперактивациимитохондрий, индукции

окислительного стрессаи, в конечном итоге, кмитохондриальной дисфункции, что негативно отражается на состоянии ооцитов и качестве полученных эмбрионов.

V.K Gorshinova, M.U. Vysokikh, V.U. Smolnikova, M.A. Volodina, D.V. Svirkun, N.V. Tarasova, N.V. Desyatkova

REPRODUCTIVE DISORDERS ARE MEDIATED BY CHANGES IN MITOCHONDRIAL FUNCTIONAL ACTIVITY IN OVARIAN TISSUE IN OBESE WOMEN

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

Obesity is a worldwide problem nowadays. According to the fact that in many European countries over half of women of reproductive age are either overweight (body mass index (BMI) 25–29.9 kg/m^2) or obese (BMI > 30 kg/m^2), the relationship between increased BMI and women's reproductive health is extremely important. However, for a long time it has been known about the negative impact of obesity on reproductive function, but the mechanisms responsible for the impairment of fertility in women with obesity is still unknown.

В.В. Грабарь, А.М. Феськов, Н.П. Пивоваров, А.В. Стефанович

СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ И НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕНЕЗОМ БЕСПЛОДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМЫХ ТЕХНИК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

Центр репродукции человека «Сана-Мед»
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьков, Украина
ГУ «Научный центр радиационной медицины НАМН Украины»
Киев, Украина

За последнее десятилетие репродуктивные нарушения вошли в категорию болезней современной цивилизации. Методы ВРТ постоянно совершенствуются, однако возрастает и частота прерывания индуцированной беременности.

Целью нашего исследования явилось сравнение частоты невынашивания и недонашивания беременностей, наступивших в результате различных ВРТ (индукция овуляции (ИО), внутриматочная инсеминация (ВМИ) и ИО, экстракорпоральное

оплодотворение и IntraCytoplasmic Sperm Injection (ЭКО+ICSI)) при различных видах бесплодия.

Нами сравнивалось течение и исходы индуцированных беременностей у 1331 пациенток (эндокринный фактор у 464 (34,9%), трубно-перитонеальный (ТП) у 251 (18,9%), мужской фактор у 295 (22,2%), идиопатическое бесплодие супружеской пары у 321 (24,1%)) и спонтанных беременностей у 1026 женщин. У пациенток, имевших бесплодие в анамнезе, ИО применена в 293 (22,0%), ВМИ+ИО в 337 (25,3%), ЭКО+ICSI у 701 (52,7%). Статистическая обработка результатов проводилась по t-критерию, $\chi 2$ (Statistica, Statgraf). Достоверными считали различия при значениях $P \leqslant 0,5$.

Нами выявлено, что при индуцированных беременностях частота прерывания в I триместре при эндокринном факторе была в 2,5 раза выше, чем при спонтанных беременностях (15,7% (73) и 6,3% (65), $P<0,01$) и значимо выше, чем при ТП, мужском и идиопатическом бесплодии (соответственно 11,2% (28); 9,2% (27); 7,2% (23), $P<0,05$). В структуре прерываний I триместра во всех категориях женщин в наших наблюдениях преобладала неразвивающаяся беременность над спонтанными абортами (СА) (в 1,5–6 раз чаще). При сравнении частоты прерываний в I триместре при эндокринных нарушениях в зависимости от техник ВРТ нами не выявлено статистически значимых различий, хотя имела место тенденция к увеличению частоты после ИО и ВМИ+ИО ($P>0,05$). Частота прерываний беременности в I триместре у женщин, имевших в анамнезе мужской фактор составила при ВМИ+ИО 9,3% (10), при ЭКО+ICSI 9,0% (17); при идиопатическом бесплодии при ИО – 7,3% (7), ВМИ+ИО – 6,7% (7), ЭКО+ICSI – 7,5% (9) ($P>0,05$). У каждой 2-й пациентки с эндокринным бесплодием в анамнезе (46,3% (215)), у каждой 5-й при ТП факторе (22,3% (56)) I триместр осложнялся симптомами угрожающего аборта, тогда как при мужском, идиопатическом бесплодии в анамнезе и спонтанных беременностях различий не было (соответственно 12,1% (45), 12,5% (40) и 12,9% (132) ($P>0,05$)). Частота поздних СА (в 13–21 недель) у женщин, имевших в анамнезе бесплодие ТП-генеза была в 2–3 раза выше, чем в случаях мужского и идиопатического бесплодия (соответственно 2,0% (5); 0,7% (2) и 0,9% (3), $P \leqslant 0,5$), последние категории не продемонстрировали различий в сравнении со спонтанными беременностями (0,7% (7)). У женщин с эндокринными нарушениями СА во II триместре произошли в 4,7% (22). Таким образом, у пациенток с мужским фактором, идиопатическим бесплодием имелась отчетливая тенденция к нормализации течения беременности, начиная со II триместра, эта закономерность при эндокринных нарушениях не отмечена. Нами не выявлено отличий в частоте прерывания беременности во II триместре при эндокринном бесплодии в зависимости от техники ВРТ (при ИО – 5,1% (9), при ВМИ+ИО 4,0% (5), при ЭКО+ICSI 5,6% (8)). Частота преждевременных родов в семьях, имевших в анамнезе мужское и идиопатическое бесплодие не имела значимых отличий от спонтанных беременностей (7,8% (23); 7,5% (24) и 5,8% (59), $P>0,05$). В большинстве случаев преждевременные роды происходили в сроки после 34 недель (соотношение родов в 29–34 недель и 34–37 недель – 1:3; ранних преждевременных родов в 22–28 недель среди этих женщин не было). Среди пациенток с эндокринным бесплодием в анамнезе показатель преждевременных родов был в 2,7 раз выше, чем при спонтанных беременностях (15,7% (73)), при этом у каждой 15-й были ранние преждевременные роды (1,1% (5), 22–28 недель), у каждой 3-й – в 29–34 недель (4,7% (22)), в остальных случаях – после 34 недель (9,9%(46)). У женщин с эндокринным бесплодием в анамнезе мы также не нашли различий между частотой преждевременных родов и техникой ВРТ.

Таким образом, наши данные позволяют считать, что невынашивание и недонашивание беременности преимущественно связаны с генезом бесплодия, а не с раз-

личиями в методах ВРТ, и чаще осложняют течение беременности у женщин с эндокринными нарушениями.

Резюме. Проводилось наблюдение за 1331 женщиной с индуцированной беременностью в связи с бесплодием и 1026 спонтанными беременностями для определения ассоциации между применением различных ВРТ (ИО, ВМИ+ИО, ЭКО+ICSI) и невынашиванием. Выявлено, что невынашивание связано с генезом бесплодия, а не с различиями в методах ВРТ, и чаще осложняет течение беременности у женщин с эндокринными нарушениями.

V.V. Grabar, A.M. Feskov, N.P. Pivovarov, A.V. Stefanovich

COMPARISON THE FREQUENCY OF MISCARRIAGE AND PRETERM BORN IN FAMILIES WITH VARIOUS ORIGIN OF INFERTILITY DEPENDING ON APPLIED METHODS OF ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGY (ART)

Human Reproduction Center "SANA-MED"
Kharkiv medical academy of postgraduate education
Kharkiv, Ukraine
SI "National Research Centre for Radiation Medicine of National Academy of Medical Science of Ukraine" Kyiv, Ukraine

Monitoring of 1331 women with induced pregnancy due to infertility and of 1026 spontaneous pregnancies was conducted in order to determine the association between the use of different ART (ovulation induction, intrauterine insemination and ovulation induction, in vitro fertilization and ICSI)) and miscarriage. It was revealed that miscarriage is associated with genesis of infertility and not to differences in the methods of ART and often complicates the course of pregnancy in women with endocrine disorders.

Е.А. Ефремов, Я.И. Мельник, Е.В. Касатонова, В.В. Залетова, Г.Ж. Мсхалая

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗА СЧЕТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭКСТРАКЦИИ СПЕРМАТОЗОИДОВ

ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России
Медицинская клиника репродукции «МАМА» (ООО «Новелла-К»), Москва

Актуальность. Частота бесплодного брака по данным ВОЗ составляет 10–15% в различных популяциях среди супружеских пар детородного возраста и имеет тенденцию к увеличению. При этом нарушение фертильности у мужчин, является причиной

бесплодия в браке в 40–52% случаев, частота секреторной азооспермии по данным различных исследований составляет 60–80%. На первый взгляд, менее травматичным является применение аспирационной биопсии, перкутанного получения биоптата с помощью биопсийного пистолета, либо биопсийной иглой – PESA. Однако применение данного метода с большей вероятностью может осложниться гематомами, а также даст статистически значительно меньше шансов получить достаточное количество сперматозоидов для вспомогательных репродуктивных технологий. Выбор метода открытой экстракции сперматозоидов (TESE или MD-TESE) является актуальным вопросом эффективности, безопасности и экономической целесообразности.

Целью данной работы является оценка эффективности метода микрохирургической экстракции сперматозоидов у пациентов с необструктивной формой азооспермии и криптозооспермией.

Материалы и методы. Работа выполнена на основании совместных данных ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России и медицинской клиники репродукции «МАМА», Москва. За 2012 год было отобрано 48 пациентов с необструктивной азооспермией от 27 до 35 лет (средний возраст 31 год).

Пациенты были рандомизированы на две группы по методу вмешательства: 1 группа (18 человек) – TESE, 2 группа (30 человек) MD-TESE. Характер азооспермии подтвержден данными объективного обследования и лечебно-диагностической микрохирургической биопсией. Всем пациентам проведено общее медицинское и урологическое обследование, исследован эякулят, выполнены гормональный скрининг, серологическая диагностика инфекций, молекулярно-генетическое исследование, ультразвуковое исследование органов мошонки, предстательной железы, семенных пузырьков, патологогистологическое исследование биоптатов. Всем пациентам биопсия яичка проводилась одновременно с проведением предварительной стимуляции овуляции супруги и экстракции ооцитов в рамках программы ЭКО. Для оценки качества сперматозоидов интраоперационно присутствовал эмбриолог.

Результаты и заключение. У 60% пациентов патологогистологически детерминирована остановка сперматогенеза на уровне сперматогоний, в оставшейся части исследованных биоптатов – блок на уровне сперматоцитов. Гистологически сперматид и сперматозоидов в биоптатах выявлено не было.

Успешная экстракция сперматозоидов выполнена в 17% в 1 группе по сравнению с 40% во 2 группе. Достоверной статистической разницы между двумя группами в уровне фертилизации и достижении беременности обнаружено не было [75,0% против 65,3%, p=0,77] и [33,3% против 36%, p=1].

Микродиссекция яичка должна быть рассмотрена в качестве первой линии методик экстракции спермы.

E.A. Efremov, Y.I. Melnik, E.V. Kasatonov, V.V. Zaletova, G.J. Mskhali

IMPROVING THE EFFICIENCY OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY BY USING MICROSURGICAL SPERM EXTRACTION

Institute of Urology, Russian Ministry of Health
Medical clinic reproduction "MAMA" (LLC "Novella-K"), Moscow

Testis microdissection should be considered as first-line extraction techniques sperm.

А.И. Ищенко, А.А. Ищенко, Е.Н. Жуманова, Е.В. Федина, В.М. Зуев, О.Ю. Горбенко, А.Г. Ярошенко, И.В. Шульчина, Э.С. Агаджанян

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ДРИЛЛИНГА ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Россия, г. Москва, ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России

Применения лапароскопического лазерного дриллинга яичников у пациенток с бесплодием, обусловленным СПКЯ, способствует наступлению беременности после ЭКО и ПЭ, снижает андрогенсекретирующую функцию яичников, не вызывает гормонального дисбаланса и является наиболее щадящим методом хирургического лечения СПКЯ.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) относится к числу часто встречающихся состояний у пациенток, страдающих эндокринным бесплодием. Поликистозные изменения яичников сопровождаются гормональным дисбалансом с преобладанием андрогенных фракций и бесплодием.

Спектр терапевтических и хирургических методик лечения СПКЯ достаточно широк и известен, однако ни одна из них не отвечает современным требованиям. Пациенткам с СПКЯ перед проведением программы ЭКО для получения адекватного ответа на гормональную стимуляцию целесообразно выполнение лапароскопического лазерного дриллинга яичников.

Оценка эффективности лапароскопического лазерного дриллинга яичников у пациенток с СПКЯ при подготовке к ЭКО и ПЭ.

В исследование включены 32 пациентки (средний возраст 29,2+1,6 года) с первичным бесплодием и СПКЯ, обратившихся для лечения методами ВРТ.

После комплексного клинико-лабораторного обследования, включавшего УЗИ малого таза с ЦДК, гормонального и биохимического профиля на 5–7 день менструального цикла проводился лапароскопический лазерный дриллинг яичников.

Количество и распределение апертур по площади яичников определялся объемом яичников и соотношением периферических и центральных фолликулов. Параметры

лазерного излучения задавались из расчета минимального количества энергии на единицу площади.

Оценка репродуктивной функции пациенток с СПКЯ после лапароскопического лазерного дриллинга яичников и ЭКО и ПЭ в течение 6 месяцев показала, что беременность наступила у 68,2% женщин. При этом после 1-й попытки у 52% и у 48% после второй.

Признаки ослабления андрогенсекретирующей функции яичников отмечены лишь у 4,2% пациенток (уровень общего тестостерона ниже 1 нмоль/л), что практически не снижает параметры стимулированных циклов и результатов ЭКО.

Применение лапароскопического лазерного дриллинга яичников у пациенток с бесплодием, обусловленным СПКЯ, способствует наступлению беременности после ЭКО и ПЭ, снижает андрогенсекретирующую функцию яичников, не вызывает гормонального дисбаланса и является наиболее щадящим методом хирургического лечения СПКЯ.

При неэффективности консервативной терапии бесплодия у женщин с СПКЯ целесообразно выполнение лечебно-диагностической лапароскопии и, по показаниям, хирургического лечения СПКЯ в объеме лазерного дрилллинга яичников.

Applications of Laser Drilling laparoscopic ovarian patients with infertility due to PCOS contributes to pregnancy after IVF and ET, reduces androgensekretiruyuschuyu ovarian function does not cause hormonal imbalance and is the most gentle method of surgical treatment of PCOS.

А.С. Калугина, С.В. Вяткина, С.А. Шлыкова, Ю.Г. Зубова, Ю.К. Каменецкая, Н.В. Корнилов

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭМБРИОНОВ МЕТОДОМ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ГЕНОМНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ НА МИКРОЧИПАХ. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Клиника «АВА-ПЕТЕР», Санкт-Петербург

Значительная доля неудачных исходов программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) связана с наличием различных генетических аномалий у эмбрионов. Селекция эмбрионов, основанная только на морфологических признаках, не является достаточной, так как эмбрион даже «отличного» качества может иметь различные анэуплоидии, а также полиплоидии. Это определяет актуальность проведения предимплантационной генетической диагностики в группах пациенток с повышенным риском хромосомной патологии. На сегодняшний день сравнительная геномная гибридизация на микрочипах (aCGH) – это единственный метод, позволяющий диагностировать численные и структурные нарушения одновременно во всех 23 парах хромосом. Важным прогностическим моментом является биопсия клеток трофэктодермы (5–6 день развития), которая не оказывает неблагоприятного воздействия на репродуктивный потенциал эмбриона, в отличие от биопсии бластомеров

эмбриона 3-го дня развития. Биопсия эмбрионов, осуществляемая на 5–6 день культивирования, проводится на клетках трофобласта, из которых далее формируются внезародышевые органы и ткани. Показано, что она не снижает вероятность имплантации и уменьшает количество ложно-положительных ответов в случаях «самокоррекции». В ходе биопсии возможно получение нескольких клеток для диагностики, что позволяет если не исключить, то значительно снизить вероятность ошибки метода из-за мозаицизма. Биопсия на 5–6 день после проведения пункции предполагает замораживание эмбрионов и перенос в следующем цикле, когда будет получен результат генетического анализа.

Цель работы: повысить эффективность программ ВРТ у пациенток группы риска – с невынашиванием беременности, неоднократных неудачных попытках ВРТ, позднем репродуктивном возрасте, при наличии хромосомных заболеваний.

Метод сравнительной хромосомной гибридизации на микрочипах (aCGH) позволяет одновременно оценить все 22 пары аутосом, а также половые хромосомы. Данный метод обладает высокой чувствительностью и точностью и позволяет проводить анализ по единственной клетке. По литературным данным метод показал высокую эффективность: только для 2,9% эмбрионов результат анализа не был получен, а уровень ошибки составил 1,9%.

С ноября 2012 по октябрь 2013 года в клинике «АВА-Петер» предимплантационная генетическая диагностика методом a-CGH (Blue Gnome, UK) проведена на 202 бластоцистах у 43 пациенток в возрасте от 25 до 43 лет.

Показаниями для проведения ПГД были старший репродуктивный возраст, неудачные попытки ЭКО, привычное невынашивание беременности в анамнезе, наличие транслокаций хромосом. На время исследования эмбрионы были криоконсервированы методом витрификации и использованы в дальнейших криоциклах.

Результат получен для 196 бластоцист. 6/202 (3%) бластоцист остались без анализа вследствие отсутствия амплификации ДНК биопсированного материала. Всего 76/196 (39%) эмбрионов были эуплоидными. У 85/196 (43%) эмбрионов выявили анеуплоидию по одной хромосоме (моносомия или трисомия), 35/196 (18%) эмбрионов имели множественные анеуплоидии. Следует отметить, что 52 (27%) эмбрионов были анеуплоидными по хромосомам, не входящим в стандартный набор ПГД-FISH (13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, XY). Данные эмбрионы при использовании метода FISH могли быть рекомендованы для переноса, что снизило бы результативность программ ВРТ. У 8 пациенток из 43 (19%) все исследованные эмбрионы были анеуплоидными. Однако, следует отметить, что в пяти случаях из восьми число диагностированных эмбрионов не превышало 3-х. На период октября 2013 года состоялось 18 переносов эмбрионов после размораживания, из них 14 – это селективный перенос одного эмбриона. В 8 случаях наступила клиническая беременность, из них у 2-х пациенток произошло прерывание беременности, в 2-х случаях результат ХГЧ ожидается.

Резюме: при внедрении метода a-CGH в хорошо оснащенной лаборатории с высокими показателями результативности, можно ожидать повышения эффективности программ ВРТ у пациенток групп риска – поздний репродуктивный возраст, невынашивание беременности, неоднократные неудачные попытки ВРТ, носительство сбалансированных структурных аномалий.

A.S. Kalugina, S.V. Viatkina, Yu.K. Kamenetskaya, S.A. Shlykova, Yu.G. Zubova, N.V. Kornilov

THE RESULTS OF PREIMPLANTATION GENETIC DIAGNOSIS BY THE METHOD OF COMPARATIVE GENOME HYBRIDIZATION WITH MICROCHIPS (A-CGH). OWN EXPERIENCE

Summary: Introduction of the method of a-CGH in a well-equipped laboratory will increase the ART efficiency in patients with advanced reproduction age, implantation failure, early spontaneouse abortion, carries of balanced structural rearrangements.

В.А. Крутова, Д.В. Широкова, Е.А. Калинина, М.Л. Полина

ОСОБЕННОСТИ ХРОНОСТРУКТУРЫ ИММУННОГО ПРОФИЛЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов
Россия, Москва

Роль иммунной системы в генезе бесплодия обсуждается в научной литературе относительно недавно. Предпосылками для выявления и изучения иммунологических «поломок» при инфертильности выступают данные об ослаблении компенсаторно-защитных механизмов, торможении процессов тканевой регенерации, препятствии имплантации и нормальному развитию беременности при иммунной дисфункции на местном и системном уровнях. Констатация и поиск вариантов устранения подобного иммунологического дисбаланса представляются актуальной проблемой современной медицины. Вышеизложенное определило цель исследования: изучить особенности иммунного статуса женщин с бесплодием в разные фазы менструального цикла.

Контингент исследования – 375 женщин с верифицированным бесплодием и неудачными попытками ЭКО (основная группа – с установленным гинекологическим диагнозом; эндометриоз, трубно-перитонеальный фактор бесплодия, эндокринный и сочетанный), 124 – здоровые фертильные женщины (контрольная группа). Исследуемый иммунный профиль сыворотки крови: CD3+, CD20+, CD16+, CD4+, CD8+, иммунорегуляторный индекс CD4+/CD8+, CD95+, активность фагоцитоза моноцитов (АФ мн.) и нейтрофилов (АФ нф.), НСТ-тест (проба с нитросиним тетразолием) спонтанный и индуцированный, IgA, IgM, IgG, лейкоциты и лимфоциты крови. Исследование проводили в фолликулиновую фазу (ФФ) на 7-й день и в лютеиновую фазу (ЛФ) на 21-й день менструального цикла (МЦ).

Исследование показателей системного иммунитета бесплодных женщин показало большую лейкоцитарную активность наряду с отсутствием существенной разницы в концентрации лимфоцитов у всех обследованных. При инфертильности зна-

чительному угнетению функциональной активности клеток кластерной линии CD3+ и Т-хелперных CD4+ лимфоцитов (p<0,05) сопутствовало повышение среднего значения естественных киллеров CD16+ (p<0,05). При сопоставимости средних значений параметра CD8+ как у здоровых женщин, так и с установленной причиной бесплодия величина иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+ при инфертильности оказалась достоверно сниженной (p<0,05). Снижение количества индуктора апоптоза CD95+-клеток (p<0,05) при бесплодии сопутствовало высокой вероятности развития аутоиммунных заболеваний репродуктивной системы, спаечной болезни, гиперпластических процессов матки. Возрастание функциональной метаболической активности нейтрофилов как спонтанного, так и индуцированного НСТ-теста при бесплодии наблюдали одновременно с увеличением концентрации АФ нейтрофилов (p<0,05). Значительный иммунный дисбаланс реализовался в повышенных значениях IgG и IgA, сопровождающих выработку аутоантител, диагностируемых преимущественно при эндометриозе и хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза.

Изучение хронофизиологических колебаний иммунных показателей у больных с бесплодием по фазам менструального цикла показало отсутствие динамической вариабельности – смены активации иммуногенеза в ФФ на физиологическую гипореактивность в ЛФ наряду с торможением гипоталамо-гипофизарно-репродуктивной системы, определяющей возможность имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Характерными изменениями иммунного статуса при бесплодии оказались: отсутствие динамических сдвигов лейкоцитарного звена в ЛФ, возрастания лимфоцитов, угнетения неспецифической иммунной резистентности с инверсией иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+ в пользу преобладания Т-супрессорного звена.

Таким образом, проанализирована специфика хронофизиологических изменений иммунного статуса у фертильных женщин и больных с бесплодием, ассоциированным с установленным гинекологическим диагнозом. Установлены маркеры перехода механизмов физиологической иммунной адаптации на патологический уровень, определение которых позволит осуществлять патогенетическое воздействие в составе комплексной терапии инфертильности.

V.A. Krutova, D. V. Shirokova, E.A. Kalinina, M.L. Polina

CHRONOSTRUCTURA'S FEATURES OF THE IMMUNE PROFILE AT INFERTILITY

Basic obstetric and gynecological clinic GBOU VPO KubGMU Ministry of Russia
Krasnodar, Russia
Department of obstetrics and gynaecology of the Faculty of Medicine peoples' friendship university
Moscow, Russia

Specifics of chronophysiological changes of the immune status at patients with the infertility associated with the established gynecologic diagnosis is analysed. Markers of transition of mechanisms of physiological immune adaptation on the pathological level which definition will allow carrying out pathogenetic influence as a part of complex therapy of infertility are established.

В.А. Крутова, Д.В. Широкова, Е.А. Калинина, М.Л. Полина

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Краснодар, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов
Россия, Москва

Указания на взаимосвязь между хроническим стрессом, вызванным инфертильностью, и отрицательным исходом процедуры экстракорпорального оплодотворения требует анализа вегетативного, эмоционально-поведенческого и психофизиологического статуса женщин с идиопатическим бесплодием. Позитивным фактором, способствующим излечиванию подобного типа инфертильности за счет преодоления стрессорной ситуации, может стать психотерапия. В связи с этим была поставлена цель: оценить информативность методов оценки эффективности психотерапии у женщин с идиопатическим бесплодием по данным психологических методов.

Методы исследования: тестирование уровня реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) по Ч.Д. Спилбергу, Ю.Л. Ханину; дифференциальная диагностика депрессивных состояний Зунге (в адаптации Т.И. Балашовой); опросник диагностики состояния агрессии Баса-Дарки; опросник нервно-психического напряжения, астении, сниженного настроения Т.А. Немчина. Психологический статус женщин (n=138) до и после психотерапевтического воздействия изучали по фазам менструального цикла (МЦ): в фолликулиновую фазу (ФФ) на 7-й день и в лютеиновую фазу (ЛФ) на 21-й день. Ретроспективно по результатам психотерапии выделили группы: I – эффективное лечение (беременность и деторождение) (n=51); II – результат приближен к норме (деторождение после нескольких курсов лечения)(n=41); III – неэффективная терапия (n=46).

Наиболее значительная динамика ЛТ и РТ в результате психотерапии – переход с умеренного до низкого уровня преобладала в I группе, независимо от фаз МЦ. Во II группе в ФФ уровни ЛТ и РТ до и после психотерапии оценивались как умеренные, несмотря на некоторое достоверное уменьшение тревожности после лечения. В ЛФ при высокой тревожности в целом, вариации до умеренного ее уровня были отмечены только для ЛТ. В III группе женщин, где психотерапевтическое воздействие было неэффективным, в ФФ МЦ уровень ЛТ и РТ расценивали как умеренный, ЛФ – высокий, причем динамических изменений в ходе лечения выявлено не было.

Исследование агрессивности по шкале опросника «Баса-Дарки» показало наибольшее снижение индекса после психотерапии во II группе (в ФФ – на 8,1% и достижение предела нормы, ЛФ – на 11,1% и приближение к норме). В III группе показатели достоверно не изменялись, независимо от фазы цикла, при значительном отличии их от нормы. Снижение уровня легкой депрессии невротического генеза преобладало в I группе в ФФ МЦ (на 18,3%), вплоть до ее нивелирования, в ЛФ – субдепрессивного состояния (на 4,6%). Во II группе при некотором (на 8,1%) снижении легкой депрес-

сии невротического типа в ФФ МЦ, в ЛФ имела место смена истинной депрессии на субдепрессивное состояние. Контрастным оказался статус женщин в III группе – субдепрессивное состояние в ФФ, истинная депрессия – в ЛФ, без изменений на фоне лечения. В группе с эффективной психотерапией слабое нервно-психическое напряжение в ФФ сменялось умеренным – в ЛФ, уровень которого после лечения снижался на 10,7%, достигая критерия «слабое». Состояние, оцениваемое в баллах как «слабая астения», имело место в обе фазы МЦ и нивелировалось после психотерапии. Вследствие неэффективного лечения в III группе в обе фазы МЦ констатировали экстенсивное нервно-психическое напряжение и выраженную астению. Таким образом, несмотря на некоторое снижение уровня тревожности, депрессии, агрессии и нервно-психического напряжения после психотерапии, разнонаправленность этих изменений по фазам МЦ и субъективизм убеждают в необходимости выявления всех звеньев, задействованных в формировании комплекса нейрогуморальных и иммунных дизадаптивных реакций при идиопатическом бесплодии. Оптимален выбор интегральной терапии, где психотерапевтическое воздействие будет компонентом устранения стрессорных реакций организма.

V.A. Krutova, D. V. Shirokova, E.A. Kalinina, M.L. Polina

INFORMATIONAL CONTENT OF METHODS OF AN ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY AT WOMEN WITH IDIOPATHIC INFERTILITY

Basic obstetric and gynecological clinic GBOU VPO KubGMU Ministry of Russia
Krasnodar, Russia
Department of obstetrics and gynaecology of the Faculty of Medicine peoples' friendship university
Moscow, Russia

Subjectivity of psychological methods of an assessment of a condition of women with idiopathic infertility convince of need of identification of all links involved in formation of all complex of neurohumoral and immune disadaptivity reactions the choice of integrated therapy where psychotherapeutic influence will be a component of elimination of stress-reactions of an organism is optimum.

М.И. Кузнецов, Е.М. Кузнецова, Л.П. Кузнецова, К.А. Силаев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАПНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОК К ЭКО

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Москва, Россия

Невынашивание беременности является частым осложнением после применения вспомогательных репродуктивных технологий, в частности – ЭКО, и остается одной из актуальных проблем современного акушерства.

Целью исследования явилась оценка эффективности разработанного комплекса терапии при предгравидарной подготовке пациенток к ЭКО и улучшение перинатальных исходов.

Проведён анализ эффективности комбинированного лечения 64 пациенток от 26 до 40 лет, средний возраст 34,4±2,6, при предгравидарной подготовке к ЭКО. Соматическая патология в данной группе была выявлена у 51 наблюдаемой, гинекологические заболевания инфекционно-воспалительного генеза в анамнезе – у 48, хронического характера – у 41; подтверждённое носительство генитальной инфекции – у 39 наблюдаемых; венерические заболевания в анамнезе – 6 случаев; миома матки – у 12. Критериями эффективности были такие показатели, как наступление беременности, осложнения течения беременности и послеродового периода, количество случаев невынашивания беременности, вес и состояние новорожденных. Подготовка пациенток состояла из 3-х этапов: 1-й этап – с первого дня менструального цикла – Иммунофан 50,0 – 1 мл в/м 1 р/д – 8 дней, Виферон 1 млн. – 1 св. 2 р/д ректально – 10 дней, Доксициклин 0,1 – 2 т. 2 р/д – 10 дней. 2-й этап – после прекращения кровянистых выделений – клотримазол 0,1 вагинально – 10 дней, затем – Ацилакт (стандартная доза) – 1 свеча 2 р/д – 10 дней. С 14-го дня менструального цикла – курс инфузионной терапии: Пентоксифиллин – 5,0; Эсенциале – 5,0; Актовегин – 5,0; по схеме 10 дней. 3-й этап – курс физиотерапии, включавший магнитотерапию, КВЧ-терапию, гирудотерапию. Протокол ЭКО начинали через 1–2 месяца после окончания подготовительной терапии. Беременность была достигнута в 100% наблюдениях.

Осложненное течение беременности в 1-м триместре наблюдалось у 51 пациентки; прерывание беременности – в 1 наблюдении. Во 2-м триместре угроза прерывания беременности выявлена у 56 пациенток, субкомпенсированная форма плацентарной недостаточности – 6 наблюдений. 59 пациенток были родоразрешены путём операции кесарево сечение. У 5 пациенток произошли самопроизвольные роды в сроках беременности 37–40 недель. Состояние новорожденных оценено как удовлетворительное во всех наблюдениях; вес составил от 2900 до 3800 г, средний вес 3300±150 г. Послеродовый (в т.ч. – послеоперационный) период протекал без осложнений.

Таким образом, этапное проведение комплексной медикаментозной терапии в сочетании с комбинированной физиотерапией позволяет добиться повышения эффективности процедуры ЭКО.

Резюме. Данноеисследование посвящено проблеме невынашивания беременности после ЭКО, одному из актуальных вопросов современного акушерства. В работе

показано, что комплексная медикаментозная терапия, включающая антибактериальные, метаболические и иммунные препараты при определенной схеме в сочетании с физиотерапией, эффективна в предгравидарной подготовке перед ЭКО.

M.I. Kuznetsov, E.M. Kuznetsova, L.P. Kuznetsova, K.A. Silaev

EXPERIENCE OF PHASING MEDICAL AND PHYSIOTHERAPY TREATMENT FOR PREGRAVID PREPARATION OF PATIENTS TO IVF

Moscow State Medical and Dental University

Summary. This research is devoted to one of the most important problems of modern obstetrics namely to spontaneous abortion after in vitro fertilisation. The article shows that the complex therapy including antibacterial, metabolic and immunity drugs in combination with physiotherapy is effective in pregravid preparation of patients before in vitro fertilisation.

М.А. Курцер[2], В.А. Гнетецкая[1,2], М.А. Иванов[2], Ю.Ю. Кутакова[2], Е.Н. Сонголова[1], К.Г. Скрябин[3], Е.Б. Прохорчук[3,4], А.М. Мазур[4], В.В. Шахтарин[5]

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ОСНОВЕ ПАРАЛЛЕЛЬНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ И ЧИПОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ РЕПРОДУКТОЛОГИИ

1 – ГБУЗ ЦПСиР ДЗ г. Москва,
2 – ЗАО «МД Проект2000»,
3 – Центр «Биоинженерия» РАН,
4 – ЗАО «Геноаналитика»,
5 – ООО «Мой ген»

Введение. Проблема диагностики генетических нарушений существует на всех этапах репродукции. Это определяется широким спектром генетических нарушений, которые обуславливают как проблемы с зачатием, вынашиванием беременности, так и рождение детей с врожденной и наследственной патологией. Появление в последнее десятилетие принципиально новых технических решений молекулярной диагностики позволяет в значительной степени решать ранее существовавшие проблемы.

Методы исследования. В настоящем сообщении представлены результаты собственного опыта использования современных методов молекулярной диагностики направленные на обеспечение рождения здорового ребенка, в частности: исследование носительства мутаций 32 рецессивных моногенных заболеваний (PM3) мето-

дом SNP диагностики с использованием чипа Custom Genotyping Assays, диагностику основных (13, 18, 21, X и Y хромосомы) анеуплоидий плода (ДОТ-тест) с 10 недели беременности по крови матери на основе полногеномного параллельного секвенирования, диагностику анеуплоидий бластомера на этапе имплантации (преимплантационный скрининг) при ЭКО методом сравнительной геномной гибридизации с использованием чипа высокой плотности 24 sure PGS и молекулярное кариотипирование на основе технологии микроматриц с использованием чипа Human CytoSNP-12. В работе использовались: сканер микроматриц Bead Array Reader и Gene Pix 6000 B, секвенаторы для массового параллельного секвенирования IonTorrent, SOLID 5500 xl и HiSeq 1500.

Результаты. Носительство 32 наиболее часто встречаемых РМЗ изучено у 594 человек. Все обследованные не имели отягощенной наследственности и по этническому составу отражали российскую популяцию. При исследовании были диагностировано носительство 1021 мутаций 22 рецессивных заболеваний. Только 148 обследованных не имени мутаций, носителями одного, двух, трех, четырех и более исследуемых заболеваний были 197, 153, 70 и 26, в том числе муковисцедоза 25, Тай-Сакса 5, Гоше 5 человек соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о высокой встречаемости носительства мутаций РМЗ, что необходимо учитывать при планировании беременности.

ДОТ-тест выполнен 426 женщинам, у которых к настоящему времени беременность завершилась родами. Медиана возраста женщин на момент беременности 35,1 лет, мода 37,5 лет. В результате проведения ДОТ–теста не была диагностирована патология у 415 женщин. Все рожденные дети этих женщин фенотипически без патологии. Хромосомная патология диагностирована у 11 женщин, в том числе трисомий по 21 хромосоме 8, по 18 хромосоме 1, ХО 1 случаев соответственно. Во всех случаях выявления анеуплоидий проводилась цитогенетическая или QF-ПЦР верификация. Диагностированные ДОТ-тестом трисомии подтверждены во все случаях, патология ХО методом QF-ПЦР не подтверждена. Таким образом, чувствительность метода 100%, специфичность – 99,7%.

В последние время отработана методика оценки анеуплоидий всех хромосом по ДНК, выделенной из одной клетки (бластомера). Первый опыт свидетельствует о высокой информативности метода и его потенциальной востребовательности при проведении ЭКО. Так, только в 25% из всех обследованных бластомеров не были обнаружены анеуплодии. В остальных случаях диагностировались в равной степени моно- и трисомии от 1 до 8 хромосом на бластомер.

Молекулярное SNP кариотипирование выполнялось детям с признаками аутизма, родителям при привычном не вынашивании беременности, так же исследовался абортивный материал при не вынашивании. Метод показал высокую информативность. Например, были диагностированы делеции протяженностью 369 Кб (синдром моносомии 1p36), клинически значимая потеря гетерозиготности 11 хромосомы региона p11.2–11.12 протяженностью 138 Кб, что значительно превосходит информативность традиционных методов кариотипирование.

Заключение: Современные технологии молекулярной диагностики позволяют существенно расширить возможности генетических исследований на всех этапах репродукции и внести существенный вклад в обеспечение счастливого материнства, уменьшения наследственной и врожденной патологии.

M.A. Kurtser, V.A. Gnetetskaya, M.A. Ivanov, Yu.Yu.Kutakova, E.N. Songolova, K.G. Skryabin, E.B. Prohorchuk, Mazur AM, Shakhtarin V. V

EXPERIENCE WITH THE NEW MOLECULAR DIAGNOSTIC METHODS BASED ON PARALLEL SEQUENCING CHIPS HIGH DENSITY IN MODERN REPRODUCTION

Moscow, Russia

Modern technologies of molecular diagnostics can significantly expand the possibilities of genetic research at all stages of reproduction and make a significant contribution to ensuring a happy motherhood, reduce hereditary and congenital abnormalities.

Л.А. Озолиня[1], Е.Б. Болдина[1], Н.Н. Луценко[1], Н.И. Насырова[1], Л.И. Патрушев[2]

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ (ГПЭ)В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ: ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА

1 – РНИМУ им.Пирогова МЗ РФ
2 – ИБХ им.Шемякина и Овчинникова РАН РФ, г. Москва

С целью изучения особенностей генотипа больных с ГПЭ и профилактики возможных осложнений, были обследованы 56 пациенток в возрасте от 30 до 42 лет. Больным проводили определение частоты носительства следующих мутаций: FV Leiden, G20210A, C677T в гене МТГФР, полиморфизм PAI-1, G29926C THBS, G10976A, G1639A. У 89,3% обследованных выявлено от 1 до 8 мутаций и полиморфизмов. Лечение 36 пациенток проводили дидрогестероном, а 20 – трипторелином, а затем дидрогестероном. В течение первого года после лечения забеременели 45% планировавших беременность.

ГПЭ – это пролиферативное заболевание, которое может возникнуть у пациенток репродуктивного периода на фоне хронической ановуляции. Наличие ГПЭ не только приводит к аномальным маточным кровотечениям с развитием анемии, но и сопровождается бесплодием, что является достаточно частой причиной обращения пациенток к гинекологу. Диагностика ГПЭ, благодаря повсеместному использованию УЗИ, гистероскопии и биопсии эндометрия, не вызывает затруднений. А вот лечение больных ГПЭ является непростой задачей, так как назначение гемостатической и гормональной терапии может привести к активации тромботических процессов, учитывая целый ряд клинических факторов риска венозных тромбозов у этих больных.

С целью изучения особенностей генотипа данного контингента больных и профилактики возможных осложнений со стороны системы свертывания крови (как геморрагий, так и тромбозов), нами были обследованы 56 пациенток в возрасте от 30 до 42 лет с ГПЭ. Больным проводили определение частоты носительства следующих мутаций, приводящих к патологии системы гемостаза: FV Leiden в гене фактора V,

G20210A в гене протромбина, C677T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы, полиморфизм в гене PAI-1 (ген ингибитора активатора плазминогена-1), G29926C в гене THBS (ген тромбоспондина-4), G10976A в гене фактора VII, G1639A в гене VKORC1 (ген эпоксидредуктазы витамина K).

Среди обследованных нами больных в 10,7% наблюдений не было выявлено ни 1 из изучаемых мутаций, у остальных 89,3% больных встречались от 1 до 8 мутаций одновременно. Всем пациенткам с ГПЭ диагноз поставлен на основании гистологического исследования, в результате которого выявлена простая или сложная гиперплазия эндометрия без атипии. Пациенткам назначали гормональное лечение препаратами, не повышающими коагуляционный потенциал: 36 – назначен дидрогестерон, а 20 больным с ГПЭ в сочетании с аденомиозом – агонист гонадотропин-рилизинг-гормона трипторелин. Гормональное лечение проводили под контролем УЗИ органов малого таза и цитологического исследования аспирата из полости матки. Вместе с тем, учитывая наличие клинических факторов риска тромбообразования, при назначении гормонотерапии проводили лабораторный контроль состояния системы гемостаза до лечения и через 1 месяц после его назначения, а также рекомендовали неспецифическую профилактику венозных тромбозов. Отрицательных изменений в состоянии системы гемостаза на фоне лечения у обследованных нами больных не отмечено. Через 3 месяца от начала лечения дидрогестероном, по данным УЗИ и цитологического исследования аспирата из полости матки, установлено, что ГПЭ сохранялась у 21,4% пациенток, а через 6 месяцев от начала лечения – отсутствовала. У больных, получавших трипторелин, ГПЭ отсутствовала уже через 3 месяца от начала лечения, поэтому более длительно данный препарат не назначали, продолжая лечение дидрогестероном с 5 по 25 дни менструального цикла (6 циклов), в связи наличием аденомиоза, а далее дидрогестерон назначали во второй фазе цикла (с 11 по 25 дни) еще в течение 3 месяцев, учитывая желание пациенток реализовать детородную функцию. В результате в течение первого полугодия после окончания лечения беременность наступила у 45% пациенток среди планировавших беременность.

Выводы: ГПЭ развивается на фоне определенного генотипа, поэтому лечение данного контингента больных требует применения препаратов, не оказывающих тромбофилическое влияние на гемостаз, но вместе с тем и обеспечивающих восстановление нормального состояния эндометрия с возможностью наступления беременности.

L.A. Ozolinya[1], E.B. Boldina[1], N.N. Lucenko[1], N.I. Nasyrova[1], L.I. Patrushev[2]

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN THE REPRODUCTIVE PERIOD: CHOICE OF TREATMENT, PREVENTION OF COMPLICATIONS, FEATURES OF GENOTYPE

1 – Pirogov Russian National Reserch Medical University
2 – M.M. Shemyakin and Yu.A. Ovchinnikov Institute of Bioorganic Chemistry, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

To study the genotype of patients with GGE and prevention of possible complications were examined 56 patients aged 30 to 42 years. The frequency of FV Leiden, G20210A,

MTHFR C677T gene, polymorphism of PAI-1, G29926S TNVS, G10976A, G1639A mutations was determined. In 89.3% of the patients showed 1 to 8 mutations and polymorphisms. For treatment of 36 patients was used dydrogesterone and in 20 cases was used triptorelin, and then dydrogesterone. During the first year after treatment about 45% of planning pregnancy woman achieved it.

Н.М. Подзолкова, Ю.А. Колода, В.А. Даньшина

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБОФИЛИЯМИ

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава РФ, г. Москва

У 30% супружеских пар наблюдаются повторные неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В последние годы активно обсуждается роль тромбофилии в повторных неудачных попытках ЭКО. Нами проведено исследование, цель которого – повышение эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у пациенток с тромбофилией.

Материалы: В исследование включено 60 пациенток с тромбофилией и одной или более неудачными попытками ЭКО в анамнезе. Средний возраст пациенток – 33,4±4,4 лет. Продолжительность бесплодия – 6,3 лет, среднее число неудачных попыток ЭКО – 2,5. Всем пациенткам проводилось обследование на тромбофилии, оценивался уровень D-димера в крови до и во время индукции суперовуляции, после переноса эмбрионов высокого качества.

Изолированная наследственная тромбофилия была диагностирована у 56,7% пациенток, изолированная приобретенная – у 15%, сочетание наследственной и приобретенной тромбофилии – у 28,3%. В трех наблюдениях (5%) был выявлен гетерозиготный вариант полиморфизма G1691A гена V фактора гемостаза (Лейдена), в 38,3% случаев – гетерозиготный вариант полиморфизма 4G/5G гена PAI-1, гомозиготный вариант встречался в 23,3% наблюдений. У 13,3% выявлен полиморфизм C667T гена MTHFR в гомозиготной форме, у 35% – в гетерозиготной форме. Полиморфизмы генов протромбина – 8,3%, фибриногена – 8,3%, MTRR – 13,3%, коагуляционного фактора XII – 8,3%, коагуляционного фактора XIII – 10%. Сочетание нескольких вариантов полиморфизмов генов обнаружено у 60% пациенток. В 20% случаев выявлены антитела к кардиолипинам, в 10% – антитела к фосфатидилхолину, в 10% – антитела к β-2 гликопротеину, в 5% – антитела к фосфатидилсерину. Антитела к ХГЧ обнаружены у 10% пациенток.

Для оценки методов повышения эффективности ВРТ все пациентки с тромбофилиями были разделены на три группы. В 1-й группе (n=21) перенос двух эмбрионов проводился в свежем цикле после стандартной индукции суперовуляции в программе ЭКО/ИКСИ. В 2-й группе был выполнен криоперенос одного или двух эмбрионов на фоне заместительной гормональной терапии (ЗГТ). 3-ю группу (n=24) составили пациентки, которым криоперенос выполнялся в естественном цикле (ЕЦ).

Результаты: Исходная концентрация D-димера до начала программы ВРТ у пациенток всех групп была в пределах нормальных значений. В 1-й группе у 23,8% жен-

щин на фоне стимуляции суперовуляции отмечалось повышение уровня D-димера в крови в среднем в 3,8 раз. Во 2-й и 3-й группах во время подготовки к криопереносу повышения D-димера не наблюдалось. После переноса эмбрионов в 1ой группе уровень D-димеров в крови оказался выше нормы (в среднем в 2,8 раз) у 23,8%. Во 2-й группе повышение уровня D-димера в крови после переноса эмбрионов было выявлено у 5 (12,8%) пациенток (в 2.2 раза), в 2 случаях была диагностирована комбинированная тромбофилия: сочетание гетерозиготного полиморфизма PAI-1 и АФС и в 3 случаях – изолированный АФС. При криопереносе эмбрионов в ЕЦ повышения уровня D-димера отмечено не было.

Периимплантационная терапия низкомолекулярными гепаринами (НМГ) проводилась у 81% пациенток 1-й группы и 93,3% – 2-й группы, 95,8% – 3-й группы при повышении уровня D-димера более чем в 2 раза и с профилактической целью. Дополнительно антиагрегантную терапию получали 38%, 66,7% и 62,5% соответственно. Частота наступления беременности оказалась значимо выше после криопереноса эмбрионов в ЕЦ по сравнению с криопереносом на фоне ЗГТ или с переносом эмбрионов в свежем цикле (54,2%, 40% и 33,3% соответственно, $p<0,01$). 86,7% беременностей, наступивших после криопереноса в ЕЦ, сопровождались сочетанной терапией НМГ и антиагрегантами.

Выводы: таким образом, патогенетическое лечение под контролем уровня D-димера крови повышает эффективность программ ВРТ у пациенток с наследственной или приобретенной тромбофилией. У пациенток с неудачными попытками ЭКО в анамнезе и тромбофилией наиболее эффективна программа криопереноса эмбрионов в ЕЦ в сочетании с терапией НМГ и антиагрегантами.

Резюме. Цель исследования повысить эффективность программ ВРТ у пациенток с тромбофилией. К программе ЭКО/ИКСИ были подготовлены 60 пациенток с тромбофилией и одной или более неудачными попытками ЭКО в анамнезе. Проводилось сравнение эффективности программ ВРТ, оценивался уровень D-димера в крови, сравнивалась частота наступления беременности и проводимая терапия.

N.M. Podzolkova, Ju.A. Koloda, V.A. Danshina

OPTIMIZATION OF ARTIFICIAL REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN PATIENTS WITH THROMBOPHILIA

Moscow, Russia

The aim of this study was to improve the efficiency of ART in patients with thrombophilia. 60 patients with thrombophilia and one or more previous IVF failure were treated with IVF/ICSI. The efficiency of ART programs was compared, D-dimer level was evaluated, pregnancy rate and therapy were compared.

Д.Ф. Салимов, С.Л. Балезин, В.А. Макутина, Е.В. Турчанинова, О.Б. Морозова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИТРИФИКАЦИИ В ЦЕНТРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ: 3-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ

Центр Семейной Медицины, Екатеринбург

Резюме. В докладе представлены данные Центра Семейной Медицины по витрификации эмбрионов на стадии бластоцисты за 3 года. Витрификация показывает более высокие результаты по выживаемости, частоте наступления беременности, частоте имплантации. Протоколы витрификации на разных коммерческих средах и носителях не выявили достоверных различий. Обнаружена зависимость между эффективностью витрификации на различных стадиях зрелости бластоцист и типом носителя. В докладе обсуждаются факторы, влияющие на эффективность протоколов витрификации.

Витрификация эмбрионов на сегодняшний день становится все более популярным методом криоконсервации. Во многих российских и зарубежных клиниках ВРТ этот метод постепенно вытеснил протоколы контролируемой программной криоконсервации. За более чем десятилетний период активного применения метода витрификации в практике ВРТ показан более высокий уровень выживаемости эмбрионов после оттаивания и их имплантации в криопротоколах ВРТ. Появление эффективного метода криоконсервации позволяет снизить количество переносимых эмбрионов, повысить кумулятивную частоту наступления беременности, снизить риск развития гиперстимуляции, внедрить новейшие методы предимплантационной генетической диагностики эмбрионов и т.д.

В Центре Семейной Медицины метод витрификация широко применяется, начиная с 2011 года. За это время витрифицировано более 4000 эмбрионов на стадии бластоцисты, проведено более 800 циклов переносов витрифицированных эмбрионов после оттаивания.

На сегодняшний день доступен большой спектр коммерческих сред и «носителей» различных производителей. Состав сред разных фирм широко варьируется попрописям, концентрации, соотношениюпроникающих и непроникающих криопротекторов, однако, существуют и схожие по составу аналоги, например, витрификационные наборы Sageи Irvine. Отмечается большое разнообразие и «носителей» для витрификации, которые принципиально можно разделить на «открытые» (контактирующие с жидким азотом) и «закрытые» (изолирующие эмбрионы от такого контакта). В докладе обсуждаются приоритеты использования различных типов «носителей» в криопротоколах для ооцитов и эмбрионов различных стадий развития, особенности скорости охлаждения/нагревания, необходимость вспомогательного коллапса бластоцист перед витрификацией и т.д.

Цель ретроспективного исследования: определить эффективность различных типов криопротоколов витрификации в программах ВРТ, выявить факторы, влияющие на ихэффективность.

Исследуемая группа включает в себя 1200 циклов переноса криоконсервированных бластоцист с 2011 по 2013 год, из них 420 циклов медленной криоконсервации и 780 циклов витрификации. Медленная криоконсервация проводилась на программных замораживателях Planer360 и Cryologic на наборах различных производителей.

Бластоцисты криоконсервировались на различных стадиях зрелости (2–6 по Gardner) в соломинках CBS 0,25 мл.

Витрификация осуществлялась с использованием наборов Sage, Irvine и их комбинации. Перед витрификацией, экспандированные и вылупляющиеся (grade4,5 по Gardner) бластоцисты подвергались вспомогательному коллапсу с использованием лазера (MTG). В качестве «носителей» для витрификации использовались IrvineCryotip, KitazatoCryotop. Количество эмбрионов на один носитель составляло от 1 до 3-х. Бластоцисты оттаивали и инкубировали в среде для культивирования бластоцист в день переносав полость матки за 0,5–4 часа перед процедурой.

Результаты. Выживаемость бластоцист при медленной криоконсервации и витрификации составляли 85,8% и 96,2%, соответственно. Частота наступления клинической беременности (ЧНБ) регистрировалась на уровне 34% (медленная криоконсервация) и 39% (витрификация), при этом коэффициенты имплантации (КИ) равнялись 0,23 и 0,27, соответственно. Частота прерывания беременности (ЧПБ) для медленной криоконсервации была выше – 20,3%, против 12% при витрификации. Коэффициент многоплодия (КМ) был примерно одинаковым и соответствовал 17,4% (медленная криоконсервация) и 18,8% (витрификация).

Анализ данных показателей эффективности (ЧНБ, ЧПБ, КИ, КМ) витрификации при использовании закрытого или открытого «носителя», наборaSage, Irvineили их комбинации не выявил различий. Однако обнаружена зависимость между стадией зрелости витрифицированныхбластоцист и показателями эффективности криопротоколов. Так, самая высокая ЧНБ – 45,7% (КИ – 0,31) зарегистрирована для бластоцист grade 4 по Гарднеру, наименьшая – при витрификации бластоцист grade 2,3 по Гарднеру, а именно: ЧНБ – 31% (КИ – 0,19). Эффективность витрификации бластоцист grade 5,6 на закрытом «носителе» остается на высоком уровне ЧНБ – 42,9% (КИ – 0,44), тогда как на открытом «носителе» – снижается до 36% (КИ 0,25).

Выводы. В клинической практике витрификация показывает высокую эффективность и более низкие уровни прерывания беременности, наборы для витрификации Sage и Irvine позволяют эффективно витрифицировать бластоцисты как отдельно, так и в комбинации двух производителей, бластоцисты grade 5 и 6 эффективнее витрифицировать на закрытых носителях.

D.F. Salimov, S.L. Balezin, V.A. Makutina, E.V. Turchaninova, O.B. Morozova

VITRIFICATION EFFICIENCY IN THE CENTER OF FAMILY MEDICINE: 3 YEARS EXPERIENCE

Family Medicine Center, Yekaterinburg

This report presents the findings of the Family Medicine Center in vitrification of embryos at the blastocyst stage for 3 years. Vitrification shows better results in survival rates, pregnancy rates and implantation rates. Vitrification protocols of different commercial media and carriers did not reveal significant differences. It was revealed relations hip between the effectiveness of vitrification at various blastocystsstages and type of carrier. The report discusses the factors affecting the efficiency of vitrification protocols.

О.В. Самыкина, Я.А. Зазулина

ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ЭКО НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
Самара, Россия

Проведено изучение частоты наступления беременности у пациенток с трубным бесплодием в программах ЭКО в зависимости от наличия латентного дефицита железа и его коррекции. Частота наступления беременности была достоверно выше у пациенток без латентного дефицита железа и на фоне коррекции последнего. Полученные свидетельствуют о том, что латентный дефицит железа является существенным фактором, отрицательно влияющем на результативность программ ЭКО.

Одним из способов, направленных на повышение эффективности метода ЭКО и ПЭ, является оптимизация лечебно-диагностических мероприятий на этапе подготовки к процедуре, в частности, выявление и коррекция факторов риска неудачи. Одним из таких факторов может являться латентный дефицит железа (ЛДЖ), который сопровождается функциональной неполноценностью многочисленных железосодержащих и железозависимых структур организма, недостаточность которых может быть одной из причин нарушения прикрепления эмбриона к материнскому эндометрию и, в конечном итоге, отсутствия и потерь беременности в программах ЭКО.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности лечения женского бесплодия трубного происхождения методом ЭКО и ПЭ путем оптимизации лечебно-диагностических мероприятий на этапе подготовки к процедуре на основе выявления и коррекции латентного дефицита железа.

