

20  
лет

Проводится  
с 1994 года

Москва  
18–21 марта 2014



Юбилейный Всероссийский Конгресс  
с международным участием



**Амбулаторно-поликлиническая  
помощь – в эпицентре  
женского здоровья**

# Сборник тезисов

Юбилейный Всероссийский Конгресс с международным участием  
«Амбулаторно-поликлиническая помощь – в эпицентре женского здоровья»  
Сборник тезисов  
М., 2014–383 с.

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

Российское общество акушеров-гинекологов

Российское общество по контрацепции

Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии

Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

Под редакцией

академика РАМН Г.Т. Сухих

профессора В.Н. Прилепской

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

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

ISBN 978-5-906484-09-3

©«МЕДИ Экспо», 2014



## РАЗДЕЛ №1

# Акушерство

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ ПО РАЗНЫМ КЛАССИФИКАЦИЯМ

**Абдурахманова Р.А., Омаров Н.С.-М., Омарова П.М.**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной эндоскопии  
ФПК и ППС, Махачкала, Россия*

Одной из наиболее сложных и обсуждаемых проблем современного акушерства продолжает оставаться преэклампсия, что связано, прежде всего, с высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью при этом осложнении беременности. Тактика лечения АГ у беременных остается чрезвычайно актуальной проблемой ввиду существования множества несогласованных аспектов в вопросах лечебно-диагностической тактики при этой патологии.

**Целью исследования** явилось сравнение исходов для матери и плода при раннем родоразрешении и выжидании, у женщин с преэклампсией средней и тяжелой степени.

Для достижения указанного были сформированы рандомизированные группы наблюдения. 1 группа – 100 беременных, у которых применялась отечественная классификация гестоза и соответственно ей определен регламент лечения. 2 группа – 100 беременных классификация гестоза проводилась согласно МКБ 10. Проводилось ретроспективное исследование состояния матерей и их новорожденных. В вышеуказанные группы с гестозом средней и тяжелой степени входили беременные со сроком гестации свыше 32 недель беременности. Для диагностики плацентарной недостаточности использовали алгоритм обследования, включающий УЗИ фетоплацентарного комплекса, ультразвуковую доплерографию, кардиотокографию плода. Степень тяжести гестоза проводили по модифицированной шкале Гоеске. Антигипертензивная терапия при артериальной гипертензии включала: сернокислую магнезию (в качестве противосудорожной терапии), метилдопа (допегид),  $\beta$ -адреноблокаторы (атенолол, метопролол,



небиволол); блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин, норвакс), спазмолитики.

В I группе наблюдение и лечение проводили у беременных с гестозом средней степени тяжести 5–7 дней, с тяжелым гестозом 48–72 часа; Во II-й группе соответственно с преэклампсией средней степени тяжести 48–72 часа; с тяжелой преэклампсией – 6–8 ч. В случае резистентности к проводимой терапии или прогрессировании тяжести гестоза проводилось срочное или досрочное родоразрешение путем операции – кесарева сечения (в 32–34 недели истмико-цервикальное).

Анализ историй родов показал, что эклампсия развилась в 4-х случаях. Причем, во время беременности у 3-х женщин, которые входили в I группу наблюдения. Анализ состояния новорожденных, от матерей в исследуемых группах показал следующее. В I группе СДР наблюдалась у 54% новорожденных, во II группе у 70%. В соответствии чего во II группе была необходимость в пролонгированной респираторной терапии: Sipar, ИВЛ в разных режимах (принудительный, триггерный). При наблюдении за гемодинамикой, следует отметить, что у новорожденных систолическое АД при недоношенной беременности < 40 мм рт. ст., а при доношенной беременности < 60 мм рт. ст. (артериальная гипотензия), что объясняется по-видимому, длительной антигипертензионной терапией. СЗРП наблюдался в I группе в 58% случаев, во II группе в 60% соответственно. В ОРПТ новорожденных более 7 суток находились 124 (62%), из них на II этап выхаживания переведены 104: из I группы – 43 новорожденных (41,3%), из II группы 61 (58,6%) детей, оставшиеся 20 (10%) экзистировали на 9–15 сутки жизни.

Резюмируя все вышеизложенное, можно сделать следующие выводы: крайне необходимым являются проведение прегравидарной подготовки и профилактики у беременных из группы риска на развитие гестоза; применение классификации гестоза по МКБ-10 позволяет отказаться от излишнего консерватизма в тактике ведения беременности с гестозом; рациональное и своевременное родоразрешение является одним из путей снижения частоты эклампсии и ее тяжелых осложнений.

**Резюме.** Проведено исследование исходов для матери и плода при раннем родоразрешении и выжидании, у женщин с преэклампсией средней и тяжелой степени. Обследованы 90 беременных женщин: 200 беременных женщин без ограничений возраста. 1 группа – 100 беременных, у которых применялась отечественная классификация гестоза и соответственно ей определен регламент лечения. 2 группа – 100 беременных классификация гестоза проводилась согласно МКБ 10. Применение классификации гестоза по МКБ-10 позволяет отказаться от излишнего консерватизма в тактике ведения беременности с гестозом. Рациональное и своевременное родоразрешение является одним из путей снижения частоты эклампсии и ее тяжелых осложнений.

Research of outcomes for mother and a fruit is conducted at an early rodorazresheniye and waiting, at women from preeklampsiy average and heavy degree. 90 pregnant women are surveyed: 200 pregnant women without age



restrictions. 1<sup>st</sup> group – 100 pregnant women at whom domestic classification gestosis was applied and according to it the treatment regulations are defined. The 2<sup>nd</sup> group – 100 pregnant women classification gestosis was carried out according to МКВ 10. Classification application gestosis on МКВ-10 allows to refuse excessive conservatism in tactics of conducting pregnancy with the gestosis. The rational and timely rodorazresheniye is one of ways of decrease in frequency of an eklampsiya and its heavy complications.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Алегина Е.В., Тетраушвили Н.К., Агаджанова А.А.,  
Трофимов Д.Ю., Донников А.Е.

Проблема привычного невынашивания беременности остается актуальной, т.к. 3–5% супружеских пар страдают этой патологией, и в настоящее время не имеется тенденции к снижению. Этиология привычного невынашивания беременности мультифакториальна и часто имеет место воздействие сразу нескольких факторов – генетических, эндокринных, иммунологических, инфекционных, тромбофилических, анатомических. В современном мире планирование беременности происходит в более позднем репродуктивном возрасте, в связи с чем реализация генетически обусловленного риска потерь беременностей имеет место с большей частотой. В последнее время большое внимание уделяется углубленному изучению генетических аспектов в невынашивании беременности, особенно случаев потерь беременности с неясной этиологией, в связи с чем исследование генетических полиморфизмов представляет большой научный и практический интерес.

В этой связи целью данного исследования явилось изучить роль генетических факторов в реализации привычных потерь беременности неясного генеза на ранних и поздних сроках в сравнении с женщинами с ненарушенной репродуктивной функцией.

**Материалы и методы.** Проведено исследование генетических полиморфизмов 30 генов в сыворотке крови у 100 женщин методом ПЦР в режиме реального времени с помощью детектирующего амплификатора ДТ-96 (ООО «НПО ДНК-Технология», Россия).

I группу составили пациентки с привычным невынашиванием беременности ( $n=70$ ), которые были разделены на подгруппы в зависимости от срока и генеза гестационных потерь: Ia – пациентки с привычными ранними потерями (до 22 недель беременности,  $n=30$ ), Ib – пациентки с ранними преждевременными родами (после 22 недель беременности,  $n=30$ ), Ic – пациентки



с антенатальными гибелями плодов в анамнезе (после 22 недель беременности,  $n=10$ ). Группу контроля (II) составили пациентки с неосложненным течением беременности и наличием не менее 2 своевременных родов в анамнезе ( $n=30$ ).

**Результаты исследований.** Получены достоверные различия по распределению генотипов и аллелей генов COL1A1: C-1997A C>A (rs 1107946), IL15 RA: 364 (361) A>C (rs 2296135) в группе беременных с ранними выкидышами при сравнении с контрольной, достоверные различия по распределению генотипов и аллелей генов IL8: -251 A>T (rs 4073), FN1: 5349+203 T>C (rs 2304573) в группе женщин, имеющих в анамнезе поздние выкидыши, также выявлены достоверные различия по распределению генотипов и аллелей полиморфных генов IL1b: -31 T>C (rs 1143627), IL1b: -511 G>A (rs 16944), FN1: 5349+203 T>C (rs 2304573), FN1: 1819+7 A>T (rs 3796123) в группе женщин с антенатальными гибелями плодов в анамнезе.

**Заключение:** определение полиморфизмов данных генов на этапе планирования беременности позволят прогнозировать течение предстоящей беременности, а также сформировать группы риска по невынашиванию беременности для проведения более тщательной гестационной подготовки и определения тактики ведения беременности.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ФЕТАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Фролова Н.И.,  
Шиляева Ю.Н., Ярославцева Т.Г., Веригин В.Г.

*Читинская государственная медицинская академия,  
ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Россия*

В последние годы частота преждевременных родов составляет 5–10% и не имеет тенденции к снижению. Хроническая плацентарная недостаточность с задержкой развития плода (ЗРП) отягощает течение беременности в 3–5% беременностей. Безусловно, объективным критерием плацентарной недостаточности является задержка роста плода (ЗРП). В клинической практике эти акушерские осложнения чаще развиваются на фоне преэклампсии-эклампсии, которые характеризуются нарушением транспортной функции плаценты, вазоконстрикцией, метаболическими изменениями, эндотелиальной дисфункцией, активацией коагуляции и гемостазиологическими нарушениями.

**Целью нашего исследования** явилась оценка антенатального мониторинга плода в зависимости от степени ЗРП. В зависимости от степени ЗРП



пациенток разделили на 3 группы: 1 гр. – 16 беременных с ЗРП 1-й степени, 2 гр. – 14 беременных с ЗРП 2-й степени; 3 гр. – 10 беременных с ЗРП 3 степени. Все женщины находились на сроках от 32 по 36 неделю. Антенатальный мониторинг плода включал кардиотокографию и ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) маточно-плацентарного кровотока. Все женщины наблюдались у врача женской консультации, и были госпитализированы в стационар высокой степени риска по поводу хронической плацентарной недостаточности с ЗРП. Во 2-й и 3-й группах течение беременности осложнилось присоединением преэклампсии. Жительницы города Читы 11 человек (27,5%), городских поселений Забайкальского края 5 (12,5%), остальные жительницы села 24 (60%). В 1-й группе у беременных ЗРП 1-й степени по УЗДГ определено время изоволюметрического расслабления (мс), этот показатель в данной группе составил  $60,2 \pm 7$  мс, что превышало нормальные значения ( $47 \pm 6$  мс), при ненарушенном маточно-плацентарном и плодово-плацентарном кровотоке. По данным биофизического профиля, КТГ плоды не страдали. Во 2-й группе регистрировалось уменьшение пульсационного индекса в бассейне средней мозговой артерии, что сопровождалось уменьшением реактивности сердечного ритма. Критических изменений КТГ и УЗДГ в эту стадию мы не регистрировали. В 3-й группе с ЗРП 3 степени определяли резкое уменьшение максимальных скоростей кровотока в аорте плода, и регистрировали «нулевой» и/или ретроградный кровоток в артерии пуповины, что являлось абсолютным показанием к экстренному родоразрешению. На КТГ регистрировалось резкое снижение вариабельности плода, свидетельствующее о тяжелой гипоксии. Пролонгирование беременности предпринято в случаях ПН с ЗРП 1 степени за счет оптимизации кровообращения и коррекции расстройств метаболизма в плаценте при значительной незрелости плода, выполнения профилактики синдрома дыхательных расстройств, с выполнением ежедневной КТГ. Досрочно родоразрешены операцией кесарева сечения 25 беременных с оказанием адекватной неонатальной помощи, из них 1 женщина из первой группы, и 24 пациентки из 2 и 3 групп. Показаниями к оперативным родам являлись как перинатальные в 62,6% (15/24), так и материнские – 37,4% (9/24). Все дети извлечены в целом плодном пузыре, применена технология отсроченного пережатия пуповины. Перинатальной смертности не зарегистрировано. Среди детей с задержкой развития 2 и 3 степени зарегистрирована в 98% случаев перинатальная заболеваемость, при ЗРП 1 степени данный показатель составил 45%. Таким образом, проспективный антенатальный мониторинг плода при задержке его роста (БФПП, УЗДГ и КТГ) позволяет в динамике отслеживать его состояние и адаптационные возможности. В целом, прогноз считается благоприятным при ЗРП 1 степени, сомнительным – при ЗРП 2 и 3 степени. Ключевую роль в перинатальных исходах с ЗРП играет своевременное и бережное родоразрешение.

**Резюме.** Проспективный антенатальный мониторинг плода при задержке его роста позволяет в динамике отслеживать его состояние и адаптационные возможности. Благоприятные прогноз и исходы отмечены при задержке роста плода 1 степени. В случае задержки развития плода большей степени –



исходы сомнительны. Ключевую роль в перинатальных исходах с задержкой роста плода играет своевременное и бережное родоразрешение.

**Summary.** Prospective antenatal fetal monitoring in case of delay its growth dynamics allows to monitor its status and adaptive capabilities. Favorable the prognosis and outcome of marked growth retardation at 1 degree. In the case of fetal growth retardation greater – outcomes are uncertain. Key role in perinatal outcomes with fetal growth retardation plays a timely and careful delivery.

## НОВАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ – ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИСТМИКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША

Аполихина И.А., Шнейдерман М.Г., Тетруашвили Н.К., Кан Н.Е.,  
Клименченко Н.И., Павлович С.В., Ходжаева З.С.,  
Тютюнник В.Л., Агаджанова А.А., Милушева А.К.,  
Ломова Н.А., Ходова С.И., Тетерина Т.А.

*ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова Минздрава РФ, Москва*

По определению ВОЗ, преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности (154–259 дней беременности, считая от первого дня последней менструации). В структуре причин преждевременных родов наиболее часто встречается истмико-цервикальная недостаточность. Надежной профилактикой преждевременных родов является применение акушерского разгружающего pessaria.

Изучение имеющихся разновидностей акушерских pessaries выявило ряд недостатков в их конструкции и наступающих осложнений при использовании. Наиболее частым из них является возникновение чувства дискомфорта, боли, смещение и выпадение введенных во влагалище pessaries. Это связано в первую очередь с неудобной формой pessaria или материалом из которого он изготовлен. Появление обильных влагалищных выделений и образование пролежней на стенке влагалища также связано с качеством используемого материала, плотностью, возможностью инфицирования. Кроме того, нередки влагалищные раздражения, бактериальный вагиноз, актиномикоз, аллергические реакции на латекс.

Ущемление, свищи, мочевая или кишечная непроходимость могут являться результатом неудачной формы pessaries. Кроме того, существующие песса-





рии не учитывают таких факторов, как узкий или, наоборот, широкий вход во влагалище (ширина больше 4 пальцев), короткую длину влагалища (меньше 6 см) [6], сочетание опущения влагалища и стрессового недержания мочи.

Все это заставляет искать новые формы пессариев и новые материалы для их изготовления. Данную задачу решают разработанные нами новые модели акушерских пессариев, которые выполнены из высококачественного силикона, определенной упругости и плотности, специально подобранного для оптимального использования пессария. Отличительной особенностью новых пессариев является наличие двух или четырех полукруглых вырезов с внешней поверхности кольца с симметричным расположением и двух или четырех полукруглых выпуклостей с внутренней стороны кольца.

Имеются девять преимуществ новой модели акушерского пессария перед существующими образцами:

1. Происходит дополнительная фиксация пессария во влагалище за счет наружных вырезов и не наблюдается смещения и выпадения пессария при физических нагрузках.

2. Повышается удобство и простота сжимания пессария при его введении во влагалище.

3. За счет уменьшения площади соприкосновения пессария со стенкой влагалища понижается возможность развития пролежней и язв на слизистой влагалища.

4. Увеличиваются пути оттока влагалищного отделяемого.

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

6. При использовании новой модели не наблюдаются аллергические осложнения.

7. Отмечается легкость и безболезненность удаления пессария из влагалища.

8. Наличие двух или четырех выпуклостей с внутренней стороны кольца надежно предупреждает раскрытие шейки матки при истмико-цервикальной недостаточности у беременных женщин.

9. Устраняются симптомы подтекания мочи при кашле, чихании и легких физических нагрузках.

Оптимальное время непрерывного использования пессария – от 20 до 25 дней, после чего пессарий извлекается, промывается теплой водой и может быть снова введен во влагалище.

Таким образом, применение нового вида акушерских пессариев позволит значительно повысить возможность сохранения беременности у женщин с истмико-цервикальной недостаточностью и с привычным выкидышем.

Cervical insufficiency is one of the most common reasons for preterm labor. As a means of efficient preventive care could be used obstetrical pessary.

The study of a variety of pessaries revealed a number of faults in their construction and possible complications resulting from their use. The most frequent one is a feeling of discomfort, pain and displacement of pessaries in



the vagina. This can be explained, in the first place, by an uncomfortable shape or the material of the pessary. Profuse vaginal discharge and decubitus ulcers on vaginal walls can be also attributed to the quality and density of the material used and the possibility of contamination. Besides, there are frequent cases of vaginal irritation, bacterial vaginosis, actinomycosis, latex intolerance.

All this calls for creation of new forms of pessaries and new materials for their manufacturing. This task can be solved with the help of new models of obstetrical pessaries, engineered by the authors. These models are made of high quality silicone of determined flexibility and density, providing the optimal pessary appliance. The outstanding feature of the ring is the availability of 2 or 4 symmetrical semicircular slots on the external surface of the ring.

The advantage of the new models of the obstetrical pessaries over the available versions consists in the following nine points:

1. The adjunctive fixation of the pessary in the vagina is provided owing to the external slots, so the pessary would not move or drop out.

2. The high comfortability and constringency ease of the pessary was noted during its insertion into the vagina.

3. Due to the reduction of the area of the pessary contact with the vagina paries the possibility of the ulceration and the bed sores occurrence decreases.

4. The outflow of the vaginal fluid increases.

5. The antimicrobial coating prevents the nascency of the bacterial complication in the vagina.

6. In case of the new models appliance the allergic complications are not present.

7. The ease and painlessness of the pessary removal from the vagina were noted.

8. The existence of 2 or 4 bulges on the internal surface of the ring effectively prevents cervical dilatation in case of cervical insufficiency during pregnancy.

9. Elimination of symptoms of urinary incontinence while coughing, sneezing or low physical activity.

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

Thus, application of new models of obstetrical pessaries considerably increases the chances of maintenance of pregnancy among women with cervical insufficiency and habitual abortion.



# ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

**Бадриева Ю.Н., Тетелютина Ф.К., Сушенцова Т.В.**

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия*

Высокая частота распространенности сердечно-сосудистых заболеваний у беременных приобретает актуальность в настоящее время. Среди данной патологии пролапс митрального клапана (ПМК) встречается у каждой второй беременной, что может предопределить неблагоприятное течение родов и состояние здоровья будущего ребенка.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей соматического и репродуктивного здоровья беременных с ПМК I–II степени.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 266 беременных с ПМК I–II степени, рожавших в специализированном кардиологическом роддоме №6 при БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» города Ижевска. В исследуемую группу вошли пациентки в возрасте от 18 до 44 лет. Средний возраст беременных составил  $27,7 \pm 3,8$  лет.

**Результаты исследования.** Нередко ПМК впервые выявляется во время беременности. По данным нашего исследования у 179 (67,3%) пациенток беременность наступила на фоне установленного ПМК, у 87 (32,7%) – ПМК был выявлен во время настоящей беременности. По степени тяжести у 263 (98,9%) беременных был ПМК I степени, из них у 93 (35,4%) с регургитацией на клапан. ПМК II степени с регургитацией на клапан – у 3 (1,1%) пациенток. Оценивая функциональное состояние сердечной деятельности, следует указать, что у 2 (0,8%) беременных была хроническая сердечная недостаточность I степени. У 42 (15,8%) пациенток ПМК был в сочетании с артериальной гипертонией. У 106 (39,8%) беременных диагностированы ложные хорды в левом желудочке. Нарушение ритма по типу желудочковых экстрасистол было выявлено у 29 (10,9%), вегето-сосудистая дистония – у 117 (43,9%) пациенток. 70 (26,3%) беременных наблюдались в женской консультации специализированной по оказанию акушерско-гинекологической помощи женщинам с сердечно-сосудистыми заболеваниями при Республиканском клинико-диагностическом центре и 196 (73,7%) были под наблюдением по месту медицинского обслуживания и находились на двойной диспансеризации акушера-гинеколога и кардиолога.

До наступления беременности на каждую женщину пришлось 1,6 соматических заболевания. При анализе соматической патологии у обследованных женщин выявлено, что первое ранговое место занимают болезни желудочно-кишечного тракта, второе – заболевания органов зрения, третье – заболевания мочевыделительной системы.



Изучение гинекологического анамнеза женщин показало, что средний возраст наступления менархе составил  $13,5 \pm 1,3$  лет, начала половой жизни –  $18,3 \pm 0,9$  лет. До наступления беременности каждая женщина перенесла 0,8 гинекологических заболеваний. Среди гинекологической патологии первое ранговое место занимают заболевания шейки матки, второе – нарушения менструальной функции, третье – воспалительные заболевания органов малого таза. Нередко воспалительные заболевания органов малого таза были вызваны инфекциями, передаваемыми половым путем. Среди них наиболее распространены уреоплазменная инфекция, кандидоз, хламидийная инфекция.

Оценка паритета беременности и родов показала, что из 266 беременных первородящих было 136 (51,1%) и 130 (48,9%) повторнородящих. Из первородящих 105 (77,2%) первобеременных и 31 (22,8%) повторнобеременных. В среднем на одну женщину приходится 2,3 беременности, 1,6 родов, 0,3 самопроизвольных аборта и 0,4 неразвивающихся беременностей.

Заслуживает внимание, что среди соматических осложнений были выявлены проявления раннего гестоза, анемия легкой степени тяжести, перенесенная ОРВИ, пиелонефрит, тромбоцитопения. Течение беременности осложнилось у обследуемых беременных угрозой прерывания беременности, нарушением плацентации, гипоксией плода, патологией околоплодных вод, плацентарной недостаточностью.

Таким образом, при анализе особенностей соматического и репродуктивного здоровья беременных с пролапсом митрального клапана выявлено, что наиболее часто встречаются сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, заболевания мочевыделительной системы, воспалительные заболевания органов малого таза неспецифической и специфической этиологии, наличие в анамнезе абортов и неразвивающихся беременностей, приводящие к осложнениям беременности и предопределяющие неблагоприятные акушерские и перинатальные исходы.

**Резюме.** Анализ особенностей соматического и репродуктивного здоровья беременных с пролапсом митрального клапана выявил, что данный контингент женщин имеет отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез, что приводит к осложнениям беременности и предопределяет неблагоприятные акушерские и перинатальные исходы.

The analysis of features of somatic and reproductive health of pregnant women with a prolapse of the mitral valve revealed that this contingent of women has the burdened somatic and obstetric and gynecologic anamnesis that leads to complications of pregnancy and predetermines adverse obstetric and perinatal outcomes.



## ЗНАЧЕНИЕ УЗКТ В МОНИТОРИНГЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Баринава Е.В., Чекалова М.А., Короленкова Л.И.

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Данные статистических исследований свидетельствуют о неуклонном росте частоты распространения РШМ среди беременных женщин. Цель нашего исследования – определить значение УЗКТ в мониторинге ведения беременных женщин с диагнозом РШМ.

В исследовании включили 6 пациенток с диагнозом рак шейки матки (РШМ) и 30 женщин с интраэпителиальной неоплазией шейки матки II–III (CIN II – CIN III), у которых заболевание было впервые установлено во время беременности. Также проанализированы результаты обследования на разных сроках беременности и этапах лечения. Ультразвуковое обследование включало исследование органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства с использованием как серошкального режима, так ЦДК и ЭД. Все пациентки находились под регулярным динамическим наблюдением у онкогинеколога. Проводилось комплексное гинекологическое обследование, включающее осмотр в зеркалах, ректовагинальное исследование, кольпоскопию, а также цитологическое исследование мазков из экто и эндоцервикса.

У всех пациенток с диагнозом CIN II–III и у двух больных с T1a2 стадией рака шейки матки как при первичном обращении, так и при неоднократных исследованиях на протяжении беременности патологических изменений в шейке матки не выявлено.

У 4 женщин при первичном обследовании визуализировали опухоль.

У большинства больных (5) РШМ данных за регионарные и отдаленные метастазы получено не было. В одном случае определялись патологически измененные лимфатические узлы в подвздошной области слева, в 4 наблюдения данных за метастазы получено не было.

При T1v1 стадии (2 больных) протяженность опухоли составила до 2,0 см, толщина до 1,0 см, ширина до 1,3 см. При T1v2 стадии (2 женщины) протяженность опухоли была от 4,8 до 6,1 см, толщина от 1,2–1,8 см, ширина от 4,3 до 6,8 см.

В 2 случаях выявлялась эндофитная форма анатомического роста, в 1 экзофитная и в одном смешанная. В двух наблюдениях определялось небольшое образование на уровне наружного маточного зева, в одном опухоль локализовалась в пределах шейки матки, не доходя до уровня внутреннего маточного зева. У одной больной было выявлено распространение опухоли на 1/3 тела матки.

Точное определение степени распространенности опухоли как местной, так и отдаленной является важным критерием для возможности пролонгирования беременности.



Двух пациенток с диагнозом РШМ и 30 с CIN II–III наблюдали во время беременности, лечение проводилось после родоразрешения. Четырем пациенткам было рекомендовано проведение химиотерапии на фоне сохранения беременности. При этом у 2 женщин существенной динамики при оценке размеров и структуры РШМ отмечено не было. В одном случае определяли уменьшение размеров опухоли после проведения двух курсов химиотерапии, в одном случае наступило прогрессирование заболевания на фоне проводимого лечения.

Таким образом, ультразвуковой метод исследования как высокоинформативный и щадящий позволяет проводить мониторинг эффективности лечения или осуществлять наблюдение беременных женщин, тем самым способствует сохранению беременности до сроков наступления жизнеспособности плода.

**Резюме.** В исследовании включены 6 пациенток с диагнозом рак шейки матки и 30 женщин с интраэпителиальной неоплазией шейки матки II–III (CIN II – CIN III), у которых заболевание было впервые установлено во время беременности. Проанализированы результаты обследования на разных сроках беременности и этапах лечения. Ультразвуковое обследование включало исследование органов малого таза, брюшной полости, забрюшинного пространства с использованием как серошкального режима, так ЦДК и ЭД. Установлено, что ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом, который позволяет проводить мониторинг эффективности лечения или осуществлять наблюдение женщин, тем самым способствует сохранению беременности до сроков наступления жизнеспособности плода.

6 patients with cervical cancer and 30 women with cervical intraepithelial neoplasia (CIN II–III) that occurred during pregnancy were included in the study. Results of examination at different stages of treatment were analysed. Ultrasound examination included sonography of pelvic, abdomen and retroperitoneal organs and structures using the gray scale, color and power Doppler.

It is established that ultrasonography is a high-informative method which allows to carry out monitoring of treatment efficiency or for supervision over women to promote pregnancy preservation pregnancy preservation until viability of fetus.



## ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VDR НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У РОДИЛЬНИЦ

Бибкова О.С.<sup>1</sup>, Шапорова Н.Л.<sup>1</sup>, Зазерская И.Е.<sup>2</sup>,  
Судаков Д.С.<sup>1</sup>, Леонтьева К.А.<sup>1</sup>, Соловьева Н.А.<sup>1</sup>

1 – Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский  
Университет им. акад. И.П. Павлова,

2 – НИИ перинатологии и педиатрии ФГУ «Федеральный центр сердца, крови  
и эндокринологии им. В.А. Алмазова»

Изучению генетических аспектов развития остеопении у женщин репродуктивного возраста, в том числе при беременности и в послеродовом периоде, уделяется недостаточно внимания. Считается, что одной из причин идиопатического остеопороза является генетическая предрасположенность, и, информация о наличии предрасположенности к данной патологии, в ряде случаев может предотвратить его развитие (Айламазян Э.К., Баранов В.С., Зазерская И.Е.). Наследуемость уровня минеральной плотности костной ткани в позвонках и шейке бедра оценивается между 70–85% и 50–60% для костей запястья (Eisman J.A., Albagha O.M.E., Ralston S.H.). Наибольшее значение в развитии постменопаузального остеопороза имеет полиморфизм гена рецептора витамина D (VDR), через который кальцитриол осуществляет свое влияние на обмен кальция и ремоделирование костной ткани. Morrison et al. впервые удалось показать, что часто встречающиеся аллельные варианты генов рецепторов витамина D можно использовать с медицинской точки зрения, а именно для прогноза индивидуально различной плотности костной ткани. Представляется, что его различные аллельные гены лучше всего подходят для прогнозирования плотности кости. Эти аллели коррелируют с эндонуклеазными рестрикторными локусами для Fok-I и Bsm-I. Роль полиморфизма VDR в развитии остеопении у беременных женщин остается не изученной.

**Цель исследования.** Оценить вклад полиморфизма гена рецептора витамина D в развитие остеопении у родильниц.

**Материалы и методы.** Обследовано 75 родильниц, проживающих в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Возраст обследуемых в обеих группах составил 20–35 лет (средний возраст 26,23±0,59 года). Все женщины в анамнезе имели своевременное менархе и регулярный менструальный цикл. В исследование не включались женщины с наличием заболеланий, являющихся причиной вторичного остеопороза, а также принимающие лекарственные препараты, влияющие на метаболизм костной ткани. Все пациентки подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Для выделения ДНК пользовались коммерческим набором Проба-НК



(«ДНК-Технология», Россия). Для амплификации использовали прибор ДТ-96 («ДНК-Технология», Россия). Исследование полиморфизма Fok-I и Bsm-I (VDR) проводили методом ПЦР ПДРФ. Измерение МПК проводилось с применением двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) в поясничном отделе позвоночника на рентгеновском денситометре кости Lunar фирмы GE Medical Systems LUNAR (США) на 4–6 сутки после родов. Для оценки степени снижения МПК применяли Z-критерий.

**Полученные результаты.** Частота остеопении в поясничном отделе позвоночника у родильниц на 4–5 сутки послеродового периода составила  $26,0 \pm 4,5\%$ . При исследовании полиморфизмов гена VDR выявлена ассоциация вариантов аллелей Fok-I (FF, Ff, ff) и Bsm-I (BB, Bb, bb) со снижением МПК. Среди пациенток с нормальной МПК достоверно чаще встречались доминантные гомозиготы FF, чем у родильниц с остеопенией. Их частота составила  $43,3 \pm 6,1\%$  и  $21,1 \pm 9,4\%$  соответственно ( $p < 0,05$ ). Среди пациенток с остеопенией преобладали рецессивные гомозиготы ff –  $42,9 \pm 10,8\%$ , в то время как у родильниц с нормальной МПК их частота составила лишь  $9,3 \pm 3,9\%$  ( $p < 0,01$ ). Достоверных различий в частоте гетерозигот выявлено не было. Иная картина наблюдалась при анализе вариантов аллеля Bsm-I. Среди пациенток с остеопенией частота варианта аллеля BB составила  $42,9 \pm 10,8\%$ , что достоверно выше, чем у родильниц с нормальной МПК –  $7,4 \pm 3,6\%$  ( $p < 0,01$ ). Частота встречаемости рецессивных гомозигот (bb) аллеля Bsm-I была достоверно выше среди пациенток с нормальной МПК, чем у родильниц с остеопенией и составила  $50,0 \pm 6,8\%$  и  $23,8 \pm 9,3\%$ , соответственно ( $p < 0,05$ ). Достоверных различий в частоте встречаемости гетерозигот выявлено не было.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования показали взаимосвязь между определенными аллелями VDR и плотностью МПК у родильниц. Высокая предрасположенность к развитию остеопении при беременности отмечается у пациенток с вариантом BB аллеля Bsm-I и ff аллеля Fok-I.

**Резюме.** Исследование посвящено роли генетических факторов в развитии остеопороза у женщин при беременности.

**Abstract.** The study focused on the role of genetic factors in the development of osteoporosis in women during pregnancy





## ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТКА И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У РОДИЛЬНИЦ.

Бибкова О.С.<sup>1</sup>, Шапорова Н.Л.<sup>1</sup>, Зазерская И.Е.<sup>2</sup>,  
Судаков Д.С.<sup>1</sup>, Соловьева Н.А.<sup>1</sup>, Леонтьева К.А.<sup>1</sup>

1 – Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский  
Университет им. акад. И.П. Павлова,

2 – НИИ перинатологии и педиатрии ФГУ «Федеральный центр сердца, крови  
и эндокринологии им. В.А. Алмазова»

Современные представления о состоянии фосфорно-кальциевого обмена при беременности указывают на наличие приспособительных реакций в материнском организме, направленных на поддержание гомеостаза в условиях повышенной потребности в микроэлементах. Важным агентом, регулирующим кальциевый и костный обмен, является активный метаболит витамина Д – 1,25-(ОН)<sub>2</sub>-D<sub>3</sub>. Витамин Д поступает в организм с пищей, а также образуется кожей из 7 дегидрохолестерина под влиянием ультрафиолетового излучения. Достаточный уровень витамина Д и его активных метаболитов 25-(ОН)-D<sub>3</sub> и 1,25-(ОН)<sub>2</sub>-D<sub>3</sub> необходимы для адекватной абсорбции кальция в кишечнике. Содержание в сыворотке крови 25-(ОН)-D<sub>3</sub> коррелирует с содержанием витамина Д в диете.

**Цель исследования.** Оценить распространенность недостатка и дефицита витамина Д, и их влияние на минеральную плотность костной ткани у рожениц.

**Материал и методы.** Для определения роли дефицита витамина Д в развитии остеопении при беременности обследована 171 женщина в возрасте от 20 до 35 лет. Основную группу составили 75 рожениц, группу сравнения составили 96 здоровых небеременных женщин. Средний возраст в основной группе составил 26,2±0,6 лет, в группе сравнения – 26,5±0,5 лет. Измерение МПК проводилось методом ДЭРА при помощи рентгеновского денситометра кости LUNAR. Для оценки степени снижения МПК применяли Z-критерий. Обследование пациенток основной группы проводилось на 4–6 сутки послеродового периода. Резерв витамина Д оценивали по концентрации в крови кальцифедиола (25-(ОН)-D<sub>3</sub>) методом иммуноферментного анализа. Нормальным считалось содержание 25-(ОН)-D<sub>3</sub> более 30 нг/мл, значения от 21 до 29 нг/мл расценивали как недостаток витамина Д, а менее 20 нг/мл – как дефицит.

**Результаты исследования.** В группе рожениц частота остеопении оказалась достоверно выше, чем в группе сравнения (42,7±5,7% и 26,0±4,5%, p<0,05). При этом имелись различия в частоте остеопении в разных отделах скелета. Так, в поясничном отделе позвоночника в основной группе частота остеопении составила 28,0±5,2%, в группе сравнения – 11,5±3,3% (p<0,01). В проксимальном отделе бедра в основной группе снижение МПК имело



место в  $13,3 \pm 3,9\%$  случаев, а в группе сравнения –  $7,3 \pm 2,7\%$  случаев. В дистальном отделе предплечья остеопения была выявлена у  $26,8 \pm 5,1\%$  родильниц и  $18,8 \pm 4,0\%$  небеременных женщин.

Среди обследованных женщин лишь у  $36,8 \pm 3,7\%$  уровень 25-(ОН)-D<sub>3</sub> составил более 30 нг/мл. Недостаток витамина Д имелся в  $26,7 \pm 3,3\%$  случаев, а дефицит –  $37,4 \pm 3,7\%$  случаев.

В группе сравнения были выявлены различия уровня витамина Д у женщин с нормальной МПК и остеопенией. Так, при нормальной МПК средний уровень 25-(ОН)-D<sub>3</sub> составил  $51,4 \pm 10,5$  нг/мл, а при наличии остеопении –  $21,7 \pm 8,0$  нг/мл,  $p < 0,05$ . Женщины с остеопенией имели нормальные значения 25-(ОН)-D<sub>3</sub> в  $30,8 \pm 9,1\%$  случаев, недостаток – в  $19,2 \pm 7,7\%$  случаев, дефицит – в  $50,0 \pm 9,9\%$  случаев. А при нормальном уровне МПК показатели 25-(ОН)-D<sub>3</sub> более 30 нг/мл наблюдались у  $47,1 \pm 6,1\%$ , недостаток –  $24,3 \pm 5,1\%$ , дефицит – у  $28,6 \pm 5,4\%$  женщин.

У родильниц с нормальной и низкой МПК уровень витамина Д также различался. Среди родильниц с нормальной МПК средний уровень 25-(ОН)-D<sub>3</sub> составил  $56,4 \pm 7,8$  нг/мл, у родильниц с остеопенией –  $19,3 \pm 8,2$  нг/мл ( $p < 0,01$ ). При этом, среди пациенток с нормальной МПК уровень 25-(ОН)-D<sub>3</sub> превышал 30 нг/мл у  $43,6 \pm 7,7\%$ , недостаток витамина Д имелся у  $30,8 \pm 7,4\%$ , а дефицит – у  $25,6 \pm 7,0\%$ . В группе родильниц с остеопенией уровень 25-(ОН)-D<sub>3</sub> выше 30 нг/мл оказался у  $13,9 \pm 5,8\%$  пациенток, его значение от 21 до 29 нг/мл было у  $27,7 \pm 7,5\%$ , а менее 20 нг/мл – у  $58,3 \pm 8,2\%$  родильниц.