Данное научное исследование было проведено в 2009–2013 гг. на базе ГБУЗ «Самарский областной центр планирования семьи и репродукции» (директор – д.м.н., О.В. Тюмина) и носило проспективный характер. Всего было обследовано 146 женщин, направленных на процедуру ЭКО с верифицированным диагнозом «женское бесплодие трубного происхождения». Кроме трубного бесплодия, критериями включения пациенток в исследование были: предстоящая первая попытка ЭКО, возраст до 35 лет, подписанное информированное согласие пациента. Критериями исключения явились: наличие других факторов женского бесплодия, наличие эндометриоза, сочетание трубного бесплодия с мужским фактором, возраст супругов старше 35 лет, наличие острых воспалительных заболеваний любой локализации на момент обследования, сниженный овариальный резерв, недостаточный ответ яичников на стимуляцию суперовуляции (менее 4 фолликулов), отсутствие возможности переноса 2 эмбрионов, низкое качество переносимых эмбрионов, прием препаратов железа, витаминов с микроэлементами. Помимо стандартного объема обследования перед проведением ЭКО, всем пациенткам проводилось определение в сыворотке крови показателей метаболизма железа. В качестве лабораторных критериев ЛДЖ нами использовались критерии, разработанные В.Н. Серовым и соавт. (2007) для небеременных женщин репродуктивного возраста. По результатам проведенного обследо-

вания, у 64 (44%) пациенток был выявлен ЛДЖ. Для изучения эффективности коррекции ЛДЖ пациентки с ЛДЖ с использованием таблицы случайных чисел были разделены на 2 группы – группа сравнения I (ГС I), включившая 32 пациентки, которым не осуществлялось лечение ЛДЖ, и группа сравнения II (ГС II), в которую вошли 32 пациентки, получающие таковое. Группу сравнения III (ГС III) составили 82 пациентки без ЛДЖ. Далее в набранных группах наблюдения в сравнительном аспекте отслеживалась частота наступления клинической беременности (ЧНБ) в программах ЭКО. Для лечения ЛДЖ у пациенток ГС II применялся железа протеин сукцинилат по 15 мл в день в течение 6 недель под контролем гематологичесих и феррокинетических показателей по окончании курса лечения. Процедура ЭКО выполнялась в рамках существующих стандартов. Наступление клинической беременности оценивалось через 3–4 недели после переноса эмбрионов по наличию плодного яйца в полости матки, визуализированного при УЗИ. Статистическая обработка материала произведена на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Достоверными считали различия при степени доверительной вероятности 95% и выше. По семейному, социальному статусу, уровню образования, характеру трудовой деятельности и наличию профессиональных вредностей, менструальной, репродуктивной функции и эндокринному статусу, возрасту и длительности бесплодия группы были сопоставимы ($p>0,05$). ЧНБ в ГС I составила 28%, что было достоверно ниже, чем в ГС II (37%) и ГС III (41%), которые были сопоставимы по данному параметру.

Таким образом, частота наступления беременности была достоверно выше у пациенток без латентного дефицита железа и на фоне коррекции последнего. Это может быть связано с функциональной неполноценностью важнейших железосодержащих энзимов, опосредующих процесс имплантации, на фоне истощения запасов железа.

O.V. Samykina, Ya.A. Zazulina

PREGNANCY RATE IN PATIENTS WITH TUBOPERITONEAL INFERTILITY UNDERGOING IVF AGAINST CORRECTION OF LATENT IRON DEFICIENCY

Samara State Medical University, Russian Ministry of Health

The present study investigated the effect of latent iron deficiency on the clinical pregnancy rate in patients undergoing IVF. We conclude that latent iron deficiency is found in a significant number of women presenting with tubal infertility and has a negative impact on the outcome of IVF.

Ю.Н. Шарфи, Д.А. Ниаури, А.М. Гзгзян, И.М. Кветной, А.И. Меркулова

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЦИКЛАХ ЭКО

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет,
кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии.
Санкт-Петербург, Россия

Частота наступления беременности в результате проведения ЭКО остается практически неизменной и составляет в среднем 32% на перенос в циклах ЭКО. Успех имплантации определяется качеством эмбрионов и рецептивностью эндометрия. Значительную роль в успехе имплантации в последнее время отводят лейкемия ингибирующему фактору (LIF), трансформирующему фактору роста бета1 (TGF-β1) и сосудистому эндотелиальному фактору роста (VEGF).

Целью исследования явилась оценка экспрессии LIF, TGF-β1 и VEGF в эндометрии в период предполагаемого окна имплантации в циклах, предшествующих проведению ЭКО. Нами проанализированы исходы циклов ЭКО с переносом эмбрионов в полость матки у 48 женщин в возрасте от 24 до 35 лет, проходивших лечение бесплодия на базе ФГБУ «НИИ АГ имени Д.О. Отта» СЗО РАМН. В зависимости от исхода лечения ретроспективно были сформированы 2 группы. В I группу вошли 23 (47,92%) женщины с эхографически подтвержденной беременностью, II группа состояла из 25 (52,08%) женщин, у которых беременность не наступила. Уровень ФСГ в крови, определенный на 3–5 день м.ц. у всех обследованных женщин не превышал 11 МЕ/л, при УЗИ на 3–5 день м.ц. определялось от 7 до 12 антральных фолликулов в максимальном эхографическом срезе яичников. Всем женщинам проводился стандартный протокол ЭКО или ЭКО/ИКСИ с применением антагонистов Гн-РГ. Биопсию эндометрия выполняли на 20–23 день менструального цикла, предшествующего проведению ЭКО. Уровень экспрессии LIF, TGF-β1 и VEGF в эндометрии определяли иммуногистохимическим методом с использованием коммерческих наборов антител и системы компьютерного анализа микроскопических изображений Морфология 5.2. Проводили оценку относительной площади экспрессии и оптической плотности LIF, TGF-β1 в железистом и поверхностном эпителии, эти же показатели определяли в строме эндометрия для VEGF. Относительную площадь экспрессии рассчитывали, как отношение площади, занимаемой иммунопозитивными клетками, к общей площади клеток в поле зрения и выражали в процентах. Оптическую плотность экспрессии указанных показателей измеряли в условных единицах.

В результате обследования у 25 (52,08%) женщин установлен трубно-перитонеальный фактор бесплодия, мужской – у 23 (47,92%) женщин и у 12 (25%) женщин имелось бесплодие в сочетании с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) III–IV степени. У 12 (52,17%) пациенток первой группы и у 11 (44%) женщин второй группы было проведено оплодотворение методом ИКСИ. Средняя доза рекомбинантных гонадотропинов, количество и качество полученных ооцитов и перенесённых эмбрионов достоверно не отличались в исследуемых клинических группах. Частота имплантации составила 34,52%. Частота наступления беременности составила 47,92%. Относительная площадь экспрессии LIF в железистом и поверхностном эпи-

телии была достоверно выше у женщин I группы в сравнении с женщинами II группы (12,86±1,03% и 9,13±0,93%, соответственно, при p<0.05). У женщин с наступившей беременностью было отмечено значительное увеличение оптической плотности экспрессии LIF в железистом и поверхностном эпителии (0,240±0,013 у.е и 0,168±0,008 у.е соответственно, при p<0.01). В этой же группе женщин имелось достоверное повышение оптической плотности экспрессии VEGF в строме эндометрия (0,195±0,0132 у.е и 0,143±0,012 у.е соответственно, при p<0.01). Сравнение показателей экспрессии TGF-β1 в исследуемых группах не выявило достоверных различий.

Выводы: Наиболее информативными показателями в отношении исходов ЭКО является оптическая плотность экспрессии LIF в железистом и поверхностном эпителии и VEGF-A в строме эндометрия, полученного на 20–23 день цикла, предшествующего проведению лечебного цикла ЭКО.

Резюме: Имплантация является ключевым процессом при наступлении естественной и индуцированной беременности.

Целью исследования явилась оценка экспрессии LIF, TGF-β1 и VEGF в эндометрии в период предполагаемого окна имплантации в циклах, предшествующих проведению ЭКО. Экспрессия LIF и VEGF тканью эндометрия была достоверно выше в группе беременных женщин по сравнению с женщинами, у которых беременность не наступила в результате ЭКО. Полученные данные можно применять в качестве предиктивных критериев адекватной рецептивности эндометрия.

Y.N. Scarfi, D.A. Niauri, A.M. Gzgzyan, I.M. Kvetnoy, A.I. Merkulova

IMMUNOHISTOCHEMICAL INDICATORS RECEPTIVE ENDOMETRIUM INTO THE IVF CYCLES

St. Petersburg State University,St. Petersburg, Russia

Implantation of the embryo is a critical event in establishment of induced and spontaneous pregnancy. The objective of this study was to identify the endometrial expression of LIF, TGF-β1 and VEGF during the expected window of implantation in the cycle preceding ovarian stimulation for IVF. The endometrial expression of LIF and VEGF was significantly higher in the pregnant group compared with the nonpregnant group and thus could be predicting markers for subsequent IVF pregnancy. Obtained data could be usefull as predictive criteria for good endometrial receptivity.

М.Г. Шнейдерман, И.А. Аполихина, Е.А. Калинина, Н.В. Долгушина, В.Ю. Смольникова, Н.Г. Мишиева, А.Н. Абубакиров, А.И. Гус, Л.А. Левков, А.Г. Бурдули, К.У. Алиева, А.А. Аксененко, А.А. Куземин, Е.В. Дюжева, А.А. Гависова, Л.М. Казарян

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К ПРОГРАММЕ ЭКО

ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ

Большое количество неудач в программе ЭКО заставляет исследователей все глубже изучать эту проблему и искать новые методики в применении ЭКО. Для достижения желаемой беременности необходимо сочетание нормального эмбриона и рецептивного эндометрия, в котором происходит имплантация развивающегося эмбриона. Именно поэтому тонкий эндометрий является частой причиной существенного снижения возможности наступления беременности. Считается, что толщина эндометрия по данным УЗИ менее 7 мм (период существования окна имплантации) дает минимальные шансы на зачатие (Gonen и соавт, 1991 г.).

Причины, по которым эндометрий становится тонким, могут обуславливаться рядом патологических факторов: нарушение кровоснабжения в матке, которой присущ как наследственный (врожденный), так и приобретенный фактор (после воспаления, искусственного аборта, травмы и др.). Кроме того, патология может формироваться на фоне генитального инфантилизма, либо в результате гормонального дисбаланса. До настоящего времени непонятно, почему тонкий эндометрий является неблагоприятным фактором для наступления имплантации эмбриона. Некоторые исследователи предполагают, что тонкий слой эндометрия приводит к аномально высокой концентрации кислорода в эпителиальных клетках, что приводит к избыточной генерации активных форм кислорода (свободные радикалы), которые могут быть токсичными для клеточных структур.

В настоящее время используется лечение медикаментозное (с преобладанием гормональной терапии) и хирургическое с непосредственным удалением слоя эндометрия. Поиски альтернативных методов лечения тонкого эндометрия являются актуальными и своевременными. До настоящего времени в современной литературе и в современной медицинской практике мы не встретили данных о лечении женщин с тонким эндометрием путем обработки эндометрия смесью газов (CO2+N) под воздействием которой происходит значительное усиление кровообращения в слизистой и, следовательно, увеличение толщины базального и функционального слоев.

CO2 обладает сосудорасширяющим действием, повышение уровня которого способствует расширению мелких артерий (тонус которых определяет количество функционирующих капилляров) и увеличению кровотока. Доказано, что локальное воздействие CO2 на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода тканями, усилением их метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности, усилением репаративных процессов и активацией фибробластов. Повышение уровня CO2 в тканях способствует расширению мелких артерий (тонус которых определяет количество функционирующих капилляров) и увеличению кровотока. Азот в организме является одним из основных биогенных элементов, входящих в состав важнейших веществ

живых клеток, белков и нуклеиновых кислот, входит в состав белков (16% – 18% по массе), аминокислот, нуклеиновых кислот, нуклеопротеидов, гемоглобина и др.

Целью исследования являлась оценка эффективности и безопасности применения газовой смеси (CO2+N) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

Методика исследования. Толщина эндометрия (УЗИ) измерялась однократно до включения пациенток в исследование а затем трижды: в цикле введения газовой смеси и в следующем цикле после проведения процедуры.

УЗИ проводилось на 7, 11, 13, 15 дни менструального цикла при 28-дневном цикле у пациентки или через 5–7 дней подтвержденной овуляции при цикле отличном от 28-дневного.

В полость матки через специально сконструированный катетер с 6 микроскопическими отверстиями в дистальном отделе под определенным давлением вводилась дозированная воздушная смесь (CO2+N), которая, заполняя полость матки, воздействовала на эндометрий. Благодаря этому происходило усиление кровоснабжения в слизистой полости матки.

Процедура показала себя безопасной, так как при этом использовались всегда применяемые при проведении ЭКО проводник и катетер, а состав газовой смеси состоял из ингредиентов, применяемых для культивирования эмбрионов (CO2 и N).

В исследование были включены 22 пациентки репродуктивного возраста (25–40 лет) с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. Всем пациенткам выполнено клинико-лабораторное исследование, трансвагинальное ультразвуковое сканирование. Все больные подписали письменное информированное добровольное согласие на участие в исследовании и согласие на выполнение процедур.

При проведении первого УЗИ, до начала проведения газового орошения эндометрия, толщина последнего варьировалась от 3,1 мм до 5,9 мм. В ходе последующих УЗИ выявилось следующее: через 2 дня после первого орошения толщина эндометрия увеличилась на 2,7–3,3 мм, через два дня после второго орошения – еще на 1.8–3.4 мм, а после третьего орошения толщина эндометрия соответствовала 7,3 –10,8мм. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами, прослеживается тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси (CO2+N). Безусловно, делать какие-либо окончательные выводы на данном небольшом количестве наблюдений пока не представляется возможным, но продолжение исследования с применением допплерометрии сосудов матки и гистологического исследования эндометрия позволит получить конкретные результаты и разработать методику лечения тонкого эндометрия с помощью орошения газовой смесью (CO2+N).

M.G. Schneiderman, I.A. Apolikhina, E.A. Kalinina, N.V. Dolgushina, V.Y. Smolnikova, N.G. Mishieva, A.N. Abubakirov A.I. , Gus L.A. Levkov, A.G. Burduli, K.U. Alieva, A.A. Aksenenko, A.A. Kuzemin, E.V. Duzheva, A.A. Gavisiva

THE NEW METHOD OF THIN ENDOMETRIUM TREATMENT DURING THE PROCESS OF PREPARING TO THE IVF PROGRAM

Kulakov Federal Research Center for Obstetrics, Gynaecology and Perinatology,
Ministry of Health and Social Development of the RF

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 found any facts about the treatment of the patients with the thin endometrium by means of the gas mixture (CO2+N) 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.

CO2 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 speed enhancement of the oxygen extraction by the tissues, the metabolism enhancement, the recovery of the receptor sensibility, the reparative processes enhancement, and the fibroblast activation.

The research method: the endometrium thickness (ultrasonography) was measured repeatedly before the patients inclusion into the research program, and after that for three times: during the procedure cycle and during the next cycle after the procedure. The ultrasonography was carried out on the 7th, 11th, 13th, 15th days of the menstrual cycle. Twenty two 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. All the patients had the clinic-laboratorial examination and transvaginal sonography. During the first ultrasonography before the endometrium gas ablution, its thickness made from 3,1 mm to 5,9 mm. During the following ultrasonography tests the it turned out, that in 2 days after the first ablution the endometrium thickness raise for 2,7–3,3 mm, in 2 days after the second ablution – for 1,8–3,4 mm more, and after the third ablution the endometrium thickness made 7,3–10,8 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 (CO2+N).

М.Г. Шнейдерман, И.А. Аполихина, Е.А. Калинина, А.Н. Абубакиров, Н.Г. Мишиева К.У. Алиева, А.Г. Бурдули, Л.М. Казарян, А.А. Аксененко, М.А. Веюкова, Е.В. Дюжева, И.В. Ушакова

НОВЫЙ МЕТОД ПОДДЕРЖКИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНА В ЭНДОМЕТРИЙ МАТКИ

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

Нами разработан и апробируется новый способ повышения возможности удачной имплантации эмбриона в эндометрий (патент на изобретение №2444315) и имплантатор эмбрионов (патент на полезную модель №106521). Согласно данным технический результат «повышения возможности имплантации бластоцисты в эндометрий» достигается за счет создания минимального воздушного давления в полости матки с помощью газовой смеси (CO_2 – 6% и N – 94%), благодаря чему осуществляется плотное соприкосновение и «слипание» бластоцисты с эндометрием и последующая имплантация. Технически это происходит следующим образом: после переноса бластоцисты в полость матки через специально сконструированный катетер с шестью микроскопическими отверстиями на боковых поверхностях его дистального отдела в полость матки под строго определенным давлением вводится дозированная воздушная смесь (CO_2 и N), которая, заполняя полость матки, создает в ней определенное давление. Благодаря этому происходит как-бы «придавливание» бластоцисты к эндометрию матки с образованием тесного контакта между этими структурами. Тем самым создаются условия для повышения возможности удачной адгезии и имплантации эмбриона. Эта процедура является безопасной, так как при этом используется газовая смесь (CO_2 и N), являющаяся благоприятной средой для развития эмбриона. и применяемая для его культивирования. Кроме этого, смесь CO_2 и N оказывает благоприятное воздействие не только на бластоцисту, перенесенную из культуральной среды в воздушную среду полости матки, но и на эндометрий, усиливая в нем кровообращение и повышая тканевые окислительно-восстановительные процессы. За последний год было проведено 18 исследований с применением новой технологии. Исследования проводились в рамках «критерия включения», определенного решением Комиссии по этике биомедицинских исследований при ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России. Из 18 проведенных исследований 11 закончились наступлением беременности. По мнению специалистов, сложно однозначно объяснить, что будет определяющим в усилении эффекта имплантации бластоцисты в эндометрий. В одних случаях это может быть результатом создания давления в полости матки и плотное прижатие бластоцисты к эндометрию с усилением процесса адгезии. В других случаях – благоприятное влияние углекислого газа и азота на бластоцисту и прегравидарный эндометрий. Вполне возможно и сочетание обоих факторов. Несомненно одно – применение новой методики является важным и актуальным и требует продолжения исследований с привлечением специалистов различного профиля.

M.G. Shneiderman, I.A. Apolikhina, E.A. Kalinina, A.N. Abubakirov, N.G. Mishieva, K.U. Alieva, A.G. Burduli, L.M. Kazaryan, A.A. Aksenenko, M.A. Veyukova, E.V. Duzheva, I.V. Ushakova

NEWS ABOUT THE EMBRYO IMPLANTATION TO THE UTERINE CAVITY ENDOMETRIUM

Kulakov Federal Research Center for Obstetrics, Gynaecology and Perinatology, Ministry of Health and Social Development of the RF

We have worked out and test now the new method of the enhancement of the successful embryo implantation to the uterine cavity (invention patent № 2444315) and embryo implantator (utility model patent № 106521). According to our method, the technical result – the enhancement of the chance for the blastocyst implantation to the endometrium – is achieved due to development of the minimum air pressure in the uterine cavity, because of which the close contact and the "adhesion" of the blastocyst with the endometrium and the following implantation are provided.

Under the pressure of the gas mixture supplied into the uterine cavity through the specially designed catheter, under the determined pressure the blastocyst is tightly pressed to the preconception endometrium, which is needed for the enhancement of the chance of the adhesion and the following invasion. Besides, the mixture CO2+N has a favorable impact not only on blastocyst transferred from culture medium to the aerial environment of the uterine cavity but upon the endometrium also, enhancing its blood circulation and redox processes. During last year we accomplished 18 experiments using the new technology. From these 18 experiments, 11 ended up in pregnancies. The preliminary results bring hope for the improvement of the effectiveness of the pregnancy within the IVF programme and demand for the extension study.

ГЛАВА 7 / CHAPTER 7

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.В. Адамян[1], К.Д. Мурватов[2], И.С. Обельчак[2], Л.А. Мурватова[1]

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОГО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

1 – Кафедра репродуктивной медицины и хирургии факультета постдипломного образования МГСМУ, Москва
2 – Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России, Балашиха

Актуальность. Основной ведущей причиной бесплодия у женщин является трубно-перитонеальный фактор. По данным различных авторов трубный фактор бесплодия достигает 35–40% [1,4,7]. Лечение трубно-перитонеального бесплодия является трудной задачей, занимает продолжительное время и лишь в 20–25% случаев удается добиться желаемой беременности. Лечение бесплодия требует использования микрохирургических вмешательств или современных репродуктивных технологий [5,7,8].

После реконструктивно-пластических операций частота наступления беременности не превышает 21–28%. [4,6].

Используемые в настоящее время методы визуализации маточных труб подразделяются на косвенные и прямые. К косвенным методам относят гистеросальпингографию (ГСГ), кимографическую перитубацию (КП) и контрастную эхогистеросальпингоскопию (КЭГСС), к прямым – лапароскопию, гистероскопию и фертилоскопию [2,5,8]. По данным некоторых авторов, косвенные методы диагностики трубно-перитонеального бесплодия уступают по диагностической точности и специфичности прямым эндоскопическими методам [5,9,10].

Прямые эндоскопические методы – лапароскопия, гистероскопия, обладающие высокой информативностью могут быть использованы только в условиях стационара, и эти методы применяются после неэффективности нескольких курсов консервативной терапии.

Проблемы диагностики и лечения пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием актуальны до настоящего времени. Важнейшим критерием эффективности лечения бесплодия является диагностическая объективная оценка проходимости маточных труб. Мультиспиральная компьютерная – гистеросальпингография, основанная на принципах мультидетекторного сканирования, позволяет получать более полную и достоверную информацию при исследовании на качественно новом диагностическом уровне [11, 12].

Цель: изучить возможности мультиспиральной компьютерной томографии – гистеросальпингографии (МСКТ-ГСГ) в диагностике патологии маточных труб у больных с трубно-перитонеальным бесплодием для определения этапности, дальнейшей тактики и лечения.

Материал и методы. Было обследовано 112 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием в возрасте от 20 до 44 лет. Всем больным проводилась мультиспиральная компьютерная гистеросальпингография (МСКТ-ГСГ). Традиционная рентгеновская гистеросальпингография выполнена у 43 пациенток, лапароскопия произведена 50 пациенткам.

МСКТ-ГСГ выполняли на 16-ти и 128-срезовом мультидетекторном компьютерном томографе «Aquilion 16 Toshiba», «Philips Ingenuity». МСКТ-ГСГ проводилась в положении пациентки на спине после катетеризации полости матки баллонным обтурационным катетером фирмы «COOK». Сканирование осуществлялось двумя блоками в кранио-каудальном и каудо-краниальном направлениях на фоне внутриматочного введения неионного рентгенконтрастного вещества (ультравист, визипак, омнипак) в разведении со стерильным физиологическим раствором (0,9% раствор натрия хлорида) в соотношении 1:1, объемом 15–18 мл со скоростью 1,0–1,5 мл/сек. Продолжительность сканирования была в диапазоне от 4,0 до 5,5 секунд. Рентгенконтрастный препарат вводился через катетер в полость матки используя автоматический инъектор, что исключало присутствие врача-гинеколога в процедурной рентгеновского томографа во время сканирования.

Постпрцессинговая обработка результатов исследования осуществлялась на рабочих станциях компьютерных томографов с использованием различных методов моделирования и получения изображений: мультипланарной реконструкции (MPR), максимально интенсивной проекции (MIP), объемной реконструкции (3D).

Результаты и обсуждение. При оценке результатов обследования 112 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, с подозрением на внутриматочную патологию при МСКТ- ГСГ были выявлены полипы эндометрия у 10 пациенток (8,8%), в 31 случае определялась непроходимость маточных труб (27,1%); гидросальпинкс, маточные и внутритрубные синехии, кисты яичников, обнаружены были у 17 (15,1%) пациенток.

Результаты МСКТ-ГСГ при непроходимости маточных труб были подтверждены интраоперационно при гистероскопии и лапароскопии в 90% случаев. Полипы эндометрия во всех случаях были визуализированы при МСКТ-гистеросальпингографии. При полипах на МСКТ-ГСГ в полости матки определялись типичные дефекты внутриполостного контрастирования.

У 54 (48,0%) пациенток при МСКТ-ГСГ патологии со стороны эндометрия матки и маточных труб не выявлено. При МСКТ-ГСГ у пациенток с проходимыми маточными трубами, определяется типичное контрастирование просвета труб с заполнением позади-маточного пространства.

У 31 пациентки с непроходимостью маточных труб по данным МСКТ-ГСГ, в 12 случаях определялась непроходимость обеих труб, у 19 – одной. Непроходимость маточ-

ных труб при мультиспиральной томографии проявляется отсутствием типичного контрастирования трубы в определенном сегменте (проксимальном, ампулярном); рентгенконтрастное вещество при этом в позади-маточном пространстве не определяется.

У 31 пациентки с непроходимостью маточных труб в дальнейшем была выполнена селективная реканализация непроходимого сегмента маточной трубы с восстановлением просвета. При выполнении МСКТ-ГСГ у 54 пациенток с подозрением на трубно-перитонеальное бесплодие, визуализировались проходимые маточные трубы, но при этом в 36 случаях отмечались КТ-признаки различной степени выраженности спаечного процесса в малом тазу, которые выражались в патологической извитости маточных труб, неравномерными участками расширения просвета, фиксацией маточной трубы к париетальной и висцеральной брюшине.

У 17 пациенток при проведении МСКГ-гистеросальпингографии диагностировались внутриматочные синехии или гидросальпинкс. КТ-признаки патологического процесса при гидросальпинксе выражаются в расширении просвета маточной трубы в результате скопления воспалительного экссудата.

У семи пациенток при МСКТ- гистеросальпингографии выявлены объемные образования яичника, которые смещали, компремировали маточную трубу. В 3 случаях при МСКТ-гистеросальпингографии диагностировали двурогую матку.

Мультиспиральня компьютерная томография (МСКТ) до настоящего времени не относится к стандартным и первоочередным методам в диагностике патологии женского таза, но для выявления проходимости маточных труб при трубно-перитонеальном факторе бесплодия может быть использована гораздо шире и стать альтернативой традиционной гистеросальпингографии.

У пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия МСКТ-ГСГ может определить не только проходимость маточных труб, но и распространенность спаечного процесса, вовлечения в него маточных труб, сопутствующую патологию органов малого таза. Метод исключает воздействие ионизирующего излучения на медицинский персонал, является быстрым и комфортным для пациентки.

По данным Carracosa P. et al., средняя длительность МСКТ исследования маточных труб на 16- и 64-срезовых компьютерных томографах составляет 5±3 минут, тогда как традиционной рентгеновской ГСГ – 28±3 минут.

Основным вопросом дискуссии о возможности использования МСКТ в гинекологии является риск потенциальной увеличенной дозы ионизирующего облучения. Доза радиации традиционной рентгеновской ГСГ, по данным Американской Коллегии радиологов и Общества Радиологов Северной Америки, составляет примерно 1 мЗв. Обычно на практике доля при обследовании составляет от 1 до 4 мЗв. Было установлено, что при МСКТ-ГСГ доза облучения несколько ниже: в серии обследования 1000 пациенток, по данным зарубежных авторов, средняя эффективная доза составила 2,58+0,75 мЗв.

По результатам проведенных исследований, можно говорить, что МСКТ-ГСГ является достоверным, малотравматичным методом диагностики трубно-перитонеального бесплодия. С помощью МСКТ-ГСГ можно получить полноценную и достоверную информацию о состоянии женской репродуктивной системы. МСКТ-ГСГ может быть включена в алгоритм оценки состояния маточных труб при трубно-перитонеальном бесплодии.

Выводы. МСКТ-гистеросальпингография является высокоинформативным методом оценки анатомического состояния матки и маточных труб, спаечного процесса в малом тазу, сопутствующей гинекологической патологии. МСКТ-ГСГ из за своей

эффективности и безопасности может быть использована в качестве одного из этапов в комплексе лечебно-диагностических мероприятий при трубно-перитонеальном бесплодии, определяя дальнейшую хирургическую тактику. Средняя доза облучения пациентки при выполнении МСКТ-ГСГ не превышает уровень облучения при традиционной рентгеновской ГСГ.

Резюме. Использованы и изучены возможности мультиспиральной компьютерной гистеросальпингографии (МСКТ-ГСГ) в диагностике патологии маточных труб у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием для определения тактики и этапности хирургического лечения. Обследовано 112 пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия в возрасте от 20 до 44 лет.

L.V. Adamian[1], K.D. Murvatov[2], I.S. Obelchak[2], L.A. Murvatova[1]

MUTLTISLICE COMPUTED HYSTEROSALPINGOGRAPHY IN DIAGNOSIS TUBOPERITONEAL INFERTILITY

1 – Department of Reproductive Medicine and Surgery, Faculty of Graduate Studies MSSMU, Moscow
2 – Main Military Clinical Hospital Russia, Balashikha

Explored and used multislice computed-hysterosalpingography (MSCT-HSG) in the diagnosis of tubal pathology in patients with tubal-peritoneal infertility to determine the tactics and staged surgical treatment. We examined 112 patients with tubal-peritoneal infertility factor in age from 20 to 44 years.

Л.Р. Адилова, Л.В. Адамян, Е.С. Ляшко, Е.Е. Тюлькина, Е.М. Шифман, К.Н. Арсланян, О.В. Конышева, О.Б. Лапочкина

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Россия, г. Москва, Московский Государственный Медико-стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова, Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО
Россия, г. Москва, Российский Университет Дружбы Народов
Россия, г. Москва, ГКБ №15 им. О.М. Филатова

Многочисленные искусственные клапаны сердца нашли свое клиническое применение, но ни одна из существующих на сегодняшний день моделей не отвечает требованиям идеального протеза. Основные проблемы у беременных с механическими протезами клапанов сердца – это тромбоэмболические осложнения (в том числе фатальные), материнское кровотечение и увеличение осложнений со стороны плода.

Целью настоящего исследования было изучение течения и исходов беременности у женщин с механическими протезами клапанов сердца.

В родильном доме ГКБ №15 им. О.М. Филатова в период с 2010 г. по первую декаду 2013 г. были родоразрешены 13 беременных с механическими протезами клапанов сердца. У 8 из них был протезирован аортальный клапан, у 5 – митральный клапан. 12 беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение (у 10 беременных кесарево сечение было произведено на доношенном сроке, у 2 – на сроке беременности 36 и 32 недели), у 1 беременной произошли преждевременные роды, антенатальная гибель плода на сроке гестации 26 недель. Кровопотеря во время операций составила 500–600 мл.

Средний возраст женщин составил 28–30 лет. Интервал между заменой клапана и наступлением первой беременности был от 3 до 10 лет. 11 из женщин были первородящими, у 2 в анамнезе были роды, предшествовавшие протезированию клапана.

По рекомендациям ACC/AHA 2006 г. все беременные пациентки с механическими протезированными клапанами сердца должны получать непрерывную антикоагулянтную терапию с частым контролем гемостазиограммы. Среди наших пациентов схемы антикоагулянтной терапии были следующими: 7 пациенток получали варфарин до 4–5 недель беременности, с 5 по 13 неделю получали препараты низко-молекулярного гепарина (НМГ), с 13 недель была произведена замена НМГ на пероральные антикоагулянты, а после 36 недель – варфарин заменяли на НМГ во избежание риска геморрагических осложнений у плода; 4 пациентки на протяжении всей беременности получали пероральные антикоагулянты с заменой на НМГ перед родоразрешением. 2 пациентки принимали с 5 по 8 неделю беременности фраксипарин, но в связи с тромбозом протеза клапана была произведена замена НМГ на варфарин до 36 недель.

У 2 пациенток была выявлена парапротезная фистула. Учитывая настойчивое желание женщин сохранить беременность, отсутствие признаков сердечной недостаточности, решено было пролонгировать беременность. Проводился тщательный мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы, состояния матери и плода. Женщины были родоразрешены путем операции кесарево сечение на доношенном сроке. Выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

У 2 беременных на фоне приема фраксипарина в первом триместре был выявлен тромбоз протезированного клапана. Пациентки находились на стационарном лечении, была произведена смена антикоагулянтного препарата на пероральный, после чего при динамической Эхо-КГ была регистрирована положительная динамика, отсутствие наложений на протезе клапана, беременность была пролонгирована. У 2 пациенток был выявлен тромбоз протеза клапана в послеродовом периоде, пациентки были переведены в отделение интенсивной терапии, проводилась терапия пероральными антикоагулянтами, при ЧПЭхо-КГ в динамике выявлена положительная динамика, отсутствие наложений на протезе.

Массо-ростовой показатель доношенных детей составил от 44 до 63, среди них 5 новорожденных соответствовали I степени гипотрофии, 1 – II степени гипотрофии, 2 – III степени, 2 детей соответствовали норме. По шкале Апгар 4 новорожденных соответствовали на 1 минуте – 7 баллам, на 5 минуте – 8 баллам, остальные дети – на 1 и 5 минутах- 8 баллам. Все новорожденные были осмотрены неонатологом. 3 детей были переведены в детские больницы для дальнейшего лечения в связи с церебральной ишемией.

Среди родоразрешенных нами женщин с механическими протезами клапанов сердца не было ни одного случая материнской смертности, но были выявлены случаи

дисфункции протеза клапана, неонатальные осложнения. Многие осложнения протезированных клапанов можно предотвратить или минимизировать индивидуальным подбором оптимального протеза и тщательного медицинского ведения и периодического контроля функции клапана после операции.

L.R. Adilova, L.V. Adamyan, E.S. Lyashko, E.E. Tyulkina, E.M. Shifman, K.N. Arslanyan, O.V Konisheva., O.B. Lapochkina

THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH MECHANICAL PROSTHETIC HEART VALVES

Russia, Moscow, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Department of Reproductive Medicine and Surgery
Russia, Moscow, Peoples' Friendship University of Russia
Russia, Moscow, City Clinical Hospital № 15 named after O.M. Philatov

The main problems in pregnant women with mechanical prosthetic heart valves is thromboembolic events (including fatal), maternal bleeding and increased neonatal complications. Many complications of prosthetic heart valves can prevent or minimize the individual selection of the optimal prosthesis and careful medical management and periodic monitoring of valve function after operation.

Е.Н. Андреева, К.Е. Фрис, М.С. Шеремета, Н.М. Платонова

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АСПИРАТА ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России

Проанализированы результаты аспират-биопсии из полости матки у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе. Полученные данные позволяют подобрать оптимальный комплекс обследования и рекомендаций для женщин с целью адекватной предгравидарной подготовки.

Цель: оценка структурных изменений в эндометрии у женщин с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы и репродуктивными потерями в анамнезе с целью определения оптимальных подходов предгравидарной подготовки.

Материалы и методы: обследовано 64 женщины, планирующие беременность, в возрасте от 23 до 45 лет. Пациентки были разделены на следующие группы: 1 – женщины с репродуктивными потерями в анамнезе и гипотиреозом в исходе хронического аутоиммунного тиреоидита (n=16, средний возраст 33±9 лет); 2 – женщины с репродуктивными потерями в анамнезе в сочетании с другим видом аутоиммун-

ного поражения щитовидной железы (носительство антител к тиреоидной пероксидазе без нарушения тиреоидной функции, женщины, оперированные по поводу диффузного токсического зоба) – n=15, средний возраст 35±10 лет; 3 – женщины с репродуктивными потерями в анамнезе без аутоиммунной патологии щитовидной железы (n=16, средний возраст 31±8 лет); 4 – женщины без отягощенного акушерского анамнеза с отсутствием патологии щитовидной железы (n=17, средний возраст 31±7 лет). Кроме общеклинического обследования, всем пациенткам дважды было выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза (в фолликулиновую и лютеиновую фазы менструального цикла). Строго во вторую фазу менструального цикла была проведена аспират-биопсия эндометрия при помощи гинекологического набора Пайпель Де Корнье (Laboratoire C.C.D), после чего материал направлялся на дальнейший анализ в отделение патоморфологии ФГБУ ЭНЦ.

Результаты: По данным результатов пайпель-биопсии эндометрия у данной когорты женщин в 44% случаев (7 пациенток) получен материал, соответствующей стадии фазы секреции в зависимости от дня проведения процедуры, у оставшихся 56% (9 женщин) выявлена патология эндометрия, при этом по 18% составили простая гиперплазии эндометрия, обострение хронического эндометрита, а также недостаточность лютеиновой фазы. Для пациенток второй группы (n=15) было характерно повышение уровня тиреоидных антител в 100% случаев и эхографические признаки аутоиммунного поражения щитовидной железы у 75% (11 женщин) при отсутствии гормональных отклонений (среднее значение ТТГ 1,86±1,29 мМЕ/л). По данным результатов пайпель-биопсии эндометрия для данной группы в 53% случаев материал соответствовал фазе менструального цикла, в 47% – диагностирована патология эндометрия: в 20% – выявлен хронический эндометрит, в 13,5% – простая гиперплазия эндометрия. При аспират- биопсии из полости матки у женщин третьей группы в 44% в соскобе не выявлены отклонения, у оставшихся 56% женщин диагностирована следующая патология: в 19% случаев результат соответствовал хроническому эндометриту, в 13% – диагностирована простая гиперплазия эндометрия, в 5% – полип эндометрия. Женщины из группы контроля (n=17) были обследованы по тому же принципу, что и женщины из основных групп, критериями исключения являлись наличие аутоиммунных заболеваний, прием гормональных препаратов, а также отягощенный акушерский анамнез. По результатам пайпель-исследования, эндометрий соответствовал лютеиновой фазе у 11 пациенток (65%), в 11,5% диагностирован хронический эндометрит и недостаточность лютеиновой фазы, в 6% – гиперпластический процесс в эндометрии и железисто-фиброзный полип эндометрия.

Выводы: применение метода пайпель-биопсии эндометрия расширяет возможности функциональной оценки состояния эндометрия у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, а также позволяет подобрать оптимальный комплекс обследования и рекомендаций для женщин с аутоиммунным поражением щитовидной железы для адекватной предгравидарной подготовки и нормального ее течения.

E.N. Andreeva, K.E. Fries, M.S. Sheremeta, N.M. Platonova

INFORMATIONAL USE ASPIRATE FROM THE UTERUS FOR THE PREGRAVID TRAINING IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES HISTORY

"Endocrinology Research Center" Russian Ministry of Health

The results of aspirate biopsy of the uterine cavity in women with reproductive losses in history have evaluated. The obtained data allow to select the optimal set of survey and recommendations for women with a view to the optimal preparation for pregnancy.

К.Р. Бондаренко, Л.А. Озолиня, А.Р. Мавзютов

МАРКЕРЫ СИСТЕМНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ г. Москва, Россия
Кафедра фундаментальной и прикладной микробиологии ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ, Уфа, Россия

Неблагополучные исходы гестации, как известно, чаще всего обусловлены формированием плацентарной недостаточности (ПН) (Сидорова И.С. и соавт., 2000; Павлова Н.Н. и соавт., 2007). При этом приоритетная роль в развитии указанного акушерского осложнения принадлежит различным инфекционным агентам (Тютюнник В.Л., 2006), способным напрямую или опосредованно – через сигнальные молекулы – изменять функциональное состояние плаценты. Наиболее часто при дисбозах влагалищного биотопа доминируют грамотрицательные бактерии, в клеточной стенке которых широко представлен высокотоксичный липополисахарид (ЛПС) – эндотоксин (Мавзютов А.Р., Бондаренко К.Р., 2007), рассматриваемый в настоящее время в качестве одного из основных этиологических факторов плацентарной дисфункции. В этой связи важнейшей научно-практической задачей в акушерстве на сегодняшний день остается поиск новых лабораторных маркеров, которые позволили бы осуществлять ранее выявление и мониторинг гемоциркуляции эндотоксинов грамотрицательных бактерий.

Поэтому **целью нашего исследования** явилось оценка диагностической эффективности определения отдельных показателей системной эндотоксинемии при ПН. Для этого было обследовано 130 беременных во второй половине гестационного периода. Основную группу составили 70 беременных с ПН. Контрольную группу составили 60 беременных с физиологическим течением гестации. Состояние плаценты определяли по результатам клинического и лабораторного обследования, ультразвуковой допплерографии, кардиотокографии. Для функциональной оценки

состояния фето-плацентарного комплекса количественно оценивали иммуноферментным методом уровни неконъюгированного эстриола и плацентарного лактогена (ЗАО «ДРГ Техсистемс», Россия). Уровень эндотоксинемии устанавливали по концентрации ЛПС с помощью ЛАЛ-теста, состояние антиэндотоксинового иммунитета оценивали по содержанию ЛПС-связывающего белка (LBP) и IgG к core-региону ЛПС в плазме крови («HyCult biotechnology», Голландия). Статистический анализ проводили с помощью современного пакета прикладных программ. Описательная статистика включала в себя определение медианы и интерквартильного диапазона [25;75]. Чувствительность, специфичность, положительную и отрицательную прогностическую ценности лабораторных тестов рассчитывали с использованием четырёхпольной таблицы Фишера, определяли 95% доверительный интервал (95% ДИ) для каждого показателя.

В результате проведенных исследований было показано снижение уровня плазменного плацентарного лактогена у беременных с ПН на 21% по сравнению с контролем (с 12,2 [5,9;17] нг/мл до 9,6 [7,9;13,1] мг/л), что объяснялось подавлением его синтеза в синцитиотрофобласте при ПН. Аналогичная тенденция была характерна для уровня неконъюгированного эстриола, содержание которого незначительно снижалось с 0,46 [0,29;0,53] нг/мл (в группе контроля) до 0,32 [0,19;0,81] нг/мл при ПН. Очевидно, что статистически недостоверные изменения концентраций плацентарного лактогена и неконъюгированного эстриола при ПН не обеспечивают достаточную диагностическую ценность данных тестов при диагностике ПН, что согласуется с результатами других исследований (Тришкин А.Г., 2011). Более перспективным оказалось определение уровня ЛПС, повышение которого при ПН свыше 1 EU/мл регистрировалось в 88,5% (62/70) наблюдений. Последнее обусловливало высокую специфичность теста – до 95% (95% ДИ 88–98), и чувствительность, составившую 89% (95% ДИ 82–92), при этом прогностическая ценность положительного результата теста достигала 95% (95% ДИ 88–99), отрицательного – 88% (95% ДИ 80–91), соответственно. Увеличение LBP при ПН свыше физиологической нормы для здоровых доноров (10–15 мкг/мл) не имело диагностического значения, что исключает возможность применение указанного теста в рутинной диагностике ПН. Подъем концентрации IgG к core-региону ЛПС свыше 70 MU/мл был зафиксирован только в 63% случаях (44/70) среди женщин с ПН, что обусловливало невысокую чувствительность, равную 63% (95% ДИ 55–70), при специфичности – 80% (95% ДИ 70–88). Прогностические ценности положительного и отрицательного результатов теста составляли 79% (95% ДИ 68–87) и 65% (95% ДИ 57–71), соответственно.

Таким образом, наибольшее диагностическое значение при ПН имеет определение содержания ЛПС в системном кровотоке. При этом оценка гормональной активности фето-плацентарного комплекса посредством исследования уровней плацентарного лактогена и неконъюгированного эстриола, равно как и определение концентраций отдельных маркеров системной эндотоксинемии (LBP, IgG к core-региону ЛПС) характеризуется низкой специфичностью и чувствительностью, что ограничивает возможность их применения в диагностике плацентарных нарушений.

Резюме. Целью исследования явилась оценка диагностической эффективности определения концентрации плацентарного лактогена, неконъюгированного эстриола, ЛПС, ЛПС-связывающего белка, IgG к core-региону ЛПС в диагностике плацентарной недостаточности. Для этого было обследовано 130 беременных, из них 70 – с плацентарной недостаточностью. Показано, что наибольшей информативностью при диагностике плацентарной недостаточности имело определение уровня ЛПС.

Работа выполнена в соответствии с Федеральной целевой программой «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009–2013 гг., в рамках реализации мероприятия №1.2.1. Государственный контракт ГК П385 от 30.07.2009.

K.R. Bondarenko, L.A. Ozolinya, A.R. Mavzyutov

MARKERS OF SYSTEMIC ENDOTOXINAEMIA IN THE PLACENTAL INSUFFICIENCY

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, N.I. Pirogov Russian State Medical University, Moscow, Russia
Department of Fundamental Medicine and Applied Microbiology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

The aim of the study was to assess the diagnostic efficacy of determining the concentrations of placental lactogen, unconjugated estriol, LPS, LPS-binding protein, IgG to core-region of LPS in the diagnostics of the placental insufficiency. We examined 130 pregnant women, 70 – with placental insufficiency. It was shown that diagnostic efficacy was more for LPS concentration as a marker of the placental insufficiency.

А.И. Давыдов, И.А. Клиндухов, Пашков В.М.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

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

Каждая третья экстирпация матки после родов или кесарева сечения связана с возникновением маточного кровотечения на фоне плотного прикрепления или истинного вращения плаценты. Плотное прикрепление плаценты наблюдается примерно в 1 случае на 7000 родов. Истинное вращение плаценты с прорастанием в миометрий встречается крайне редко.

Целью исследования были разработка и оценка эффективности методики малоинвазивного органосберегающего лечения больных с поздними послеродовыми кровотечениями.

Обследовано 360 женщин в возрасте от 19 до 43 лет, получавших лечение по поводу позднего послеродового кровотечения на клинической базе кафедры в гинекологических отделениях ГКБ №7 г. Москвы в период с 2004 по 2012 гг.

Путем кесарева сечения были родоразрешены 188 обследованные женщины, а у 172 пациенток роды произошли через естественные родовые пути. Интервал между датой родов и датой поступления для лечения по поводу позднего послеродового кровотечения колебался от 4 до 25 дней. Кровотечение из половых путей различ-

ной интенсивности являлось ведущим симптомом заболевания, при этом по характеру выделения могли быть как геморрагическими так и гнойно-геморрагическими. Комплексное обследование больных при поступлении не занимало более 30–60 минут. При кровотечении из сосудов плацентарной площадки, связанном с нарушением эпителизации полости матки вследствие явлений эндомиометрита, которое наблюдалось у 72 обследованных (20%), в ходе ультразвукового сканирования выявляли явления базального эндометрита при условно «чистой» полости матки в сочетании с признаками субинволюции матки. В этих случаях выполняли аспирацию содержимого полости матки под контролем гистероскопии и локальную коагуляция сосудов плацентарной площадки при выраженном кровотечении. У больных с кровотечением на фоне задержки в полости матки остатков децидуальной оболочки, сгустков крови и плацентарной ткани (259 наблюдений (72%)) при ультразвуковом исследовании выявляли увеличение переднезаднего размера тела и полости матки, с наличием в ней неоднородных эхоструктур. Аналогичная картина встречалась при обследовании женщин с кровотечением на фоне частичного плотного прикрепления и/или истинного вращения фрагментов плацентарной ткани (36 наблюдений (10%)). В первом случае аспирация содержимого и кюретаж приводили к полному опорожнению полости матки, которое констатировали по данным гистероскопии. При плотном прикреплении и/или истинном вращении в ходе контрольного осмотра полости матки фрагменты плацентарной ткани оставались плотно фиксированными к области плацентарной площадки. Их резецировали при помощи петлевого электрода резектоскопа, дополнительный гемостаз в области плацентарной площадки обеспечивали электродом-шаром. Во всех наблюдениях результатом лечения была остановка кровотечения, показаний к органоуносящему лечению не возникло ни в одном наблюдении. Продолжительность пребывания в стационаре варьировала от 3 до 14 дней и зависела от тяжести состояния при поступлении.

Использование комплексного подхода к обследованию пациенток и применение гистероскопии и гистерорезектоскопии позволило во всех случаях установить причину кровотечения и в зависимости от ее характера проводить адекватное лечение, не прибегая к удалению матки. На основании выделенных факторов возможно формирование групп женщин высокого риска по возникновению поздних послеродовых кровотечений, требующих особого внимания в послеродовом периоде. Целесообразно принятие ряда организационных решений, направленных на обеспечение ультразвукового скрининга беременных при выписке из родильных домов и более широкому использованию эндоскопической техники при обследовании и лечении женщин с осложненным течением послеродового периода.

Резюме. Нами изучены результаты обследования 340 пациентов с поздним послеродовым кровотечением, у которых в качестве метода лечения использовали гистерорезектоскопию. Необходимости в гистерэктомии не возникло.

A.I. Davydov, I.A. Klindukhov, V.M. Pashkov

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTPARTUM HEMORRHAGE

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

We reviewed results of treatment 340 patients with late postpartum hemorrhage by complex use of hysteroscopy or hysteroresectoscopy. Efficacy and safety of these methods were proved. No hysterectomy was performing.

В.М. Зуев, М.Т. Александров. В.Р. Везирова, Е.А. Калинина, Т.А. Джибладзе

ДИАГНОСТИКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, Москва
Клиника репродуктивного здоровья «Арт-Эко», Москва

Цель исследования: Определение морфо-функционального состояния эндометрия у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе на основе лазерной конверсионной диагностики. Обследовано 68 женщин в возрасте от 28 до 39 лет, в анамнезе у которых были от 2-х до 5 неразвивающихся беременностей.

Критерии включения: неразвивающаяся беременность, хронический эндометрит, дисфункция эндометрия.

Критерии исключения: аутоиммунный тиреоидит, наследственные и приобретенные тромбофилии.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, цитологические, морфологические, иммунногистохимические, УЗИ и доплерометрия.

Основным методом оценки морфо-функционального состояния эндометрия была лазерная конверсионная РАМН-спектрофотометрия (лазерная конверсионная диагностика – ЛКД). Оценивались следующие параметры эндометрия, сопряженные со спектральными характеристиками: нормированный индекс аэробности тканей эндометрия, нормированный индекс их пролиферативной активности в динамике, структурированность тканей эндометрия (дифференциальный спектр), состояние микроциркуляции тканей эндометрия в динамике, динамические изменения метаболических показателей тканей эндометрия.

Результаты исследования: У всех (100%) женщин выявлены изменения спектральных характеристик эндометрия, отражающих нарушения структурного и функционального состояния эндометрия разных степеней в виде:

1. Снижение уровня аэробности (оксигенации) тканей на 20–60%
2. Снижение пролиферативной активности эндометрия на 30–50%
3. Снижение уровня микроциркуляции на 20–50%
4. Снижение количества ядерных рецепторов к эстрадиолу и прогестерону и изменение их соотношения в строме, железах и покровном эпителии
5. Снижение интенсивности метаболизма в эндометрии в разных отделах матки (на протяжении от дна, до внутреннего зева)

Заключение. Лазерная конверсионная спектрофотометрия показала высокую информативность в диагностике морфо-функционального состояния эндометрия у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

Неинвазивный характер методики позволил использовать ее в качестве мониторинга в процессе лечения.

Резюме. Исследованы оптические характеристики тканей эндометрия, отражающие микроциркуляцию, оксигенацию, пролиферативную активность и метаболизм, у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе. У всех (100%) женщин выявлены структурно-функциональные нарушения в эндометрии различной степени.

V.M. Zuev, M.T. Alexandrov, V.R. Vezirova, E.A. Kalinina, T.A. Jibladze

DIAGNOSIS MORPHO-FUNCTIONAL STATE OF THE ENDOMETRIUM WOMEN WITH DEVELOPING PREGNANCY HISTORY

Moscow, Russia

Optical characteristics of endometrial tissue were investigated in women with nongrowth preagnancies. Noninvasive technology determined microcirculation, oxigination, prolifirative activity and methabolism level in endometrium, broken in all (100%) patients

Л.А. Иванова, Г.В. Долгов, В.О. Атласов, В.К. Ярославский

ПРЕДИКТОРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРИ ПЛОДА

ВМедА им. С.М. Кирова, кафедра акушерства и гинекологии, ГБУЗ роддом №9
Санкт-Петербург, Россия

Ведущими факторами риска гибели плода в перинатальном периоде являются несанированные инфекции, тяжелая преэклампсия, анемия и курение. При этом ключевую роль в танатогенезе играет инфекционное поражение плаценты вирусными и бактериальными агентами. Основным направлением профилактики данной патологии является регулярное диспансерное наблюдение и своевременная коррекция состояния системы мать–плацента–плод.

Актуальность исследования определяется необходимостью снижения показателей перинатальной смертности.

Цель: выявить наиболее существенные факторы течения беременности, влияющие на состояние новорожденных.

Материалы и методы. С 2007 года по настоящее время в Санкт-Петербурге и Ленинградской области проведен анализ течения беременности у 191 родильницы с перинатальными потерями (основная группа) и у 316 пациенток, родивших 333 здоровых новорожденных (контрольная группа).

Результаты. При сравнении исследуемых групп было выяснено, что показатели, соматического и репродуктивного здоровья пациенток достоверно не отличались. Во время беременности инфекции выявлялись у каждой второй женщины в обеих группах, однако в основной группе лечение проведено не было. Преэклампсия в обеих группах была диагностирована у каждой третьей беременной, вместе с тем тяжелая преэклампсия, в том числе с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, в 6 раз чаще встречалась в основной группе. Также в 6 раз чаще в группе с перинатальными потерями по отношению к контрольной были выявлены анемия и курение, героиновая наркомания имела место у 6 пациенток (3%), хронический алкоголизм у 1 пациентки основной группы. У пациенток основной группы регулярное диспансерное наблюдение и лечение, в женской консультации отсутствовали в 58% случаев, что объясняет высокую частоту гестоза, преждевременных родов (в 8 раз чаще) и, соответственно, перинатальные потери. Причиной перинатальных потерь были: восходящее инфицирование плаценты в 33%, хроническая плацентарная недостаточность в 26,4%, гематогенное инфицирование плаценты в 26,4%, острая плацентарная недостаточность в 10,4% случаев.

Выводы:

1. У пациенток с перинатальными потерями адекватного лечения для повышения компенсаторно-приспособительных механизмов системы мать-плацента-плод, во время беременности не проводилось.
2. Беременным с инфекцией, преэклампсией, анемией и курением показано более тщательное медицинское наблюдение с обязательным подключением активного медицинского патронажа для предотвращения перинатальных потерь.

L.A. Ivanova, G.V. Dolgov, V.O. Atlasov, V.K. Yaroslavsky

PREDICTORS PERINATAL LOSSES FETUS

St. Petersburg, Russia

The main risk factors of perinatal child death are uncured infections, severe pre-eclampsia anemia and smoking. Virus and bacterial placenta lesion has key role in thanatogenesis. Basic direction of perinatal child death prophylaxis is regular medical check-up and timely correction of the mother–placenta–fetus system status.

И.В. Игнатко, М.А. Карданова, Ш.Ш. Байбулатова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЛОДА

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

Резервные возможности плода и его эндокринной системы при патологическом течении беременности определяются генетическими факторами и особенностями течения гестационного процесса. И экстренная, и долговременная стадии адаптации, присущие взрослому, оказавшемуся в условиях стресса, вырабатываются у плода задолго до рождения, в частности при развитии гипоксии. Адаптационные резервы плода и новорожденного в значительной мере зависят от зрелости его эндокринной системы. Особенности формирования эндокринной системы в антенатальный период предопределяют не только адаптивные возможности новорожденного, но они могут лечь в основу развития эндокринной патологии ребенка и взрослого человека, а также могут сказаться на характере обменных процессов, выраженности иммунного ответа, свойствах онкогенеза, и на продолжительности жизни.