**Выводы.** Исследование показало большую распространенность у женщин репродуктивного возраста, проживающих в Санкт-Петербурге, дефицита витамина Д. Дефицит витамина Д чаще выявлялся у пациенток с низкой МПК. У родильниц остеопения встречалась в 1,8 раза чаще, чем у небеременных женщин ( $p < 0,01$ ). При этом среди родильниц с остеопенией дефицит витамина Д был выявлен в  $58,3\%$  случаев, в то время как при нормальных показателях МПК только у  $25,6\%$  пациенток. Полученные данные свидетельствуют, что дефицит витамина Д является одним из факторов риска развития остеопении после родов и требует проведения коррекции.

**Резюме.** Исследование посвящено роли витамина Д в развитии остеопении при беременности.

**Abstract.** The study focused on the role of vitamin D in the development of osteopenia in pregnancy.



## ИММУНОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНЫХ НАРУШЕНИЙ

**Бондаренко К.Р., Озолиня Л.А., Мавзютов А.Р.**

*ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ г. Москва, Россия*

*ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ, Уфа, Россия*

Одной из основных причин невынашивания беременности является инфекция (Тютюнник В.Л., 2006), в особенности – оппортунистическая грамотрицательная микрофлора (Бондаренко К.Р. и соавт., 2013). Действующим началом грамотрицательных бактерий является липополисахарид (LPS, эндотоксин). Установлено, что в период гестации LPS инициирует целый каскад патофизиологических реакций, сопровождающихся массивным повреждением плацентарной ткани (Girard S. et al., 2010), нарушениями системы гемостаза с последующим тромбозом спиральных артерий, сосудов ворсин, хориальной пластины и сосудов пуповины, что клинически проявляется развитием плацентарной недостаточности (ПН) (Останин А.А. и соавт., 2010). Негативные воздействия LPS в норме нивелируются филогенетически сформированными неспецифическими и специфическими иммунологическими механизмами «антиэндотоксиновой защиты». Учитывая дозозависимый характер эффектов LPS логичным является предположение о наличии взаимосвязи между степенью манифестации ПН и активностью антиэндотоксинового иммунного ответа, детерминированного, в свою очередь, уровнем эндотоксиновой нагрузки на организм беременной. В этой связи целью нашего исследования явилась оценка антиэндотоксинового иммунитета при различной тяжести плацентарной дисфункции.

**Материалы и методы.** Для достижения цели было проведено клинико-лабораторное обследование 130 беременных, у 70 из которых диагностировали ПН. Для диагностики ПН использовали ультразвуковую плацентографию, доплерографию, кардиотокографию. Все обследуемые были разделены на подгруппы по тяжести ПН: компенсированная ПН установлена у 36 беременных, субкомпенсированная – у 20, декомпенсированная – у 14, соответственно. Контрольную группу составили 60 женщин с физиологическим течением гестации. Оценка состояния неспецифического звена антиэндотоксинового иммунитета проводили по уровню LPS-связывающего белка (LBP), специфического – по титрам IgG к core-региону LPS в плазме крови («HyCult biotechnology», Голландия). Дополнительно у 36 беременных с компенсированной ПН определяли маркеры врожденного антиэндотоксинового иммунитета – бактерицидного белка, повышающего проницаемость клеток (BPI) и растворимой формы рецептора sCD14 («HyCult biotechnology», Голландия). Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета соответствующих прикладных программ. Описательная статистика включала в себя определение медианы (Me) и интерквартильного диа-



пазона [25; 75]. Для проверки статистических гипотез использовали непараметрический критерий Манна–Уитни.

**Результаты.** Было показано, что развитие ПН сопровождалось слабо-выраженной тенденцией к увеличению уровня плазменного острофазового белка – LBP, распознающего и транспортирующего LPS, с 49 [48; 50] мкг/мл (в контроле) до 51 [49; 52] мкг/мл (в основной группе). При компенсированной ПН содержание BPI, способного связывать LPS без последующей индукции «цитокинового каскада», составило 122 [38; 138] нг/мл (норма 0,5 нг/мл), что обеспечивало более эффективную нейтрализацию LPS при ПН. Выявленное по сравнению с нормой (3,4 [2,2; 4,3] мкг/мл) увеличение концентрации растворимой формы sCD14, относящегося к белкам острой фазы, до 6,9 [6,8; 7,1] мкг/мл подтверждало активацию врожденных иммунных механизмов в ответ на повышение эндотоксиновой нагрузки на организм при ПН. Уровень специфических IgG к core-региону LPS в системном кровотоке при ПН возрастал более, чем в два раза по сравнению с физиологическим течением беременности: с 56 [21; 89] МУ/мл до 112 [48; 160] МУ/мл, ( $p < 0,05$ ). По мере нарастания степени тяжести плацентарных нарушений параметры специфического антиэндотоксинового иммунного ответа изменялись следующим образом: компенсированное течение ПН характеризовалось увеличением IgG к core-региону LPS до 108 [50; 198] МУ/мл, при переходе в субкомпенсированную степень ПН их концентрация достигала верхнего предела, составляя 130 [122; 152] МУ/мл с последующим угнетением их синтеза и значительным снижением титров до уровня 38 [28; 64] МУ/мл. Последнее свидетельствует о срыве механизмов иммунологической защиты, возможно обусловленных истощением резервов антиэндотоксинового иммунитета, при декомпенсированных формах плацентарной дисфункции.

**Выводы.** Таким образом, выявленные особенности изменений основных интегральных составляющих антиэндотоксинового иммунитета (LBP, BPI, sCD14, IgG к core-региону LPS) при различной клинической выраженности плацентарной недостаточности косвенно подтверждают наличие эндотоксиновой составляющей в генезе рассматриваемого акушерского осложнения.

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.

**Резюме.** Целью исследования явилась оценка состояния антиэндотоксинового иммунитета при плацентарной недостаточности (ПН). Для этого было проведено определение уровней LBP, IgG к core-региону LPS в плазме крови у 130 беременных, 70 из которых – с ПН. У 36 женщин с компенсированной ПН дополнительно определяли концентрацию растворимой формы sCD14 и BPI. Результаты исследования отражают характерные изменения врожденного и адаптивного звеньев антиэндотоксинового иммунитета при ПН.

The aim of the study was to assess the antiendotoxin immunity in the placental insufficiency. The determination of levels of LBP, IgG to the core-region of LPS



was conducted in the blood plasma of 130 pregnant women, 70 – with placental insufficiency. In addition, in 36 women with compensated placental insufficiency the concentrations of the soluble form sCD14 and BPI were determined. The results of the study reflect the characteristic changes of innate and adaptive antiendotoxin immunity during placental insufficiency.

## БЕСПЛОДИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Буренкова И.А., Самчук П.М., Торубаров С.Ф.**

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия.  
ГБУЗ Родильный дом №17 Департамента здравоохранения города Москвы,  
Россия*

Несмотря на высокую частоту бесплодных браков в Российской Федерации, которая составляет 15–17%, в настоящее время достигнуты значительные успехи в лечении различных форм бесплодия, что позволяет в последующем увеличить репродуктивные возможности женщин. Многими авторами отмечается, что проводимые методы лечения бесплодия как медикаментозные, так и инструментальные (эндоскопические) могут отягощать течение наступившей беременности и ухудшать перинатальные исходы.

**Целью нашего исследования** явилось изучение особенностей течения беременностей наступивших самостоятельно после имевшего место периода бесплодия.

**Материалы и методы исследования.** Нами проанализировано 56 случаев самостоятельного наступления беременности после периода бесплодия составляющего от 3 до 5 лет. Основная группа пациенток (n=56) была разделена на две подгруппы. Первую подгруппу составили 30 пациенток с эндокринной формой бесплодия в анамнезе, вторую 26 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием. В обеих группах комплексное обследование включало оценку анамнеза, общепринятое акушерское и лабораторное обследование. Для оценки функциональных резервов в фетоплацентарной системе проводилось доплерометрическое исследование кровотока на ультразвуковом аппарате Алока SSD-1700. Контрольную группу составили 30 здоровых первобеременных. Средний возраст пациенток в исследуемых группах составил  $31 \pm 1,4$  лет.

**Результаты исследования.** При оценке клинико-анамнестических данных в основной группе было выявлено, что у 50,3% беременных основной группы имелись указания на искусственное прерывание предыдущих беременностей инструментальными способами. На деструктивные методы лечения заболеваний шейки матки указывало 31,2% женщин основной группы



и только 2% женщин контрольной группы ( $p < 0,05$ ). При оценке течения настоящей беременности у 47,2% женщин имело место невынашивание беременности, в контрольной группе невынашивание составило 5,2% случаев ( $p < 0,05$ ). В 28,7% и 21% случаев соответственно имели место хронические инфекции уrogenитального тракта. На курение до и вовремя беременности указывало 21,4% и 12,1% пациенток соответственно. Во время беременности в 15,6% случаев пациенток основной группы и 3% контрольной группы соответственно, диагностирована ИЦН, по поводу которой проводился хирургический или терапевтический серкляж. Преждевременные роды (ПР) в основной группе отмечены в 21% случаев, в подавляющем большинстве, это произошло в подгруппе с эндокринным бесплодием, в контрольной группе ПР отмечены в 4% случаев ( $p < 0,05$ ). По данным проведенного исследования кровотока в фетоплацентарном комплексе, нарушения в основной группе отмечены у 28 (50%) беременных, которые характеризовались нарушениями гемодинамики в системе мать–плацента–плод 1-А или 1-Б степени, у 16,4% пациенток имело место нарушениями в системе мать–плацента–плод 2-й степени при наличии двусторонних изменений и дикротической выемки в маточных артериях и СЗРП 1–2 степени, у 5,3% диагностирован СЗРП тяжелой степени с признаками выраженной централизации артериального кровотока плода, с наличием нулевых и ретроградных значений кровотока в венозном протоке в течение предсердной систолы. В контрольной группе отмечены только нарушения кровотока легкой степени в 12,6% случаев, что явилось достоверно значимым при сравнении с основной группой ( $p < 0,05$ ). Операция кесарева сечения проведена в 67% случаев основной группы, в контрольной оперативное родоразрешение по акушерским показаниям составило 6% случаев.

**Закключение.** На основании выше изложенного следует, что женский фактор бесплодия в анамнезе и проводимое по этому поводу лечение, при самостоятельно наступившей беременности увеличивал частоту угрозы невынашивания, преждевременных родов, частоту нарушения кровотока в системе мать–плацента–плод по сравнению с группой контроля. В этой группе отмечена высокая частота кесарева сечения.

**Резюме.** Проведен анализ особенностей течения беременности, наступившей самостоятельно у 56 женщин после периода бесплодия от 3 до 5 лет. Выявлено, что женский фактор бесплодия в анамнезе при самостоятельно наступившей беременности увеличивал частоту угрозы невынашивания, преждевременных родов по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). В этой группе отмечена высокая частота нарушения кровотока в системе мать–плацента–плод, а также высокая частота кесарева сечения.

The assessment of the progressing of the pregnancy developed without medical interventions of 56 women after 3–5 years of infertility was made. The female factor in anamnesis was associated with higher frequency of miscarriage, threatened labour compared to control ( $p < 0,05$ ). In this group higher frequency of disturbances in maternal-fetal circulation and higher frequency of caesarean section was noted.



# ГЕСТАЦИОННАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ИСХОДНО НОРМАЛЬНЫМ ВЕСОМ

**Вахрушина А.С., Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н.,  
Мельникова А.Б.**

*ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики, г. Смоленск, Россия*

В литературе продолжается дискуссия о влиянии чрезмерного увеличения массы тела в период беременности на течение гестации и особенности родоразрешения. С целью изучения роли чрезмерной гестационной прибавки веса в формировании осложнений беременности и родов было проведено проспективное обследование 140 первобеременных женщин с одноплодной беременностью, нормальным прегравидарным индексом массы тела (18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>), без тяжелой соматической патологии и показаний для планового кесарева сечения: 70 – с чрезмерной гестационной прибавкой массы тела (более 16 кг) (основная группа) и 70 – с рекомендуемой (11,5–16 кг) (контрольная группа).

Проведенный анализ показал, что при чрезмерной гестационной прибавке массы тела частота экстренного абдоминального родоразрешения возрастает до 21,4% (15 из 70) по сравнению 5,7% (4 из 70) в контроле ( $p < 0,05$ ). Основными показаниями для него у женщин основной группы стали – клиническое несоответствие (8 – 53,3%), аномалии родовой деятельности (5 – 33,3%), тяжелая преэклампсия (2 – 13,3%). В связи с этим проанализированы наиболее частые осложнения гестационного процесса и родов, связанные с чрезмерным увеличением массы (преэклампсия, макросомия плода, перенашивание беременности, аномалии родовой деятельности) и их роль в определении способа родоразрешения.

Оказалось, что чрезмерная гестационная прибавка массы тела приводит к увеличению частоты возникновения отеков в сочетании с протеинурией у беременных в третьем триместре – 40% (28 из 70) против 10% (7 из 70) в контроле ( $p < 0,01$ ). У 7 (10%) женщин основной группы во второй половине беременности наблюдалось повышение артериального давления в сочетании с протеинурией и отеками, тогда как в контрольной группе таких случаев зарегистрировано не было. Следует отметить, что 2 беременности у пациенток с чрезмерным увеличением веса закончились экстренным абдоминальным родоразрешением в связи с развитием тяжелой преэклампсии; в контрольной группе преэклампсия в структуре показаний для кесарева сечения отсутствовала ( $p < 0,05$ ).

Продолжительность беременности при чрезмерной гестационной прибавке веса оказалась несколько больше, чем при рекомендуемом увеличении массы тела. У 67,2% (47 из 70) женщин основной группы беременность завершилась



после 40 недель, в контрольной группе – 31,4% (22 из 70) ( $p < 0,01$ ). В связи с отмеченной тенденцией к перенашиванию гестации в основной группе чаще возникала необходимость индукции родов, но различия не достигли уровня значимости (20 и 14 женщин, соответственно,  $p > 0,05$ ). Подготовка незрелой шейки матки к родам (мифепристон, простагландин E2) при пролонгированной беременности проведена у 10 (14,3%) женщин основной и 7 (10%) – контрольной групп. В результате преиндукции родов в контрольной группе во всех случаях (7) в процессе преиндукции антипрогестинами или простагландинами отмечено появление регулярных схваток. У женщин основной группы спонтанная родовая деятельность развилась только у половины (5) ( $p < 0,01$ ), а у остальных (5) эффект ограничился созреванием родовых путей.

В нашем исследовании частота макросомии в группе женщин с чрезмерной гестационной прибавкой (9 из 70 – 12,9%) имела тенденцию к увеличению по сравнению с контролем (3 из 70 – 4,3%,  $p = 0,064$ ). И хотя данная тенденция не достигла уровня значимости, средняя масса новорожденных достоверно отличалась в группах: при избыточной прибавке –  $3603 \pm 352$  кг и  $3367 \pm 315$  кг – при рекомендуемой ( $p < 0,05$ ). Вероятно, за счет этого в основной группе роды чаще осложнялись развитием клинически узкого таза, что требовало проведения кесарева сечения (8–11,4% и 1–1,4%, соответственно, в основной и контрольной группах,  $p < 0,05$ ).

Не обнаружено значимой связи между патологическим увеличением массы у женщин в период гестации и аномалиями родовой деятельности: у 19 (27,1%) женщин основной группы и у 13 – в контроле (18,6%) ( $p > 0,05$ ). И хотя прослеживается некоторая тенденция к увеличению их доли в структуре показаний для кесарева сечения, она не достигает значимости (5–7,1% и у 1 – 1,4%, соответственно,  $p = 0,10$ ).

Таким образом, чрезмерная гестационная прибавка массы тела у женщин с нормальным прегравидарным индексом массы тела ассоциирована с риском развития осложнений, определяющих тактику родоразрешения. Это способствует увеличению частоты экстренного кесарева сечения, преимущественно за счет клинически узкого таза и преэклампсии.

**Резюме:** Для изучения факторов, определяющих особенности родоразрешения у пациенток с чрезмерным увеличением веса при беременности, проведен анализ исходов родов у 140 женщин (70 – с чрезмерной прибавкой массы тела и 70 – с рекомендуемой). Гестационная прибавка веса более 16 кг у пациенток с исходно нормальной массой тела увеличивает вероятность экстренного абдоминального родоразрешения за счет высокой частоты преэклампсии и клинически узкого таза.

Analysis has indicated impact of excessive body weight gain on labor complications and mode of delivery. The research includes 70 women with excessive gestational weight gain and 70 women recommended weight gain. Gestational weight gain more 16 kg in normal weighting women may be adversely affected by urgent cesarean section due to high rate of preeclampsia and cephalopelvic disproportion.





## ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО, СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Ведощенко Т.В., Лазарева Г.А., Клычева О.И., Хурасева А.Б.

*Кафедра акушерства и гинекологии ФПО  
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*

Недонашивание беременности – один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15–20% всех желанных беременностей. Преждевременное прерывание беременности во многом определяет показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Выяснение причин недонашивания беременности является чрезвычайно важным с практической точки зрения. Зная причины и понимая патогенез недонашивания беременности, можно более успешно проводить патогенетическое лечение.

**Цель исследования:** проанализировать взаимосвязь соматических, гинекологических заболеваний матери и перинатальные исходы у плода.

**Материалы и методы исследования:** нами проведен ретроспективный анализ 110 историй родов, закончившихся преждевременно в срок от 28 до 37 недель беременности. Проведен клиничко-анамнестический анализ, особенностей течения беременности, оценка характера течения родового акта, состояния новорожденных, статистический анализ.

**Результаты:** наибольшую группу составили женщины в возрасте 26–30 лет (47,5%), старше 30 лет – 29,3%, младше 26 лет – 23,2%.

Экстрагенитальные заболевания в стадии суб- и декомпенсации у беременных наблюдались в 40,1%. Наиболее часто встречались патологии почек и мочевыводящих путей (32,7%), желудочно-кишечного тракта (28,3%), органов зрения (23,7%), сердечно сосудистой системы (5,6%). Во время беременности ОРВИ перенесли 22,3% женщин.

Изучение особенностей репродуктивной функции показало, что у 31,1% настоящая беременность была первой, в 26,4% случаев первая беременность была прервана посредством искусственного аборта, более двух аборт – 10,5%, у 10,8% и 9,3% в анамнезе уже были, соответственно, преждевременные и патологические роды, внематочная беременность – 1,8%. Бесплодие I встречалось у 15,2% женщин.

Анализируя гинекологический анамнез до беременности, установлено, что 88,6% женщин имели до настоящей беременности воспалительные заболевания (вагинит, эндоцервицит, эндометрит, сальпингоофорит и т.д.). Наибольший удельный вес среди гинекологических заболеваний составляют хронические заболевания матки и придатков 22,6%. Инфекции передаваемые половым путем выявлены у 10,7% женщин.



В структуре осложнений настоящей беременности угроза прерывания была одним из основных осложнений гестационного периода (угрожающие самопроизвольные выкидыши и роды) – 79,2%, хроническая фетоплацентарная недостаточность составила 57,2%, анемия беременных – 38,3%, маловодие и многоводие осложняли течение беременности в 29,1% и 5,8% случаев соответственно. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в 49,5% случаев, раннее излитие – 23,5%.

Родоразрешены через естественные родовые пути 64,6% беременных, путем операции кесарево сечение – 35,4%. Масса тела детей варьировалась от 1490 до 3350 г и в среднем составляла  $2420 \pm 30$  г. Длина тела новорожденных колеблется от 40 до 50 см и составила в среднем  $45 \pm 0,5$  см. Оценку по Апгар 6–7 баллов имели 42,6% новорожденных, что свидетельствует об асфиксии легкой степени, 5,6% родились с оценкой по Апгар 4–5 баллов – асфиксия средней степени тяжести. Острая гипоксия плода, подтвержденная кардиотокографией, имела корреляционную связь с более низкими баллами по Апгар, признаками гипоксически-ишемического поражения ЦНС, переводом новорожденных на аппаратную ИВЛ. У 53,5% новорожденного в раннем неонатальном периоде выявлены как легкие, так и тяжелые формы инфекционных осложнений. Гнойный или катаральный омфалит, выраженный конъюнктивит, врожденный везикулез наблюдался в 28,3% случаев, кисты головного мозга – 20,3%, кожно-геморрагический синдром – 5,1%, пневмония – 52,7%, врожденная пневмония – 23,1%. После родов в интенсивном лечении на базе реанимационного отделения нуждалось 10,3% новорожденных, на второй этап – 51,7% детей и 28,7% новорожденных выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

**Заключение:** в результате проведенных исследований отмечается взаимосвязь между гинекологическими, соматическими заболеваниями и частотой осложнений беременности и раннего неонатального периода. Данная взаимосвязь требует оказания необходимых своевременных мер на этапе наблюдения в амбулаторно-поликлиническом звене, более углубленного участия в ведении беременных смежных специалистов.

**Резюме.** В настоящее время роль экстрагенитальной патологии оценивается как один из факторов риска внутриутробного инфицирования плода. Со стороны соматического здоровья наибольшее значение имеют хронические воспалительные заболевания у беременной, такие как пиелонефрит, тонзиллит, бронхит, гастрит, инфекционные заболевания, в том числе ОРВИ, при наличии которых возрастает потенциальная угроза проникновения инфекционного агента от матери к плоду.

Currently, the role of extragenital factors is rated as one of the risk factors of intrauterine infection of the fetus. On the part of physical health the most important are chronic inflammatory diseases in pregnant women, such as pyelonephritis, tonsillitis, bronchitis, gastritis, infectious diseases, including SARS, the presence of which increases the potential threat of penetration of the infectious agent from mother to fetus.



## ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

**Воронин С.В., Воронина В.Г., Капацинская О.В.**

*Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», Краевая медико-генетическая консультация, Владивосток, Россия*

Врожденные пороки развития и наследственные заболевания (ВПР и НЗ) являются одной из основных причин младенческой смертности и инвалидности. Они снижают качество жизни и часто являются обременительными для семей. Лечение их является высокотехнологическим и зачастую крайне дорогостоящие. В связи с этим актуальным является профилактика ВПР и НЗ.

В Приморском крае профилактика ВПР и НЗ осуществляется на 3-х этапах: презиготическом (планирование оптимального потомства), пренатальном (наблюдение за плодом во время беременности), постнатальном (неонатальные и селективные исследования). Профилактика и ранняя диагностика ВПР, НЗ и сложно наследуемых заболеваний позволяет целенаправленно снижать заболеваемость, инвалидность и смертность населения и планировать рождение здоровых детей.

Отделение пренатальной диагностики открыто в Краевой медико-генетической консультации (КМГК) в 1998 году, когда начала выполняться инвазивная пренатальная диагностика (ИПД) (биопсия ворсин хориона, плацентоцентез, кордоцентез). В это время были подготовлены кадры, приобретено оборудование. За первые три года были выполнены 231 инвазивные процедуры: среди них – 36,25% биопсия ворсин хориона; 7,5% – плаценто-биопсия; 52,5% – кордоцентез, 3,75% – амниоцентез. Хромосомная патология выявлена в 4%. По показаниям у плодов стали определять резус-фактор, биохимические показатели, микробный статус, клинический анализ крови. С 2000 года стали выполняться лечебные процедуры: лечебный амниоцентез при мало- и многоводии, пункции лоханки почки при гидронефрозе и мегацистике, пункции кисты яичника плода, пункции при хилотораксе. С 1998 показаниями для ИПД были возраст и изменения сывороточных маркеров. Важнейшую роль в выявлении синдрома Дауна играли УЗИ маркеры хромосомной патологии (УЗМ ХА) толщина воротникового пространства и носовая кость, а также УЗИМ ХА второго триместра и ВПР.

Для формирования группы риска при проведении ИПД также использовали регистр КМГК (семьи, имеющие детей с хромосомной патологией, носители сбалансированных транслокаций, семьи имеющие детей с НБО, для которых возможна молекулярная диагностика), в т.ч. для выявления генных болезней (фенилкетонурия, муковисцидоз, спинальная амиотрофия, поликистоз почек рецессивный и др.). Если плод оказывался носителем двух мутантных аллелей, семьи могли прервать беременность по медицинским пока-



заниями. В других случаях (гетерозиготное носительство или гомозиготы по двум аллелям нормального типа) беременность пролонгировали. Одна семья выполняла диагностику 3 раза, пока не забеременела плодом без мутантных генов. С 2002 года в КМГК был внедрен новый алгоритм: стал проводиться двойной тест в 10–14 недель (PAPP-A, ХГЧ) и тройной тест в 16–20 недель (АФП, ХГЧ, СЭ). Был внедрен компьютерный расчет риска хромосомной аномалии. Сывороточный скрининг беременных проводился во многих лечебных учреждениях, т.к. не было централизованного бюджетного финансирования. Но эффективность этой работы оставалась низкой. За 6 лет в крае было выполнено 2 749 инвазивных процедур, а отклонения были только в 93 случаях (3,38%), что составляло примерно одну треть от всех родившихся с болезнью Дауна детей. Это ниже, чем должно выявляться. Поэтому требовалась новая организация в обследовании беременных.

В 2012 году вышли новые нормативные документы: приказы Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 №917н «Об утверждении Порядка оказания помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями». На основании этих приказов в Приморском крае с декабря 2013 года стал выполняться пилотный проект по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка. Согласно проекту введен новый алгоритм обследования беременных 1 триместра: все исследования УЗИ первого триместра проводятся в 9 окружных пренатальных центрах и КМГК. В день исследования на УЗИ производится забор крови на PAPP-A и ХГЧ, заполняется анкета. Все исследования направляются в КМГК, где выполняется биохимический скрининг и производится компьютерный расчет риска ХА. Все беременные с высоким риском ХА (1:100 и выше) направляются на инвазивную пренатальную диагностику. Все это позволит уменьшить число инвазивных вмешательств и увеличить процент выявляемой хромосомной патологии. Для выполнения этой работы проведена большая подготовительная работа: проведены семинары с врачами-акушерами-гинекологами, изданы информационные материалы. Таким образом, в Приморском крае в Краевой медико-генетической консультации ГАУЗ «ККЦ СВМП» создано и стабильно работает отделение пренатальной диагностики. В данном подразделении имеется материальная база для выполнения и внедрения новых технологий, создан и стабильно работает высококвалифицированный кадровый потенциал.

**Резюме.** Пренатальная диагностика (ПД) в Приморском крае включает медико-генетическое консультирование, УЗИ, сывороточный скрининг беременных, инвазивную пренатальную диагностику (биопсия ворсин хориона, амниоцентез, кордоцентез). ПД выполняется с 1998 года. В течение 2008–2013 было выполнено 2749 инвазивных процедур и выявлено 93 пациента с хромосомными аномалиями (большинство из которых с болезнью Дауна). В настоящее время внедряется новый проект обследования беременных на наследственные болезни.



Prenatal diagnosis (PD) in Primorsky region consists: prenatal genetic counseling, ultrasound, maternal biochemical screening, invasive diagnostic procedures (chorionic villus sampling, amniocentesis, cordocentesis). We developed PD since 1998. During 2008–2013 were 2749 invasive diagnostic procedures for fetal karyotyping. 93 (3.38%) were with chromosome anomaly (Down syndrome). In 2013 started new project.

## ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

**Вышелесский О.В.<sup>1</sup>, Райкова А.М.<sup>1</sup>, Леваков С.А.<sup>2</sup>, Габитова Н.А.<sup>2</sup>**

1 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом №16» Департамента здравоохранения города Москвы,  
2 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства»

Совершенствование хирургических технологий, органосохраняющих методик лечения опухолевых заболеваний матки и реконструктивных пластических операций, ведет к постоянному увеличению количества беременных с рубцом на матке после оперативных вмешательств. Развитие и повышение доступности репродуктивных технологий, рост удельного веса беременных старшего возраста и дальнейшее расширение показаний к родоразрешению путем операции кесарево сечение, так же приводит к увеличению числа беременных с рубцом на матке. В этой связи, актуальным вопросом становится выбор способа родоразрешения данной категории беременных.

**Цель.** Оценить исход родов у пациенток с рубцом на матке любого генеза.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов 32 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет. В зависимости от этиологии рубца пациентки были разделены на 4 группы. В I группу вошли женщины с рубцом на матке после консервативной миомэктомии – 3 случая (9,37%); во II группу – с рубцом после кесарева сечения – 20 (62,5%), в III группу – после операций на придатках с иссечением маточного угла – 5 (15,6%), в IV – с сочетанием рубцов после консервативной миомэктомии и кесарева сечения – 4 (12,5%).

Самопроизвольными родами закончились 4 беременности (12,5%): в I группе – 2 (50%), во II группе – 1 (25%), в III – 1 (25%). Путем операции кесарево сечение родоразрешены 28 (87,5%) беременных. Из них 16 (57,14%) – в экстренном порядке. Показаниями явились в 4-х (25%) случаях отслойка плаценты: во II группе – 2 (50%), в III группе – 1 (25%), IV группа – 1 (25%). В 5-и



случаях (31,25%) – разрыв матки по рубцу: II группа – 3 (60%), III группа – 1 (20%), IV группа – 1 (20%). У одной беременной из I группы (3,12%) показанием для операции стала слабость родовой деятельности; у 6 беременных (37,5%) – преждевременное излитие околоплодных вод (все во II группе).

У 23 (71,88%) беременных роды произошли в срок, у 9 (28,13%) – преждевременно.

В 8 (25%) случаях наблюдалось полное предлежание плаценты: во II группе 7 (87,5%), в IV группе 1 (12,5%); в 4-х (12,5%) случаях – низкое расположение плаценты: в I группе 1 (25%), во II группе 2 (50%), в III группе 1 (25%). В 8-и случаях (25%) имело место вращение плаценты в рубец: во II группе 7 (87,5%), в IV группе 1 (12,5%).

В удовлетворительном состоянии родилось 10 детей (31,2%), они оценены по шкале Апгар на 8–9 баллов: в I группе 2 (20%), во II группе 4 (40%), в III группе 3 (30%) и в IV – 1 (10%). На 6–8 баллов после родов оценены 9 (28,1%) новорожденных: в I группе 1 (11,1%), во II группе 7 (77,7%), в III группе 1 (11,1%). С оценкой 3–6 баллов 5 (15,6%) родились новорожденных: во II группе 4 (80%), в IV группе 1 (20%). С оценкой 1–3 балла 6 (18,75%) новорожденных: во II группе 4 (66,6%), в III группе 1 (16,6%), в IV группе 1 (16,6%).

У 22 новорожденных (68,75%) диагностирована хроническая гипоксия: в I группе 1 (4,54%), во II группе 16 (72,7%), в III группе 2 (9,8%), в IV группе 3 (13,5%).

Во II группе 1 (5%) ребенок погиб антенатально (по причине не связанной с наличием рубца на матке – врожденный порок развития сердечно-сосудистой системы), в IV группе 1 (25%) ребенок погиб интранатально в результате асфиксии. Выписаны домой с мамами 13 (40,6%) детей, 15 (46,86%) детей – переведены в детские стационары города. Двое детей (6,25%) – по одному из II и IV группы умерли в родильном доме (причина смерти – внутрижелудочковые кровоизлияния головного мозга).

Таким образом, почти 90% беременных с рубцом на матке были родоразрешены абдоминальным путем, более половины из них – в экстренном порядке. Каждая третья экстренная операция проведена в связи с разрывом матки по рубцу.

**Выводы:** полученные данные требуют разработки новых методов органосохраняющих операций в гинекологической практике, поиска способов диагностики состояния рубца на матке во время беременности и оптимизации показаний к родоразрешению беременных после органосохраняющих операций.

**Резюме.** С целью оценки исхода родов у пациенток с рубцом на матке, проведен ретроспективный анализ историй 32 пациенток с рубцом на матке (не зависимо от его генеза), разделенных на группы в зависимости от этиологии рубца. Почти 90% беременных с рубцом на матке родоразрешена абдоминальным путем, более половины из них – в экстренном порядке. Каждая третья экстренная операция проведена в связи с разрывом матки по рубцу.

In order to assess the outcome of pregnancy in patients with uterine scar, the retrospective analysis of the stories of 32 women with uterine scar divided into



groups depending on the etiology of the uterine scar. Almost 90% of pregnant women with uterine scar for caesarean section, more than half of them as a matter of urgency. Every third emergency operation carried out in connection with the rupture of the uterus on the scar.

## ОМЕГА-3-ПНЖК КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.

*Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия*

**Актуальность.** По данным ВОЗ (2008, 2012) частота перинатальной депрессии колеблется от 10 до 40%. Перинатальная депрессия определяется как один эпизод большой или малой депрессии во время беременности (антенатальная) или после родов (постнатальная), при этом проблема часто не распознается и не лечится. Известно, что за последнее столетие в питании произошло существенное уменьшение многих жизненно важных нутриентов, в том числе, Омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Это играет не последнюю роль в возникновении заболеваний и осложнений, связанных с беременностью, в том числе, депрессии (Shaiikh S.R., Edidin M., 2006). Липиды – основные субстанции в мозге млекопитающих животных и человека, которые находятся в форме насыщенных, мононенасыщенных и полиненасыщенных жирных кислот, при этом, докозагексаеновая кислота (ДГК) составляет 20–22% (Freeman M.P. et al., 2006). Низкий уровень Омега-3 является биологическим фактором риска перинатальной депрессии (ВОЗ, Mental Health, 2012), при этом отмечается повышенная активность провоспалительных цитокинов и нарушение обмена серотонина – важных патофизиологических факторов депрессивных расстройств (Торшин И.Ю. и др., 2011; Su K.P., 2009). Доказательствами связи между Омега-3 и депрессией являются различия в диетических предпочтениях в регионах мира, которые выявляют корреляцию между питанием морской рыбой и частотой депрессии; содержание ДГК в молоке матери является прогностическим фактором послеродовой депрессии; предварительные исследования свидетельствуют об эффективности Омега-3 при биполярных нарушениях и депрессии (Peet M., 2002). Кроме того, ДГК имеет существенную связь со снижением частоты преждевременных родов, задержки роста плода и преэклампсии (Desai S.V., 2009). С позиций плода и будущего новорожденного ДГК должна обязательно добавляться, начиная со II триместра беременности, как поддержка для развития мозга и глаз (Sabel K.G. et al., 2009). Количество Омега-3 у плода и новорож-



денного коррелирует с его количеством в организме матери (Helland I.B. et al., 2008; Dunstan J.A. et al., 2008). Разработаны рекомендации, согласно которым беременные и кормящие женщины должны ежедневно принимать не менее 300 мг Омега-3-ПНЖК (McGregor J. A., 2005; Ramakrishnan U., 2011; ВОЗ, 2012).

**Цель исследования** – оценить возможности применения Омега-3-ПНЖК для лечения тревожно-депрессивных состояний во время беременности.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находились 24 женщины, у которых во время беременности при скрининговом исследовании были выявлены тревожно-депрессивные симптомы. Использовалась анкета, содержащая 20 вопросов (Тид; Карелин А.А., 1999). После анализа анкет по специальной таблице балл оценки самочувствия заменялся диагностическим коэффициентом с последующим алгебраическим подсчетом. Во 2 триместре беременности пациенткам было рекомендовано ежедневно принимать витаминно-минеральный комплекс, содержащий Омега-3 (Фемибион® Наталкер II). Таблетка содержит фолиевую кислоту, метафолин, 9 витаминов и йод, а мягкая капсула – докозагексаеновую кислоту и витамин Е. Изучались динамика оценки тревожно-депрессивных состояний к концу беременности и исход родов.

**Полученные результаты.** Все пациентки строго выполняли рекомендации. Случаев переносимости или отказа от препарата в нашем исследовании не отмечено. Средний возраст беременных составил  $28,3 \pm 4,6$  лет. 9 женщин были первородящими. Неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез отмечен у 13 (54,1%). Во всех случаях роды были срочными. Оценка тревожно-депрессивных состояний в динамике показала, что сумм диагностических коэффициентов менее -1,28, свидетельствующих о выраженных тревожно-депрессивных состояниях, у наших пациенток не было. У 16 женщин (66,7%) диагностический коэффициент превышал +1,28, что говорит о хорошем психоэмоциональном состоянии к концу беременности. У 5 обследованных (20,8%) были получены неопределенные показатели. У 3 женщин (12,5%) суммы диагностических коэффициентов указывали на пограничное состояние. Таким образом, у большинства женщин к концу беременности имелось улучшение психоэмоционального статуса. Неблагоприятных перинатальных исходов мы не выявили.

**Закключение.** В ранее представленной печатной работе (2011) мы поставили перед собой ряд вопросов, касающихся ведения беременных с тревожно-депрессивными состояниями, возможностей профилактики и лечения. Полученные результаты позволяют говорить о благоприятном эффекте витаминно-минерального комплекса с ДГК на снижение частоты тревожно-депрессивных состояний к концу беременности. Ранее было показано, что при использовании препаратов, содержащих Омега-3-ПНЖК, показатели послеродовой депрессии уменьшились на 50% (Freeman M.P., 2006). Некоторые авторы пока воздерживаются от оценки значения Омега-3-ПНЖК в профилактике и лечении перинатальной депрессии (Klemens C.M. et al., 2012), однако, многие считают, что добавление нутриента в оптималь-





ной форме (ДГК) может быть препаратом выбора вследствие потенциальной эффективности и безопасности (Sontrop J. et al., 2008; Borja-Hart N.L., Marino J., 2010; Wojcicki J.M. et al., 2011).