Целью исследования явилась ультразвуковая морфометрия поджелудочной железы плода при неосложненной беременности, а также допплерометрическое исследование параметров гемодинамики в сосудах, ее кровоснабжающих – верхней брыжеечной и селезеночной артерии плода. Проведено комплексное проспективное исследование 45 беременных с неосложненным течением гестации, направляемых для динамического ультразвукового и допплерометрического исследований в Консультативно-диагностический центр родильного дома при 7 ГКБ. В исследование были включеныбеременные с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, отсутствием в анамнезе соматических заболеваний и отягощающих факторов акушерско-гинекологического анамнеза. Беременным также проводилось комплексное ультразвуковое фетометрическое и допплерометрическое исследования кровотока в маточных артериях, артерии пуповины, среднемозговой артерии и аорте.

Обследование всех женщин проводилось в сроки 10–14, 16–18, 22–24, 28–30, 34–36 и 37–40 недель беременности. Средний возраст беременных контрольной группы составил 26,03±4,9 лет с индивидуальными колебаниями от 17 до 37 лет. Все женщины имели нормальный менструальный цикл. Средний возраст начала менархе составил 12,8±1,2 года.

Количество первородящих женщин в контрольной группе составило 32 (71,1%): перво- и повторнобеременных было 19 (59,4%) и 13 (40,6%) соответственно. Повторнородящих было 13 (28,9%).

Настоящая беременность у всех женщин контрольной группы протекала без осложнений и закончилась своевременными родами у 29 (96,7%) женщин и запоздалыми – у 1 (3,3%). Средний срок беременности к моменту родов составил 39,4±0,76 недели. У 37 (82,2%) беременных произошли роды через естественные родовые пути. Средняя продолжительность родов составила 7 часов 32 минут ± 3 часа 37 минут. 8 беременных (17,8%) были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Показаниями к операции были: дискоординированная родовая деятельность и отсутствие эффекта от ее медикаментозной коррекции; преждевре-

менное излитие околоплодных вод при неготовых родовых путях, тенденции к перенашиванию, предполагаемых крупных размерах плода. В исследуемой группе родилось 45 детей. Средняя масса при рождении составила 3620±362 г, с индивидуальными колебаниями от 3060 до 4290 г. средний рост новорожденных – 51,6±1,6 см, колебания от 49 до 54 см.

Проводилось измерение длины железы как расстояния между наиболее удаленными точками паренхимы, а также толщину железы в мм при поперечном сканировании брюшной полости плода, за желудком плода, ближе к позвоночнику слева кпереди от селезенки по методике E. Merz (2004). Кровоток в верхней брыжеечной артерии плода регистрировали, тотчас же по ее отхождении от аорты на уровне визуализации желудка, в селезеночной – в области ворот селезенки. При ультразвуковой морфометрии поджелудочной железы плода при неосложненной беременности выявлено, что по мере прогрессирования беременности происходит линейное увеличение размеров железы. Так, в сроки гестации 10–14 недель средние показатели длины поджелудочной железы плода составляют 4,7±0,9 мм, толщины – 0,9±0,4 мм, в сроки 16–18 недель – 7,9±0,8 мм и 2,8±0,4 мм, в 22–24 недель – 11,6±0,6 мм и 3,6±0,6 мм, в 28–30 недель – 16,5±1,0 мм и 5,6±0,9 мм, в 34–36 недель – 23,1±0,5 мм и 8,1±0,8 мм и в 37–40 нед – 28,2±0,8 мм и 9,3±0,4 мм соответственно. Поджелудочная железа в большинстве наблюдений имеет правильную овоидную форму, четко контурирует от окружающих тканей и имеет эхогенность несколько выше эхогенности печени плода. С увеличением срока гестацииэхогенность железы умеренно повышается, при более четкомконтурировании ткани. Показатели кровотока в сосудах, кровоснабжающих поджелудочную железу демонстрируют постепенное снижение сосудистого сопротивления, соответствующее снижению общей резистентности кровотока в системе мать-плацента-плод и у плода. Так, до 16 недель беременности диастолический кровоток в верхней брыжеечной и селезеночной артериях определяется непостоянно (СДО не рассчитывается), в сроки 17–18 недель – определяется постоянный диастолический кровоток, а СДО равен 6,8±0,2 и 5,6±0,4 соотвественно. Далее в 22–24 недели – СДО равен 4,6±0,6 и 4,2±0,4, в 28–30 недель – 3,8±0,4 и 3,4±0,4, в 34–36 недель – 3,2±0,2 и 2,8±0,4, при доношенной беременности – 2,7±0,6 и 2,4±0,4 соответственно.

Резюме. Особенности формирования эндокринной системы в антенатальный период предопределяют не только адаптивные возможности новорожденного, но они могут лечь в основу развития эндокринной патологии ребенка и взрослого человека, а также могут сказаться на характере обменных процессов, выраженности иммунного ответа, свойствах онкогенеза, и на продолжительности жизни. Проведена ультразвуковая морфометрия поджелудочной железы плода при неосложненной беременности, а также допплерометрическое исследование параметров гемодинамики в сосудах, ее кровоснабжающих – верхней брыжеечной и селезеночной артерии плода. Выявлено, что по мере прогрессирования беременности происходит линейное увеличение размеров железы. Показатели кровотока в сосудах, кровоснабжающих поджелудочную железу демонстрируют постепенное снижение сосудистого сопротивления, соответствующее снижению общей резистентности кровотока в системе мать–плацента–плод и у плода.

I.V. Ignatko, M.A. Kardanova, Sh.Sh. Baibulatova

MORPHOFUNCTIONAL ECHOGRAFIC ASSESSMENT OF PANCREATIC FETUS

Russia, Moscow, First Moscow State Medical University IM Sechenov

The formation of the endocrine system in antenatal period determines not only the adaptive capacity of the newborn, but it could form the basis for the development of the endocrine pathology child and adult, and may also affects the nature of the metabolic processes, the severity of the immune response, properties of carcinogenesis, and life expectancy. We performed ultrasound morphometry of the fetal pancreas during uncomplicated pregnancy and Doppler study of hemodynamic parameters in the vessels supplying the it – the superior mesenteric and splenic artery of the fetus. It was revealed that the progression of pregnancy there is a linear increase in pancreas's size. Indicators of blood flow in the vessels supplying the pancreas show a gradual decrease in vascular resistance, the corresponding reduction of the total resistance of the blood flow in the mother-placenta -fetus system and the fetus.

Р.А. Кузнецов, Л.П. Перетятко

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВНЕВОРСИНЧАТОГО ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПРИ РАННЕМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Росздрава
Иваново, Россия

Вневорсинчатый цитотрофобласт играет важную роль в развитии беременности. На ранних сроках он обеспечивает взаимодействие эмбриональных и материнских структур в процессе плацентации.

Цель настоящего исследования – изучить морфо-функциональные особенности вневорсинчатого цитотрофобласта и его микроокружения при невынашивании беременности в первом триместре.

Проведено комплексное морфологическое исследование формирующихся плацентарных структур и эндометрия зоны плацентации при неосложненном течении (группа сравнения, 15 случаев) и при невынашивании беременности (основная группа, 30 случаев) в сроки 5–12 недель. Применяли обзорный гистологический метод, морфометрию с использованием анализатора изображений Image Tool 3.0. Иммуногистохимические исследования структур плаценты и эндометрия проводили на парафиновых срезах непрямым иммунопероксидазным методом по стандартному протоколу. Использовали первичные антитела к VEGF, TGF-beta2, TNF-alfa, MMP-9, TIMP-1, рецепторам эстрогенов (anti-ER) и прогестерона (anti-PR). Проведен статистический анализ полученных данных с помощью программы STATISTICA 6.0.

Установлено, что при раннем невынашивании беременности происходит уменьшение численности обеих субпопуляций вневорсинчатого цитотрофобласта и нарушение их функциональной активности. Сокращение пролиферативной субпопуляции цитотрофобласта происходит за счет редукции вневорсинчатых цитотрофобластических островков и цитотрофобластических пролифератов якорных ворсин хориона. Выявлено достоверное снижение плотности клеточных островков на единицу площади. Отложение депозитов фибриноида и альтерация цитотрофобластических клеток приводит к уменьшению удельного объема последних в составе вневорсинчатых островков по сравнению с неосложненным течением беременности. Выявлено нарушение функциональной активности клеток пролиферативного цитотрофобласта в основной группе, характеризующееся достоверным уменьшением индекса экспрессии VEGF, TGF-beta2, при одновременном увеличении продукции провоспалительного цитокина TNF-alfa. О сокращении численности инвазивной субпопуляции цитотрофобласта при невынашивании беременности свидетельствует уменьшение плотности клеток интерстициального цитотрофобласта на единицу площади эндометрия зоны плацентации. О недостаточности внутрисосудистого компонента цитотрофобластической инвазии – достоверное уменьшение индекса гестационного ремоделирования спиральных артерий эндометрия. Площадь ремоделированных артерий в основной группе также достоверно меньше, чем в группе сравнения. Морфологическими особенностями клеток инвазивного цитотрофобласта при ранних репродуктивных потерях являются изменение формы от веретенообразной к округлой и уменьшение площади отдельных клеток по сравнению с неосложненным течением беременности. Недостаточность цитотрофобластической инвазии при невынашивании в первом триместре в функциональном аспекте характеризуется достоверным уменьшением индекса экспрессии VEGF клетками обеих субпопуляций инвазивного цитотрофобласта, а также снижением экспрессии коллагеназы MMP-9 в клетках внутрисосудистого цитотрофобласта. В то же время в основной группе наблюдается уменьшение индекса экспрессии ингибитора металлопротеиназ TIMP-1 инвазивными цитотрофобластическими клетками по сравнению с физиологической беременностью. Процесс децидуализации при ранних репродуктивных потерях незавершен, характеризуется уменьшением площади децидуоцитов, снижением экспрессии рецепторов PR. Наблюдается дисбаланс ростовых факторов в децидуальной ткани с уменьшением индекса экспрессии VEGF при одновременном увеличении TGF-beta2, что, вероятно, способствует ограничению цитотрофобластической инвазии. Также увеличивается экспрессия ингибитора металлопротеиназ TIMP-1.

При невынашивании беременности в первом триместре морфо-функциональные изменения пролиферативного и инвазивного цитотрофобласта свидетельствуют об его недостаточности, что является одним из механизмов репродуктивных потерь в ранние сроки.

Резюме: Проведено морфологическое и иммуногистохимическое исследование вневорсинчатого цитотрофобласта при раннем невынашивании беременности. Незрелость вневорсинчатых структур, дисбаланс ростовых факторов, цитокинов и металлопротеиназ лежат в основе ранних репродуктивных потерь.

R.A. Kuznetsov, L.P. Peretyatko

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL INSUFFICIENCY OF EXTRAVILLOUS TROPHOBLAST AT EARLY MISCARRIAGE

The extravillous trophoblast was studied by morphological and immunohistochemical methods at early miscarriage. The early reproductive losses were based on the immaturity of extravillous structures, disbalance of growth factors, cytokines, metalloproteinases and their inhibitors.

И.В. Кузнецова[1,2], Т.В. Шевелева[3], О.С. Побединская[1], Ю.Б. Успенская[1], А.В. Гилельс[4]

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

1 – Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
2 – РУДН,
3 – РМАПО,
4 – Медицинская Корпорация «РАНА»

Недостаточность эндометриальной функции представляет большую проблему гинекологической практики, поскольку является одной из важных причин бесплодия и невынашивания беременности. Существует несколько подходов к лечению недостаточности пролиферативной/секреторной фазы эндометрия: антибактериальная терапия при выявлении инфекционного агента, воздействие на иммунную систему, гормональная терапия, лечение, направленное на улучшение микроциркуляции в тканях. Эффективность лечения ограничена, и поиск новых путей улучшения регенерации тканей остается актульной задачей. В этой связи представляет интерес использование гидролизата плаценты человека «Лаеннек®», который является иммуномодулятором и гепатопротектором, используется в целях восстановления функций печени, стимуляции регенерации клеток, улучшения тканевого дыхания, имеет противовоспалительное действие, индуцирует ангиогенез.

Мы изучали динамику роста эндометрия и клиническую эффективность лечения гидролизатом плаценты человека «Лаеннек®» пациенток с несостоятельностью эндометриальной функции. В исследовании приняли участие 64 женщины в возрасте от 23 до 39 лет (средний возраст 31,8±4,7 лет) с бесплодием или невынашиванием беременности, рандомизированно разделенные на три группы, получавшие различные методы терапии. Группа I (25 больных) получали комплекс терапии с включением гидролизата плаценты человека «Лаеннек®», группа II (20 больных) принимали комплекс терапии с включением иммуномодуляторов и гепатопротекторов, группа III (19 больных) получали курс прегравидарной подготовки в виде стандартных поливитаминных комплексов. Предварительное лечение, направленное на устранение причины нарушения фертильности было проведено всем больным по стандартным схемам до начала исследования. Использовались следующие методы исследования:

ультразвуковой мониторинг; оценка гормональных параметров; общеклинические методы. Оценка эффективности терапии проводилась по клиническим параметрам: купирование клинических симптомов заболевания; частота наступления беременности; исходы беременности. Для обработки количественного материала использовали пакет прикладных программ «Microsoft Exel-2000».

Оценка клинической характеристики менструального цикла выявила позитивный эффект лечения в I и II группах в отношении меноррагии, нециклических кровотечений и дисменореи, в I группе наблюдался положительный эффект увеличения количества кровяных выделений у пациенток со скудными менструациями. Терапия не влияла на характер менструального ритма. Динамический ультразвуковой мониторинг эндометрия выявил достоверный ($p<0.01$) рост М-эхо в пролиферативной фазе цикла по сравнению с исходными показателями в I и II группах. Полученный положительный результат сохранялся на 6-м месяце наблюдения во II группе и прогрессировал в I группе, вследствие чего величина М-эхо в ранней и поздней пролиферативной фазе у пациентов I группы оказалась достоверно выше ($p<0.01$). Оценка секреторной фазы цикла не выявила достоверной положительной динамики у больных III группы, в то время как во II группе на 6-м месяце наблюдения было зафиксировано достоверное ($p<0.05$) увеличение показателя М-эхо по сравнению с исходным значением. В I группе положительный результат ($p<0.01$) был достигнут уже на 3-м месяце наблюдения с нарастанием к 6-му месяцу ($p<0.001$ по сравнению с исходным показателем) и оказался достоверно выше ($p<0.01$), чем во II группе исследования. Мы не обнаружили значимых изменений стероидогенеза в фолликулярной фазе у обследованных больных. Показатель уровня прогестерона в середине лютеиновой фазы цикла достоверно превышал исходный параметр у больных I и II группы, в то время как в III группе наблюдалась только тенденция к его увеличению (42% от исходного уровня). Увеличение уровня прогестерона в I группе составило 156%, во II группе уровень гормона вырос на 90% от исходного показателя. Частота наступления беременности была оценена у 20 женщин с бесплодием, 10 из них получили курс стимуляции овуляции (предыдущие попытки стимуляции безуспешны). Беременность наступила у 12 (60%) пациенток, из них 5 из 7 женщин I группы, 4 из 8 женщин II группы, 3 из 5 женщин III группы. Отслеживание течения беременности у больных с привычным невынашиванием показало следующие результаты. Биохимическая беременность была зафиксирована у всех пациенток. Среди 18 женщин I группы сердцебиение плода было зарегистрировано у 14 (77,8%), из 12 женщин II группы – 8 (66,7%), из 14 женщин III группы – 4 (33,3%). Успешное завершение беременности своевременными родами наблюдалось у 12 (66,7%), 6 (50%), 3 (21,4%) женщин в I, II, III группах соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости назначения иммуномодулирующей терапии женщинам с бесплодием и невынашиванием беременности, имеющим недостаточный рост эндометрия. Применение гидролизата плаценты человека в практике подготовки к беременности женщин с бесплодием или привычным невынашиванием при несостоятельности пролиферативной или секреторной фазы эндометрия расширяет возможности восстановления фертильности у этого сложного контингента больных.

I.V. Kuznetsova, T.V. Sheveleva, O.S. Pobedinskaya, Y.B. Assumption, A.V. Gilels

APPLICATION PLACENTA HYDROLYZATE RIGHTS IN THERAPY INSUFFICIENT ENDOMETRIAL PROLIFERATION

Moscow, Russia

Application of hydrolyzate of human placenta in the practice of preparing for pregnancy women with infertility or recurrent pregnancy loss in insolvency proliferative or secretory phase endometrium extends the recovery of fertility in this complex patient population.

Ф.Н. Махмеджанова, А.Е. Донников, И.А. Аполихина

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ СЕРОТОНИНА 5HT1A И 5HT2A В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

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

Актуальность. Ни один фактор, генетический или фактор среды нельзя считать единственной «причиной» развития ГМП. Однако относительно общей популяции симптомы ГМП часто возникают у пациентов с тревожными состояниями и депрессией. Согласно результатам опроса по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии», полученным у 84 женщин с ГМП, частота тревоги и депрессии составила 87%, из них у 83% соответствовала клинически выраженному уровню тревоги и депрессии. Более высокая предрасположенность женщин к эмоциональным расстройствам объясняется низким уровнем серотонина и нарушением механизма серотониновой передачи в период гормональной перестройки. Особенности индивидуального реагирования на любые изменения внешней среды определяют полиморфизмы генов. В качестве возможных предикторов диагностики ГМП выделили наиболее экспрессируемые в мозге рецепторы серотонина 1А (5HT1A), в периферических тканях – рецепторы серотонина 2А (5HT2A). Цель настоящей работы: изучить роль полиморфизма генов рецепторов серотонина 5HT1A и 5HT2A у женщин с гиперактивным мочевым пузырем.

Материалы и методы исследования за период с 2010 по 2013 гг были обследованы 84 женщин с идиопатическим гиперактивным мочевым пузырем (средний возраст 53.80±1.58 года) и 102 женщин (средний возраст – 53.67±1.70 года) без гиперактивного мочевого пузыря (ГМП), которые составили контрольную группу; выделение ДНК выполнено по методу Higuchi с некоторыми модификациями, генотипирование осуществлено модифицированным методом «примыкающих проб», используя оригинальные олигонуклеотиды. Количественный анализ данных проведено с применением статистических программ Microsoft Excell 2006 и Statistica 6.0 Windows (Stat Soft Inc., США). Результаты Полиморфные варианты генов рецепторов серотонина

1A (5HT1A) и 2A (5HT2A) в основной (с ГМП) и контрольной группе: HTR1A -1019 (1016) C>G (rs6295) G/G 19 (26.4%) – 26 (28.9%), C/G 38 (52.8%) – 45 (50.0%), C/C 15 (20.8%) – 19 (21.1%); HTR2A 102 C>T (S34S) (rs6313) C/C 32 (44.4%) – 33 (36.7%), C/T 30 (41.7%) – 47 (52.2%), T/T 10 (13.9%) – 10 (11.1%).

Заключение. При статистической интерпретации никакой разницы по частотам аллелей между основной группой (с ГМП) и контрольной группой найдено не было. Может быть, с риском ГМП связаны полиморфизмы в других областях генов HTR1A и HTR2A? Полагаем, что на данный момент, вопрос, есть ли связь между полиморфизмом генов рецепторов серотонина 5HT1A и 5HT2A и развитием ГМП у женщин четкого ответа пока не имеет. Возможно, накопление результатов в дальнейшем приведет к определенным выводам и выходу в клинику.

Резюме. Поиск потенциальных предикторов диагностики гиперактивного мочевого пузыря привело к изучению полиморфизма генов рецепторов серотонина 5HT1A и 5HT2A у женщин с гиперактивным мочевым пузырем. Согласно полученным результатам разницы по частотам аллелей HTR1A -1019 (1016) C>G (rs6295) и HTR2A 102 C>T (S34S) (rs6313) между основной группой (с ГМП) и контрольной группой найдено не было.

F.N. Mahmedzhanova, A.E. Donnikov, I.A. Apolihina

POLYMORPHISMS OF GENES OF SEROTONIN 5HT1A AND 5HT2A IN DIAGNOSIS OVERACTIVE BLADDER WOMEN

Research Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology by V.I. Kulakov
Moscow, Russia

Summary Search for potential predictors of diagnosis of overactive bladder led to the study of polymorphism of the serotonin 5HT1A receptor genes 5HT2A and women with overactive bladder. The results showed differences in frequencies of alleles HTR1A -1019 (1016) C> G (rs6295) and HTR2A 102 C> T (S34S) (rs6313) between the core group (with OAB) and the control group was found.

Н.В. Наумова, Т.А. Котлова, С.Л. Арутюнова

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА «ВЕНТИЛЬНОГО» ГИДРОСАЛЬПИНКСА

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

На сегодняшний день бесплодие продолжает оставаться актуальной проблемой нашего общества. Бесплодием страдают 50–80 млн женщин в мире. Выявлена прямая корреляция частоты бесплодия и возраста женщины. Если частота бесплодия у женщин от 18 до 29 лет составляет 10,2%, то с 35 до 40 лет – 15%, а после 40 лет

свыше 20%. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения «…около 8% супружеских пар в течение репродуктивного периода жизни сталкиваются с проблемой бесплодия». Одной из причин женского бесплодия является непроходимость маточных труб.

Целью данной работы явилось определение информативности ультразвукового исследования в выявлении гидросальпинксов, в том числе «вентильных».

Проведен ретроспективный анализ 876 историй болезни пациенток гинекологического отделения, обратившихся с жалобами на бесплодие за 12 месяцев, которым произведена диагностическая и/или хирургическая лапароскопия. У 219 (25,0%) женщин при ультразвуковом исследовании выявленыгидросальпинксы. Возраст женщин составил от 25 до 46 лет (средний 36,6±0,6 лет). Ультразвуковое исследование выполнялось на стационарных аппаратах «PhillipsHD11» и «VolusonE6», оснащенных режимом трехмерной реконструкции. Всем пациенткам в течении трех менструальных циклов до оперативного вмешательства на 2, 10 – 12, 16 – 17, 21 дни цикла проводился мониторинг фолликулов.

Истинно положительный результат выявлен у 172 (78,5%) человек. При проведении УЗИ вне зависимости от фазы менструального цикла анэхогенное содержимое в маточных трубах визуализировалось на протяжении всего менструального цикла. При лапароскопии был подтвержден диагноз гидросальпинкса.

У 36 (16,4%) пациенток, с характерными жалобами на обильные слизисто-водянистые выделения в периовуляторный период, при проведении ультразвукового мониторинга роста фолликулов в течении трех менструальных циклов, гидросальпинксы визуализировались только с 10 по 16 дни менструального цикла, т.е. в периовуляторный период. При динамическом наблюдении в другие дни цикла жидкость в маточных трубах не определялась, предположен «вентильный» тип гидросальпинкса. В ходе проведения диагностической лапароскопии маточные трубы визуально не изменены, при хромосальпингоскипии маточные трубы непроходимы в ампулярном отделе, произведен фимбриолизис.

Истинно отрицательный результат у 657 (75,0%) пациенток. При проведении УЗИ маточные трубы не визуализировались. При проведении хромосальпингоскопии маточные трубы проходимы.

Ложноотрицательный результат у 18 (2,0%) женщин. При анализе данных историй болезни ультразвуковое исследование этим пациенткам проводилось либо с 5 по 9 дни менструального цикла, либо во вторую фазу цикла. Лапароскопия была произведена на 10–13 дни цикла, когда лучше всего выявляются «вентильные» гидросальпинксы.

Ложноположительный результат у 11 (1,3%) обследуемых. Причем у 5 пациенток при эхографии за гидросальпинкс была принята параовариальная киста, у 2 – множественные гидатиды, а у 4 – межспаечныесеромы. При лапароскопии маточные трубы у данных пациенток были проходимы.

Ультразвуковое исследование является информативным методом диагностики в выявлении гидросальпинксов, в том числе и «вентильных». Учитывая полученные нами данные при подозрении на трубный фактор бесплодия целесообразно выполнять ультразвуковое исследование с 10 по 16 дни менструального цикла.

N.V. Naumova., T.A. Kotlova., S.L. Arutyunova

ULTRASONIC DIAGNOSIS OF "VALVE" HYDROSALPINX

Basic Obstetrics and Gynecology Clinic of Kuban State Medical Univercity, Krasnodar

Ultrasound is an informative method for diagnosis of hydrosalpinx, including the "valve". Considering our findings, suspected tubal factor of infertility is expedient to perform ultrasound from 10 to 16 days of the menstrual cycle.

Д.А. Новичков, Н.Ф. Хворостухина, У.В. Столярова

ВЗАИМОСВЯЗИ ЦИТОКИНОВ И ТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинский университет
Саратов, Россия

Частота женского бесплодия, по данным мировой статистики, увеличилась за последние пять лет и имеет тенденцию к дальнейшему росту. Одной из причин, приводящих к бесплодию, является внематочная беременность. Ее частота составляет 1,6–25% в структуре гинекологических заболеваний. Физиологические функции маточной трубы, необходимые для зачатия, тесно связаны с уровнем кровоснабжения, в особенности с состоянием микроциркуляторного бассейна. А характер репаративных процессов в тканях, равно как и спайкообразование, определяются особенностями иммунной системы. В тоже время, взаимоотношения качественных и количественных показателей иммунной защиты организма со степенью адгезии окружающих тканей при внематочной беременности практически не исследованы.

Целью нашего исследования явилось выявление корреляционной связи между степенью выраженности трофических изменений в стенке маточной трубы, особенностями иммунитета и, как следствие, степенью адгезивности в малом тазу.

Материал и методы. У 98 пациенток (основная группа) прооперированных нами, удаленная вместе с плодовместилищем труба подвергалась гистологическому исследованию в области плодовместилища, на расстоянии 0,5–1 см. от него, и в истмическом отделе. Основная группа (n=98) была разделена на 2 подгруппы по степени распространения спаечного процесса. В 1 основную подгруппу вошли 57 женщин со спаечным процессом, не превышающим II степени; во 2 основную подгруппу – 41 женщина со спаечным процессом III–IV степени. Контрольную группу (n=34) составили 26 беременных женщин, представителей различных социальных групп в возрасте от 22 до 26 лет без клинических проявлений грубой соматической патологии и отсутствием HBsAg, антител к ВИЧ, вирусам гепатитов В и С, обратившихся в клинику для искусственного прерывания беременности при сроке беременности от 6 до

12 недель. Сюда же вошли 8 беременных женщин, чьи маточные трубы были удалены во время операции. У всех пациенток изучались концентрации ИЛ-4, ФНО-α, ИНФ-γ. Материалом для исследований служила сыворотка крови, полученная до оперативного вмешательства и начала антибактериальной, противовоспалительной терапии. Взаимосвязь между параметрами изучалась с помощью корреляционного анализа.

Результаты исследования. Между изменениями суммарной площади артериального и венозного русла в обеих оболочках и уровнем ФНО-α в сыворотке крови больных со спаечным процессом I–II степени (n=57) не выявлено корреляционной связи. При степени спаечного процесса, не превышающей II, суммарная площадь сосудистого русла не изменяется, а уровень ФНО-α в сыворотке незначительно повышается (p>0,1). Так же не выявлено корреляционной связи между трофическими изменениями и уровнем ИНФ-γ (p>0,1). Даже резко повышенное содержание ИЛ-4 в сыворотке крови не приводит к трофическим изменениям в стенке маточной трубы (p>0,1).

Напротив, между изменением уровня ФНО-α в сыворотке крови у больных, входящих во вторую основную подгруппу (n=41) и изменением морфологической структуры стенки трубы в виде резкого уменьшения как венозного так и артериального русла, выявлена обратная (отрицательная) корреляционная связь (r=-0,431, p<0,05). Так, при возрастании концентрации ФНО-α в сыворотке крови происходит уменьшение суммарной площади сосудистого русла в стенке маточной трубы. По нашему мнению, это связано с тем, что ФНО-α в высокой концентрации способен повреждать клетки эндотелия и увеличивать микроваскулярную проницаемость, вызывая активирование системы гемостаза и комплемента, за которым следуют аккумуляция нейтрофилов и внутрисосудистое микротромбообразованию. Это приводит к отложению фибрина, тем самым потенцируя увеличение спаечного процесса. Снижение концентрации противовоспалительных цитокинов, в том числе и ИЛ-4, приводит к снижению выработки иммуноглобулинов, тем самым, препятствуя предотвращению дальнейшей тканевой деструкции и разрастанию соединительной ткани. Это и было установлено в нашем исследовании в виде положительной корреляционной связи (r=0,861, p<0,05) между снижением концентрации ИЛ-4 в сыворотке крови и резким уменьшением площади сосудистого русла (как артериального, так и венозного) в группе больных со спаечным процессом III–IV степени (n=41). Между изменением концентрации ИНФ-γ и изменением площади сосудистого русла не было выявлено достоверной корреляционной связи. Что косвенно может подтверждать значительные нарушения в системе иммунитета у больных 2 основной подгруппы (n=41).

На основании вышеизложенного можно говорить о достоверной зависимости изменений микроциркуляции в стенке маточной трубы, а равно и степени распространенности спаечного процесса от запуска цитокинового каскада, приводящего к дисбалансу между двумя оппозитными группами медиаторов.

Резюме. Выявлена корреляционная связь между морфологическими изменениями в микроциркуляции стенки маточной трубы и изменениями концентраций оппозитных цитокинов (ИЛ-4, ИНФ-γ, ФНО-α) у пациенток с трубной беременностью и спаечным процессом III–IV степени (n=41). ФНО-α – отрицательная корреляционная связь (r=-0,431, p<0,05), ИЛ-4 – положительная корреляционная связь (r=0,861, p<0,05), ИНФ-γ – не выявлено достоверной корреляционной связи.

D.A. Novichkov, N.F. Khvorostukhina, U.V. Stolyarova

RELATIONSHIP BETWEEN CYTOKINES AND TROPHIC CHANGES IN WALL FALLOPIAN TUBE OF TUBE PREGNANCY

Department of Obstetrics and Gynecology
Medical University
Saratov, Russia

Correlative relationship between morphological changes in microcirculation of the wall fallopian tube and changes in the concentration of opposite cytokines (IL-4, INF-γ, TNF-α) of patients with tube pregnancy and adhesions of III-IV extent (n=41) has been revealed. TNF-α negative correlative relationship (r=-0,431, p<0,05), IL-4 – positive correlative relationship (r=0,861, p<0,05) has been revealed, INF-γ – veracity correlative relationship has not been revealed.

М.А. Охрименко, В.Ю. Смольникова, А.Е. Донников, О.В. Бурменская, В.К. Таболова, И.Е. Корнеева, Т.А. Демура

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА ЭНДОМЕТРИЯ

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

Неудачи имплантации и преэмбриональные потери остаются серьезной проблемой женщин программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и составляют около 85%от общего числа потерь беременностей. Считается, что при переносе морфологически качественных эмбрионов одной из значимых причин неудач программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) являются изменения рецептивности эндометрия. Нарушения рецепторного аппарата эндометрия могут стать причиной бесплодия, неэффективных попыток, привычного невынашивания беременности.

На сегодняшний день для оценки рецептивности эндометрия используется широкий спектр лабораторных методов. Метод сканирующей электронной микроскопии остается основным для изучения пиноподий – выпячиваний мембраны на апикальной поверхности эпителиальных клеток эндометрия, которые в течение длительного времени рассматриваются в качестве ключевых морфологических маркеров рецептивности. Использование иммуногистохимических (ИГХ) методов исследования позволяет определить динамику изменения ядерной экспрессии стероидных рецепторов клеток в поверхностном эпителии, железах и строме в биоптатах эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла, а также экспрессию факторов роста и цитокинов. Несмотря на многочисленные исследования последних лет, поиск потен-

циальных маркеров рецептивности эндометрия до сих пор продолжается. Было предложено использование технологии микрочипов для описания экспрессионного профиля эндометрия независимо от морфологических критериев. Альтернативным методом оценки экспрессии генов является использование полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Целью настоящего исследования явилось сравнение морфологического, иммуногистохимического и молекулярно-генетического методов изучения эндометрия в период «имплантационного окна» у пациенток с трубно-перитонеальным фактором бесплодия.

Было проанализировано 39 образцов пайпель-биоптатов эндометрия женщин, планирующих реализацию репродуктивной функции в программе ЭКО и ПЭ. При морфологическом исследовании оценивалось количество зрелых пиноподий, с помощью ИГХ исследования – эстрогеновые (ЭР), прогестероновые (ПР) рецепторы илейкемия ингибирующий фактор (LIF) в железах и строме. Оценку уровня экспрессии мРНК проводили с помощью количественной ОТ-ПЦР в режиме реального времени («ДНК-Технология», Россия). Нормировкауровня экпрессии генов выполнена с использованием метода сравнения индикаторных циклов (метод ΔΔCq) по четырем референсным генам HPRT1, TBP, B2M, GUSB. В качестве меры центральной тенденции выбрана медиана (Me), а в качестве интервальной оценки – верхний (L) и нижний квартили (H).

По уровню экспрессии исследуемые гены были разделены на три группы. Высокую экспрессию мРНК продемонстрировали генымгомеобокса (HOXA-10, HOXA-11, MSX-1/HOX-7), онкосупрессор PTEN, рецептор прогестерона (PGR), ростовые факторы (VEGFA, IGF1). Средний уровень экспрессии имели гены металлопротеиназ (MMP-7, MMP-2, MMP11, MMP9), цитокинов (IL15, TGFb, LIFR, IL18, IL1b, IL8, LIF, IL12A, IL10, IL6, TNFa, OsM), онкомаркера Cox-2, ростовых факторов (IGFBP2, IGFBP4, AREG, HB-EGF, IGF2), рецептора эстрогена ESR1, иммунных маркеров (CD45, CD56), апоптоза (BAX,BCL2). В тоже время, уровень экспресиии ряда генов находился вне линейного диапазона метода и дальнейшее исследование экспрессии таких генов, как IL2, MMP8, IGFBP1, EREG, IGFBP3 в «окно имплантации» было признано нецелесообразным.

При сравнении данных молекулярно-генетического исследования с результатами ИГХ исследования не было выявлено статистически значимых корреляций между ЭР, ПР, LIF и уровнем экспрессии соответствующих генов. Медианы сотношения ЭР и ПР, оцененные с помощью ИГХ метода и с помощью ПЦР были близки (4,0 (1,8–8,0) и 3,0 (1,9–4,4) соответсвенно), но не коррелировали друг с другом.

Были выявлены слабые статистически значимые корреляции между количеством пиноподий и уровнем экспресии гена IL10 и HOXA-10 (r^2=-0,33, p=0,04 и r^2=0,35, p=0,03 соответственно).

Таким образом, метод ПЦР для исследования рецепторного аппарата эндометрия в «окно имплантации» следует сочетать с ИГХ исследованиями, так как получаемые результаты не могут быть взаимозаменяемы, а каждый из вышеописанных методов позволяет выявить различные особенности эндометрия. Требуется дальнейшая работа для выработки собственных критериев молекулярно-генетической диагностики.

M.A. Okhrimenko, V.Y. Smolnikova, A.E. Donnikov, O.V. Burmenskaya, V.K. Tabolova, I.E. Korneeva, T.A. Demura

EXPERIENCE OF USINGMOLECULAR GENETIC TECHNIQUESTO ASSESSRECEPTOR STATUSOF ENDOMETRIUM

Federal State Budget Institution "Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Healthcare ofthe Russian Federation, Moscow

Implantation failure and preembrionic losses remain to be the main problem for women on going treatment in vitro fertilization programs (IVF) andaverage out at about 85% of total pregnancy loss. It is considered that when transferring embryos with high morphological quality one of the significant reasons of the failure in treatment in assisted reproductive technologies programs (ART) are changes in endometrial receptivity. The abnormalities of endometrium receptivity may lead to infertility, unsuccessful treatment in ART programs and recurrent pregnancy losses.

Е.Б. Передеряева, Т.Б. Пшеничникова

ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Россия, г. Москва

В настоящее время врачи различных специальностей сталкиваются с осложнениями избыточного веса и ожирения. Среди женщин избыточная масса тела отмечается почти у 50%. В экономически развитых странах число беременных с этой патологией достигает примерно 15,5–27%. Концепция метаболического синдрома дает представления о механизмах, ведущих к развитию сопутствующих заболеваний при ожирении. В настоящее время провоспалительный и тромбофилический статусы относятся к важнейшим компонентам метаболического синдрома. В последние десятилетия появились исследования, позволяющие утверждать, что беременные с ожирением и/или с метаболическим синдромом относятся к группе высокого риска развития осложнений беременности и перинатальных потерь. Эти женщины входят в группу высокого риска по развитию таких осложнений беременности, как синдром потери плода, преэклампсия, фето-плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тромбозы глубоких вен и тромбоэмболии. Известно, что патогенез большинства осложнений беременности связан с нарушением процессов имплантации, инвазии трофобласта в децидуальную оболочку, плацентации.

Цель исследования: определение возможной роли тромбофилического и провоспалительного статуса в патогенезе акушерских осложнений у женщин с мета-

болическим синдромом. Нами было обследовано 191 женщина в возрасте от 21 до 43 лет с метаболическим синдромом. Средний вес женщин 109,9±2,21 кг, средний индекс массы тела 34,0±0,82 кг/м^2. У 86 (45,0%) женщин в анамнезе имел место гестоз, синдром потери плода – у 82 (42,9%), антенатальная гибель плода в анамнезе – у 33 (17,3%), фето-плацентарная недостаточность а анамнезе у 73 (38,2%), преждевременные роды в анамнезе у 23 (12,0%), оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечения в анамнезе у 28 (14,7%). Было проведено полное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Также было проведено исследование системы гемостаза, выявление генетических и приобретенной форм тромбофилии и частоты полиморфизма генов провоспалительных цитокинов. Проведенное нами исследование у женщин с метаболическим синдромом и с осложнениями беременности в анамнезе показало наличие мультигенной тромбофилии в 100% случаев. При этом характерной особенностью мультигенных форм тромбофилии явилось превалирование в общей структуре генетических форм тромбофилии полиморфизма «675 4G/5G» гена PAI-1 (88,5%). В 60,2% случаев выявлялась гомозиготная форма данного полиморфизма. Полиморфизм «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена, полиморфизм «I/D» в гене ангиотензинпревращающего фермента, полиморфизм «455 G/A» в гене фибриногена выявлялись в 65,4%, 48,2%, 53,9% случаев соответственно. Циркуляция антифосфолипидных антител выявлялась у 21,5% пациентов. Среди обследуемых женщин мы обнаружили следующую частоту полиморфизмов генов провоспалительных цитокинов: у 44,5% пациенток обнаружен полиморфизм <<-31 T/C>> в гене интерлейкина – 1β, у 40,3% – полиморфизм <<-174 G/C>> в гене интерлейкина – 6 и у 61,3% пациенток – полиморфизм <<-308G/A>> в гене фактора некроза опухоли -α. Особенностью тромбофилического статуса у женщин с метаболическим синдромом является наличие не только мультигенной, а у части пациентов-комбинированной тромбофилии, но и генетического гипофибринолиза. В условиях гипофибринолиза происходит десинхронизация локальных процессов фибринолиза и фибринообразования при имплантации. Наличие провоспалительного статуса усугубляет существующую эндотелиопатию. Если при этом ещё имеет место и циркуляция антифосфолипидных антител (АФА), то это усугубляет ситуацию, поскольку АФА не только усиливают протромботические механизмы но и могут изменять поверхностные предимплантационные характеристики плодного яйца. На наш взгляд, возможные патогенетические механизмы развития акушерских осложнений у женщин с метаболическим синдромом заключаются в следующем – эндотелиопатия, микротромбозы, наличие провоспалительного статуса и состояние гипофибринолиза приводят к нарушению процессов имплантации, инвазии трофобласта и плацентации, в дальнейшем это может привести к развитию гестоза, фето-плацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, синдрома потери плода в течение беременности.

Резюме. Беременные с метаболическим синдромом относятся к группе высокого риска развития осложнений беременности. Наличие эндотелиопатии, провоспалительного статуса и состояние гипофибринолиза приводят к нарушению процессов имплантации, инвазии трофобласта и плацентации, в дальнейшем это может привести к развитию гестоза, фето-плацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода, синдрома потери плода в течение беременности у женщин с метаболическим синдромом.

E. Perederyaeva, T. Pshenichnikova

POSSIBLE MECHANISMS OF PATHOGENESIS OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

First Moscow State Medical University IM Sechenov
Russia, Moscow

Summary. Metabolic syndrome is associated with at higher risk of developing various obstetric complications. The endotheliopathy, proinflammatory and prothrombotic status may play an important role in impaired invasion cytotrophoblast and impaired placental development that leads to fetal loss, pre-eclampsia and other obstetric complications in women with metabolic syndrome.

И.В. Подгорный, Ю.А. Петров

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Ростов-на Дону, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является доказанным фактором риска материнской и перинатальной смертности. Беременные с АГ предрасположены к развитию таких осложнений как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, задержка внутриутробного развития и гибель плода.

Фетоплацентарный комплекс страдает при любой форме АГ, в связи с тем, что на фоне недостаточной инвазии трофобласта, склероза и облитерации ворсин хориона развивается первичная плацентарная недостаточность. Плацентарная недостаточность представляет собой клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность этого провизорного органа.

Нами проведено комплексное исследование фетоплацентарной системы у беременных с АГ. В группу было набрано 30 беременных с артериальной гипертензией, в группу сравнения вошли 30 женщин с неосложненной беременностью. При обследовании произведено суточное мониторирование АД, допплерометрия маточно-плацентарного кровотока в 20–22 и в 32–24 недели беременности. Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 (Stat-Soft, 2001).

Индекс резистентности (ИР) в правой маточной артерии при неосложненной беременности составил 0,38±12; при артериальной гипертензии 0,55±0,06 ($T=-6,8$, $p<0,001$). ИР в левой маточной артерии при АГ также достоверно превышал данный

показатель в группе контроля. Показатель ИР в артерии пуповины достоверно не различался в группах. На этом основании можно сделать вывод о том, что артериальная гипертензия приводит к выраженным нарушениям периферической и органной гемодинамики, в том числе и в бассейне маточных артерий.

Также было установлено, что у беременных с артериальной гипертензией при сроке беременности 32 недели выявлялись признаки преждевременного старения плаценты в 78% случаев, синдром задержки развития плода был зарегистрирован у 18% больных. При сравнении весо-ростовых показателей новорожденных достоверных различий между двумя обследованными группами выявлено не было.

На основании полученных результатов можно говорить о том, что исследование индекса резистентности в маточных сосудах, определение степени зрелости плаценты и фетометрии по данным УЗИ являются одним из информативных методов в оценке состояния плода.

Резюме. Артериальная гипертензия является доказанным фактором риска метеринской и перинатальной смертности. Беременные с АГ предрасположены к развитию таких осложнений как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ДВС-синдром, задержка внутриутробного развития и гибель плода. Исследование индекса резистентности в маточных сосудах, определение степени зрелости плаценты и фетометрии по данным УЗИ являются одним из информативных методов в оценке состояния плода.

I.V. Podgorniy, Y.A. Petrov

FEATURES OF DOPPLER INDICES OF UTERINE-PLACENTAL BLOOD FLOW IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSION

Rostov-on-Don, Russia

Hypertension is a proven risk factor meterinskoy and perinatal mortality. Pregnant women with hypertension are predisposed to the development of complications such as premature detachment of placenta, DIC, intrauterine growth retardation and fetal death. Study of the resistance index in the uterine vessels, to determine the degree of maturity of placenta and fetometrii by ultrasound is one of the informative methods to assess the state of the fetus.

Н.Н. Рубахова, Л.С. Гуляева, О.С. Лобачевская, Л.Н. Васильева, Е.В. Никитина

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ГЕСТОЗЕ У РОДИЛЬНИЦ

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Беларусь

Изучены результаты комплексной терапии родильниц, перенесших гестоз тяжелой степени, с использованием дискретного плазмафереза. Установлено положи-

тельное влияние плазмафереза на показатели агрегационных и морфометрических свойств тромбоцитов, а также на параметры эндотелиальной дисфункции.

В настоящее время общепризнанно, что родоразрешение является основным радикальным методом лечения гестоза. Однако, не всегда при устранении клинической симптоматики, исчезают патогенетические изменения, свойственные позднему гестозу. Беременность является не только своеобразным ранним стресс-тестом для определения доклинической стадии сердечно-сосудистых заболеваний, но триггерным фактором патогенетического механизма кардиоваскулярных заболеваний.

Цель работы явилась оценка влияния дискретного плазмафереза в составе комплексной терапии на показатели сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у родильниц, перенесших гестоз тяжелой степени.

В исследование были включены 39 родильниц, перенесших гестоз тяжелой степени. Традиционное лечение, проводимое женщинам II группы (n=21), было дополнено у родильниц I группы (n=18) дискретным плазмаферезом. Сеансы плазмафереза проводили женщинам I группы на фоне комплексной схемы лечения в дискретном режиме с 5-х суток послеродового периода. Курс лечения включал 2–3 сеанса через 1–2 дня. Проведено исследование функциональных и морфометрических свойств тромбоцитов, степени эндотелиальной дисфункции.

Снижение количества циркулирующих эндотелиальных клеток при назначении предложенной терапии отмечено уже к 5-м суткам после родов ($p<0,001$), а также уменьшение содержания эндотелина-1 к 14-му дню в 3,3 раза ($p<0,001$). Во II группе достоверное снижение количества циркулирующих эндотелиальных клеток происходило более медленно, лишь к 14-м суткам наблюдения, уменьшение ЭТ-1 отмечено в те же сроки, однако было менее значительным ($p<0,01$).

К окончанию послеродового периода выявлено, что средний объем тромбоцитов находился в пределах нормативных значений у 88,9% пациенток I группы и лишь у 52,4% пациенток II группы. Установлено, что после применения предложенного курса имело место снижение степени анизоцитоза тромбоцитов к 14-м суткам послеродового периода до 17,3 (16,9–17,8)% ($p<0,05$).

При исследовании агрегации тромбоцитов с использованием в качестве индуктора АДФ в концентрации $1,5x10^{-6}$М выявлено, что до лечения и на 5-е сутки после родов у большинства женщин I (61,1%) и II групп (66,7%) степень и скорость агрегации были ниже нормативных значений, у каждой 5-ой пациентки отмечалось повышение функциональных свойств тромбоцитов, у 16,7% родильниц I группы и у 14,3% II группы эти показатели не выходили за пределы физиологической нормы. На фоне предложенной комплексной терапии к 14-м суткам после родов отмечено достоверное увеличение агрегационной активности тромбоцитов: у 55,6% родильниц I группы показатели соответствовали нормативным значениям, у 16,7% имело место усиление функциональных параметров кровяных пластинок, и лишь у 27,7% наблюдалось снижение как степени, так и скорости агрегации менее допустимой нормы. В то же время во II группе у 57,1% пациенток сохранялось снижение параметров функциональной активности кровяных пластинок, у 28,6% женщин отмечено повышение степени и скорости агрегации, нормативным значениям показатели соответствовали только у 14,3% женщин. К окончанию послеродового периода у женщин I группы медианное значение степени агрегации составило 53,8 (42,1–57,1)%, скорости агрегации – 32,8 (26,4–32,8)%/мин, при этом у большинства женщин (83,3%) параметры функциональных свойств тромбоцитов находились в пределах физиологической нормы, у 16,7% родильниц выявлено повышение степени и скорости агрегации тромбоцитов. В то же время у большинства пациенток II группы (76,2%) наблюдалось

усиление функциональных свойств тромбоцитов, нормативным значениям параметры соответствовали лишь у 23,8% женщин.

Таким образом, включение в комплексную схему дискретного плазмафереза является обоснованным, что подтверждается более быстрым (к 5-м суткам), снижением содержания циркулирующих эндотелиальных клеток и к 14-м суткам эндотелина-1 в 3,1 раза, нормализацией морфометрических и агрегационных параметров тромбоцитов к окончанию послеродового периода – у 83,3% женщин.

N.N. Rubahova, L.S. Gulyaeva, O.S. Lobachevskaya, L.N. Vasileva, E.V. Nikitina

APPLICATION PLASMAPHERESIS AT GESTOZE PUERPERAS

Minsk, Belarus

It was examined results treatment of postpartum women with severe preeclampsia with the use of discrete plasmapheresis. It was determined the positive effect of plasmapheresis fore morphometric parameters of aggregation of platelets as well as endothelial dysfunction parameters.

Н.Х. Рузиева, С.З. Юлдашева

РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ И АННЕКСИНА-5 ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии ТашМПИ, ТМА

Исследования, посвященные анализу особенностей влияния факторов повреждения сосудистой стенки на функциональную активность и апоптоз при невынашивание беременности, немногочисленны, таким образом следует установить особенности дисфункции эндотелия, обусловленной повреждающим действием гомоцистеина, а также изучить содержания в крови растворимых форм маркеров апоптоза аннексина 5 при преждевременных родах для уточнения их роли в патогенезе невынашивания беременности.

Невынашивание беременности является актуальной проблемой современного акушерства, так как часто является следствием комплекса патологических факторов, для выявления которых требуется не только высокая квалификация специалиста, но и высокотехнологичные методы обследования. Частота невынашивания составляет до 20% среди всех случаев беременности.

Противоречивость результатов исследования по проблеме невынашивания беременности стимулирует дальнейший научный поиск на более высоком методологическом уровне [2,4].

По современным представлениям в патогенезе невынашивания беременности и его осложнений рещающую роль играет системная воспалительная реак-

ция. Последняя является одной из причин тотального повреждения эндотелия. Повреждения эндотелия, определяющие клинические проявления этого осложнения беременности, могут объясняться активацией комплимента, заканчивающейся прямым воздействием на эндотелий сосудов и активацией лейкоцитов с продукцией мощных воспалительных медиаторов. Воспалительный процесс при невынашивании беременности является следствием ответной реакцией эндотелия на повреждающее действие эндо- и экзогенных факторов, к которым относятся, прежде всего окисленные ЛПНП, с-реактивный белок, гипергомоцистеннемия, липопротеин (а), цитокины, престимуляция макрофагов и т.д. В последнее время доказано, что вышеуказанные факторы вызывают апоптоз эндоцелиоцитов. Апоптоз эндотелия представляет форму повреждения, в результате которого увеличивается проницаемость сосудистой стенки для цитокинов, факторов роста, липидов, повышается адгезия лейкоцитов, а также активируется система коагуляции [1,2,3].

Необходимо отметить, что исследования, посвященные анализу особенностей влияния факторов повреждения сосудистой стенки (гомоцистеина, липопротеина С aI, аннексина 5) на функциональную активность и апоптоз при невынашивание беременности, немногочисленны, результаты их нередко противоречивы [5].

Цель исследования: установить особенности дисфункции эндотелия, обусловленной повреждающим действием гомоцистеина, а также изучение содержания в крови растворимых форм маркеров апоптоза аннексина 5 при преждевременных родах для уточнения их роли в патогенезе невынашивания беременности.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 82 беременных с преждевременными родами в сроке гестации 34–37 недель, так как они составили высокий процент по частоте встречаемости и, 18 женщин, беременность которых протекала физиологически, но была прервана по медицинским показаниям (группа сравнения, контрольную группу составили 16 женщин без каких либо заболеваний, одного и того же возраста). Возраст обследованных женщин трех групп, находился в пределах от 21 до 28 лет.

Анализ частоты и характера экстрагенитальных заболеваний у обследованных женщин показал высокую частоту их встречаемости: в частности – ОРВИ 81%, патология ЛОР-органов 24%, заболевание желудочно-кишечного тракта 30,5%, заболевания мочевой системы 35,5%. Всем пациентам произведены клинико-лабораторные и бактериологические исследования.

Лабораторные обследования больных проведено на базе родильного дома №6 и в научной лаборатории кафедры биоорганической и биологической химии ТМА. Кровь для исследования забирали в первые 2 часа однократно после получения информированного согласия каждого пациента.

Содержание липопротеина (а) определяли на биохимическом автоанализаторе “Emperor” EMP-168 использовались реактивы фирмы БиоХимМак. Для выявления антител к окисленным липопротеинам низкой плотности (Аткок ЛПНП) использован тест-систему для иммуноферментного анализа фирмы БиоХимМак. Уровень гомоцистенна в крови определяли иммуноферментным методом на автоанализаторе фирмы РОЩ, используя наборы фирмы «Akis-Shield» представленной компанией БиоХимМак. Содержание компонента комплимента С3, исследовали на биохимическом анализаторе “Emperor” используя наборы HUMAN.

Маркеры дисфункции эндотелия (клеточно-сосудистая молекула адгезии 1 типа) и апоптоза (аннексин 5) в плазме крови определяли иммуноферментным методом, используя соответствующие тест-системы.

N.H. Ruzieva, S.Z. Yuldasheva

DYSFUNCTION ENDOTHELIOCYTES ANNEXIN-5 FOR MISCARRIAGE

Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatric Gynecology TashMPI

Studies on the analysis of the features of the influence of factors damage the vascular wall on the functional activity and apoptosis in miscarriage, few, so should be set particularly endothelial dysfunction caused by the damaging effect of homocysteine, and explore content in the blood of soluble forms of apoptosis markers annexin 5 in preterm labor for clarify their role in the pathogenesis of pregnancy loss.

Л.М. Салахова, А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, Н.В. Крошкина

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОНОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава РФ Иваново, Россия

Проблема невынашивания беременности находится в центре внимания современной науки о репродукции человека, является одной из ведущих в области охраны здоровья матери и ребенка и имеет первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. В настоящее время среди причин невынашивания беременности доминируют инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) и иммунные нарушения в организме женщины. Особый интерес представляет изучение механизмов врожденного иммунитета в развитии преждевременных родов, а именно, регуляции системы комплемента. Цель нашего исследования – выявить особенности экспрессии комплемент ингибирующих молекул CD46 и CD55 моноцитами у женщин с угрозой прерывания беременности в III триместре. Было обследовано 25 беременных женщин с клиническими признаками угрозы невынашивания беременности в сроке 28–33 недели. В группу контроля вошли 20 практически здоровых беременных женщин в этом же сроке гестации с отсутствием симптомов угрожающих преждевременных родов. Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь. Методом ИФА определяли IgG, IgA и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций. Экспрессия рецепторов CD46 и CD55 в популяции моноцитов периферической крови определялась методом проточной цитометрии. При исследовании инфекционных маркеров достоверных отличий между исследуемыми группами выявлено не было. Однако нами было установлено, что у женщин в сроке 28–33 недели при развитии угрожающих преждевременных родов уровень CD46+ и CD55+ моноцитов в периферической крови

был достоверно ниже по сравнению с таковыми при неосложненной беременности (p<0,001 в обоих случаях). Можно предположить, что низкий уровень моноцитов, экспрессирующих комплемент ингибирующие рецепторы, отражает нарушение регуляции активации системы комплемента у женщин с угрожающими преждевременными родами в III триместре и способен служить предпосылкой их развития.

Резюме. Целью работы было установить особенности экспрессии комплемент ингибирующих молекул CD46 и CD55 моноцитами у женщин с угрозой прерывания беременности III триместра. Установлено, что отличительной чертой пациенток с данной патологией являлось одновременное снижение экспрессии моноцитами белков CD46 и CD55, регулирующих комплемент, что отражает нарушение регуляции активации системы комплемента у женщин с угрожающими преждевременными родами в сроке 28–33 недели и способно служить предпосылкой их развития.

L.M. Salakhova, A.I. Malyshkina, N.Yu. Sotnikova, N.V. Kroshkina

FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF MONOCYTES AT WOMEN WITH THREAT OF INTERRUPTION OF PREGNANCY

State Research Institute of Maternity and Childhood named by V.N. Gorodkov, Ivanovo, Russia

Abstract. The aim of the work was to establish the character of the expression of complement regulatory surface proteins CD46 and CD55 by monocytes at women with threatened miscarriage at III trimester of pregnancy. It was found that the patients with this pathology were characterized with simultaneous decrease of the expression of CD45 and CD55 molecules by monocytes, that reflects the dysregulation of complement activation at women with threatened preterm labor at term 28–33 weeks and can serve as a prerequisite for their development.

И. А. Салов, Г.С. Суворова

Д-ДИМЕР В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

Россия, г. Саратов, ГОУ ВПО СГМУ Росздрава

В настоящее время в структуре репродуктивных потерь существенное место занимает внутриутробная гибель плода (несостоявшийся выкидыш) – МКБ-10. Наиболее опасным осложнением при указанной нозологии является патологическая кровопотеря в ходе элиминации плодного яйца, связанная с развитием острой и подострой фазы ДВС синдрома.

Целью настоящего исследования являлась разработка метода прогнозирования развития подострой формы ДВС-синдрома у женщин с несостоявшимся выкидышем, основанного на определении в крови уровня Д-димера, неоантигена, образу-

ющегося в результате расщепления плазмином перекрестно связанного фибрина и являющегося в определенной мере индикатором течения ДВС синдрома.

Для оценки значимости Д-димера в прогнозировании вероятности перехода хронической формы ДВС в подострую под наблюдением находилось 26 женщин с внутриутробной гибелью плода при сроках гестации, соответствующих II–III триместрам беременности. У всех пациенток исходно имели место нарушения гемостаза, соответствующие хронической форме ДВС-синдрома. В качестве группы контроля выступали 16 женщин с нормальным течением беременности.

Определение концентрации в крови пациенток D-димера производилось методом иммунохроматографии с использованием антител, меченых золотом (Cardiac Reader, фирма Roche, Франция).

У всех пациенток с несостоявшимся выкидышем регистрировалась повышенная концентрация D-димера в крови. Если при нормальном течении беременности концентрация D-димера составила 583,4±21,6 нг/мл, то при задержке погибшего плода до трех недель – 720,6±31,4 нг/мл, более трех недель – 754,2±21,8 нг/мл. Дальнейшее наблюдение в течение пяти дней за указанным контингентом беременных позволило выявить у 10 из них прогрессирование ДВС-синдрома. Динамическое наблюдение за уровнем D-димера в крови беременных женщин позволило установить, что основным признаком прогрессирования ДВС служит большой размах колебаний содержания Д-димера в крови беременных. За пять дней наблюдения при нормальном течении беременности различие между минимальным и максимальным уровнем Д-димера в крови беременных женщин не превысили 50,3 нг/мл. В группе беременных при отсутствии отрицательной динамики в выраженности ДВС синдрома минимальная величина Д-димера составила 691,5±30,6 нг/мл; максимальная – 816,8±26,7 нг/мл, т.е. различия выражались величиной равной 125,8 нг/мл. В тех случаях, когда в ходе беременности отмечался переход хронической формы ДВС в подострую минимальные значение Д-димера составили 640,6±31,2 нг/мл, а максимальные 1004,2±2,48 нг/мл. Таким образом, колебания уровня Д-димера за пять дней наблюдения в этом случае превысили 360,8 нг/мл.

Таким образом, колебания Д-димера при нормальном течении беременности варьировали в пределах 15–20% от среднего уровня, при хроническом ДВС синдроме составили 30–40%, а при переходе хронической формы в подострую превышали 80%.

С учетом полученных результатов можно сделать заключение, что изменение Д-димера в течении трех дней наблюдения на 50% и более являются прогностически неблагоприятным признаком перехода хронической формы ДВС в подострую стадию у беременных женщин с несостоявшимся выкидышем.

Резюме: При обследовании системы гемостаза изменение Д-димера в течении трех дней наблюдения на 50% и более являются прогностически неблагоприятным признаком перехода хронической формы ДВС в подострую стадию у пациенток с несостоявшимся выкидышем.

I.A. Salov, G.S. Suvorova

DETERMINATION OF THE CONCENTRATION OF D-DIMER FOR THE PREDICTION OF DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION SYNDROME AMONG WOMEN WITH MISSED ABORTION

Russia, Saratov Medical University

The aim of this research was to develop a method of predicting the development of subacute form of women with disseminated intravascular coagulation syndrome (DIC) syndrome with intrauterine fetus death (IFD). 26 women with IFD in II–III trimester of pregnancy were investigated with the original homeostasis disorders, suitable for chronic form of DIC syndrome. Measurement of the concentration D-dimer in the blood of patients, based on the principle of immunochromatography by using antibodies labeled with gold (Cardiac Reader, firm Roche, France) was also had been. vibration of D-dimer in the normal course of pregnancy varied between 15–20% of the average, chronic DIC syndrome was 30–40%, and the transition to the chronic form of sub-acute exceeded 80%.

Given these results, we can conclude that the change of D-dimer in three days of observation of 50% or more is a poor prognostic sign of the chronic form of transition DIC in the sub-acute stage of pregnant women with missed abortion.

И.А. Салов, Д.В. Маршалов, А.П. Петренко, Р.Р. Салюков

ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, РФ

В медицинской литературе довольно часто можно встретить упоминание о внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) при беременности. Учитывая наличие ВБГ при критических состояниях можно было бы предположить ее патогенетическое значение в развитие акушерской патологии. ВБГ приводит к различным органным и системным нарушениям. Вместе с тем, ВБГ при беременности имеет хронический характер, то есть развивается в течение продолжительного времени и является физиологичным состоянием. В какой же момент физиология становиться патологией остается неясным, поскольку по настоящее время отсутствуют диагностические критерии тяжести хронической ВБГ (ХВБГ). Одной из ведущих причин развития акушерских и перинатальных осложнений является нарушение маточно-фето-плацентарного кровотока (МФПК). Показатели МФПК являясь ранними, чувствительными и специфичными при-

знаками осложненного течения беременности, могут служить одним из критериев тяжести ХВБГ.

Целью работы являлось выявление связи уровня внутрибрюшного давления во время беременности с показателями МФПК.

Материалы и методы: обследовано 90 беременных при сроке 20–24 недели гестации, проходивших плановое обследование или лечение угрозы прерывания беременности. Оценка ВБД осуществлялась в ранние сроки, что позволило судить о первичности ВБГ с большей долей вероятности. Оценку ВБД осуществляли с помощью системы «Unometerabdopressure» (Unomedical) через мочевой пузырь. Для изучения МФПК проводилось допплерометрическое исследование в дуплексном режиме с использованием секторальных механических датчиков с частотой 3,5 МГц. В ходе исследования проводилась оценка показателя индекса резистентности (ИР) в маточных артериях (МА) и артериях пуповины (АП). Показатель ИРМА представлял среднюю ИРМА левой и правой маточной артерии. Затем вычисляли показатель «П», характеризующий степень компенсации маточно-фето-плацентарного кровотока. П = ИРМА/ИРАП. Полученные результаты исследования показателей ВБГ и МФПК во II триместре сопоставляли с акушерскими и перинатальными исходами беременности и родов. Критерием исключения было наличие сопутствующих хронических заболеваний в стадии суб- и декомпенсации и первичной плацентарной недостаточности.

Результаты: среднее значение показателя ВБД было 12,76±4,0057 мм рт. ст.; ИРМА=0,59±0,1570, ИРПА=0,69±0,0899, П=0,59±0,2543 отн.ед. При этом уровень ИРМА возрастал с увеличением значений ВБД. Установлена сильная положительная корреляционная связь (r=0,83; p=0,000) показателей ИРМА и уровня ВБД. Связь между уровнем ВБД и ИРПА была слабая – r=0,23; p>0,05. Несмотря на четко прослеживающуюся тенденцию роста ИРМА с увеличением ВБД, достоверные различия диапазона значений ИРМА в зависимости от ВБД отсутствуют (тест Краскела-Уоллиса p=1,0). Проведенный анализ исходов беременности и родов, в зависимости от величины ВБД и ИРМА, позволил определить достоверную связь с этими показателями только двух переменных: тяжести преэклампсии и степени асфиксии новорожденного. При оценке связи показателя «П» с уровнем ВБД, выявлена сильная положительная корреляционная связь (r=0,72; p=0,000). Логистический регрессионный анализ показал, что определяющим независимым фактором осложнённых исходов является показатель «П».

Заключение: оценка МФПК может использоваться как метод оценки влияния ВБГ на перфузию внутренних органов, в том числе и маточно-фето-плацентарного комплекса. В рамках концепции ишемического реперфузионного повреждения, ведущего к тяжелым акушерским и перинатальным осложнениям, ВБД вместе с показателями МФПК являются важными параметрами, которые могут быть получены с использованием неинвазивных методик. Оба этих параметра имеют прогностическое значение в оценке тяжести нарушения спланхнической, фето-плацентарной перфузии и могут способствовать ранней диагностике и профилактике осложнений, материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Резюме. Изучалась связь уровня внутрибрюшного давления (ВБД) во время беременности с показателями маточно-фето-плацентарного кровотока (МФПК). Обследовано 90 беременных при сроке гестации 20–24 недели. Установлено, что нарушения МФПК во II триместре имеют тесную взаимосвязь с уровнем ВБД. Показатели МФПК и ВБД имеют прогностическое значение в оценке тяжести нарушения спланхнической и фето-плацентарной перфузии.

D.V. Marshalov, I.A. Salov, A.P. Petrenko, I.A. Arzgaeva

INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION AND INDICATORS UTEROPLACENTAL BLOOD FLOW IN PREGNANT

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Examined the association level intra-abdominal pressure (IAP) during pregnancy with indicators uteroplacental blood flow. We examined 90 pregnant women at 20–24 weeks of gestation. Found that violations uteroplacental blood flow in II trimester have a close relationship with the level of IAP. Indicators uteroplacental blood flow and IAP have prognostic value in assessing the severity of violations and splanchnic perfusion feto-placental.

И.А. Салов, Д.Т. Ташухожаева, Д.В. Маршалов, Ю.Н. Тарасенко

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ТКАНЕВОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, РФ

Целью исследования явилась оценка особенностей состояния перфузии и тканевой оксигенации эндометрия у пациенток с самопроизвольным абортом.

Материалами настоящего исследования послужили клинические, лабораторные и инструментальные данные обследования, лечения и динамического наблюдения за 30 женщинами с диагнозом: «самопроизвольный аборт» (СА), которые составили основную группу. Контрольная группа включала 30 относительно здоровых женщин с физиологическим течением беременности, поступившими в отделение для проведения артифициального аборта. Для того чтобы более объективно оценить уровень перфузионно-метаболических отношений (тканевого газообмена) эндометрия, в своей работе мы использовали метод флуоресцентной лазерной спектроскопии в дополнении к ЛДФ и оптической тканевой оксиметрии. Транспорт кислорода в микроциркуляторном русле и его потребление тканью оценивалось комплексной характеристикой – эффективностью кислородного обмена (ЭКО). Также изучался флуоресцентный показатель потребления кислорода (ФПК), для чего оценивалась интенсивность излучения флуоресценции различных ферментов окислительного метаболизма: восстановленного кофермента никотинамидадениндинуклеотида (НАДН) и окисленных флавопротеидов (ФД). Методом ЛДФ определяли показатель микроциркуляции (ПМ). Измерения проводили на эндометрии в области дна матки. Исследование перечисленных показателей проводилось интраоперационно после опорожнения полости матки и на 5 сутки после операции. Анадн – амплитуда излу-

чения флуоресценции восстановленного кофермента никотинамидадениндинуклеотида; Афд – амплитуда излучения флуоресценции окисленных флавопротеидов.

Проведенное исследование показало, что у пациенток с самопроизвольным абортом показатель микроциркуляции эндометрия был достоверно ниже ($p<0,001$), чем в группе контроля. Низкое значение показателя ПМ в группе пациенток с самопроизвольным абортом (на 30,75%) объясняется значимым повышением миогенного тонуса микрососудов эндометрия и снижения средней скорости движения эритроцитов. показатель утилизации тканей кислорода в группе пациенток с самопроизвольным абортом незначительно, но достоверно выше. Однако это объясняется не усилением потребления клетками кислорода, а лишь существенной разницей между показателями насыщения артериальной крови кислородом и смешанной тканевой (U=SpO2/SO2). Существенное снижение сатурации микроциркуляции, в свою очередь, обусловлено низкой перфузией ткани, т.е. доставкой кислорода. Именно поэтому, несмотря на увеличение показателя утилизации тканей кислорода, показатель потребления кислорода (ФПК) оказался достоверно ниже ($p<0,01$). Нарушения перфузии эндометрия и доставки кислорода у пациенток с самопроизвольным абортом являются причиной низкой эффективности кислородного обмена в клетках эндометрия. Исследование показателей тканевой перфузии и газообмена на пятые послеоперационные сутки показали, что в послеоперационном периоде показатель тканевой перфузии (ПМ) снижается в обеих группах – на 40,38% (11,69±1,62) в контрольной группе и на 43,96% в группе сравнения (7,61±2,31). При этом у пациенток с самопроизвольным абортом в эндометрии стало преобладать анаэробное окисление. За счет снижения амплитуды НАДН и увеличения ФД показатель ФПК в группе сравнения стал менее 1 – (0,94±0,17), тогда как в контрольной превышал это значение – (1,05±0,05). Межгрупповая разница показателя, отражающего интенсивность окислительного метаболизма в тканях, была достоверной при $p=0,006$. Показатель ЭКО стал ниже показателей контрольной группы в 1,44 раза ($p<0,001$) несмотря на достоверно ($p<0,001$) более высокие значения U (1,66±0,44 против 1,35±0,04).

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено, что у женщин с самопроизвольным абортом имеются исходные, предрасполагающие к синдрому потери плода перфузионно-метаболические нарушения.

Резюме. У пациенток с самопроизвольным абортом показатель микроциркуляции эндометрия снижен, что обусловлено значимым повышением миогенного тонуса микрососудов эндометрия и снижением средней скорости движения эритроцитов. Выявленные нарушения перфузии эндометрия и доставки кислорода у пациенток с самопроизвольным абортом являются причиной низкой эффективности кислородного обмена в клетках эндометрия.

I.A. Salov, D.T. Tashuhozhaeva, D.V. Marshalov, J.N. Tarasenko

FEATURES OF THE MICROCIRCULATION AND TISSUE OXYGENATION IN PATIENTS WITH SPONTANEOUS ABORTION

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

In patients with spontaneous abortion rate of endometrial microcirculation reduced, due to a significant increase in myogenic tone of microvessels endometrium and decrease in the average speed of the red blood cells. The identified violations of endometrial perfusion and oxygen delivery in patients with spontaneous abortion is the reason for the low efficiency of oxygen metabolism in the cells of the endometrium.

И.А. Салов, Л.В. Лысенко

ЗАВИСИМОСТЬ ТКАНЕВОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ОТ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С АНЕМИЕЙ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, РФ

Важнейшей функцией гемоглобина (Hb) является обеспечение соответствия между потребностью тканей в кислороде и его доставкой. Адекватным критерием оценки перфузионно-метаболических отношений является оценка микроциркуляции и тканевой оксигенации.

Цель работы: оценить уровень перфузионно-метаболических отношений (тканевого газообмена) при анемии различной степени тяжести у беременных и рожениц.

Материалы и методы исследования: обследовано 119 пациенток с доношенным сроком беременности до и во время родов. Для детального анализа зависимости уровня тканевого газообмена от уровня Hb сформированы следующие группы. 1-я – с уровнем Hb более 109 г/л (беременные без анемии) (n=47); 2-я – 95–99 г/л (n=50); 3-я – 85–94 г/л (n=15); 4-я – 75–84 г/л (n=5); 5-я – менее 75 г/л (n=2). Оценка микроциркуляции и тканевой оксигенации осуществлялась методом флуоресцентной лазерной спектроскопии и оптической тканевой оксиметрии (комплекс многофункциональный лазерной диагностики «ЛАКК-М» (НПО «Лазма»)). Регистрировался и рассчитывался показатель микроциркуляции (ПМ), транспорт кислорода в микроциркуляторном русле и его потребление тканью оценивалось комплексной характеристикой – эффективностью кислородного обмена (ЭКО). Изучался флуоресцентный показатель потребления кислорода (ФПК), для чего оценивалась интенсивность излучения флуоресценции различных ферментов окислительного метаболизма: восстановленного кофермента никотинамидадениндинуклеотида (НАДН) и окисленных флавопротеидов (ФД). Измерения проводили у пациенток в точке Захарина-Геда.

Результаты исследования: проведенное исследование показало, что до начала родов уровень микроциркуляции при легкой степени анемии (2 группа) был достоверно выше, чем в группе контроля (1 группа). Превышение показателя ПМ (на 7,2%) объясняется значимым увеличением средней скорости движения эритроцитов при снижении их количества в объеме крови. В 3 группе ПМ достоверно не отличался от показателей 1 группы, что обусловлено еще большим снижением количества эритроцитов, проходящих через исследуемый объем ткани. Усугубление анемии привело к достоверному снижению ПМ. В 5 группе ПМ отличался от аналогичного группы контроля в 1,85 раза. Снижение уровня Hb менее 95 г/л привело к увеличению утилизации тканей кислорода, что повлияло на улучшение показателя ЭКО. При этом аэробное окисление в клетке происходило до снижения уровня Hb не менее 85 г/л. Только при снижении Hb менее 75 г/л ЭКО становиться ниже показателей контрольной группы в 1,83 раза. Несмотря на высокую утилизацию клетками кислорода, окисление в клетках приобрело преимущественно анаэробный характер. За счет снижение амплитуды НАДН и увеличения ФД, показатель ФПН стал меньше единицы и отличался от показателей контрольной группы в 1,34 раза. Исследования во время родов показали, что при утяжелении степени анемии ПМ снижается при уровне Hb менее 85 г/л. Показатель утилизации тканями кислорода в родах напротив значимо возрастал. Тенденция изменения показателя ФПК была аналогична динамики показателя ПМ. Достоверными различия стали при Hb ниже 85 г/л. В 5 подгруппе во время родов ЭКО снизился в 1,87 раза. Таким образом, степень корреляции уровня Hb и эффективности кислородного обмена была ниже средней и более выраженной на этапе родов. Низкая степень корреляции была так же обусловлена отрицательным влиянием на показатель кислородного обмена высоких значений уровня Hb, что связанно с выраженной гемоконцентрацией (при гематокрите выше 39%).

Заключение: проведенное исследование показало, что для эффективного кислородного обмена на уровне тканей и клетки оптимальным уровнем Hb является диапазон его значений от 109 до 85 г/л. Дальнейшее снижение Hb приводит к клеточной гипоксии и прогрессированию анаэробного окисления. Уровень Hb более 120 г/л также ухудшает эффективность кислородного обмена, что, прежде всего, связано с нарушениями тканевой перфузии, т.е. тканевая гипоксия носит ишемический характер. Проведение корреляционного анализа выявило зависимость осложненных исходов беременности и родов от эффективности кислородного обмена в тканях.

Резюме. Оценивалась микроциркуляция и тканевая оксигенация у беременных в зависимости от уровня гемоглобина (Hb). Обследовано 119 пациенток с различным уровнем Hb. Для эффективного кислородного обмена оптимальным является уровень Hb от 109 до 85 г/л. Дальнейшее снижение Hb приводит к клеточной гипоксии и прогрессированию анаэробного окисления. Повышение Hb более 120 г/л также ухудшает эффективность кислородного обмена, что связано с нарушениями тканевой перфузии.

I.A. Salov, L.V. Lysenko

DEPENDENCE ON THE TISSUE OXYGENATION OF THE HEMOGLOBIN LEVELS IN PREGNANT WOMEN, WOMEN IN LABOR WITH ANEMIA

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Estimated microcirculation and tissue oxygenation in pregnant depending on the level of hemoglobin (Hb). We examined 119 patients with different levels of Hb. For efficient oxygen transfer is optimal Hb level from 109 to 85 g/l. Further reduction of Hb leads to cellular hypoxia and progression of anaerobic oxidation. Hb increase of more than 120 g/l also reduces the efficiency of oxygen metabolism that is associated with impaired tissue perfusion.

И.А. Салов, Ю.В. Михайлова, М.О. Бацунова

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ЖЕНЩИН С НЕСОСТОЯВШИМСЯ ВЫКИДЫШЕМ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития
Саратов, Россия

Цель работы: изучение цитокинового статуса у женщин с несостоявшимся выкидышем.

В ходе исследования было установлено, что во всех случаях невынашивания беременности распространены неблагоприятные факторы, способствующие развитию вторичных иммунодефицитов. В группе женщин с несостоявшимся выкидышем инфекционные заболевания перенесли 22,4% женщин, суммарная стрессогенная нагрузка составила 256,1±20,7 Ед, соматическими заболеваниями страдали 29,1% беременных и длительно принимали антибиотики и гормональные препараты 50,1% женщин (различия с группой контроля во всех случаях статистически значимы, $P<0,05$). Интересно отметить, что в случае сочетания нескольких неблагоприятных факторов, способствующих развитию вторичных иммунодефицитов, вероятность развития замершей беременности значительно возрастала. При несостоявшемся выкидыше в 56,3% случаев обнаруживалось сочетание четырех факторов, а в 30,6% – трех факторов.

Таким образом, можно констатировать, что вероятность развития вторичных иммунодефицитов у женщин с несостоявшимся выкидышем значительно выше, чем в группе контроля из-за наличия значительного количества неблагоприятных факторов преморбидного фона.

Проведенный нами анализ состояния иммунологического статуса у женщин с замершей беременностью в полной мере подтвердил данное положение. На фоне

нормального течения беременности концентрация интерлейнина-4 (ИЛ-4) составила 14,6±0,5 пг/мл, при задержке плода < 3 недель – 5,1±0,3 пг/мл, более 3 недель – 3,1±0,2 пг/мл, при самопроизвольном прерывании беременности – 8,6±0,4 пг/мл. Полученные данные подтверждают имеющиеся в литературе данные о том, что нормальное течение беременности ассоциируется с преобладанием в децидуальной ткани ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-8, а снижение данных показателей указывает на неблагоприятное течение беременности.

Сопоставление концентрации ИЛ-8 в анализируемых группах показало, что при нормальном течении беременности она составила 16,7±1,9 пг/мл и статистически значимо не отличалась от показателей у женщин с самопроизвольным выкидышем (15,1±0,9 пг/мл, P>0,05). В то же время при несостоявшемся выкидыше величина ИЛ-8 снижалась до 5,1±0,3 пг/мл при задержке плода <3 недель и до 3,1±0,2 пг/мл – при задержке плода >3 недель.

Проведенные исследования показали, что во всех случаях невынашивания беременности наблюдалось повышение уровня ИФН-g. Так, при нормальном течении беременности концентрация ИФН-g составила 8,1±1,9 пг/мл, при задержке плода до трех недель – 16,1±1,8 пг/мл, более трех недель – 10,3±1,2 пг/мл и в случае самопроизвольного выкидыша – 14,7±1,6 пг/мл.

Аналогичные результаты при замершей беременности обнаруживались со стороны ФНО (фактора некроза опухоли), относящегося к классу Th1 цитокинов. При несостоявшемся выкидыше на фоне повышения ФНО, ИФН-g наблюдалось снижение ИФН-a, относящегося к Th2 классу цитокинов. Так, если при нормальном течении беременности концентрация ИФН-a составила 36,1±2,4 пг/мл, то при задержке плода до трех недель – 21,7±1,4 пг/мл, более трех недель – 19,6±2,0 пг/мл, а на фоне самопроизвольного выкидыша – 24,4±1,6 пг/мл. Суммируя полученные данные, можно констатировать, что во всех случаях невынашивания беременности наблюдается диссоциация между уровнем Th2 и Th1 цитокинов.

Таким образом, нарушения иммунного статуса при замершей беременности могут быть обусловлены вторичным иммунодефицитом, спровоцированным различными неблагоприятными факторами, среди которых к наиболее значимым относят бактериальные инфекции, стресс, неспецифические хронические заболевания, длительный прием лекарственных препаратов, облучение. Для несостоявшегося выкидыша характерно статистически значимое по сравнению с нормой снижение уровня ИЛ-4, ИЛ-8 и ИФН-α на фоне повышения концентрации ФНО и ИФН-γ.

Резюме. Нарушения иммунного статуса при замершей беременности могут быть обусловлены вторичным иммунодефицитом, спровоцированным различными неблагоприятными факторами, среди которых к наиболее значимым относят бактериальные инфекции, стресс, неспецифические хронические заболевания, длительный прием лекарственных средств.

I.A. Salov, Y.V. Mikhaylova, M.O. Bacunova

CYTOKINE PROFILE OF WOMEN WITH MISSED ABORTION

Saratov State Medical University

Immune status disturbances of fetal death syndrome women may be determined by post primary immune-deficit, that has been provoked by various factors among which the most significant are bacillary infections, stress, nonspecific chronic illnesses, long period of taking medicine.

Л.Н. Семенюк, Н.Е. Яроцкий, Л.В. Демьяненко, О.В. Ларина

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С ДОМИНИРОВАНИЕМ АНДРОГЕНОВ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Украина, Киев

Актуальность: прегравидарная подготова у пациенток с синдромом гиперандрогении имеет особую актуальность, учитывая высокую частоту невынашивания беременности у этой категории женщин, которая составляет от 21% до 60% за данными разных авторов.

Цель исследования: повысить эффективность прегравидарной подготовки пациенток с надпочечниковой гиперандрогенией и репродуктивными потерями путем сочетания общепринятой терапии с озонотерапией.

Методы исследования: наряду с клинико-инструментальными методами исследования до и после лечения проводилось определение в крови женщин уровня молекулярних продуктов ПОЛ и общей антиоксидантной активности крови.

Материали сследования: 90 женщин с невынашиванием беременности и гиперандрогенией надпочечникового генеза. Средний возраст 32,7 лет. Преждевременные роды у 15–60%, из них очень ранние преждевременные роды были у 30–40%, пациенток; живих детей у этих женщин не было. Исследование гормонального профиля разрешило диагностировать надпочечниковую форму доминирования андрогенов. Иммуногистохимическое исследование биопсийного материала эндометрия и эндоцервикса свидетельствовал о налички хронического неактивного эндоцервицита у 100% а хронического эндометрита у эндометрита у 58 женщин – 64,4%. При УЗИ исследовании функциональная ИЦН установлена у 53,3%. Исследование оксидантных повреждений определялись путем изучения процес сов перекисного окисления липидов и общей антиоксидантной активности плазмы и эритроцитов. У женщин с сочетанием хронического цервицита, эндометрита и ИЦН 28 женщин (33%) отмечено достоверную активацию ПОЛ по сравнению с пациентками без доказанного при гистологическом исследовании хронического воспалительного процесса в полости матки. Для коррекции выявленных нарушений пациентки были разделены

на три группы: 30 с традиционным лечением (метаболическая, витамино-терапия, гормоно-терапия), с использование минфузионной озонотерапии – 32 пациентки, и с сочетанием внутриматочной, инфузионной и традиционной терапии 28 женщин. Насыщающая концентрация озоно-кислородной смеси 4000 мкг/л. Исследования убедительно показали, что со 2–3 дня лечения при сочетании инфузионной и внутриматочной озоно-терапии, происходят достоверное снижение молекулярних продуктов ПОЛ и одновременный рост ОАОА, а нормализация к 5–7-му дню лечения. Анализ самочувствия пациенток исследуемых групп продемонстрировал улучшение общего состояния, нормализацию сна, исчезновение депрессии, хронического акне, тревожности, темних кругов под. глазами у пациенток получавших озонотерапию по сравнению с традиционным лечением, что может расцениваться как косвенный показатель детокикационного действия озонотерапии.

Результаты исследования: Анализ отдаленных последствий проведенной прегравидарной подготовки на протяжении 1 года показал наступление беременности у 13 – 43,3% пациенток в группе с традиционным лечением: у 1 – беременность прервана в связи с анэмбрионией в сроке 7 нед. беременности, у 8-ми определялась угроза прерывания беременности, у 1-й преждевременные (в сроке 24 нед.), у 2-х – срочные роды, у 1-й внематочная беременность. Во 2-й (32) группе женщин получавших озонотерапию беременность наступила у 18 пациенток (56%), преждевременные роды (36 нед. – дети живы) у 4, прерывание беременности по типу замершей беременности в сроке до 7 нед. беременности у 3-х, угроза прерывания беременности отмечена у 11-ти пациенток, срочные роды произошли у 11 женщин. В 3-й группе (28): беременностей 16 (57,1%), из них преждевременных родов до 36 нед. – 3, ранних преждевременных родов не было, срочных родов – 12, замерших беременностей – 1.

Резюме: таким образом, озонотерапия является високоэффективным методом окислительной эфферентной терапии при нарушении процессов детоксикации при проведении комплексной прегравидарной подготовки пациенток с гиперандрогенией и репродуктивными потерями в анамнезе, способным повысить результативность лечения.

L.N. Semenyuk, N.E. Yarotsky, L.V. Demyanenko, O.V. Larina

OPTIMIZATION OF PATIENTS WITH TRAINING PREGRAVIDAL DOMINANCE ANDROGENS AND REPRODUCTIVE LOSSES HISTORY

Ukraine, Kiev

Summary: in this way, ozonetherapy is a highly efficient method of efferent therapy of oxidative processes in violation of detoxification in non-developing pregnancy may increase the effectiveness of treatment.

К.В. Слесарева, В.А. Линде, Л.В. Колесникова, Н.В. Ермолова, Н.В. Кривенцова, Л.Р. Томай, И.В. Маркарьян, Н.Н. Скачков

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ПАРАОКСОНАЗЫ И NO-СИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России
Россия, г. Ростов-на-Дону

Процессы, происходящие в перитонеальной полости играют важную роль в развитии наружного генитального эндометриоза (НГЭ) (Соколов Д.И. и соавт., 2007). В перитонеальной жидкости (ПЖ) определяется высокое содержание липопротеинов, особенно низкой плотности, обладающих способностью генерировать окисленные липидные компоненты в составе макрофагальной воспалительной среды (Бурлев В.А. и соавт., 2005, Anderson Sanches Melo et al., 2010). Поданным N. Santanam и соавт. (2002 г) ПЖ у женщин с эндометриозом, характеризуется наличием кислой среды, так как липопротеины ПЖ у них имеют большую способность к окислению по сравнению с липопротеинами плазмы крови. Доказано, что пусковым механизмом в развитии НГЭ является окислительный стресс (Адамян Л.В. и соавт., 2008).

Липопротеины высокой плотности (ЛПВП) ассоциированы с параоксоназой (PON1) и, взаимодействуя с ЛПНП, предотвращают их перекисное окисление (Camps J. et al., 2009). У больных с НГЭ отмечается повышение степени окислительного стресса, за счет увеличения уровня липидов и снижения функции эндотелия. В эксперименте установлено, что наличие аллеля С в положении 786 промотора гена eNOS приводит к снижению его активности на 52%, а формирующийся недостаток NO-синтазы является причиной снижения синтеза и высвобождения NO и дисфункции эндотелия (Rossi G.P. et al., 2003; Song J. et al., 2003).

Цель исследования – определение роли полиморфизмов генов параоксоназы PON1 (Gln192Arg) и NO-синтазы eNOS (T-786C), у пациенток репродуктивного возраста, принимающих участие в метаболизме липопротеинов.

Проведен проспективный анализ клинических проявлений заболевания и лабораторных исследований у 96 пациенток, из них 74 – больные с НГЭ, контрольную группу составили 22 пациентки без эндометриоза. Все пациентки были репродуктивного возраста (средний возраст 29,3±0,3 года). Всем пациенткам проведена лапароскопия в первую фазу менструального цикла с использованием аппаратуры «Storz» и гистологическим подтверждением эндометриоза. При генетическом исследовании проведено выделение ДНК из лимфоцитов венозной крови набором DIAtom™ DNAPrep100 по рекомендации фирмы производителя («Центр Молекулярной генетики» Россия). Определение аллельных вариантов генов PON1 (Gln192Arg) и NO- синтазы eNOS (T-786C) проводили методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом тест-системами для молекулярно-генетического анализа (ГосНИИгенетика (Москва)). Статистическую обработку данных проводили путем определения достоверности различий между сравниваемыми группами по частотам генотипов и аллелей исследуемых генов по критерию Фишера. Значение $p<0,05$ было принято как статистически значимое.

По данным проведенного нами исследования, статистически значимых различий в распределении изученных полиморфизмов между пациенток с НГЭ и женщинами контрольной группы не установлено. Наблюдаемое распределение частоты выявляемости генотипов промотора в группе обследованных больных и группе здоровых соответствовало равновесию Харди–Вейнберга.

Так как нами не было получено достоверных различий в распределении полиморфизма Gln192Arg гена PON1 среди женщин с эндометриозом и контрольной группой ($\chi 2=0,02$), для увеличения выборки мы объединили эти группы в одну и сравнили зависимость частоты аллеля Arg и уровня концентрации в плазме крови холестерина, ЛПНП и ЛПВП. Достоверных различий нами получено не было. Таким образом, в русской популяции Ростовской области наличие аллеля 192Arg гена PON1 не приводит к увеличению концентрации холестерина, ЛПНП и ЛПВП. Частота аллеля Gln 192 составила 67,0%, что соответствует данным о распространенности аллеля Gln192 в других популяциях русских (70,5%) и украинцев (67,0%) (Почерняев А.К. и соавт., 2009).

Генотипирование полиморфизма T-786C промотора гена eNOS проведенное у больных эндометриозом и группы контроля не выявило достоверных различий в распределении аллелей.

Резюме. В данной работе представлены результаты изучения полиморфизма генов параоксоназы (PON1) и NO-синтазы (NOS), принимающих участие в метаболизме липопротеинов. В исследование включены 96 пациенток, из них 74 пациентки с наружным генитальным эндометриозом (НГЭ) и 22 женщины без эндометриоза. Ассоциация НГЭ с полиморфизмом выше указанных генов не выявлена.

K.V. Slesareva, V.A. Linde, L.V. Kolesnikova, N.V. Ermolova, N.V. Kriventsova, L.R. Tomay,

GENES POLYMORPHISM OF PARAOXONASE AND NO-SYNTHASE PATIENTS REPRODUCTIVE AGE WITH EXTERNAL ENDOMETRIOSIS

Russia, Rostov-on-Don

Summary

This paper presents the results of a study of paraoxonase gene (PON1) polymorphisms and NO-synthase. The study included 96 patients, 74 of them had external genital endometriosis (EGE) and 22 women without endometriosis. Association of polymorphism of the above mentioned genes with the development of EGE is not revealed.

М.М. Сонова, Н.В. Донскова

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает неразвивающаяся или замершая беременность. Для обозначения данной патологии в зарубежной литературе с 1872 г. используется термин несостоявшийся аборт (missed abortion) – внутриутробная гибель эмбриона (плода) на раннем сроке беременности с длительной задержкой его в полости матки.

В структуре репродуктивных потерь частота непрогрессирующей беременности в настоящее время составляет 10–20%, а в структуре невынашивания беременности частота неразвивающейся беременности достигает 80–90% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках.

Гибель эмбриона (плода) не всегда сопровождается быстрым самопроизвольным изгнанием его из матки. До настоящего времени точно не ясны причины и механизмы задержки погибшего плодного яйца. Существует несколько предположений: глубокая инвазия ворсин хориона; неполноценность реакций иммуноклеточного отторжения, нарушение сократительной способности миометрия; все это приводит к задержке продуктов зачатия в матке на неопределенно долгое время.

Внутриутробная задержка погибшего плода (эмбриона) является основной причиной развития синдрома мертвого плода, характеризующегося угнетением сократительной деятельности матки и гемостазиологическими нарушениями в организме матери. Гемостатический сдвиг приводит к активации системы гемостаза нарушению сосудисто-тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев гемостаза с развитием ДВС-синдрома. Таким образом внутриутробная задержка продуктов зачатия при неразвивающееся беременности отрицательно сказывается не только на репродуктивном здоровье женщины, но и является опасным состоянием для жизни. Ряд авторов отмечают, что летальный исход при неразвивающейся беременности, регистрируется как, смерть от аборта, частота которого в мире составляет 12,9% от 529000 умерших женщин от причин прямо или косвенно ассоциированных с беременностью.

В настоящее время существует несколько методов для прерывания замершей беременности в I триместре: расширение шейки матки и вакуумная аспирация; подготовка шейки матки с помощью простагландинов или гидрофильных расширителей и вакуумная аспирация; использование антипрогестагенов в сочетании с простагландинами. В нашей стране общепринятой практикой является хирургическая эвакуация продуктов зачатия.

На XVII конгрессе FIGO было предложено считать неразвивающуюся беременность сочетанной с хроническим эндометритом в 100% случаев, независимо от основной причины прерывания беременности. В связи с этим в корне изменена тактика опорожнения матки от остатков плодного яйца. Хирургическая эвакуация, может значительно усугубить воспалительные изменения в эндометрии, а также способствовать развитию септической инфекции, и таких интраоперационных осложнений, как травма и кровотечение.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что бережное опорожнение полости матки от продуктов зачатия является чрезвычайно важным фактором в

профилактике осложнений неразвивающейся беременности. Не так давно предложен метод медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности, однако накопленного опыта пока недостаточного для широкого внедрения метода в клиническую практику.

Все это побудило нас к проведению настоящего исследования. На базе гинекологического отделения ГКБ№50 нами было проведено комплексное клинико-лабораторное исследование 64 пациенток с диагнозом неразвивающейся беременностью. Критериями включения являлись: отсутствие визуализации плода в матке (анэмбриония) или отсутствие сердцебиения плода при сроке гестации до 9 недель по данным УЗИ. Пациенткам были предложены варианты прерывания беременности, проведена беседа об особенностях применяемого метода, характере прерывания, возможных осложнениях, так же были предоставлены информационные согласия на фармакологическое прерывание неразвивающейся беременности. Для эвакуации продуктов зачатия использовалась схема медикаментозного прерывания беременности, предложенная FIGO: 200 мг мифепристона сублингвально, через 24–48 часов по 400 мкг мизопростола буккально с интервалом 2 часа; при отсутствия кровяных выделений через 3 часа дополнительный прием 400 мкг мизопростола. Полная эвакуация продуктов зачатия, произошла у 56 пациенток, что говорит о довольно высокой эффективности применения данного метода у этой группы пациентов. У 8 пациенток был достигнут частичный эффект, который потребовал дополнительного выскабливания полости матки, вследствие продолжающегося кровотечения. Все пациентки после прерывания беременности были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Продолжительность пребывания в стационаре составило 4,0±0,5 койко-дня и 5,0±0,5 для 8 пациенток, которым потребовалось выскабливание полости матки.

Медикаментозное прерывание неразвивающейся беременности является эффективным и безопасным методом по сравнению с хирургической эвакуацией продуктов зачатия из полости матки, которое позволяет снизить частоту ближайших и отдаленных осложнений. Но необходимо продолжить исследования в данном направлении.

Резюме: В статье рассмотрена проблема неразвивающейся беременности. Приводятся сведения о проспективном анализе историй болезни женщин с неразвивающейся беременностью, прерванных с использованием антипрогестагенов и простагландинов.

M.M. Sonova, N.V. Donskova

MEDICAL TERMINATION OF DEVELOPING PREGNANCY

Department of Reproductive Medicine and Surgery, Faculty of Postgraduate Education, Moscow State Medical and Dental University

In this article considers the problem of non-developing pregnancy. Provides information about a prospective analysis of case histories of women with non-developing pregnancy aborted using antiprogestagenic and prostaglandins.

А.Н. Стрижаков, Е.Г. Пицхелаури, Н.А. Богачева

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ И НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
Москва, Россия

В настоящее время доказано, что в основе формирования осложнений беременности лежат нарушения этапов инвазии трофобласта и недостаточная трансформация спиральных артерий, приводящих к снижению кровоснабжения растущей плаценты, гипоксии, нарушению секреции ангиогенных факторов, самопроизвольным выкидышам, внутриутробной задержке роста и гибели плода, отслойке плаценты и гестозу. В патогенезе таких осложнений беременности как плацентарная недостаточность, синдром задержки роста плода, преэклампсия важную роль играет дисбаланс продукции факторов роста, ответственных как за состояние сосудистой стенки, так и за ангиогенез плаценты и, соответственно, за ее правильное формирование и развитие. Выявление маркеров тромбофилии ключевых маркеров ангиогенеза позволит разработать современные подходы к диагностике осложнений беременности после ВРТ на доклиническом этапе их развития и проводить раннюю профилактику и терапию.

Цель исследования – выявить взаимосвязь нарушений показателей гемостаза, ангиогенных факторов роста и осложнений беременности после ЭКО.

Нами обследовано 83 пациентки, вступающие в программу ВРТ. Все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от выявленных нарушений системы гемостаза (наличия генетической тромбофилии, генетически недетерминированной гиперкоагуляции и без нарушений системы гемостаза). Проведены исследования показателей уровня ангиогенных факторов роста (уровней растворимого рецептора васкуло-эндотелиального фактора роста 1 (sVEGFR1) и фактора роста плаценты (PlGF) в первом триместре беременности, а также динамическое наблюдение за последующим течением беременности и родоразрешение.

При исследовании уровней растворимого рецептора васкуло-эндотелиального фактора роста 1 (sVEGFR1) и фактора роста плаценты (PlGF) отмечено их достоверное медленное повышение в плазме крови в течение 1 и 2-го триместра беременности во всех группах. Однако показатель уровня растворимого рецептора васкуло-эндотелиального фактора роста 1 в группе с тромбофилией в 1,3 раза выше по сравнению с беременными без нарушений системы гемостаза, в то время как показатель уровня фактора роста плаценты в 1,3 раза ниже, чем у пациенток с физиологической беременностью. Эти данные позволяют сделать заключение о прогностической значимости данных показателей в прогнозировании развития таких осложнений, как ФПН и гестоз при дальнейшем развитии беременности. Нами отмечено, что у пациенток с тромбофилией и осложненным течением 1 триместра беременности после ЭКО (угроза выкидыша, отслойка хориона и ретрохориальная гематома) в 30% наблюдений показатель sVEGFR1 достоверно ниже, чем у пациенток с хронической

формой ДВС-синдрома и без нарушений гемостаза. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в сторону повышения сосудистого сопротивления, изменения показателей ангиогенных факторов роста в плазме крови, а именно повышение уровня растворимого рецептора 1 васкуло-эндотелиального и понижение уровня плацентарного факторов роста привело к развитию таких осложнений, как гестоз и ПН, у беременных с тромбофилией в 41,7% и 66,7%, у пациенток с хроническим ДВС-синдромом в 40% и 46,7% и у женщин без нарушений системы гемостаза в 25% и 33,3% соответственно.

Таким образом, раннее выявление нарушений в системе гемостаза по типу генетической тромбофилии и генетически недетерминированной гиперкоагуляции, а также своевременная диагностика изменения уровней ангиогенных факторов роста (растворимого рецептора васкуло-эндотелиального фактора роста 1 и фактора роста плаценты) в первом триместре беременности позволяет выявить факторы риска развития угрозы прерывания беременности, ФПН и гестоза у беременных после ВРТ.

A.N. Strizhakov, E.G. Pitshelauri, N.A. Bogacheva

PREDICTION OF COMPLICATIONS OF PREGNANCY AFTER IVF DEPENDING ON THE INDICATORS OF THE VALUE OF ANGIOGENIC FACTORS AND VIOLATIONS OF HEMOSTASIS SYSTEM

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

As has been found, at patients with a genetic thrombophiliathe rate of sVEGFR1 in 1,3 times higher in comparison with the pregnant women without the disorders of hemostasis, but the rate of PlGF in 1,3 times lower than at patients with physiological pregnancy. The early diagnostic of the disorders of hemostasis on type of a genetic thrombophilia and a hyper coagulation not determined geneticallyand also the well-timed diagnostic of the rate of vascular endothelial growth factors (vascular endothelial growth factor receptor 1, soluble (sVEGFR1) and placental growth factor (PlGF) in the 1st trimester of pregnancy allow to tap the risk factors for development of miscarriage, pre-eclampsia and the fetoplacental failure during yhe pregnancy after an assisted reproductive technology.

С.В. Супрун, Т.Н. Ларина, В.К. Козлов, Е.Б. Наговицына

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MTHFR И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИАМУРЬЯ

Хабаровский филиал ФГБУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» СО РАМН – НИИ охраны материнства и детства Россия, г. Хабаровск

Изучение геномного разнообразия позволили выделить аномальное содержание гомоцистеина, дефицит фолиевой кислоты, а также полиморфизмы генов фолатного цикла, в частности фермент MTHFR, в отдельную группу причин, вызывающих различные нарушения репродуктивного здоровья человека, в том числе осложненное течение беременности, патологию развития плода. Распространенность полиморфизмов генов системы фолатного цикла и их патогенетическая роль в генезе различных патологических состояний во многом зависит от географической и этнической принадлежности индивидов.

Целью исследований явилось определение частоты встречаемости полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) у беременных женщин Приамурского региона в зависимости от этнической принадлежности и порядка поколений для группы пришлого населения, оценка течения беременности в разные сроки гестации с учетом функционально-измененных генотипов и прогностическая значимость полиморфизма гена при осложнениях гестационного периода.

Нами обследовано 369 беременных женщин пришлого (русские) и коренного (нанайки) населения, проживающих в условиях городской (г. Хабаровск) и сельской (Нанайский район) местности Приамурского региона, вставших на учет в женских консультациях на ранних сроках гестации, методом случайной выборки. Исследования генетического полиморфизма проводились методом аллель – специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР). Обследованные женщины были условно разделены на 3 группы: городские пришлые, сельские пришлые и сельские коренные. Проведенная сравнительная характеристика по частоте встречаемости полиморфизма гена MTHFR показала, что достоверного различия в показателях нормального гомозиготного (CC), гетерозиготного (CT) и мутантного гомозиготного (TT) генотипов MTHFR у беременных пришлого городского и сельского населения не обнаружено. Однако достоверно отличалась сниженная в 1,5 раза частота встречаемости нормального генотипа у жительниц коренного населения – 29,1% против 42,8% у пришлых женщин ($p<0,05$). Такая же тенденция отмечена и при оценке распространенности мутантного гомозиготного варианта полиморфизма, что естественно привело к увеличению процента полиморфизма в виде гетерозиготного типа у коренного населения (65,8% против 50,3% – у пришлого).

Генетическое равновесие в популяциях может нарушаться давлением спонтанных мутаций, возникающих с определенной частотой в каждом поколении. Сохранение или же элиминация этих мутаций зависит от того, благоприятствует ли им естественный отбор или противодействует. В связи с этим, бóльший интерес вызывает анализ структуры мутаций в данном гене у женщин пришлого населения с учетом давности их проживания (паритет поколения наблюдаемой беременной по матери)

на Дальнем Востоке. При сохраняющейся частоте встречаемости гетерозиготного полиморфизма гена MTHFR по C677T (50,0–52,1% случаев) у жительниц пришлого населения в течении трех поколений, имеется четкая тенденция к увеличению гомозиготного (ТТ) мутантного генотипа (6,6% и 8,7%) и соответственно некоторому снижению гомозиготного (СС) нормального варианта (43,4% и 39,1%). У женщин коренного населения при сниженном проценте гомозиготного нормального (СС) генотипа до 29,1% и гомозиготного мутантного варианта до 5,1% отмечено повышение гетерозиготного полиморфизма (СТ) в сравнении с пришлым населением.

При сравнительной характеристике данных течения беременности выявлено, что у женщин с гомозиготным полиморфизмом на ранних сроках гестациив 1,4 раза чаще встречался токсикоз, чем у жительниц с нормальным генотипом (50% и 35,5% соответственно). В 1-м триместре угроза прерывания беременности при гетерозиготном варианте составляла 39,2%, у беременных с нормальным генотипом – 29%; в 7,1% случаях выявлены врожденные пороки развития плода. Во 2-м триместре у женщин с гомозиготным вариантом полиморфизма изучаемого гена в 1,5 раза чаще возникала анемия (75%), в сравнении с женщинами, имеющими нормальный генотип – 48,4%. Угроза преждевременных родов в 3-м триместре возникала в 1,6 раза чаще при гетерозиготном варианте. Было значимым отличия по возникновению гестоза в 3-й группе – 50%, чем у беременных 1-й группы – 38,7%. У пациенток с гомозиготным генотипом хроническая гипоксия плода возникала чаще, чем с нормальным генотипом (50% и 32,3%).

Проведенный анализ данных методом множественной регрессии показал прогностическую значимость полиморфизма гена MTHFR в формировании таких осложнений гестационного периода как активизация вирусно-бактериальных инфекций в 1-м триместре, развитие анемии и возможность заболевания ОРВИ во 2-м триместре, проявлений гестоза в виде отеков в 3-м триместре.

В связи с тем, что мутации MTHFR играет определенную роль в развитии акушерских осложнений и патологии плода, полученные нами результаты имеют диагностическую значимость и требуют персонифицированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий.

Резюме. Обследование 369 беременных женщин Приамурского региона выявило частоту встречаемости полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы в зависимости от этнической принадлежности (русские, нанайки) и порядка поколений для группы пришлого населения. Нормальный генотип (СС) встречался у 42,8% беременных пришлого и 29,1% – коренного населения. Определены некоторые особенности течения беременности и прогностическая значимость полиморфизма гена при осложнениях гестационного периода.

S.V. Suprun, T.N. Larina, V.K. Kozlov, E.B. Nagovitsyna

POLYMORPHISM OF MTHFR GENE AND PROGRESS OF NATIVE AND NEWCOMERS WOMEN'S PRAGNANCY OF PRE-AMUR REGION

Khabarovsk, Russia

Research of 369 pregnant women of Pre-Amur region found frequency of occurrence of polymorphism of methylenetetrahydrofolate according to ethnicity (Russian, Nanai) and order of generation for a group of newcomers. Normal genotype (CC) was seen in 42.8% of pregnant newcomers – and 29.1% of indigenous population. Some peculiarities of pregnancy and predictive value of polymorphism's gene with complications of gestational period were identified.

Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян, А.С. Аракелян, А.М. Красный

РОЛЬ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ CAV1.3 В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

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

Эндометриоз представляет собой распространённое гинекологическое заболевание, лечению которого придается первостепенное значение. Несмотря на многочисленные исследования, непосредственные причины развития эндометриоза остаются невыясненными, уровень заболеваемости продолжает нарастать, а в структуре гинекологических заболеваний эта патология занимает третье место, принося значительный ущерб здоровью женщин (Адамян Л.В., 2006, 2008; Унанян, 2007; Фролова, 2007). Известно, что эндометриоидная ткань обладает способностью к инфильтрирующему росту в окружающие ткани и органы с деструкцией последних. Одним из основных факторов инвазивной активности многие авторы рассматривают повышение секреции матриксных металлопротеиназ (Адамян и др., 2008; Борзенкова, 2008; Kogan, 2008; Yang et al., 2009; Di Carlo et al., 2009). Механизмы секреции в клетках эндометрия изучены не достаточно, их выявление может привести к пониманию причин возникновения эндометриоза.

В данной работе мы впервые показали наличие потециалзависимых кальциевых каналов L-типа CaV1.3 в ткани эндометрия и железистых клетках очага эндометриоза, а также рассмотрели возможное участие этих каналов в повышении секреции матриксных металлопротеиназ при эндометриозе. Срезы ткани эндометрия и очага эндометриоза яичника были исследованы методом флуоресцентной иммуногистохимии с использованием антител anti-CaV1.3 (abcam, UK).

Каналы CaV1.3 входят в семейство потециалзависимых кальциевых каналов L-типа CaV1.1–1.4. (Catterall et al., 2005). Изоформы CaV1.3 обнаружены в различных типах ткани: возбудимой (нервные волокна, мышцы сердца, гладкие мышцы), сенсорной (волосковые клетки ушной улитки, сетчатка глаза), эндокринной (хромаффинные клетки, b-клетки поджелудочной железы) (Zuccotti A et al., 2011).

Каналы CaV1.3 в хромаффинных клетках мозгового вещества надпочечников играют роль пейсмекера секреции катехоламинов (Marcantoni et al., 2007; Comunanza et al., 2010). Также b-клетки поджелудочной железы экспрессируют каналы CaV1.3 (Seino et al., 1992). В этих клетках каналы CaV1.3 регулируют индуцированную глюкозой секрецию инсулина (Liu et al., 2003; Jacobo et al., 2009). Возможны различные пути активации каналов CaV1.3. В b-клетках поджелудочной железы в результате деполяризации клеточной мембраны происходит поступление Ca^{2+} через каналы CaV1.3. Нарушение механизма активации кальциевых каналов считают основной причиной снижения секреции инсулина и возникновения сахарного диабета. Анормальная активность каналов CaV1.3 в b-клетках поджелудочной железы приводит к повышенной секреции инсулина (Karges et al., 2012), при этом могут возникать инсулиномы – доброкачественные новообразования.

Таким образом, одной из основных функций каналов CaV1.3 является управление секрецией в разных типах клеток. Это позволяет предположить, что от данных каналов может зависеть активность секреции матриксных металлопротеиназ эндометрия. Изучение кальциевых каналов L-типа CaV1.3 в ткани эндометрия представляет собой перспективное направление в исследованиях причин возникновения эндометриоза.