**Резюме.** Под наблюдением находились 24 пациентки, получавшие витаминно-минеральный комплекс, содержащий докозагексаеновую кислоту (ДГК), с целью лечения тревожно-депрессивных состояний во время беременности (Фемибион® Наталкер II). У большинства женщин (66,7%) к концу беременности отмечался нормальный психоэмоциональный статус.

Неблагоприятных перинатальных исходов не было.

Under supervision there were 24 patients receiving a vitaminno-mineral complex, containing docosahexaenoic acid (DHA), for the purpose of treatment is depression and anxiety disorders during pregnancy (Femibion® Nataalker II). At the majority of women (66,7%) by the pregnancy end the normal psychoemotional status was marked. Adverse perinatal outcomes were not.

## ВОЗМОЖНО ЛИ ПОВЫСИТЬ ЧАСТОТУ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ? ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

**Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Боженков К.А.**

*ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»  
Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Неуклонный рост частоты кесарева сечения и связанное с этим увеличение количества женщин с рубцом на матке ставит перед акушерами-гинекологами целый ряд проблем, обусловленных функционированием репродуктивной системы в будущем, течением последующих беременностей и родов. Несмотря на многочисленные исследования в этой области и внедрение в практическую работу врача ведения вагинальных родов у женщин с рубцом на матке, значимого повышения показателя таких родов в нашей стране мы не наблюдаем. В связи с этим, требуется разработка совместных мероприятий врачей разных звеньев акушерско-гинекологической помощи с целью снижения частоты повторного абдоминального родоразрешения у пациенток с рубцом на матке не имеющих абсолютных показаний для кесарева сечения. Среди наиболее частых причин отказа от вагинальных родов следует выделить: неполноценность рубца на матке и отказ беременной.

Проведено обследование 120 пациенток с рубцом на матке, из них у 68 было выполнено повторное кесарево сечение, у 52 произведено родоразрешение через естественные родовые пути. В исследование не включались



пациентки с абсолютными противопоказаниями для вагинальных родов (корпоральный рубец на матке, два и более рубца на матке, плацента в области рубца). Использовались клиничко-лабораторные, инструментальные (УЗИ) методы исследования, анкетирование.

У 23 (33,8%) повторное кесарево сечение было произведено в связи с их категорическим отказом от самостоятельных родов. При проведении анкетирования основные причины были три, причем практически у всех они сочетались, это- страх болезненных схваток в родах, страх разрыва матки в родах и настрой врачом на повторное кесарево сечение за время наблюдения в женской консультации. Страх перед родовой схваткой можно понять только у тех пациенток, которые были прооперированы в родах, особенно если показанием послужили аномалии родовой деятельности, развитие клинически узкого таза. Боязнь разрыва рубца на матке, как и настрой врача женской консультации, является сугубо информационным методом воздействия на решение пациентки. Так же нельзя исключать и роль средств массовой информации, интернета в формировании стойкого убеждения женщины в риске неблагоприятного исхода самопроизвольных родов.

У 28 (41,2%) беременных оперативное родоразрешение проводилось планово в связи с неполноценностью рубца на матке, из них у половины рубец был однородным на всем протяжении, но истончен до 2–2,5 мм. Интраоперационно и в последующем гистологическое исследование иссеченных рубцов не выявило существенной разницы в морфоструктурах рубцовой ткани при толщине рубца 2–2,5 или 3 мм, принятого за ультрозвуковой критерий полноценности. При анализе предыдущего кесарева сечения, во всех случаях матка ушивалась однорядным швом, что исключало формирование более «толстого» рубца.

Современные возможности акушерства и анестезиологии позволяют обеспечить полноценное обезболивание родов. У 38 (73,1%) рожениц с рубцом на матке в родах применялась эпидуральная анальгезия (ЭА), у 14 (26,9%) – спазмолитики. Контроль за состоянием рубца осуществлялся с помощью клинического наблюдения, гистерографии, КТГ-мониторинга. УЗИ использовали только в каждом третьем наблюдении. В структуре осложнений превалировала слабость родовой деятельности, коррекцию которой успешно проводили утеротониками. Влияния ЭА на повышение частоты данного осложнения не выявлено и составило в среднем 24% в обеих группах. Достоверной разницы в длительности родов, объеме кровопотери, состоянии плода при рождении в исследуемых группах не выявлено, только удовлетворенность родами была значительно выше при применении ЭА. Благоприятный исход для матери и ребенка отмечен у 100% пациенток.

Таким образом, эпидуральная анальгезия не влияет на оценку состояния рубца в родах, не увеличивает частоту осложнений для матери и плода, но значительно повышает удовлетворенность родами у данного контингента женщин. Необходимы дальнейшие исследования в ультрозвуковой оценке полноценности рубца по критерию толщины в сторону уменьшения до 2–2,5 мм при однородном рубце и отсутствии патологических включений



в нем, с учетом современной техники ушивания разреза на матке. При тщательном отборе пациенток с рубцом на матке, адекватной психопрофилактической подготовке в условиях женской консультации, отсутствия абсолютных противопоказаний и полноценном рубце на матке самопроизвольные роды являются не только возможными и целесообразными, но и служат альтернативой повторному кесареву сечению.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Данилова Е.В., Царегородцева М.В., Серова О.Ф.

В акушерстве и гинекологии заболевания, ассоциированные с вирусом папилломы человека (ВПЧ), остаются одной из важнейших проблем. Считается, что у беременных частота ВПЧ инфекции составляет 30–60%. Частота возникновения рака шейки матки у беременных составляет 1 случай на 2 200 (Прилепская В.Н., 2007). Несмотря на то, что тактика ведения гинекологических больных с различными формами ВПЧ-инфекции достаточно определены, особенности при беременности изучены недостаточно.

**Цель исследования** – изучить влияние на течение беременности ВПЧ – инфекции.

У 297 беременных проведено обследование (ВПЧ, ПЦР) в 1 триместре, у 104 (35%) пациенток обнаружены различные типы ВПЧ, был проведен анализ течения беременности у 104 женщин, являющихся носителями ВПЧ инфекции. Соответственно наличию или отсутствию у них клинических проявлений пациентки были разделены на 2 группы. 1-я группа – 54 (51,9%) с клиническими проявлениями ВПЧ, 2-я группы – 50 (48,1%) – без клинических проявлений. Всем беременным проводилось комплексное обследование с использованием методов: клинических, бактериологическое исследование микрофлоры влагалища и цервикального канала, ПЦР (ВПЧ) цервикального содержимого, определение концентрации Ig M,G,A в цервикальной слизи (ИФА). Пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия и цитологическое исследование эпителия шейки матки.

В процессе анализа клинико-anamnestических данных среди в группах не были выявлены различия в возрасте, характере менструальной функции, экстрагенитальной патологии. Первобеременные в 1 группе составили 37%, во 2-й – 46%. Ранние репродуктивные потери преобладали в 1 группе беременных и составили 22,2%, во 2 группе – лишь 2%, ( $p < 0,05$ ).

В анамнестически исследуемых группах были диагностированы урогенитальные инфекции (УГИ) – 20,4%, 14% соответственно, при этом в 1 группе –



46% женщин с УГИ получили лечение до родов, во 2-й – 60%. При этом моноинфекция выявилась в 1 группе у 24,1% женщин, а во 2 группе – у 30% пациенток. При этом один тип ВПЧ встречался в 1-й группе у 7,4%, во 2-й группе у 16% беременных, у всех остальных женщин выявлено сочетание двух и более типов ВПЧ либо ассоциация ВПЧ с бактериями, грибами или другими вирусами.

При проведении расширенной кольпоскопии беременным в 1 группе были выявлены: эктопия шейки матки (62,9%) беременных, гипертрофия шейки матки (20,3%), рубцовая деформация шейки матки (3,7%), деформация шейки матки послеродовыми разрывами (9,3%). Беременным 2 группы также была проведена расширенная кольпоскопия патологических изменений не выявлено.

В рамках данного исследования было проведено определение содержания в вагинально-цервикальном секрете Ig G, Ig M, Ig A. У женщин 1 группы иммуноглобулины класса Ig A ( $1-34,2 \pm 1,3$  мкг/мл) были ниже, чем у пациенток 2 группы  $2-51,3 \pm 3,5$  мкг/мл, ( $p < 0,05$ ), а значения IgM ( $1-13,4 \pm 1,1$  мкг/мл,  $2-7,1 \pm 1,4$  мкг/мл,  $p < 0,05$ ) и IgG соответственно выше ( $1159,3 \pm 1,5$  мкг/мл,  $713,4 \pm 11,4$  мкг/мл,  $p < 0,05$ ).

В процессе наблюдения за течением беременности у женщин с ПВИ инфекцией был выявлен ряд осложнений. В первом триместре беременности у пациенток 1-й группы: угроза невынашивания беременности – 17 (31,5%), ранний токсикоз – 10 (18,5%), у беременных, 2-й группы – 12% и 16% женщин соответственно.

Во втором триместре у 31,5% беременных 1-й группы диагностирована угроза невынашивания беременности, во 2-й группе у 12%, ( $p < 0,05$ ), преэклампсия различной степени тяжести – 1 группа в 9,3% и 2-я в 8,0%. У 7,4% беременных 1-й группы и 6% 2-й группы перенесли респираторные вирусные инфекции.

При УЗИ в 1-й группе установлено выявлено диффузное утолщение плаценты (14,8%), у 11,1% – многоводие и маловодие (3,7%), фето-плацентарная недостаточность (ФПН) и синдром задержки развития плода (СЗРП) выявлены лишь у 2-х беременных. Во 2-й группе диффузное утолщение плаценты было обнаружено у 8% беременных, при этом нарушения продукции околоплодных вод было выявлено у 6%, признаков СЗРП выявлено не было.

В третьем триместре беременности наиболее распространенным гестационным осложнением являлся преэклампсия 24,1% и 22% соответственно. Угроза преждевременных родов в 1-й группе – 21%, у беременных 2-й – в 4%. Частота респираторных вирусных инфекций 7,4% и 8% соответственно. Нарушение продукции околоплодных вод выявлено у 14,8% беременных 1-й группы, во 2-й – 6%, ( $p < 0,05$ ). ФПН и СЗРП у беременных 1-й группы диагностированы в 11,1% и 3,7% случаев соответственно, во 2-й группе не было.

Исход беременности наименее благоприятный был у беременных 1-й группы. Преждевременными родами закончились 2 (3,7%) беременности. Самопроизвольный выкидыш в 1-й группе произошел в 7,4% случаев, в то время как во 2-й клинической группе только у 1 пациентки – 2%.



Таким образом, частота развития гестационных осложнений у беременных с ВПЧ выше при многофакторном инфекционном индексе, что необходимо учитывать в предгравидарной подготовке и ведении беременности данной категории пациентов.

**Резюме.** Частота клинической манифестации ВПЧ и развития гестационных осложнений увеличивается при многофакторном инфекционном индексе снижающим активность местных факторов иммунитета, что необходимо учитывать в предгравидарной подготовке и ведении беременности данной категории пациентов.

The incidence of clinical manifestations of HPV and the development of the gestational complications increases with multivariate infectious and index reduces the activity of local immune factors that must be considered in the preparation and conduct of pregravid pregnancy among these patients.

## ПРИМЕНЕНИЕ ДОППЛЕРОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ПРИ RH-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Демидов В.Н., Белоусов Д.М., Воронкова М.А., Хорошкеева О.В.

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

**Цель исследования.** Повышение точности диагностики выраженности гемолитической болезни плода при резус-конфликтной беременности посредством использования метода доплерографии.

**Материалы и методы.** В целях повышения точности диагностики выраженности гемолитической болезни плода обследовано 328 женщин в сроках от 18 до 40 недель как при физиологической, так и при Rh-конфликтной беременности. Оценка наличия и выраженности гемолитической болезни плода производилась посредством определения максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии, полученной при помощи ультразвуковых приборов, основанные на эффекте Допплера. Последняя, как известно, отражает выраженность анемии у плода.

**Результаты.** В процессе исследования установлена четкая математическая зависимость между максимальной систолической кровотока и выраженностью гемолитической болезни плода:

$$A_0 = 1,756 \times W - 9,84;$$

$$A_H = 0,049 \times W^2 - 0,717 \times W + 24,19;$$

$$A_C = 0,053 \times W^2 - 0,589 \times W + 23,26;$$



$$A_B = 0,073 \times W^2 - 1,513 \times W + 38,29,$$

где  $A_0$ ,  $A_H$ ,  $A_C$  и  $A_B$  – средние значения максимальной систолической скорости кровотока (см/с) соответственно при нормальном течении беременности, при анемической, средней и тяжелой форме гемолитической болезни плода и  $W$  – срок беременности в неделях. Установлено, что в тех случаях, когда максимальная систолическая скорость кровотока ( $A_B$ ) на 15% и более превышает средние статистические значения, то это в 75% случаев свидетельствует о выраженной анемии у плода и в 83% из них об отечной форме гемолитической болезни.

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Денисова Т.Г., Герасимова Л.И., Грузинова Е.Н.,  
Сидорова Т.Н., Мноян Э.А.

*АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития  
Чувашии, Чебоксары, Россия*

Уровень перинатальной заболеваемости и смертности повышен у определенной группы беременных и рожениц, объединенных в группу «высокого риска» перинатальной патологии. Соотношение массы тела и роста является базовым показателем при оценке состояния здоровья беременных женщин. Масса тела является показателем адаптационного резерва для компенсации неблагоприятных воздействий. Женщины с дефицитом массы тела составляют не более 30% от всех беременных, но это определяет около 2/3 всех перинатальных потерь. 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:** анализ 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.

**Выводы.** 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.** Разобщение социального статуса населения приводит к увеличению группы беременных с дефицитом массы тела. Проведен ретроспективный анализ течения родов у женщин с дефицитом массы тела, выявлен высокий процент осложнений течения родов, что указывает на необходимость особо пристального внимания врачей к молодым девушкам и женщинам с дефицитом массы тела.

The dissociation of the social status of the population leads to an increase in the group of women with underweight. The retrospective analysis of a course of childbirth in the group of women with underweight was carried out, is found a high percentage of complications during delivery, which indicates a need for particular attention of doctors to young girls and women with underweight.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Дымарская Ю.Р.<sup>1</sup>, Лаврова О.В.<sup>1</sup>, Петрова М.А.<sup>1</sup>,  
Шаповалова Е.А.<sup>2</sup>

1 – Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский  
университет имени акад. И.П Павлова,

2 – НИИ АГ имени Д.О. Отта СЗО РАМН

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) встречается преимущественно в молодом возрасте, что объясняет ее высокую частоту среди беременных женщин (8,4–13,9%). БА относится к наиболее распространенным хроническим заболеваниям органов дыхания, негативно влияющим на течение беременности и развитие плода (Schatz M. et al, 2000, Luskin A.T. 1999). Беременные с БА имеют повышенный риск развития раннего токсикоза (37%), гестоза (43%), угрозы прерывания беременности (26%), плацентарной недостаточности (29%), преждевременных родов (19%), которые, как правило, встречаются при тяжелом неконтролируемом течении заболевания (Галиева Э.И., 2008). По данным литературы, женщины, страдающие БА, имеют большую вероятность рождения детей с низкой массой тела, неврологическими расстройствами, асфиксией (Murphy V.E., 2005). Основным фактором, который может оказывать влияние на снижение вероятности развития осложнений беременности, является достижение медикаментозного контроля БА.

**Цель.** Провести анализ течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с различной тяжестью течения БА.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 100 женщин, страдающих БА различной тяжести течения – 24 беременных с легким интермиттирующим течением БА (БАЛТ (и)) – I группа; 28 пациенток с легким персистирующим течением БА (БАЛТ (п)) – II группа, 48 пациенток с БА средней тяжести и тяжелым течением (БАСТ и БАТТ). Средний возраст обследованных пациенток составил  $28,35 \pm 0,46$  г. С ранних сроков беременности пациентки велись совместно пульмонологом, аллергологом и акушерами-гинекологами, разрабатывался индивидуальный план профилактических и лечебных мероприятий. Лечение БА проводилось в соответствии с представлениями о ступенчатом характере терапии, с учетом категории безопасности FDA применяемых препаратов.

**Результаты исследования.** При анализе наиболее серьезных осложнений беременности была выявлена обратная зависимость частоты развития гестоза от тяжести течения БА: в I группе гестоз отмечен в  $58,3 \pm 10,1\%$ , во II группе – в  $57,1 \pm 9,4\%$ , в III группе – у  $33,3 \pm 6,8\%$  пациенток ( $p < 0,05$ ). Во всех группах наиболее часто наблюдался гестоз легкой степени (89,4%), гестоз средней степени тяжести наблюдался только у 10,6% пациенток; тяже-





лые формы гестоза не были выявлены ни в одном случае. Угроза прерывания беременности в I, II и III триместрах беременности достоверно не различалась между группами, однако самая высокая частота этого осложнения наблюдалась в I триместре беременности (27%) и низкая – в третьем (18%). Хроническая плацентарная недостаточность выявлена у 17% всех пациенток, однако коррелировала с тяжестью течения бронхиальной астмы (12,5%, 14,3% и 20,8% пациенток I, II и III группы, соответственно). Хроническая гипоксия плода была выявлена у 18% всех пациенток. Острая гипоксия плода, потребовавшая экстренного родоразрешения, наблюдалась в 12% родов.

Из всех обследуемых 64% женщин были родоразрешены через естественные родовые пути. Частота операции кесарева сечения оказалась наибольшей в III группе (41,6%), ниже во II группе (35,7%), наименьшее число кесаревых сечений было выполнено пациенткам I группы (25%). Бронхиальная астма явилась показанием для кесарева сечения лишь в 1 случае при тяжелом течении заболевания. Операция вакуум-экстракции плода применялась у 2 пациенток III группы 1 пациентки с БАЛТ (и) в связи со слабостью родовой деятельности. Ручное вхождение в полость матки в связи с аномалиями прикрепления плаценты и/или гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде было выполнено 11 пациенткам.

96% всех беременностей разрешились в срок живыми доношенными новорожденными. В 1 случае роды были запоздалыми на 41/42 неделе. В 3 наблюдениях родоразрешение было преждевременным – на 34, 35 неделе и 36/37 неделе гестации. Средняя масса новорожденных составила  $3460 \pm 44,9$  г. В III группе средняя масса новорожденных оказалась достоверно ниже, чем в I группе пациенток ( $3355,5 \pm 66,06$  г и  $3585,4 \pm 94,37$  г, соответственно,  $p < 0.05$ ). В группе пациенток с БАЛТ (п) этот показатель составил  $3488,2 \pm 93,3$  г. Средняя длина тела новорожденных также достоверно различалась между I и III группами пациенток и составила  $52,25 \pm 0,4$  см и  $51 \pm 0,36$  см, соответственно ( $p < 0.05$ ). Оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минуте жизни оказалась достоверно ниже в III группе пациенток, чем в группах БАЛТ (и) и БАЛТ (п) ( $p < 0.05$ ).

**Закключение.** Исследование показало значимость лечебно-профилактических мероприятий у пациенток с БА различной тяжести течения. В Санкт-Петербурге успешно осуществляется программа по совместному ведению беременных, страдающих БА, акушерами-гинекологами, пульмонологами, аллергологами с ранних сроков беременности, основанная на своевременном и адекватном назначении терапии БА, профилактике и лечению осложнений беременности и родов. Как видно из результатов проведенного исследования на группе из 100 беременных, данные мероприятия способствуют снижению вероятности развития наиболее частых акушерских осложнений – снижению частоты угрозы прерывания беременности в III триместре, гестозов (в том числе отсутствие его тяжелых форм), а также сроки и методы родоразрешения.



**Резюме.** Исследование посвящено анализу особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у беременных, страдающих бронхиальной астмой.

Research is devoted to the analysis of peculiarities of pregnancy, delivery and neonatal status in women with asthma.

## ИСХОДЫ БЫСТРЫХ И СРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН

**Железова М.Е., Зефирова Т.П., Яговкина Н.Е., Чистякова Н.Ю.**

*Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия*

Доля быстрых и стремительных родов составляет 5–10% от общего числа. Остается неясным, какая их часть может быть отнесена в категорию патологического акушерства, а какая – является вариантом нормы.

**Цель.** Изучить перинатальные исходы быстрых и стремительных родов у женщин.

**Материал и методы.** Проанализированы особенности течения и исходы быстрых и стремительных родов на доношенном сроке беременности у 115 женщин (I группа). В качестве критериев, свидетельствующих об осложненном течении и неблагоприятном исходе родов выбраны: внутриутробная гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты, травмы мягких тканей матери, патологическая кровопотеря, осложнения раннего неонатального периода. Среди женщин I группы 27% не имело ни одного из этих признаков, они были отнесены к подгруппе Ia (физиологические быстрые/стремительные роды). В подгруппе Ib оказались пациентки с перечисленными осложнениями (73%). Группа сравнения (II) сформирована из 33 пациенток со стандартной продолжительностью родов. Проведено морфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов влагалищной части шейки матки, полученных в раннем послеродовом периоде от 70 пациенток I группы, и от 18 родильниц группы сравнения.

**Результаты.** Основным отличием течения беременности у пациенток Ib группы оказалась высокая частота инфекционной патологии нижних отделов половых путей (80%), которая в 50% случаев носила рецидивирующее течение (против 22% в подгруппе Ia,  $p=0,03$ ). Оценка биофизического профиля плода в III триместре выявила признаки гипоксии лишь в 3% случаев в подгруппе Ia и группе сравнения. В подгруппе Ib ультразвуковые маркеры фето-плацентарной недостаточности установлены в 24% наблюдений, в половине этих случаев – синдром задержки роста плода ( $p=0,009$ ). Мониторинг родовых схваток показал, что бурная родовая деятельность зафиксированы только в Ib подгруппе и всего



в 4,7% наблюдений. Следовательно, у большинства женщин ускоренное течение родового акта определялось не характером маточной активности, а сниженной резистентностью шейки матки. Структура осложнений в Iв подгруппе: внутриутробная гипоксия плода – в 44% случаев, травмы мягких тканей родовых путей матери – в 54%, патологическая кровопотеря – в 8%. Процент детей, родившихся в состоянии гипоксии, оказалось равным 77, тяжелая степень этой патологии имела у 14%. Осложнения раннего неонатального периода имели место у 95% детей. Кардинальные различия в исходах быстрых и стремительных родов у женщин Ia и Ib подгрупп заключаются, прежде всего, в состоянии новорожденного и в характере течения раннего неонатального периода. Данная разница определяется в первую очередь теми факторами, которые оказывали негативное влияние еще на этапах беременности. Инфекционные заболевания матери, развитие ХФПН, ЗВРП, хроническая гипоксия плода – по-видимому, именно эта патология, а не характер схваток определяет неблагоприятные перинатальные исходы при быстрых и стремительных родах. Морфологическое исследование шейки матки показало, что у пациенток Ib подгруппы имели место патологические проявления, определяемые согласно классификации ВОЗ, как цервицит. В частности, обнаруживались истинная эрозия, выраженная нейтрофильная инфильтрация стромы, базально-клеточная активность вплоть до образования эпителиальной дисплазии. Эти процессы сопровождалось уменьшением количества мышечных элементов шейки матки, экспрессирующих десмин, с параллельным увеличением соединительнотканых структур, определяемых по наличию виментина. Возможно, именно такая совокупность событий и определяла функциональное состояние шейки матки у женщин с осложненными быстрыми родами. В свою очередь морфологические особенности шейки матки у женщин с осложненными быстрыми и стремительными родами служат подтверждением гипотезы об определяющем значении инфекционной патологии, как причины возникающих перинатальных осложнений.

**Резюме.** В статье проанализировано исходы быстрых и стремительных родов у 115 женщин при доношенном сроке беременности. Установлено, что в 73% случаев родовой акт сопровождался различными материнскими и перинатальными осложнениями, среди которых преобладали травмы мягких родовых путей матери, частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробная гипоксия плода. Осложнения раннего неонатального периода имели место у 95% детей. Показано, что у большинства женщин быстрые и стремительные роды обусловлены не гиперактивностью матки, а сниженной резистентностью шейки матки.

In the article outcomes of rapid and precipitous labor in 115 women with term pregnancies were analyzed. In 73% of cases deliveries were associated with various maternal and perinatal complications, like pelvic floor and birth canal injuries, partial abruption of normally localized placenta, intrauterine fetal hypoxia. Complications of early neonatal period were observed in 95% of newborns. In a majority of cases rapid and precipitous labor appeared to be secondary to decreased cervical resistance rather than uterine hyperactivity.



# ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РАЙОНЕ

Зайналова С.А., Синчихин С.П.

*Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия*

На территории Астраханской области располагается один из крупнейших в стране газоперерабатывающих комплексов. Рядом с указанным комплексом располагаются населенные пункты, в которых живут местные жители. Научный интерес и практическую значимость вызывает вопрос изучения влияния экологических факторов на течение беременности и развитие фетоплацентарного комплекса.

**Цель настоящего исследования** – определить количественно прогностическую значимость клинико-анамнестических факторов в реализации фетоплацентарной недостаточности при беременности у женщин, проживающих в 40 км от газоперерабатывающего завода.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 330 беременных, которые живут на территориях, близко прилегающих к газовому комплексу.

Основываясь на методах Гублера Е.В., путем дисперсионного анализа были выделены достоверные ( $p < 0,05$ ) факторы риска развития перинатальной патологии из числа изучаемых (1). Для удобства они были расположены в ранговом порядке в зависимости от величины индекса информативности (индекса Кульбака). Затем для этих факторов были рассчитаны прогностические коэффициенты (ПК). При этом ПК рассчитывались в случае наличия и отсутствия признака у несостоявшейся беременной, т.е. для каждого качественного признака определялась прогностическая значимость диапазона его колебаний.

**Результаты.** Нами было установлено, что прогностическое значение в реализации фетоплацентарной недостаточности у беременных, которые проживают в районах, прилегающих к газовому комплексу, среди клинико-анамнестических факторов имеют: наличие анемии до настоящей беременности или и (или) заболевания системы кроветворения, а также уровень гемоглобина в I триместре беременности менее 110 г/л (ПК=12; -1); развитие гестоза, в предыдущей и (или) настоящей беременности (ПК=9; 0), угроза невынашивания беременности с отслойкой плодного яйца или плаценты (ПК=8; 0), перенесенное во время настоящей беременности

ОРВИ с высокой лихорадкой (ПК=6; -6), проживание более 10 лет на территории в радиусе ближе 40 км от Астраханского газового комплекса (ПК=6; -1), в анамнезе 4 и более родов (ПК=6; 0), возраст беременной до 18



лет или старше 40 лет (ПК=5; -3), эндокринопатии (заболевания щитовидной железы, коры надпочечников, сахарный диабет и др.) (ПК=4; -5), патологическое состояние околоплодных вод (многоводие, маловодие) и (или) плаценты (утонченная, утолщенная) в предыдущих беременностях (ПК=4; -1), патологическое течение беременности и родов у матери (ПК=4; 0), обострение хронических экстрагенитальных заболеваний во время настоящей беременности (ПК=3; -1), вегетососудистая дистония (ПК=3; -1), продолжительность интервала между родами меньше 1,5 лет или 4 и более года (ПК=3; -1), специальность, связанная с физическим трудом и длительным пребыванием на солнце (ПК=2; -1); вредные привычки (табакокурение, прием алкоголя) (ПК=2; -1), нерегулярное посещение во время беременности врача женской консультации (ПК=2; -1).

Анализ результатов проведенной работы позволил нам разработать способ оценки степени риска развития фетоплацентарной недостаточности, который заключается в том, что у беременной женщины изучаются клинико-анамнестические факторы риска, подсчитывают сумму прогностических коэффициентов и при получении следующих данных дают оценку степени риска развития плацентарной недостаточности: при сумме равной +13 баллов и более – степень риска высокая, при сумме меньше -13 баллов – степень риска низкая, при сумме от -13 до +13 баллов – риск развития фетоплацентарной недостаточности следует считать неопределенным.

Результаты апробации вышеописанного способа показали, что он является технически удобным в практической работе, обеспечивает достаточную информативность полученных результатов, может быть эффективным в профилактической работе, направленной на снижение риска развития фетоплацентарной недостаточности и перинатальной патологии у жительниц, проживающих в экологически неблагоприятном районе Астраханской области, т.е. ближе 40 км от газового комплекса.

**Резюме.** Установлено, что у беременных женщин на развитие фетоплацентарной недостаточности и перинатальной патологии неблагоприятное влияние (прогностический коэффициент: 6 и -1) оказывает, в том числе, и проживание более 10 лет на территориях, расположенных ближе 40 км от газового комплекса.

Found that pregnant women in the development of placental insufficiency and perinatal pathology adverse effect (prognostic factor: 6 and 1) provides, inter alia, and accommodation for more than 10 years in the areas located within 40 km from the gas complex.



## ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА С РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

**Замалеева Р.С., Лазарева В.К., Черепанова Н.А.**

*Кафедра акушерства и гинекологии №1 Казанской государственной медицинской академии, зав. кафедрой проф. Л.И. Мальцева, Казань, Россия*

Задержка развития плода (ЗРП) встречается у 13–18% беременных и в большинстве случаев является следствием ФПН. Дети с малой массой при рождении в последующем имеют повышенный риск формирования метаболических нарушений, гипертонической болезни, инфаркта миокарда. В связи с этим актуальным является раннее выявление вероятности развития ЗРП с целью ее профилактики. Из имеющихся методов прогнозирования акушерской патологии мы остановились на использовании панелей естественных регуляторных аутоантител.

**Целью исследования** явилось выявление возможности прогнозирования задержки развития плода (ЗРП) на ранних сроках гестации с помощью изменений в содержании некоторых регуляторных аутоантител. Были обследованы 388 беременных группы риска по развитию ЗРП (с преэклампсией, антенатальной гибелью плода, рождением маловесных детей в анамнезе, АФЛ-синдромом, выявленными нарушениями гемостаза при данной беременности). Пациенткам наряду со стандартными методами обследования на сроках 11–14 и 26–28 недель беременности с помощью твердофазного иммуноферментного метода ЭЛИ-ТЕСТ определяли содержание аутоантител класса Ig G, связывающихся: с двуспиральной ДНК,  $\beta$ 2-гликопротеином I ( $\beta$ 2 ГП), суммарными фосфолипидами (СФЛ), хорионическим гонадотропином человека – ХГЧ, маркерам васкулопатий (ANCA), коллагеном (Coll), PAPPA-A, инсулином (Ins). Значения аутоантител от -20 до +10 условных единиц являются нормальными, от -20 до -30 у.е. и от +10 до +20 у.е. – слабые отклонения, значения ниже -40 и выше +40 у.е. – выраженные отклонения от нормы. Из обследованных пациенток после стандартизации групп для анализа были отобраны 181 беременная. Основную группу составили 78 беременных, у плодов которых развилось ЗРП. Из них 42 беременных с ЗРП 1 степени вошли в I подгруппу. 24 пациентки с ЗРП 2 степени во II подгруппу и 12 женщин с ЗРП 3 степени – в III группу. Группу сравнения составили 78 беременных с риском развития ЗРП, у которых размеры и вес плодов соответствовали гестационному возрасту. У 25 беременных контрольной группы беременность и роды протекали без осложнений. Анализ клинико-иммунологических корреляций выявил, что у 94% женщин контрольной группы, 12% пациенток основной группы и 36% беременных группы сравнения отмечались нормальные значения уровней всех исследованных аутоантител. Патологические изменения в сывороточном содержании аутоан-



тител на сроках 11–14 недель беременности (до формирования ЗРП) встречались у 88% (70) женщин с ЗРП и практически не отличались от уровней аутоантител выявленных в 26–28 недели гестации. С нарастанием тяжести ЗРП наблюдалось повышение количества патологических и уменьшение нормальных значений аутоантител. Так, в I подгруппе нормальные значения аутоантител отмечены в 61%, во II – в 50%, в III – лишь 26% определений. Кроме того, с нарастанием тяжести ЗРП отмечено увеличение процента женщин с разнонаправленными патологическими отклонениями (дисбалансом) в содержании аутоантител. Так, у беременных с ЗРП I степени дисбаланс аутоантител наблюдался в 40%, с ЗРП II степени – в 60%, III степени – в 78% случаев. Причем, если у пациенток I подгруппы с дисбалансом аутоантител преобладали повышенные (70%) значения, у беременных II подгруппы количество повышенных (51%) и пониженных (49%) значений аутоантител было сопоставимым, то в III подгруппе большинство (68%) измененных аутоантител имели отрицательные значения. Изучение спектра изменений аутоантител выявило, что наиболее характерным для пациенток с ЗРП было повышение содержания аутоантител к Coll в 58%, PAPP-A в 52% и СФЛ в 68% в диапазоне от +28 до +89 у.е, в сочетании с понижением уровней аутоантител к ДНК в 43%,  $\beta 2$  ГП – в 44% и Ins в 47% (от -24 до -96 у.е.). Для аутоантител к ХГЧ и ANCA преобладали нормальные значения аутоантител (в 68 и 62% соответственно). В группе сравнения изменения содержания аутоантител носили разнонаправленный характер, что объясняется разнообразием сопутствующей патологии у этих пациенток. Отличительной особенностью характера иммунных отклонений у этих женщин является нормальные значения аутоантител к Coll, PAPP-A и СФЛ (в 66, 62 и 52% соответственно), либо незначительное повышение их содержания.

#### **Выводы:**

1. Снижение уровней аутоантител к ДНК,  $\beta 2$  ГП, Ins наряду с повышением содержания аутоантител к Coll, PAPP-A и СФЛ сопряжено с риском развития ЗРП.
2. С нарастанием тяжести ЗРП отмечено увеличение разнонаправленных патологически измененных регуляторных аутоантител с преобладанием пониженных значений.
3. При нормальных или слегка повышенных значениях уровней аутоантител риск развития ЗРП минимальный.

**Резюме.** Для прогнозирования ЗРП использован метод определения аутоантител класса Ig G, определяемых на сроках 14 и 28 недель беременности. Выявлено, что риск развития ЗРП существует при снижении уровней аутоантител к ДНК,  $\beta 2$  ГП, Ins наряду с повышением к Coll, PAPP-A и СФЛ. С нарастанием тяжести ЗРП отмечено преобладание их пониженных значений.

For forecasting of intrauterine growth restriction used method of determining the class of autoantibodies Ig G, determined in 14 and 28 weeks of pregnancy. Revealed that the risk of intrauterine growth restriction exists at lower levels of autoantibodies to DNA,  $\beta 2$  GP, Ins along with the rise to Coll, PAPP-A and SFL. With the acceleration of gravity of intrauterine growth restriction noted the predominance of low values.



## ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА

Иванова Л.А., Шмидт А.А., Долгов Г.В.,  
Атласов В.О., Ярославский В.К.

*ВМедА им. С.М. Кирова, кафедра акушерства и гинекологии,  
ГБУЗ роддом №9, Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность исследования** определяется необходимостью снижения показателей перинатальной смертности.

**Цель:** выявить взаимосвязь проведенного до беременности обследования и способов лечения эктопии шейки матки у пациенток и перинатальных потерь.

**Материалы и методы.** С 2007 года по настоящее время в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области проведен анализ течения беременности у 234 родильниц с перинатальными потерями (основная группа) и у 358 пациенток, женщин-военнослужащих и членов семей военнослужащих, родивших здоровых новорожденных на кафедре акушерства и гинекологии Военно-Медицинской Академии им. С.М. Кирова и ГБУЗ СПб роддоме №9 (контрольная группа). Гистологическое исследование последов и детей, погибших перинатально, проводилось в Ленинградском Областном Патологоанатомическом бюро. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ Статистика 7.

**Результаты.** В анамнезе у пациенток исследуемых групп эктопия шейки матки была выявлена в 2 раза чаще у женщин контрольной группы (47,4% в контрольной против 22,7% в основной). Этот факт свидетельствует о проведении диспансерных осмотров у женщин-военнослужащих, а также доступности высококвалифицированной медицинской помощи для женщин-членов семей военнослужащих.

Лечение эктопии шейки матки у пациенток до беременности в 3 раза чаще проведено в контрольной группе, по отношению к женщинам контрольной группы (31,3%, против 9,4%). При этом, в основной группе применялась только диатермозэкцизия. В контрольной группе преобладали щадящие способы лечения эктопии шейки матки (лазерная вапоризация, криодеструкция и терапия инфекций, передающихся половым путем).

По данным патологоанатомического исследования погибших плодов/новорожденных непосредственной причиной перинатальной гибели в 39,3% случаев являлось гематогенное вирусное (23,5%) и восходящее бактериальное (15,8%) инфицирование плода.

Инфицирование плаценты и плодных оболочек пациенток, было выявлено в 54,3% (восходящее инфицирование в 30% и гематогенное в 24,3%), что достоверно выше, чем в контрольной группе – 13,4% (восходящее инфицирование – 9,2%, гематогенное – 4,2%).





### Выводы:

1. Наличие эктопии шейки матки у пациенток во время беременности является одной из причин инфицирования системы мать–плацента–плод, приводящих к перинатальной смертности.

2. Обследование шейки матки и лечение эктопий является одним из важнейших факторов профилактики возможных перинатальных потерь и должно проводиться на этапе предгравидарной подготовки пациенток щадящими методами

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ обследования и лечения патологии шейки матки у 234 родильниц с перинатальными потерями (основная группа) и 358 женщин, родивших здоровых детей (контрольная группа). Выявлено, что эктопия шейки матки у пациенток основной группы встречалась в 2 раза реже, а лечение проведено только в 9,4% случаев. В контрольной группе лечение эктопии шейки матки проведено в 31,3% случаев, в основном щадящими способами (лазерная вапоризация и др.).

A comparative analysis of the examination and treatment of cervical pathology in 234 postpartum women with perinatal loss (study group) and 358 women who gave birth to healthy children (control group). Revealed that ectopic cervical study group patients met 2 times less, and treatment was carried out only in 9.4% of cases. In the control group, treatment of ectopic cervical performed in 31.3% of the cases, largely sparing techniques (laser vaporization, etc.).

## ДИНАМИКА ГОРМОНОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Иозефсон С.А., Ерофеев Б.Б.

*Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия*

В развитии и поддержании беременности важнейшая роль принадлежит фетоплацентарному комплексу (ФПК), который синтезирует ряд местных и гуморальных регуляторов, в том числе и гормональной природы. Со II триместра плацента и плод синтезируют все гормоны, необходимые для нормального их развития. Из пептидных гормонов наиболее важными являются хорионический гонадотропин и плацентарный лактоген, из стероидных – эстриол и прогестерон.

Нами проведено исследование содержания гормонов ФПК: прогестерона (П), эстриола (ЕЗ), плацентарного лактогена (ПЛ) и хорионического гонадотропина (ХГ) в периферической крови беременных при неосложненной геста-



ции во II (25 пациенток) и III (26 пациенток) триместре в сроки 22–36 недель гестации (контрольная группа), а также у пациенток с угрожающими преждевременными родами во II (45 пациенток) и III (45 пациенток) триместре гестации (основная группа).

При угрожающих преждевременных родах концентрация П во II триместре была достоверно ниже: в основной – на 27,5% (26,70 [21,63; 31,38]) нмоль/л по сравнению с группой здоровых беременных ( $p < 0,001$ ). По мере прогрессирования осложненной беременности концентрация П в III триместре составила в основной группе 51,30 [45,88; 55,50] нмоль/л, что в 1,9 раза превышает значения, полученные во II триместре ( $p < 0,001$ ). Вместе с тем, уровень П в III триместре на фоне угрожающих преждевременных родов по нашим данным, был в 1,5 раза ниже чем его уровень в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Изучение концентрации ЕЗ, при физиологической беременности показало прогрессирующее увеличение его в динамике. При угрожающем прерывании беременности нами выявлено достоверное уменьшение уровня ЕЗ в динамике с 22 до 36 нед. по сравнению с контрольной группой пациенток ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ). Так, содержание ЕЗ во II триместре в основной группе уменьшилось и составило 17,20 [12,78; 21,33] нмоль/л, что на 32,5% ниже, чем в контрольной группе женщин ( $p < 0,005$ ). При прогрессировании осложненной беременности в III триместре содержание ЕЗ увеличилось в 2 раза по сравнению с показателями, выявленными во II триместре. Вместе с тем, концентрация ЕЗ у пациенток в III триместре, по нашим данным, была ниже – в основной (35,05 [29,98; 39,13]) нмоль/л по отношению к контрольной группе женщин ( $p < 0,001$ ). Содержание ЕЗ при угрожающих преждевременных родах во II и III триместрах было достоверно ниже по сравнению с группой здоровых беременных. При изучении концентрации плацентарного лактогена (ПЛ) на сроках 22–36 недель физиологически протекающей беременности нами выявлено возрастание его уровня с 5,75 [4,03; 7,43] до 8,80 [7,20; 10,68] мг/л. Продукция ПЛ во II триместре при осложненной беременности была достоверно ниже: в основной группе на 25,3% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с группой здоровых беременных. Однако, уровень ПЛ в III триместре на фоне угрожающих преждевременных родов по сравнению с группой контроля, по нашим данным, снизился и составил 6,10 [3,83; 8,48] мг/л напротив 8,80 [7,20; 10,68] мг/л в контрольной группе беременных ( $p < 0,05$ ). Таким образом, как показали проведенные исследования динамики плацентарного лактогена, при неосложненной беременности происходит достоверное повышение содержания его в крови по мере ее прогрессирования. При угрожающих преждевременных родах уровень ПЛ с 22 до 27 недель гестации достоверно снизился по сравнению со здоровыми беременными. В сыворотке крови здоровых женщин в динамике беременности концентрация ХГ в увеличилась до 26 825 [20 337; 31 462] мМЕ/мл ( $p < 0,05$ ). При угрожающем прерывании беременности нами выявлено достоверное уменьшение уровня ХГ в динамике с 22 до 35 нед. по сравнению с контрольной группой пациенток ( $p < 0,05$ ). Содержание ХГ во II триместре было снижено в основной группе пациенток на 25,1% по сравнению с группой здоровых беременных ( $p < 0,05$ ).



В III триместре уровень ХГ при осложненной беременности, по нашим данным, составил 17 800 [14 587; 20 975] м МЕ/мл, ( $p < 0,05$ ), что в 1,5 раза ниже значений контрольной группы.

Таким образом, анализ содержания гормонов ФПК в сыворотке крови пациенток с угрожающим прерыванием беременности показал более низкие значения Pg, ЕЗ, ПЛ и ХГ в 22–36 недель беременности, чем аналогичные показатели у здоровых беременных, что особенно проявлялось в III триместре гестации.

**Резюме.** Проведено исследование уровня гормонов фетоплацентарного комплекса в сыворотке крови у 90 пациенток с угрожающими преждевременными родами и у 51 с физиологически протекающей беременностью на сроке гестации 22–36 нед. Установлено, что у беременных с угрозой невынашивания имеется снижение показателей гормонов фетоплацентарного комплекса, возрастающее с увеличением срока гестации.

The study of hormone level of fetoplacental complex serum in 90 females with threatened preterm delivery and in 51 females with physiological pregnancy at 22–36 week gestation has been held. It's been determined that the pregnant women with gravity at risk have reduced hormone level of fetoplacental complex, progressing with gestation.

## РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖИЗНЕСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Карнеева Л.В., Бирина Н.А.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия*

Важным компонентом работы учреждений первичного звена здравоохранения является формирование жизнесохранительного поведения у пациентов. Поэтому в период реализации мер по реформированию здравоохранения, направленных в значительной степени на улучшение демографической ситуации в сфере рождаемости, представляет интерес анализ работы акушеров-гинекологов женских консультаций по формированию навыков здорового образа жизни у беременных женщин.

**Материалом исследования** послужили результаты анонимного анкетирования 200 женщин (средний возраст –  $27,2 \pm 0,34$  лет), наблюдавшихся



по поводу беременности у акушера-гинеколога женской консультации г. Иваново. Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладной программы «Microsoft Office Excel 2003».

**Результаты.** О необходимости коррекции образа жизни беременных женщин свидетельствует тот факт, что 10,5% беременных не отказались от табакокурения во время беременности, а 37,0% отмечают эпизодическое употребление алкоголя, в том числе 19,5% употребляют слабоалкогольные напитки и 17,5% – алкогольные напитки средней крепости.

Ведущая роль в повышении степени участия самих беременных женщин в перинатальной профилактике отводится школам материнства, организуемым на базе женских консультаций. Однако, согласно результатам анкетирования, в 39,0% случаев участковый акушер-гинеколог не информировал женщин о необходимости занятий в школе материнства, 29,0% беременных отказались от посещений, 14,0% не закончили цикл занятий и только 17,5% посетили все занятия. О недостаточной активности акушера-гинеколога по привлечению беременных к занятиям в школе материнства свидетельствует тот факт, что половина опрошенных женщин (52,5%) считает подобные занятия необходимыми только для первобеременных и 9,5% не видят целесообразности в их посещении.

Большинство опрошенных женщин (90,0%) пользуются информацией о беременности, полученной от участкового акушера-гинеколога, 9,5% используют знания, полученные в «Школе материнства», 3,5% – при ознакомлении с наглядной информацией, размещенной в женской консультации. При оценке информативности информации, размещенной в женской консультации, беременные женщины в наибольшей степени (70,0%) удовлетворены материалами, посвященными социальным мерам поддержки материнства. Считают достаточной информацию, посвященную вопросам профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, 52,0% пациенток, профилактике нежелательной беременности – 57,5%, прегравидарной подготовке – 33,0%, гигиене женщины – 17,5%.

Две трети (64,5%) беременных женщин получили рекомендации о необходимости послеродового наблюдения у участкового акушера-гинеколога и 0,5% – о необходимости наблюдения у других специалистов, однако треть женщин (35,0%) не получила подобных объяснений. Большинство женщин (87,5%) считает, что послеродовое посещение женской консультации необходимо для того, чтобы «проверить состояние здоровья», 20,5% считает, что визит к врачу необходим для лечения осложнений беременности и родов, а также для подбора метода послеродовой контрацепции. О необходимости целевого информирования и послеродового наблюдения свидетельствуют результаты анализа планируемого контрацептивного поведения: 34,0% женщин планируют использовать мужской презерватив, 16,5% предполагают ввести внутриматочную спираль, 12,5% хотели бы применять оральные контрацептивы, 7,5% – метод лактационной аменореи, 4,5% – календарный. Каждая третья женщина (34,5%) входит в группу высокого риска нежелательной беременности, так как 12,5% планируют практиковать прерванное поло-



вое сношение, а каждая пятая (22,0%) – не собирается вообще использовать средства ее предупреждения.

**Заключение.** О необходимости усиления профилактической направленности работы акушера-гинеколога женской консультации, в том числе по формированию навыков здорового образа жизни у беременных женщин, свидетельствуют низкая медицинская активность пациенток, уровень распространенности у них вредных привычек и планируемое контрацептивное поведение.

**Резюме:** Результаты социологического опроса беременных женщин свидетельствуют об их низкой медицинской активности, наличии вредных привычек и планируемом нерациональном контрацептивном поведении. Работа акушера-гинеколога женской консультации по формированию навыков здорового образа жизни у беременных женщин требует совершенствования.

The results of a sociological survey of pregnant women have demonstrated their low medical activity, bad habits and planned contraceptive irrational behavior. Job obstetrician consultations to form a women's healthy living habits among pregnant women needs to be improved.

## ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ

Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.

*Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия*

**Актуальность.** В последние годы усилился интерес к изучению тревожно-депрессивных состояний во время беременности и после родов (Аргунова И. А., 2010; Avni-Barron O. et al., 2010). По данным ряда исследователей депрессивные симптомы встречаются у 6–38% женщин во время беременности (Burton A. et al., 2011; Calik K.Y., 2011) и у 10–47% в послеродовом периоде (Sriraman N., 2012; Nelson D.B. et al., 2013). Этиология перинатальной депрессии – комплексная и мультифакториальная.

**Цель исследования** – проанализировать информацию о возможных факторах риска перинатальной депрессии, а также мировой опыт применения различных методов профилактики и лечения.

В настоящее время сделаны попытки выявить факторы риска перинатальной депрессии. К ним относятся предменструальный синдром в анамнезе, изменения настроения на фоне предшествующей гормональной контрацепции, депрессия в прошлом, а также психические заболевания в семье. Не вызывает сомнений, что значительную роль в развитие тревожно-депрессивных состояний играет акушерский анамнез (бесплодие, спонтанные



и индуцированные аборты, антенатальная гибель плода, преждевременные роды и т.д.). Неблагоприятным является наличие стресса, обусловленного заболеванием или осложнением во время данной беременности; беспокойство, связанное с предстоящим материнством; увеличение психосоциальных потребностей; материальные трудности. Немаловажное значение имеет семейное насилие, плохой уровень социальной поддержки, в том числе, со стороны партнера, семьи и общества. Обращается внимание на недостаточный уровень физической активности, особенности трудовой деятельности, отсутствие помощи по уходу за ребенком. Курение и прием алкоголя также относятся к независимым факторам риска депрессии. Обращают внимание на такие факторы риска как бессонница, прерывистый сон, нарушение циркадных ритмов, недостаточное освещение в утренние часы (Soares D.N. et al.; Marcus S.M. et al., 2009; Avni-Barron O. et al., 2010; Lancaster C.A. et al., 2010).

Вопросы профилактики и лечения депрессивных состояний с учетом беременности и послеродового периода широко обсуждаются в литературе. Большинство исследователей считает, что имеется значительный риск применения препаратов группы антидепрессантов во время беременности с точки зрения развития врожденных пороков плода (Ryan D. et al., 2005; Mischoulon D., 2009).

В связи с этим основное внимание стало уделяться нефармакологическому лечению женщин с перинатальной депрессией. Предлагаются занятия физическими упражнениями, йога, фототерапия, акупунктура, транскраниальная магнитная стимуляция (Тюа С. et al., 2010). Появились исследования, в которых установлено влияние особенностей питания на частоту развития депрессии во время беременности и в послеродовом периоде.

Особое внимание уделяется недостаточному поступлению в организм Омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) (Громова О.А. и др., 2013; Borja-Hart N.L., Marino J., 2010; Ramakrishnan U., 2011; Klemens С.М., Salari K., 2012) а также фолатов (Folstein M. et al., 2007). В организме человека и животных ПНЖК метаболизируются до важных сигнальных молекул – эйкозаноидов (простагландины, простагланцины, тромбоксаны, лейкотриены) и докозаноидов (резолвины и протектины) (Hibbel J.R., 2002). Омега-3-ПНЖК относятся к эссенциальным (незаменимым) жирным кислотам и не синтезируются в организме, поэтому должны поступать в организм в нужном количестве в сбалансированном виде (Громова О.А. и др., 2009; Klemens С.М. et al., 2012). Основными источниками Омега-3 являются некоторые растительные масла и жирные сорта рыбы, однако, дефицит потребления Омега-3 ПНЖК у значительной части населения России составляет 80% (Сидельникова В.М., 2008). Омега-3 нормализуют липидный обмен; предупреждают развитие метаболических нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний; улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию; обеспечивают выработку противовоспалительных простагландинов (профилактика развития эндотелиальной дисфункции); являются компонентом клеток головного мозга, сетчатки глаза, иммунной, нервной и сердечно-сосудистой системы (Ryan D., Milis L., Misri N., 2005). Возможные механизмы действия Омега-3-ПНЖК на настроение



и депрессию включают эффект на рецепторы мембран и энзимов, имеющих отношение к регуляции нейротрансмисмиттерных сигналов и регуляции функции кальциевых каналов. Подавление секреции провоспалительных цитокинов приводит к снижению выброса кортикостероидов из надпочечников, устраняя психотропные эффекты, связанные с кортизолом (Mischoulon D., 2009). Опубликованы данные, свидетельствующие о положительном влиянии Омега-3 на снижение частоты депрессии у беременных и родильниц, а также на развитие мозга плода и новорожденного (van Eijsden M. et al., 2008; Helland I. B. et al., 2009).

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения нашего исследования в группе беременных с тревожно-депрессивными состояниями, которым после 12 недель гестации был рекомендован прием витаминно-минерального комплекса, содержащего Омега-3 (Фемибийон® Наталкер II).

**Резюме.** Проанализирована информация о возможных факторах риска перинатальной депрессии, а также мировой опыт применения различных методов профилактики и лечения с акцентом на омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

**The resume.** The information on possible risk factors perinatal depression, and also world experience of application of various methods of preventive maintenance and treatment with accent on omega-3 polyunsaturated fat acids is analysed.

## КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ВРТ

**Козленко К.С., Буйнова А.Н., Мотовилова Н.О.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия*

Потеря беременности и особенно после ВРТ остается одной из важнейших проблем современного акушерства. Частота этой патологии варьирует от 10 до 20% к числу диагностированных беременностей. Наиболее важным является 1 триместр, угроза прерывания в котором составляет до 80,8%. Значительная роль принадлежит нарушению обмена гомоцистеина, причины изменения которого могут быть генетически детерминированные и приобретенные. В первом случае имеются дефекты, которые приводят к неполноценности ферментов, ответственных за метаболизм этой аминокислоты. Гомозиготная недостаточность этого фермента встречается в 9,3% среди популяции, а гетерозиготная форма генетического дефекта в 40% случаев. При гомозиготном дефекте MTHFR отмечается преждевременное пора-



жение сосудистой стенки, развитие тромбозов и разные поражения нервной системы. Во втором случае – недостаток поступления с пищей витаминов – кофакторов ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина и фолиевой кислоты, которая является субстратом для лабильных метильных групп метионинового цикла. Именно недостаток фолатов более всего повышает уровень гомоцистеина в плазме крови.

Были обследованы беременные, имеющие в анамнезе неудачные попытки ВРТ, и сформированы в группы: с одноплодными и многоплодными беременностями, с нормальным уровнем гомоцистеина и с гипергомоцистеинемией

Обследование беременных включало стандартные исследования, а также определение уровня гомоцистеина, антифосфолипидных, антител, антител к В2гликопротеину 1, антител волчаночного типа в сыворотке крови. При изучении системы гемостаза анализировали параметры расширенных коагулограмм и внутрисосудистой активации тромбоцитов (ВАТ) и выявляли полиморфизм С 677>Т в гене МТНFR.

Гиперагрегация тромбоцитов встречалась во всех группах. Уровень Д-димера был повышен достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще в группах с гипергомоцистеинемией. У беременных с многоплодной беременностью и нормальным уровнем гомоцистеина в 1-м триместре гиперагрегация тромбоцитов встречалась в 13 (21,8±5,6%) случаях, в группе с гипергомоцистеинемией гиперагрегация тромбоцитов была отмечена достоверно ( $p < 0,01$ ) чаще – в 18 (53,0±8,5%) случаях.

Повышение показателей ВАТ было достоверно ( $p < 0,01$ ) реже у женщин в группе с одноплодной беременностью с нормальным уровнем гомоцистеина, тогда как у женщин из остальных групп отмечалось повышение показателей ВАТ.

Мутация в гене МТНFR была выявлена у 27 женщин с нормальным уровнем гомоцистеина и у 52 пациенток с гипергомоцистеинемией.

Адекватное потребление фолатов является необходимым условием благоприятного течения беременности у женщин после ВРТ с гипергомоцистеинемией. Доза фолатов необходимая для компенсации должна составлять не менее 400 мкг. При уровне гомоцистеина более 8 мкмоль/л и при многоплодной беременности доза фолатов должна составлять не менее 800 мкг. Вопросы коррекции фолатного статуса женщины в период беременности требуют дальнейшего изучения, что позволит снизить риск преждевременных родов и патологии плода.

**Резюме.** Основная из проблем современного акушерства – потеря беременности, которая чаще всего встречается в 1 триместре. Значительная роль отводится нарушению обмена гомоцистеина, который возникает при недостатке фолатов в плазме крови. Было выявлено, что среди пациенток с неудачными попытками ВРТ и гипергомоцистеинемией чаще встречались нарушения параметров расширенных коагулограмм и повышение внутрисосудистой активации тромбоцитов. Таким образом, адекватное потребление фолатов является необходимым условием нормального течения беременности и снижает риск преждевременных родов и патологии плода.





One of the most serious problems of the modern obstetrics is a pregnancy loss, which often meets in the first trimester of pregnancy. Pregnancy loss is often associated with disorder of homocysteine metabolism by the folate deficiency. Among patients with failed IVF and hyperhomocysteinemia often meets coagulation disorders and rise of intervessel platelet activation. So, adequate folate consumption is requirement of normal pregnancy and it reduces the risk of preterm birth and fetal pathology.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

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

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

Эффективность профилактики перинатальной, младенческой и материнской смертности является результатом оптимизации региональной перинатальной помощи, ее ресурсного обеспечения и внутритерриториального взаимодействия, при этом важная роль отводится амбулаторно-поликлиническому этапу акушерско-гинекологической помощи.

**Целью исследования** явилась оценка организации работы амбулаторно-поликлинического звена акушерско-гинекологической помощи по обеспечению качества медицинской помощи беременным женщинам.

**Материалы и методы:** проведен статистический анализ сводных по 16 субъектам ЦФО РФ (за исключением г. Москвы и Московской области) отчетных форм №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2012 год. Статистическая обработка данных проведена с использованием прикладной программы «Microsoft Office Excel 2003».

**Результаты.** Согласно сложившейся практике показателями работы амбулаторно-поликлинического звена акушерско-гинекологической службы являются следующие: охват беременных женщин диспансерным наблюдением акушера-гинеколога, осмотрами терапевта, пренатальными скринингами, в том числе в первом триместре беременности, а ведущими критериями результативности – частота преждевременных родов, антенатальной мертворождаемости. Данные показатели являются результатом взаимодействия комплекса факторов, таких как качество, доступность, ресурсное



обеспечение медицинской помощи и медицинская активность женщин. Согласно результатам проведенного сравнительного анализа из числа состоявших в 2012 году под диспансерным наблюдением беременных женщин в целом по ЦФО РФ поступили под наблюдение женской консультации в сроке до 12 недель беременности 86,4%, при этом наиболее высокое значение данного показателя (92,5%) имело место в Белгородской области, наиболее низкое – в Костромской области (81,2%). Были осмотрены терапевтом во время беременности в целом по ЦФО РФ 98,7% женщин, при этом максимальный охват достигнут в Белгородской области (99,9%), минимальный – в Костромской, Тверской областях (95,9%). Обследование на гепатит В было проведено у 97,1% беременных женщин ЦФО РФ, максимальный охват достигнут в Белгородской и Липецкой областях (99,9%), минимальный – в Костромской области (73,1%). Обследование на гепатит С также наиболее часто проводилось в Белгородской, Липецкой областях (99,9%), наиболее редко – в Костромской области (75,8%), в целом по ЦФО РФ – у 96,9% беременных женщин. Из числа завершивших беременность в ЦФО РФ в 2012 году скрининговое ультразвуковое исследование плода (далее – УЗИ) проведено у 97,9% женщин, в том числе у всех (100%) беременных женщин в Воронежской области и только у 90,0% – во Владимирской области. В 90,2% случаев УЗИ было проведено в первом триместре беременности, максимальный процент охвата УЗИ достигнут в Белгородской (95,7%), минимальный – в Смоленской области (82,6%). Из числа завершивших беременность в ЦФО РФ в 2012 году пробы на биохимический скрининг были взяты у 79,2% женщин, в том числе у 5,2% выявлены отклонения. Наиболее высок охват биохимическим скринингом в Липецкой, Белгородской области (92,5%, 92,2% соответственно), наиболее низок в Калужской области (24,7%).

Результативность пренатальной диагностики можно оценивать по показателю перинатальной смертности в результате наличия ВПР (табл. 2245 ф.32). В 2012 году в целом по ЦФО РФ перинатальная смертность в результате наличия ВПР составила в целом по ЦФО РФ 0,9‰, и была высокой в Тверской (2,2‰), Орловской (1,6‰), Смоленской (1,5‰), Калужской (1,4‰) областях, низкой – в Белгородской (0,3‰), Ивановской (0,4‰), Курской (0,4‰), Костромской (0,5‰) областях. Дополнительно можно оценивать число родов у женщин, не состоявших под наблюдением женской консультации (табл.2210 формы 32): в 2012 году в целом по ЦФО РФ доля таковых составила 2,4% от числа родивших в стационаре, при этом данный показатель имел значительные различия в пределах округа: от 0,5% в Белгородской области до 2,5% в Тульской области.

**Заключение.** Таким образом, сравнительный анализ форм 32 по субъектам ЦФО РФ продемонстрировал значительные внутриокружные различия качества медицинской помощи, оказываемой беременным женщинам на амбулаторном этапе акушерско-гинекологической помощи. Полученные результаты обуславливают необходимость проведения аудита в субъектах, имеющих значительные отклонения от среднетерриториальных показателей.

**Резюме:** результаты сравнительного анализа форм 32 по субъектам ЦФО РФ позволяют дать оценку качества медицинской помощи, оказываемой



мой беременным женщинам на амбулаторном этапе, и определить субъекты, нуждающиеся в проведении аудита.

The results of a comparative analysis of the forms on 32 subjects of CFD the Russian Federation allow to evaluate the quality of care provided to pregnant women in outpatient and identify subjects requiring audit.

## СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ НАКАНУНЕ РОДОВ

Курчакова Т.А., Меджидова М.К., Тютюнник В.Л.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. В.И. Кулакова, Москва, Россия*

**Актуальность.** Ведущая роль в развитии послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний принадлежит восходящей бактериальной инфекции влагалища, частота которой в популяции варьирует от 15 до 30%. Применение молекулярно-генетических методов, основанных на полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени (ПЦР-РВ), позволяет расширить спектр выявляемых микроорганизмов и провести количественное определение доли условно-патогенных микроорганизмов в составе микробиоценоза.

**Цель.** Изучение локального воспалительного процесса во влагалище беременных женщин с доношенной беременностью перед родами по профилю экспрессии мРНК генов цитокинов.

**Материалы и методы.** Проведено когортное проспективное исследование с анализом особенностей течения беременности и ее исходов для матери и плода. Обследовано 110 женщин с доношенной беременностью за 10 дней до родоразрешения в возрасте от 19 до 40 лет. Критериями исключения тяжелая экстрагенитальная и акушерская патология, истмико-цервикальная недостаточность с ее хирургической коррекцией, преждевременное излитие околоплодных вод, а также женщины с инфекциями передаваемыми половым путем. Группу 1 составили 33 беременные с клиническими и лабораторными признаками вагинита. Группу 2 – 77 условно-здоровых женщин без признаков воспаления влагалища с нормоценозом влагалища по данным ПЦР-РВ. определяли методом обратной транскрипции и количественной полимеразной цепной реакции (ОТ-ПЦР) в режиме реального времени. У всех пациенток, включенных в исследование, определялась экспрессия мРНК генов цитокинов IL1B, TNF, CD45, IL6, LIF, IL8, IL10, IFNG, IL12A, IL18, TGFB1 в отделяемом из заднего свода влагалища.

**Результаты.** При анализе течения родов и послеродового периода: в 1 группе достоверно чаще наблюдались преждевременное излитие около-



плодных вод 21,3% (OR 2,3; CI 1,2–3,7), разрывы мягких тканей родовых путей – 31,5% (OR 2,5; CI 1,1–4,2) по сравнению с группой контроля. В послеродовом периоде достоверно чаще в 1 группе наблюдались субинволюция матки – 7,4% (OR 3,4; CI 1,2–6,8), а послеродовой эндометрит диагностировался только в основной группе, частота которого составила 3,7%. При анализе спектра возбудителей установлено статистически значимое увеличение *Ureaplasma spp*, *Candida Spp* в группе 1. Выявлено достоверное увеличение уровня экспрессии мРНК генов IL1B, TNF, CD45, IL6, LIF, IL8, IFNG ( $p < 0,05$ ) и снижение уровня IL12A, IL18, TGFB1 ( $p < 0,05$ ) при вагините по сравнению со здоровыми женщинами.

**Заключение:** Полученные данные отражают изменения интенсивности воспалительной реакции слизистой влагалища при вагинитах у беременных женщин перед родами.

**Резюме.** Проведено изучение локального воспалительного процесса во влагалище у 110 беременных женщин, с доношенной беременностью перед родами по профилю экспрессии мРНК генов цитокинов. Выявлено достоверное увеличение уровня экспрессии мРНК генов IL1B, TNF, CD45, IL6, LIF, IL8, IFNG ( $p < 0,05$ ) и снижение уровня IL12A, IL18, TGFB1 ( $p < 0,05$ ) при вагините по сравнению со здоровыми женщинами. Полученные данные отражают изменения интенсивности воспалительной реакции слизистой влагалища при вагинитах у беременных женщин перед родами.

Study of local inflammatory process in the vagina in 110 pregnant women, with pregnancy before birth on the profile of the mRNA expression of cytokine genes.

Found a significant increase in the level of mRNA expression of genes IL1B, TNF, CD45, IL6, LIF, IL8, IFNG ( $p < 0,05$ ) and a decrease in IL12A, IL18, TGFB1 ( $p < 0,05$ ) in vaginitis compared to healthy women. The data indicate changes in the intensity of the inflammatory reaction of the vaginal mucosa when vaginitis in pregnant women prior to delivery.



## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Логунова Л.С., Ахвледиани К.Н., Травкина А.А.,  
Власов П.Н., Лубнин А.Ю., Коваленко Т.С.

*ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»,  
НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Кафедра нервных болезней  
лечебного факультета МГМСУ Россия. Москва*

В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа женщин, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в репродуктивном возрасте. Ведение беременности у таких пациенток остается весьма сложной задачей в связи с возрастанием риска акушерских и перинатальных осложнений, и немаловажная роль в этом принадлежит врачам амбулаторно-поликлинического звена и женской консультации.

**Цель:** улучшение материнских и перинатальных исходов у беременных с острым нарушением мозгового кровообращения.

**Материалы и методы исследования:** под нашим наблюдением находились 70 беременных в возрасте от 17 до 38 лет. У 38 пациенток произошел инсульт по ишемическому типу, у 32 – по геморрагическому. Беременные разделены на две группы. I группу составили 32 беременных с мозговыми кровоизлияниями. Установленные причины кровоизлияний: разрыв аневризмы – 12, сосудистые мальформации с кровоизлиянием – 10, тромбоз синусов головного мозга – 4, в четырех наблюдениях – субарахноидальное кровоизлияние на фоне артериальной гипертензии, у двух беременных внутримозговое кровоизлияние по неустановленной причине. У 5 из 32 беременных внутричерепное кровоизлияние произошло во время настоящей беременности, у остальных до наступления беременности. Все беременные со «свежим» инсультом были госпитализированы в нейрохирургические отделения для лечения. В четырех наблюдениях проводилось консервативное лечение – ноотропная, сосудистая терапия, применение антикоагулянтов. У одной беременной произведено клипирование аневризмы, беременность была пролонгирована до доношенного срока. По поводу геморрагического инсульта (ГИ) в анамнезе прооперировано 14 женщин из 27: трепанация черепа с удалением внутримозговой гематомы (4), клипирование аневризмы (5), эмболизация аневризмы (2), иссечение артериовенозных мальформаций/удаление аневризмы (3). У остальных беременных – консервативное лечение в условиях неврологического отделения.

II группу составили 38 беременных с ишемическим инсультом: у 8 пациенток инсульт произошел во время настоящей беременности, у 3 – в раннем послеродовом периоде, у 27 – до наступления беременности. Установленными факто-



рами риска развития ОНМК явились: артериальная гипертензия (11), пороки развития клапанного аппарата сердца (7), сочетанная тромбофилия (7), мигрень (2), венозная патология другой локализации (7), сахарный диабет (1), ожирение (3). Все женщины по поводу настоящей беременности находились под наблюдением врача женской консультации по месту жительства и поликлинического отделения МОНИИАГ, были обследованы, согласно стандартам, обязательным явилось исследование системы гемостаза, скрининг на генетические формы тромбофилии, динамическая оценка свертывающей системы крови при применении антикоагулянтов, КТ головного мозга (в условиях защиты плода) или МРТ (во время беременности предпочтительнее, учитывая меньшую лучевую нагрузку), электроэнцефалография для оценки очаговых изменений биопотенциалов мозга. Все беременные находились под наблюдением невролога, консультированы нейрохирургом, офтальмологом и кардиологом.

**Результаты:** течение гестационного периода осложнилось в обеих группах: ранним токсикозом (27), основными симптомами которого были тошнота, рвота, головная боль, гипотония; умеренной преэклампсией (13), тяжелой преэклампсией (2), основными симптомами которой были выраженная гипертензия, нередко сопровождающаяся менингеальной симптоматикой (преходящая головная боль, нарушение зрения), которые быстро купировались на фоне ноотропной терапии. Гипотензивная терапия назначалась совместно с терапией под контролем АД. Плановая госпитализация осуществлялась в 37–38 недель беременности для подготовки к родоразрешению. Родоразрешены все 70 беременных – кесарево сечение произведено у 28 (40%) беременных, показаниями к оперативным родам были: в 18 наблюдениях сочетание акушерской и неврологической патологии, только у 8 беременных основным показанием явилось заключение нейрохирурга и невролога в связи с высоким риском повторных кровоизлияний при самопроизвольных родах. Роды через естественные родовые пути произошли у 42 (60%) пациенток, самопроизвольные – у 32, с наложением акушерских щипцов у 2, вакуум-экстракция плода у 8. В удовлетворительном состоянии родились 57 детей, в асфиксии легкой степени родились 12 детей. У восьмерых детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар 7 и 8 баллов, состояние на третье сутки расценивалось как удовлетворительное. В процессе самопроизвольных родов у 80% пациенток с целью обезболивания применялась длительная перидуральная анальгезия в комбинации с наркотическими анальгетиками. Во время кесарева сечения метод анестезии подбирался индивидуально.

#### **Выводы:**

1. При первой явке в женскую консультацию врач должен тщательно ознакомиться с анамнезом, выяснив были ли ОНМК до настоящей беременности, исключить у беременной заболевания центральной нервной системы, провести дифференциальную диагностику между ранним токсикозом и ОНМК, своевременно направив ее на консультацию к неврологу, нейрохирургу для решения вопроса о тактике ведения беременности и методе родоразрешения.

2. Наблюдение акушером-гинекологом согласно стандартам, в III триместре не реже, чем 1 раз в 10 дней.



3. Своевременное выявление и коррекция осложнений гестации и их лечение. Гипотензивная терапия назначается совместно с терапевтом под контролем АД.

4. Обязательное применение антикоагулянтов (НФГ/НМГ) у беременных с ишемическим инсультом, при ГИ в зависимости от формы тромбофилии, клинической картины, под контролем гемостаза. С целью профилактики кровотечений перед родоразрешением за 24 часа антикоагулянтная терапия прекращается с последующим возобновлением приема препаратов через 4–6 часов после родов.

5. Наблюдение неврологом осуществляется 1 раз в 3 месяца, чаще – при выявлении неврологической симптоматики.

6. Осмотр офтальмолога осуществляется 2 раза за беременность – при постановке на учет, и в сроке 32 недели или при появлении жалоб со стороны зрения.

7. Плановая госпитализация предпринимается в 37–38 недель беременности для выбора метода родоразрешения.

## ПЕРСониФИЦИРОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИРЕЗУС- ИММУНОГЛОБУЛИНА ПРИ РИСКЕ РЕЗУС- СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Махмудова С.М.<sup>1,2</sup>, Трофимов Д.Ю.<sup>1</sup>, Файзуллин Л.З.<sup>1</sup>,  
Павлович С.В.<sup>1</sup>, Карнаухов В.Н.<sup>1</sup>

1 – ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

2 – ГБУЗ ГП N 195 Департамента здравоохранения города Москвы

Персонализация подходов к ведению беременных является одним из приоритетных направлений современного акушерства. Развитие неинвазивных подходов к определению эмбриональной/фетальной ДНК в крови матери позволяет оптимизировать тактику курации беременности при резус-отрицательном типе крови.

**Цель исследования:** оптимизация подходов к назначению антирезус-иммуноглобулина у беременных с резус-отрицательным типом крови с помощью неинвазивного метода определения резус-фактора плода.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 185 беременных женщин с резус-отрицательным типом крови при резус-положительном типе крови супруга. Все беременные находились на амбулаторном наблюдении в ГБУЗ ГП №195 Департамента здравоохранения г. Москвы. Проведение исследования было одобрено этическим комитетом ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России. Забор крови для опре-



деления резус-фактора плода осуществлялся из кубитальной вены у беременных в сроки 14–27 нед. беременности. Определение резус-принадлежности плода проводилось в лаборатории молекулярно-генетических методов «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России путем выявления в эмбриональной ДНК гена RHD методом ПЦР в реальном времени. Определение резус-принадлежности новорожденных осуществлялось в родовспомогательных учреждениях иммунологическими методами непосредственно после рождения.

**Результаты.** Определение резус-фактора у новорожденных произведено в 184 случаях. В одном случае данных о резус-принадлежности не получено, в связи с прерыванием беременности из-за наличия несовместимого с жизнью порока развития. Антенатальное определение резус-принадлежности показало, что в 150 случаях имел место резус-положительный тип крови и в 34 – резус-отрицательный. Анализ резус-принадлежности новорожденных подтвердил данные антенатального определения во всех случаях при резус-положительном типе крови и в 33 – при резус-отрицательном. Таким образом, совпадение результатов антенатального и постнатального исследования имело место в 99,5% случаев.

**Заключение.** Определение резус-фактора плода с помощью эмбриональной/плодовой ДНК позволяет в абсолютном большинстве случаев установить резус-принадлежность, что, в свою очередь, позволяет персонализировать подходы к ведению беременности и избирательно подходить к осуществлению профилактического назначения антирезус-иммуноглобулинов.

**Резюме:** Проведено исследование по определению возможностей антенатального определения резус-принадлежности плода по крови матери. Установлено, что в 99,5% антенатальное определение гена RHD плода методом ПЦР в реальном времени совпадает с результатами постнатального определения резус-принадлежности у новорожденного, что указывает на возможности персонализации подходов к профилактическому назначению антирезус-иммуноглобулинов при резус-отрицательном типе крови.

The results of comparison of 184 fetal RHD genotyping in 14–27 weeks of pregnancy and neonatal Rh factor determination indicate coincidence of results in 99,5% of cases. Thus, determination of fetal RHD in 2nd trimester can facilitate and personify prophylactic administration of anti-D immunoglobulin in Rh-negative pregnant women.





## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БОЛЬНОЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИЕЙ ПЬЕРА МАРИ

Михайлин Е.С.