G.T. Sukhikh, L.V. Adamyan, A.S. Arakelyan, A.M. Krasnyi

ROLE OF CALCIUM CHANNEL CAV1.3 IN THE MECHANISM OF DEVELOPMENT AND THE PREVALENCE OF ENDOMETRIOSIS

Research Centre of Obstetrics, Gynecology and Perinatology by V.I. Kulakov
Moscow, Russia

Endometriosis is a common gynecological disease, treatment which is of paramount importance. One of the main factors of invasive endometrial tissue activity, many authors considers the increased secretion of matrix metalloproteinases. In this paper we have shown the presence L-type voltage-gated calcium channel Cav1.3 in endometrial tissue and glandular cells of endometriosis, and also examined the possible involvement of these channels to increase the secretion of matrix metalloproteinases in endometriosis. One of the main functions of the channels CaV1.3 is to control secretion in different cell types. This suggests that channels CaV1.3 may regulate the activity of matrix metalloproteinases secretion in endometrial cells. The study of calcium channels L-type CaV1.3 in endometrial tissue is a promising line of research in the causes of endometriosis.

Д.А. Тарбаева, Т.Е. Белокриницкая, А.Ю. Трубицына, Л.И. Анохова

КОНФАУНДЕРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА AH1N1(2009) ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС
Читинская государственная медицинская академия
Чита, Россия

В 2009 г. материнская смертность (МС) от гриппа и его осложнений составила в Российской Федерации 83 случая (15,8% от общего показателя), а в таких странах, как Азербайджан, Армения, Молдавия, Украина, в структуре причин материнской смерти грипп составил 30–44%. Случаи материнской смерти и акушерские случаи, едва не завершившиеся летальным исходом (near miss), в настоящее время находятся в фокусе систематического изучения в большинстве развитых и в значительном числе развивающихся стран.

Цель исследования – изучить факторы риска (конфаундеры) тяжелого течения пандемического гриппа A/H1N1/2009, едва не закончившихся летальным исходом, «near miss».

Материал и методы. В исследование были включены 18 едва не умерших женщин «near miss», перенесших тяжелый грипп. Группы сравнения составили 100 беременных женщин с неосложненным течением гриппа и 100 беременных, не заболевших пандемическим гриппом. Статистическую обработку проводили вычислением отношения шансов (ОШ). Отношение шансов – это широко используемый статистический показатель, позволяющий сравнивать частоту воздействия факторов риска в ретроспективных эпидемиологических исследованиях. Предполагаемый фактор риска является значимым (т. е. с большой вероятностью вызовет наступление события, напр. болезнь), если ОШ больше единицы.

Результаты. Установлено, что риск заболеть тяжелым гриппом в третьем триместре возрастал в 10 раз по сравнению с первым (ОШ=10, ДИ 9,0–11,0), во втором триместре в 8,8 раз (ОШ=8,8, 95%ДИ 7,8–9,8). При анализе вредных привычек выявлено, что половина женщин, едва не умерших от вирусно-бактериальной пневмонии, курили – 50% (9/18), что значимо превысило количество курящих в группе со среднетяжелым гриппом – 26% (26/100, ОШ=2,8, 95%ДИ 1,8–3,8) и группе сравнения 24% (24/100, ОШ=3,2, 95%ДИ 2,2–4,2). Таким образом, курящие беременные подвергаются риску тяжелого гриппа с неблагоприятным исходом в 3 раза больше, чем не курящие. При оценке типов конституции женщин выявлено, что каждая вторая женщина (50%, 9/18), едва не погибшая от пневмонии, ассоциированной с гриппом A(H1N1)09 имела ИМТ>25 кг/м^2 (ОШ=2,7; 95% ДИ=2,5–2,9). Следует вывод, что индекс массы тела >25 кг/м^2 увеличивает вероятность тяжелого гриппа в 2,7 раза.

Учитывая, превалирующую тяжесть поражения при гриппе органов дыхательной системы, имеющиеся их хронические заболевания повышают вероятность тяжелого гриппа в 10 раз (ОШ 10, 95% ДИ 9,8–10,2) по сравнению со здоровыми женщинами. Наряду с физиологической гестационной иммуносупрессией, наличие сексуально-трансмиссивных заболеваний создает иммунокомпрометированность беременных, поскольку установлено, что наличие ИППП (уреаплазменная, цитомегаловирусная инфекции, вирус простого герпеса, трихомониаз, сифилис) повышает вероятность

осложнений гриппа в 21 раз (95% ДИ 19,6–22,4). Своевременные профилактические меры приводили к снижению риска заболеть его тяжелой формой в 11 раз (95% ДИ 10,9–11,3). Эффективным методом профилактики оказалось ношение масок, уменьшающее вероятность тяжелого гриппа в 7,5 раза (95% ДИ 7,3–7,7). Следует особо отметить, что ни одна из заболевших женщин не применяла с профилактической целью арбидол, в то время как его использовали 33% незаболевших беременных.

Заключение. Беременность II и III триместра, курение, повышенный индекс массы тела (>25 кг/м^2), хроническая патология органов дыхания, предшествующая иммунокомпрометированность инфекциями, передающимися половым путем, отсутствие медикаментозной профилактики являются конфаундерами для развития тяжелых форм гриппа.

Резюме. Изучены конфаундеры тяжелого течения пандемического гриппа A/H1N1/2009 у 18 едва не умерших беременных («near miss»). Установлено, что беременность II и III триместра, курение, повышенный индекс массы тела (>25 кг/м^2), хроническая патология органов дыхания, инфекции передающиеся половым путем, отсутствие медикаментозной профилактики являются факторами риска для развития тяжелых форм гриппа.

D.A. Tarbayeva, T.E. Belokrinitskaya, A.Yu. Trubitsyna, L.I. Anokhova

KONFAUNDERS OF SEVERE A/H1N1/2009 PANDEMIC INFLUENZA IN PREGNANCY

Chita State Medical Academy, Chita, Russia

Konfaunders of severe A/H1N1/2009 pandemic influenza were study in 18 «near miss» pregnant females. Found that pregnancy trimester II and III, smoking, elevated body mass index (>25 kg/m^2), chronic respiratory diseases, sexually transmitted infections, lack of medical prophylaxis are risk factors for the development of severe influenza.

Е.В. Тимохина

РОЛЬ ФЕТАЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Москва, Россия

В патогенезе акушерских осложнений значительная роль принадлежит как материнским, так и фетальным тромбофилиям, а также их сочетанию. При этом эффекты

фетальной тромбофилии могут приводить к развитию осложнений беременности и нарушениям состояния плода даже при отсутствии материнской тромбофилии. Однако наиболее неблагоприятным является сочетание материнской и фетальной тромбофилии.

С целью установить значение наследственных фетальных тромбофилий в генезе ПН нами было проведено исследование образцов пуповинной крови у 128 новорожденных детей с СЗРП: с СЗРП I степени – 50 детей, с СЗРП II степени – 45 и СЗРП III степени – 33 ребенка. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных.

Наследственные формы тромбофилии выявляли с помощью молекулярных анализов, который включал: полиморфизм фактора V Leiden, определение мутации гена фолатзависимого фермента метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR C677T, полиморфизм «4G/5G» в гене ингибитора активатора плазминогена I типа PAI-I, полиморфизм «I/D» в гене тканевого активатора плазминогена, полиморфизм в гене фактора Хагемана FHag «46C/T», полиморфизм «-455G/A» в гене фибриногена, а также полиморфизмы «807C/T» в гене гликопротеина Gp-Ia тромбоцитов, «1565T/C» в гене гликопротеина Gp-IIIa тромбоцитов, «434 C/T» (HPA-2A) в гене гликопротеина GpIβα и «H1/H2» (HPA-2A/2B) в гене P2Y12 – тромбоцитарного рецептора АДФ (ADP).

В результате проведенного исследования нами установлено, что при СЗРП I степени наследственные формы фетальных тромбофилий выявлены в 16,0%, в то время как при СЗРП II степени – в 55,6%, а при СЗРП III степени – в 63,6%. Как и в случае с наследственной материнской тромбофилией, наиболее часто у новорожденных встречалась мутация C677T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы. При СЗРП I степени она выявлена в 8,0% наблюдений и только в виде гетерозиготных форм, в то время, как при СЗРП II степени данная мутация обнаружена в 33,3% и во всех наблюдениях только в гетерозиготной форме. При СЗРП III степени эта же мутация выявлена в 51,5% наблюдений и из них у 9,06% в гетерозиготной, а в 42,44 – в гомозиготной форме. Следует отметить, что в контрольной группе здоровых новорожденных частота выявления данной мутации составила 3,33%.

Полиморфизм «675 4G\5G» в гене ингибитора активатора плазминогена I типа PAI-I также выявлен у новорожденных при всех формах СЗРП. В 8,0% данный полиморфизм встречается при СЗРП I степени и только в гетерозиготном состоянии, в 22,2% при СЗРП II степени и также только в гетерозиготном состоянии. При СЗРП III степени частота полиморфизма «675 4G\5G» в гене PAI-I достоверно выше, чем при СЗРП I и II степенях и достигает 39,3%. Так же, важно отметить, что в 30,22% этот полиморфизм выявлен в гомозиготной форме. Частота данного наследственного дефекта в гетерозиготной форме соответственно составляет 9,08%. Мутация в гене протромбина G20210A у новорожденных выявлена только при СЗРП II и III степенях. При СЗРП II степени данная мутация встречалась в 22,2% и только в гетерозиготной форме. В то время как при СЗРП III степени, частота мутации протромбина составляет 30,3% и только в гомозиготном состоянии.

Обращает внимание, что сочетание нескольких наследственных фетальных тромбофилий встречается только при СЗРП II и III степенях (31,3% и 51,5% соответственно). При этом при СЗРП II выявлено сочетание двух и трех, а при СЗРП III – сочетание двух, трех и четырех вариантов тромбофилий.

Резюме. Наследственные дефекты гемостаза у новорожденных выявляются при СЗРП различной степени тяжести. Частота их обнаружения в группах с СЗРП II и III степенях существенно выше по сравнению с СЗРП I степени. В группе с СЗРП III степени преобладают гомозиготные формы. При тяжелых формах ПН характерно соче-

тание нескольких наследственных дефектов гемостаза и у новорожденных. В целом, частота выявления и количество наследственных фетальных тромбофилий у новорожденных коррелирует со степенью тяжести СЗРП. Наличие сочетаний нескольких мутаций и полиморфизмов ведет к развитию СЗРП II и III степени. При СЗРП тяжелой степени превалирует сочетание нескольких мутаций, достоверно чаще, чем в других группах встречаются гомозиготные формы мутаций.

E.V. Timokhina

ROLE OF FETAL INHERITED THROMBOPHILIA IN DEVELOPMENT OF GROWTH RETARDATION OF VARYING SEVERITY

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

Summary. Hereditary defects in hemostasis in newborns identified in FGR varying severity. The frequency of detection in the groups with FGR II and III significantly higher compared with FGR I degree. In the group III FGR predominating homozygous form. In severe forms of PN characterized by a combination of several genetic defects in hemostasis and in the newborn. Overall, the detection rate and the number of hereditary thrombophilia fetal neonatal correlates with the severity of FGR. Having several combinations of mutations and polymorphisms FGR leads to the development of grade II and III. In FGR severe form prevalent combination of multiple mutations, significantly more than in the other groups are homozygous mutations form.

Е.В. Тимохина

ПЛАЦЕНТАРНЫЙ АПОПТОЗ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии лечебного факультета
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение причин различной эффективности лечения СЗРП разной степени тяжести с позиций патогенетических механизмов развития данного осложнения.

Пациенты и методы: Проведено динамическое обследование 86 беременных с СЗРП различной степени тяжести. При этом СЗРП I степени диагностирован у 36 пациенток, СЗРП II степени – у 30 и СЗРП III степени – у 20 пациенток. Методом имму-

ногистохимического анализа исследовался уровень апоптоза в плаценте по экспрессии антиапоптозного белка Bcl-2.

При СЗРП I степени степень экспрессии Bcl-2 была интенсивной в синцитиотрофобласте ворсин и немногочисленных синцитиальных узелках, а также от слабой до умеренной в терминальных ворсинах. Степень экспрессии Bcl-2 в плацентарной ткани женщин с СЗРП I степени в среднем составила 2,33±0,12. При оценке степени экспрессии Bcl-2 в плацентарной ткани у женщин с СЗРП I степени мы можем говорить об увеличении интенсивности процессов апоптоза в плацентарной ткани на 16,8% по сравнению с контрольной группой.

После проведения комплексной терапии ПН положительный эффект от проведенной терапии при СЗРП I степени отмечен в 82,0% наблюдений. При нарастании степени тяжести СЗРП отмечается дальнейшее снижение экспрессии Bcl-2 в плацентарной ткани. При СЗРП II по степени экспрессии уровня Bcl-2 изучаемые последы были разделены нами на 2 подгруппы: плаценты с умеренной экспрессией Bcl-2 (43,3%) и плаценты с низкой экспрессией Bcl-2 (56,7%). При изучении эффективности проводимой комплексной патогенетической терапии у женщин с СЗРП II степени, нами были отмечены следующие особенности. При низком уровне экспрессии Bcl-2 (высокий уровень апоптоза) отмечен достоверно более низкий эффект от проводимой терапии, который составил только 17,6%. В остальных же наблюдениях наблюдалось нарастание гемодинамических нарушений, появление признаков гипоксии плода по данным кардиотокографии. При умеренной экспрессии Bcl-2 (уровень апоптоза ниже) положительный эффект от проведенной терапии ПН и коррекции гемостаза, позволяющий пролонгировать беременность, отмечен в 53,8% наблюдений. Степень экспрессии Bcl-2, а, следовательно, и уровень апоптоза при СЗРП II коррелировал с эффективностью проводимой терапии. Нарастание процессов апоптоза плацентарной ткани отразилось на результатах лечения. В общем, положительный эффект от проводимой терапии при СЗРП II степени отмечен только в 33,3% наблюдений. В остальных же наблюдениях эффекта от проведенной терапии не достигнуто. Наиболее значимые процессы декомпенсации в плацентарной ткани, проявляющиеся крайне низкой ингибицией апоптоза (следовательно, его высоким уровнем), отмечены нами при СЗРП III степени. Экспрессия Bcl-2 была от крайне низкой (0–1 балл) до низкой (1 балл). Также отмечены многочисленные участки с полностью отсутствующей экспрессией данного белка. Поэтому при оценке эффективности проводимой терапии в данной группе все последы были условно разделены на 2 подгруппы: с низкой экспрессией Bcl-2 (30%) и крайне низкой или отсутствующей экспрессией Bcl-2 (70%). Так, в подгруппе с низкой экспрессией Bcl-2, а, следовательно, с высоким уровнем апоптоза, эффективность проводимой терапии составила 16,7%. В данных наблюдениях отмечалась стабилизация показателей фетометрии, допплерометрии и кардиотокограффии, что позволило пролонгировать беременность на 2–3 дня. В подгруппе с крайне низкой или отсутствующей экспрессией антиапоптозного белка Bcl-2 отмечалась достоверно низкая эффективность проводимой терапии, которая составила лишь 7,1%. В остальных же 92,9% наблюдений отмечалось отсутствие положительного эффекта. Важно отметить, что при этом СЗРП III степени сочетался с критическим состоянием плодово-плацентарного кровотока, признаками страдания плода по данным кардиотокографии и допплерометрии, что потребовало досрочного родоразрешения. Такой выраженный уровень декомпенсации объясняет достоверно низкий процент наблюдений с положительным эффектом от проводимой терапии. В общем положительный эффект от проведенной терапии при СЗРП III степени отмечен только в 10,0% наблюдений.

Резюме. Нарастание степени тяжести СЗРП проявляется выраженным процессом декомпенсации в виде нарастания апоптоза в плацентарной ткани. Данные изменения несомненно влияют на дальнейшее развитие СЗРП, эффективность проводимой терапии, а следовательно, и на перинатальные исходы. Несомненно, что апоптотическая активность плацентарной ткани напрямую отражает функциональную активность плаценты и уровень компенсаторных реакций, а, следовательно, предопределяет эффективность проводимой терапии.

E.V. Timokhina

PLACENTAL APOPTOSIS PREDICTOR OF TREATMENT EFFICACY FETAL GROWTH RETARDATION

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

Summary. The increase in the severity of FGR shows a pronounced process of decompensation in the form of increase of apoptosis in the placental tissue. These changes undoubtedly affect the further development of FGR, the effectiveness of the therapy, and, consequently, on perinatal outcomes. There is no doubt that the apoptotic activity of placental tissue directly reflects the functional activity of the placenta and the level of compensatory responses, and, therefore, determines the effectiveness of the therapy.

Хорошун Н.Д, Адамян Л.В, Мурватов К.Д.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОГО И МАТОЧНОГО БЕСПЛОДИЯ

ФГУ Научный Центр Акушерства. Гинекологии и Перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

Актуальность. Проблема лечения больных, страдающих бесплодием трубно-перитонеального генеза, сохраняет свою актуальность, несмотря на существенный прогресс в возможностях инструментальной коррекции. Важнейшим аспектом при этом является точность диагностики, поэтому основанием для проведения настоящего исследования явилась необходимость объективной оценки диагностической информативности такого инновационного метода как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) при оценке состояния маточных труб. Технологические принципы, заложенные в мультиспиральной компьютерной томографии, позволяют получать более совершенные, чем при других методах визуализации, изображения. Следует отметить, что в литературе практически отсутствуют сообщения о

возможностях использования данного метода визуализации при исследовании состояния женской репродуктивной системы.

Цель исследования – провести сравнительную оценку диагностической значимости и других методов визуализации у больных трубно-перитонеальным бесплодием.

Материалы и методы: Проанализированы результаты комплексного обследования 120 женщин с бесплодием. Все пациентки отмечали отсутствие беременностей в течение 1 года и более при регулярной половой жизни.

Проводили мультиспиральную компьютерную гистеросальпингографию (МСКТ-ГСГ) и традиционную ГСГ. Сравнивали результаты применения различных методов визуализации в диагностике патологии женской репродуктивной системы.

Обследованные были разделены на три группы:

– в 1 группу вошли 45 пациенток, у которых, учитывая нарушения менструального цикла (меометроррагии, гиперполименорея), была заподозрена внутриматочная патология;

– во 2 группу были включены 24 пациентки с подозрением на пороки развития матки; у них были выявлены: полная перегородка в матке, неполная перегородка, полное удвоение матки, двурогая матка;

– в 3 группу вошла 51 пациентка с подозрением на трубно-перитонеальное бесплодие.

Результаты исследования. У больных I группы сравнение частоты обнаружения полипов эндометрия показало, что если при лапароскопии она составила 44,4%, то значение этого показателя было примерно одинаковым для обоих методов исследования и составило при выполнении МСКТ-ГСГ 40%, а при традиционной ГСГ – было несколько ниже – 35,6%.

Несколько ниже была и частота выявления миомы матки при выполнении традиционной ГСГ – 17,8%, в то время как при МСКТ-ГСГ и лапароскопии эта патология была выявлена с одинаковой частотой – у 22,2% пациенток. Сопоставление частоты обнаружения гиперплазии эндометрия продемонстрировало, что если с помощью гистероскопии этот признак был выявлен у 20,0% пациенток, то при выполнении МСКТ-ГСГ частота ее обнаружения составила 17,8%, при ГСГ значение этого показателя было несколько ниже, составив 13,3. Частота внутриматочных синехий составила по данным гистероскопии – 15,6%, но при МСКТ-ГСГ – 11,1%, а при традиционной ГСГ эта патология не выявлена. Сравнение частоты обнаружения внутриматочных синехий показало, что если при лапароскопии частота их выявления составила 15,6%, при выполнении МСКТ-ГСГ значение показателя было на уровне 11,1%, при использовании традиционной ГСГ этой патологии выявлено не было. Заключение «аденомиоз» по результатам МСКТ-ГСГ было поставлено только 1 пациентке, что составило 2,2%, в то время как по данным традиционной ГСГ, частота аденомиоза у обследуемых женщин составляла 8,9%, а по результатам лапароскопии частота выявления аденомиоза была еще выше – 13,4%.

Значительно реже данные МСКТ-ГСГ позволили сделать заключение об отсутствии внутриматочной патологии – только в 6,7% случаев, то есть достоверно ($p<0,05$) реже, чем при выполнении традиционной ГСГ, когда заключение «норма» было сделано в 22,2% случаев. Следует отметить, что при лапароскопии не было заключения об отсутствии патологии.

Во 2 группе сравнительная оценка частоты выявления патологии показала, что если при выполнении традиционной ГСГ полная перегородка в матке обнаружена

была у 20,8% пациенток, то при проведении МСКТ-ГСГ значение этого показателя было достоверно (p<0,05) выше – 41,6%. Такой же была частота выявления полной перегородки в матке с помощью лапароскопии. Неполная перегородка в матке была диагностирована у четверти обследованных пациенток (25%) с помощью гистероскопии, в 33,3% случаев у обследованных пациентов с помощью ГСГ, тогда как при выполнении МСКТ-ГСГ частота выявления этого порока была достоверно (p<0,05) ниже, составив лишь 12,5%. Очевидно, что такие различия показателей можно объяснить тем, что МСКТ позволяло чаще охарактеризовать перегородку в матке как «полную» в силу лучшей визуализации. Полное удвоение матки и двурогая матка были обнаружены при выполнении как лапароскопии, так и МСКТ-ГСГ у 16,7% женщин. В то же время при проведении традиционной ГСГ частота выявления этих пороков развития распределилась по-иному: случаи полного удвоения матки составили только 8,4%, тогда как на двурогую матку приходилось 12,5% выявленных пороков развития.

В группе III сравнение показало, что при проведении лапароскопии и МСКТ-ГСГ достоверно (p<0,05) чаще выявлялась окклюзия маточных труб – в 43,2% случаев, тогда как при выполнении ГСГ эта патология обнаружена была только в 19,6% случаев.

При использовании методов лапароскопии и МСКТ-ГСГ чаще выявлялся спаечный процесс в малом тазу: значение этого показателя составило соответственно 52,9 и 41,2%, в то время как с помощью ГСГ данная патология была выявлена только у 31,4% пациенток.

Следует отметить, что традиционная ГСГ значительно чаще не выявляла патологии у обследованных пациенток – в 49,0% случаев, тогда как при проведении МСКТ-ГСГ отсутствие патологии было отмечено достоверно (p<0,05) реже – только у 15,7% женщин. При выполнении лапароскопии патологии не было обнаружено только в 2 случаях (3,9%).

Заключение: Проведенное исследование показало эффективность использованного метода диагностики и при обследовании женщин с подозрением на пороки развития матки (перегородка в матке, полное удвоение матки и двурогая матка), при этом частота их выявления с помощью МСКТ-ГСГ приближалась к соответствующему показателю при лапароскопии. При обследовании женщин с подозрением на трубно-перитонеальный фактор бесплодия было установлено, что при лапароскопии и МСКТ-ГСГ окклюзия маточных труб выявлялась с одинаковой частотой. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что при использовании МСКТ в диагностике трубно-перитонеального фактора бесплодия возможности метода приближаются к «золотому стандарту» – лапароскопии.

Резюме. В настоящем исследовании проведена оценка возможности применения высокотехнологичного метода лучевой диагностики в гинекологии – мультиспиральной компьютерной гистеросальпингоскопией у пациенток с бесплодием.

Adamian L.V, Khoroshun N.D, Murvatov KD, Obelchak I.S.

FEATURES MULTISLICE COMPUTED HYSTEROSALPINGOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TUBAL AND UTERINE INFERTILITY

Academician V.I. Kulakov Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

The present study evaluated the possibility of using high-tech method of beam diagnostics in gynecology – multislice computed gisterosalpingoskopiey in patients with infertility.

С.Г. Цахилова, Ф.Б. Кокоева, Б.А. Никулин, Д.Х. Сарахова

ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Россия, г. Москва, МГМСУ им. Евдокимова Е.А., каф. акушерства и гинекологии стоматологического факультета

Преэклампсия на протяжении многих лет, несмотря на успехи современной медицины и развитие медицинских технологий, занимает одно из первых трех мест в структуре материнской смертности, периодически уступая первенство кровотечениям и септическим осложнениям.

Многие аспекты возникновения и развития преэклампсии, несмотря на многочисленные исследования, посвященные этиологии, патогенезу, диагностике и терапии, остаются недостаточно изученными. Наиболее важными направлениями в его изучении остаются поиск и разработка новых методов диагностики и профилактики.

Исследования последних лет показывают, что первичные структурные и функциональные изменения при преэклампсии носят неспецифический характер и вызваны усилением процессов свободнорадикального и перекисного окисления низкомолекулярных и белковых молекул. Свободнорадикальное окисление – физиологический процесс, который обеспечивает регуляцию клеточной активности. Однако при избыточном появлении свободнорадикальных форм кислорода самоускоряющийся процесс перекисного окисления липидов приводит к полному разрушению ненасыщенных липидов, нарушениям структуры и функции белков, нуклеиновых кислот и других молекул и, в конечном итоге, к гибели клеток.

Цель исследования – изучение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантного статуса у беременных с преэклампсией.

Материалы и методы исследования. Проведены исследования в изучении процессов перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы у 73 беременных с преэклампсией и у 30 здоровых беременных. Интенсивность ПОЛ

определяли по содержанию в сыворотке крови продуктов ПОЛ – диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА).

Возраст беременных колебался от 20 до 34 лет. Средний возраст 26,7±1,7 года.

Результаты проведенных исследований процесса перекисного окисления липидов и состояния антиоксидантной системы у здоровых беременных и беременных с преэклампсией показали, что уровень малонового диальдегида (МДА) у беременных с преэклампсией достиг 5,02±0,21 нмоль/г белка, а при физиологически протекающей беременности содержание МДА в плазме крови составляло 2,6±0,12 нмоль/г белка. Анализ полученных данных показал, что концентрация МДА в плазме крови нарастает прямо пропорционально тяжести течения преэклампсии.

Установлено, что при преэклампсии активность СОД существенно ниже, чем у беременных с физиологически протекающей беременностью. У беременных с преэклампсией в 54,6% случаев отмечалась увеличенная продукция фагоцитами ИЛ-1; в 75,8% случаев – продукция фагоцитами суперокисиданионрадикала превышала нормативные показатели более чем на 80%.

Заключение. Таким образом, наряду с общеклиническими и биохимическими параметрами важную роль в установлении степени тяжести преэклампсии играет определение показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы. Также, в этой связи проводятся рандомизированные исследования по использованию антиоксидантов в качестве профилактики развития преэклампсии.

S.G. Tsahilova, F.B. Kokoeva, B.A. Nikulin, D.H. Sarahova

LIPID PEROXIDATION AND ANTIOXIDANT SYSTEMS IN PRE-ECLAMPSIA

Russia, Moscow, MSMSU named. Evdokimov EA, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Dentistry

Thus, along with the general clinical and biochemical parameters important in determining the degree of severity of preeclampsia plays the definition of indicators of lipid peroxidation and antioxidant system. Also, in this regard conducted randomized trials on the use of antioxidants in the prevention of pre-eclampsia.

С.Г. Цахилова, И.В. Олисаева, М.В. Третьякова, Д.Х. Сарахова

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ГЕМАТОЭНЦЕНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Россия, г. Москва, МГМСУ им. Евдокимова Е.А.,
кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета

Основными задачами современного акушерства являются создание оптимальных условий для осуществления женщиной функции материнства, сохранения ее здоровья и обеспечение рождения здорового потомства. Среди причин, увеличивающих частоту неблагоприятных перинатальных исходов беременности, следует выделить преэклампсию (гестоз). Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы в профилактике, диагностике и лечении гестоза, он остается одной из самых актуальных проблем современного акушерства и по данным мировой литературы частота осложнений течения беременности составляет от 7–36% от общего количества беременностей. По данным ВОЗ гестоз занимает ведущее место в структуре материнской (29–35%), а также перинатальной смертности (230–400‰). Каждый четвертый ребенок при этой патологии имеет последствия перенесенной гипоксии. Роды, устраняя причину заболевания, не препятствуют прогрессированию изменений в органах и системах, при этом увеличивается риск развития осложнений в послеродовом периоде, происходит формирование экстрагенитальной патологии и возникновение тяжелого гестоза при повторных беременностях. Так как, клинические проявления гестоза наблюдаются только после 20 недели беременности, закономерно предположение, что развитию клинической манифестации гестоза предшествуют повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера матери, повышение концентрации в материнском кровотоке нейроспецифических белков, образование специфических иммунных комплексов, вызывающих острый эндотелиоз. В свою очередь, немаловажную роль в возникновении патологических изменений центральной нервной системы играют нарушения целостности гематоэнцефалического барьера, что и привело к необходимости изучения данных изменений у женщин с гестозом. Гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) – высокоорганизованная морфофункциональная система, включающая церебральные эндотелиоциты и комплекс поддерживающих структур: базальную мембрану, перициты и астроциты. Первичной и важнейшей структурой ГЭБ являются эндотелиоциты церебральных микрососудов (ЭЦМ), имеющие специфические морфофункциональные характеристики, обеспечивающие барьерные функции и транспорт веществ через ГЭБ. Уникальными структурными характеристиками ЭЦМ являются наличие плотных контактов, соединяющих мембраны соседних клеток, как «замок – молния», высокое содержание митохондрий, низкий уровень пиноцитоза и отсутствие фенестр. Как функционально-активная единица каждый плотный контакт сформирован трансмембранными и цитоплазматическими белками, объединяющими белки цитоскелета и плотных контактов в жесткий клеточный каркас. Итак, подробнее остановимся на семействе клаудинов, которое включает в себя более 20 небольших по молекулярной массе белков (22–24 кДа), имеющих общий план строения: четыре трансмембранных домена, две внеклеточ-

ных и одну внутриклеточную петлю и находящиеся в цитоплазме N-терминальный (2–6 аминокислот) и С-концевой участок (21–63 аминокислот), который несёт сайт для связывания цитоплазматических белков ZO-1, ZO-2, ZO-3, MUPP1, PATJ через PDZ мотив. В плотных контактах клаудины функционируют как параклеточные каналы. Ионная избирательность каждого клаудина зависит от количества и типа заряженных аминокислот. Во время гестоза количество клаудинов значительно уменьшается, что объясняется ответной реакцией плаценты на преэклампсию.

Целью исследования явилось изучение состояние гематоэнцефалического барьера у беременных с преэклампсией (гестозом), определить роль белка плотного контакта клаудина в патогенезе развития гестоза. В связи с поставленной целью задачами исследования явились: изучение особенностей клинического течения у беременных с различными формами гестоза, проведение анализа содержания в динамике маркера проницаемости гематоэнцефалического барьера белка клаудина у беременных с преэклампсией и при физиологически протекающей беременности, определение роли белка клаудина в оценке степени тяжести гестоза.

Результаты данного исследования необходимы для изучения состояние гематоэнцефалического барьера у беременных с преэклампсией (гестоза) различной формы, определения роли белков плотного контакта, в частности клаудина, в патогенезе развития гестоза. Анализ проведенного исследования можно будет рекомендовать в качестве прогностического теста для определения и оценки риска развития преэклампсии у беременных, что позволит своевременно проводить профилактические меры с целью благоприятного течения гестационного срока и исхода родов.

S.G. Tsahilova, I.V. Olisaeva, M.V. Tretyakova, D.H. Sarahova

PROGNOSTIC VALUE OF DETERMINATION PREDICTORS THE BLOOD BRAIN BARRIERS AT PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Russia, Moscow, MSMSU named. Evdokimov EA, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Dentistry

In the event of pathological changes in the central nervous system plays the integrity of the blood-brain barrier. The primary and most important structure of the blood-brain barrier are tserebrelnyh microvessel endothelial cells. Unique structural characteristics of cerebral microvascular endothelial cells is the presence of tight junctions that connect the membrane surrounding cells as "zippers". Each contact is formed dense transmembrane and cytoplasmic proteins, some of which are family Claudine. The results of this study are needed to examine the state of the blood-brain barrier in pregnant women with moderate forms of preeclampsia, determining the role of tight junction proteins, in particular, Claudin, in the pathogenesis of preeclampsia.

С. Цахилова, И. Осадчева, В. Кузнецов, Д. Сарахова, М. Кравцова

ВЛИЯНИЕ АДЕМЕТИОНИНА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ГБУЗ Родильный дом №8 ДЗ

Целью исследования явилось изучение влияния адеметионина на процессы перекисного окисления липидов и состояние фетоплацентарного комплекса (ФПК) у беременных с гестозом различной степени тяжести. Было обследовано 100 беременных женщин: 18 с физиологически протекающей беременностью, 82 с гестозом различной степени тяжести в сочетании с плацентарной недостаточностью. Сочетанная комплексная терапия гестоза с применением адеметионина является патогенетически обоснованным методом лечения, способствует нормализации функции печени, ряда метаболических изменений в системе перекисного окисления липидов, оказывает положительное влияние на ФПК.

Несмотря на успехи современной медицины и развитие медицинских технологий, гестоз занимает ведущее место в структуре причин материнской смертности во многих странах. Изучение проблемы хронической плацентарной недостаточности у беременных с гестозом не теряет своей актуальности на протяжении многих лет. При физиологически протекающей беременности изменяется белково-образовательная функция печени, что направлено, прежде всего, на обеспечение растущего плода необходимым количеством аминокислот, в частности метионина. В генезе хронической плацентарной недостаточности важная роль принадлежит патологическим изменениям маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, нарушениям метаболической, синтетической функций плаценты, что впоследствии приводит к задержке развития плода. Одной из предпосылок развития гестоза является снижение отдельных метаболических звеньев организма матери к детоксикации свободных радикалов, которые образуются при обмене веществ в течение беременности. Изменение антиоксидантной активности, активности ферментов создают условия для внутриутробного нарушения состояния плода (гипотрофия и хроническая гипоксия). Учитывая патогенез гестоза целесообразно применение препарата, который обладает не только дезинтоксикационным, регенерирующим действием, но и антиоксидантным, нейропротективным свойствами. Адеметионин является донатором метильных групп, участвует в биосинтезе цистеина, инактивирует свободные радикалы и оказывает выраженное антиоксидантное действие, способствуя детоксикации в организме беременных, тем самым, улучшая маточно-плацентарное кровообращение, и создает благоприятные условия для развития плода.

Целью исследования явилось изучение влияния адеметионина на процессы перекисного окисления липидов и состояние фетоплацентарного комплекса (ФПК) у беременных с гестозом различной степени тяжести.

В данной работе проведено исследование процессов перекисного окисления липидов, допплеромитрия маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотоков. Было обследовано 100 беременных женщин: 18 с физиологически протекающей беременностью, 82 с гестозом различной степени тяжести в сочетании с плацен-

тарной недостаточностью. Беременные женщины с гестозом были разделены на 2 группы: основную и сравнения. В основной группе проводилась комплексная патогенетическая терапия гестоза, включая применение гепатопротектора адеметионина. В группе сравнения проводилась комплексная терапия гестоза без адеметионина. Срок беременности составлял от 32 до 36 недель. Средний возраст беременных 27,5±1,5 лет. Адеметионин при легкой степени гестоза применялся в таблетированной форме перорально. При гестозе средней и тяжелой степени лечение проводилось с использованием парентерального введения препарата в различной дозировке.

У беременных обследованных групп проводили исследование показателей перекисного окисления липидов. Концентрация МДА и диеновых конъюгатов увеличивалась по мере нарастания степени тяжести гестоза. Особенно абсолютные значения МДА увеличиваются в 5 раз у беременных с гестозом тяжелой степени. Для диеновых конъюгатов также обнаруживается подобная зависимость. Полученные данные являются признаком поражения клеточных мембран вследствие оксигеназного пути утилизации кислорода и указывают о полиорганном характере заболевания.

После проведения курса сочетанной терапии с использованием гепатопротектора, достоверно снизилось содержание продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови. Отмечено снижение МДА и диеновых конъюгатов у беременных с легким течением гестоза в 2 раза. В группе беременных с гестозом средней и тяжелой степени в 1,5 раза. Что свидетельствует о восстановлении клеточных мембран в тканях печени и улучшение ее детоксикационной функции.

Для оценки состояния ФПК изучали показатели кривых скоростей кровотока маточных артерий и артерии пуповины. С нарастанием степени тяжести гестоза отмечается достоверное увеличение систолодиастолического отношения (СДО) и пульсационного индекса (ПИ) в 1,5 раза, по сравнению с показателями беременных с гестозом легкой степени. Полученные данные указывают о выраженных нарушениях в маточно-плацентарно-плодовом кровотоке у беременных со средними и тяжелыми формами гестоза. При применении адеметионина в комплексной терапии гестоза в основной группе отмечается достоверное снижение показателей кровотока.

Сочетанная комплексная терапия гестоза с применением адеметионина является патогенетически обоснованным методом лечения, способствует нормализации функции печени, ряда метаболических изменений в системе перекисного окисления липидов, оказывает положительное влияние на ФПК.

S. Tsakhilova, I. Osadcheva, V. Kuznetsov, D. Sarahova, M. Kravtcova

ВЛИЯНИЕ INFLUENCE ON ADEMETIONINE LIPID PEROXIDATION IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA IN CONJUNCTION WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY

Russia, Moscow, MSMSU named. Evdokimov EA, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Dentistry
Maternity hospital №8

The aim of our study was to determine the role of ademetionin in treatment of different forms of preeclampsia in combination with placental malfunction. The study concentrates on the lipid peroxidation and fetoplacental disorders during preeclampsia. The study was carried out in 82 pregnant women with mild and severe preeclampsia and in 18 women with normal pregnancy. There was a significant difference in levels of malondialdehyde and diene conjugates and Doppler flow velocity between groups. Ademetionin in complex treatment of preeclampsia minimizes complications both for mother and the fetus.

С.Г. Цахилова, Л.В. Акуленко, А.В. Дзансолова, Д.Х. Сарахова

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА М235Т АНГИОТЕНЗИНА В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического факультета МГМСУ, Москва

Преэклампсия (гестоз) остается одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве. В мире частота преэклампсии варьирует в широких пределах и составляет от 3 до 14–21%. Ежегодно в мире от гестоза погибает 14% женщин (50000–75000), а перинатальная смертность составляет 900000 детей. В структуре материнской смертности по РФ частота преэклампсии составляет 6,2% и занимает 4-е место после кровотечений (23,4%), экстрагенитальных заболеваний (22,3%) и септических состояний (13.1%). Преэкласпмия остается основной причиной заболеваемости новорожденных (640–780) и перинатальной смертности (18–30%). По данным ВОЗ, у каждого 5-го ребенка, родившегося от матери с гестозом, в той или иной степени происходит нарушение физического и психоэмоционального развития, значительно выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте. В генетическом отношении преэклампсия является типичным мультифакторным заболеванием. К факторам риска преэклампсии относят: сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, печени, желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения, аутоиммунные заболевания, хронические инфекции, многоплодная беременность, возраст, социальный статус. Согласно современным представлениям, преэклампсию рассматривают как генетически детерминированную недостаточность процессов адаптации материнского организма к новым условиям существования, которые возникают

с развитием беременности. Вклад генетического фактора в патогенез преэклампсии оценивают приблизительно в 55%. В настоящее время выделяют более 70 генов-кандидатов риска развития гестоза. Ким относятся гены различных систем: ангиотензиновой, функции эндотелия и ангиогенеза, иммунной и эндокринной систем, детоксикации и оксидативного стресса, липидного обмена. В настоящее время активно изучаются гены, относящиеся к основным системам регуляции артериального давления – ринин-ангиотензиновая, кинин-брадикининовая и эндотелиальная.

Целью исследования является улучшение прогнозирования риска развития преэклампсии на основании оценки роли полиморфизма гена M235T ангиотензина, связанного с регуляцией артериального давления. Задачами нашего исследования: изучение аллельного состава генотипов беременных с преэклампсией по гену M235T, изучение течение беременности, родов и послеродового периода у беременных с гестозом, оценка течения раннего неонатального периода новорожденных у матерей с преэклампсией. В результате нашего исследования будет определена роль полиморфизма гена M235T в прогнозировании развития преэклампсии для своевременного выявления групп риска и совершенствования методов оценки перинатальных осложнений.

S.G. Tsakhilova, L.V. Akulenko, A.V. Dzansolova, D.H. Sarahova

ROLE OF FETAL GENE POLYMORPHISM OF ANGIOTENSIN M235T IN THE FORMATION OF PREECLAMPSIA

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Dentistry MSMSU, Moscow

Maternal systemic disorders are an additional risk factor of pregnancy complications so patient genotyping to predict a risk for gestational complications should include the determination of polymorphisms mediating maternal systemic disorders.

Н.Б. Чагай, О.С. Игумнова

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ У ПАЦИЕНТОК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Центр планирования семьи и репродукции Ставропольского Краевого Клинического Диагностического Центра, Ставрополь

Цель: оценка чувствительности к инсулину у больных с врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН)

Методы: обследовано 46 пациенток с ВДКН, из них 9 – с простой вирильной (в состоянии субкомпенсации), 37 – с неклассической формой болезни. Диагноз вери-

фицирован на основании короткого теста с АКТГ 5 мкг (в сомнительных наблюдениях использован стандартный тест с АКТГ 250 мкг), молекулярно-генетическое исследование гена CYP21. Контрольную группу составили 76 пациенток с преходящими ановуляциями, но без клинических и биохимических признаков гиперандрогении (из них с индексом HOMA >1,8 19,8% (15/76) пациенток)

Результаты: у 71,7% (33/46) больных ВДКН зарегистрирована нормоинсулинемия (8 (6,4; 8,9) mIU/ml), у 28,3% (13/46) пациенток – гиперинсулинемия (ГИ) натощак (21 (18; 25) mIU/ml). Индекс HOMA у пациенток ВДКН-ГИ выше контрольного (4,8 (3,1; 5,2) против 1,7 (1,26; 2,07), p=0,00); у больных ВДКН-без-ГИ – ниже контрольного (1,2 (0,8; 1,4), p=0,001). Так, у части пациенток ВДКН чувствительность к инсулину не только не снижена, но даже повышена. Различные андрогены обладают модулирующим влиянием на состояние углеводного обмена. Тестостерон (ТСТ) вызывает стимуляцию секреции инсулина. В ответ на хроническую ГИ формируется вторичная инсулинорезистентность (ИР). Выявлена положительная корреляция уровня инсулина с концентрацией биологически активного тестостерона (r=0,42, p=0,017) и 17-ОНР (r=0,62, p=0,00). Высокая степень корреляции 17-ОНР и ТСТ с индексом HOMA подтверждает, что чем выше уровень андрогенов, тем выше степень ИР (r=0,66, p=0,00 для 17-ОНР; r=0,49, p=0,005 – для ТСТ). Фактором, обеспечивающим сохранность чувствительности к инсулину и сдерживающим развитие ИР, является дэгидроэпиандростендион-сульфат (ДГА-С). Содержание ДГА-С не является строго подчиненным уровню 17-ОНР (r=0,19; p=0,2), это объясняется способностью ДГА-С к определенной независимости от АКТГ. Доказаны возможности ДГА-С влиять на скорость поглощения глюкозы, активизацию инсулинового рецептора, функцию бета-клетки поджелудочной железы. У больных ВДКН-ГИ уровень ДГА-С ниже (221 (193; 367) мг/дл), чем при ВДКН-без-ГИ (420 (245; 520) мг/дл), хотя отличие не является значимым (p=0,094850). Обратная корреляция между показателями ДГА-С и уровнем базального инсулина (r=-0,42; p=0,02), HOMA (r=-0,42; p=0,02) статистически значима. Функция бета-клетки поджелудочной железы, периферическая чувствительность тканей к инсулину находятся в многофакторной зависимости от различных андрогенов при ВДКН. Возможно, ослабление защитных возможностей ДГА-С является одним из компонентов формирования ИР у 32,6% (15/46) пациенток ВДКН (HOMA>1,8).

Выводы: больные ВДКН составляют группу риска и подлежат обследованию на предмет ИР. Диабетогенным эффектам 17-ОНР и ТСТ противопоставлены свойства ДГА-С, способного улучшать чувствительность к инсулину.

Резюме. Рассмотрена роль андрогенов (тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата) во влиянии на чувствительность к инсулину у пациенток с врожденной гиперплазией коры надпочечников. Доказаны возможности дегидроэпиандростерона сульфата улучшать чувствительность тканей к инсулину, в отличие от тестостерона.

N.B. Chagay, O.S. Igumnova

EVALUATION INSULIN SENSITIVITY IN PATIENTS WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

Center for Family Planning and Reproduction of the Stavropol Regional Clinical Diagnostic Center, Stavropol

The role androgen (testosterone, dehydroepiandrosterone sulphate) in influence on insulin sensitivity at patients with congenital adrenal hyperplasia is considered. Dehydroepiandrosterone sulphate increases to insulin sensitivity, unlike testosterone.

Н.Б. Чагай, О.С. Игумнова

ТЕСТ С АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫМ ГОРМОНОМ 5 МКГ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Центр планирования семьи и репродукции Ставропольского Краевого Клинического Диагностического Центра, Ставрополь

Цель: Изучение возможностей применения теста с синактеном (1–24-АКТГ) – 5 мкг на первом этапе дифференциальной диагностики неопухолевой гиперандрогении (ГА).

Материалы и методы исследования: С целью дифференциальной диагностики между синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и неклассической формой врожденной дисфункции коры надпочечников (НК-ВДКН) обследовано 289 пациенток в возрасте от 16 до 35 лет (медиана 25 лет). 1 группу составили 145 пациенток с ановуляцией на фоне установленной гиперандрогении (ГА), 2 группу – 144 пациентки с ановуляторным менструальным циклом, но без клинических и гормональных признаков ГА. Гормональные показатели во I группе: тестостерон (Т) общий 85,2±54,1 нг/дл, индекс свободного тестостерона (ИСТ) 6,8±2,7%, уровень 17-ОН-прогестерона (17-ОНР) в фолликулярную фазу менструального цикла базальный 2,8±8,4 нг/мл. Во II группе: Т общий 54,7±24,6 нг/дл, ИСТ 3,2±2,1%, 17-ОНР 1,9±0,9 нг/мл. Всем пациенткам проведен внутривенный тест с препаратом 1–24-АКТГ короткого действия 5 мкг (Синактен, NOVARTIS): определение 17-ОНР, кортизола базального и через 30 и 60 мин после стимуляции.

Результаты: Тест АКТГ-5 мкг позволил выявить НК-ВДКН с дефицитом 21-гидроксилазы у 16 (5,5%) пациенток (13 (9%) – в 1-й, 3 (2,1%) – во 2-й группах). Показатели 17-ОНР составили: базальный 7.72 нг/мл±12,8 нг/мл, медиана 3,99 нг/мл, максимальное значение после стимуляции 25,55нг/мл±19,97 нг/мл, медиана 16,9 нг/мл. У 44 пациенток в процессе проведения низкодозированного теста с синактеном-5 мкг зарегистрировано повышение 17-ОНР в 3 и более раз (5,8–9,4 нг/мл), но ниже диа-

гностического порога. Сравнительная оценка прироста кортизола у этих пациенток на стимуляцию 1–24-АКТГ позволила выделить 2 типа реакции коры надпочечников: нормэргический (увеличение кортизолемии не более чем в 3 раза) и гиперэргический (в 3 и более раз). Для уточнения диагноза 20-ти из 25 пациенток нормэргическим типом реакции на стимуляцию синактеном-5 мкг был проведен стандартный тест с АКТГ-250 мкг. У 4 из 25 (16%) больных при проведении стандартного теста наблюдалось повышение 17-ОНР выше 14 нг/мл (медиана 17,9 нг/мл). У 12 из 16 больных, которым установлен диагноз НК-ВДКН на основании проведенных стимуляционных тестов, молекулярно-генетическое исследование гена CYP21 подтвердило наличие мутаций, характерных для этой патологии. Чувствительность теста с синактеном-5 мкг составила 57,1%, специфичность – 85,7%. Прогностическая значимость положительного результата исследования (+PV) составила 66,7%, прогностическая значимость отрицательно результата (-PV) – 80%.

Включение в стероидный протокол исследования определение уровня 17-ОН-прегненолона, несульфатированного дегидроэпиандростерона, андростендиона позволило бы одновременно выделить пациенток, подозрительных на наличие неклассической формы дефицита 3β-гидроксистероиддегидрогеназы.

Выводы: Тест с АКТГ-5 мкг, при котором стимуляция коры надпочечников АКТГ не является супрафизиологической, может широко использоваться для диагностики НК-ВДКН. При получении сомнительных результатов теста (повышение 17-ОНР более чем в 4 раза на фоне менее выраженного ответа кортизола) показано проведение теста с АКТГ-250. Расширение стероидного протокола исследования имеет целью исключение редкой формы ВДКН – дефицита 3β-гидроксистероиддегидрогеназы.

Резюме. Изучена информативность низкодозированного теста (5 мкг) АКТГ в диагностики неклассической формы дефицита 21-гидроксилазы.

N.B. Chagay, O.S. Igumnova

APPLICATION OF THE LOW DOSE ACTH-TEST (5 MCG) IN DIAGNOSTICS OF NONCLASSICAL CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

Center for Family Planning and Reproduction of the Stavropol Regional Clinical Diagnostic Center, Stavropol

Possibilities of diagnostics of the nonclassical deficiency of 21-hydroxylase by low dose (5 microg) ACTH stimulation test are considered.

А.И. Шорников

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОТОПОГРАФИИ МАКРОФАГОВ И ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ

Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией
Чувашский государственный университет
КУ «Республиканское патологоанатомическое бюро» МЗ и СР ЧР
Чебоксары, Россия

Макрофаги и тучные клетки плаценты играют важную роль в иммунологических взаимоотношениях между матерью и плодом. От физиологической сбалансированности их взаимодействия зависит нормальное течение беременности и судьба внутриутробного организма.

Целью настоящего исследования явилось иммуногистохимическое изучение послойной топографии макрофагов и тучных клеток плаценты при гестозе. Определяли экспрессию CD68 и триптазы с полуколичественной оценкой в баллах (Н.В. Александрович, 2013) в материнской, средней и плодной частях плаценты. Для качественной и количественной характеристики тучных клеток плаценты применялся метод окраски полихромным толлуидиновым синим по Унна. Изучены плаценты от 24 женщин с доношенной беременностью. Пациентки были разделены на 3 группы: первая – 9 женщин с легкой степенью течения гестоза, вторая – 8 женщин тяжелой степенью течения гестоза, контрольная группа – 7 женщин с физиологическим течением беременности и родов. Средний возраст женщин 32,33±0,31 года. Полученный материал статистически обработан.

Исследования показали, что численная плотность макрофагов и площадь экспрессии CD68 увеличивалась по мере нарастания степени тяжести гестоза. При гестозе тяжелой степени экспрессия CD68 составила 3.97±0,77 балла, что 2,7 раза превышает норму. При легкой степени тяжести гестоза – 1,96±0,13 балла, что превышает физиологические показатели в 1,3 раза (показатель экспрессии CD68 в норме – 1,47±0,35 балла). При анализе послойной топографии интенсивности экспрессии CD68 в плаценте обнаружено, что при нормальной доношенной беременности она выше в материнской части плаценты, при тяжелом течении гестоза – в средних слоях. Следует заметить, что при гестозе легкой степени характер послойной экспрессии CD68 аналогичен норме.

Изучение препаратов, окрашенных толлуидиновым синим, показало, что у женщин с физиологическим течением беременности выявлялись единичные тучные клетки (а при гестозе – еще реже) в строме и в межворсинчатом пространстве. Иммуногистохимически триптаза выявлялась в синцитиотрофобласте, эндотелии капилляров, в строме ворсин хориона. В межворсинчатом пространстве обнаружены единичные триптазаположительные клетки. Следует отметить, что в норме, при исследовании послойной топографии, экспрессия триптазы достоверно выше в средней части плаценты (в материнской – 1,70±0,08 балла, в средней – 2,38±0,12 и в плодной –1,23±0,37 балла). При нарастании степени тяжести гестоза экспрессия триптазы в структурах плаценты повышается и превышает норму более чем в 2 раза, с преобладанием в материнской части последа. Тяжелое течение гестоза сопровождается появлением триптазы и в межворсинчатом пространстве, что может сви-

детельствовать о массивной дегрануляции тучных клеток. Вопрос о происхождении иммуногистохимически выявляемой триптазы в структурах плаценты остается открытым, необходимы дальнейшие исследования.

Таким образом, проведенные исследования показали, что при гестозе происходит активация макрофагов и тучных клеток (судя по уровню экспрессии триптазы) в плаценте со сменой их гистотопографии в зависимости от тяжести течения гестоза. Четко выявляется обратная (реципрокная) зависимость послойной (по толщине плаценты) топографии экспрессии CD68 и триптазы. Появление триптазы в межворсинчатом пространстве может свидетельствовать о срыве адаптационных возможностей матери и плода при осложненном течении беременности.

Резюме. Установлено, что численная плотность макрофагов и площадь экспрессии CD68 и триптазы повышается по мере нарастания степени тяжести гестоза. При осложненном течении беременности происходит активация макрофагов и тучных клеток в плаценте с сменой их гистотопографии. Выявлена обратная (реципрокная) зависимость послойной (по толщине плаценты) топографии экспрессии CD68 и триптазы.

A.I. Shornikov

IMMUNOGISTOTPOGRAFY FEATURES OF PLACENTA MACROPHAGES AND MAST CELLS AT GESTOSIS

Departament of Normal and topographical anatomy with operative surgery Chuvash State University
KU «Republican mortem Bureau» of Ministry of Health and Social Work
Cheboksary, Russia

Found that the number density of macrophages and the expression of CD68 area and tryptase increases with the growth of the severity of preeclampsia. At complications in pregnancy, there is an activation of macrophages and mast cells in the placenta with the change of their histotopography. There was an inverse (reciprocal) dependence of layering, the thickness of the placenta, the topography of the expression of CD68 and tryptase.

ГЛАВА 9 / CHAPTER 9

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, З.Н. Макиян, Е.В. Сибирская, З.А. Гаджиева

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ

ФГБУ Научный Центр Акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва
Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО, МГМСУ, Москва
Измайловская Детская Городская Клиническая Больница, Москва

Частота аномалий развития влагалища составляет 1 случай на 300 новорождённых девочек [John Acherman, 2011]. Аплазия матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстера-Майера-Хаузера) наблюдается в 1:5000 новорожденных девочек; цервико-вагинальная аплазия – в 1 на 12500 новорожденных девочек (Griffin,1976; Fujimoto V.J., Miller J.H., Klein N.A., Soules M.R., 1997).

У пациенток детского и юношеского возраста наиболее частой причиной обращения в гинекологический стационар являются варианты частичной и полной аплазии влагалища, приводящие к нарушению оттока менструальной крови. Основными жалобами при аномалиях матки и влагалища, связанных с нарушением оттока менструальной крови, могут быть циклические боли в дни менструаций, различной интенсивности, обусловленных образованием гематокольпоса, гематометры, гематосальпинкса (в зависимости от формы и вида порока), клиника острого живота.

Наиболее сложной проблемой является хирургическая коррекция при полной аплазии влагалища и шейки матки в сочетании с функционирующей маткой, так как вопрос о целесообразности гистерэктомии у группы этих девочек остается открытым [Богданова 2010; Окулов А.Б., 2007, Уварова Е.В., 2011].