Город, организация: СПбГБУЗ «Родильный дом №10», Санкт-Петербург

Мозжечковая атаксия Пьера Мари – наследственное дегенеративное заболевание с преимущественным поражением мозжечка и его проводящих путей. Возникает заболевание в возрасте 20–30 лет и старше. Встречается в нескольких поколениях одной семьи, т.е. передается по аутосомно-доминантному типу. Патологический ген обладает высокой пенетрантностью и пропуски поколений редки. Начинается в более позднем возрасте (20–45 лет). Частота заболевания 0,5 на 100 000 населения, мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой. Наблюдаются атаксия при выполнении координаторных проб, шаткость походки, скандированная речь, интенционное дрожание, гримасничание, нистагм. Мозжечковые симптомы сочетаются с умеренными или выраженными признаками пирамидной недостаточности (повышение глубоких рефлексов, клonusы стоп), а иногда со зрительными и глазодвигательными нарушениями (снижение остроты и сужение полей зрения, косоглазие, птоз, недостаточность конвергенции). Характерным признаком является выраженное в различной степени снижение интеллекта. Гистологически выявляются дегенеративные поражения клеток коры и ядер мозжечка, спиноцереbellарных путей в боковых канатиках спинного мозга, в ядрах моста мозга и продолговатого мозга. Длительность течения заболевания после возникновения первых симптомов составляет в среднем 10–15 лет. Причиной гибели больных в большинстве случаев являются инфекционные осложнения. Лечение симптоматическое, проводится 2–3 раза в год: витамины группы В, ноотропы, лечебная физкультура, массаж. Репродуктивная функция у данных пациентов не нарушена. Приводим собственное наблюдение: Пациентка Ш.Д.А., 16 лет, поступила в СПбГБУЗ «Родильный дом 211610» (главный врач – к.м.н. Иванова Л.А.) 22.08.2013 жалоб не предъявляет. Шевеление плода ощущает хорошо. В анамнезе – ОРВИ, сотрясение головного мозга в 2010 г. Аллергические реакции отрицает. У бабушки по материнской линии, матери, дяди (брата матери) – наследственная мозжечковая атаксия Пьера Мари. Данный диагноз в семье впервые был установлен в 1991 году, когда бабушка пациентки по материнской линии была госпитализирована в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург) с жалобами на слабость, общую скованность, головокружение, шаткость при ходьбе. Дочь сестры отца бабушки страдала подобными



симптомами. Дядя и мать пациентки отмечают у себя подобные симптомы, однако, к врачам не обращались (недавно приехали из отдаленных районов Грузии). Месячные у пациентки с 12 лет, по 5 через 28, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 12 лет. Гинекологические заболевания и ИППП отрицает. Курит (до 5 сигарет в день). Беременность первая. На учете в ЖК с 12/13 недель. Общая прибавка веса 12 кг. Динамика АД 100/60–120/80 мм рт. ст. Клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма – в пределах нормы. Анализы мочи – в пределах нормы. Динамика Hb 130–116–121 г/л. ЭКГ – ритм синусовый, синусовая аритмия. Госпитализации отрицает. При сроке 19/20 недель проводилась терапия уре-аплазменной инфекции (вильпрофен 1 т x 3 раза в день 10 дней плюс санация влагалища). При сроке 32 недели – ОРВИ, острый трахеобронхит с подъемом температуры до 37,5°C. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. ЧСС 82 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Частота дыханий 18 в минуту. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Диурез достаточный. Матка в нормальном тоне, возбудима при пальпации. Тазовый конец плода прижат к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 в минуту. Выделения из половых путей слизистые. Выполнено УЗИ: 1 живой плод в смешанном ягодично-ножном предлежании, соответствует сроку 35/36 недель (срок по menses – 37 недель), околоплодные воды – нормальное количество (АИ 15,8 см), плацента по передней стенке, дольчатая, с множественными кальцинатами, толщиной 38 мм, 3 степени зрелости по Grannum. Допплерометрия кровотоков в системе мать–плацента–плод: нарушений гемодинамики не выявлено. Кардиотокография в динамике: нарушений функционального состояния плода не выявлено. Для выбора тактики родоразрешения пациентка была проконсультирована неврологом. Учитывая аутосомно-доминантный тип наследования наследственной мозжечковой атаксии Пьера Мари, вероятность развития данной патологии у пациентки составляет 100%. Следовательно, риск дебюта заболевания у пациентки повышен как после естественных родов, так и после родоразрешения путем операции кесарева сечения. Учитывая ягодично-ножное предлежание плода у юной первородящей, было принято решение о родоразрешении беременной путем операции кесарева сечения в плановом порядке. 03.09.2013 при сроке беременности 38/39 недель, было проведено чревосечение по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Родилась девочка, массой 2730, ростом 48 см, с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Кровопотеря составила 700 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 7 сутки с ребенком. Гистология последа: плацента компенсирована. Через два месяца после родов осмотрена неврологом, признаков неврологического дефицита не выявлено, рекомендован осмотр невролога 1–2 раза в год. Приведенное клиническое наблюдение показало благоприятное течение беременности и родов у пациентки с наследственной мозжечковой атаксией Пьера Мари и отсутствие неврологического дефицита в позднем послеродовом периоде.



# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ ГАЛАВИТ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д., Арипов А.Н.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан*

В последнее время особое значение приобретают иммунологические аспекты профилактики гнойно-септических осложнений (ГСЗ) после хирургического вмешательства и эффективной реабилитации больных в акушерстве.

**Целью нашего исследования** явилась оценка эффективности иммуномодулятора с противовоспалительным действием Галавит® («Сэлвим», Россия) в комплексе с антибактериальной терапией при операции кесарево сечение для профилактики и лечения осложнений в послеродовом периоде.

Проведенные наблюдения у 62 послеоперационных женщин, поступивших в родильные комплексы г. Ташкента и Ташкентской области; первородящими были 22 (35,5%), повторнородящими 40 (64,5%). Настоящая беременность наступила самопроизвольно у 92% женщин, в результате стимуляции гормональными препаратами – у 8%.

Плановое кесарево сечение проводилось в 24 случаях (48%), экстренное – в 52%. В структуре показаний к плановому кесареву сечению были: рубец на матке – 20%, анатомический узкий таз – 16%, тазовое предлежание плода – 12%, другие – 10% (рубцовая деформация шейки матки после предыдущих родов, двукратное обвитие пуповиной вокруг шеи плода, разрывы шейки матки 3-й степени). Показанием к экстренной операции явились: начало родовой деятельности, либо преждевременное излитие околоплодных вод при рубце на матке – 2%, дистресс плода – 12%, сочетанные показания – в 16% случаев.

Большинство женщин имели наличие системной и местной инфекции перед операцией (72%), но не в стадии обострения; только у 12% женщин имело место обострение герпес-вирусной инфекции вовремя беременности, у 56% – вагинальные инфекции (кандидозный вагинит, бактериальный вагиноз и др.). Во всех случаях была проведена адекватная санация генитального тракта.

У 10% женщин в анамнезе 2 и более артефициальных аборт, у 12% – привычное невынашивание, у 18% – бесплодие, у 24% – оперативные вмешательства лапароскопическим доступом (миомэктомия у 4 женщин, резекция яичников у 2, удаление придатков у 2).

Из 62 родильниц у 17 на 2–3 сутки появились признаки синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) с повышением температуры тела свыше 38°C. Тахикардия в среднем составила 101±7 раз/мин, ЧДД от 18 до 26 в мин.

В общем анализе крови имелись изменения лейкоцитарной формулы с появлением незрелых форм –  $10,6 \times 10^9/\text{л}$  до  $15,6 \times 10^9/\text{л}$ ; ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации) = 1,9 (в норме =1).



Анализ оперативного вмешательства показал, что средняя длительность операции составила  $30,1 \pm 2,4$  мин, объем кровопотери  $550,5 \pm 44,7$  мл. Расширение оперативного вмешательства было у 3 пациенток, производилась миомэктомия, в связи с чем операция продлилась более на 60 минут в 2 случаях, а кровопотеря – до 800–1000 мл.

С целью профилактики ГСЗ в послеоперационном периоде из 62 больных 27 назначено АБ профилактика в течение 3 суток (цефтриаксон по 1 г × 2 раза в сут.; Метрагил (Метранидазол) по 100 мл × 3 раза в сутки и симптоматическая терапия.

Изучение иммунного статуса беременных оценивали по показателям относительного и абсолютного содержания Т-лимфоцитов (СДЗ+), иммунорегуляторного индекса (СД4+/СД8+).

Половине из 62 обследованных больных наряду с АБ профилактикой назначено ректальное введение Галавита (аминодигидрофталазиндион натрия) по 100 мг × 2 раза в сут. в течение 3 дней, далее по 100 мг 10 дней. Препарат способствовал нормализации уровня IgM, IgA, повышая активность субпопуляций Т-лимфоцитов (Т-хелперы, Т-киллеры) и цитотоксических NK-клеток (CD16+), оказывая одновременно стимулирующее действие на фагоцитарную активность нейтрофилов при ее исходном дефиците. Назначенная доза Галавита отрегулировала синтез цитокинов макрофагами (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-α) и лимфоцитами (ИЛ-2);

По стандартным критериям ВОЗ эффективность комплексной терапии оценивали в первые 48 часов. Клиническое улучшение общего состояния, с исчезновением симптомов ССВР и нормализацией лабораторных данных отмечалось уже к концу 18–24 часов на фоне терапии с Галавитом, тогда как у женщин, которые лечились без иммуномодуляторов, купирование отмечалось на 28–36 ч позднее.

**Обсуждение:** Своевременно начатая комплексная терапия с обязательным включением иммуномодулятора Галавит при ГСЗ в послеродовом периоде способствовала быстрому регрессу клинических признаков и нормализации иммунологических показателей, что тем самым сократило сроки пребывания пациенток в стационаре. По данным ряда авторов, у Галавита не зафиксировано токсическое, мутагенное и эмбриотоксическое действия, поэтому его можно рекомендовать во время беременности в дородовый период при критических ситуациях и применять в составе комплексной терапии при гнойно-септических осложнениях в послеродовом периоде.

**Резюме.** Включение иммуномодулятора Галавит при лечении гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде 62 женщинам в комплексе с иммуномодулятором Галавит обеспечило клиническое улучшение общего состояния, исчезновение патологических симптомов ССВО и нормализацию лабораторных показателей, которые наступили к концу 18–24 часов на фоне терапии с Галавитом, тогда как у женщин, которые лечились без иммуномодуляторов, купирование отмечалось на 28–36 ч позднее. Также препарат Галавит способствовал нормализации IgM, IgA, повышая активность Т-хелперов и Т-киллеров и цитотоксических NK-клеток. Галавит



повышает синтез макрофагами цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-а и лимфоцитами ИЛ-2.

Inclusion of an immunomodulation in the treatment of purulent Galavit septic complications in the postoperative period in 62 women with complex immunomodulation Galavit clinical improvement in general condition, with disappearance of pathological symptoms of SIRS and normalization of laboratory data has come to the end of 18–24 hours, compared with 28–36 hours at women who were held without immunomodulation also contributed to the normalization of drug IgM, IgA, increasing the activity of T-helper and T-cytotoxic and NK cells. Galavit increases macrophage cytokine synthesis by IL-1, IL-6, TNF-a and IL-2 production by lymphocytes .

## РЕЗУЛЬТАТЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА, ПРОИЗВЕДЕННОГО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**Мусаев О.Х., Мусаева К.О., Аскерханова Э.Р.**

*Дагестанская медицинская академия, Махачкала, Россия*

Одной из актуальных тем практического акушерства являются тазовые предлежания и неправильные положения плода. При таких родах отмечены высокая перинатальная заболеваемость и смертность. По данным различных авторов, частота рождения детей через естественные родовые пути с низкой оценкой по шкале Апгар значительно выше, а перинатальная смертность при тазовом предлежании плода в 5 раз выше, чем при головном. В связи с этим значительно расширились показания к абдоминальному родоразрешению (АР). По данным отечественных и зарубежных авторов, частота кесарева сечения (КС) при тазовом предлежании плода колеблется от 45 до 83%. Вместе с тем, высокий процент АР увеличивает риск осложнений у матери.

В последние годы в Республиканском родильном доме нами проводился наружный акушерский поворот (НАП) плода на но головку при тазовых предлежаниях и неправильном положении плода, строго соблюдая показания, противопоказания и условия проведения данного пособия. По опубликованным нами в печати данным, исходы для матери и плодов были благоприятными.

Применяя это пособие, мы имеем возможность значительно снизить процент АР и связанных с ним осложнений, экономить материальные затраты, сохранить и улучшить репродуктивное здоровье женщин.

С учетом того, что Дагестан славится традиционно высокой рождаемостью, в наших условиях это пособие приобретает особое значение. В связи



с этим нами проведена оценка эффективности НАП в амбулаторных условиях. Амбулаторное производство этого пособия предполагает значительный экономический эффект (избавляет женщин от КС, уменьшает количество проведенных койко-дней в стационаре, высвобождает койки для нуждающихся больных, снижает вероятность внутрибольничного инфицирования). Ни все беременные, имеющие несколько детей, имеют возможность находиться на стационарном лечении.

В доступной нам литературе мы не нашли работ посвященных НАП в амбулаторных условиях.

**Цель работы:** изучить влияние НАП проведенного в амбулаторных условиях на исход беременности для матери и плода.

После осмотра, сбора анамнеза, получения информированного согласия, производства УЗИ и применения спазмолитиков, под контролем УЗИ нами произведен НАП плода на головку беременным при тазовых предлежаниях и неправильном положении плода.

В последующем в течении 30–40 мин. проводилось наблюдение за состоянием беременной и плода (АД, ЧСС матери, КТГ, доплерометрия плода), после чего беременных курировали врачи женских консультаций.

НАП плода на головку производился в сроке беременности 34–36 нед. у 132 (64%) беременных, в 37–38 нед. у 73 (35%).

В 13 (6,3%) наблюдениях после поворота производили фиксацию плода. В процессе НАП и после его выполнения мы не наблюдали осложнений, связанных непосредственно с пособием.

Из 205 беременных первородящих было 70 (34,1%), повторнородящих – 102 (49,8%) и многорожавших – 33 (16,1%). В 187 случаях из 205 НАП произведен при тазовом предлежании и в 18 – при поперечном предлежании плода.

Среди беременных, которым выполнил НАП, с анемией легкой и средней степени тяжести были 22, резус отрицательной кровью, без признаков сенсбилизации – 12, варикозной болезнью – 6 и хроническим пиелонефритом – 3.

Осложнений связанных с производством НАП не отмечалось. В 4 случаях плод повернулся в тазовое и в 1 – в поперечное положение, что служило показаниями к АР.

В родах возникали следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод у 40 (19,5%), угрожающий разрыв промежностей – 24 (11,6%), разрыв промежности, стенок влагалища и шейки матки – 16 (7,8%), слабость родовой деятельности – 9 (2,3%), упорная в 2 случаях.

Через естественные родовые пути родоразрешилось 184 (89,8%) женщин, 21 (10,2%) произведено КС. В 3 случаях произведена вакуум-экстракция плода по показаниям: низкое поперечное состояние стреловидного шва и слабость потуг.

В связи с послеродовым кровотечением произведено ручное отделение и выделение последа в 3 случаях и ручное обследование полости матки – 2.

Состояние новорожденных оценено по Апгар 7–10 баллов у 193 (94,2%), 5–6 – у 12 (5,8%).



Масса тела новорожденных колебалась от 2500–3000 у 22 (10,7%), от 3100–3500 – 71 (34,6%), от 3600–4000 – 79 (38,6%) и от 4100 и более – 33 (16,1%). Осложнений в раннем послеродовом периоде не наблюдались и новорожденные выписаны вовремя.

Таким образом, мы считаем возможным и экономически выгодным производство НАП на головку при тазовых предлежаниях и неправильном положении плода в амбулаторных условиях при сроках беременности 34–38 недель, строго соблюдая показания условия и противопоказания под контролем УЗИ. После успешного НАП необходимо вести наблюдение за состоянием беременной и внутриутробного плода в течении 30–40 минут.

**Резюме.** Проведение наружного акушерского поворота плода при тазовых предлежаниях в сроке 34–38 недель беременности в амбулаторных условиях приводит к экономическому эффекту, избавляет женщин от операции кесарева сечения, снижает вероятность инфицирования.

Carrying out in the out-patient department of the external obstetric turn of the 34–38 week pregnancy fetus results in economic effect, rids women of the Cesarean section, reduces the risk of infection.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ

**Никитина Н.А., Сидорова И.С., Милованов А.П.**

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

В настоящее время в большинстве стран мира преэклампсия определяется как специфическое для беременности осложнение, которое диагностируется при наличии артериальной гипертензии и протеинурии. Наиболее тяжелые формы данного осложнения беременности нередко заканчиваются смертью матери, обусловленной в большинстве наблюдений отеком мозга, острой почечной и печеночной недостаточностью. Патоморфологические исследования при этом в 100% наблюдений констатируют системное поражение эндотелия сосудов (эндотелиоз), а также изменения, свидетельствующие о глубокой гипоперфузии всех органов. Повреждение материнского эндотелия наиболее отчетливо визуализируется в почках, что определяется термином гломерулярно-капиллярный



эндотелиоз (генерализованный отек и вакуолизация эндотелиальных клеток, окклюзия просветов капилляров).

Собственные исследования (Сидорова И.С. и соавт.) в течение последних 10 лет позволили предположить важную роль нейроспецифических белков в повреждении эндотелия при преэклампсии, в частности NSE (нейроспецифическая енолаза).

В соответствии с этим, нами изучены специфические патоморфологические изменения в почках у 8 пациенток, погибших от тяжелых форм преэклампсии и эклампсии, с использованием иммуногистохимического исследования NSE. Группу сравнения составили 3 аутопсийных наблюдения смерти пациенток от других причин. Для визуализации NSE в тканях использовались мышиные моноклональные антитела фирмы «Novocastra» (клон 5E2) в готовом разведении и система детекции Kit (NCL-RTU-D).

Непосредственной причиной смерти 3 пациенток группы сравнения был шок различного генеза, поэтому в почках этих женщин отмечены коллабирование клубочков, выраженный некроз эпителия извитых и прямых канальцев. Выявлена слабо выраженная реакция на NSE в гранулярных (ренинсодержащих) и мезангиальных клетках, которые регулируют площадь поверхности капиллярных петель, изменяя объем фильтрации и способствуя падению артериального давления, что характерно для любого вида шока. Также слабо иммуновизуализируются юкстагломерулярные клетки в сопровождающих артериолах. У женщин, погибших от тяжелой преэклампсии и эклампсии, структура почек также характеризовалась коллабированием клубочков и умеренным некрозом эпителия извитых и прямых канальцев. Однако помимо типичных шоковых изменений в этой группе определяется увеличение мезангиальных клеток в составе капиллярной сети клубочков и юкстагломерулярного комплекса с выраженной степенью иммуноактивности NSE. Кроме того, зарегистрирована тотальная десквамация эндотелиального слоя приносящих и выносящих артериол, что указывает на крайнюю степень эндотелиоза у погибших женщин.

Юкстагломерулярные клетки – это ренинсинтезирующие клетки, стимулирующие образование ангиотензина I, из которого в капиллярах легких образуется ангиотензин II, индуцирующий выработку альдостерона в надпочечниках. Мезангиальные клетки, имеющие отросчатую форму, располагаются между петлями капилляров клубочков почек, регулируют объем фильтрации и имеют рецепторы ангиотензина II, вазопрессина и других вазопрессоров. В соответствии с этим, чрезмерное увеличение мезангиальных и юкстагломерулярных клеток, выявленное в почках погибших от тяжелых форм преэклампсии, способствует длительному системному повышению артериального давления, изменению объема фильтрации и нарушению функции почек. Применение антигипертензивных препаратов при тяжелой гипертензии в такой ситуации оказывается практически неэффективным, поскольку никак не влияет на функциональную активность и количество указанных клеток.

Таким образом, выявленное тотальное повреждение эндотелия артериол и капилляров, увеличение количества мезангиальных и особенно юкстагломерулярных клеток в почках отражает важный патогенетический механизм





стабильного, рефрактерного к терапии повышения артериального давления у пациенток с тяжелыми формами преэклампсии.

**Резюме.** Изучены специфические патоморфологические изменения в почках у 8 пациенток, погибших от тяжелой преэклампсии и эклампсии, и у 3 женщин группы сравнения с использованием иммуногистохимического исследования NSE. У погибших от преэклампсии выявлено тотальное повреждение эндотелия артериол и капилляров, увеличение количества мезангиальных и юкстагломерулярных клеток, синтезирующих ренин, что приводит к развитию неконтролируемой рефрактерной к терапии гипертензии.

Specific pathomorphological changes in kidneys of 8 patients died from severe preeclampsia and eclampsia and 3 women of experimental group were studied via immunohistological analysis NSE. In women died from preeclampsia was diagnosed total damage of arteriolas and blood capillaries endothelium, increasing of quantity of mesangial and juxtaglomerular cells, which produce rennin that lead to progression of uncontrolled hard-to-treat hypertension.

## ЧРЕЗМЕРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К ОЖИРЕНИЮ

**Покусаева В.Н., Никифоровский Н.К.**

*Смоленская государственная медицинская академия,  
г. Смоленск, Россия*

Прибавка массы тела при беременности обусловлена возникновением и развитием фето-плацентарного комплекса, увеличением матки, молочных желез, жировой ткани, накоплением циркулирующей и интерстициальной жидкости. За счет рождения плода и последа и выведения «излишков» жидкости из организма вес женщины после родов уменьшается на 5–7 кг. А восстановление исходной массы в норме должно происходить примерно через полгода. Однако, по данным литературы, каждая третья к этому времени сохраняет более пяти дополнительных килограммов, а каждая четвертая не может восстановить вес даже через год после родов. Существует мнение об увеличении риска формирования у этих женщин в дальнейшем ожирения, инсулинорезистентности, метаболического синдрома, диабета, сердечнососудистых заболеваний, рака молочной железы. Предполагается, что темп послеродовой редукции массы во многом зависит от уровня ее гестационного увеличения и, особенно, и особенно такой ее составляющей как жировая ткань.



**Целью нашего исследования** явилось выяснение особенностей послеродовой редукции веса у пациенток с чрезмерным уровнем его гестационного увеличения.

**Материалы и методы исследования.** Проспективное когортное исследование, включавшее основную группу женщин с чрезмерным (50) и контрольную с рекомендуемым (43) гестационным увеличением массы тела (ГУМТ). Критерии включения: своевременные роды, отсутствие клинико-лабораторных и анамнестических признаков сахарного диабета, согласие пациентки на исследование. Дополнительно к отраслевым стандартам обследования мы проводили антропометрические измерения при постановке беременной на учет в 1 триместре гестации, на 3 день и через 3, 6, 9, 12 месяцев после родов. Дополнительно определяли процент жировой массы тела методом калиперометрии кожно-жировых складок. ГУМТ оценивалось согласно «Руководству по прибавкам массы во время беременности» в зависимости от исходного ИМТ (IOM, 2009).

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, через 3, 6, 9 и 12 месяцев после родов количество «задержавшихся» килограммов достоверно коррелировало с уровнем ГУМТ ( $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$  и  $p=0,011$  через 3, 6 и 9 месяцев и через год после родов, соответственно). Связь эта сохранялась при проведении многофакторного анализа с исключением влияния исходной массы женщины.

При проведении анализа с использованием критерия Вилкоксона мы определили, что при ГУМТ в пределах рекомендованного восстановление первоначального веса происходит к 9 месяцу после родов. Женщины, чрезмерно увеличившие массу при беременности, до конца первого года после родов не могут избавиться от дополнительного веса ( $p=0,000$ ). И хотя редукция массы в этой группе происходила в течение всего периода наблюдения, количество дополнительных к исходному весу килограммов всегда превышало аналогичный показатель в группе с нормальным ГУМТ ( $p=0,000$  при сравнении во всех временных интервалах в течение года). Нужно отметить, что к концу первого года наблюдения у всех пациенток с нормальным ГУМТ вес вернулся к исходному, тогда как треть женщин (36,0%) с избыточной прибавкой задержка массы составила более 5 кг, а у 14,0% – более 10 кг ( $p=0,000$ ). Вклад жирового компонента в нарушение восстановления первоначальной массы достаточно велик. Анализируя динамику гестационного и постгравидарного изменения состава тела, мы выяснили, что при рекомендуемой прибавке количество жира, несколько увеличившийся в первой половине беременности, к моменту родов возвращается к исходным значениям и сохраняется на этом уровне до 6 месяцев после них. Затем, параллельно редукции общей массы тела начинается и уменьшение ее жировой составляющей ( $p=0,018$  и  $p=0,004$  в 9 и 12 месяцев, соответственно), в результате чего к концу года общий процент жира становится даже меньше исходного ( $p=0,004$ ). При чрезмерном ГУМТ разница с теми, кто имеет рекомендуемый прирост веса, появляется уже в конце 1 триместра ( $p=0,002$ ). В дальнейшем различия усиливаются, и к концу беременности отмечается не снижение, как в норме, а достоверное увеличение жировой массы тела по сравнению



с исходным ( $p=0,005$ ). В итоге, к моменту родов эти женщины имели значительно большие жировые накопления, чем в контрольной группе. В основной группе так же, как и в контрольной, жировая масса начинает возвращаться к исходному уровню после 6 месяцев ( $p=0,000$  и  $p=0,000$  в 9 и 12 месяцев, соответственно). К концу первого года после родов процент подкожного жира аналогичен показателям в 1 триместре гестации. Но, несмотря на такую позитивную динамику, при сравнении основной группы с контрольной, мы нашли существенные отличия в содержании жировой ткани не только в начале беременности, но и на протяжении всего периода наблюдения после родов ( $p=0,02$ ,  $p=0,070$ ,  $p=0,009$ ,  $p=0,018$ , соответственно через 3, 6, 9 и 12 месяцев). То есть даже через год после родов сохраняется избыток жира, накопленный пациенткой во время беременности при чрезмерном увеличении веса.

**Выводы.** При чрезмерном гравидарном приросте веса его восстановление после родов замедлено по сравнению с нормой. Риск неполного восстановления массы к концу первого года после родов имеют только пациентки, набравшие избыточную массу. Чрезмерное ГУМТ способствует неадекватному накоплению жировой ткани при беременности и отсутствию ее полноценной редукции в течение первого года после родоразрешения.

**Резюме.** Изучены особенности послеродовой редукции веса у пациенток с чрезмерным уровнем его гестационного увеличения. Проведено проспективное когортное исследование 93 пациенток на протяжении беременности и первого года после родов. Выяснено, что избыточный гравидарный прирост массы замедляет ее послеродовую редукцию и способствует накоплению жировой массы.

Postpartum weight loss in women with excessive gestational weight gain has been the object of prospective cohort study of 93 women in pregnancy and 1 year after birth. This study has consistently linked excessive gestational weight gain is a risk factor for postpartum weight retention and inadequate fat accumulation.

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ

Омаров Н.С.-М., Абдурахманова Р.А., Омарова П.М.,  
Мусаева К.Б., Галимова З.Д.

*Дагестанская Государственная медицинская академия, г. Махачкала, Россия*

Одной из главных проблем современного акушерства является снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Патология пуповины в 21–65% случаев является непосредственной причиной мертворожда-



емости, ранней детской смертности и заболеваемости новорожденных. Высокоинформативные диагностические технологии – эхография, доплерометрия и цветное доплеровское картирование имеют определенное значение в диагностике патологии пуповины. Однако вопрос о критериях дифференцированной диагностики различных форм патологии пуповины (обвитие, истинные узлы, пороки его развития) и выбора метода родоразрешения окончательно не решен.

**Целью наших исследований** явилось снижение перинатальной заболеваемости и смертности путем разработки критериев антенатальной диагностики патологии пуповины и выбора оптимального времени и метода родоразрешения.

Проанализированы более 3000 историй родов на базе Центральной республиканской больницы с ноября 2012 года по май 2013. Обследованы 290 беременных и рожениц в сроке гестации от 35 до 41 недель. В зависимости от особенностей проведения антенатальной диагностики патологии пуповины, они были распределены следующим образом: 1 группа (основная) 200 беременных, у которых была выявлена патология пуповины, проведен комплекс диагностических мероприятий и составлен план родоразрешения. 2 группа (контрольная) 50 беременных без патологии пуповины сопоставимые по всем клиническим параметрам. 3 группа (сравнения) 40 беременных, у которых диагноз установлен в процессе родов ретроспективно. Всем беременным проведен комплекс общеклинических и лабораторных исследований. Лекарственное обеспечение включало назначение спазмолитиков, седативных, гипотензивных антибактериальных препаратов, инфузионной, антиоксиданты, поливитаминов по показаниям санация влагалища.

Доминирующей во всех группах явилась возрастная группа от 21 до 25 лет до 37%. Первобеременных было 30,7% повторнобеременных 69,2%. Первородящие 41,7%, повторнородящие 58,3%. С целью изучения перинатальных исходов в обследуемых группах мы проанализировали состояние доношенных новорожденных, родившихся через естественные родовые пути и путем оперативного вмешательства. Во всех группах условия для выхаживания новорожденных создавались одинаковые. Роды наступили в 66,7% основной группы, в 58,5% в группе сравнения и 84% группе контроля. Кесарево сечение произведено в 33,3%, 16%, 42,5% случаев соответственно. Экстренное кесарево сечение произведено в 18,18% случаев в основной группе и в 12,5% группе сравнения.

Выбор оптимального родоразрешения способствовал улучшению показателей перинатальных исходов. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 минуте составила 7,18 0,18 в первой группе, 7,7 0,3 во второй группе, 6,88 0,12 в третьей группе. На пятой минуте 8,21 0,21 в первой группе, 8,72 0,28 во второй и 7,84 0,16 в третьей группе. Наиболее частой патологией пуповины в основной группе явилось обвитие пуповины 196 (97,5%) далее следует тощая пуповина в 3 (1,5%) далее следует истинный узел 2 (1%). В группе сравнения обвитие пуповины наблюдалось в 36 (90%) случаев, истинный узел в 4 (10%) случаев. Была оценена зависимость



исхода родов от веса плода, паритета родов и кратности обвития пуповины. Результаты показали, что наилучшие исходы родов отмечались у новорожденных с весом до 4000 с одно- и двукратным обвитием пуповины независимо от паритета родов. Частота асфиксии новорожденных средней и тяжелой степени в основной группе составила 4,5% и в группе сравнения 10%. При этом асфиксия легкой степени чаще встречалась в группе сравнения (22,5%) по сравнению с основной группой (16,5%).

С целью оценки эффективности проведенных мероприятий мы проанализировали состояние доношенных новорожденных, родившихся через естественные родовые пути и путем оперативного вмешательства в основной группе. Абдоминальным путем родоразрешены 66 (33%) беременных. Из 201 детей родившихся через естественные родовые пути 32 нуждались в реанимационных мероприятиях и интенсивной терапии.

Перинатальная заболеваемость при родоразрешении через естественные родовые пути оказалась в 1,5 раза выше, при абдоминальном родоразрешении. При родоразрешении через естественные родовые пути в 3 раза чаще проводились реанимационные мероприятия.

Нами выработаны показания к кесареву сечению при сочетании с патологией пуповины: 1. Первые и последующие роды массой 4 000 и более с двукратным обвитием пуповины; 2. Критические состояния гемодинамики приведшие к нарушению кровотока выявляемые при доплерометрического исследования сосудов кровотока ФПК; 3. Тазовое предлежание; 4. Отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке, перинатальные потери); 5. Переносенная беременность; 6. Сужение таза.

Исключить из показаний к операции кесарева сечения:

Первые и последующие роды до 4000 кг с двукратным обвитием пуповины.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

**Папкина Т.И., Тарбаева Д.А., Анохова Л.И.,  
Кирилова К.А., Онзуль Д.В.**

*Читинская медицинская академия, г. Чита, Россия*

Масса тела является показателем адаптационного резерва для компенсации неблагоприятных воздействий. Проблема дефицита веса не менее важна, чем проблема избыточного веса. Выраженные изменения массы тела, как правило, сочетаются с разнообразными вегетативными нарушениями, дисменореей, нарушением функции системы репродукции, развившимися задолго до гестации. Число таких лиц достигает более 25% в попу-



ляции (Закревский А.А., 1989; Артымук Н.В., 2003). Соотношение массы тела и роста является базовым показателем при оценке состояния здоровья беременных женщин.

**Целью нашего исследования** явилось изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с дефицитом массы тела (ДМТ) по сравнению с беременными с нормальным весом (НМТ) и алиментарно-конституциональным ожирением (АКО). Проведен сравнительный анализ 315 историй родов женщин молодого репродуктивного возраста (18–30 лет), родоразрешенных в Забайкальском краевом перинатальном центре г. Читы в 2013 году. Из них 98 женщин с нормальным весом составили 1 группу, 41 пациентка с ДМТ вошли во 2 группу, в 3 группе оказались 175 беременных с АКО. Статистическую обработку проводили вычислением отношения шансов (ОШ). Значения ОШ от 0 до 1 соответствовали снижению риска, более 1 – его увеличению. ОШ равно 1 означало отсутствие эффекта (разницы). При изучении места жительства женщин выяснено, что 70% (124/175) женщин с ожирением, проживает в сельской местности, что в 7 раз больше в отличие от пациенток с нормальным весом 25,5% (25/98) и в 22,5 раза чаще по сравнению с лицами, имеющими дефицит массы тела – 9,7% (4/37), большая часть которых напротив проживала в городе. Вероятно, это связано с достаточно калорийным и более натуральным питанием женщин в селе (мясо, молоко, яйца), чем в городе. Наиболее распространенной фоновой патологией, осложняющей беременность, являются заболевания почек, которые чаще всего отмечены в группе с ДМТ 28% (9/41), что в 1,8 раз чаще, чем в группе с НМТ (13,2%), и в 1,4 раза больше по сравнению с АКО (16,5%). Миопия, являющаяся одним из критериев дисплазии соединительной ткани, сопровождала в 21,5% случаев женщин с ДМТ, что в 1,4 раза чаще, чем в группе пациенток с АКО (16,5%), и в 2,2 раза больше чем среди рожениц с нормальным весом (11,2%). Нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу также отмечена у 22% родильниц с ДМТ, что встречалась в 9–12 раз чаще, чем у женщин с НМТ (4%) и АКО (2,2%). Цервицит сопровождал в 17% случаев беременных с дефицитом веса, что в 4,9–6,5 раз больше, чем в группе с АКО и НМТ. Осложненный акушерский анамнез (рубец на матке, аборт, выкидыши, перинатальные потери) отмечен практически у каждой четвертой женщины с недостатком веса (27%), напротив, в группах с нормальным весом (12,2%) и АКО (6,8%) в 2,6–4,9 раз меньше. Беременность осложнилась преэклампсией в 45% случаев у женщин с АКО, что в 6,5 раз чаще, чем у рожениц с нормальным весом (11,2%), что подтверждено сведениями литературы. Однако ни в одном случае данное осложнение не встретилось в группе с ДМТ.

Беременность закончилась срочными родами у 90,3% женщин с дефицитом веса, в группе с АКО в 2,8 раз реже (76,6%), и в 3,7 раз меньше с НМТ (71,5%). Соответственно наибольшее количество преждевременных родов зарегистрировано среди женщин с нормальным весом (28,5%), затем с АКО (23,4%), и ДМТ (9,7%). Роды осложнились слабостью родовых сил в 14,5% случаев у женщин с ДМТ, напротив, среди рожениц АКО (9,7%) и НМТ (9,1%) в 1,5–1,6 раз реже. Быстрыми роды были 5,1–5,7% женщин с НМТ и АКО, что



в 2,2–2,5 раз чаще, чем у пациенток с ДМТ (12,1%). Чаще родоразрешены операцией кесарева сечения пациентки с АКО (74%), затем с дефицитом веса 39%, среди женщин с нормальной массой этот показатель был равен 10,2%.

Таким образом, женщины с ДМТ в основном проживают в городе, в то время как с АКО в сельских поселениях. Миопия, заболевания почек, НЦД по гипотоническому типу осложненный акушерский анамнез чаще всего сопровождали женщин с недостаточным весом. Однако ни в одном случае их беременность не осложнилась преэклампсией, по сравнению с женщинами с нормальными и избыточными росто-весовыми показателями.

Роды в большинстве своем протекали благоприятно, т. к. удельный вес быстрых родов, а также осложненных слабостью родовых сил, преждевременных родов реже всего отмечались у женщин с дефицитом массы тела, однако процент оперативных родов у них занял промежуточное положение между пациентками с АКО и НМТ.

**Резюме.** При изучении течения беременности и их исходов выявлено, что женщины с дефицитом веса в основном проживают в городе. Миопия, заболевания почек, нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу, осложненный акушерский анамнез чаще всего сопровождали женщины с недостаточным весом. Быстрые и преждевременные роды, слабость родовых сил менее всего характеризовали женщин с дефицитом массы тела.

In the study of pregnancy and its outcomes revealed that women are underweight mainly live in the city. Myopia, kidney disease, cardiopsychoneurosis hypotonic type complicated obstetrical history often accompanied by women who are underweight. Fast and premature birth, birth weakness forces the least characterized women underweight.