Цель исследования – оптимизировать результаты хирургической коррекции при полной или частичной аплазии влагалища, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови

Материалы и методы исследования: За период 2000–20013 нами оперировано 117 больных с врожденными аномалиями развития влагалища, с нарушением оттока менструальной крови.

Обследование и хирургическое лечение проведено в Научном Центре акушерства, гинекологии и перинатологии; а также на клинических базах кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, гинекологическом отделении Измайловской детской городской клинической больницы г. Москвы.

У 47 пациенток для уточнения анатомической формы порока развития и дифференциации уровня аплазии (полная или частичная аплазия влагалища, шейки матки) дополнительно произведена магнитно-резонансная томография.

Результаты исследования: Болевой синдром, обусловленный нарушением оттока менструальной крови при частичной (1/3 или 2/3) или полной аплазией влагалища выявлен у 76 больных. Альгодисменорея (болезненные менструации) наблюдалась у 23 больных с удвоением матки и влагалища, с дистальной гемиаплазией одного из влагалищ; у 16 больных с однорогой маткой и функционирующим рудиментарным рогом; у 2 больных со стриктурой влагалища после произведенных реконструктивных операций (пластики влагалища).

Всем больным выполнено оперативное лечение, в зависимости от выявленной формы порока развития гениталий.

У (55) больных с частичной аплазией влагалища и функционирующей нормальной маткой выполнена пластика влагалища, восстановлен отток менструальной крови.

У всех (16) больных с функционирующим рудиментарным рогом произведено его удаление лапароскопическим доступом.

Цервиковагинальная аплазия (полная аплазия влагалища и шейки матки) с функционирующей рудиментарной маткой выявлена у 47 пациенток. Выбор метода и доступа хирургической коррекции полной аплазии влагалища при функционирующей рудиментарной или нормальной матке зависел от анатомо-функциональных особенностей матки, выявленных на МРТ.

При полной аплазии влагалища, шейки матки, и, соответственно, цервикального канала, попытки реконструкции цервикального канала безуспешны, вследствие отсутствия шейки матки. Попытки воссоздания цервикального канала приводили к стенозу, стойкой атрезии. В результате, у 33 пациенток произведена операция в объеме гистерэктомии, во время которой единовременно произведено создание искусственного влагалища из свободных листков брюшины. По результатам патоморфологического исследования выявлены грубые диспластические изменения в миометрии, связанные с глубокой дистрофией миоцитов.

У 16 больных с аплазией влагалища и функционирующей маткой, при наличии шейки матки, с аплазированным цервикальным каналом, выполнена органосохраняющая реконструктивная операция: создания соустья между полостью матки – с вульвой. По наблюдениям в отдаленном послеоперационном периоде у 14 пациенток после реконструкции цервикального канала наблюдалась нормальная менструальная функция.

Заключение: У пациенток с аплазией влагалища реконструкция влагалища и воссоздание оттока менструальной крови.

При полной аплазии влагалища и цервикального канала одним из альтернативных методов станет операция создания соустья функционирующей матки с неовлагалищем.

L.V. Adamyan, T.M. Glybina, Z.N. Makiyan, E.V. Sibirskaya, Z.A. Gadjieva

SURGICAL TREATMENT OF YOUNG PATIENTS WITH CONGENITAL MENSTRUAL OUTFLOW OBSTRUCTION

Federal State University Scientific Center of obstetrics, gynecology and perynathology, Moscow, Russia

Young patient with menstrual outflow obstruction conditioned of partial vaginal aplasia need to vaginal reconstruction. For some patients (14) with full cervico-vaginal aplasia also performed reconstructive surgical treatment.

Л.В. Адамян, А.В. Козаченко, Л.М. Кондратович, Е.А. Коган, С.Н. Кононов

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ. КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ФГБУ «Научный центр Акушерства, Гинекологии и Перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва

Развитие спаечного процесса в брюшной полости после гинекологических операций, преимущественно после миомэктомии, является актуальной проблемой.

Известно, что лейомиома матки в структуре гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения, занимает лидирующее место. Лейомиома наблюдается у каждой четвертой женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет, по некоторым данным у 20–40% женщин репродуктивного возраста.

Доказано, что спаечная болезнь является осложнением почти 90% всех гинекологических операций. Так, исследование SCAR группой Lower et al в Шотландии показало, что именно спаечный процесс после перенесенных гинекологических операций приводит к бесплодию, так как в 40% беременность наступала после оперативного адгезиолизиса.

Цели исследования – изучить взаимосвязь между клинически-морфологическими проявлениями и молекулярными механизмами формирования спаечного процесса у пациенток репродуктивного возраста с миомой матки после реконструктивно-пластических операций на матке.

Материал. Нами обследовано 110 больных миомой матки. Всем выполнена лапароскопия, миомэктомия. Пациентки разделены на 2 группы. Первая группа – со спаечным процессом I (n=34), выявленным интраоперационно. Вторая группа – без спаечного процесса II (n=76).

Методы. Клинико-анамнестический метод. Морфологический метод, определение m-РНК (процедура ПЦР) маркеров Ki-67, PTEN, BIRC5, ESR, MMP11.

Результаты: В целом, обе группы однородны по возрастному составу, примерно схожи по соматической патологии. В группе I отмечается больше перенесенных вос-

палительных заболеваний органов малого таза, а также оперативных вмешательств в анамнезе. Следует отметить, что в группе I отмечен более выраженный болевой синдром, жалобы на бесплодие и меньшее число беременностей. В группе I большее число лейомиом с дистрофическими изменениями и с сосудистым компонентом роста, а в группе II больше простых лейомиом и лейомиом с гиалинозом. В нашем исследовании получены данные о том, что маркеры MMP11 в группе I в серозном покрове матки выше таковых, чем в группе II. Также получены данные, о превышении маркера пролиферации Ki67, апоптоза BIRC5 в группе I, и морфологически данные, о наличии миом матки с дистрофическими изменениями, сосудистыми компонентами роста в группе I. Так же, нами выявлено, что маркер к эстрогеновому рецептору альфа, в серозном покрове в группе I преобладал над II группой.

Выводы: в проведенном нами исследовании, выявлены взаимосвязи между клиническими проявлениями, различными морфотипами миомы матки, неспецифическими факторами активации апоптоза, пролиферации и межклеточного взаимодействия и развитием спаечного процесса в брюшной полости, после реконструктивно-пластической операции на матке.

L.V. Adamian, A.V. Kozachenko, L.M. Kondratovich, E.A. Cogan, S.N. Kononov

MOLECULAR MECHANISMS OF FORMATION ADHESIVE PROCESS IN PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS. CLINICAL MORPHOLOGICAL MANIFESTATIONS

Academician V.I. Kulakov Scientific Center of Obstetric, Gynecology and Perinatology;
N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMS
Moscow, Russia

In our study, revealed the relationship between the clinical manifestations, different morphotypes of uterine fibroids, non-specific factors inducing apoptosis, proliferation and cell-cell interactions and the development of adhesions in the abdominal cavity, after reconstructive surgery on the uterus

Л.В. Адамян, С.А. Мартынов, А.Ю. Данилов

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, РФ

Под наблюдением находились 162 беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. 1 группу составила 51 женщина, которым оперативное

лечение проведено во время беременности лапароскопическим методом, 2 группу – 40 женщин, которым оперативное лечение выполнено при различных сроках гестации путем лапаротомии, в 3 группу вошла 71 беременная, которым оперативное лечение выполнено при родоразрешении путем кесарева сечения.

Средний возраст больных составил 28,7 лет. Экстренная операция в связи с перекрутом опухоли потребовалась в 4% случаев. Из 91 операции, выполненной во время беременности, в первом триместре было выполнено 3%, во втором – 96%, в третьем – 1%. Лапароскопический метод применялся в 3 случаях в 1-м и в 48 случаях во 2-м триместрах. Объем операции в большинстве случаев был максимально щадящим: деторсия придатков матки произведена в 3% случаев, резекция одного яичника произведена в 85%, резекция обоих яичников – в 7%, аднексэктомия и резекция контрлатерального яичника – в 4%, то же в комбинации с удалением сальника – в 1%. В структуре опухолей и опухолевидных образований яичников преобладали зрелые кистозные тератомы (52%), эндометриоидные кисты (31%), цистаденомы (13%). Пограничные опухоли у 4 больных были представлены пограничными цистаденомами. Из 71 операции, произведенной во время кесарева сечения, в 96% выполнена резекция одного яичника, в 4% – резекция обоих яичников. Морфологический состав образований, удаленных при кесаревом сечении, был представлен тератомами (86%), эндометриоидными кистами (10%), парoвариальными кистами (4%). В послеоперационном периоде назначались антибиотики, спазмолитики, токолитические средства. Из 91 женщины 1-й и 2-й групп, оперированной в различные сроки гестации, у 95% беременность закончилась родами в срок: у 80,5% – самопроизвольными и у 14,5% – оперативными. Преждевременными родами завершились 3% беременностей. У 2 женщин (2%) произошло прерывание беременности: у пациентки, прооперированной в сроке 15 недель на фоне интенсивной медикаментозной терапии по поводу выраженного болевого синдрома и угрозы прерывания беременности, произошел самопроизвольный выкидыш на 2-е сутки после операции и у пациентки, прооперированной в сроке 25 недель по поводу муцинозной цистаденомы, беременность завершилась антенатальной гибелью плода в сроке 36 недель. При анализе массы рожденных детей, оценке состояния по шкале Апгар, значимых различий по сравнению с детьми, рожденными женщинами без опухолей яичников, выявлено не было.

Т.о., лапароскопический метод не оказывает отрицательного влияния на течение беременности, состояние плода и новорожденного, и позволяет выполнить оперативное лечение при опухолях яичников в 1–2-м триместрах беременности в необходимом объеме. В третьем триместре методом выбора является лапаротомия.

L.V. Adamyan, S.A. Martynov, A.U. Danilov

SURGICAL TREATMENT OF ADNEXAL MASSES DURING PREGNANCY

Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology
Moscow, Russian Federation

The issue presents the possibilities of new surgical technologies in treatment of adnexal masses during pregnancy and delivery. Surgical treatment provides an option for preservation

of pregnancy and reproductive function. Laparoscopic approach allows to eliminate a disease requiring surgery no negative impact on pregnancy course and fetus health.

Л.В. Адамян, Т.Ю. Гаврилова, И.Ф. Козаченко, И.Е. Поротикова

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ФГБУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Данные литературы о влиянии ЭМА на функцию репродуктивных органов с позиции сохранения фертильности противоречивы. Отмечаются акушерско-гинекологические осложнения, которые включают в себя невынашивание беременности, отсутствие менструации и нарушение менструального цикла, образование внутриматочных синехий, выявлены случаи некроза матки, признаки эндометрита и атрофии эндометрия. Необходима разработка четких показаний для проведения данной процедуры у пациенток с миомой матки в репродуктивном возрасте.

Эмболизация маточных артерий – один из альтернативных консервативных методов воздействия на миому матки, получивший распространение в последние годы. По данным литературы последних лет имеются самые противоречивые сообщения о влиянии ЭМА на функцию репродуктивных органов с позиции сохранения фертильности. Некоторые авторы отрицают влияние ЭМА на функцию яичников, эндометрия [G. Tropiano 2004] и структуру миометрия, однако получены данные, доказывающие, что вероятность акушерско-гинекологических осложнений у больных после ЭМА намного выше чем у больных после хирургического лечения [H. Homer 2011], частота невынашивания беременности у женщин после ЭМА составила 17% в группе из 53 исследуемых женщин [Walker, McDowell 2006]. Авторы связывают это с нарушением рецепторной функции эндометрия вследствие ишемии, внутриматочными синехиями – часто встречаемыми после ЭМА, либо с деформацией полости матки существующими миоматозными узлами. При контрольной гистероскопии у больных после эмболизации наблюдаются различные макроскопические изменения: внутриматочные синехии, изменение окраски эндометрия и образование кистозных полостей. При гистологическом исследовании этих случаев отмечены явления некроза эндометрия, признаки эндометрита и атрофии эндометрия [M. Mara 2012]. К настоящему времени опубликовано большое количество работ, посвященных эмболизации маточных артерий и ее осложнениях при лечении миомы матки, однако вопрос о целесообразности проведения эмболизации маточных артерий у женщин, желающих реализовать репродуктивную функцию, остается открытым.

Пациентка N 39 лет была госпитализирована в ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им В.И. Кулакова с жалобами на периодические боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, отсутствие беременности в течение 3 лет.

В анамнезе: в 2009 году пациентке проведена эмболизация маточных артерий по поводу миомы матки. При последующем ультразвуковом контроле отмечался рост миоматозных узлов и нарастание вышеуказанных жалоб.

В плановом порядке, после дообследования, выполнено оперативное лечение. При гистероскопическом исследовании выявлено уменьшение полости матки за счет множественных плотных пристеночных синехий слева. Слизистая бледно-розовой окраски. Правый трубный угол свободно визуализируется, левый трубный угол не визуализируется. Произведена хирургическая гистероскопия и рассечение внутриматочных синехий.

При лапароскопии: Тело матки увеличено соответственно 13–14 неделям беременности, деформировано 11 миоматозными узлами диаметром от 0,8 до 6,0 см. Основной конгломерат узлов диаметром до 6,0 см располагался интралигаментарно, низко под мочевым пузырем. Правые и левые придатки без видимых патологических изменений.

Выполнена консервативная миомэктомия без вскрытия полости матки, при этом интраоперационно отмечались технические сложности с дифференцировкой границ миоматозных узлов и миометрием, признаки нарушения кровоснабжения в узле и прилежащем миометрии, что подтверждается гистологическим исследованием, по результатам которого выявлены дистрофические изменения эпителия эндометрия и явления некроза и кальциноза в узлах.

Послеоперационный диагноз: Множественная миома тела матки с низким интралигаментарным расположением основных узлов. Внутриматочные синехии. Состояние после эмболизации маточных артерий.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Длительность наблюдения составила 5 месяцев, в течение которых менструальная функция восстановилась, при контрольном ультразвуковом исследовании внутриматочной патологии не обнаружено.

Представленный клинический случай осложнений, после перенесенной ранее ЭМА, доказывает необходимость дальнейшего изучения данного вопроса, включающего в себя разработку четких показаний для проведения данной процедуры у пациенток с миомой матки в репродуктивном возрасте.

L.V. Adamian, T.Y. Gavrilova, I.F. Kozachenko, I.E. Porotikova

STATUS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN PATIENTS HYSTEROMYOMA AFTER UAE. CLINICAL CASE

Federal State Budget Institution "Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology" Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

The materials from literature on the impact of EMA on the function of reproductive organs from a position of fertility preservation are contradictory. There have been mentioned obstetric and gynecological complications, which includes miscarriage of pregnancy, amenorrhea and menstrual cycle disorders, formation of intrauterine adhesions, it have been identified cases of uterine necrosis, some signs of endometritis and endometrial atrophy. It is necessary the development of clear indications for conducting of this procedure among patients with uterine fibroids in the reproductive age.

Е.А. Артошина

ПРЕИМУЩЕСТВА РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

ФКУЗ Клинический госпиталь МВД РФ по г. Москве
Москва, Россия

В последние годы патологические процессы шейки матки занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической практики. А рак шейки матки составляет 12% от числа всех злокачественных новообразований у женщин, занимая 3-е место после рака яичников и рака молочной железы. Таким образом, важной проблемой онкологов и гинекологов является не только диагностика и лечение рака шейки матки, но прежде всего, своевременное выявление и лечение доброкачественных, предраковых заболеваний шейки матки, что позволит снизить рост онкологической заболеваемости у женщин.

Существует большое множество различных методов лечения доброкачественных заболеваний шейки матки: электрокоагуляция, лазерное излучение, криодеструкция. Но как показывают клинические результаты, все они имеют свои недостатки, что побуждает к поиску новых современных технологий.

Цель нашей работы – показать преимущество атравматического метода разреза мягких тканей и коагуляции – радиоволновой хирургии, которая проводится с помощью хирургического аппарата «Сургитрон».

«Сургитрон» – генератор высокочастотных электрических волн, излучаемых с

Материалы и методы. В нашей практике, радиохирургический метод лечения был применен у 156 больных в возрасте 20 до 54 лет. Лечение эктопии шейки матки проведено у 82 (52,5%) больных; у 32 (20,51%) – лейкоплакии шейки матки; у 17 (10,89%) – цервикоза шейки матки; у 11 (7,05%) – дисплазии шейки матки I степени (CIN I); у 14 (8,97%) – эндометриоза шейки матки.

Перед выполнением радиохирургического лечения в обязательном порядке проведено обследование пациенток: гинекологический осмотр, мазок на степень чистоты влагалища; анализ крови на RW; ВИЧ; HBs-Ag, анти HCV, кольпоскопия (простая и расширенная); УЗИ органов малого таза; клинический анализ крови; клинический анализ мочи, по показаниям – обследование на заболевания, передающиеся половым путем. Пациенты, использующие кардиостимулятор были проконсультированы кардиохирургом.

Всем пациенткам хирургическое лечение выполнялось на 5–10 день менструального цикла.

При радиоволновых хирургических операция применялись: местная (S. Lidocaini), местная инфильтративная (S. Novocaini 0,5%), парацервикальная и внутривенная анестезии.

Выбор объема и метода лечения и вид анестезии зависели как от характера, так и от локализации и объема патологического процесса. Поверхностное воздействие было выполнено 95 (60,89%), конизация шейки матки – 61 (39,1%) пациенткам.

Осложнения в послеоперационном периоде диагностированы у 2 (1,28%) больных в виде кровотечения, что потребовало проведение дополнительного гемостаза.

В результате лечения 156 больных с применением радиохирургического метода, был выявлен ряд преимуществ, по сравнению с другими методами (диатермокоагуляция – ДЭК; криотерапия, лазеродеструкция): минимальная кровопотеря в процессе оперативного лечения; отсутствие черного струпа, т.к не происходит обугливание тканей, малые сроки заживления (до 14 дней). Также минимальное разрушение подлежащих тканей, незначительный болевой синдром во время операции и в послеоперационном периоде. Незначительный отек тканей, вследствие чего в дальнейшем нет повышенного раневого отделяемого. А стерилизующий эффект радиоволн делает целесообразным применение метода при стойком эндоцервиците.

Резюме: Существует множество различных методов лечения патологии шейки матки: электрокоагуляция, лазерное излучение, криодеструкция. Но как показывают клинические результаты, все они имеют свои недостатки.

В нашей работе мы показали преимущества радиохирургического метода при лечении различных патологий данной локализации.

E.A. Artoshina

ADVANTAGES RADIOSURGICAL METHOD IN THE TREATMENT OF CERVICAL PATHOLOGY

Federal state institution Clinical hospital of the Ministry of internal Affairs
of the Russian Federation for Moscow
Moscow, Russia

There are many methods of treatment of cervical pathology: electrocoagulation, laser radiation, cryosurgery. But as shown by clinical results, they all have their drawbacks.

In our work we have shown the benefits of radiosurgical method in the treatment of various pathology of this localization.

А.Ф. Арутюнян, С.Н. Гайдуков, Е.В. Костюшов, В.Е. Костюшов

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ ПРИ СОЧЕТАНИЕ МИОМЫ МАТКИ С АДЕНОМИОЗОМ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Сертоловская центральная городская больница

Целью настоящего исследования явилась изучение особенности маточного кровотока после консервативной миомэктомии сочетанием с аденомиозом для прогнозирования возможного рецидива миомы. Изучение состояния маточного кровотока проведено нами у 65 пациенток до операции и в различные сроки после мио-

мэктомии. Результаты исследования показали, что в послеоперационном периоде необходимо оценить состояния маточного кровотока с целью прогнозирования возможного рецидива миомы.

Многие авторы отмечают высокую частоту (до 85%) сочетания миомы матки и аденомиоза, которые относятся к наиболее распространенным заболеваниям в гинекологии. На современном этапе развития медицины появились сообщения о возможности неинвазивной диагностики опухолевого процесса на основании допплерометрии с использованием цветного допплеровского картирования (ЦДК). В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение особенности маточного кровотока после консервативной миомэктомии сочетанием с аденомиозом для прогнозирования возможного рецидива миомы. Изучение состояния маточного кровотока проведено нами у 65 пациенток до операции и в различные сроки после миомэктомии. Первую группу составили 30 женщин с миомой матки, а 35 пациенток – вторую группу, где миома матки сочеталась с аденомиозом. Возраст больных колебался от 25 до 37 лет (30±1,5 года). Узлы у 25 (38,5%) пациенток были единичные, а у 40 (61,5%) множественные. Пациенткам было проведено эхографическое, допплерографическое, гистероскопическое обследование. Для верификации аденомиоза пациенткам было произведено пункционная биопсия миометрия до операции, что подтвердилась послеоперационным морфологическим исследованиям. Ультразвуковое исследование органов малого таза и допплерографию с (ЦДК) проводили до операции на 20–23 дни менструального цикла, затем через 1, 5, 3, 6, 9 месяцев с помощью ультразвукового диагностического прибора Sonoline G40, фирмы Siemens. Определяли индекс резистентности (ИР). Контрольную группу составили 10 здоровых женщин репродуктивного возраста. Возраст здоровых женщин варьировал от 25 до 35 лет (средний возраст 27,8±1,9 лет). При анализе допплерометрических характеристик кровотока в маточных артериях у 27 (90%) больных первой группы перенесших миомэктомию, до операции отмечалось низкое сопротивление кровотоку, что проявлялось достоверно более низким индексом сосудистой резистентности ИР=0,75±0,01. Через 1,5 месяца после миомэктомии наблюдалась тенденция к увеличению численных значений ИР=0,80±0,01 в маточных артериях, но их величина было сопоставимо с таковыми у здоровых женщин только через 3 месяца после операции ИР=0,86±0,02 (контрольная группа ИР=0,90±0,01), и в течение последующих 9 месяцев наблюдения оставалась стабильна ИР=0,86±0,02. Численные значений ИР в маточных артериях у больных не достиг значений, аналогичного показателя у здоровых женщин после операции у 3 (10%) женщин первой группы (до операции – 0,68±0,02, через 1,5 месяца – 0,69±0,02, через 3 месяца – 0,72±0,01, через 9 месяцев – 0,72±0,01). При анализе допплерометрических характеристик кровотока в маточных артериях у 25 (71,4%) больных второй группы, где миома сочеталась с аденомиозом, перенесших миомэктомию, до операции отмечалось низкое сопротивление кровотоку, что проявлялось достоверно более низким индексом сосудистой резистентности ИР=0,74±0,01. Через 1,5 месяца после миомэктомии наблюдалась тенденция к увеличению численных значений ИР=0,79±0,01 в маточных артериях, но их величина было сопоставимо с таковыми у здоровых женщин только через 3 месяца после операции ИР=0,86±0,02 (контрольная группа ИР=0,90±0,01), и в течение последующих 9 месяцев наблюдения оставалась стабильна ИР=0,86±0,02. Численные значений ИР в маточных артериях у больных не достиг значений, аналогичного показателя у здоровых женщин после операции у 10 (28,6%) женщин второй группы (до операции – 0,67±0,02, через 1,5 месяца – 0,68±0,02, через 3 месяца – 0,71±0,02, через 9 месяцев – 0,71±0,02).

Таким образом, после выполненных консервативно-пластических операций по поводу миомы матки, особенно, при сочетания с аденомиозом в послеоперационном периоде необходимо проводить оценку состояния маточного кровотока с целью прогнозирования возможного рецидива миомы матки.

A.F. Harutyunyan, S. Gaydukov, E.V. Kostyushov, V.E. Kostyushov

FEATURES OF REGIONAL BLOOD FLOW AFTER MYOMECTOMY WHEN COMBINED UTERINE FIBROIDS ADENOMYOSIS

St. Petersburg State Pediatric Medical University
Sertolovsky central city hospital

The aim of this research was study the features of uterine blood flow after conservative myomectomy in the combination with adenomyosis for the prediction of the possible recurrence of fibroids. The study of the state of uterine blood flow carried out by us with 65 patients before surgery and at various periods after myomectomy. The results showed that in the postoperative period is necessary to evaluate the state of uterine blood flow in order to predict the possible recurrence of fibroids.

Н.А. Арутюнян, Т.А. Джибладзе, В.М. Зуев, Д.В. Брюнин, А.И. Ищенко

РОЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Россия, г. Москва, Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова
Кафедра акушерства и гинекологии №1

Для изучения иммунологических особенностей эндометрия у женщин с бесплодием и гиперплазией эндометрия были обследованы 141 женщины репродуктивного возраста, которым проводилось ультразвуковое исследование, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание с последующим морфологическим и иммуногистохимическим исследованием соскобов. Установлено, что у 96% женщин с бесплодием определяется снижение уровня VEGF и снижение уровня Ki 67, что может служить дополнительным фактором нарушенной имплантационной функции эндометрия.

Гиперпластические процессы эндометрия относятся к одной из основных форм пролифе-ративных заболеваний эндометрия, в том числе и у женщин с бесплодием. Железистая гиперплазия среди женщин в возрасте до 45 лет с различными нарушениями репродуктивной функции выявляется у 6,1%, а аденоматозная гиперплазия –

у 6,6% пациенток, при этом до сих пор не изучены иммунологические особенности эндометрия у женщин с бесплодием.

Целью исследования явилось изучение иммунологических особенностей эндометрия у женщин репродуктивного возраста с бесплодием и гиперпластическим процессами.

Материалы и методы. Проведено обследование 141 женщины репродуктивного возраста сбесплодием и гиперплазией эндометрия, которым было произведено ультразвуковое исследование на 5–7 д.м.ц одним специалистом, с помощью аппарата Aplio MX Toshibamedical. Пациенткам с ультразвуковыми признакамигиперплазии эндометрия в условиях стационара проводилась гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием соскобов эндометрия.

Результаты. После проведения гистероскопий с раздельным диагностическим выскабливанием с последующим гистологическим исследованиемв 64% случаев диагностирована гиперплазия эндометрия, 10% – полипы эндометрия, 3% – хронический эндометрит, 1% – гипоплазия эндометрия, 1% – субмукозная миома матки, 21% – эндометрий без патологии. При иммуногистохимическом исследовании изучали экспрессию Ki 67 для оценки пролиферативной активности эндометрия и его функциональной полноценности, а также экспрессию VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста) для оценки пролиферации и репарации эндометрия и подготовки его к имплантации. Установлено, что у 96% женщин с бесплодием определяется снижение уровня VEGF и снижение уровня Ki 67, что может служить дополнительным фактором нарушенной имплантационной функции эндометрия.

Заключение. Таким образом, определение экспрессии VEGF и Ki 67 с помощью иммуногистохимических методик может служить дополнительным фактором оценки полноценности пролиферативной и репаративной функции эндометрия перед планированием беременности.

N.A. Harutyunyan, T. Jibladze, V.M. Zuev, D. Bryunin, A.I. Ishchenko

IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDIES IN COMPLEX DIAGNOSTICS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN WITH INFERTILITY

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

To study the immunological characteristics of the endometrium in women with infertility and endometrial hyperplasia 141 women of reproductive age who underwent ultrasonography, hysteroscopy, separate diagnostic curettage followed by morphological and immunohistochemical examination of scrapings were examined. It was established that 96% of women with infertility has reduction in VEGF and reduced Ki 67, which may be an additional factor in the impaired function of the implantation endometrium.

С.И. Аскольская, Е.А. Коган., П. Н. Бурыкина, В.Д. Чупрынин, М.В. Мельников, Е.Г. Хилькевич, А.В. Вередченко, А.М. Хачатрян, Ю.В. Попов, Т.В. Булынина

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ, С УЧЕТОМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭНДОМЕТРИЯ И МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

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

Роль миомы матки в развитии бесплодия до сих пор не определена, так как известны многочисленные случаи беременности с благополучным исходом при множественной миоме матки, даже больших размеров. В то же время около 30% женщин с ЛММ страдают бесплодием, при этом у каждой пятой больной ЛММ является единственной причиной репродуктивных неудач. Дискутабельным остается вопрос относительно того, следует ли удалять диагностированные миоматозные узлы небольших размеров с помощью миомэктомии, осуществлять консервативное наблюдение или рекомендовать беременность.

Остается неизученным вопрос о рецептивности эндометрия у пациенток с ЛММ при различных размерах узлов, их локализации, а также морфологических типах, что может иметь значение в возникновении бесплодия у больных миомой матки.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния репродуктивной функции у пациенток с лейомиомой матки, с учетом морфологических и иммуногистохимических характеристик эндометрия и миоматозных узлов.

В исследование включено 190 женщин репродуктивного возраста. В первую группу женщин вошло 80 пациенток с ЛММ и бесплодием (из них 52 пациентки с первичным и 28 женщин с вторичным бесплодием), во 2 группу 60 женщин с ЛММ, имевших в анамнезе беременность на фоне ЛММ, в 3 группу – 50 больных с ЛММ в сочетании с патологией эндометрия и бесплодием. Группу контроля составили 10 пациенток, проходивших обследование в рамках программы суррогатного материнства.

Всем пациенткам проведено общее и специальное гинекологическое обследование, произведена миомэктомия, а также гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия. Миоматозные узлы и соскобы эндометрия были подвергнуты морфологическому и иммуногистохимическому исследованию по общепринятой методике.

При изучении архитектоники матки нами обнаружено, что узлы, деформирующие полость, статистически значимо чаще встречались в группе пациенток с миомой матки и бесплодием (36,3%) и у пациенток третьей группы (30%), тогда как у пациенток с миомой матки не страдающих бесплодием выявлены лишь в 23,3%.

По нашим данным количество миоматозных узлов в среднем статистически значимо отличалось в группе пациенток с бесплодием и без бесплодия на фоне миомы матки и составило 2,59±0,37 и 1,8±0,14 соответственно.

В 26% миома матки сочеталась с патологией эндометрия: полипы (11%), гиперплазия (6%), хронический эндометрит (9%), что может свидетельствовать о возможном системном характере поражения матки.

Нами был исследован фактор пролиферации Ki-67в узлах лейомиомы. В группе пациенток с простой лейомиомой уровень экспрессии Ki-67 колебался от 1 до 5 и в среднем составил 2,38±1,5. У пациенток с клеточной лейомиомой уровень данного фактора находился в диапазоне от 1 до 17 и в среднем составил 6,46±1,66. Таким образом, нами было показано, что уровень фактора пролиферации Ki-67 с клеточной лейомиомой в 2,7 выше, чем у пациенток с простой лейомиомой, что явилось статистически значимым результатом ($p<0,05$).

Следует отметить, что диагноз простой и клеточной лейомиомы был уточнен только после иммуногистохимического исследования.

При изучении жалоб у больных с простой и клеточной миомой нами выявлены существенные различия. Выраженность и интенсивность жалоб преобладала у больных клеточной миомой матки по сравнению простой. Наиболее существенными были различия в жалобах на обильные менструации, приводящие к анемизации больных. Обращает на себя внимание большая частота как первичного так и вторичного бесплодия у пациенток с клеточной миомой. Гиперплазия и полипы эндометрия встречались в два раза чаще у пациенток с клеточной лейомиомой матки.

При исследовании маркера рецептивности LIF во вторую фазу менструального цикла выявлено снижение уровня LIF у пациенток с миомой матки и бесплодием, а также у пациенток с сочетанной патологией эндо- и миометрия. Так, у пациенток 1 группы уровень LIF колебался от 0 до 3 и в среднем составил 1.96±0,98. Среди пациенток 2 группы уровень экспрессии LIF в эндометрии варьировал от 1 до 3 и в среднем составил 2,71±0,73. Уровень экспрессии LIF у пациенток 3 группы находился в пределах от 0 до 3 и в среднем составил 1,15±0,69.

Нами проведен анализ уровня экспрессии LIF у пациенток с простыми и клеточными лейомиомами. Выявлено, что среди пациенток с простой лейомиомой уровень LIF был статистически значимо выше, чем у пациенток с клеточной лейомиомой и в среднем составил 2,14±0,97 и 1,11±0,78 соответственно ($p=0,01$).

Полученные нами данные подтверждают негативное влияние узлов, деформирующих полость матки, а также множественной ЛММ на репродуктивную функцию женщин. Маркер пролиферации Ki-67 является ключевым иммуногистохимическим маркером для точного определения гистологического типа лейомиомы матки. Выраженность клинической симптоматики, а также частота патологии эндометрия у пациенток с клеточной лейомиомой в целом выше, чем у пациенток с простой лейомиомой. Возможное отрицательное влияние ЛММ на фертильность подтверждается снижением экспрессии маркера имплантации LIF у пациенток с бесплодием на фоне ЛММ, особенно при клеточной лейомиоме.

S.I. Askolskaya, E.A. Kogan, P.N. Burykina, V.D. Chuprynin, M.V. Melnikov, E.G. Khil'kevich, A.V. Veredchenko, A.M. Khachatryan, Y. Popov, T.V. Bulynina

REPRODUCTIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA, GIVEN MORPHOLOGIC AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS ENDOMETRIUM AND FIBROIDS

FGBI "Scientific Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. Kulakov" Health Minister. Moscow, Russia

Our data confirm the negative impact of nodes, distorting the uterine cavity, as well as multiple leiomyomas on reproductive function of women. Proliferation marker Ki-67 is a key immunohistochemical markers to accurately determine the histological type of uterine leiomyoma. Severity of clinical symptoms and the frequency of endometrial pathology in patients with leiomyoma cell is generally higher than in patients with simple leiomyoma. Possible negative impact on fertility leiomyomas confirmed reduced expression of LIF marker implantation in patients with infertility on background leiomyoma, especially when cellular leiomyoma.

А.В. Бабкина, Н.В. Наумова, Н.Ю. Ильченко

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ СУБСЕРОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

В результате проведенного ретроспективного исследования определены качественные и количественные эхографические параметры для дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей миомы матки субсерозной локализации: тип гистограммы, тип васкуляризации, коэффициент эхооднородности, прирост максимального узла при динамическом наблюдении в мм, количество цветовых пикселей на 1 см^2 площади миоматозного узла,ИР в сосудах миоматозного узла, Vmax в артериальных сосудах миоматозного узла, VV_{max} венозного кровотока в узле.

На основании изучения результатов гистологического строения опухолей, полученных при хирургическом лечении 103 пациенток (в 73 случаях имела место простая миома, в 30 – пролиферирующая миома), репродуктивного возраста (средний возраст составил 34,2±3,9 лет), оперированных по поводу миомы матки субсерозной локализации в Базовой акушерско-гинекологической клинике КубГМУ Минздрава РФ в период с 2009 по 2012 год, был проведен ретроспективный анализ эхографических, допплерографических, допплерометрических, гистографических показателей. Для определения диагностической ценности изучаемых параметров в качестве

«золотого стандарта» использовали результаты, полученные при гистологическом исследовании удаленных миоматозных узлов. Исследование внутренних половых органов осуществляли на сканере PHILIPSHD-11 и VolusonE 6.

Согласно полученным данным, можно утверждать, что для пролиферирующей миомы субсерозной локализации характерен мультипиковый или сглаженный тип гистограммы, в то время как для простой миомы – гистограмма в виде одновершинного равностороннего или асимметричного треугольника. При анализе эхооднородности миоматозных узлов выявлено, что при простой миоме субсерозной локализации в 58 (78,8%) случаях встречаютсяизоэхогенные узлы; гипо- и гиперэхогенные отмечены в 14 (19,2%) наблюдениях; неоднородные в 1 (1,4%) случае. При пролиферирующей миоме преобладают гипо- и гиперэхогенные узлы – 22 (73,3%) случаев, неоднородные встречаются значительно реже – 5 (16,7%) случаев. В 3 (10%) наблюдениях – изоэхогенные узлы. При анализе типа васкуляризации миоматозных узлов обнаружено: при простой миоме в 44 (60,3%) случаях имел место периферический кровоток, что приблизительно в 1,7 раза чаще, чем единичный питающий сосуд (сосудистая ножка узла) – в 26 (35,6%) наблюдений; в 3 (4,1%) случаях выявлен смешанный тип васкуляризации. В пролиферирующих миоматозных узлах преобладал смешанный тип – 14 (46,7%) наблюдений, периферический тип васкуляризации встречается приблизительно в 1,4 раза реже – 10 (33,3%); единичный питающий сосуд (сосудистая ножка) зарегистрирован в 6 (20%) случаях. При анализе количественных ультразвуковых данных полученных при исследовании миоматозных узлов получены высоко статистически значимые различия ($p<0,01$) по следующим параметрам: увеличение максимального размера узла при динамическом наблюдении в течение 6 месяцев, количество цветовых пикселей на 1 см^2, ИР в сосудах очаговых образований, V_{max} в артериальных сосудах образований, VV_{max} венозного кровотока в узле. Между исследованными группами не получено статистически значимых ($p=0,660$) различий размеров миоматозных узлов, ИР в маточных артериях, V_{max} в маточных артериях, V_{max} в отводящей маточной вене.

Таким образом, для дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей миомы матки субсерозной локализации целесообразно использование следующих качественных и количественных эхографических параметров: тип гистограммы, тип васкуляризации, коэффициент эхооднородности, прирост максимального узла при динамическом наблюдении в мм, количество цветовых пикселей на 1 см^2 площади миоматозного узла, ИР в сосудах миоматозного узла, V_{max} в артериальных сосудах миоматозного узла, VV_{max} венозного кровотока в узле.

A.V. Babkina, N.V. Naumova, N.U. Ilchenko

ECHOGRAPHIC MARKERS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SIMPLE AND PROLIFERATING UTERINE FIBROIDS SUBSEROSUS LOCALIZATION

Basic Obstetrics and Gynecology Clinic of Kuban State Medical Univercity, Krasnodar

As a result of the retrospective study identified qualitative and quantitative sonographic parameters for the differential diagnosis of simple and proliferating uterine fibroids subserosus

localization: the type of histogram, the type of vascularization, factor ehohomogeneity, increase the maximum node in the follow in mm, number of color pixels on 1 cm^2 of myoma node, the index of resistance (IR) in the blood vessels of myoma node, V_{max} in the arterial vessels of myoma node, VVmax venous blood flow in the node.

А.Х. Гайдарова, Н.В. Котенко, Л. С. Алисултанова, Д.Б. Кульчицкая, Л.Ю. Тарасова

МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ, ПОСРЕДСТВОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии», МЗ РФ, Москва, Россия

Целый ряд гинекологических заболеваний, приводящих к бесплодию и привычному невынашиванию беременности сопровождаются структурными и функциональными изменениями микрокровотока матки и яичников. В частности, при хроническом эндометрите происходят значительные изменения ангиоархитектоники сосудов матки, склеротические изменения базальных и спиральных артерий, которые в большинстве своем диагностируются гистологически. Между тем, в течение последнего десятилетия для оценки состояния кровотока в микрососудах все большее применение находит методика лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), которая позволяет оценить состояние кровотока на капиллярном уровне.

Нами проведена работа по оценке состояния микроциркуляторного русла у женщин позднего репродуктивного периода планирующих беременность с диагнозом хронический эндометрит. Была произведена оценка микроциркуляции методом лазерной допплеровской флоуметрии на аппарате «ЛАКК-01». В исследование вошли 48 пациенток в возрасте от 35 до 45 лет. Обследование проводилось до и после лечения для оценки эффективности проводимой терапии.

В ходе исследования регистрировали и рассчитывали следующие показатели ЛДФ сигнала: среднее значение показателя микроциркуляции (ПМ) и его среднеквадратическое отклонение (СКО), а также различные ритмические составляющие, такие как низкочастотные (LF) колебания или вазомоции, высокочастотные колебания (HF), связанные с дыхательными экскурсиями, и колебания в области кардиоритма (CF).

Проводилось нормирование показателей амплитуды (А) каждого ритма по уровню ЛДФ сигнала (ПМ): А ритма / ПМ х100%, и к величине его максимального разброса (СКО): А ритма / СКО х100%, которые характеризуют активные и пассивные механизмы микроциркуляции.

По данным ЛДФ, у пациенток с хроническим эндометритом были выявлены нарушения микроциркуляции (МЦ), которые позволили разделить их на две группы: первая группа (72%) – больные с гиперемическим застойным типом; вторая группа (28%) – больные со спастическим типом микроциркуляции;

У больных с гиперемическо-застойным типом установлены изменения на уровне всех звеньев микроциркуляторного русла: артериол, капилляров и венул. Выявлено снижение активных механизмов модуляции кровотока, что сопровожда-

лось компенсаторным возрастанием роли пассивных механизмов и выражалось в повышении вклада дыхательных (AHF/CKO x100%) и кардио (ACF/CKO x100%) колебаний. Это свидетельствует о застойных явлениях в венозном и капиллярном звеньях микроциркуляции.

У пациентов со спастическим типом наблюдалось увеличение амплитуды вазомоции, повышение тонуса артериол (ALF/ CKO x100%) на 15% (p<0,01) и наличие застойных явлений в венулярном звене микроциркуляторного русла, о чем свидетельствует увеличение показателя (AHF/ CKO x100%) на 33% (p<0,001).

После курса лечения у пациенток с гиперемическо-застойным типом МЦ увеличился изначально сниженный тонус артериол с 119,8%±3,7 до 132,1%±3,9 (p<0,05). Наблюдалось улучшение капиллярного кровотока – ACF/CKO/100% изменился с 56,29%±1,8 до 44,15%±1,2 (p<0,001). Также выявлено уменьшение застойных явлений в венулярном звене микроциркуляторного русла с 92,7%±1,7 до 69,3%± 2,1, (p<0,001). У больных со спастическим типом МЦ после курса лечения снизился увеличенный тонус артериол с 167,5%±2,8 до 142,5%±3,1(p<0,001).

Таким образом, применение ЛДФ у гинекологических больных позволяет на ранних этапах выявлять нарушения микроциркуляторного русла органов малого таза, динамически оценивать состояние микроциркуляции крови в органах репродукции в процессе лечения, осуществлять объективный контроль за проводимыми лечебными мероприятиями, прогнозировать исход лечения.

A. H. Gaydarova, N.V. Kotenko, L.S. Alisultanova, D.B. Kulchickaya, L.Y. Tarasova

MONITORING THE STATUS OF THE MICROVASCULATURE IN PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS BY LASER DOPPLER FLOWMETRY

FGBU "Russian Scientific Center of Medical Rehabilitation and Balneology Health Ministry of Russia", Moscow, Russia

In 48 patients of late reproductive age with a diagnosis of chronic endometritis the method of laser doppler flowmetry violations were revealed microcirculation on hyperemic stagnant type (72%) and disorders by spastic type (28%). After treatment improved the tone of the arterioles in patients with spastic type of microcirculation with 167,5%±2.8 to 142,5% 3.1 (p<0.001). The group with hyperemic-stagnant type decreased congestion in venular link of the microcirculatory bed with 92.7% of±1.7% to 69.3% of 2.1, (p<0.001).

С.А. Гаспарян, Н.Е. Хоменко, Г.Н. Федосова

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН МАЛОГО ТАЗА – НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Ставропольский Государственный Медицинский Университет,
кафедра акушерства и гинекологии ФПДО
Россия, г. Ставрополь

Синдром тазовых болей, обусловленный варикозной болезнью вен малого таза (ВБВМТ), является причиной обращения больных к гинекологу в 10–20% случаев. Трудность диагностики и лечения ВБВМТ заключается в том, что заболевание не имеет специфичных симптомов и сходно с воспалительными процессами гениталий. При этом правильный диагноз ставится лишь в 20% случаев. Следствием диагностических ошибок является 12–16% неоправданных гистерэктомий, не приводящих к ожидаемому положительному результату.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация диагностики варикозной болезни вен малого таза (ВБВМТ) и дифференцированного подхода к лечению в зависимости от клинической формы заболевания.

Работа проведена на базе ГБУЗ СК «СККБ» отделений гинекологии и сердечно-сосудистой хирургии. Обследовано 124 пациентки с болевым синдромом, обусловленным варикозным расширением вен малого таза, в возрасте от 20 до 42 лет (средний 27,7±0,01 года). Всем больным при поступлении проводились: дуплексное сканирование вен малого таза на аппарате «Aloka-2000», «Loqik-9», чрезматочная флебография на рентген-ангиографической установке «Advantx4x». В результате исследования, в соответствии с полученными данными, больные были разделены на 3 клинические группы. Лечение проводилось дифференцированно, в зависимости от клинической формы (КФ) заболевания. При первой КФ назначалась консервативная терапия, включающая в себя венотонические, нестероидные противовоспалительные и препараты, улучшающие микроциркуляцию. При 2–3 КФ заболевания дополнительно к консервативной терапии проводилась хирургическая коррекция лапароскопическим доступом (клипирование яичниковых вен), из них 17,7% операция выполнена с двух сторон.

Результаты исследования показали, что разработанный алгоритм обследования (дуплексное сканирование, чрезматочная флебография, лапароскопия) повышает эффективность диагностики и дифференцировнного лечения, соответственно выделенной клинической форме заболевания. При этом достигается не только фармакоэкономический эффект (исключающий дорогостоящую антибактериальную терапию), но и удлиняется период ремиссии, улучшается качество жизни больных.

Таким образом, применяемые современные методы обследования, разработанный алгоритм дифференцированного подхода к больным с синдромом тазовых болей, позволяют своевременно диагностировать ВБВМТ и использовать технологии, приводящие к стойкому клиническому эффекту со значительным сокращением затрат на лечение.

S.A. Gasparyan, N.E. Homenko, G.N. Fedosova

VARICOSE VEINS OF THE PELVIC ORGANS – NEW APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT

Russia, Stavropol

Thus, used modern survey methods developed algorithm differentiated approach to patients with pelvic pain syndrome, allow for timely diagnosis of varicose veins of the pelvis and use of technology, leading to persistent clinical effect with a significant reduction in treatment costs.

Е.И. Гилядова, А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов

РИСК РЕЦИДИВА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

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

В современной медицине «визуальное» дренирование абсцессов брюшной полости – достаточно распространенный метод малоинвазивного хирургического вмешательства. В качестве его мониторинга применяют эхографию, компьютерную томографию и магнитнорезонансную томографию. В гинекологии среди перечисленных методов безусловный приоритет принадлежит трансвагинальной эхографии, которая обладает уникальными свойствами, обеспечивающими наименее травматичный и наиболее объективный мониторинг инвазивных исследований. Нами проведен про- и ретроспективный анализ свыше 350 наблюдений лечебно-диагностического дренирования гнойных воспалительных тубооварильных образований, выполненного с помощью трансвагинальной ультразвуковой мини-хирургии. Естественно, что лечебное дренирование осуществляли в комплексе с медикаментозной терапией, включающей применение антибиотиков широкого спектра действия, препаратов метронидазола, нестероидных противовоспалительных средств, инфузионной терапии.

Возраст пациенток варьировал в пределах 16–37 лет, объем аспирированного экссудата – от 15 до 60 мл. При бактериологическом исследовании полученного материала в 67% случаев выделены колонии анаэробных и аэробных микроорганизмов. Лечебный эффект «визуального» дренирования гнойных воспалительных тубооварильных образований оценивали как по клинико-лабораторным показателям, так и по данным трансвагинальной эхографии. Как показали наши исследования, у подавляющего большинства пациенток (94%) уже через 24–36 ч от момента дренирования гнойной полости резко уменьшились симптомы интоксикации, практически нормализовалась температура тела, снизилась активность почти всех острофазных

реактантов крови (за исключением СОЭ). На эхограммах определяли незначительное расширение просвета патологического образования, заполненного однородным содержимым (реактивный экссудат, лечебные растворы). К 72 ч состояние всех больных оценивали как удовлетворительное, наблюдали дальнейшее снижение СОЭ и уменьшение акустического изображения патологического образования. Начиная с 72 ч от момента дренирования (полная эвакуация гноя) в комплекс лечебных мероприятий включали факторы физического воздействия (внутривагинально – токи надтональной частоты, переменное магнитное поле, инфракрасное излучение). Нами не отмечено ни одного осложнения лечебно-диагностического дренирования гнойных тубоовариальных образований. Справедливо отметить, что для данного вида лечения производился прицельный отбор пациенток.

Анализ результатов собственных исследований убеждает, что в современных условиях активное дренирование гнойных тубоовариальных образований с помощью трансвагинального ультразвукового мониторинга представляет оптимальный метод терапии больных репродуктивного периода.

Изучение отдаленных результатов подобного лечения больных гнойными септическими образованиями придатков матки и углублений малого таза показало, что в 88% наблюдений применение чрезвлагалищной методики «визуального» дренирования в комплексе с адекватной консервативной терапией позволяет избежать радикального хирургического вмешательства (нередко, органоуносящих операций). Последнее имеет немаловажное значение для пациенток репродуктивного возраста.

Активное дренирование гнойных тубоовариальных образований с помощью трансвагинального ультразвукового мониторинга является весомой альтернативой органоуносящим операциям у больных репродуктивного возраста. Применение этого метода позволяет с минимальной травматичностью выполнить основную задачу лечения таких пациенток – полную санацию гнойного очага при сохранении детородной функции. В 88% наблюдений применение ультразвуковой минихирургии в комплексе с консервативной терапией гнойных сальпингоофоритов способствует благополучному исходу.

E.I. Gilyadova, A.N. Strizhakov, A.I. Davydov

RISK FOR RELAPSE OF INFLAMMATORY PROCESS AFTER DRAINAGE OF PURULENT INFLAMMATORY TUBOOVARIAN FORMATIONS

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

Active drainage of purulent tuboovarian formations with the use of transvaginal ultrasound monitoring is an adequate alternative to organ-removing surgery in patients of reproductive age. The use of this method allows the minimally traumatic performance of the main task in treatment of such patients – complete cleaning of a purulent area with preservation of the childbearing function. In 88% of observations, the use of ultrasound mini-surgery together with conservative therapy for purulent salpingooophorites contributed to favourable outcomes.

Н.А. Кравцова, В.А. Крутова, Т.Г. Мелконьянц, Л.В. Макаренко, А.В. Ефименко, И.И. Кравцов, Е.Г. Пирожник, И.В. Черникова, А.Н. Титова, Н.С. Тютюнникова

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

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

В работе представлены результаты хирургического лечения 196 больных со стрессовым недержанием мочи за период 2011–2013 гг. Показана высокая эффективность коррекции стрессового недержания мочи свободной синтетической петлей TVT-O.

Актуальность проблемы: Стрессовое недержание мочи представляют собой не только медицинскую, но и серьезную социальную проблему. Эффективному решению этой проблемы помогает применение сетчатых субуретральных слингов, что снижает частоту рецидивов стрессовой инконтиненции до 4%.

Материалы и методы: За период 2011–2013 г. нами проведено хирургическое лечение 196 пациенток со стрессовым недержанием мочи. Из них с пролапсом гениталей III–IV стадии (классификация POP-Q) 103 (53%) пациентки, пролапсом II стадии 61 (31.1%) пациентка.

У 31 (16,0%) пациентки до операции диагностировано смешанное недержание мочи.

Средний возраст пациенток составил 57.8±3.4 лет (от 35 до 72 лет). Всем 196 пациенткам была проведена уретропексия свободной синтетической петлей TVT-O.

103 (53%) пациенткам с пролапсом гениталей III–IV стадии одномоментно с уретропексией TVT-O, проводилась коррекция пролапса – забрюшинная влагалищная кольпопексия облегченным трансплантатом Prolift anterior +M или кольпопексия системой Elevate anterior, posterior.

35 (17.8%) пациенткам установлены только субуретральные слинги TVT-O. 61 (31.1%) пациентке с пролапсом гениталий II стадии наряду с установкой петли TVT-O проводилась коррекция пролапса своими тканями – проводилась передняя, задняя кольпоррафия с формированием неофасции из слизистой влагалища. 31 (16%) пациенткам со смешанной формой недержания мочи до оперативного лечения назначалась консервативная терапия селективными м-холинолитиками. 2 (1%) пациентки оперированы в связи с рецидивом стрессового недержания мочи после предыдущих операций (операции Берча). Установка субуретральног слинга TVT-O и сетчатого трансплантанта Prolift anterior+M или Elevate anterior проводилась из разных разрезов слизистой передней стенки влагалища для возможности коррекции при возникновении осложнений со стороны одного из имплантов.

Результаты: Результаты хирургической коррекции стрессового недержания мочи прослежены в течение от 4 месяцев до 3 лет наблюдения.

Интраоперационные осложнения наблюдались у 2 пациентов (1%). Произошло ранение мочевого пузыря (ушит интраоперационно). В дальнейшем это потребовало катетеризации мочевого пузыря до 5–6 суток, назначение уросептиков. Пациетки выписаны на 7 сутки.

В раннем послеоперационном периоде обструктивное мочеиспускание наблюдалось у 10 (5,3%) пациенток с проведенной одномоментой коррекцией пролапса с использованием сетчатых трансплантантов и стрессового недержания мочи, что

потребовало применения катетеризации мочевого пузыря, физиотерапии, медикаментозной терапии альфа-адреномиметиками, период восстановления составил 1–4 недели. Поздние послеоперационные осложнения возникали через 2–3 месяца после операции. Эрозии слизистой влагалища в месте установки субуретрального слинга возникли у 3 (1,5%) пациенток. Так у 1 пациентки через 4 месяца безэффективной консервативной терапии потребовалось иссечение участка слинга в месте эрозии. В дальнейшем у этой пациентки повторного возникновения эрозии слизистой влагалища и рецидива стрессового недержания мочи не наблюдалось. У 2 пациенток заживление эрозии слизистой влагалища произошло на фоне консервативной терапии. Рецидивов стрессового недержания мочи у оперированных пацинток за период наблюдения не было. Развитие гиперактивности мочевого пузыря de novo наблюдалось у 14 (7,1%) пациенток с одновременной коррекции цистоцеле и стрессового недержания мочи, что потребовало назначения в послеоперационном периоде медикаментозной терапии м-холинолитиками.

Заключение: По нашим данным коррекция стрессового недержания мочи петлей TVT-O эффективна – рецидивов стрессовой инконтиненции не было, даже у пациенток, оперированных по поводу рецидива. Эрозирования слизистой в месте установки петли наблюдалось только в 1,5% случаев. Небольшой процент обструктивного мочеиспускания (5,3%) в послеоперационном периоде, поддающейся медикаментозной терапии. Обоснована одновременная коррекция пролапса гениталий тяжелой стадии установкой трансплантанта Prolift anterior +M или Elevate anterior и субуретрального слинга TVT-O.

N.A. Kravtsova, V.A. Krutova, T.G. Melkonyants, L.V. Makarenko, A.V. Efimenko, I.I. Kravtsov, E.G. Pirozhnik, I.V. Chernikova, A.N. Titova, N.S. Tyutyunnikova

A THREE-YEAR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE

Russia, Krasnodar

Summary: The results of surgical treatment of 196 patients (since 2011 for 2013 years) with urinary incontinence of stress genesis are presented in this work. Reasonability of the use of free synthetic loop TVT-O for correction of urinary stress incontinence is showed.