## РОЛЬ ДОППЛЕРОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Петров Ю.А., Подгорный И.В.**

*Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростов-на-Дону, Россия*

Возникновение артериальной гипертензии (АГ) в течение беременности за последние 10–15 лет выросло почти на треть и ее наблюдают у 7–25% беременных. По данным ВОЗ, ведущая роль артериальной гипертензии среди причин неблагоприятных исходов беременности определяет актуальность всестороннего исследования этой проблемы. 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, доплерометрия 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  $0,38 \pm 12$ ; при артериальной гипертензии  $0,55 \pm 0,06$  ( $T = -6,8$ ,  $p < 0,001$ ). 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 материнской 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.





A hyperpiesis is the well-proven risk of maternal and perinatal death rate factor. The pregnant from AG are predispositioned to development of such complications as a premature removing layer by layer of the normally located placenta, DVS-sindrom, delay of antenatal development and death of fruit. Research of index of резистентности is in fallopian vessels, determination of degree of maturity of placenta and fetometry from data of ULTRASONIC are one of informing methods in the estimation of the state of fruit

## ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО АБОРТОВ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

**Петров Ю.А., Колесникова О.М.**

*Российский университет Дружбы народов, Москва, Россия. Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия*

Несмотря на многочисленные программы Всемирной Организации Здравоохранения по охране здоровья семьи и контрацепции, незапланированная беременность до сих пор является актуальной проблемой. Ежегодно в мире выполняется 50–60 млн абортов.

В нашей стране традиционно решение проблемы планирования семьи решается с помощью искусственного прерывания беременности, которое влечет за собой ряд неблагоприятных последствий и осложнений. Несмотря на успехи современной медицины, частота их остается очень высокой и достигает 25–32%, а у первобеременных – 45%.

**Цель исследования** – сравнить перинатальные исходы у первородящих после медикаментозного и хирургического абортов. Все пациентки разделены на две группы: в первую группу вошли 87 женщин, имевших в анамнезе медикаментозные аборты, во вторую – 96 пациенток, имевших в анамнезе хирургические аборты.

Изучение состояния фетоплацентарного комплекса у женщин обеих групп оценивалось по данным УЗИ, кардиотокографического исследований, доплерометрии кровотока в сосудах системы мать–плацента–плод.

Полученные фетометрические показатели в большинстве наблюдений (81,9%) соответствовали гестационной норме. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) выявлена у 6,9% женщин с медикаментозным абортom в анамнезе и у 28,1% – у пациенток с хирургическим.

По данным кардиотокографического исследования изменения в сердечной деятельности плода наблюдались у беременных с длительной угрозой прерывания, которые проявлялись более протяжными участками монотонного ритма, снижением частоты спонтанных акцелераций, что расценива-



лось как начальные признаки гипоксии плода: у 25% женщин первой группы и у 40,6% – второй.

Исследование структуры плаценты по данным ультразвукового исследования позволило выявить у 6,89% из первой группы и 9,3% второй группы пациенток с угрозой прерывания беременности в I триместре расширение межворсинчатого субхориального пространства, что расценивалось как компенсированная форма плацентарной недостаточности.

Измерение толщины плаценты, проведенное у всех пациенток исследуемых групп, определило соответствие этого показателя гестационным нормам у 81,9%. Уменьшение толщины плаценты у пациенток обеих групп сочеталось с задержкой развития плода и составило 3,4% и 21,8% у первой и второй группы соответственно. Несоответствие степени зрелости плаценты гестационному сроку (преждевременное старение) выявлено у 6,9% беременных первой и 15,6% – второй группы. Исследование объема околоплодных вод показало, что у 65,6% всех беременных он соответствовал гестационной норме. Маловодие отмечалось у 3,4% пациенток из первой группы и 18,7% из второй, при этом сочеталось с задержкой развития плода у 6 беременных из последней группы. Многоводие диагностировано у 13,8% пациенток из первой группы и у 3,2% из второй группы.

Доплерометрия была проведена всем обследуемым беременным. Изменения показателей систолического соотношения в маточной артерии и артерии пуповины (как наиболее раннего признака нарушений маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения) выявлены у 10,3% первой группы женщин, и у 25% – второй группы.

По данным гистологического исследования плаценты хронический децидуит был обнаружен у 12,9% в группе с хирургическим абортom в анамнезе (II группа), совсем не выявлен в группе с медикаментозным (I группа). Очаги некроза были диагностированы у 43,75% во II группе и совсем не были обнаружены в I группе.

Таким образом, анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что каким бы не был аборт, хирургическим или медикаментозным, он негативно влияет на состояние здоровья женщины, в том числе на состояние здоровья потомства. Однако, сравнивая результаты группы пациенток с медикаментозным абортom в анамнезе с результатами группы с хирургическим абортom, однозначно можно сделать выводы о том, что в первой группе перинатальные исходы более благоприятные нежели во второй.

**Резюме.** На основании изучения перинатальных исходов у 183 беременных, а также данных ультразвукового, кардиотокографического исследований, доплерометрии в сосудах системы мать–плацента–плод, гистологического изучения плаценты, были сделаны выводы о том, что в группе пациенток, имеющих хирургический аборт в анамнезе, проявление плацентарной недостаточности и неблагоприятные исходы родов, гораздо более выражены, по сравнению с группой пациенток, у которых был ранее произведен медикаментозный аборт.



On the basis of study of perinatal ends at 183 pregnant, and also of data ultrasonic, cardiocotographic researches, dopler indices in the vessels of the system mother-placenta-fruit, histological study of placenta, were drawn conclusion that in the group of patients, having surgical abortion in anamnesis, display of placenta insufficiency and unfavorable ends of luing-ins, much more expressed, as compared to the group of patients at that medical abortion was before produced.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Подольян О.Ф., Царегородцева М.В.

*ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», Балашиха, Россия*

Послеродовые инфекционные заболевания в современном акушерстве представляют актуальную проблему, в связи с их высокой частотой (Савельева Г.М., 2006) и ролью в структуре материнской заболеваемости. Наиболее распространенной формой послеродовой инфекции является эндомиометрит (ПЭ). Его частота составляет 40–50% от всех послеродовых инфекционных заболеваний. Поздняя диагностика и нерациональная терапия рожениц с ПЭ могут привести к развитию генерализованных форм послеродовой инфекции – перитонита и сепсиса (Куперт М.А., 2005). Проведенный анализ неудач традиционной антибактериальной терапии ПЭ (Кулаков В.И., 2004), обозначил необходимость дальнейшей разработки локальных методов лечения.

**Цель исследования:** Определить показания к применению гистероскопии, вакуум-аспирации содержимого полости матки и низкочастотного ультразвука у пациенток с послеродовым эндометриом.

Нами обследовано и пролечено 100 пациенток.: 1-я группа – 62 пациентки с легкой формой ПЭ; 2-я группа – 38 пациенток с средней степени тяжести и тяжелой формой ПЭ. Из них – 57,2% первородящие, 42,8% повторнорожавшие.

Диагностика ПЭ основывалась на жалобах, клинико-лабораторных данных, данных УЗИ, скорости инволюции матки, определения интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ).

У пациенток с легкой формой ПЭ заболевание диагностировано на 3–5 сут. после родов на основании жалоб (невыраженная боль в нижних отделах живота, гипертермия до 37,5), повышения уровня лейкоцитов до 10–12 тыс., повышение С-реактивного белка до 66–80 г/л, повышение уровней ИЛ-1 ( $368,8 \pm 10,1$  пкг/мл), ИЛ-6 ( $78,6 \pm 6,1$  пкг/мл) и ФНО- $\alpha$  ( $196,88 \pm 8,3$  пкг/мл) на 3сут., по данным УЗИ эхо-признаки лохиометры.

Средняя и тяжелая форма ПЭ диагностированы на 2–3 сут. или на 9–13 сут. уже после выписки из стационара. Больные предъявляли жалобы



на боль в нижних отделах живота разной степени интенсивности, гипертермию до 38–39, патологический характер лохий, повышение уровня лейкоцитов крови до 14–22х10<sup>9</sup>, СОЭ до 40–60 мм/ч, повышение С-реактивного белка до 140–165 г/л, резкое повышение уровня интерлейкинов (ИЛ-1 (937±19,1 пкг/мл), ИЛ-6 (198±3,8 пкг/мл), ФНО-α (1020±10,1 пкг/мл), по данным УЗИ: увеличение длины, ширины и переднезаднего размера матки, расширение полости матки, наличие патологических включений.

Помимо медикаментозной терапии 1-й группе пациенток проводилась санация матки антисептиком (р-р диоксидина) «озвученным» ультразвуком низкой частоты от 3 до 5 процедур. Купирование боли, нормализация температуры, изменение характера лохий отмечались на 3сут. после лечения у 92% пациенток, нормализация уровня лейкоцитов, С-реактивного белка, уровня интерлейкинов ИЛ-1 (168,8±15,1 пкг/мл), ИЛ-6 (48,6±6,1 пкг/мл) и ФНО-α (146,88±5,3 пкг/мл) на 5–6 сут. от начала лечения, после 3-й процедуры по УЗИ размеры матки 10±1,5 нед., полость матки сомкнута, без патологических включений.

2-й группе пациенток учитывая наличие патологических включений в полости матки, тяжесть состояния, необходимость гистероскопического контроля полости матки проводилась гистероскопия, хирургическая санация полости матки, с последующим аспирационно-промывным дренированием матки в течение 1–2 сут. до получения прозрачного диализата. Снижение температуры, уменьшение боли наблюдалось на 2–3 сут. после операции, нормализация характера лохий на 3–5 сут., уровень лейкоцитов, С-реактивного белка, интерлейкинов ИЛ-1 (311,8±9,1 пкг/мл), ИЛ-6 (48,6±5,1 пкг/мл) и ФНО-α (166,88±8,3 пкг/мл), (р<0,05) нормализовались на 5–9 сут. в зависимости от изначальной тяжести состояния пациентки, к 7 сут. размеры матки по УЗИ составили 9±1,1 нед., полость матки без патологических включений.

1. Дифференцированный подход к терапии в послеродовых эндометритов различной степени тяжести позволят добиться сопоставимых сроков лечения у пациенток с легкой и тяжелой формы заболевания. Исследование сывороточного уровня провоспалительных цитокинов позволяет на ранней стадии заболевания диагностировать степень тяжести и мониторировать проводимую терапию.

2. В комплексном лечении ПЭ средней и тяжелой степени ПЭ целесообразно использовать ГС, хирургическую санацию полости матки, дренирование полости матки, АПД учитывая необходимость полного раннего удаления патологического субстрата из полости матки, гистероскопического контроля полости матки, последующего непрерывного промывания полости матки антисептиком до получения прозрачного диализата.

3. Использование низкочастотного ультразвука в схеме лечения ПЭ у пациенток с легкой его формой доказало свою эффективность, что позволяет снизить частоту хирургической санации полости матки у данной группы пациенток и сократило сроки их госпитализации в стационаре.

**Резюме.** В комплексном лечении послеродовых эндометритов важная роль принадлежит локальным методам воздействия на послеродовую матку.



При легкой форме ПЭ нами применялся низкочастотный ультразвук- аппарат ФОТЕК АК101, при средней и тяжелой степени ПЭ-гистероскопия, вакуум-аспирация, дренирование полости матки, АПД.

In the complex treatment of postpartum endometritis important local methods of influence on the postpartum uterus. With mild PE low-frequency ultrasound is applied by us- PHOTEK AK-101, of moderate to severe PE-hysteroscopy, vacuum aspiration and drainage of the uterine cavity, ADF.

## МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ

**Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Перетятко Л.П.,  
Кулида Л.В., Филькина Е.В.**

*Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия  
ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства  
и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия*

Проблема снижения перинатальной смертности в условиях модернизации здравоохранения связана с практическим отсутствием влияния принимаемых мер (внедрение современных технологий в амбулаторное звено акушерской службы, обучение специалистов, повышение их профессиональной ответственности, в т.ч. с помощью стимулирующих воздействий) на показатель мертворождаемости. Главной особенностью мертворождаемости являются низкие темпы ее снижения (от 5,8 на 1000 в 2004 г. до 4,6 в 2010 г. – данные статистики по России), увеличение в структуре антенатальной смертности. По отчетам акушерских стационаров антенатально из числа мертворожденных в 2011 г. в РФ умерло 85,3% детей, в отдельных субъектах РФ эти потери превышают 90% (Фролова О.Г. 2013). Высокий уровень антенатальной мертворождаемости свидетельствует как о росте нарушений здоровья (прежде всего репродуктивного) будущих родителей, так и несовершенстве диспансеризации женщин до и во время беременности, технологий перинатального скрининга. Основной причиной антенатальной смерти плода является внутриутробная асфиксия вследствие патологии плаценты и пуповины. По данным мониторинга беременных Ивановской области за 2000–2008 гг. в структуре причин мертворождаемости со стороны матери патология плаценты и пуповины составляет 70,8%, со стороны плода – гипоксия – 87,9%. Основная масса плодов погибает в поздние сроки беременности: в 34–37 недель – 36%, в 38–41 неделю – 41%. Анализ органомерических параметров в 82 последах при гибели плодов в сроке гестации 31–41 недели пока-



зал, что в большинстве случаев (53%) встречается гипоплазия плаценты, являющаяся признаком развития первичной плацентарной недостаточности, причем чаще – гипоплазия 3 степени (64%). Оценка патоморфологических изменений плацент выявила наличие инфекции (100% случаев) нарушение ремоделирования спиральных артерий (42%), редукцию капиллярного русла ворсин (34,3%), наличие острых и хронических нарушений маточно-плацентарного кровообращения (30,2%), недоразвитие компенсаторных процессов (67,8%). Причиной нарушения процессов адаптации и компенсации при антенатальной гибели плодов является поствоспалительный склероз стромы ворсин и редукция капиллярного русла. При наличии столь выраженных морфологических изменений плаценты специфической эффективной терапии плацентарной недостаточности во время беременности в настоящее время не существует, поэтому врач располагает исключительно мероприятиями по профилактике этих нарушений:

1. Является очевидной профилактическая направленность подготовки супружеской пары к беременности. Имеются данные, что совместная реабилитация здоровья мужчин и женщин в районе Солнцево г. Москвы со стабильным населением 90–100 тысяч чел. за 2005–2011 гг. при эффективной работе акушеров-гинекологов и врача уролога-андролога позволила снизить перинатальную смертность на 60% (Маркарян Д.С, 2013).

2. При наступлении беременности необходима как можно более ранняя (с 4–5 недель) постановка беременной на учет с целью оказания ей прежде всего психологической поддержки, определения факторов риска с учетом функциональной активности синцитиотрофобласта (ТБГ и ХГЧ) и децидуального эндометрия (гликоделин сыворотки крови матери) для диагностики и прогнозирования развития первичной плацентарной недостаточности, решения вопроса назначения гестагенов, прочих профилактических и лечебных мероприятий.

3. В последующем при наблюдении за беременной важна оценка процессов компенсации плаценты в критические сроки: 17–20, 21–24 недели (завершение 2 волны инвазии трофобласта) и 36 недель (период выраженной в норме диссоциации прибавки массы плода и плаценты). К этим срокам следует приурочивать перинатальный скрининг с УЗИ и доплерометрией, определением ТБГ, гликоделина и/или ПАМГ в периферической крови беременной.

4. Следует применять «стратегию перинатального риска», позволяющую рационально распределять потоки беременных женщин с учетом их факторов риска.

**Резюме:** В работе представлены данные мониторинга беременных женщин за 8 лет по Ивановской области, а также результаты исследования 82 последов при гибели плодов в сроке гестации 31–41, предложен комплекс организационных мероприятий по совершенствованию предгравидарной подготовки и диспансеризации беременных женщин.

This paper presents the monitoring of pregnant women for 8 years on the Ivanovo region, as well as results of the study 82 placentas with fetal death in



gestation 31–41, a set of institutional arrangements to improve the training and medical examination pregravid pregnant women.

## СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Райкова А.М.<sup>1</sup>, Вышелесский О.В.<sup>1</sup>,  
Леваков С.А.<sup>2</sup>, Габитова Н.А.<sup>2</sup>

- 1 – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом №16» Департамента здравоохранения города Москвы,  
2 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства»

Количество беременных с рубцом на матке после оперативных вмешательств непрерывно возрастает в условиях постоянно совершенствующихся хирургических, органосохраняющих методов лечения опухолевых заболеваний матки. Такое лечение позволяет восстановить и/или сохранить и реализовать репродуктивную функцию пациентке. Расширение показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения и, как следствие, увеличение числа оперативных родов так же ведет к увеличению числа беременных с рубцом на матке. Наличие на матке послеоперационного рубца может обуславливать особенности имплантации, и течения беременности и родов. Одним из актуальных вопросов данной проблемы является состояние фетоплацентарного комплекса (ФПК) у данной категории беременных.

**Цель.** Оценить состояние ФПК у беременных с рубцом на матке любого генеза.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов 32 пациенток в возрасте от 18 до 35 лет. В зависимости от этиологии рубца пациентки были разделены на 4 группы. В I группу вошли женщины с рубцом на матке после консервативной миомэктомии – 3 случая (9,37%); во II группу – с рубцом после кесарева сечения – 20 (62,5%), в III группу – после операций на придатках с иссечением маточного угла – 5 (15,6%), в IV – с сочетанием рубцов после консервативной миомэктомии и кесарева сечения – 4 (12,5%). Состояние ФПК оценивали по данным ультразвуковой фетометрии и кардиотокографии. Состояние гемодинамики в артериях матки и пуповины – по данным доплерометрии.



**Результат.** Из всех обследованных, плацентарная недостаточность диагностирована в 19 случаях (59,36%): I группа – 1 (3,3%), II группа – 14 (70%), III группа – 1 (20%), в IV группа – 3 (75%).

Нарушение плодово-плацентарного кровотока выявлено в 3 случаях (9,38%): во II группе – 2 (10%), в IV группе – 1 (25%). Задержка роста плода диагностирована в 13 случаях (40,63%): во II группе – у 11 пациенток (55%) и в IV группе – у 2 (50%).

После родов 10 новорожденных (31,2%) оценены по шкале Апгар на 8–9 баллов: в I группе 2 (66,7%), во II группе 4 (20%), в III группе 3 (60%) и в IV – 1 (25%). С оценкой 6–8 баллов родилось 9 (28,1%) новорожденных: в I группе 1 (33,3%), во II группе 7 (35%), в III группе 1 (33,3%). С оценкой 3–6 баллов – 5 (15,6%) новорожденных: во II группе 4 (20%), в IV группе 1 (20%). С оценкой 1–3 балла – 6 (18,75%) новорожденных: во II группе 4 (20%), в III группе 1 (20%), в IV группе 1 (25%).

У 22 новорожденных (68,75%) диагностирована хроническая гипоксия: в I группе 1 (33%), во II группе 16 (80%), в III группе 2 (40%), в IV группе 3 (74%).

Во II группе 1 (5%) ребенок погиб антенатально (по причине не связанной с наличием рубца на матке – врожденный порок развития сердечно-сосудистой системы), в IV группе 1 (25%) ребенок погиб интранатально в результате асфиксии. Выписаны домой с мамами 13 (40,6%) детей, 15 (46,86%) детей – переведены в детские стационары города. Двое детей (6,25%) – по одному из II и IV группы умерли в родильном доме (причина смерти – внутрижелудочковые кровоизлияния головного мозга).

**Выводы:** полученные данные позволяют считать беременных, перенесших операции на матке группой высокого риска по развитию плацентарной недостаточности, перинатальной заболеваемости и смертности. В большей степени это относится к пациенткам с рубцом после кесарева сечения и с сочетанием рубцов после консервативной миомэктомии и кесарева сечения.

**Резюме.** С целью оценки состояния фетоплацентарного комплекса, проведен ретроспективный анализ историй 32 пациенток с рубцом на матке (не зависимо от его генеза), разделенных на группы в зависимости от этиологии рубца. Оценка функции плаценты и состояние новорожденных позволяют считать беременных с рубцом после кесарева сечения и с сочетанием рубцов после консервативной миомэктомии и кесарева сечения группой высокого риска по развитию плацентарной недостаточности.

With a view to assessing the State of fetoplacental complex retrospective analysis, stories of 32 patients with uterine scar divided into groups depending on the etiology of the scar. Evaluation of the function of the placenta and newborn status revealed women with uterine scar after cesarean section and with the combination of scarring after conservative myomectomy and caesarean section a group at high risk for placental insufficiency and fetal hypoxia development.





## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Рыжков В.В., Деревянко Т.И., Анташян Г.Г.,  
Контлокова О.Р., Черномазов С.В.

*Ставропольский государственный медицинский  
университет, г. Ставрополь, Россия*

Одной из наиболее частых причин невынашивания беременности являются воспалительные заболевания урогенитальной системы. Урогенитальные инфекции способствуют развитию первичной фето-плацентарной недостаточности, внутриутробного поражения плода и новорожденного.

**Цель нашего исследования** состояла в оптимизации методов лечения и реабилитации женщин из группы риска по невынашиванию беременности с учетом имеющейся патологии и типа адаптационных реакций.

**Материал и методы.** Для обследования было отобрано 170 пациенток с угрозой невынашивания беременности, сопоставимых по возрасту, характеру соматической и гинекологической патологии. В основную (1-ю) группу вошли 73 женщины с угрозой невынашивания беременности, в комплексную терапию которым была включена системная антистрессовая активационная терапия (СААТ) с использованием адаптогенов, с последующей реабилитацией в условиях специализированного санатория при сроках беременности 12–30 недель. В качестве адаптогенов использовали  $\alpha$ -токоферол ацетат 400 мг/сут. Всем пациенткам в условиях санатория были назначены процедуры общего саногенетического воздействия, по отдельным показаниям назначали ЛФК, бальнеотерапию, спелеотерапию, кислородные коктейли, минеральную воду. Лечение подбиралось индивидуально с участием врачей акушера-гинеколога и курортолога. В контрольную – 2-ю группу – вошли 97 беременных женщин, получавших лечение по общепринятым стандартам без последующей санаторно-курортной реабилитации.

**Результаты.** Во время обследования было выявлено, что основной причиной угрозы невынашивания беременности явилась урогенитальная инфекция, которая носила, как правило, смешанный характер с участием микробной, вирусной и грибковой флоры. Наличие урогенитальной инфекции было обнаружено у 42 беременных (57,53%) в первой группе, во второй – у 60 (61,85%), ( $p \geq 0,05$ ). Антибактериальная, противовирусная и противогрибковая терапия с последующей нормализацией биоценоза проводилось строго индивидуально в обеих группах. В процессе работы нами было установлено, что общей закономерностью в патогенезе невынашивания беременности у пациенток с урогенитальной инфекцией и другой экстрагенитальной патологией является стресс. Стрессовые реакции были выявлены у 55 (75,34%) беременных первой группы и у 75 (77,31%) во второй. После санаторно-курортной реабилитации у беременных первой группы реакции стресса



зарегистрированы не были. Во второй группе – реакции стресса сохранились у 16 (16,5%) пациентов. Использование СААТ положительным образом повлияло на благополучные исходы беременности для матери и плода. Так, в основной группе беременность осложнилась гестозом только у 2 женщин, что составило 2,74%, тяжелых форм отмечено не было. В контрольной группе гестоз присоединился у 16 беременных – 16,49% ( $p \leq 0,01$ ), причем у 2 (2,06%) была диагностирована тяжелая преэклампсия. Преждевременные роды произошли только у одной беременной из первой группы, что составило 1,37%, тогда как во второй у 14 (14,43%,  $p \leq 0,001$ ). Синдром задержки развития плода отмечен у одной роженицы основной группы, что составило 1,37%, в группе сравнения указанная патология диагностирована у 13 (13,4%) новорожденных ( $P \leq 0,001$ ). Синдром дыхательных расстройств отмечен у одного новорожденного (1,37%) в первой группе и у 13 (13,4%) во второй ( $p \leq 0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, своевременное выявление и лечение урогенитальной инфекции предотвращает преждевременное прерывание беременности, а системная антистрессовая активационная терапия способствует уменьшению патологических адаптационных реакций вплоть до полного их исчезновения, что благоприятным образом влияет не только на течение беременности, но и на рождение более здоровых детей.

**Резюме.** Под наблюдением были 170 пациенток с риском невынашивания беременности. Основной причиной угрозы преждевременного прерывания беременности явилась инфекция в урогенитальной системе. Основная группа – 73 человека, в комплексную терапию которым была включена системная антистрессовая активационная терапия с использованием адаптогенов и санаторно-курортных факторов (СААТ). Контрольная группа – 97 пациенток, получавших лечение по общепринятым стандартам. Результаты исследования показали, что использование СААТ после проведения противовоспалительной терапии способствует достоверному снижению патологических адаптационных реакций у беременных и частоты преждевременных родов.

170 pregnant women were observed. Inflammatory processes of urological and genital systems were the main reason of premature delivery. The main group consisted of 73 patients receiving system anti stress activation therapy (SAAT) including adaptogens and health-resort factors. Comparative group consisted of 97 patients treated according to the working standard.

Anti-inflammatory process complex therapy and SAAT promoted reduction of stress-reactions, reliable decrease of premature delivery rates.



## ПУТИ СНИЖЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА В ЦЕНТРАЛЬНОМ АДМИНИСТРАТИВНОМ ОКРУГЕ (ЦАО) ГОРОДА МОСКВЫ

Самарина Е.А.

*ГБУЗ «Роддом №32», Женская консультация №7, г. Москва, Россия*

Пrenатальная диагностика наследственных заболеваний и врожденных пороков развития стала мощным инструментом современной медицины, позволяющим снизить перинатальные потери. Однако такой результат достигается только в том случае, когда существует четко организованная служба пренатальной диагностики, в которой объединяются усилия всех специалистов. При современном уровне пренатальной диагностики наследственная и врожденная патология плода, является, по-существу, условно предотвратимой. Несмотря на проведение целого ряда организационных мероприятий по усовершенствованию пренатальной диагностики в Москве, врожденные пороки развития, как причина перинатальной и младенческой смертности, занимают 2 место. Поиск новых приоритетных направлений в совершенствовании данной службы и повышение эффективности и качества оказания медицинской помощи беременным требует необходимости детального изучения этой системы диагностического обследования. В соответствии с приказом МЗиСР РФ от 12.11.2012 №572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в Москве по округам были организованы КПД, обеспечено обучение врачей УЗД на проведение скринингового обследования в 1 триместре.

КПД ЦАО г. Москвы был организован в 2013 г. на базе Женской консультации №7 ГБУЗ «Роддома №32». В кабинете работают 3 врача УЗД экспертного уровня, имеющие международный сертификат Фонда Медицины Плода (FMF). Всего женщин, прошедших обследование на экспертном уровне в 11–14 недель за 2013 г. – 5664, что составляет 79,2% от всех, вставших на учет и 99,4% от вставших на учет до 12 недель беременности. Число, не прошедших обследование – 1492 (20,9%). Причины: 1458 женщин (97,7%) из-за поздней явки, 31 (2,1%) из-за отказа женщин, 3 (0,21%) из-за самопроизвольного прерывания беременности.

**Целью исследования** явилась оценка значимости КПД для раннего выявления врожденной и наследственной патологии плода. В 2013 г. удельный вес беременных, прошедших комплексное скрининговое обследование 1 триместра вырос по сравнению с аналогичным периодом 2010 г. с 70,2% до 79,2%. Удельный вес женщин, которым проведено 3-кратное УЗИ плода увеличилось с 82,9% до 90,1% соответственно. Количество ВПР в группе женщин, прошедших обследование в КПД, увеличилось с 13 (0,3%) в 2010 г. до 31 (0,55%) в 2013 г. Доля нераспознанных ВПР при УЗИ плода



в структуре всех ВПР снизилась с 9 (28,1%) в 2010 г. до 0 за 2013 г. Число женщин, с отклонениями по биохимическому скринингу, несколько снизилось с 9% (367) в 2010 г. до 7,4% (422) в 2013 г., при этом, число инвазивных процедур увеличилось с 15,8% (от числа отклонений) в 2010 г. до 20,5% в 2013 г. Проводились: амниоцентез 31 (36%), биопсия ворсин хориона 26 (30,2%), плацентоцентез 24 (28%) и кордоцентез 5 (5,8%). В структуре выявленной хромосомной патологии: 1 м – синдром Дауна 13 (59,1%), 2 м – синдром Эдвардса 6 (27,3%), 3 м – синдром Патау (9,1%). Растет процент прерываний беременности по медицинским показаниям от общего числа пороков с 15 (46,9%) в 2010 г. до 31 (64,6%) в 2013 г. Основная часть аборт по медицинским показаниям в 2013 г. произведена в сроках 14–21 неделя беременности – 16 (51,6%), до 14 недель – 13 (41,9%), в сроках 22–27 недели было – 2 (6,5%).

**Выводы.** Сравнительный анализ данных показал, что организация КПД привела к улучшению показателей этой службы, но нет контроля за качеством обучения специалистов КПД, необходим окружной специалист по пренатальной диагностике, требуется организация консультаций генетиком на одной территории с КПД. Таким образом, организация пренатальной диагностики в ЦАО требует дальнейшего совершенствования на основе опыта других регионов и внедрения новых организационных форм работы.

**Резюме.** Проведен анализ статистический данных отчета кабинета пренатальной диагностики (КПД) ЦАО города Москвы. Установлено, что открытие этого кабинета привело к улучшению показателей ранней диагностики выявления врожденной и наследственной патологии в округе, но требуется дальнейшее совершенствование.

The analysis of statistical data report of the Cabinet of prenatal diagnostics of the Central administrative district of Moscow. It is established that the opening of this Cabinet has led to improved early diagnosis detection of congenital and hereditary pathologies in the area, need further improvement.



# ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Самчук П.М., Торубаров С.Ф.

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия  
ГБУЗ Родильный дом №17 Департамента здравоохранения города Москвы,  
Россия*

Преждевременные роды остаются основной причиной высокой перинатальной заболеваемости и смертности. При угрожающих преждевременных родах частота плацентарной недостаточности различной степени тяжести, диагностируется более чем у 85% женщин (Кулаков В.И., 2006).

**Целью нашего исследования** явилось изучение особенностей нарушений маточно-плацентарного кровотока при угрожающих преждевременных родах требующих родоразрешения путем операции кесарево сечение.

**Материалы и методы исследования.** Комплексное обследование проведено у 83 беременных при сроке 28–34 недель, из которых 30 беременных с неосложненным течением гестационного периода составили контрольную группу, основную составили 53 пациентки с симптомами угрожающих преждевременных родов (УПР). Критериями включения в основную группу явились жалобы на периодические боли в нижних отделах живота, повышение тонуса и возбудимости матки, длина шейки матки 25 мм и менее при ультразвуковой цервикометрии. Из группы были исключены беременные с пороками развития плода, излитием околоплодных вод, а также все состояния, требующие экстренного родоразрешения со стороны матери. В обеих группах комплексное обследование включало оценку анамнеза, общепринятое акушерское и лабораторное обследование. Допплерометрическое исследование кровотока в фетоплацентарной системе для оценки ее функциональных резервов проводилось на ультразвуковом аппарате Алока SSD-1700. Средний возраст пациенток в группах исследования составлял  $29 \pm 1,3$  лет.

**Результаты исследования.** В основной группе по сравнению с контрольной отмечено увеличение частоты хронических воспалительных заболеваний органов малого таза (34,6%) и (12,4%) соответственно, заболеваний сердечнососудистой системы (22,2%) и (8,6%) соответственно ( $p < 0,05$ ). Течение беременности в основной группе характеризовалось рецидивом прерывания беременности в первом и втором триместрах в 60,3% случаев. По данным проведенного исследования кровотока в фетоплацентарном комплексе в основной группе – выделены 3 вариации нарушений. В основной группе ( $n=53$ ) у 13 (24,5%) беременных нарушения отсутствовали. Первая вариация



нарушений в основной группе отмечена у 28 (52,8%) беременных и характеризовалась нарушениями гемодинамики в системе мать–плацента–плод 1-А или 1-Б степени. В этой подгруппе преждевременные роды через естественные родовые пути произошли у 2-х пациенток, у остальных беременность была пролонгирована до доношенного срока. В контрольной группе, первая вариация нарушений отмечена в 16,6% случаев, что явилось достоверно значимым ( $p < 0,05$ ). Вторая вариация отмечена у 9 (17,1%) пациенток, которая характеризовалась гемодинамическими нарушениями в системе мать–плацента–плод 2-й степени при наличии двусторонних изменений и дикротической выемки в маточных артериях, СЗРП 1–2 степени, снижения variability базального ритма, числа акцелераций, их амплитуды и продолжительности по данным КТГ. В этой подгруппе кесарево сечение проведено у 2 пациенток при прогрессировании нарушений маточно-плацентарного кровотока и у 3 пациенток с началом родовой деятельности при отсутствии эффекта от токолитической терапии. У 4-х пациенток ввиду отсутствия выраженных нарушений кровотока, наличия адекватного прироста фетометрических показателей при динамическом УЗИ контроле, беременность пролонгирована до срока 35–36 недель. Третья вариация выявлена у 3 (5,6%) пациенток и была представлена СЗРП тяжелой степени с признаками выраженной централизации артериального кровотока плода (наличие нулевых и ретроградных значений кровотока в венозном протоке в течение предсердной систолы и пульсационном индексе выше 0,74). Все пациенты этой подгруппы были срочно родоразрешены путем операции кесарево сечение. Частота преждевременных родов в основной группе составила 18,8%.

**Заключение.** Вариациями нарушения кровотока в фетоплацентарной системе требующих срочного оперативного родоразрешения при УПР, явились прогрессирующие нарушения в системе мать–плацента–плод 2-й степени в сочетании с СЗРП 1–2 степени или в сочетании этих показаний с началом истинных родов, а также СЗРП – 3-й степени в сочетании с критическим изменениями плодовой гемодинамики.

**Резюме.** Основными вариациями нарушения кровотока в фетоплацентарной системе при угрожающих преждевременных родах у 53 пациенток, потребовавших срочной операции кесарево сечение, явились прогрессирующие нарушения 2-й степени в сочетании с СЗРП 1–2 степени или начала истинных родов, СЗРП – 3-й степени в сочетании с критическими изменениями плодовой гемодинамики.

The main changes in maternal-fetal circulation during threatened preterm labour of 53 women were progressing disturbances of the circulation of the 2<sup>nd</sup> degree combined with intrauterine growth restriction 1<sup>st</sup>-2<sup>nd</sup> degrees or beginning of true labour, intrauterine growth restriction 3<sup>rd</sup> degree combined with critical changes of the fetus hemodynamics.



# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РИСКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Самчук П.М., Торубаров С.Ф.

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия  
ГБУЗ Родильный дом №17 Департамента здравоохранения города Москвы,  
Россия*

В настоящее время частота преждевременных родов составляет от 5 до 18%. При этом наблюдается высокая частота перинатальной смертности – 60%, а рождение глубоко недоношенных детей связано с инвалидизацией доходит до 50–60%. В условиях женских консультаций профилактирование наступления преждевременных родов, является важной медицинской и социальной задачей.

**Целью нашего исследования** явилось уточнение критериев риска преждевременных родов и дифференцированного подхода к госпитализации беременных.

**Материалы и методы исследования.** Нами проанализировано 125 случаев беременностей имевших симптомы угрожающих преждевременных родов (УПР). Родоразрешение через естественные пути было проведено у 40,3% пациенток, оперативное родоразрешение путем операции кесарево сечение проведено у 59,7% случаев. Показаниями для оперативного родоразрешения при преждевременных родах явился тяжелый гестоз, преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода, хориоамнионит на фоне излития околоплодных вод. В исследуемой группе преждевременные роды произошли у 20,6% женщин. Средний возраст пациенток составил  $29 \pm 1,3$  лет. Оценка риска преждевременных родов включала клинические симптомы преждевременных родов, ультразвуковую цервикометрию (длина, состояние внутреннего зева), оценку шейки матки при акушерском исследовании, а также проведение диагностического теста Актим Партус, основанного на определении в слизи цервикального канала фосфорилированной формы протеина-1 связывающего инсулиноподобного фактора роста.

**Результаты исследования.** При оценке клинко-anamnestических данных было выявлено, что у 49,6% женщин имело место невынашивание беременности, у 51,3% беременных имелись указания на искусственное прерывание предыдущих беременностей различными способами. На деструктивные методы лечения заболеваний шейки матки указывало 35,2% женщин. В 28,7% случаев имели место хронические инфекции уrogenитального тракта. На курение во время беременности указывало 21,4% пациенток. Среди экс-



трагениальных заболеваний хронический пиелонефрит имел место в 18,5% случаев, гипертоническая болезнь 1–2 степени у 12% женщин. Во время беременности в 12,4% случаев диагностирована ИЦН, по поводу которой проводился хирургический или терапевтический серкляж. У 95 (76%) пациенток с симптомами УПР при ультразвуковой цервикометрии определена длина шейки матки которая составила более 30 мм. Наряду с клиническими симптомами у 30 (24%) беременных в сроки 28–34 недели, которые имели укорочение шейки матки менее 25 мм по данным ультразвуковой цервикометрии, был проведен диагностический тест. Среди группы (n=30) обследованных положительный тест выявлен только у 5 (16,6%) беременных, у этих же пациентов при акушерском осмотре имело место размягчение шейки матки. Все они были госпитализированы в родильный дом, где проводилась токолитическая терапия и профилактика РДС у плода, у 2 беременных при сроке беременности 28 недель установлен акушерский пессарий. Преждевременные роды произошли только у 1 беременной этой группы. У 25 (83,4%) из них тест оценен как отрицательный, при этом у 4 пациенток длина шейки матки составляла 25 мм при сомкнутом цервикальном канале и внутреннем зеве. У всех пациентов этой группы при влагалищном исследовании шейка матки оценивалась как «плотная» за этими беременными проводилось наблюдение в амбулаторных условиях и лечение имитаторов угрозы преждевременных родов (хронические заболевания ЖКТ, почек, запоры и т.д.). Все беременные этой группы родоразрешены в сроки доношенной беременности.