Е.П. Кузнецова[1,4], К.Г. Серебренникова[2], О.В. Шестакова[3], Н.Г. Лисицина[4]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЯИЧНИКАХ

1 – ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия (Ижевск)
2 – ЦКБ РАН, гинекологическое отделение с применением ВРТ (Москва)
3 – Центр Репродуктивного Здоровья (Ижевск)
4 – Центр ЭКО и репродукции БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» (Ижевск)

Резюме. В статье показана эффективность программ ЭКО у женщин со сниженным овариальным резервом после оперативного лечения на яичниках.

Актуальность. В последние годы как в РФ, так и за рубежом наблюдается активный научный интерес к изучению репродуктивного здоровья женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Цель исследования: провести анализ эффективности программ ЭКО в модифицированном цикле у женщин со сниженным овариальным резервом после оперативного лечения на яичниках.

Материал и методы. В клиническое исследование были включены 106 пациенток с бесплодием. Средний возраст составил 33,2±3,8 года. На первом этапе были проведены тщательное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, оценка овариального резерва. На втором этапе пациентки были разделены на следующие группы: 1-я группа наблюдения (n= 36) – пациентки с бесплодием, обусловленным тубэктомией (одно или двусторонней), включенные в программу ВРТ. Средний возраст составил 34,2±2,8 года. 2-я группа наблюдения (n=32) – пациентки с бесплодием, обусловленным сниженным овариальным резервом, вследствие резекции яичника (одно или двусторонней), включенные в программу ВРТ. Средний возраст составил 33,4±4,2 года. Группа сравнения (n=38) – пациентки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, обусловленным непроходимостью маточных труб, включенные в программу ВРТ. Контроль эффективности стимуляции овуляции осуществляли при динамическом обследовании и наблюдении. Оплодотворение проводилось методами ЭКО и ИКСИ.

Результаты. Стимуляция суперовуляции в 1-й группе наблюдения, была проведена по длинному протоколу 6 пациенткам (16,66%), по короткому протоколу с антагонистами 30 пациенткам (83,33%). Пациенткам 2-й группы наблюдения, с оперированными яичниками, проведена стимуляция суперовуляции по короткому протоколу с антагонистами 19 пациенткам (59,37%), 13 пациенткам (40,63%) – провели стимуляцию суперовуляции по модифицированному протоколу (т.к. у этих пациенток не было ответа на стимуляцию суперовуляции в коротком протоколе с антагонистами): Начинали введение препаратов ФСГ/ЧМГ в дозе 150 мЕд п/к ежедневно с 7–8 дня цикла при наличии в яичниках фолликулов по 8–9 мм в диаметре; при достижении фолликулами средних размеров 14 мм для предотвращения паразитарного пика ЛГ к протоколу добавляли введение антагониста ГнРГ (цетротид 0,25 мг) до введения овуляторной дозы ХГЧ 10000 мЕД в/м. Трансвагинальная аспирация фолликулов проводилась через 35 часов. В группе сравнения стимуляция овуляции проводилась

по длинному протоколу 6 пациенткам (15,78%), по короткому протоколу с антагонистами 32 пациенткам (84,22%). В группе с оперированными яичниками получены ооциты у 28 пациенток (87,5%). Перенос эмбрионов в полость матки состоялся у 22-х пациенток (68,75%). Пациенткам с оперированными яичниками, которым стимуляция суперовуляции проводилась по модифицированному протоколу, перенос эмбрионов в полость матки состоялся у 3 пациенток (9,37%). Частота наступления беременности достоверно превышала в 1-й группе (40% от числа переносов полость матки) и в группе сравнения (43,3% от числа переносов в полость матки).

Выводы. Эффективность модифицированного протокола стимуляции суперовуляции у пациенток с оперированными яичниками и со слабым ответом яичников не эффективна. С целью реализации репродуктивной функции необходимо использовать донорство ооцитов.

E.P. Kuznetsova[1,4], K.G. Serebrennikova[2], O.V. Shestakova[3], N.G. Lisitsina[4]

THE EFFICIENCY OF IVF PROGRAMS IN WOMEN WITH REDUCED OVARIAN RESERVE AFTER SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN

1 – Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk)
2 – Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences
Gynecology department using ART (Moscow)
3 – Center for reproductive health (Izhevsk)
4 – Center for OF IVF and reproduction, 1 Republican Clinical Hospital (Izhevsk)

The article shows the effectiveness of IVF in women with reduced ovarian reserve after surgery on the ovaries.

А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, И.К. Богатова, Д.В. Брагина, Б.И. Брагин

РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПЕРЕД ПРОГРАММОЙ ЭКО И ПЭ

Россия, г. Иваново, ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздравсоцразвития России

Частота бесплодных браков в Российской Федерации составляет 15–17%, из них на женское бесплодие приходится 40–60%, а на наружный генитальный эндо-

метриоз 20%. К современным эффективным методам лечения бесплодия относятся эндоскопические методы и вспомогательные репродуктивные технологии(ВРТ). При этом ВРТ являются завершающим этапом лечения бесплодия. Отсутствие готовности эндометрия, измененияего структуры у женщин с эндометриозом нарушают процесс нидации бластоцисты, тем самым снижая эффективность лечения бесплодия методом ЭКО.

Исследования последних лет доказывают необходимость подготовки эндометрия при различных формах бесплодия для увеличения количества успешных попыток ЭКО и ПЭ.

Целью исследования явилось оценить эффективность видеогистероскопии с выскабливанием полости матки в комплексе прегравидарной подготовки к ЭКО женщин с бесплодием, обусловленным «малыми» формами наружного эндометриоза

Основную группу исследования составили 24 женщины с бесплодием, обусловленным «малыми»формами наружного генитального эндометриоза, получившие перед программой ЭКО прегравидарную оценку эндометрия при гистероскопии и последующую корригирующую терапию. Группу сравнения составили 20 пациентов с наружным эндометриозом стадии I–II, которым прегравидарная подготовка не проводилась.

Диагноз наружного эндометриоза устанавливался на основании клинико-анамнестических данных и эндоскопических исследований(лапароскопия).

Были получены следующие результаты:средний возраст пациентов в группах составил 34,5±0,6 года, преобладали городские жительницы. 80% пациенток имели зарегистрированные брачные отношения, 20% – гражданскийбрак.

Альгодисменорею отмечалась у 98% всех обследованных женщин, у 20% пациентов была в анамнезе диспареуния.

Оценка репродуктивного анамнез выявила в основной группе 40% (9 женщин) имели первичное бесплодие и 60% (15) вторичное. В группе сравнения первичное бесплодие было отмечено у 50% пациентов. Пациентки со вторичным бесплодием все имели в анамнезе аборты.

Оценивая гормональный статус, удалось установить, что у всех женщин основной и группы сравнения был сохранен овариальный резерв (по УЗИ) и уровень ФСГ составил 5,6±0,04 МЕ/мл.

Пациенткам основной группы проводилась гистероскопия в 7–10 постовуляторные дни («окно имплантации») с морфологической оценкой эндометрия.

Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия выявлена в 41,67% (10), хронический эндометрит в 37,5% (9), дефект лютеиновой фазы в 20% (5). Таким образом, 79,17% женщин в основной группе имели значительные морфологические изменения.

Им проведено этиотропное антибактериальное лечение, в индивидуальном порядке проведена ЗГТ для подготовки эндометрия.

Все пациентки прошли лечение методом ЭКО и ПЭ. Выбором стимуляции у обеих групп пациенток был длинный протокол с диферелином.

В группе сравнения в среднем получено 12±2 доминантных фолликула; 8±1 ооцитов, 6±0,5 эмбрионов, осуществлен перенос 2-х эмбрионов. На момент переноса толщина эндометрия составляла при ультразвуковом исследовании 10±0,5 мм в основной группе, а в группе сравнения 8±0,8 мм. Поддержка лютеиновой фазы осуществлялась препаратом Дюфастон в дозе 60 мг в сутки перорально.

Процент наступления беременности на эмбриоперенос составил 50% в основной группе, в группе сравнения 38%.

Таким образом, при бесплодии, обусловленном «малыми»формами эндометриоза частота патологии эндометрия, подтвержденная эндоскопическими методами с биопсией, составила 79,17%.

У данной категории пациентов целесообразно проводить бережное выскабливание полости матки при видеогистероскопии, а не ограничиваться пайпель-биопсией.

Эндоскопическое и морфологическое исследование эндометрия позволяет определить различные варианты прегравидарной подготовки, которая должна предшествовать программам ЭКО.

Резюме. Оценена эффективность видеогистероскопии с выскабливанием полости матки в комплексе прегравидарной подготовки к ЭКО женщин с бесплодием, обусловленным «малыми» формами наружного эндометриоза. При бесплодии, обусловленном «малыми»формами эндометриоза частота патологии эндометрия, подтвержденная эндоскопическими методами с биопсией, составила 79,17%. Таким образом, эндоскопическое и морфологическое исследование эндометрия позволяет определить различные варианты прегравидарной подготовки,которая должна предшествовать программам ЭКО.

A.I. Malyshkina, N.Yu. Sotnikova, I.K. Bogatova, D. V.Bragina, B. I. Bragin

ROLE OF HYSTEROSCOPY IN ENDOMETRIYA PREPARATION AT WOMEN WITH THEIN FERTILITY CAUSED BY "SMALL" FORMS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS BEFORE THE IVF AND ET PROGRAM

Russia, Ivanovo, Ivanovo Scientific Research Institute of Motherhood and the Childhood of V.N. Gorodkov Federal State Institution of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation

Efficiency of video hysteroscopy with a scraping of auterus cavity in a complex of preparation for IVF of women with the infertility caused by "small" forms of external endometriosis isestimated. At the infertility caused by "small" forms of endometriosis frequency of pathology an endometriya, confirmed with endoscopic methods with a biopsy, was made 79,17%. Thus, endoscopic and morphological research the endometriya allow stodefine various options of preparation which has to preced et he IVF programs.

Е.И. Овлашенко, С. И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, М.М. Цикаришвили, Е.Ю. Кузина, З.А. Цораева

ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
ГКБ№ 15 им. О.М. Филатова
Центр иммунологии и репродукции
Москва, Россия

Остается много нерешенных вопросов в отношении этиопатогенетических аспектов апоплексии яичника (АЯ), последующих рецидивов этого патологического состояния, влияния перенесенной АЯ и лечения, в частности, хирургического при геморрагической форме АЯ (ГФАЯ) на овариальный резерв (ОР).

Цель исследования. Путем сравнительного исследования оценить ОР у больных ГФАЯ после повторного хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 70 больных ГФАЯ. 47 больных ГФАЯсо стабильными показателями гемодинамики до вмешательства и давностью заболевания не более 24 часов, подвергшиеся лапароскопическим операциям по поводу данной патологии впервые. Больныхисследуемой группы были разделены на две подгруппы в зависимости от использованного во время операции метода гемостаза. В 1 подгруппу вошли 25 больных (средний возраст 31,1±7,9 лет), гемостаз которым осуществлялся с помощью биполярнойкоагуляции. Во 2 – 22 больных (средний возраст 30,7±8,6 лет), которым во всех случаях для остановки кровотечения производили энуклеацию кисты и ушивание раны яичника рассасывающейся полигликолидной нитью. Путем ретроспективного анализа за период 2004–2013 гг. в исследуемую группу включены 23 пациентки, повторно оперированные по поводу ГФАЯ. Группу сравнения составили 23 больные с подтвержденной лапароскопически болевой формой апоплексии яичника (БФАЯ) (средний возраст – 28,8±7,6 лет), получивших симптоматическое консервативное лечение. Все больные были разделены на две возрастные группы: I – 16–35 лет составили 81 пациентка ит II – 36–44 лет – 47 пациенток. Резерв овариальной ткани оценивался путем определения антимюллерова гормона (АМГ) в сыворотке венозной крови и количества антральных фолликулов (КАФ) при трансвагинальном ультразвуковом исследовании (ТВУЗИ).

Уровень АМГ в сыворотке венозной крови измеряли однократно на 3-й день менструального циклапосле операции методом иммуноферментного анализа (ИФА) счувствительностью 0,08 нг/мл. ТВУЗИ для определения КАФ проводилосьу всех больных с использованием датчика с частотой 7,5 МГц на 3-й день менструального цикла после операции. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6 (StatSoft). Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% ($p<0,05$).

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе показателей ОР больных, исследуемой группы, по сравнению с показателями ОР пациенток, повторно оперированных по поводу ГФАЯ, выявлено статистически значимое снижение АМГ ($p<0,05$) и КАФ ($p<0,05$). Снижение уровня АМГ и КАФ было отмечено в обеих воз-

растных группах. В I группе уровни АМГ и КАФ были статистически значимо выше, чем во II группе ($p<0,05$).

При сравнительной оценке ОР пациенток одной возрастной группы, но с разным количеством оперативных вмешательств по поводу ГФАЯ в анамнезе, выявлены статистически значимые снижения показателей ОР как у больных 16–35 лет, так и пациентов 36–44 лет. Была отмечена отрицательная корреляционная зависимость снижения уровня АМГ и КАФ с увеличением возраста больной в обеих подгруппах и группе пациентов, оперированных по поводу повторной АЯ. Статистически значимых различий показателей ОР больных разных возрастных групп, оперированных повторно по поводу ГФАЯ не выявлено.

Выводы. Учитывая полученные данные анализа сравнения показателей ОР у пациенток одной возрастной группы, указанные изменения можно трактовать как результат влияния методов хирургического гемостаза, а также возрастных физиологических изменений фолликулярного аппарата. Можно предположить, что влияние хирургического гемостаза на резерв овариальной ткани в указанных группах больных аналогичен возрастным изменениям в яичниках. Данный факт важен у больных с нереализованной генеративной функцией. Проблема требует дальнейшего изучения на более широком клиническом материале.

E.I. Ovlashenko, S.I. Kiselev, E.L. Yarotskaya, M.M. Tsikarishvili, E.Yu. Kuzina, Z.A. Tsoraeva

OVARIAN RESERVE AFTER THE RECURRENT SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HEAMORRHAGIC TYPE OF OVARIAN APOPLEXY

Department of Reproductive Medicine & Surgery, Faculty of Postgraduate Education, Moscow State University for Medicine & Dentistry by A.I. Evdokimov
City Clinical Hospital №15 by O.M. Filatov
Moscow, Russia

Comparative blind study of the impact of bipolar and stitching hemostasis on ovarian reserve was performed in 47 of them underwent laparoscopy for treatment of the acute intraperitonenaland 23 patients with recurrent anemic type of ovarian apoplexy bleedingby evaluation of anti-Müllerian hormone levels and antral follicle counts. There is a reverse dependence between the ovarian reserve markers and the quantity of cases. The point of interest is that the frequency of pregnancy depends on the patient's age.

Е.О. Сазонова, С.С. Рамазанова

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра эндоскопической хирургии ФПДО МГМСУ

Как известно, наибольшие трудности диагностики среди острых заболеваний органов малого таза у женщин на догоспитальном этапе возникают у больных с эктопической беременностью. В настоящем исследовании проведен анализ диагностических ошибок на догоспитальном этапе у данной категории пациенток.

Целью исследования явилась оценка своевременности и точности диагностики внематочной беременности врачами акушерами-гинекологами в амбулаторно-поликлинических условиях.

Проведен детальный анализ 257 амбулаторных карт пациенток двух районных женских консультаций, направленных врачами акушерами-гинекологами в стационар в экстренном порядке с диагнозом: подозрение на внематочную беременность. Из них у 102 (39,7%) больных диагноз эктопической беременности был подтвержден (1-я группа). У155 (60,3%) пациенток после проведения диагностических мероприятий в стационаре эктопическая беременность была исключена (2-я группа). Кроме того, ретроспективному анализу были подвергнуты 34 амбулаторные карты больных, оперированных по поводу эктопической беременности, обращавшихся за медицинской помощью в районную женскую консультацию, которым диагноз внематочной беременности не был установлен (3-я группа). Общее количество наблюдений составило 291 пациентка.

Возраст пациенток, вошедших в исследование, варьировал от 19 до 44 лет, в среднем составив 27±4,5 лет. Нарушения менструального цикла были отмечены у всех пациенток как с диагностированной на первичном амбулаторном приеме, так и недиагностированной внематочной беременностью. Не имела каких либо нарушений менструального цикла четверть женщин 2-й группы. Жалобы на скудные кровяные выделения из половых путей после задержки менструации предъявляли более половины пациенток всех клинических групп – 162 (55,7%) женщины. Боли внизу живота различной интенсивности отмечались у 85,3% и у 86,5% больных 1-й и 2-й группы соответственно. Среди пациенток с неустановленным диагнозом внематочной беременности на первичном амбулаторном приеме, жалобы боли внизу живота предъявляли лишь 14,7% женщин. Жалобы на тошноту, нагрубание молочных желез отмечены в амбулаторных картах лишь у 46 (15,5%) пациенток, вошедших в исследование.

Самостоятельное тестирование ХГЧ до обращения к врачу проводили 106 (36,4%) женщин, вошедших в исследование. Отрицательный результат тестирования был получен только у 15 (9,7%) пациенток второй клинической группы.

Среди пациенток с диагностированной на первичном амбулаторном приеме внематочной беременностью в 97,1% наблюдений при проведении гинекологического исследования определялось наличие болезненного образования в области придатков матки с одной стороны. Кроме того, более, чем у половины больных данной группы в амбулаторной карте была отмечена болезненность при смещении шейки матки, что служило основанием для направленния данной категории женщин на госпитализацию в экстренном порядке без проведения дополнительных диагностических мero-

приятий. Среди пациенток 2-й клинической группы при первичном гинекологическом исследовании во всех наблюдениях было выявлено образование в области придатков матки с одной стороны. Несмотря на отсутствие болезненности при проведении исследования почти в половине наблюдений, врачами амбулаторного приема было выставлено подозрение на внематочную беременность. Для большинства обратившихся больных третьей группы – 82,4% – при первичном осмотре врачом акушером-гинекологом характерным было описание нормальных размеров матки и придатков матки с обеих сторон.

Ультразвуковое исследование органов малого таза в женской консультации было выполнено только 99 (34,1%) пациенткам, вошедшим в исследование. Экспресс – тестирование ХГЧ в женской консультации не проводилось.

Среди пациенток 1-й группы диагноз внематочная беременность был установлен при первичном обращении у 97 (93,1%) женщин. Временной интервал с момента первичного обращения к врачу женской консультации до направления в стационар у остальных 5 (6,9%) больных данной группы составлял от 1 до 5 суток. Среди пациенток 2-й группы с маточной беременностью были госпитализированы 84 (54,2%) пациентки. У 32 (20,6%) пациенток в стационаре был выставлен диагноз: обострение хронического сальпингоофорита с нарушением менструальной функции, у 23 (14,8%)-дисфункциональное маточное кровотечение, у 5 (3,2%) – разрыв эндометриоидной кисты яичника, по поводу которого произведена резекция яичника. Среди пациенток 3-й группы в женской консультации у 16 (47,1%) женщин, было сделано заключение о беременности малого срока, угрозе прерывания. У 13 (38,2%) больных данной группы был выставлен диагноз: дисфункция яичников. Предположение о наличии кисты яичника было сделано у 4 (11,8%) пациенток, 1 (2,9%) пациентка, была направлена в стационар с диагнозом: разрыв кисты яичника.

Полученные в исследовании результаты свидетельствуют о том, что большинство диагностических ошибок на первичном амбулаторном приеме у пациенток, вошедших в исследование, обусловлено несоблюдением рекомендованного стандарта обследования с использованием транвагинального ультразвукового исследования, а также экспресс-тестов и/или лабораторных критериев, подтверждающих наличие беременности.

Резюме: Проведена оценка своевременности и точности диагностики внематочной беременности врачами акушерами-гинекологами в амбулаторно-поликлинических условиях. Показано, что большинство диагностических ошибок на первичном амбулаторном приеме у пациенток с внематочной беременностью обусловлено несоблюдением рекомендованного стандарта обследования с использованием транвагинального ультразвукового исследования, а также экспресс-тестов и/или лабораторных критериев, подтверждающих наличие беременности.

E.O. Sazonova, S.S. Ramazanova

PROBLEMS OF EXTRA UTERINE PREGNANCY AT THE PREHOSPITAL STAGE

Department of Endoscopic Surgery Moscow State University of Medicine and Dentistry
Hospital Centrosouza RF
Moscow, Russia

The opinion expressed on accuracy of timely extra uterine pregnancy diagnostics made by obstetricians-gynaecologists in outpatient conditions. It was stated that the majority of diagnostic errors (in the primary outpatient care of extra uterine pregnant women) had been made, caused due to non-compliance with the recommended standards of survey, using transvaginal ultrasound, as well as rapid tests and/or laboratory criteria, confirming the pregnancy presence.

И.А. Салов, Д.Т. Ташухожаева, Д.В. Маршалов, Ю.Н. Тарасенко

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, г. Саратов, РФ

Целью исследования явилась разработка периоперационной терапии у пациенток с самопроизвольным абортом, направленной на снижение частоты и выраженности внутриматочных синехий.

Материалами настоящего исследования послужили клинические, лабораторные и инструментальные данные обследования, лечения и динамического наблюдения за 60 женщинами с диагнозом: «самопроизвольный аборт» (СА). Основную группу составили 30 женщин с СА, в комплексном лечении которых, наряду с традиционным лечением использовалось опорожнение матки под гистероскопическим 3 контролем, выполнялось аспирационно-промывное дренирование полости матки с использованием 0,01% раствора мирамистина с последующим подведением гель натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы (Мезогель®) в объеме 5–10 мл и курс внутриматочной лазеротерапии (ВЛТ) №5–7. Группа сравнения состояла из 30 пациенток с СА, получавших общепринятую терапию. Стандартная терапия пациенток с СА в обеих группах включала использование: антибактериальных препаратов широкого спектра действия в течение 5–7 дней; антимикотических препаратов; иммунокорригирующей терапии.

Гистероскопическое исследование проводилось при опорожнении полости матки от продуктов зачатия, а также на 5-е послеоперационные сутки и через месяц по стандартной методике. Динамический ультразвуковой скрининг матки проводился с помощью цифровой диагностической системы ультразвукового сканирования

HITACHI – 5500 с применением датчиков 5,0–7,5 МГц. Для стандартизации условий все исследования проводились до оперативного лечения, на 5–7-е послеоперационные сутки и через 3 месяца. Для оценки динамики локальных процессов в полости матки проводили цитологический контроль аспирата из полости матки до начала и в процессе лечения. Цитологические изменения в метроаспиратах классифицировали по периодам раневого процесса. Для оценки распространенности внутриматочных синехий использовалась классификация Европейской ассоциации гинекологов-эндоскопистов (ESH, 1989). Оценка эффективности разработанного метода проводилась путем сравнения динамики изучаемых показателей и отдаленных результатов лечения в группе сравнения.

Исследования показали, что применение 0,01% раствора мирамистина в сочетании с внутриматочной лазеротерапией способствует более быстрому переходу дегенеративно-некротических изменений в дегенеративно-воспалительные и в последующем – в регенеративные I типа. Качественные различия цитоморфограмм метроаспиратов позволяют сделать вывод о том, что разработанная методика является наиболее эффективной в реабилитации пациенток с самопроизвольным прерыванием беременности, при этом использование внутриматочной лазеротерапии, оказывая влияние на местный иммунитет и микроциркуляцию, способствует течению раневого процесса в рамках физиологических границ. При УЗИ, проведенном на 5-е послеоперационные сутки наиболее выраженные изменения отмечались среди пациенток группы сравнения. УЗИ проведенное через 3 месяца позволило выявить признаки хронического метрита среди пациенток основной группы и группы сравнения в 9,99% и 53,33% случаев соответственно. Проведение контрольной мини-гистероскопии через 3 месяца после вмешательства позволило подтвердить эффективность разработанного метода профилактики образования внутриматочных синехий. Так, в основной группе внутриматочные синехии выявлены лишь в 13,33%, в то время как в группе сравнения внутриматочные спайки регистрировались в 46,6% случаев. Применение разработанной системы профилактики снизило частоту образования внутриматочных спаек в 3,5 раза.

Предложенный метод локального воздействия в периоперационном периоде у пациенток с СА способствует ускорению регенераторного процесса, что проявляется в уменьшении длительности фаз воспаления и интенсификации восстановительных механизмов, адекватной санации за счет комбинированного воздействия путем механического ее опорожнения от патологического субстрата, а также за счет улучшения метаболических процессов, снижения отека и инфильтрации тканей, способствует совершенствованию психологической переносимости манипуляции пациенткой.

Резюме. Изучена эффективность использования локальной терапии с использованием внутриматочной лазеротерапии и геля карбоксиметилцеллюлозы в периоперационном периоде. Доказано, что предложенная методика, способствует адекватному течению послеоперационного периода и, в отличие от традиционного подхода, в большей степени препятствует формированию внутриматочных синехий.

D.T. Tashuhozhaeva, I.A. Salov, D.V. Marshalov, J.N. Tarasenko

THE METHOD OF PREVENTION OF INTRAUTERINE ADHESIONS AFTER A SPONTANEUS ABORTION

Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

The efficiency of the use of local therapy with the use of laser therapy and carboxymethylcellulose in the perioperative period. It is proved that the proposed technique contributes to adequate postoperative period, and in contrast to the traditional approach, largely prevents the formation of intrauterine adhesions.

А.Н. Стрижаков, И.А. Клиндухов, В.М. Пашков, А.И. Давыдов, О.В. Чабан

ПОКАЗАТЕЛИ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА И ГЕМОДИНАМИКА В ЯИЧНИКАХ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

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

Цель исследования: Сравнительная оценка исходов лечения, овариального резерва и показателей кровотока и после гистерэктомий. Обследовано 510 женщин в возрасте от 38 до 55 лет, которые в период с 2005 по 2012 гг. перенесших плановую гистерэктомию по поводу (миома матки, аденомиоз, выпадение матки). Выполнено 160 влагалищных гистерэктомий (ВГ) (90 без пролапса гениталий), 164 экстирпации матки путем чревосечения (ЭМ), 196 надвлагалищных ампутаций матки (НАМ) (116 путем чревосечения и 80 лапароскопическим доступом). Проанализированы исходы хирургических вмешательств, и характер течение послеоперационного периода. Объем яичника, количество антральных фолликулов, индексы васкуляризации и кровотока в строме яичника (vascularization index (VI), flow index (FI), и vascularization flow index (VFI)) оценивали накануне хирургического вмешательства и через 6 месяцев после операции.

Частота осложнений после гистерэктомии составила 6,3%. Этот показатель после лапароскопических НАМ оказался значительно выше (10,0%), чем после аналогичных вмешательств, выполненных путем чревосечения (ЭМ+НАМ) (5,4%, $p<0,01$), и практически не отличался от такового после ВГ (8,8%). Зафиксировано по одному случаю повреждения кишечника в ходе эндоскопического вмешательства и при гистерэктомии путем чревосечения, один случай ранения мочевого пузыря при лапароскопии и один случай повреждения мочеточника в ходе операции путем чревосечения. Не зафиксировано ни одного случая интраоперационного повреждения сосудов. Влагалищные операции сопровождались наиболее высокой частотой случаев задержки мочи и формирования гематом, по сравнению с другими типами вмешательств. Конверсия в чревосечение потребовалась в двух наблюдениях при лапароскопии и в одном случае в ходе влагалищной операций.

Удаление матки сопровождалось достоверным увеличением сывороточного уровня ФСГ (с 5,89±1,94 МЕд/л до 33,29±8,23 МЕд/л) и снижением всех показателей кровотока в строме яичников: VI (с 1,12±0,95 до 0,31±0,27), FI (с 38,41±10,21 до 30,47±12,06), VFI (с 0,59±0,49 до 0,13±0,11). При этом, количество антральных фолликулов и объем яичников до хирургического вмешательства оказались сопоставимыми с аналогичными показателями после операции. Анализ изучаемых параметров по группам в зависимости от вида хирургического доступа и объема операции не выявил существенных отклонений от общей тенденции.

Итак, частота осложнений после гистерэктомии составила 6,3%. По сравнению с другими типами операций, влагалищные гистерэктомии чаще сопровождаются формированием гематом и задержками мочи. Лапароскопические гистерэктомии характеризуются с более высоким риском, геморрагических осложнений, приводящих к сравнительно более высокой частоте конверсий в чревосечение и гемотрансфузий.

Хирургическое лечение в объеме удаления матки вне зависимости от доступа приводит к снижению показателей кровотока в ткани яичников. Полученные данные позволяют судить о важности кровоснабжения из бассейна маточной артерии для яичника и указывают на причину быстрого угасания его функции после гистерэктомии у женщин позднего репродуктивного возраста.

Проведено сравнительное исследование исходов гистерэктомий, выполненных различным доступом. Изучена динамика показателей стромальных кровотоков яичников и гонадотропных гормонов до и после операции. Выявлено значимое повышение уровня ФСГ и снижение показателей перфузии яичников (VI, FI и VFI) после гистерэктомии. Полученные результаты показывают, что гистерэктомия может быть причиной снижения овариальной функции женщин позднего репродуктивного возраста.

A.N. Strizhakov, I.A. Klindukhov, V.M. Pashkov, A.I. Davydov, O.V. Chaban

INDICATORS OF OVARIAN RESERVE AND HEMODYNAMICS IN THE OVARIES AFTER A HYSTERECTOMY

Department of Obstetrics Gynecology and Perinatology I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia

The aim of this study was to compare short-term outcomes after laparoscopic, abdominal and vaginal hysterectomies and ovarian stromal blood flow measured by three-dimensional power Doppler ultrasound before and after surgery. Women after hysterectomy had significantly elevated serum FSH level and lower ovarian stromal blood flow indices, including VI, FI, and VFI. These changes may suggest altered ovarian function after hysterectomy. These results suggest that hysterectomy accelerates the decline in ovarian function in women of late reproductive age.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1 / CHAPTER I

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

5 Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Н.Н. Кириленко
ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ В ИЗМЕНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН НА ПРИМЕРЕ ОДНОГО ИЗ ГОРОДОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

6 L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, N.N. Kirilenco
COMMON TRENDS IN THE REPRODUCTIVE WOMEN'S HEALTH ON THE EXAMPLE OF ONE OF THE TOWNS OF THE MOSCOW REGION

7 Л.В. Адамян, Н.С. Мельникова, О.В. Козлова
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

8 L.V. Adamyan, N.S. Melnikova, O.V. Kozlova
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATHOLOGICAL PROCESSES OF THE ENDOMETRIUM IN ELDERLYPATIENTS

9 Л.И. Анохова, Т.Е. Белокриницкая, Д.А. Тарбаева, Н.И. Фролова, О.Ю. Дашкевич, О.А. Ли, Д.А. Ананьина, Н.В. Кадалова
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ВЫСОКОГО РИСКА: ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ, ПОКАЗАНИЯ, КОЭФФИЦИЕНТ ЭФФЕКТИВНОСТИ

10 L.I. Anokhova, T.E. Belokrinitskaya, D.A. Tarbayeva, N.I. Frolova, O.Yu.Dashkevich, O.A. Li, D.A. Ananyina, N.V. Kadalova
CESAREAN SECTION IN THE HIGH RISK HOSPITAL: AGE ASPECTS, INDICATIONS, EFFECTIVENESS RATIO

10 Т.Е. Белокриницкая, Л.И. Анохова, Н.И. Фролова, С.А. Иозефсон, И.Б. Плоткин, Д.А. Ананьина, Д.Ж. Базарова, Д.Б. Банзаракшеева, А.Н. Демидович, Н.В. Кадалова, Н.В. Сапрыгина, Е.Б. Селезнева, А.С. Спесивцев, А.П. Федосеева, Л.Б. Филиппова, Ю.В. Якимова
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

12 T.E. Belokrinitskaya, L.I. Anokhova, N.I. Frolova, S.A. Iozefson, I.B. Plotkin, D.A. Ananyina, D.Zh. Bazarova, D.B. Banzaraksheeva, A.N. Demidovich, N.V. Kadalova, N.V. Saprygina, E.B. Selezneva, A.S. Spesivtsev, A.P. Fedoseeva, L.B. Filippova, Yu.V. Yakimova
EPIDEMIOLOGY OF WOMEN`S INFERTILITY IN ZABAIKALSKY REGION

12 А.В. Ледина, В.Н. Прилепская
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ШЕСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ РОССИИ

13 A.V. Ledina, V.N. Prilepskaya
PREVALENCE OF PREMENSTRUAL SYNDROME IN WOMEN SIX FEDERAL DISTRICTS OF RUSSIA

14 А.И. Малышкина, О.Н. Песикин, М.В. Кулигина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2012 ГОДУ

15 A.I. Malyshkina, O.N. Pesikin, M.V. Kuligina
EFFICIENCY REGIONALIZATION PERINATAL CARE FOR PRETERM LABOR IN CENTRAL FEDERAL DISTRICT IN 2012

16 А.В. Осадчук, А.В. Попова, М.А. Клещев, А.И. Линник, В.А. Кульчицкий, Е.В. Типисова, Л.Н. Шантанова, П.Г. Петрова, И.П. Троев, В.В. Остобунаев, А.А. Еркович, Н.А. Ворошилова, Н.Н. Кузнецова, Л.В. Осадчук
ЕВРАЗИЙСКИЙ МЕРИДИАННЫЙ ТРЕНД СПЕРМАТОГЕННОЙ ФУНКЦИИ В УРБАНИЗИРОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

17 A.V. Osadchuk, A.V. Popova, M.A. Kleshev, A.I. Linnik, V.A. Kulchitsky, E.V. Tipisova, L.N. Shantanova, P.G. Petrova, I.P. Troev, V.V. Ostobunaev, A.A. Erkovich, N.A. Voroshilova, N.N. Kuznetsova, L.V. Osadchuk
EURASIAN MERIDIAN TREND OF SPERM FUNCTION IN URBAN POPULATIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION AND THE REPUBLIC OF BELARUS

18 О.Г. Фролова, Т.К. Гребенник
ОПЕРАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

19 O.G. Frolova, T.K. Grebennik
OPERATIONAL ACTIVITY IN OBSTETRIC AND GYNECOLOGIC PRACTICE

ГЛАВА 2 / CHAPTER 2

ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

20 З.А. Абусуева, Т.Х-М. Хашаева, А.Э. Эседова, А.М. Аттаева
НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И ЗГТ

21 Z.A. Abusueva, T. H.-M. Hašhaeva, A.E. Èsedova, A.M. Attaeva
URINATION DISORDERS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN END HRT

21 Л.В. Адамян, М.М. Сонова, Н.М. Шамугия
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ЛЕЧЕНИИ СИМТОМНОЙ МИОМЫ МАТКИ

23 L.V. Adamyan, M.M. Sonova, N.M. Shamugiya
EXPERIENCE OF ULIPRISTAL ACETATE TREATMENT OF SYMPTOMATIC UTERINE FIBROIDS

23 В.А. Алейник, Д.Б. Асранкулова, С.М. Бабич, Х.Н. Негматшаева, О.С. Юлдашева, Г.М. Маниёзова
СОДЕРЖАНИЕ АУТОАНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ, ТИРЕОГЛОБУЛИНУ И К ДНК У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

25 V.A. Aleynik, D.B. Asrankulova, S.M. Babich, H.N. Negmatshaeva, O.S. Yuldasheva, G.M. Maniyozova
THE CONTENTS OF AUTOANTIBODIES TO THYROID PEROXIDASE, THYREOGLOBULIN AND TO DNA FOR THE WOMEN WITH MISCARRIAGE

25 Т.Г. Боровская М.Е. Полуэктова Г.В. Карпова
ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕЙСТВИЯ ЭТОПОЗИДА НА СИСТЕМУ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС И ИХ ПОТОМСТВО

27 T.G. Borovskaya, M.E. Poluektova, G.V. Karpova
LONG-TERM EFFECTS ETOPOSIDE ON THE BLOOD SYSTEM OF PREGNANT RATS AND THEIR OFFSPRING

27 С.Н. Гайдуков, А.Ф. Арутюнян, Е.В. Костюшов, В.Е. Костюшов
РОЛЬ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ММР-1 И PAJ-1 В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ АДЕНОМИОЗА

28 S.N. Gaydukov, A.F. Harutyunyan, E.V. Kostyushov, V.E. Kostyushov
GENE POLYMORPHISM MMP-1 AND PAJ-1 FORECAST OF DEVELOPMENT OF ADENOMYOSIS

29 В.О. Генералов, Е.В. Цаллагова, А.М. Югай, А.Б. Орехов, И.А. Ушакова
ЗАВИСИМОСТЬ МАССЫ ТЕЛА И МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

30 E.V. Tsallagova, V.O. Generalov, A.M. Ugay, A.B. Orekhov, I.A. Ushakova
DEPENDENCE OFWEIGHT ANDFUNCTION OF THEONGOINGMENSTRUALANTICONVULSANTTHERAPY

30 С.Н. Грибова, Н.Ф. Хворостухина, Л.Г. Молчанова, Л.К. Василевич, У.В. Столярова
СОДЕРЖАНИЕ КАСПАЗЫ-3 ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЦЕРВИЦИТЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

32 S.N. Gribova, N.F. Khvorostukhina, L.G. Molchanova, L.K. Vasilevich, U.V. Stolyarova
PERCULARITIES OF PROCESSES OF APOPTOSIS OF CHILDBEARING-AGED WOMEN WITE NONNEOPLASTIC DIASES OF UTERINE CERVIX

33 М.Л. Дмитриева, О.А. Тихоновская, Т.В. Тупицына, С.А. Невоструев, С.В. Логвинов
ИЗМЕНЕНИЯ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ АУТОИММУННОМ ООФОРИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

34 M.L. Dmitrieva, O.A. Tikhonovskaya, T.V. Tupitsyna, S.A. Nevostruyev, S.V. Logvinov
CHANGES IN THE OVARIAN RESERVE IN AUTOIMMUNE OOPHORITIS IN THE EXPERIMENT

34 Е.Г. Евдокимова, Ю.А. Петров
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КВАНТОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

36 E.G. Evdokimova, Y.A. Petrov
THE USE OF QUANTUM THERAPY IN THE TREATMENT OF MENSTRUAL DISORDERS

36 Е.Г. Евдокимова, Ю.А. Петров
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЭНАР-ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

38 E.G. Evdokimova, Y.A. Petrov
THE EFFECTIVENESS OF SCENAR THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS

38 И.П. Кочеткова, Е.Г. Евдокимова, Н.С. Циркунова
ВЛИЯНИЕ ЛИПИДОВ НА СТЕРОИДОГЕНЕЗ В ТКАНЯХ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

39 I.P. Kochetkova, E.G. Evdokimova, N.S. Tchirkunova
EFFECT OF LIPID STEROIDOGENESIS IN THE TISSUES OF POLYCYSTIC OVARIES

40 И.П. Кочеткова, Е.Г. Евдокимова, Н.С. Циркунова
РОЛЬ МИКРОБНОГО АГЕНТА В ПАТОГЕНЕЗЕ МИОМЫ МАТКИ

40 I.P. Kochetkova, E.G. Evdokimova, N.S. Tchirkunova
THE ROLE OF MICROBIAL AGENT IN THE PATHOGENESIS OF UTERINE MYOMA

41 Ж.А. Каграманова, А.Н. Стрижаков, В.В. Малиновская, В.С. Ускова
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

42 J.A. Kagramanova, A.N. Strizhakov, V.V. Malinovskaya, V.S. Suskova
PATHOGENETIC SUBSTANTIATION IMMUNOTHERAPY INFLAMMATORY UTERUS AND ITS APPENDAGES

43 Д.Т. Каюмова, Г.Л. Давлетьянц
ПРОБЛЕМЫ ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ. ПУТИ РЕШЕНИЯ

44 D.T. Kajumova, G.L. Davletjants
PER- AND POSTMENOPAUSAL PROBLEMS. DECISION WAYS

44 Т.В. Клинышкова, О.Н. Перфильева, Н.Г. Гордиенко
СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ ЭНДОМЕТРИОМАХ ЯИЧНИКА ДО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

46 T.V. Klinyshkova, O.N. Perfileva, N.G. Gordienko
STATUS OF OVARIAN RESERVE WITH ENDOMETRIOSIS BEFORE SURGERY

46 О.В. Козлова
СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ И ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

48 O.V. Kozlova
STRUCTURE OF BENIGN OVARIAN PATHOLOGY AND RATIONALE MANAGEMENT OF PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE IN THE CONDITIONS DEPARTMENTAL MEDICAL

48 Т.П. Крапошина, О.В. Максимова
ГОРМОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ: РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛИШАЯ ВУЛЬВЫ

49 T.P. Kraposhina, O.V. Maksimova
ADRENAL HORMONES: ROLE IN THE PATHOGENESIS OF SCLEROSING DEPRIVING VULVAL

50 Е.М. Кузнецова, М.И. Кузнецов, Т.В. Проничкина
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАРНОЗИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

51 E.M. Kuznetsova, M.I. Kuznetsov, T.V. Pronichkina
EXPERIENCE OF DRUG THERAPY IN COMPLEX CARNOSINE DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

52 Е.А. Межевитинова, П.Р. Абакарова, Э.Р. Довлетханова, Т.В. Бровкина, Ш.М. Погосян
ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

54 E.A. Mezhevitinova, P.R. Abakarova, E.R. Dovlethanova, T.V. Brovkina, Sh.M. Pogosyan
APPLICATION COMBINATION DRUGS FOR TREATING VULVOVAGINAL DIFFERENT ETIOLOGY

54 А.Ф. Михельсон, Е.В. Кузьмицкая, Р.А. Грива, А.А. Ляпина, В.А. Сазонова
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННЫМИ С ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

56 A.F. Mihelson, EV, Kuzmitskaya R.A Mane A.A. Lyapina, V.A. Sazonova
REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS WITH CERVICAL DISEASES ASSOCIATED WITH PAPILLOMOVIRUSNOJ INFECTION

56 А.Ф. Михельсон, Е.В. Кузьмицкая, С.И. Лемешко
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОММЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

57 A.F. Mihelson, E.V. Kuzmitskaya, S.I. Lemeshko
PREDICTION OF ELIMINATION OF HPV AND CERVICAL PATHOLOGY ASSOCIROVANNOJ IN PATIENTS OF EARLY REPRODUCTIVE YEARS

58 Ж.Г. Морева, М.М. Васильев, В.П. Сащенко
НЕТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ВЛАГАЛИЩНЫХ ТРИХОМОНАД И ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

60 Zh.G. Moreva, M.M. Vasiliev, V.P. Saschenko
ATYPICAL FORMS OF TRICHOMONAS VAGINALIS AND THEIR ROLE IN THE PATHOGENESIS OF UROGENITAL INFECTIONS

60 М.Р. Оразов, А.В. Чайка, Е.Н. Носенко
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕРАПИЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ

61 M.P. Orazov, A.V. Chaika, E.N. Nosenko
A NEW LOOK AT TREATMENT OF HEMORRHAGIC SYNDROME PROLIFERATIVE DISEASES OF THE UTERUS

62 М.Р. Оразов
НИЗКОДОЗИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, В ТЕРАПИИ ТАЗОВОЙ БОЛИ АДЕНОМИОЗА

64 M.P. Orazov
LOW-DOSE CONTRACEPTIVES, IN THE TREATMENT OF PELVIC PAIN ADENOMYOSIS

64 Л.В. Осадчук
СВЯЗЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ С ПРОДУКЦИЕЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ И УРОВНЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГОРМОНОВ У МУЖЧИН СИБИРСКОГО РЕГИОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

66 L.V. Osadchuk
A RELATION BETWEEN OVERWEIGHT AND OBESITY AND SPERM OUTPUT AND SERUM REPRODUCTIVE HORMONE LEVELS AMONG MEN OF SIBERIAN REGION OF RUSSIAN FEDERATION

67 Ю.А. Петров
О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

68 Y.A. Petrov
ON THE PATHOGENETIC TREATMENT OF CHRONIC ENDOMETRITIS

69 Ю.А. Петров
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУННЫЕ НЮАНСЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА

70 Y.A. Petrov
MICROBIOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL NUANCES IN THE PATHOGENESIS OF CHRONIC ENDOMETRITIS

71 В.Н. Прилепская
ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ВПЧ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО РАКА: ДОСТИЖЕНИЯ В МИРЕ, УСПЕХИ В РОССИИ

72 V.N. Prilepskaya
HPV AND GYNECOLOGIC CANCER VACCINATION: ACHIEVEMENTS IN THE WORLD, SUCCESS IN RUSSIA

73 В.Н. Прилепская, Г.Р. Байрамова, В.В. Муравьева, О.В. Бурменская
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

74 V. Prilepskaya, G. Bayramova, V. Muravjeva, O. Burmenskaya
EFFECTIVENESS OF DIFFERENT THERAPY PRINCIPLES OF RECURRENTVULVOVAGINAL CANDIDIASIS (RVVC)

74 Т.Н. Савченко, А.В. Мельников, М.И. Агаева, И. Дергачева
МИКРОЭКОЛОГИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С ПОЛИПАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

76 T.N. Savchenko, A.V. Melnikov, M.I. Agaeva, I. Dergacheva
MICROECOLOGY GENITAL TRACT WOMEN WITH CERVICAL CANAL POLYPS

76 М.М. Сонова, А.В. Ласкевич
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИЕНОГЕСТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

77 M.M. Sonova, A.V. Laskevich
ANALYSIS OF EFFICIENCY IN COMPLEX TREATMENT OF DIENOGEST WITH GENITAL ENDOMETRIOSIS

78 Н.Н. Стеняева
К ВОПРОСУ О ВАГИНИЗМЕ

79 N.N. Stenyaeva
ON THE PROBLEM OF VAGINISMUS

79 Т.А. Тетерина, И.А. Аполихина
РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

81 T.A. Teterina, I.A. Apolihina
ROLE OF INFLAMMATORY DISEASES OF CERVIX IN PATHOGENESIS OF THE OVERACTIVE BLADDER

81 Т.В. Тупицына, О.А. Тихоновская, С.В. Логвинов, М.Л. Дмитриева, С.А. Невоструев
ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ ЯИЧНИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АУТОИММУННОМ ООФОРИТЕ

83 T.V. Tupitsyna, O.A. Tihonovskaya, S.V. Logvinov, M.L. Dmitrieva, S.A. Nevostruev
EFFECT OF GLUCOCORTICOID THERAPY ON THE MORPHOLOGY AND FUNCTION OF OVARIES AND OVARIAN RESERVE IN THE EXPERIMENTAL AUTOIMMUNE OOPHORITIS

83 Л.В. Уледева, Т.А. Зыкова
ТАУРИН КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОПУЛЯЦИИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

85 L.V. Uledeva, T.A. Zykova
TAURINE AS A FACTOR IN PREVENTION OF DIABETES MELLITUS IN THE POPULATION OF YOUNG WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

86 А.З. Хашукоева, О.А. Свитич, Э.А. Маркова, С.А. Хлынова, М.Р. Нариманова
ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННОЙ ФОТОМОДИФИКАЦИИ КРОВИ В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

87 A.Z. Khashukoeva, O.A. Svitich, E.A. Markova, S.A. Chlinova, M.R. Narimanova
THE APPLIENCE OF PHOTOSENSITIZED PHOTOMODIFICATION OF BLOOD IN THE TREATMENT OF RECURRENT FORM OF HERPES VIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH HABITUAL ABORTIONS IN ANAMNESIS

87 Н.В. Ходжаева
СВЯЗЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

89 N.V. Khodjaeva
ANXIETY-DEPRESSION ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

ГЛАВА 3 / CHAPTER 3

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

90 З.А. Агаева
ПРИМЕНЕНИЕ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

91 Z.A. Agaeva
APPLICATION SONOELASTOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OVARIAN TUMORS

92 Т.Т. Березов, О.В. Кузнецова, Р.Р. Ажигова, Ю.В. Крюк, И.В. Терешкина
СОДЕРЖАНИЕ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЭНДОМЕТРИЯ

94 T.T. Berezov, O.V. Kuznetsova, R.R. Azigova, Yu.V. Kryuk, I.V. Tereshkina
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR CONTENT IN MALIGNANT ENDOMETRIAL TUMORS

94 Е.С. Герштейн, Э.Р. Исаева, Е.А. Короткова, Л.И. Короленкова, Н.Е. Кушлинский
ИНСУЛИНОПОДОБНЫЕ ФАКТОРЫ РОСТА И СВЯЗЫВАЮЩИЕ ИХ БЕЛКИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ.