**Заключение.** Таким образом, основными критериями дифференцированного подхода к госпитализации беременных с УПР, явились данные ультразвуковой цервикометрии в сочетании с объективной оценкой шейки матки при влагалищном исследовании. Проведение в этой группе диагностического теста позволяет выбрать оптимальную стратегию по госпитализации и лечению. Клинические симптомы угрозы прерывания беременности следует оценивать только в сочетании с цервикометрией шейки матки.

**Резюме.** Проведен анализ 125 беременных с симптомами преждевременных родов и оценены основные критерии дифференцированного подхода к госпитализации. Ведущее значение получили данные ультразвуковой цервикометрии, структурные изменения шейки матки при акушерском исследовании и диагностический тест на выявление фосфорилированной формы протеина-1, связывающего инсулиноподобного фактора роста в цервикальной слизи.

The analysis of 125 pregnant women with symptoms of preterm labor was made and main criteria for differentiated approach to hospitalization were evaluated. The main criteria evaluated after analysis were cervical length by ultrasonic examination, structural changes of the cervix by obstetric examination and detecting phosphorylated insulin-like growth factor 1 in cervical mucus.





## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Серова О.Ф., Чернигова И.В., Данилова Е.В.,  
Еременко Е.Е., Толочнов В.

*ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» г. Балашиха,  
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кафедра акушерства,  
гинекологии и перинатологии, Москва*

Преждевременные роды, особенно очень ранние, являются лидирующей причиной неонатальной заболеваемости и смертности и несут прямую ответственность за 60—75% всех неонатальных смертей, не связанных с врожденными уродствами. Несмотря на успехи современного акушерства и неонатологии, перинатальная смертность при преждевременных родах в 22–27 недели гестации в 6 раз превышает аналогичный показатель при рождении детей в более поздние сроки. Основной путь снижения репродуктивных потерь в эти сроки – профилактика преждевременных родов.

**Цель исследования:** оценка новых подходов к ведению беременности при угрозе очень ранних преждевременных родов (ОРПР). Задачи исследования: определение влияния микронизированного прогестерона (МП) на пролонгирование беременности и состояние фетоплацентарного комплекса, влияние профилактики респираторного дистресс синдрома (РДС) плода глюкокортикоидами на перинатальные исходы в сроках гестации 22–27 недель.

**Материал и методы.** Для выполнения поставленных задач нами проведен анализ течения беременности и состояние новорожденных у 166 женщин, беременности которых завершились ОРПР. Все пациентки с ОРПР, в зависимости от критериев живорожденности, были разделены на 2 группы: I группу составили 79 женщин (родилось 94 ребенка, 68 живых), родивших в 2009–2011 гг, II группу – 87 женщин (родилось 94 ребенка, 91 живых), родивших в 2012–2013 гг. Критериями исключения явились пациентки с ОРПР, имеющие врожденные пороки развития плода, так как проводимые мероприятия не могли оказать влияния на перинатальные исходы. Обследование пациенток проводилось с помощью общеклинических, бактериологического, ультразвукового методов.

**Результаты.** Пациентки обеих групп имели серьезно отягощенный общий и акушерский анамнез: высокую частоту воспалительных процессов гениталий, оперативных вмешательств, а также гормональных нарушений и обусловленных ими заболеваний, что подтверждает полиэтиологичность причин, приводящих к ОРПР. В нашем исследовании основными факторами риска явились урогенитальные инфекции (84,3%), которые стали в дальнейшем ведущей причиной перинатальной смертности в обеих группах ( $p=0,05$ ). остальные факторы риска ОРПР распределились следующим образом: гор-



монозависимые заболевания гениталий – 61,4%, гинекологические оперативные вмешательства – 58,7%, невынашивание беременности в анамнезе – 51%, экстрагенитальная патология – 39,2% ( $p < 0,05$ ).

Важным моментом в ведении данной категории пациенток является применение МП, который оказывает влияние не только на пролонгирование беременности, но и на профилактику фетоплацентарной недостаточности (ФПН). Тем более, что по нашим данным одна треть детей в обеих группах, родившихся в сроке беременности 22–27 недель (66%) имела внутриутробную задержку роста. Эффективность применения МП в III триместре проявилась в уменьшении угрозы ОРПР в 3 раза, частоты хронической гипоксии плода в 1,7 раз. Среди новорожденных, родившихся от матерей, получавших во время беременности МП (II группа), отмечена меньшая частота асфиксии и гипотрофии, чем у новорожденных, матери которых получали гинипрал (I группа): в 1,8 и 2 раза соответственно. Полученные данные согласуются с мнением американской ассоциации акушеров-гинекологов, высказавшей мнение о том, что применение прогестерона уменьшает частоту дистресс-синдрома новорожденных на 61%.

Неоднозначный подход имеет вопрос о гестационных сроках начала проведения профилактики РДС глюкокортикоидами при угрозе ОРПР. При анализе перинатальных исходов в обеих группах пациенток, обращает внимание, что с расширением показаний к проведению профилактики РДС с 22 недель во 2 группе на 10,7% привело к увеличению выживаемости детей с экстремально низкой массой тела на 11% (с 70,4% до 81,4%) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, наши данные свидетельствуют: основным фактором риска ОРПР являются урогенитальные инфекции; применение микронизированного прогестерона, с целью профилактики и лечения угрозы ОРПР, приводит не только к снижению рождения детей с экстремально низкой массой тела, но и является профилактикой ФПН; профилактика РДС глюкокортикоидами достоверно увеличивает выживаемость новорожденных при ОРПР.

**Резюме.** Авторами проведен анализ всех случаев очень ранних преждевременных родов, произошедших за последние 5 лет в ГБУЗ МО «МОПЦ», из которого видно, что: основным фактором риска ОРПР является урогенитальная инфекция; применение микронизированного прогестерона снижает риск угрозы рождения детей с экстремально низкой массой тела; профилактика РДС плода в сроках гестации 22–27 недель глюкокортикоидами достоверно увеличивает процент выживаемости детей.

The authors present new approaches to doing very early preterm delivery (VEPD) and an analysis of all cases of very early preterm births occurred in MRPC the last five years. The main risk factor of VEPB is urogenital infection; the use of micronized progesterone reduces the risk of having children with the threat of VLBW and improves hormonal function of the placenta; prevention of respiratory distress syndrome in the fetus 22–27 weeks gestation by glucocorticoid significantly increases the survival rate of children.



## ПРЕЭКЛАМПСИЯ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ ВРАЧА-ПРАКТИКА

**Сидорова И.С., Никитина Н.А., Королева Н.С.**

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

Преэклампсия в современном акушерстве остается одним из самых тяжелых и трудно прогнозируемых осложнений беременности. По-прежнему неудовлетворительны темпы снижения показателей материнской и перинатальной смертности, неуклонно растет число тяжелых форм преэклампсии, что объясняется отсутствием данных об этиологии, основных патогенетических особенностях, неэффективностью профилактики и терапии тяжелых форм преэклампсии, когда основным методом лечения – прерывание беременности в сроки неясной жизнеспособности плода. Данные литературы последних лет свидетельствуют об определенной роли в патогенезе преэклампсии клеток APUD-системы, которые синтезируют биогенные амины, гормоны иNSE.

В соответствии с вышеизложенным с учетом современных данных доказательной медицины нами разработан алгоритм скринингового обследования и выделения 2 степеней риска развития преэклампсии. В сроки беременности 12–14 недель рекомендуется проводить первый скрининг, который включает: 1) тщательный сбор анамнеза и выявление факторов риска развития преэклампсии (возраст до 18 лет, первая беременность, наступление беременности после вспомогательных репродуктивных технологий, многоплодие, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, метаболический синдром, сахарный диабет и т.д., преэклампсия в анамнезе); 2) суточное мониторирование артериального давления; 3) 3D-доплерометрия с оценкой индекса васкуляризации плаценты; 4) биохимические маркеры – PAPP-A, PlGF. При выявлении хотя бы одного из перечисленных факторов риска или патологических значениях биохимических и/или доплерометрических показателей пациентка относится к группе высокого риска развития ранней (до 34 недель), тяжелой преэклампсии и плацентарной недостаточности. Таким женщинам с целью профилактики развития тяжелых осложнений рекомендуются препараты ацетилсалициловой кислоты 75 мг в сутки, фолиевой кислоты 5 мг в сутки.

В сроки беременности 20–21 неделя проводится повторный скрининг. Помимо рутинного обследования рекомендуется определение суточной микроальбуминурии, суточное мониторирование артериального давления, комплексная оценка системы гемостаза (тромбогенный потенциал), доплерометрическое исследование с определением пульсационного индекса в маточных артериях (признаки недостаточности инвазии трофобласта), фетометрия, а также определение биохимических маркеров sFlt-1, VEGF иNSE. При выявлении патологических показателей пациентка относится к группе



высокого риска развития преэклампсии, в связи с чем помимо продолжения приема малых доз ацетилсалициловой кислоты (75 мг/сут.) мы рекомендуем назначение антикоагулянтных препаратов в профилактических дозах (под контролем гемостаза), а также препаратов магния для предупреждения гипомagneмии.

При ранней манифестации клинических симптомов преэклампсии (до 34 недель беременности) или тяжелом ее течении при выявленных патологических показателях 1 и/или 2 скрининга необходимо решить вопрос о целесообразности дальнейшего пролонгирования опасной беременности. При угрозе преждевременных родов у пациенток с сочетанной преэклампсией и плацентарной недостаточностью нецелесообразно применять медикаментозную терапию, направленную на пролонгирование беременности. Сохраняет свое значение профилактика респираторного дистресс-синдрома у плода с помощью глюкокортикоидов в сроки 24–34 недели беременности, а также профилактика эклампсии с помощью сульфата магния в дозах, рекомендованных ВОЗ (2011) и Минздравсоцразвития России (2013).

**Резюме.** С учетом современных данных доказательной медицины и собственных исследований разработан алгоритм скринингового обследования и выделения 2 степеней риска развития преэклампсии и плацентарной недостаточности. Патологические параметры первого (12–14 недель) и/или второго (20–21 неделя) скрининга позволяют своевременно начать профилактику, а при тяжелой, рано начавшейся преэклампсии персонализировать подход к выбору тактики ведения беременности.

Due the current evidence-based medicine data and in-house research, an algorithm of screening assessment and separation of two degrees of risk of preeclampsia and placental insufficiency was developed. Pathological dimensions of first (12–14 weeks) and/or second screenings (20–21 weeks) allow to start timely prevention and in case of severe and early preeclampsia allow to personalize pregnancy management.

## КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сироткина Е.А., Кан Н.Е.

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
имени академика В.И. Кулакова, Москва*

**Актуальность.** Инфекционно-воспалительные заболевания, сопровождающие гестационный процесс, являются факторами риска возникновения внутриутробной инфекции (ВУИ). Длительно персистирующие в организме



инфекции, часто обостряются на фоне беременности, и так же могут приводить к инфицированию плода, плацентарной недостаточности, задержке развития плода. Ранняя диагностика и адекватное лечение могут снижать риск развития тяжелых заболеваний у новорожденных.

**Материалы и методы.** В период с 10.10.2012 по 01.02.2014 было проведено проспективное исследование случай-контроль, включающее анализ особенностей течения беременности и ее исходов для матери, плода и новорожденного у 160 женщин. В I группу вошло 78 пациенток с реализацией ВУИ, во II – 82 без реализации ВУИ.

Критерии включения: гестационный срок от 37 до 41 недели беременности.

Критерии исключения: тяжелая экстрагенитальная патология, многоплодная беременность, пороки развития плода.

Всем беременным, включенным в исследование, был выполнен стандартный набор обследований. Они дали письменное согласие на участие в научном исследовании.

**Результаты.** Возраст беременных, включенных в исследование, колебался от 18 до 41 года и составил в среднем  $31,4 \pm 0,5$  и  $28,4 \pm 0,5$  лет соответственно по группам. Было изучено состояние здоровья исследуемых беременных с анализом особенностей соматического и гинекологического анамнеза. В группах были выявлены различия в частоте перенесенных инфекционных заболеваний в детстве: в I группе достоверно чаще отмечались краснуха (50,0%) и ангина (48,0%) ( $p < 0,05$ ). У пациенток основной группы имело место достоверное увеличение частоты хронических заболеваний ЛОР-органов – 40,0% ( $p < 0,05$ ). Среди заболеваний мочевыделительной системы в I группе отмечалось достоверное увеличение частоты хронического пиелонефрита (20,0%) ( $p < 0,05$ ) и хронического цистита (26,0%) ( $p < 0,05$ ).

При изучении структуры гинекологической заболеваемости было отмечено достоверное увеличение в I группе хронического эндометрита (18,0%) и цервицита (54%) ( $p < 0,05$ ). Был проведен анализ исходной инфекционно-воспалительной заболеваемости с определением спектра возможных возбудителей. В I группе достоверно чаще встречались ВПГ (40,0%), кандиды (38,0%) и бактериальный вагиноз (14,3%) ( $p < 0,05$ ).

При анализе акушерского анамнеза выявлено: в I группе достоверно чаще встречались самопроизвольные выкидыши (18,0%), ( $p < 0,05$ ).

Течение настоящей беременности в первом триместре у пациенток I группы достоверно чаще осложнялось угрозой прерывания беременности (76,0%), ( $p < 0,05$ ). У пациенток I группы – преобладали кандиды (14,3%), ВПГ (8,0%) ( $p < 0,05$ ). Во II и III триместрах у пациенток I группы отмечались угроза прерывания беременности (78,5 и 71,2%) и анемия беременных (38,0 и 36,0%) ( $p < 0,05$ ), патологии околоплодных вод в виде многоводия (16,3 и 17,1%) ( $p < 0,05$ ). У пациенток I группы в III триместре – преобладали неспецифический вульвовагинит (20,0%), обострение ВПГ (8,2%) ( $p < 0,05$ ). В 10% случаев у пациенток I группы отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод. Послеродовый период у пациенток I группы в 16% случаев



протекал с осложнениями: диагностировали эндометрит (4,0%) и субинволюцию матки (12,0%) ( $p < 0,05$ ).

Результаты изучения исхода родов для плода и течения раннего неонатального периода у новорожденных установили, что у детей I группы достоверно чаще диагностировалась асфиксия (44,0%), неонатальная желтуха (16,3%), внутриутробная недостаточность питания (38,0%) и ЗВУР (24,5%) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Корреляционный анализ клинико-анамнестических данных позволяет выделить такие факторы риска для диагностики ВУИ, как хронический пиелонефрит, хронический цистит, самопроизвольные выкидыши в анамнезе, ВПГ и многоводие во время беременности. Для выявления механизмов реализации данных патологических процессов, несомненно важным представляется изучение состояния защитных факторов организма, в частности системы врожденного иммунитета.

**Резюме.** Инфекционно-воспалительные заболевания, манифестирующие во время беременности, зачастую выступают факторами риска возникновения внутриутробной инфекции (ВУИ). Ранняя диагностика может способствовать снижению риска развития врожденной инфекции у новорожденных. Было проведено проспективное исследование случай–контроль, включающее 160 женщин. В I группу вошло 78 пациенток с реализацией ВУИ, во II – 82 без реализации ВУИ. Анализ клинико-анамнестических данных позволяет выделить такие факторы риска для диагностики ВУИ, как хронический пиелонефрит, хронический цистит, самопроизвольные выкидыши в анамнезе, ВПГ и многоводие во время беременности.

Inflammatory infection diseases that manifest during pregnancy frequently can be the cause of intrauterine infection (IUI). Early detection can help to reduce a risk of development of congenital infection in a newborn. Prospective study case control that included 160 women was made. 1 group included 78 patients with confirmed IUI and 2 group consisted of 82 patients without IUI. Clinical-anamnesis analysis allows us to distinguish such risk factors as chronic pyelonephritis, chronic cystitis, miscarriages in anamnesis, HSV and polyhydramnios during pregnancy.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА

Смирнова Т.Л.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

**Цель** изучить содержание и гистохимическую характеристику плацент родильниц с плацентарной недостаточностью на фоне терапии фраксипарином и/или клексаном.

**Материал и методы исследования.** Пациенты разделены на 3 группы: I группа – 100 беременных с физиологическим течением беременности, II группа – 50 женщин, не получавшие низкомолекулярные гепарины в плане терапии плацентарной недостаточности; III группа – 50 женщин из группы высокого риска по развитию акушерских осложнений, получавшие терапию плацентарной недостаточности фраксипарином и/или клексаном в течение всей беременности под контролем гемостазиограммы. Плаценты родильниц обработаны следующими гистохимическими методами: 1) окраска полихромным толуидиновым синим по Унна для контроля состояния тканевых мукополисахаридов и гепарина в тучных клетках. Ортохромную (голубую) окраску дает несulfатированный незрелый гепарин; бета-метахроматическую (фиолетовую) – более sulfатированный созревающий, гамма-метахроматическую (пурпурную) – зрелый гепарин; 2) окраска альциановым синим и сафранином применена для выявления зрелого гепарина (pH-1,0) и других кислых гликозаминогликанов (pH-2,4) с одновременным выявлением протеинов сафранином; 3) окраска суданом черным «В» использована для выявления внутриклеточных комплексно связанных и свободных липидов. Срезы тимуса после формалиновой фиксации окрашивались суданом черным «В» без гидролиза для выявления свободных липидов и с продленным гидролизом в 0,1 нормальном растворе соляной кислоты при температуре 60° в течение 60 минут для выявления связанных мембранных фосфолипидов; 4) окраска нитратом серебра для выявления аргирофильных волокон. С помощью микроскопа Микмед посчитывали среднее количество тучных клеток в 10 полях зрения в микропрепаратах и оценивали гистохимические характеристики.

**Результаты.** В плацентах родильниц с физиологическим течением беременности обнаружены  $\beta$ 1-метахроматические клетки и единичные ортохромные, количество тучных клеток  $1,1 \pm 0,4$  в поле зрения. В окраске по методу Спайсера выявлено 70% сафранинофильных недегранулирующих тучных клеток. Фибриноид обладает свойством аргирофилии. Фибриноид не дает реакции на метахромазию с толуидиновым синим. В плацентах родильниц



II группы выявлены  $1,46 \pm 0,31$  клеток в поле зрения, ортохромные тучные клетки, не содержащие в своих гранулах гепарин, 82% тучных клеток являются микстовыми дегранулирующими. В плацентах родильниц III группы количество тучных клеток  $3,1 \pm 0,71$  в поле зрения, обнаружены  $\beta 1$  и  $\beta 2$  метахроматичные тучные клетки, 75% тучных клеток являются микстовыми недегранулирующими. Окраска суданом черным «В» с продленным гидролизом позволяет выявить суданофильные тучные клетки.

Увеличение количества тучных клеток следует рассматривать как признак компенсаторных механизмов в плаценте, призванных сохранить беременность. Обнаружено, что в конце беременности строма крупных ворсин плаценты содержит преимущественно коллагеновые волокна. В строме концевых ворсин содержится мелкопетлистая сеть аргирофильных волокон.

**Заключение.** Таким образом, применение низкомолекулярных гепаринов в плане комплексной терапии у женщин группы высокого риска по развитию акушерских осложнений сопровождается комплексом морфогистохимических реакций в структурах плаценты. Длительное применение фраксипарина и/или клексана приводит повышению степени сульфатированности гепарина, содержащегося в гранулах тучных клеток плаценты, что гистологически проявляется увеличением количества  $\beta 1$  и  $\beta 2$  метахроматичные тканевых базофилов.

**Резюме.** С помощью гистохимических методов доказано, что в плацентах родильниц, получавших фраксипарин и/или клексан в комплексе с другими медикаментозными средствами, увеличено количество  $\beta 2$ -метахроматичных тучных клеток, отмечены признаки нормализации липидного обмена в структурах плаценты, наличие хорошо выраженной аргирофильной сети.

With the help of histochemical methods it has been proved that there in placentas of puerperae who got Fraxeparine and Clexane along with other therapy there is an increase in number of  $\beta 2$ -metachromatistic mast cells, symptoms of improvement of lipid metabolism in placenta structures and presence of well-expressed agryrophil tissue.





## ПРОБЛЕМЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТРОМБОФИЛИИ

Согикиян А.С., Иващенко А.В., Самсонова И.П.

*Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный ОАО «Российские железные дороги», Ростов-на-Дону, Россия*

Нарушение свертывающей системы крови может являться неблагоприятным фактором развития акушерских осложнений. Значение коагулопатий в патогенезе развития плода последнее время уделяется много внимания. Согласно данным литературы на фоне тромбофилий в I триместре самопроизвольно прерывается каждая 4–5-я беременность (А.Д. Макацария и В.О. Бицадзе Тромбозы и тромбоземболии в акушерско-гинекологической клинике. МИА 2007.; Sartori MT, Vettor R, De Pergola of 4G15G polymorfizm of Pai I gene promoter on Pai I levels in obes patients: influence of fat distribution and insulin-resistance. trombHemost 2001; 86 (5): 1161–9.

**Задачи исследования:** установить вид тромбофилии как одной из причин привычного невынашивания беременности и эффективности применения антикоагулянтной терапии на ранних сроках беременности.

**Материалы и методы исследования:** исследование проводилось на базе НУЗ ДКБ «ОАО РЖД на ст. Ростов-Главный», отделение гинекологии, совместно с гемостезиологом.

Проведено проспективное исследование 234 беременных, находящихся в отделении гинекологии с периода января 2012 по ноябрь 2013 года. При поступлении в стационар всем пациенткам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включающие ультразвуковое исследование (УЗИ), гормональное исследование, гемостезиограмму (АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время, РФМК – растворимые фибрин-мономерные комплексы, Д-Димер – маркер процессов тромбообразования и фибринолиза, фибриноген, тромботест, ПТИ), АТ к ДНК и фосфолипидам и ПЦР на тромбофилию и фолатный цикл (F2, F5, F7, F13, Pai-I, FGB, INGA2, ITGB3, MTR, MTHFR, MTRR). Статистическую обработку результатов проводили с использованием стандартных методов вариационной статистики.

**Результаты исследования и обсуждение:** нашими исследованиями установлено наличие тенденции к предтромботическому состоянию, обусловленному усилением факторов коагуляции, торможением фибринолитической системы, уменьшением антитромботического потенциала сосудистой стенки и наличием антифосфолипидного синдрома у 110 (75%) пациенток. Показатели гемостезиограммы у исследуемых пациенток:



АЧИВ, с –  $26 \pm 2$

Тромбиновое время, с –  $14,9 \pm 0,76$

Фибриноген мг/дл –  $521 \pm 5$

Д-Димер –  $321 \pm 14$

РФМК г/л\* $10^2$  – 6,5

Согласно выше перечисленным показателям пациенткам с изменениями в гемостезиограмме проводилась терапия антропоагулянтами и дезагрегантами ( надропарин кальция, эноксапарин натрия, сулодексид, депиридамиол) При ультразвуковом исследовании обращали особое внимание на наличие ретрохориальных и субамниотических гематом: количественная и качественная характеристика, расположение к желточному мешку. При динамическом наблюдении уделялось особое внимание изменению качественной характеристики описанных выше гематом, появлению «свежих», соответствию гемодинамическим показателям.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Соколова Т.М., Усова А.В., Даценко Н.С.

*ФГБУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»*

Одной из актуальных медико-социальных проблем акушерства и перинатологии на пороге третьего тысячелетия является невынашивание беременности. Согласно данным ВОЗ, невынашивание в различных регионах планеты составляет от 10 до 25% всех беременностей. В настоящее время известно, что около 80% всех ранее необъяснимых повторных потерь беременности связано с нераспознанными иммунологическими нарушениями. 25% женщин с привычным невынашиванием беременности имеют неадекватный иммунный ответ на антигены трофобласта, сопровождающийся повышением в эндометрии и децидуальной ткани провоспалительных цитокинов и эмбриотоксических факторов. Цитокины рассматриваются в качестве универсальных посредников межклеточного общения, обеспечивая взаимосвязь между иммунной и эндокринной системами. Наивысшую пролиферативную активность цитокины проявляют в присутствии прогестерона. Успешность конкретной беременности зависит от преобладания Th2 профиля цитокинов, которые предупреждают материнскую реакцию на полуаллогенный инвазирующий цитотрофобласт. В противоположность этому, провоспалительный профиль



Th1-цитокинов вызывает эмбриотоксический эффект, стимулирует апоптоз цитотрофобластических клеток, и, в целом, конкурирует с цитокинами Th2.

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность микронизированного прогестерона при угрозе прерывания беременности во II триместре у женщин с привычным невынашиванием беременности с изучением взаимосвязи цитокинового профиля с уровнем прогестерона.

**Материал и методы.** Обследовано 130 беременных поступивших в отделение патологии беременности с клиническими признаками угрозы прерывания беременности и данными ультразвукового исследования. В зависимости от характера лечения все больные были разделены на 2 клинические группы: 1-я основная группа – 65 пациенток, у которых для купирования маточных сокращений проводилось в 1 день с инфузией  $\beta$ -адреномиметиков (50 мкг гексопреналина сульфат в 500 мл физиологического раствора в течение 6 часов) введение 100 мг микронизированного прогестерона вагинально через 6 часов (суточная доза 400 мг), со 2-го дня применялся только микронизированный прогестерон 3 раза в день вагинально через 8 часов по 100 мг, суточная доза 300 мг, в течение 14 дней, затем доза прогестерона постепенно снижалась, в последнюю неделю до 100 мг в сутки – до 28 недель беременности. Во 2 группе сравнения: в 1 день проводилось внутривенное капельное введение  $\beta$ -адреномиметиков (50 мкг гексопреналина сульфат в 500 мл физиологического раствора в течение 6 часов) с последующим переходом на таблетированный прием препарата (доза 500 мкг (1 таблетка) каждые 6 часов в течение 5 дней).

**Результаты.** Анализ проведенных исследований показал, что при угрозе прерывания беременности наблюдается выраженный дисбаланс в системе цитокинов, наблюдается активация уровня Th1-опосредованного провоспалительного иммунного ответа (повышение концентрации ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИНФ- $\gamma$ ). Анализ структуры корреляционных соотношений между показателями, отражающими иммунный статус женщин при физиологическом течении беременности показал: ИЛ-4>ИЛ-10>ГМКС>ФИЛ-1 $\beta$ >ИНФ- $\gamma$ >ФНО- $\alpha$ >ИЛ-8>ИЛ-6. Структура корреляционных соотношений между показателями, отражающими иммунный статус беременных женщин с угрозой прерывания беременности во II триместре: ИЛ-1 $\beta$ >ФНО>ИЛ-8>ИНФ- $\gamma$ >ГМКСФ>ИЛ-6>ИЛ-4>ИЛ10. Микронизированный прогестерон подавил Th1-опосредованный провоспалительный иммунный ответ и активизировал Th2-опосредованный регуляторный иммунный ответ. Структура корреляционных соотношений между показателями, отражающими иммунный статус беременных женщин с угрозой прерывания беременности во II триместре после терапии прогестероном подобна структуре при физиологической беременности: ИЛ10>ИЛ4>ИЛ6>ИЛ1 $\beta$ >ГМКСФ>ИЛ 8>ФНО $\alpha$ >ИНФ $\gamma$ . При оценки клинических результатов в 1-й основной группа – положительный эффект от проводимой терапии в первые сутки был достигнут в 98% случаев, и только в двух потребовалась однократная повторная инфузия гексопреналина сульфата. Во 2-й группе сравнения – 16 (24,5%) беременным потребовалась повторная инфузия  $\beta$ -миметиков в последующие 2 суток в связи с неполной релаксацией матки.



**Выводы.** Таким образом, установлено, что уровень провоспалительных цитокинов у женщин с угрозой прерывания беременности, выше в 2 раза в сравнении с физиологической беременностью. Применение прогестерона изменяет структуру внутренних корреляционных соотношений показателей цитокинового профиля, приближая ее на 65% к структуре взаимосвязей при нормальной беременности. Сочетанное применение микронизированного прогестерона с внутривенным введением  $\beta$ -миметиков привело к более быстрому достижению токолитического эффекта, позволило снизить их дозу и сократить срок госпитализации.

**Резюме.** Обзор посвящен проблемам этиологии и патогенеза, совершенствования диагностики и терапии преждевременного прерывания беременности, во втором триместре. Подробно рассматривается влияние на течение гестации нарушений взаиморегуляции эндокринной и иммунной систем организма матери. Показано, что применение микронизированного прогестерона беременным с угрозой прерывания беременности, во втором триместре, способствовало снижению активации иммунной системы по Т-хелпер 1-у пути и активации по Т-хелпер 2-у. Это, в свою очередь, снижало риск преждевременного прерывания беременности.

Die Überprüfung widmet sich den problemen der atiology und pathogenese, diagnose und therapie der vorzeitigen beendigung der schwangerschaft, zweiten trimester. Informationen über die auswirkungen der verlauf der schwangerschaft vzaimoregulácii erkrankungen der die endokrine und immunsystem des körpers der mutter. Zeigt, dass die anwendung des mikronisierten progesteron, mit androhung der beendigung der schwangerschaft, schwanger zweiten trimesters, zum immunsystem auf T-helfer-1-wege und die aktivierung von T-helfer-2 zu senken trugen. Dies wiederum reduziert die gefahr des untergangs der frühen schwangerschaft.

## КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НИЗКОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА УБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Стрельцова В.Л., Маркина Л.Д., Маркин В.В.,  
Гаркуша Н.А., Кизей Е.Н., Золотухина А.В.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,  
Владивосток, Россия*

Количественная оценка адаптационного потенциала и индивидуального здоровья – одно из основных направлений современной медицинской науки. Концепция Г. Селье применяется в акушерстве для решения прикладных задач.



Открытие академиком РАЕН Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б. (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:** выявить клинические маркеры низкого адаптационного потенциала беременных женщин. **Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ историй родов 1374 женщин, из них выделены контрольная группа (n=170), исследуемые группы женщин с анемией беременных (n=123), с маловодием (n=132), с многоводием (n=72), с рвотой беременных средней и тяжелой степени (n=101), с синдромом задержки развития плода 2–3 степени (n=107). Проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции, уровня реактивности и уровня здоровья на основе клинических анализов крови с применением авторской компьютерной программы «Антистресс». 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.

Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. (1990) выделили четыре категории состояния адаптационных механизмов: 1) «здоровье» (РТ ВУР, РСА ВУР, РПА ВУР и СУР) – уровень здоровья соответствует 1 600–5 000 баллов; 2) «донозологическое состояние» (РТ СУР, РСА СУР, РПА НУР) – 900–1600 баллов; 3) «предболезнь» (РСА НУР и ОНУР, РПА ОНУР, РС ВУР и СУР, РП НУР, РТ НУР) – 300–800 баллов; 4) «болезнь» (РТ ОНУР, РС НУР и ОНУР, РП ОНУР) – 10–200 баллов. Уменьшение или увеличение изучаемого признака констатировалось только при наличии статистической значимости различий.

**Результаты исследования и обсуждение.** В контрольной группе средний уровень здоровья в первом триместре составляет  $983 \pm 122$  балла, что отражает адаптацию женского организма к беременности и соответствует категории – «донозологическое состояние». Во 2-м триместре беременности уровень равен  $1419 \pm 320$  баллов, в третьем –  $1052 \pm 125$  балла.

Средний уровень здоровья женщин основных групп во время беременности составил:  $502,7 \pm 35$  балла при анемии беременных легкой степени,  $187,7 \pm 44$  балла при анемии средней и тяжелой степени;  $126,9 \pm 34$  балла при среднетяжелой и тяжелой рвоте беременных;  $413,5 \pm 31$  балл при синдроме задержки развития плода 2–3 степени;  $352,7 \pm 49$  баллов при маловодии;  $573,1 \pm 23$  балла при многоводии, что достоверно отличается от контрольной группы ( $P < 0,01$ ).

**Вывод:** Полученные результаты выявили достоверную зависимость между уровнем здоровья во время беременности и частотой развития осложнений



беременности. Анемия беременных, многоводие, маловодие, рвота беременных, синдром задержки развития плода являются клиническими маркерами низкого адаптационного потенциала беременных женщин.

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ историй родов 1374 женщин, из них выделены контрольная группа (n=170), исследуемые группы женщин с анемией беременных (n=123), с маловодием (n=132), с многоводием (n=72), с рвотой беременных средней и тяжелой степени (n=101), с синдромом задержки развития плода 2–3 степени (n=107). С позиций теории адаптационных реакций Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б. и Уколовой М.А. (1978, 1990) проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции, уровня реактивности и уровня здоровья в баллах женщин во время беременности с применением авторской компьютерной программы «Антистресс». Железодефицитная анемия беременных, многоводие, маловодие, рвота беременных, синдром задержки развития плода являются маркерами низкого адаптационного потенциала беременных женщин.

The retrospective analysis of medical histories of 1374 women was carried out; from them the control group (170 women), the groups of women with the iron deficiency anemia in pregnancy (123 women), with oligoamnion (132 women), with hydramnion (72 women), with hyperemesis gravidarum (101 women), with fetal growth inhibition (107 women) were chosen. Based on the theory of adaptive reactions by Garkavi L.H., Kvakinoy E.B. and Ukolovoj M.A. (1978, 1990), the assessment of the adaptation condition was carried out: type of adaptive reaction, level of reactivity and level of health in points for women during pregnancy using the author's computer software "Antistress". The iron deficiency anemia, the oligoamnion, the hydramnion, the hyperemesis gravidarum, the fetal growth inhibition are markers of low adaptation potential of pregnant women.

## МАРКЕР ВЫСОКОГО РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Стрельцова В.Л., Маркина Л.Д., Маркин В.В.,  
Василевская Е.С., Рослая А.А., Федорова Н.Ю.**

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,  
Владивосток, Россия*

Прогнозирование и профилактика критических состояний у матери и у плода остаются актуальной проблемой современного акушерства. Количественная оценка индивидуального здоровья – одно из основных направлений современной медицинской науки. Концепция Г. Селье приме-



няется в акушерстве для решения прикладных задач. Открытие академиком РАЕН Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б. (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 критические осложнения в родах и в послеродовом периоде с позиций теории адаптационных реакций.

**Материалы и методы:** основная группа женщин с критическим состоянием (74 женщины), куда вошли женщины с эклампсией (10 случаев) геморрагическим шоком (25 случаев), с антенатальной и с интранатальной гибелью плода (19), с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания (11), синдромом полиорганной недостаточности (5), тромбоемболией (2), анафилактическим шоком (2). Все эти случаи были объединены в общую группу, итак как в процессе отдельного их анализа выявлена общая тенденция. Кроме того, критическое состояние женщины может проявляться сочетанием нескольких вышеперечисленных диагнозов. Проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции и уровня реактивности накануне родов на основе клинических анализов крови с применением авторской компьютерной программы «Антистресс». 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.

Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. (1990) выделили четыре категории состояния адаптационных механизмов: 1) «здоровье» (РТ ВУР, РСА ВУР, РПА ВУР и СУР) – уровень здоровья соответствует 1 600–5 000 баллов; 2) «донозологическое состояние» (РТ СУР, РСА СУР, РПА НУР) – 900–1600 баллов; 3) «предболезнь» (РСА НУР и ОНУР, РПА ОНУР, РС ВУР и СУР, РП НУР, РТ НУР) – 300–800 баллов; 4) «болезнь» (РТ ОНУР, РС НУР и ОНУР, РП ОНУР) – 10–200 баллов. Уменьшение или увеличение изучаемого признака констатировалось только при наличии статистической значимости различий.

**Результаты исследования и обсуждение.** Средний уровень здоровья накануне родов женщин контрольной группы составил 1 052,4±94 балла, а основной исследуемой группы – 304±69 балла ( $P<0,01$ ). В основной группе регистрировалась категория «болезнь» в 7,3 раза чаще, чем в контрольной группе ( $P<0,001$ ): у 40 женщин (54,1%) и «предболезнь» у 34 женщин (45,9%). Преобладали реакции: РС НУР и ОНУР, РТ НУР, активации ОНУР и РП. Нерациональное ведение родов (родовозбуждение, длительные и комбинированные методы родоусиления) приводят к истощению небольшого «запаса»



здоровья женщины. В итоге критическая дезорганизация женского организма проявляется критическим состоянием, средний уровень здоровья при этом  $46 \pm 28$  баллов, соответствует РС ОНУР.

**Вывод:** прогностическим маркером высокого риска акушерских осложнений является уровень здоровья перед родами менее 300 баллов.

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ историй родов 1 374 женщин, из них выделены контрольная группа (170 женщин), группа женщин с критическими состояниями в родах и послеродовом периоде (74 женщины). С позиций теории адаптационных реакций Гаркави Л.Х., Квакиной Е.Б. и Уколовой М.А. (1978, 1990) проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции, уровня реактивности и уровня здоровья в баллах женщин во время беременности с применением авторской компьютерной программы «Антистресс». Использовалась лейкоцитарная формула как сигнальный показатель адаптационной реакции и критерий синхронизированности состояний. Полученные результаты выявили достоверную зависимость между уровнем здоровья и вероятностью развития критических состояний.