96 E.S. Gershtein, E.R. Isayeva, E.A. Korotkova, L.I. Korolenkova, N.E. Kushlinskii
INSULINE-LIKE GROWTH FACTORS AND IGF-BINDING PROTEINS IN BLOOD SERUM OF PATIENTS WITH TUMORS OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM: CLINIC-PATHOLOGIC CORRELATIONS

96 А.И. Давыдов, Е.Г. Рощина, В.М. Пашков
ЦВЕТНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ КАРТИРОВАНИЕ ВНУТРИЭНДОМЕТРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

98 A.I. Davydov, E.G. Roshchina, V.M. Pashkov
COLOR DOPPLER MAPPING AN INTRAENDOMETRIAL BLOOD FLOW AT PATIENTS WITH A ENDOMETRIAL PATHOLOGY

98 К.И. Жорданиа, Ю.Г. Паяниди, А.Ю. Кашурников, Е.В. Калиничева
ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ. ВЗГЛЯД ОНКОЛОГА

99 K.I. Zhordania, Yu.G. Payanidi, A.Yu. Kashurnikov, E.V. Kalinicheva
SURGERIES VOLUME IN GYNECOLOGY. ONCOLOGY VIEW

99 О.И. Костылева, Е.С. Герштейн, В.Д. Ермилова, Д.Э. Галдава, К.П. Лактионов
РЕЦЕПТОРЫ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА В ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

101 O.I. Kostyleva, E.S. Gershtein, V.D. Ermilova, D.E. Galdava, K.P. Laktionov
EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTORS IN THE TUMORS OF THE ORGANS OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM

102 Л.В. Адамян, Д.Н. Кушлинский, Е.С. Герштейн, В.Д. Ермилова, И.В. Терешкина, К.П. Лактионов
ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ – КЛЮЧЕВОЙ АКТИВАТОР АНГИОГЕНЕЗА В ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

104 L.V. Adamian, D.N. Kushlinsky, E.S. Gershtein, V.D. Ermilova, I.V. Tereshkina, K.P. Laktionov
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR – KEY ACTIVATOR OF ANGIOGENESIS IN OVARIAN TUMORS

105 Д.Л. Оводенко, Г.Н. Хабас, Д.Н. Кушлинский, А.А. Коршунов, М.В. Санникова, С.А. Леваков
ЛАПАРОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

106 D.L. Ovodenko, G.N. Khabas, D.N. Kushlinskiy, A.A. Korshunov, M.V. Sannikova, S.A. Levakov
LAPAROSCOPY IN SURGICAL TREATMENT OF GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS

106 М.Р. Оразов
СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АДЕНОМИОЗОМ

108 M.R. Orazov
SEROLOGICAL MARKERS DURING PELVIC PAIN CAUSED BY ADENOMYOSIS

109 Н.М. Назарова, Д.Ю. Трофимов, Н.В. Бестаева, О.В. Бурменская, Е.А. Коган, Л.А. Суламанидзе, Г.М. Мзарелуа
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И РОЛЬ ВПЧ 52 И 58 ТИПОВ В РАЗВИТИИ CIN

110 N.M. Nazarova, D.Y. Trofimov, N.V. Bestaeva, O.V. Burmenskaya, E.A. Kogan, L.A. Sulamanidze, G.M. Mzarelua
THE PREVALENCE AND ROLE OF HPV TYPES 52 AND 58 IN THE DEVELOPMENT OF CIN

110 А.С. Шевчук, Е.Г. Новикова, Ю.Ю. Андреева
УЛЬТРАКОНСЕРВАТИВНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

111 A.S. Shevchuk, E.G. Novikova, Yu.Yu. Andreeva
ULTRACONSERVATIVE APPROACH IN FERTILITY-SPARING TREATMENT OF BORDERLINE OVARIAN TUMORS

111 Д.Ю. Юлдашева, Д.Т. Каюмова
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ

112 D.Yu.Yuldasheva, D.T. Kayumova
HISTOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CERVIX NEOPLASTIC PROCESSES

ГЛАВА 4 / CHAPTER 4

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

113 С.Н. Буянова, О.В. Москалец, А.П. Линник, О.Г. Иванова, А.И. Макарков
НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ИММУННОГО ГЕНЕЗА: РОЛЬ TH1 И TH17 СУБПОПУЛЯЦИЙ ЛИМФОЦИТОВ

114 S.N. Buyanova, O.V. Moskalets, A.P. Linnik, O.G. Ivanova, A.I. Makarkov
PREGNANCY LOSS OF IMMUNE ETIOLOGY: THE ROLE OF TH1 AND TH17 SUBSETS OF LYMPHOCYTES

115 А.И. Гальченко, М.Г. Николаева
ПРЕДГРАВИДАРНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

116 A.I. Gal'chenko, M.G. Nikolaev
PREGRAVID OBESITY AS A RISK FACTOR GESTATIONAL COMPLICATIONS

117 Т.Г. Денисова, Э.Н. Васильева, Т.Н. Сидорова, Э.А. Мноян, Е.Н. Грузинова, М.С. Денисов
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

118 T.G. Denisova, E.N. Vasileva, T.N. Sidorova, E.A. Mnoyan, E.N. Gruzinova, M.S. Denisov
CLINICAL ASPECTS OF CURRENT DELIVERY IN WOMEN UNDERWEIGHT

118 Ю.М. Дука
РОЛЬ ГЕННЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНЕЗЕ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ВЫКИДЫШЕ ПЕРВОГО ПЛОДА ИЗ ДВОЙНИ БЕЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА – КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

120 Y.M. Duka
ROLE OF GENE POLYMORPHISMS IN GENESIS OF PROLONGATION OF PREGNANCY AT WOMEN WITH OBESITY AT THE ABORTION OF THE FIRST PRE-NATAL EMBRYO FROM TWINS WITHOUT PLACENTA OFFICE – CLINICAL CASES

120 Ю.М. Дука
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ТРОМБОФИЛИИ В СТРУКТУРЕ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

122 Y.M. Duka
METABOLIC SYNDROME AND GENETIC POLIMORPHISMS IN STRUCTURE OF LOSS OF PREGNANCY

122 Н.И. Иваненкова, Н.Ю. Борзова, Н.Ю. Сотникова, А.В. Кудряшова
ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА НА ХАРАКТЕР ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ Т-ЛИМФОЦИТОВ В ПОПУЛЯЦИИ Т-ХЕЛПЕРОВ И ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ Т-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

124 N.I. Ivanenkova, N.Yu. Borzova, N.Yu. Sotnikova, A.V. Kudryashova
INFLUENCE OF THE INFECTIOUS FACTOR ON CHARACTER OF THE DIFFERENTIATION OF T-LYMPHOCYTES IN POPULATION OF T-HELPEROV AND CYTOTOXIC T-LYMPHOCYTES AT THREAT OF INTERRUPTION OF PREGNANCY IN EARLY TERMS

124 И.В. Игнатко, А.Н. Стрижаков, Н.В. Афанасьева, А.М. Родионова
КАЧЕСТВО ЗДОРОВЬЯ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОГО И АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

126 I.V. Ignatko, A.N. Strizhakov, N.V. Afanasieva, A.M. Rodionova
QUALITY WOMEN HEALTH AFTER THE VAGINAL DELIVERY AND CESAREAN SECTION

126 О.Н. Кононова, А.М. Пристром, А.В. Коротаев, Э.Н. Платошкин
РИСКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

128 O.N. Kononova, A.M. Pristrom, A.V. Korotaev, E.N. Platoshkin
RISKS OF METABOLIC SYNDROME IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY

128 В.П. Кузнецов, С.Г. Цахилова, Д.Х. Сарахова, А.С. Зыкова
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИСТЕМНОЙЭНДОТОКСИНЕМИИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

130 V.P. Kuznetsov, D. Tsakhilov, D.H. Sarahova, A.S. Zykov
PATHOGENETIC THERAPY SYSTEM ENDOTOXEMIA IN PREECLAMPSIA

130 В.П. Кузнецов, С.Г. Цахилова, И.Б. Осадчева, А.С. Зыкова
ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

132 V.P. Kuznetsov, S.G. Tsahilova, I.B. Osadcheva, A.S. Zykov
ENTEROSORBENTS IN COMPLEX PATHOGENETIC THERAPY OF PREECLAMPSIA

132 В.П. Кузнецов, С.Г Цахилова, И.Б. Осадчева, А.С. Зыкова
КОМПЛЕКСНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМСИИ И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

134 V.P. Kuznetsov, S.G. Tsakhilov, I.B. Osadcheva, A.S. Zykov
INTEGRATED INFUSION THERAPY PREEKLAMSY AND ITS CORRECTION

134 В.П. Кузнецов, А.М. Торчинов, С.Г. Цахилова, О.В. Рогачевский, А.Р. Торчинов, Д.Х. Сарахова
КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТОЗОМ

135 V.P. Kuznetsov, A.M. Torchinov, S.G. Tsahilova, O.V. Rogachevsky, A.R. Torchinov, D.H. Sarahova
COMPLEX THERAPY OF OBSTETRIC HEMORRHAGE IN PUERPERAS WITH GESTOSIS

136 Т.Е. Кузьмина
ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

137 T.E. Kuzmina
THE RATE OF PREGNANCY AND UTERINE RUPTURE RISK AFTER CONCERVATIVE MYOMECTOMY

138 Л.В. Кулида, Л.П. Перетятко
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РЕТАРДАНТНОМ ТИПЕ ДИСХРОНИЙ РАЗВИТИЯ ТИМУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

140 L.V. Kulida, L.P. Peretyatko
DIAGNOSTIC CRITERIA OF CHRONIC PLACENTAL INSUFFICIENCY RETARDANT TYPE IN DEVELOPMENT DISKHRONY THYMUS IN INFANTS WITH EXTREMELY LOW BIRTH WEIGH

140 Н.М. Магзумова, Д.Р. Садыкова, С.Б. Рузимова
ВЛИЯНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

142 N.M. Magzumova, D.R. Sadikova, S.B. Ruzimova
EFFECT OF MISSED ABORTION ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

142 З.С. Мурадова, Э.М. Алиева
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ИСХОД РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

143 Z.S. Muradova, E.M. Alieva
INFLUENCE OF COMPLEX PATHOGENETIC TREATMENT OF PRETERM LABOR IN BIRTH OUTCOMES FOR NEWBORN

144 Е.В. Никитина, Л.Н. Васильева, Н.Н. Рубахова, Н.М. Шулейко
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

146 E.V. Nikitina, L.N. Vasileva, N.N. Rubahova, N.M. Shulejjko
THE COURSE AND OUTCOMES PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH VIRAL HEPATITIS C

146 М.Г. Николаева, Г.В. Сердюк
РИСК РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ АССОЦИАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ С НОСИТЕЛЬСТВОМ ВРОЖДЕННЫХ ФАКТОРОВ ТРОМБОГЕННОГО РИСКА

148 M.G. Nikolaev, G.V. Serdyuk
RISK OF PRE-ECLAMPSIA AT THE ASSOCIATION CARDIOVASCULAR DISEASE WITH CARRIAGE OF CONGENITAL THROMBOGENIC FACTORS

148 Е.Г. Пицхелаури, Н.А. Богачева
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ВРТ ПРИ НАРУШЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

150 E.G. Pitshelauri, N.A. Bogacheva
SPECIFICITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY AFTER ART IN IMPAIRMENTS OF HAEMOSTASIS

150 И.В. Подгорный, Ю.А. Петров
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

151 I.V. Podgorniy, Y.A. Petrov
FEATURES OF THE COURSE DELIVERY IN PREGNANCIES COMPLICATED BY HYPERTENSION

152 И.А. Салов, И.А. Аржаева
ВЛИЯНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД У ПЕРВОБЕРЕНЕННЫХ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ

153 I.A. Salov, I.A. Arzhaeva
INFLUENCE PREMATURE DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID AT PRIMIGRAVIDA TO UTERINE ACTIVITY

154 И.А. Салов, А. В. Паршин
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМ ПРЕРЫВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

155 I.A. Salov, A.V. Parshin
CHARACTER CHANGES IN HORMONAL FUNCTION OF THE PLACENTA WOMEN WITH THREATENED TERMINATION OF PREGNANCY HERPETIC ETIOLOGY

155 И.А. Салов, А.В. Паршин
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

156 I.A. Salov, A.V. Parshin
MODERN APPROACH FOR PREGNANT WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE HERPETIC ETIOLOGY

157 И.А. Салов, Г.С. Суворова
ЗНАЧЕНИЕ СКОРОСТИ СНИЖЕНИЯ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

158 I.A. Salov, G.S. Suvorova
IMPORTANCE OF UTEROPLACENTAL BLOOD FLOW SPEED REDUCTION IN GENESIS OF DIC-SYNDROME AND ENDOINTOXICATION IN WOMEN WITH MISSED ABORTION

159 И.А. Салов, Д.В. Маршалов, А.П. Петренко, И.А. Аржаева
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

160 D.V. Marshalov, I.A. Salov, A.P. Petrenko, I.A. Arzgaeva
PATHOLOGICAL INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION IN PREGNANT WOMEN WITH OBESITY

161 И.А. Салов, И.А. Аржаева
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

162 I.A. Salov, I.A. Arzhaeva
FEATURES OF A CURRENT OF SORTS AT PRIMIGRAVIDA AT PRIMIGRAVIDE AT PREMATURE DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID

162 И.А. Салов, Л.В. Лысенко, Д.В. Маршалов
ПРИМЕНЕНИЕ СВЕТОВОГО ЦИФРОВОГО ФОТОКОАГУЛЯТОРА В ЛЕЧЕНИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ВЫРАЖЕННОЙ АНЕМИЕЙ

164 I.A. Salov, L.V. Lysenko, D.V. Marshalov
USE OF DIGITAL LIGHT PHOTOCOAGULATOR IN TREATMENT OF OBSTETRIC HEMORRHAGE IN PATIENTS WITH SEVERE ANEMIA.

164 И. А. Салов, Ю. В. Михайлова, М.О. Бацунова
КОМБИНАЦИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ГИПОКСИИ ПЛОДА, СИТУАЦИОННАЯ МЕТОДОЛОГИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

165 I.A. Salov, Y.V. Mikhaylova, M.O. Bacunova
COMBINATION METHODS EVALUATION FETAL HYPOXIA, SITUATIONAL METHODOLOGY OF PREGNANCY

166 Л.В. Селезнева, И.В. Подгорный, М.А. Щеглова
ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

167 L.V. Selezneva, I.V. Podgorniy, M.A. Scheglova
THE EXPERIENCE OF CHILDBIRTH WITH A NARROW PELVIS

167 В.Л. Стрельцова, Л.Д. Маркина
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА

169 V.L. Streltsova, L.D. Markina
PREDICTION STILLBIRTHS FROM THE THEORY OF ADAPTIVE REACTIONS

169 В.Л. Стрельцова, С.И. Сотниченко, А.А. Рослая
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ С УЧЕТОМ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

171 V.L. Streltsova, S.I. Sotnichenko, A.A. Roslaya
PREDICTION OF BLEEDING HYPOTONIC GIVEN THE LEVEL OF HEALTH OF PREGNANT WOMEN

171 А.Н. Стрижаков, Л.Д. Белоцерковцева, И.И. Киличева, И.В. Игнатко
СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ МАССИВНОЙ АКУШЕРСКОЙ КРОВОПОТЕРИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

174 A.N. Strizhakov, L.D. Belotsercovtseva, I.I. Kilitcheva, I.V. Ignatko
STRATEGIES FOR PREVENTING MASSIVE OBSTETRIC HEMORRHAGE DURING THE PERINATAL CENTER CONDITIONS

174 А.Н. Стрижаков, И.М. Богомазова, В.С. Белоусова, Ю.И. Толкач
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

176 A.N. Strizhakov, I.M. Bogomazova, V.S. Belousova, Yu.I. Tolkach
ANALYSIS OF THE PERINATAL OUTCOME IN PRETERM LABOR

176 А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, Ю.Ю. Попова
АНТЕНАТАЛЬНАЯ СМЕРТЬ ПЛОДА: РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ

178 A.N. Strizhakov, I.V. Ignatko, Y.Y. Popova
ANTENATAL FETAL DEATH: THE ROLE OF INFECTION

178 И.М. Таюпова
ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

180 I.M. Tayupova
INFLUENCE ON THE COURSE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA VAGINAL CANDIDIASIS IN PREGNANT

180 Л.А. Тоноян, Г.А. Алиева
ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ

181 L.A. Tonoyan, G.A. Alieva
POSSIBLE RISK DURING DELIVERY OF PATIENTS WITH A UTERINE SCAR

181 А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин, М.Г. Рон
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕТРОХОРИАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ

183 A.M. Torchinov, M.M. Umahanova, G.L. Doronin, M.G. Ron
POSSIBILITY OF COMPLEX RETAINS THERAPY IN RETROCHORIAL HEMATOMA OF THE FIRST TRIMESTER IN WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE

183 А.М. Торчинов, М.М. Умаханова, Г.Л. Доронин, М.Г. Рон
РЕТРОХОРИАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ: ПРОГНОЗЫ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

185 A.M. Torchinov, M.M. Umahanova, G.L. Doronin, M.G. Ron
RETROCHORIAL HEMATOMA OF THE FIRST TRIMESTER: OUTLOOK AND PREGNANCY OUTCOMES

185 Н.А. Тюрина, Т.К. Парамонова, С.Б. Радынова
СОСТОЯНИЕ ПРО- И АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ СИСТЕМ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

187 N.A. Tyurina, T.K. Paramonova, S.B. Radynova
STATE OF PRO-AND ANTICOAGULATION SYSTEMS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL MELLITUS

187 О.Ю. Цыганкова, Е.Н. Кравченко, М.С. Воронцова
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

188 O.Yu. Tsygankova, E.N. Kravchenko, M.S. Vorontsova
ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY IN PREGNANT WOMEN. METHODS OF CORRECTION

189 С.В. Шахтарина, А.А. Даниленко, Л.Н. Щелконогова, В.В. Павлов
ЛИМФОМА ХОДЖКИНА: БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, ПОТОМСТВО У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

190 S.V. Shahtarina, A.A. Danilenko, L.N. Schelkonogova, V.V. Pavlov
HODGKIN'S LYMPHOMA: PREGNANCY, LABOUR, PROGENY OF WOMEN AFTER TREATMENT

ГЛАВА 5 / CHAPTER 5

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

191 Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, Е.А. Богданова, С.А. Короткова, Е.В. Сибирская, М.В. Оганова
ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ У ДЕТЕЙ: СТРУКТУРА ПОВРЕЖДЕНИЙ

192 L.V. Adamyan, T.M. Glybina, E.A. Bogdanova, E.V. Sibirskaya, M.V. Oganova
PERINEAL TRAUMA IN CHILDREN: STRUCTURE DAMAGE

192 Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская, М.Б. Гарунова
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

193 L.V. Adamyan, E.A. Bogdanova, T.M. Glybina, E.V. Sibirskaya, M.B. Garunova
THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN GIRLS AND YOUNG WOMEN WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

194 Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская, М.Б. Гарунова
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

195 L.V. Adamyan, E.A. Bogdanova, T.M. Glybina, E.V. Sibirskaya, M.B. Garunova
THE FIRST STAGE FEMINIZING PLASTICS EXTERNAL GENITALIA IN GIRLS WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

195 Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина
АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА

197 L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, E.A. Bogdanova, T.M. Glybina
ABDOMINAL SYNDROME IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGIST

197 Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Н.Н. Кириленко
ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У СЕКСУАЛЬНО-АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ

198 L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, N.N. Kirilenko
PATHOLOGY OF CERVIX OF THE SEXUALLY – ACTIVE ADOLESCENTS

198 Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, О.А. Фатькина, И.В Поддубный, Т.М. Глыбина
АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА

199 L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya, O.A. Fatkina, I.V. Poddubniy, T.M. Glybina
APPENDICULAR-GENITAL SYNDROME IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC AND ADOLESCENT GYNECOLOGIST

200 Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская
НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ВИРИЛИЗАЦИИ

201 L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaya
VIOLATION OF MENSTRUAL FUNCTION IN GIRLS AND YOUNG WOMEN WITH CLINICAL SIGNS OF VIRILIZATION

201 Л.В. Адамян, З.Н. Макиян, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская, А.А. Плошкина
КЛИНИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

203 L.V. Adamyan, Z.N. Makiyan, T.M. Glybina, E.V. Sibirskaya, A.A. Ploshkina
CLINICAL AND HORMONAL MARKERS OF POLYCYSTIC OVARY OF ADOLESCENT FEMALES

203 Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, Е.А. Богданова, Е.В. Сибирская
ДИСТОПИЯ ПРИДАТКОВ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО-ПОВОДУ НЕУЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕВОЧЕК

204 L.V. Adamyan, T.M. Glybina, E.A. Bogdanova, E.V. Sibirskaya
ABNORMAL LOCATION OF THE UTERINE APPENDAGES, AS A COMPLICATION OF SURGERY ABOUT INGUINAL HERNIA IN GIRLS

205 В.О. Андреева, А.А. Машталова, Ю.А. Тян
ВЛИЯНИЕ НИЗКОДОЗИРОВАННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ДИНАМИКУ СЫВОРОТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ КАСПАЗЫ-8 У ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВАМИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

206 V.O. Andreeva, A.A. Mashtalova, Yu.A. Tyan
INFLUENCE LOW-DOSE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES DYNAMICS SERUM LEVELS OF CASPASE-8 IN PATIENTS WITH RECURRENT UTERINE BLEEDING PUBERTY

207 Е.Ю. Гречко
РЕАКЦИИ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

208 E.J. Grechko
REACTION OF THE BODY SYSTEMS OF ADOLESCENT GIRLS SUFFERING FROM DISORDERS MENSTRUATION

208 А.В. Добровольская-Катринич, В.С. Гудумак, В.Н. Мошин, М.П. Тодираш
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ ДЛЯ ПРОГНОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ В ВОЗРАСТЕ ПОСЛЕ 35 ЛЕТ

209 A.V. Dobrovolskaya-Catrinici, V.S. Gudumak, V.N. Moshin, M.P. Todirash
DIAGNOSTIC VALUE FOR PROGNOSIS CYTOKINE LEVELS ABRUPTIO PLACENTA IN PREGNANT WOMEN AGED OVER 35

210 А.А. Машталова, В.О. Андреева, Ю.А. Тян, В.А. Линде
ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ РАСТВОРИМЫХ МАРКЕРОВ FAS-ОПОСРЕДОВАННОГО АПОПТОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

211 A.A. Mashtalova, V.O. Andreeva, Yu.A. Tyan, V.A. Linde
STUDY THE ROLE OF SOLUBLE MARKERS FAS-MEDIATED APOPTOSIS PATHOGENESIS METRORRHAGIA PUBERTY

212 А.В. Московкина, В.А. Линде, О.З. Пузикова
РОЛЬ АНДРОСТЕНДИОНА В ГЕНЕЗЕ ОВАРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК С ПУБЕРТАТНОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

213 A.V. Moskovkina, V.A. Linde, O.Z. Puzikova
ANDROSTENDION ROLE IN GENESIS OF OVARIAN DYSFUNCTION IN AT HYPERANDROGENIC ADOLESCENT GIRLS

213 С.Ю. Муслимова, И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКА У ДЕВОЧЕК

215 S.U. Muslimova, I.V. Sahautdinova, T.P. Kuleshova, A.R. Hajbullina
AN ORGAN SAVING OPERATIONS IN OVARIAN NEOPLASMS TORSION IN GIRLS

215 Д.А. Султанова, Ю.А. Петров, Ю.Ю. Чеботарева
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

217 D.A. Sultanova, Ju.A. Petrov, Ju.Ju. Chebotareva
SOME PARTICULARITIES OF UNMEDICINAL TREATMENT OF PUBERTAL UTERINE BLEEDING

217 Д.А. Султанова, Ю.А. Петров, Ю.Ю. Чеботарева
БИОНЕОРГАНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ И ИХ РОЛЬ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

219 Ju.A. Petrov, D.A. Sultanova, Ju.Ju. Chebotareva
BIONEORGANIC DIAGNOSTICS OF MIKROELEMENTOZES AND THEIR ROLE IN PATHOLOGY OF THE MENSTRUAL CYCLE DISTURBANCE OF ADOLESCENT GIRLS

220 О.А. Фатькина, Е.В. Сибирская, И.В Поддубный, Т.М. Глыбина
ЭТАПЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК С АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

222 O.A. Fatkina, E.V. Sibirskaya, I.V. Poddubni, T.M. Glybina
STAGE OF EXAMINATION AND TREATMENT FOR GIRLS WITH APPENDICULAR-GENITAL SYNDROME

222 И.В. Шамина, Д.В. Илиеску, Г.В. Дудкова, Е.И. Швец, О.В. Островская
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ОМСКОГО РЕГИОНА

224 I.V. Shamina, D.V. Iliescu, G.V. Dudkova, E.I. Shvets, O.V. Ostrovskaya
MODERN LOOK AT THE PROBLEM UTERINE BLEEDING OF PUBERTY IN ADOLESCENT GIRLS OMSK REGION

224 И.В. Шамина, Е.А. Фрикель, Ю.И. Чуловский, И.А. Барбанчик, Г.В. Дудкова, Е.С. Макковеева, О.В. Островская, Е.И. Швец
РОЛЬ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА

226 I.V. Shamina, E.A. Frikel, Yu.I.Chulovskiy, I.A. Barbanchik, G.V. Dudkova, E.S. Makkoveeva, O.V. Ostrovskaya
THE ROLE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENT GIRLS IN PERINATAL PROTECTION OF THE FETUS

ГЛАВА 6 / CHAPTER 6

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

227 Н.В. Александрова, Е.А. Дубова, К.А. Павлов, О.Р. Баев, А.И. Щёголев
ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИ МАРКЕРОВ АПОПТОЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

229 N.V. Alexandrova, E.A. Dubova, K.A. Pavlov, O.R. Baev, A. Schogolev
EXPRESSION PATTERNS OF APOPTOSIS MARKERS IN PREGNANCIES OCCURRING AFTER THE USE OF ASSISTIVE REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

229 Н.В. Артымук, Т.А. Устинова, В.В. Власова, О.А. Тачкова
VITEX AGNUS CASTUS В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

231 N.V. Artymuk, T.A. Ustinova, V.V. Vlasova, O.A. Tachkova
VITEX AGNUS CASTUS IN COMPLEX INFERTILITY TREATMENT IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARIAN

231 В.А. Божедомов'', М.А. Николаева, И.В. Ушакова, И.М. Рохликов, А.В. Тихонова, Н.А. Липатова, Г.Т. Сухих'

АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРОТИВ СПЕРМАТОЗОИДОВ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ГИПЕРАКТИВАЦИЕЙ, НАРУШЕНИЕМ АКРОСОМНОЙ РЕАКЦИИ И ФРАГМЕНТАЦИЕЙ ДНК

232 V.A. Bozhedomov, M.A. Nikolaeva, I.V. Ushakova, I.M. Rokhlikov, A.V. Tikhonova, N.A. Lipatova, G.T. Suhih

AUTOIMMUNITY AGAINST PREMATURE SPERMATOZOA ACCOMPANIED HYPERACTIVATION, BREACH ACROSOME REACTION AND DNA FRAGMENTATION

232 В.А. Божедомов, Е.А. Спориш, Р.А. Алексеев, Н.А. Липатова, М.А. Николаева, А.А. Третьяков, И.В. Ушакова

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ: РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ

233 V.A. Bozhedomov, E.A. Sporish, R.A. Alekseev, N.A. Lipatova, M.A. Nikolaeva, A.A. Tretyakov, I.V. Ushakova

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ МУЖЧИН ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ: РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ

234 В.А. Божедомов, Е.А. Спориш, Р.А. Алексеев, И.М. Рохликов, Н.А. Липатова, М.А. Николаева, А.А. Третьяков, И.В. Ушакова

РОЛЬ АНТИСПЕРМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ПРОГНОЗЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

235 V.A. Bozhedomov, E.A. Sporish, R.A. Alekseev, I.M. Rohlikov, N.A. Lipatova, M.A. Nikolaeva, A.A. Tretyakov, I.V. Ushakova

SPERM ANTIBODIES IN THE FORECAST RETURN OF FERTILITY AFTER MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY

235 А.Х. Гайдарова, Н.В. Котенко, Л.С. Алисултанова, А.Ю. Сычева, Е.М. Стяжкина, Л.Ю. Тарасова, М.Ю. Яковлев

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЗДОРОВЬЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОНТРАСТНОГО МАССАЖА

236 A.H. Gaydarova, N.V. Kotenko, L.S. Alisultanova, A.Y. Sicheva, E.M. Styazhkina, L.Y. Tarasova, M.Y. Yakovlev

THE DYNAMICS OF THE FUNCTIONAL RESERVE OF HEALTH GYNECOLOGIC PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS UNDER THE INFLUENCE OF CONTRASTIN MASSAGE

237 В.К. Горшинова, М.Ю. Высоких, В.Ю. Смольникова, М.А. Володина, Д.В. Свиркун, Н.В. Тарасова, Н.В. Десяткова
НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ОПОСРЕДОВАНО ИЗМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МИТОХОНДРИЙ В ТКАНИ ЯИЧНИКА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ЖЕНЩИН

238 V.K Gorshinova, M.U. Vysokikh, V.U. Smolnikova, M.A. Volodina, D.V. Svirkun, N.V. Tarasova, N.V. Desyatkova
REPRODUCTIVE DISORDERS ARE MEDIATED BY CHANGES IN MITOCHONDRIAL FUNCTIONAL ACTIVITY IN OVARIAN TISSUE IN OBESE WOMEN

238 В.В. Грабарь, А.М. Феськов, Н.П. Пивоваров, А.В. Стефанович
СРАВНЕНИЕ ЧАСТОТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ И НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ ГЕНЕЗОМ БЕСПЛОДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИМЕНЯЕМЫХ ТЕХНИК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ)

240 V.V. Grabar, A.M. Feskov, N.P. Pivovarov, A.V. Stefanovich
COMPARISON THE FREQUENCY OF MISCARRIAGE AND PRETERM BORN IN FAMILIES WITH VARIOUS ORIGIN OF INFERTILITY DEPENDING ON APPLIED METHODS OF ASSISTED REPRODUCTION TECHNOLOGY (ART)

240 Е.А. Ефремов, Я.И. Мельник, Е.В. Касатонова, В.В. Залетова, Г.Ж. Мсхалая
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗА СЧЕТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭКСТРАКЦИИ СПЕРМАТОЗОИДОВ

242 E.A. Efremov, Y.I. Melnik, E.V. Kasatonov, V.V. Zaletova, G.J. Mskhali
IMPROVING THE EFFICIENCY OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY BY USING MICROSURGICAL SPERM EXTRACTION

242 А.И. Ищенко, А.А. Ищенко, Е.Н. Жуманова, Е.В. Федина, В.М. Зуев, О.Ю. Горбенко, А.Г. Ярошенко, И.В. Шульчина, Э.С. Агаджанян
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ДРИЛЛИНГА ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ

243 А.С. Калугина, С.В. Вяткина, С.А. Шлыкова, Ю.Г. Зубова, Ю.К. Каменецкая, Н.В. Корнилов
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭМБРИОНОВ МЕТОДОМ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ГЕНОМНОЙ ГИБРИДИЗАЦИИ НА МИКРОЧИПАХ. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

245 A.S. Kalugina, S.V. Viatkina, Yu.K. Kamenetskaya, S.A. Shlykova, Yu.G. Zubova, N.V. Kornilov
THE RESULTS OF PREIMPLANTATION GENETIC DIAGNOSIS BY THE METHOD OF COMPARATIVE GENOME HYBRIDIZATION WITH MICROCHIPS (A-CGH). OWN EXPERIENCE

245 В.А. Крутова, Д.В. Широкова, Е.А. Калинина, М.Л. Полина
ОСОБЕННОСТИ ХРОНОСТРУКТУРЫ ИММУННОГО ПРОФИЛЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ

246 V.A. Krutova, D. V. Shirokova, E.A. Kalinina, M.L. Polina
CHRONOSTRUCTURA'S FEATURES OF THE IMMUNE PROFILE AT INFERTILITY

247 В.А. Крутова, Д.В. Широкова, Е.А. Калинина, М.Л. Полина
ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

248 V.A. Krutova, D. V. Shirokova, E.A. Kalinina, M.L. Polina
INFORMATIONAL CONTENT OF METHODS OF AN ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF PSYCHOTHERAPY AT WOMEN WITH IDIOPATHIC INFERTILITY

249 М.И. Кузнецов, Е.М. Кузнецова, Л.П. Кузнецова, К.А. Силаев
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАПНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОК К ЭКО

250 M.I. Kuznetsov, E.M. Kuznetsova, L.P. Kuznetsova, K.A. Silaev
EXPERIENCE OF PHASING MEDICAL AND PHYSIOTHERAPY TREATMENT FOR PREGRAVID PREPARATION OF PATIENTS TO IVF

250 М.А. Курцер, В.А. Гнетецкая, М.А. Иванов, Ю.Ю. Кутакова, Е.Н. Сонголова, К.Г. Скрябин, Е.Б. Прохорчук, А.М. Мазур, В.В. Шахтарин
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ОСНОВЕ ПАРАЛЛЕЛЬНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ И ЧИПОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ РЕПРОДУКТОЛОГИИ

252 M.A. Kurtser, V.A. Gnetetskaya, M.A. Ivanov, Yu.Yu.Kutakova, E.N. Songolova, K.G. Skryabin, E.B. Prohorchuk, Mazur AM, Shakhtarin V. V
EXPERIENCE WITH THE NEW MOLECULAR DIAGNOSTIC METHODS BASED ON PARALLEL SEQUENCING CHIPS HIGH DENSITY IN MODERN REPRODUCTION

252 Л.А. Озолиня, Е.Б. Болдина, Н.Н. Луценко, Н.И. Насырова, Л.И. Патрушев
ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ (ГПЭ)В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ: ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, ОСОБЕННОСТИ ГЕНОТИПА

253 L.A. Ozolinya, E.B. Boldina, N.N. Lucenko, N.I. Nasyrova, L.I. Patrushev
ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN THE REPRODUCTIVE PERIOD: CHOICE OF TREATMENT, PREVENTION OF COMPLICATIONS, FEATURES OF GENOTYPE

254 Н.М. Подзолкова, Ю.А. Колода, В.А. Даньшина
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ТРОМБОФИЛИЯМИ

255 N.M. Podzolkova, Ju.A. Koloda, V.A. Danshina
OPTIMIZATION OF ARTIFICIAL REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN PATIENTS WITH THROMBOPHILIA

256 Д.Ф. Салимов, С.Л. Балезин, В.А. Макутина, Е.В. Турчанинова, О.Б. Морозова
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИТРИФИКАЦИИ В ЦЕНТРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ: 3-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ

257 D.F. Salimov, S.L. Balezin, V.A. Makutina, E.V. Turchaninova, O.B. Morozova
VITRIFICATION EFFICIENCY IN THE CENTER OF FAMILY MEDICINE: 3 YEARS EXPERIENCE

258 О.В. Самыкина, Я.А. Зазулина
ЧАСТОТА НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ЭКО НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

259 O.V. Samykina, Ya.A. Zazulina
PREGNANCY RATE IN PATIENTS WITH TUBOPERITONEAL INFERTILITY UNDERGOING IVF AGAINST CORRECTION OF LATENT IRON DEFICIENCY

260 Ю.Н. Шарфи, Д.А. Ниаури, А.М. Гзгзян, И.М. Кветной, А.И. Меркулова
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ В ЦИКЛАХ ЭКО

261 Y.N. Scarfi, D.A. Niauri, A.M. Gzgzyan, I.M. Kvetnoy, A.I. Merkulova
IMMUNOHISTOCHEMICAL INDICATORS RECEPTIVE ENDOMETRIUM INTO THE IVF CYCLES

262 М.Г. Шнейдерман, И.А. Аполихина, Е.А. Калинина, Н.В. Долгушина, В.Ю. Смольникова, Н.Г. Мишиева, А.Н. Абубакиров, А.И. Гус, Л.А. Левков, А.Г. Бурдули, К.У. Алиева, А.А. Аксененко, А.А. Куземин, Е.В. Дюжева, А.А. Гависова, Л.М. Казарян
НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ К ПРОГРАММЕ ЭКО

264 M.G. Schneiderman, I.A. Apolikhina, E.A. Kalinina, N.V. Dolgushina, V.Y. Smolnikova, N.G. Mishieva, A.N. Abubakirov A.I. , Gus L.A. Levkov, A.G. Burduli, K.U. Alieva, A.A. Aksenenko, A.A. Kuzemin, E.V. Duzheva, A.A. Gavisiva
THE NEW METHOD OF THIN ENDOMETRIUM TREATMENT DURING THE PROCESS OF PREPARING TO THE IVF PROGRAM

265 М.Г. Шнейдерман, И.А. Аполихина, Е.А. Калинина, А.Н. Абубакиров, Н.Г. Мишиева К.У. Алиева, А.Г. Бурдули, Л.М. Казарян, А.А. Аксененко, М.А. Веюкова, Е.В. Дюжева, И.В. Ушакова
НОВЫЙ МЕТОД ПОДДЕРЖКИ ИМПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНА В ЭНДОМЕТРИЙ МАТКИ

266 M.G. Shneiderman, I.A. Apolikhina, E.A. Kalinina, A.N. Abubakirov, N.G. Mishieva, K.U. Alieva, A.G. Burduli, L.M. Kazaryan, A.A. Aksenenko, M.A. Veyukova, E.V. Duzheva, I.V. Ushakova
NEWS ABOUT THE EMBRYO IMPLANTATION TO THE UTERINE CAVITY ENDOMETRIUM

ГЛАВА 7 / CHAPTER 7

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

267 Л.В. Адамян, К.Д. Мурватов, И.С. Обельчак, Л.А. Мурватова
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОГО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

270 L.V. Adamian, K.D. Murvatov, I.S. Obelchak, L.A. Murvatova
MUTLTISLICE COMPUTED HYSTEROSALPINGOGRAPHY IN DIAGNOSIS TUBOPERITONEAL INFERTILITY

270 Л.Р. Адилова, Л.В. Адамян, Е.С. Ляшко, Е.Е. Тюлькина, Е.М. Шифман, К.Н. Арсланян, О.В. Конышева, О.Б. Лапочкина
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

272 L.R. Adilova, L.V. Adamyan, E.S. Lyashko, E.E. Tyulkina, E.M. Shifman, K.N. Arslanyan, O.V Konisheva., O.B. Lapochkina
THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH MECHANICAL PROSTHETIC HEART VALVES

272 Е.Н. Андреева, К.Е. Фрис, М.С. Шеремета, Н.М. Платонова
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АСПИРАТА ИЗ ПОЛОСТИ МАТКИ В ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

274 E.N. Andreeva, K.E. Fries, M.S. Sheremeta, N.M. Platonova
INFORMATIONAL USE ASPIRATE FROM THE UTERUS FOR THE PREGRAVID TRAINING IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE LOSSES HISTORY

274 К.Р. Бондаренко, Л.А. Озолиня, А.Р. Мавзютов
МАРКЕРЫ СИСТЕМНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

276 K.R. Bondarenko, L.A. Ozolinya, A.R. Mavzyutov
MARKERS OF SYSTEMIC ENDOTOXINAEMIA IN THE PLACENTAL INSUFFICIENCY

276 А.И. Давыдов, И.А. Клиндухов, Пашков В.М.
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

278 A.I. Davydov, I.A. Klindukhov, V.M. Pashkov
MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTPARTUM HEMORRHAGE

278 В.М. Зуев, М.Т. Александров. В.Р. Везирова, Е.А. Калинина, Т.А. Джибладзе
ДИАГНОСТИКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

279 V.M. Zuev, M.T. Alexandrov, V.R. Vezirova, E.A. Kalinina, T.A. Jibladze
DIAGNOSIS MORPHO-FUNCTIONAL STATE OF THE ENDOMETRIUM WOMEN WITH DEVELOPING PREGNANCY HISTORY

279 Л.А. Иванова, Г.В. Долгов, В.О. Атласов, В.К. Ярославский
ПРЕДИКТОРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОТЕРИ ПЛОДА

280 L.A. Ivanova, G.V. Dolgov, V.O. Atlasov, V.K. Yaroslavsky
PREDICTORS PERINATAL LOSSES FETUS

281 И.В. Игнатко, М.А. Карданова, Ш.Ш. Байбулатова
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЛОДА

283 I.V. Ignatko, M.A. Kardanova, Sh.Sh. Baibulatova
MORPHOFUNCTIONAL ECHOGRAFIC ASSESSMENT OF PANCREATIC FETUS

283 Р.А. Кузнецов, Л.П. Перетятко
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВНЕВОРСИНЧАТОГО ЦИТОТРОФОБЛАСТА ПРИ РАННЕМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

285 R.A. Kuznetsov, L.P. Peretyatko
MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL INSUFFICIENCY OF EXTRAVILLOUS TROPHOBLAST AT EARLY MISCARRIAGE

285 И.В. Кузнецова, Т.В. Шевелева, О.С. Побединская, Ю.Б. Успенская, А.В. Гилельс
ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОЛИЗАТА ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В ТЕРАПИИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ЭНДОМЕТРИЯ

287 I.V. Kuznetsova, T.V. Sheveleva, O.S. Pobedinskaya, Y.B. Assumption, A.V. Gilels
APPLICATION PLACENTA HYDROLYZATE RIGHTS IN THERAPY INSUFFICIENT ENDOMETRIAL PROLIFERATION

287 Ф.Н. Махмеджанова, А.Е. Донников, И.А. Аполихина
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ СЕРОТОНИНА 5HT1A И 5HT2A В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

288 F.N. Mahmedzhanova, A.E. Donnikov, I.A. Apolihina
POLYMORPHISMS OF GENES OF SEROTONIN 5HT1A AND 5HT2A IN DIAGNOSIS OVERACTIVE BLADDER WOMEN

288 Н.В. Наумова, Т.А. Котлова, С.Л. Арутюнова
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА «ВЕНТИЛЬНОГО» ГИДРОСАЛЬПИНКСА

290 N.V. Naumova., T.A. Kotlova., S.L. Arutyunova
ULTRASONIC DIAGNOSIS OF "VALVE" HYDROSALPINX

290 Д.А. Новичков, Н.Ф. Хворостухина, У.В. Столярова
ВЗАИМОСВЯЗИ ЦИТОКИНОВ И ТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

292 D.A. Novichkov, N.F. Khvorostukhina, U.V. Stolyarova
RELATIONSHIP BETWEEN CYTOKINES AND TROPHIC CHANGES IN WALL FALLOPIAN TUBE OF TUBE PREGNANCY

292 М.А. Охрименко, В.Ю. Смольникова, А.Е. Донников, О.В. Бурменская, В.К. Таболова, И.Е. Корнеева, Т.А. Демура
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА ЭНДОМЕТРИЯ

294 M.A. Okhrimenko, V.Y. Smolnikova, A.E. Donnikov, O.V. Burmenskaya, V.K. Tabolova, I.E. Korneeva, T.A. Demura
EXPERIENCE OF USINGMOLECULAR GENETIC TECHNIQUESTO ASSESSRECEPTOR STATUSOF ENDOMETRIUM

294 Е.Б. Передеряева, Т.Б. Пшеничникова
ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАТОГЕНЕЗА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

296 E. Perederyaeva, T. Pshenichnikova
POSSIBLE MECHANISMS OF PATHOGENESIS OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

296 И.В. Подгорный, Ю.А. Петров
ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

297 I.V. Podgorniy, Y.A. Petrov
FEATURES OF DOPPLER INDICES OF UTERINE-PLACENTAL BLOOD FLOW IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSION

297 Н.Н. Рубахова, Л.С. Гуляева, О.С. Лобачевская, Л.Н. Васильева, Е.В. Никитина
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ГЕСТОЗЕ У РОДИЛЬНИЦ

299 N.N. Rubahova, L.S. Gulyaeva, O.S. Lobachevskaya, L.N. Vasileva, E.V. Nikitina
APPLICATION PLASMAPHERESIS AT GESTOZE PUERPERAS

299 Н.Х. Рузиева, С.З. Юлдашева
РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ И АННЕКСИНА-5 ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

301 N.H. Ruzieva, S.Z. Yuldasheva
DYSFUNCTION ENDOTHELIOCYTES ANNEXIN-5 FOR MISCARRIAGE

301 Л.М. Салахова, А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, Н.В. Крошкина
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОНОЦИТОВ У ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

302 L.M. Salakhova, A.I. Malyshkina, N.Yu. Sotnikova, N.V. Kroshkina
FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF MONOCYTES AT WOMEN WITH THREAT OF INTERRUPTION OF PREGNANCY

302 И. А. Салов, Г.С. Суворова
Д-ДИМЕР В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

304 I.A. Salov, G.S. Suvorova
DETERMINATION OF THE CONCENTRATION OF D-DIMER FOR THE PREDICTION OF DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION SYNDROME AMONG WOMEN WITH MISSED ABORTION

304 И.А. Салов, Д.В. Маршалов, А.П. Петренко, Р.Р. Салюков
ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ МАТОЧНО-ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ

306 D.V. Marshalov, I.A. Salov, A.P. Petrenko, I.A. Arzgaeva
INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION AND INDICATORS UTEROPLACENTAL BLOOD FLOW IN PREGNANT

306 И.А. Салов, Д.Т. Ташухожаева, Д.В. Маршалов, Ю.Н. Тарасенко
ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ТКАНЕВОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ АБОРТОМ

308 I.A. Salov, D.T. Tashuhozhaeva, D.V. Marshalov, J.N. Tarasenko
FEATURES OF THE MICROCIRCULATION AND TISSUE OXYGENATION IN PATIENTS WITH SPONTANEOUS ABORTION

308 И.А. Салов, Л.В. Лысенко
ЗАВИСИМОСТЬ ТКАНЕВОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ОТ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ С АНЕМИЕЙ

310 I.A. Salov, L.V. Lysenko
DEPENDENCE ON THE TISSUE OXYGENATION OF THE HEMOGLOBIN LEVELS IN PREGNANT WOMEN, WOMEN IN LABOR WITH ANEMIA

310 И.А. Салов, Ю.В. Михайлова, М.О. Бацунова
ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ЖЕНЩИН С НЕСОСТОЯВШИМСЯ ВЫКИДЫШЕМ

312 I.A. Salov, Y.V. Mikhaylova, M.O. Bacunova
CYTOKINE PROFILE OF WOMEN WITH MISSED ABORTION

312 Л.Н. Семенюк, Н.Е. Яроцкий, Л.В. Демьяненко, О.В. Ларина
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С ДОМИНИРОВАНИЕМ АНДРОГЕНОВ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

313 L.N. Semenyuk, N.E. Yarotsky, L.V. Demyanenko, O.V. Larina
OPTIMIZATION OF PATIENTS WITH TRAINING PREGRAVIDAL DOMINANCE ANDROGENS AND REPRODUCTIVE LOSSES HISTORY

314 К.В. Слесарева, В.А. Линде, Л.В. Колесникова, Н.В. Ермолова, Н.В. Кривенцова, Л.Р. Томай, И.В. Маркарьян, Н.Н. Скачков
ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ПАРАОКСОНАЗЫ И NO-СИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С НАРУЖНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

315 K.V. Slesareva, V.A. Linde, L.V. Kolesnikova, N.V. Ermolova, N.V. Kriventsova, L.R. Tomay, I.V. Markaryan, N.N. Skachkov
GENES POLYMORPHISM OF PARAOXONASE AND NO-SYNTHASE PATIENTS REPRODUCTIVE AGE WITH EXTERNAL ENDOMETRIOSIS

316 М.М. Сонова, Н.В. Донскова
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

317 M.M. Sonova, N.V. Donskova
MEDICAL TERMINATION OF DEVELOPING PREGNANCY

318 А.Н. Стрижаков, Е.Г. Пицхелаури, Н.А. Богачева
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ЭКО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ И НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

319 A.N. Strizhakov, E.G. Pitshelauri, N.A. Bogacheva
PREDICTION OF COMPLICATIONS OF PREGNANCY AFTER IVF DEPENDING ON THE INDICATORS OF THE VALUE OF ANGIOGENIC FACTORS AND VIOLATIONS OF HEMOSTASIS SYSTEM

320 С.В. Супрун, Т.Н. Ларина, В.К. Козлов, Е.Б. Наговицына
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MTHFR И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН КОРЕННОГО И ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРИАМУРЬЯ

322 S.V. Suprun, T.N. Larina, V.K. Kozlov, E.B. Nagovitsyna
POLYMORPHISM OF MTHFR GENE AND PROGRESS OF NATIVE AND NEWCOMERS WOMEN'S PRAGNANCY OF PRE-AMUR REGION

322 Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян, А.С. Аракелян, А.М. Красный
РОЛЬ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ CAV1.3 В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

323 G.T. Sukhikh, L.V. Adamyan, A.S. Arakelyan, A.M. Krasnyi
ROLE OF CALCIUM CHANNEL CAV1.3 IN THE MECHANISM OF DEVELOPMENT AND THE PREVALENCE OF ENDOMETRIOSIS

324 Д.А. Тарбаева, Т.Е. Белокриницкая, А.Ю. Трубицына, Л.И. Анохова
КОНФАУНДЕРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА AH1N1(2009) ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

325 D.A. Tarbayeva, T.E. Belokrinitskaya, A.Yu. Trubitsyna, L.I. Anokhova
KONFAUNDERS OF SEVERE A/H1N1/2009 PANDEMIC INFLUENZA IN PREGNANCY

325 Е.В. Тимохина
РОЛЬ ФЕТАЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

327 E.V. Timokhina
ROLE OF FETAL INHERITED THROMBOPHILIA IN DEVELOPMENT OF GROWTH RETARDATION OF VARYING SEVERITY

327 Е.В. Тимохина
ПЛАЦЕНТАРНЫЙ АПОПТОЗ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

329 E.V. Timokhina
PLACENTAL APOPTOSIS PREDICTOR OF TREATMENT EFFICACY FETAL GROWTH RETARDATION

329 Хорошун Н.Д, Адамян Л.В, Мурватов К.Д.
ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ГИСТЕРО-САЛЬПИНГОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРУБНОГО И МАТОЧНОГО БЕСПЛОДИЯ

332 Adamian L.V, Khoroshun N.D, Murvatov KD, Obelchak I.S.
FEATURES MULTISLICE COMPUTED HYSTEROSALPINGOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF TUBAL AND UTERINE INFERTILITY

332 С.Г. Цахилова, Ф.Б. Кокоева, Б.А. Никулин, Д.Х. Сарахова
ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

333 S.G. Tsahilova, F.B. Kokoeva, B.A. Nikulin, D.H. Sarahova
LIPID PEROXIDATION AND ANTIOXIDANT SYSTEMS IN PRE-ECLAMPSIA

334 С.Г. Цахилова, И.В. Олисаева, М.В. Третьякова, Д.Х. Сарахова
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ГЕМАТОЭНЦЕНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

335 S.G. Tsahilova, I.V. Olisaeva, M.V. Tretyakova, D.H. Sarahova
PROGNOSTIC VALUE OF DETERMINATION PREDICTORS THE BLOOD BRAIN BARRIERS AT PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

336 С. Цахилова, И. Осадчева, В. Кузнецов, Д. Сарахова, М. Кравцова
ВЛИЯНИЕ АДЕМЕТИОНИНА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

338 S. Tsakhilova, I. Osadcheva, V. Kuznetsov, D. Sarahova, M. Kravtcova
ВЛИЯНИЕ INFLUENCE ON ADEMETIONINE LIPID PEROXIDATION IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA IN CONJUNCTION WITH PLACENTAL INSUFFICIENCY

338 С.Г. Цахилова, Л.В. Акуленко, А.В. Дзансолова, Д.Х. Сарахова
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА М235Т АНГИОТЕНЗИНА В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

339 S.G. Tsakhilova, L.V. Akulenko, A.V. Dzansolova, D.H. Sarahova
ROLE OF FETAL GENE POLYMORPHISM OF ANGIOTENSIN M235T IN THE FORMATION OF PREECLAMPSIA

339 Н.Б. Чагай, О.С. Игумнова
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ У ПАЦИЕНТОК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

341 N.B. Chagay, O.S. Igumnova
EVALUATION INSULIN SENSITIVITY IN PATIENTS WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

341 Н.Б. Чагай, О.С. Игумнова
ТЕСТ С АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫМ ГОРМОНОМ 5 МКГ В ДИАГНОСТИКЕ НЕКЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

342 N.B. Chagay, O.S. Igumnova
APPLICATION OF THE LOW DOSE ACTH-TEST (5 MCG) IN DIAGNOSTICS OF NONCLASSICAL CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA

343 А.И. Шорников
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОТОПОГРАФИИ МАКРОФАГОВ И ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕСТОЗЕ

344 A.I. Shornikov
IMMUNOGISTOTPOGRAFY FEATURES OF PLACENTA MACROPHAGES AND MAST CELLS AT GESTOSIS

ГЛАВА 8 / CHAPTER 8

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

345 Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, З.Н. Макиян, Е.В. Сибирская, З.А. Гаджиева
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ОТТОКА МЕНСТРУАЛЬНОЙ КРОВИ

347 L.V. Adamyan, T.M. Glybina, Z.N. Makiyan, E.V. Sibirskaya, Z.A. Gadjieva
SURGICAL TREATMENT OF YOUNG PATIENTS WITH CONGENITAL MENSTRUAL OUTFLOW OBSTRUCTION

347 Л.В. Адамян, А.В. Козаченко, Л.М. Кондратович, Е.А. Коган, С.Н. Кононов
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ. КЛИНИКОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

348 L.V. Adamian, A.V. Kozachenko, L.M. Kondratovich, E.A. Cogan, S.N. Kononov
MOLECULAR MECHANISMS OF FORMATION ADHESIVE PROCESS IN PATIENTS WITH UTERINE FIBROIDS. CLINICAL MORPHOLOGICAL MANIFESTATIONS

348 Л.В. Адамян, С.А. Мартынов, А.Ю. Данилов
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

349 L.V. Adamyan, S.A. Martynov, A.U. Danilov
SURGICAL TREATMENT OF ADNEXAL MASSES DURING PREGNANCY

350 Л.В. Адамян, Т.Ю. Гаврилова, И.Ф. Козаченко, И.Е. Поротикова
СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

351 L.V. Adamian, T.Y. Gavrilova, I.F. Kozachenko, I.E. Porotikova
STATUS OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM IN PATIENTS HYSTEROMYOMA AFTER UAE. CLINICAL CASE

352 Е.А. Артошина
ПРЕИМУЩЕСТВА РАДИОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

353 E.A. Artoshina
ADVANTAGES RADIOSURGICAL METHOD IN THE TREATMENT OF CERVICAL PATHOLOGY

353 А.Ф. Арутюнян, С.Н. Гайдуков, Е.В. Костюшов, В.Е. Костюшов
ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ ПРИ СОЧЕТАНИЕ МИОМЫ МАТКИ С АДЕНОМИОЗОМ

355 A.F. Harutyunyan, S. Gaydukov, E.V. Kostyushov, V.E. Kostyushov
FEATURES OF REGIONAL BLOOD FLOW AFTER MYOMECTOMY WHEN COMBINED UTERINE FIBROIDS ADENOMYOSIS

355 Н.А. Арутюнян, Т.А. Джибладзе, В.М. Зуев, Д.В. Брюнин, А.И. Ищенко
РОЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

356 N.A. Harutyunyan, T. Jibladze, V.M. Zuev, D. Bryunin, A.I. Ishchenko
IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDIES IN COMPLEX DIAGNOSTICS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN WITH INFERTILITY

357 С.И. Аскольская, Е.А. Коган., П. Н. Бурыкина, В.Д. Чупрынин, М.В. Мельников, Е.Г. Хилькевич, А.В. Вередченко, А.М. Хачатрян, Ю.В. Попов, Т.В. Булынина
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ, С УЧЕТОМ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНО-ГИСТОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭНДОМЕТРИЯ И МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

359 S.I. Askolskaya, E.A. Kogan, P.N. Burykina, V.D. Chuprynin, M.V. Melnikov, E.G. Khil'kevich, A.V. Veredchenko, A.M. Khachatryan, Y. Popov, T.V. Bulynina
REPRODUCTIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH UTERINE LEIOMYOMA, GIVEN MORPHOLOGIC AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS ENDOMETRIUM AND FIBROIDS

359 А.В. Бабкина, Н.В. Наумова, Н.Ю. Ильченко
ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ МИОМЫ МАТКИ СУБСЕРОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

360 A.V. Babkina, N.V. Naumova, N.U. Ilchenko
ECHOGRAPHIC MARKERS DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SIMPLE AND PROLIFERATING UTERINE FIBROIDS SUBSEROSUS LOCALIZATION

361 А.Х. Гайдарова, Н.В. Котенко, Л. С. Алисултанова, Д.Б. Кульчицкая, Л.Ю. Тарасова
МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ, ПОСРЕДСТВОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

362 A.H. Gaydarova, N.V. Kotenko, L.S. Alisultanova, D.B. Kulchickaya, L.Y. Tarasova
MONITORING THE STATUS OF THE MICROVASCULATURE IN PATIENTS WITH CHRONIC ENDOMETRITIS BY LASER DOPPLER FLOWMETRY

363 С.А. Гаспарян, Н.Е. Хоменко, Г.Н. Федосова
ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН МАЛОГО ТАЗА – НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

364 S.A. Gasparyan, N.E. Homenko, G.N. Fedosova
VARICOSE VEINS OF THE PELVIC ORGANS – NEW APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT

364 Е.И. Гилядова, А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов
РИСК РЕЦИДИВА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

365 E.I. Gilyadova, A.N. Strizhakov, A.I. Davydov
RISK FOR RELAPSE OF INFLAMMATORY PROCESS AFTER DRAINAGE OF PURULENT INFLAMMATORY TUBOOVARIAN FORMATIONS

366 Н.А. Кравцова, В.А. Крутова, Т.Г. Мелконьянц, Л.В. Макаренко, А.В. Ефименко, И.И. Кравцов, Е.Г. Пирожник, И.В. Черникова, А.Н. Титова, Н.С. Тютюнникова
ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

367 N.A. Kravtsova, V.A. Krutova, T.G. Melkonyants, L.V. Makarenko, A.V. Efimenko, I.I. Kravtsov, E.G. Pirozhnik, I.V. Chernikova, A.N. Titova, N.S. Tyutyunnikova
A THREE-YEAR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE

368 Е.П. Кузнецова', К.Г. Серебренникова, О.В. Шестакова, Н.Г. Лисицина
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН СО СНИЖЕННЫМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЯИЧНИКАХ

369 E.P. Kuznetsova'' K.G. Serebrennikova, O.V. Shestakova, N.G. Lisitsina
THE EFFICIENCY OF IVF PROGRAMS IN WOMEN WITH REDUCED OVARIAN RESERVE AFTER SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN

369 А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, И.К. Богатова, Д.В. Брагина, Б.И. Брагин
РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ «МАЛЫМИ» ФОРМАМИ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ПЕРЕД ПРОГРАММОЙ ЭКО И ПЭ

371 A.I. Malyshkina, N.Yu. Sotnikova, I.K. Bogatova, D. V.Bragina, B. I. Bragin
ROLE OF HYSTEROSCOPY IN ENDOMETRIYA PREPARATION AT WOMEN WITH THEIN FERTILITY CAUSED BY "SMALL" FORMS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS BEFORE THE IVF AND ET PROGRAM

372 Е.И. Овлашенко, С. И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, М.М. Цикаришвили, Е.Ю. Кузина, З.А. Цораева
ОВАРИАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

373 E.I. Ovlashenko, S.I. Kiselev, E.L. Yarotskaya, M.M. Tsikarishvili, E.Yu. Kuzina, Z.A. Tsoraeva
OVARIAN RESERVE AFTER THE RECURRENT SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HEAMORRHAGIC TYPE OF OVARIAN APOPLEXY

374 Е.О. Сазонова, С.С. Рамазанова
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

376 E.O. Sazonova, S.S. Ramazanova
PROBLEMS OF EXTRA UTERINE PREGNANCY AT THE PREHOSPITAL STAGE

376 И.А. Салов, Д.Т. Ташухожаева, Д.В. Маршалов, Ю.Н. Тарасенко
МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

378 D.T. Tashuhozhaeva, I.A. Salov, D.V. Marshalov, J.N. Tarasenko
THE METHOD OF PREVENTION OF INTRAUTERINE ADHESIONS AFTER A SPONTANEUS ABORTION

378 А.Н. Стрижаков, И.А. Клиндухов, В.М. Пашков, А.И. Давыдов, О.В. Чабан
ПОКАЗАТЕЛИ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА И ГЕМОДИНАМИКА В ЯИЧНИКАХ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

379 A.N. Strizhakov, I.A. Klindukhov, V.M. Pashkov, A.I. Davydov, O.V. Chaban
INDICATORS OF OVARIAN RESERVE AND HEMODYNAMICS IN THE OVARIES AFTER A HYSTERECTOMY