The retrospective analysis of medical histories of 1 374 women was carried out; from them the control group (170 women), the group of women with critical conditions (74 women) were chosen. Based on the theory of adaptive reactions by Garkavi L.H., Kvakinoy E.B. and Ukolovoj M.A. (1978, 1990), the assessment of the adaptation condition was carried out: type of adaptive reaction, level of reactivity and level of health in points for women during pregnancy using the author's computer software "Antistress". A leukocytic formula was used as an alarm indicator of adaptative reaction and criteria of the conditions synchronization. The received results have revealed authentic dependence between level of health before labor and the frequency of critical conditions development, which allows to predict this pathology and to timely correct it.

## РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Анохова Л.И.,  
Фролова Н.И., Кошмелева Е.А.

*Читинская медицинская академия, Чита, Россия*

Для прогнозирования течения постнатальной адаптации и выработки дальнейшей тактики ведения новорожденных был проведен анализ гистологических исследований 95 плацент женщин, перенесших грипп в период эпи-





демии А (H1N1) pdm 09. Из них 23,2% (22/95) составили плаценты женщин, перенесших грипп, осложненный вирусно-бактериальной пневмонией, 27,3% (26/95) плацент от матерей со среднетяжелым гриппом, 49,5% (47/95) – от пациенток, перенесших грипп легкой степени. В третьем триместре перенесли грипп 96% (91/95) женщин, 4% (4/95) во втором триместре. Для сравнения были взяты 44 последа от незаболевших ОРВИ беременных в этот же период, отобранных сплошным методом. Оценка результатов морфологического исследования плаценты проводилась с помощью компьютерно-диагностической программы «Плацента», предложенной Миловановым А.П. и соавт. (2002). Отмечено, что те или иные изменения в плаценте выявлены у 100% из группы с пандемическим гриппом, в 66,7% из группы неболевших ( $p\chi^2 < 0,05$ ). Низкий риск внутриутробного инфицирования (ВУИ) регистрировался у 52,6% детей от женщин с гриппом А (H1N1) pdm 09 и 59% в группе контроля (ОШ 0,76). Средний риск ВУИ в 1,2 раза был выше среди новорожденных от матерей с гриппом в анамнезе. А высокий риск инфицирования выявлялся только у 1 женщины (1,1%), перенесшей А (H1N1) – ассоциированную пневмонию. Вероятность аномалий формообразования последа в 2,1 раза чаще отмечена среди пациенток с гриппом (54,7%), в отличие от неболевших (40%). Высокие компенсаторно-приспособительные изменения (КПИ) присутствовали во всех последах интактных женщин и в 91,5% – с пандемическим гриппом, а вот средние и низкие КПИ выявлены только в группе с пандемическим гриппом, причем слабовыраженные компенсаторно-приспособительные механизмы присутствовали в случаях тяжелого гриппа. Шанс выявления субкомпенсированной плацентарной недостаточности в 5,5 раз больше в последах женщин с гриппом в анамнезе (93,6%), чем в группе контроля. Признаки декомпенсации плаценты отмечены только в последах от переболевших тяжелым гриппом беременных (4%). Вероятность острой компенсированной плацентарной недостаточности была низкой среди плацент с гриппом в анамнезе (ОШ=0,35; 95% ДИ: -1,04; 1,3), однако риск выявления острой субкомпенсированной плацентарной недостаточности в 5,9 раз выше, чем в последах от незаболевших женщин. Признаки нарушения созревания ворсин определялись в 4% плацент женщин, переболевших тяжелым гриппом во втором триместре, проявлявшиеся как вариант промежуточно-незрелых ворсин (2%) и диссоциированный тип созревания ворсин (2%). Риск по антенатальному инфицированию был минимальным для половины новорожденных (50,5%) от матерей с гриппом и всех детей от женщин без гриппа в анамнезе (100%). Средний (44,2%) и высокий (5,2%) риски угрожали детям только от компрометированных матерей. Средний риск ВПР зарегистрирован только в компрометированной ОРВИ группе в 6,36% случаев. Признаки хронической ПН, преобладающие у женщин с гриппом в анамнезе, а также более низкие компенсаторные изменения, были подтверждены морфологически и могли использоваться в прогнозе риска гипоксического поражения ЦНС у новорожденных. Так, высокий риск гипоксического поражения ЦНС превышал в 7,3 раза таковой в группе контроля. А вот низкий и средний риски гипоксии были характерны для детей незаболевших женщин.



Мы попытались выяснить, зависит ли степень поражения плаценты от тяжести течения гриппозной инфекции. Оказалось, что при тяжелом гриппе средний риск ВУИ увеличивается в 2 раза по сравнению с детьми от женщин с легкими и среднетяжелыми вариантами течения вирусной инфекции. Вероятность аномалии формообразования последа также отмечены в 1,2–3,5 раза чаще с тяжелым и среднетяжелым гриппом по сравнению с легким. Явления хронической субкомпенсированной ПН были выражены во всех группах, с уменьшением риска для осложненных форм инфекции (ОШ=0,1–0,5). А вот явления острой субкомпенсированной ПН были в 2,1–2,5 раз больше характерны для среднетяжелых и тяжелых форм гриппа. Наблюдалась прямая зависимость риска антенатального инфицирования и высокого риска гипоксического поражения ЦНС со степенью ОРВИ, поскольку вероятность их реализации увеличивалась в 1,7–2,5 раза при среднетяжелом и тяжелом течении. Таким образом, полученные данные позволили нам отнести детей, матери которых перенесли пандемический грипп во время беременности, в группу риска по осложненному течению постнатальной адаптации.

**Резюме.** Изучение плацент женщин, перенесших грипп в период эпидемии А (H1N1) pdm 09 показал, что у детей, матери которых перенесли пандемический грипп во время беременности имеется высокий риск внутриутробного инфицирования, аномалий формообразования последа, антенатального инфицирования и гипоксического поражения ЦНС.

This data showed that children whose mothers suffered pandemic A (H1N1) pdm 09 influenza during pregnancy had a high risk of anomalies forming placenta, antenatal infection and hypoxic brain damage.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ИСТИМКО- ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ткаченко Л.В., Линченко Н.А.

*Волгоградский Государственный Медицинский Университет,  
Волгоград, Россия*

Преждевременные роды – важнейшая проблема здравоохранения, которая обуславливает более 50% всей перинатальной смертности. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из наиболее частых причин преждевременных родов. Для коррекции несостоятельности шейки матки во время беременности предложены хирургические и консервативные методы. Наложение швов на шейку матки (церкляж) распространен



ный метод лечения ИЦН. Однако, результаты проведенных исследований об эффективности хирургического способа коррекции достаточно противоречивы. Ряд авторов утверждает, что применение консервативного лечения для профилактики преждевременных родов при ИЦН более эффективно, чем традиционный хирургический метод. Таким образом, к настоящему времени не существует убедительных данных, полученных в ходе рандомизированных контролируемых исследований, свидетельствующих в пользу кого-либо из используемых в настоящее время способов коррекции ИЦН.

**Целью данного исследования** явилось выявление эффективности проведения прегравидарной подготовки и коррекции несостоятельности шейки матки на основе дифференцированного подхода в ведении пациенток с функциональным и органическим видом ИЦН.

**Материалы и методы:** в исследование были включены 53 пациентки планирующие беременность с диагнозом ИЦН. У всех пациенток в анамнезе были поздние самопроизвольные выкидыши или преждевременные роды до 34 недель гестации, обусловленные несостоятельностью шейки матки. На этапе прегравидарной подготовки мы выявляли вид ИЦН (органический или дисфункциональный) путем выполнения метросальпингографии. Исходя из полученных результатов, все пациентки были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 32 пациентки с дисфункциональной ИЦН, вторую группу составили 21 пациентка с органическим вариантом данной патологии. Также всем обследуемым пациенткам проводилось иммуногистохимическое (ИГХ) исследование эндометрия на 21–23 день цикла в корреляции с исследованием гормонального профиля (прогестерон, эстрадиол на 21–23 день цикла). Интенсивность ИГХ реакций оценивали по методу гистологического счета H-score. На основании полученных результатов проводилась комплексная прегравидарная подготовка, включающая в себя гормонотерапию: прогинова по 1 таблетке 2 р/д с 3-го по 17 день цикла, утрожестан 200 мг 2 р/д с 16 по 25 день цикла у пациенток с дисфункциональной формой ИЦН и у пациенток с органическим вариантом ИЦН, у которых ранее была выявлена недостаточность лютеиновой фазы. Пациенткам обеих групп, у которых были выявлены признаки хронического воспаления, проводился курс противовоспалительной терапии и последующее физиотерапевтическое лечение по общепринятым схемам. При наступлении беременности у пациенток с дисфункциональной ИЦН была продолжена терапия прогиновой по 1 таблетке 2 р/д до 5–6 недель беременности, поддержка утрожестаном 200 мг 2 р/д вагинально до 34 недель беременности. При выявлении укорочения шейки матки во втором триместре по данным УЗИ, у пациенток данной группы лечение дополнялось введением акушерского pessaria. У пациенток с органическим вариантом ИЦН при наступлении беременности проводилось элективное наложение П-образных швов на шейку матки в сроках от 12 до 14 недель, и терапия утрожестаном по 200 мг 2 р/д вагинально до 34 недель.

**Результаты исследования:** у 29 пациенток (90,62%) с дисфункциональной ИЦН и у 18 пациенток (85,71%) с органической формой несостоятельности шейки матки беременность закончилась своевременными родами в 38–40



недель. Ранних преждевременных родов, как и перинатальных потерь, не было отмечено ни в одной из групп.

**Заключение:** на основании полученных данных можно сделать вывод, что дифференцированный подход к лечению пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью приводит к улучшению исходов беременности, позволяет выбрать наиболее оптимальные схемы прегравидарной подготовки, гормональной поддержки и способы коррекции данной патологии.

**Резюме:** истмико-цервикальная недостаточность является одной из наиболее частых причин преждевременных родов и поздних самопроизвольных выкидышей. В работе представлен дифференцированный подход к методам прегравидарной подготовки и способам коррекции истмико-цервикальной недостаточности в зависимости от вида несостоятельности шейки матки.

Cervical insufficiency is one of the main cause of late spontaneous miscarriage and preterm delivery. Differentiated approach to the method of pre-gravida preparation and cervical insufficiency correction depending from its type are presented in the article.

## ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА.

Тоноян Л.А., Алиева Г.А.

*Кафедра акушерства и гинекологии МГМСУ имени А.И. Евдокимова,  
Москва, Россия*

Послеродовый эндометрит – является распространенной формой послеродовой инфекции и, по данным Стрижакова А.Н. с соавт. (2004), после самопроизвольных родов встречается в 7–8%, после кесарева сечения – в 30–55% случаев. Несмотря на успехи в диагностике и лечении послеродового эндометрита и применение современных антибактериальных препаратов, проблема прогноза развития и поиска методов терапии этой патологии остается по-прежнему актуальной.

**Целью исследования** – являлось изучение течения родов и послеродового периода у больных с послеродовым эндометритом для выявления закономерностей развития патологических состояний, прогноза развития послеродовых гнойно-септических осложнений и профилактики септического процесса.

**Материалы и методы:** нами было изучено 20 историй болезни родильниц с послеродовым эндометритом.



**Результаты исследований:** среди (20) родильниц с диагнозом послеродовой эндометрит – роды проводились через естественные родовые пути – в 90% (18), после операции кесарева сечения – в 10% (2) случаев. Ручное обследование матки, по поводу дефекта плаценты проводилось – в 5% (1). В послеродовом периоде наблюдались: субинволюция матки – у 10% (2), гематометра – у 10% (2), несостоятельность послеоперационного шва после операции кесарева сечения – у 5% (1), расхождение швов промежности – у 5% (1), поздние послеродовые кровотечения – у 5% (1) родильниц. В 75% (15) родильницы выписаны из роддома на 2–5 сутки, в 25% (5) – на 6–10 сутки. Позднее начало заболевания сопровождалось лихорадкой в послеродовом периоде на 5–9 сутки – у 15% (3), на 10–12 сутки – у 55% (11), без повышения температуры у 10% (2). Лихорадка до  $37\text{ C}^0$  – в 15% (3), от  $37\text{--}38\text{ C}^0$  – в 50% (10), больше  $38\text{ C}^0$  – у 35% (7). Прослеживались изменения в гемограмме: лейкоцитоз до  $12 \times 10^9$  л – в 25% (5), до  $16 \times 10^9$  л – у 35% (7), до  $35 \times 10^9$  л – у 35% (7); лимфоцитопения – у 55% (11); гранулоцитоз – у 55% (11). По результатам посевов из шейки матки была выделена условно-патогенная микрофлора. При ультразвуковом сканировании: расширение переднезаднего размера матки и разряженные эхоструктуры без четких контуров – у 75% (15), эхопризнаки остатков плацентарной ткани – у 15% (3). Гистероскопия с вакуум-аспирацией матки – в 90% (18), повторная вакуум-аспирация матки – в 10% (2), промывание матки растворами антисептиков – у 10% (2). В 25% – устойчивость микрофлоры к применяемой терапии, что потребовало смены препаратов. Гистологическими исследованиями диагноза были подтверждены.

**Заключение:** несмотря на поздний дебют заболевания и стертость клинических проявлений происходили тяжелые морфологические изменения, приводящие к внезапному ухудшению состояния больных, что служило показанием к госпитализации. Для ранней профилактики эндометрита необходимо – выявление родильниц из группы риска послеродовых осложнений, для тщательного наблюдения, с целью ранней диагностики послеродового эндометрита и профилактики септических процессов.

**Резюме.** Представлены результаты анализа клинических факторов риска гнойно-септических осложнений для выявления закономерностей развития патологических состояний у родильниц, с целью профилактики септических процессов в послеродовом периоде. Проанализированы течение и исход послеродового эндометрита для профилактики и ранней диагностики гнойно-воспалительных осложнений.

Presents the results of the analysis of clinical risk factors for septic complications, to identify patterns of development of pathological conditions in postpartum women, in order to prevent septic processes in the postpartum period. Analyzed the course and outcome of postpartum endometritis, for the prevention and early diagnosis of inflammatory complications.



## НЕИНВАЗИВНАЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА

**Торубаров С.Ф., Самчук П.М.**

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия  
ГБУЗ Родильный дом №17 Департамента здравоохранения города Москвы,  
Россия*

Врожденные и наследственные заболевания среди всех новорожденных составляют 4–5%, а их доля в структуре младенческой смертности достигает 35–40%. В настоящее время регламентированные в РФ скринирующие программы в пренатальной диагностике позволяют с высокой частотой вероятности выявить группу риска хромосомной патологии плода. В тоже время, для верификации диагноза хромосомной патологии плода необходимо инвазивное вмешательство с целью получения плодового материала, при котором возможен ряд осложнений (Медведев М.В., 2005; Энкин М. и др. 2003).

**Целью нашего исследования** явилось изучение эффективности неинвазивной пренатальной диагностики хромосомной патологии плода в снижении перинатальной смертности.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен анализ 38 случаев рождения детей с синдромом Дауна за 5 лет, наблюдавшихся в женских консультациях города Москвы. В перинатальный скрининг включался ультразвуковой скрининг (УЗС), ультразвуковое исследование (УЗИ) и биохимический скрининг (БС) с анализом эмбриональных (маркерных) сывороточных белков в крови беременной. УЗС и БС скрининги проводились как в 1-м, так и 2-м триместрах беременности. Всем новорожденным заключительный диагноз хромосомной патологии (синдром Дауна) был установлен на основании проведенного карiotипирования.

**Результаты исследования.** По возрасту, пациентки распределились следующим образом – до 35 лет в группе исследования частота составила 54,5%, старше 35 лет – 45,5% случаев. По паритету в 51% случаев отмечены первые роды и в 49% вторые роды в анамнезе. У 12 пациенток пренатальная диагностика на протяжении всей беременности не проводилось с учетом личных мотиваций и нежелание со стороны пациентки и супруга. Пренатальный биохимический скрининг проведен у 26 беременных. Из них у 14 (53,8%) пациенток БС в 1 или во 2-м триместрах оказался положительным (у 4-х пациенток проведено оба скрининга, они оказались положительными, у 8 пациенток проведен только скрининг в 1-м триместре, который также оказался положительным и у 2 пациенток проведен только скрининг во втором триместре он был положительный). У 12 (46,2%) пациенток биохимический скрининг оказался отрицательным, при этом из них у 6-х пациенток отрицательными



были БС в 1 и 2 триместрах беременности, у остальных 6 пациенток отрицательным явился один из БС, в тоже время у 9-х из них, имелись ультразвуковые маркеры хромосомной патологии. Всем пациенткам, у которых имелись подозрения на хромосомную патологию предложено проведение инвазивного вмешательства с целью заключительной диагностики, от которого они отказалась. Анализируя категорию пациенток ( $n=12$ ), у которых не проводился при настоящей беременности пренатальный скрининг отмечено, что у 2-х из них в анамнезе имелись роды двойней – у одного из новорожденных диагностирован синдром Дауна. У 4-х беременных при предыдущей беременности имелся положительный 1-й БС скрининг, родителям было предложено картирование, от которого они отказались.

При проведении ультразвукового скрининга у беременных из общего числа обследованных ( $n=26$ ), ультразвуковые маркеры хромосомной патологии выявлены у 15 (57,6%) пациенток. Проведенный анализ эффективности пренатальной диагностики включающей БС и УЗС (даже при несоблюдении стандарта пренатальной диагностики) позволил выявить хромосомные аномалии у 88,5% плодов, причем комбинирование УЗС и БС оказалось более эффективным в 1-м триместре, чем во втором.

**Заключение.** Таким образом, на основании вышеизложенного следует, что проведение пренатального скрининга должно выполняться в строго регламентированные сроки и включать биохимический и ультразвуковой скрининг. Необходимо обращать внимание на любые отклонения от нормы того или иного показателя обеих скринингов с последующим углубленным исследованием, включая инвазивные методы диагностики, что позволит снизить частоту не диагностированных антенатально хромосомных аномалий, как частую причину младенческой смертности.

**Резюме.** Проанализировано 38 случаев рождения детей с синдромом Дауна. В 31,5% случаев пренатальная диагностика не проводилась. Эффективность неинвазивной пренатальной диагностики включающей комбинацию биохимического и ультразвукового скрининга в 1-м триместре по выявлению хромосомной патологии плода, составила 88,5%.

The 38 cases of children with Down syndrome were analyzed. In 31,5% prenatal diagnostics was not made. Efficacy of non-invasive prenatal diagnostics which includes biochemical and ultrasound screening in the first trimester of pregnancy to identify fetal chromosomal pathology was 88,5%.



## ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Торубаров С.Ф., Самчук П.М.

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Россия  
ГБУЗ Родильный дом №17 Департамента здравоохранения города Москвы,  
Россия*

Частота синдрома задержки роста плода (СЗРП) в настоящее время варьирует в популяции от 10 до 23% доношенных новорожденных, как в развитых, так и развивающихся странах (Кулаков В.И., 2006). С уменьшением срока беременности частота задержки роста плода возрастает. Плод с синдромом задержки роста подвержен повышенному риску перинатальных повреждений, отмечается высокая частота гипоксии при беременности, мекониальная аспирация, а при недоношенности значительно (до 60%) увеличивается риск перинатальных потерь.

**Целью исследования** явилось изучение влияния некоторых факторов риска при беременности на задержку роста плода тяжелой степени.

**Материалы и методы исследования.** Нашим исследованиям подверглась группа беременных, составившая 42 пациентки с диагностированной задержкой роста плода 3-й степени. Диагноз СЗРП был выставлен на основании клинических методов исследования включающих выявление анамнестических факторов риска, объективного обследования матери и плода путем измерения окружности живота, высоты стояния дна матки вычисления предполагаемой массы плода, и инструментальных методов включающую ультразвуковую фетометрию, кардиотокографию и доплерометрическое исследование. Все пациентки были родоразрешены в условиях родовспомогательных учреждений ФМБА России. Средний возраст женщин составил  $24,3 \pm 4,4$  лет.

**Результаты исследования.** Симметричная форма СЗРП 3-й степени диагностирована у 29 (69%) случаев, ассиметричная форма в 13 (31%) случаев. Следует отметить преобладание симметричной формы над ассиметричной при СЗРП 3-й степени, при 1–2 степени СЗРП преобладала ассиметричная форма, которая диагностирована в 72% случаев. В подавляющем большинстве СЗРП 3-й степени диагностирован в 95% случаев в третьем триместре беременности. Во втором триместре СЗРП 3-й степени диагностирована только в 5% случаев. При изучении особенности течения беременности у пациенток с диагностированной задержкой развития плода 3-й степени, выявлен ряд неблагоприятных факторов предшествующих беременности и имеющих место при настоящей беременности, среди них курение у 28% женщин, наркомания у 3%, постоянная трудовая занятость при настоящей беременности у 36% пациенток, тяжелое производство у 6% и социальная неустроенность





у 24% пациенток. В 1-м триместре выявлены следующие осложнения: угроза прерывания беременности отмечена у 38% пациенток (проводилась терапия с использованием препаратов прогестерона), ОРЗ у 16% пациенток, а также следует отметить, что у 8% пациенток имели место изменения показателей в пренатальном биохимическом скрининге. Во 2-м триместре угроза прерывания беременности наблюдалась в 24% случаев (проводилась терапия токолитиками), в 6% случаев определялся повышенный риск хромосомной патологии плода, проведенная инвазивная диагностика исключила наличие патологии. К осложнениям 2-го триместра беременности также следует отнести острый бронхит у 3% женщин, гипертония 4%, острые пиелонефрит беременных у 5% женщин. У 25% женщин отмечены ОРЗ с повышением температуры тела. В 3-м триместре угроза преждевременных родов отмечена у 12% женщин (проводилась токолитическая терапия), ОРЗ встречалось в 14% случаев, у 8% маловодие, у 10% многоводие. При настоящей беременности пациентки с СЗРП 1-й степени в 46% случаев госпитализированы однократно, с СЗРП 1–2 степени в 24% случаев госпитализированы дважды, в 12% случаев три и более раз. Следует отметить, что проводимая в условия стационара терапия не снижала прогрессирование степени тяжести СЗРП.

**Заключение.** Таким образом, основными неблагоприятными факторами, влияющими на развитие СЗРП явилось курение до и при настоящей беременности, трудовая деятельность при настоящей беременности, тяжелое производство, социальная неустроенность, частые угрозы прерывания беременности в 1-м и 2-м триместрах беременности и вирусные инфекции.

**Резюме.** У 42 пациенток изучены некоторые факторы риска при беременности, влияющие на развитие замедленного роста плода тяжелой степени. Основными факторами явилось курение до и при беременности, трудовая деятельность при настоящей беременности, тяжелое производство и социальная неустроенность, частая угроза прерывания беременности и вирусные инфекции. Проводимая в условиях стационара терапия не повлияла на снижение частоты развития тяжелой задержки роста плода.

The 42 pregnant women were studied to evaluate risk factors for development of severe intrauterine growth restriction. The main factors were smoking before and during pregnancy, hard work and social impairment, high frequency of threatened preterm labour or viral disorders. The therapy which was conducting in hospital did not decrease the incidence of severe intrauterine growth restriction.



## ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ МАЛЫХ ГОРОДОВ ЮГА РОССИИ

Фетисова Е.С., Андреева М.В.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия*

Одним из важнейших факторов, влияющих на будущее здоровье ребенка, является состояние здоровья его матери. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в современных условиях только 15% детей, рожденных в нашей стране, появились на свет при благоприятных обстоятельствах. Все остальные дети составляют группу риска развития хронических заболеваний в более позднем возрасте, что связано с наличием у 70% беременных хронической соматической патологии, чаще всего сочетанной, а также с ее обострением у 76% женщин во время беременности. Это может еще более усугубить негативную демографическую ситуацию, которая сложилась в России за последние двадцать лет.

К настоящему времени накоплено недостаточно данных о состоянии здоровья беременных женщин на региональном уровне, поэтому необходимы сведения о частоте и структуре их соматической заболеваемости в зависимости от территории проживания.

**Цель исследования:** изучить состояние соматического здоровья беременных женщин, проживающих на территории малых городов юга России.

**Материал и методы.** Для решения поставленной цели проведено обследование 208 беременных женщин, проживающих на территории малых городов Ростовской области. Базой для исследования послужили женские консультации МБУЗ ЦРБ Белокалитвинского района и МБУЗ ЦРБ Зерноградского района. Возрастной интервал обследованных женщин составил 15–46 лет. Критериями включения в программу обследования являлись ранняя явка в женскую консультацию, одноплодная беременность и согласие женщины на обследование в течение всего периода гестации. Были изучены показатели, характеризующие состояние соматического здоровья этого контингента женщин, путем анализа первичной медицинской документации, динамического наблюдения за ними во время беременности. Данные об особенностях течения беременности и родов у них получены путем изучения индивидуальных и обменных карт беременной и родильницы, историй родов, а также в результате проспективного исследования.

**Результаты исследования.** Выявлен высокий уровень соматической патологии среди обследованных беременных женщин (в 72% случаев). Анализ частота и структуры заболеваемости беременных показал, что на первом месте находится анемия, на втором – болезни мочеполовой системы, на тре-



тъем – артериальная гипертензия, на четвертом месте – заболевания эндокринной системы, на пятом – болезни желудочно-кишечного тракта.

У 12,4% беременных женщин наблюдались острые инфекционные заболевания. Обследование на TORCH-инфекции и инфекции, передающиеся половым путем, проведенное в первом триместре беременности, показало, что в случаях неблагоприятного течения беременности, частота выявления антител класса IgG к *Chlamydia trachomatis* (в 18,3% случаев) и выявления антител к *Toxoplasma gondii* (в 22,7% случаев) была выше, чем у женщин с физиологическим течением беременности (в 8,5% и 12,4% случаев соответственно). 67,2% обследованных женщин с соматической патологией имели осложнения гестации. Это – угроза прерывания беременности в 71,4% случаев, хроническая внутриутробная гипоксия плода различной степени тяжести в 85,7% случаев, гестационный пиелонефрит в 71,4% случаев, анемия беременных в 71,4% случаев, преэклампсия различной степени тяжести в 24,5% случаев. Сравнительный анализ показателей УЗИ фето-плацентарной системы у беременных с гестационными осложнениями позволил установить, что признаки задержки внутриутробного развития плода у них регистрировались, начиная с третьего триместра беременности. Их частота составила 13,4%. Выявлено, что наличие соматической патологии отрицательно влияло на процесс родов у этих женщин. Так 37,6% беременных с экстрагенитальной патологией были родоразрешены оперативным путем.

**Выводы.** Таким образом, одной из основных причин развития гестационных осложнений у беременных женщин малых городов юга России является наличие у них высокого уровня соматической патологии. Это требует усовершенствования профилактических мероприятий, которые помогут предотвратить рост указанных выше осложнений. Учитывая высокую частоту патологии беременности у данного контингента женщин, необходимо выделять их в группы риска и направлять при необходимости на родовую госпитализацию в перинатальные центры областного или федерального уровня с целью определения метода родоразрешения с учетом их соматической заболеваемости.

**Резюме.** Проведенное исследование выявило высокую частоту соматических болезней среди беременных женщин, проживающих на территории малых городов юга России, что привело к росту осложнений гестации. Это свидетельствует о необходимости усовершенствования профилактических мероприятий, предотвращающих развитие патологии во время беременности

Summary. The study revealed a high frequency of somatic diseases in pregnant women living in the territory of towns in southern Russia, leading to increased complications of gestation. This indicates the need to improve preventive measures, to prevent the development of pathology during pregnancy.



## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Фофанова И.Ю.

**Актуальность:** сложность прогнозирования течения беременности при инфицировании уrogenитальными микоплазмами диктует необходимость поиска этиопатогенетических взаимосвязей между фактом инфицирования и риском развития воспалительного процесса. В настоящее время отсутствуют достоверные маркеры для прогнозирования воспалительной реакции, результате чего бывает потеряно время для эффективной своевременной терапии.

Еще в 1932 г. были получены свидетельства того, что магний-дефицитное состояние играет значительную роль в развитии воспаления. Доказано, что низкое содержание магния связано с повышением С-реактивного белка, Е-селектина и ИЛ-6, как маркеров воспаления, что при магний-дефицитном состоянии имеется усиленный ответ фагоцитов при стимуляции липополисахаридами

**Материал и методы:** Обследованы 3 группы пациенток: I группа – 452 беременных у которых были выявлены уrogenитальные микоплазмы во влагалище (*U.urealyticum*, *U.parvo*, *M.hominis*) методом PCR-real time, контрольную группу составили 110 здоровых беременных. Наряду с общепринятым клинико-лабораторным обследованием изучался уровень содержания магния в сыворотке крови до наступления беременности (на 3–4 день менструального цикла) и во время беременности.

**Результаты:** в I группе беременных уровень магния в сыворотке крови был снижен исходно до беременности и составлял  $0,63 \pm 0,08$  ммоль/л (в группе контроля –  $0,83 \pm 0,11$  ммоль/л) ( $p \leq 0,01$ ) В течение беременности у пациенток I группы также отмечался сниженный уровень магния: I триместр –  $0,64 \pm 0,087$ , II –  $0,71 \pm 0,096$ , III –  $0,67 \pm 0,08$  ммоль/л (в контрольной группе –  $0,81 \pm 0,12$ ;  $0,78 \pm 0,09$ ;  $0,78 \pm 0,1$  ммоль/л соответственно), что ассоциировалось

Частота осложнений беременности в I группе составила: угрожающий выкидыш в I триместре – 88%, частичная отслойка хориона – 35%, угрожающий выкидыш во II триместре – 46%, умеренное многоводие – 14%, угрожающие преждевременные роды – 18% случаев. Во второй группе пациенток частота осложнений беременности была достаточно высокой, но достоверно ниже, чем в I группе и составила соответственно: 35,3%; 20%; 15,9%; 4,7%; 15,9% ( $p \leq 0,01$ ).

**Выводы:** у пациенток с уrogenитальной микоплазменной инфекцией магний – дефицитное состояние приводит к более выраженному воспалительному ответу, приводящему к развитию осложнений беременности.



# АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ

**Фролова О.Г., Гребенник Т.К.**

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

Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь является важным звеном в охране репродуктивного здоровья женщин. В последние годы происходят изменения в организации данного вида помощи. В. Скворцова считает, что следует изменить в пользу амбулаторной помощи общий объем стационарной.

Для данного вида помощи основной задачей, как и для других видов медицинской помощи, является оказание качественной и доступной медицинской помощи.

**Цель** представить статистические данные, характеризующие современную базу амбулаторных акушерско-гинекологических учреждений на современном этапе.

**Результаты проведенного анализа** показали, что значительно сократилось число женских консультаций, особенно самостоятельных, они объединяются с акушерскими стационарами (в 2011 г. их число составляло 1593 в т.ч. самостоятельных – 28, в 2012 г. – 617 и 27 соответственно). В Москве сохранилась лишь одна самостоятельная женская консультация. Число других видов амбулаторных форм помощи также изменилось, но незначительно: акушерско-гинекологических кабинетов в 2011 г. регистрировалось – 3693, в 2012 г. – 3527; смотровых кабинетов в 2011 г. – 3071., в 2012 г. – 2929; центров планирования семьи и репродукции в 2011 г. – 281, в 2012 г. – 254; ФАПов в 2011 г. – 34919, в 2012 г. – 34733. Увеличилось только число медико-генетических консультаций в системе акушерско-гинекологической помощи с 120 в 2011 г. до 124 в 2012 г.

В 2012 г. из числа женщин, родивших в стационаре, не состояли под наблюдением во время беременности 1,91% (34579 чел.), до 12 недель беременности под наблюдение врачей женской консультации поступило 84,6% беременных женщин. Число женщин осмотренных терапевтом до 12 недель беременности возросло с 82,4% в 2011 г. до 83,0% в 2012 г. Число женщин, которым проведен биохимический скрининг, увеличилось с 71,7% в 2011 г. до 75,4% в 2012 г. Эта систем мер способствовала снижению частоты анемии у беременных женщин с 34,06% в 2011 г. до 32,68% в 2012 г.; болезней кровообращения с 9,9% до 9,6%; болезней мочеполовой системы с 18,8% до 17,9%. Вместе с тем, зарегистрировано увеличение частоты преэклампсий и эклампсий при беременности с 1,49% до 1,57%, к числу закончивших беременность.



Возросло число родившихся вне стационара с 5422 в 2011 г. до 6183 в 2012 г. Остается значительным уровень перинатальной потери от врожденных пороков развития, (летальность родившихся с массой тела 500–999 гр – 24,9%; с массой 1000 гр и более 21,8%), а также остается высокой доля антенатальной мертворождаемости (РФ в 2012 г. – 85,4% от уровня мертворожденности). Это свидетельствует о необходимости анализа качества помощи беременным по разделам: организационные дефекты: несвоевременная госпитализация, отсутствие осмотра необходимых специалистов, невыполнение рекомендаций специалистов, лечебно-диагностические мероприятия назначены необоснованно, проведены не в полном объеме, недооценка тяжести состояния на догоспитальном этапе, несвоевременное начало лечения, проведенное не в полном объеме, необоснованное назначение лечения.

Нуждаются в более эффективном решении проблемы репродуктивного здоровья небеременных женщин. Остается значительным уровень заболеваний репродуктивной системы: на 100 000 женского населения расстройства менструаций возросли у подростков 10–14 лет с 1401,5 – 2011 г. до 11735 – 2012 г.; в 15–17 лет с 4677,6 – 2011 г. и 4925,2 – 2012 г. и старше 18 лет с 2174,4 – 2011 г. и до 2309,5 – 2012 г., у женщин старше 18 лет возрос уровень эндометриоза с 424,1 в 2011 г. до 435,6 в 2012 г., женского бесплодия с 566,3 в 2011 г. до 597,1 в 2012 г.

Требуют специального анализа и системы мер по снижению значительного, уровня позднего выявления злокачественных новообразований III–IV стадии (в % к числу взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом) молочной железы – 34,7%, шейки матки – 38,6%, тела матки – 17,2%, яичника – 64,3%. Остается значительным уровень аборт (по данным Минздрава России – 25,6 на 1000 женщин фертильного возраста и 49,6 на 100 родившихся живыми и мертвыми).

Таким образом, проводимая реорганизация амбулаторной акушерско-гинекологической помощи должна учитывать существующие проблемы и принимать эффективные меры по их решению.

**Резюме:** В настоящее время проводятся организационные изменения в подчиненности и числе амбулаторных учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь. Проводимая реорганизация должна учитывать существующие задачи, стоящие перед службой и способствовать их эффективному решению.

Now organizational changes in subordination and number of the out-patient establishments giving obstetric and gynecologic help are carried out. Carried-out reorganization has to consider the existing tasks facing service and to promote their effective decision.



## ОТСУТСТВИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ – КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ

**Фролова О.Г., Письменская Т.В., Гребенник Т.К.**

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

Разработка эффективных мер по охране репродуктивного здоровья женщин, снижению репродуктивных потерь является важной задачей амбулаторной акушерско-гинекологической службы. Критериями качества медицинской помощи данного вида службы в «Порядке оказания акушерско-гинекологической помощи» (приказ МЗ РФ №572н от 01 ноября 2012 г.) определены, наряду с другими, уровни показателей материнской и перинатальной смертности, а также отсутствие антенатальной гибели плода. Ниже приведены данные по перинатальным потерям, свидетельствующие о больших проблемах по достижению указанных качественных показателей.

Перинатальная смертность до 2011 г. снижалась, с 8,3 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2008 г. до 7,16 в – 2011 г. Снижение перинатальных потерь произошло в основном за счет ранней неонатальной смертности с 3,3 на 1000 родившихся живыми в 2008 г. до 2,67 – в 2011 г. Мертворождаемость снижалась меньшими темпами с 5,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2008 г. до 4,49 ‰ в 2011 г. Поэтому в структуре перинатальных потерь мертворождаемость занимала значительный удельный вес (в 2008 г. – 60,2%; в 2011 г. – 62,8%).

В 2012 г. в связи с переходом на регистрацию рождений по критериям ВОЗ (масса плода 500 г и более, срок беременности 22 недели и более и рост плода 25 см и более) показатели перинатальных потерь возросли: перинатальная смертность составила 9,98 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми, мертворождаемость – 6,34 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, ранняя неонатальная смертность – 3,64 на 1 000 родившихся живыми. Доля мертворождаемости в структуре перинатальных потерь возросла до 63,5%. Причем доля мертворождаемости в перинатальных потерях по федеральным округам была высокой (от 60,58% в Дальневосточном федеральном округе до 73,02% в Северо-Западном федеральном округе), исключение составил Северо-Кавказский федеральный округ, где мертворождаемость составила 40,02%, а ранняя неонатальная смертность – 59,98%. Антенатальная мертворождаемость (критерий качества работы амбулаторной акушерской службы) в 2011 г. составляла 83,5% от уровня мертворождаемости; в 2012 г. – 86,1% среди доношенных плодов – 81,6%; среди недоношенных – 88,4%.

В экономически развитых странах, где показатель мертворождаемости 2–4 на 1 000 родившихся живыми и мертвыми, антенатальные потери



составляют 84,0%. По федеральным округам доля антенатальных потерь колебалась от 82,2% – Дальневосточный федеральный округ до 86,9% – Центральный федеральный округ. По данным статистических отчетов субъектов для антенатально погибших в РФ в учреждениях I уровня составила в 2012 г. – 11,7%; II уровня – 59,3% и III уровня – 29,2%. Эти показатели различались по федеральным округам: на первом уровне в Центральном федеральном округе антенатальная мертворождаемость составляла 7,7%, а в Сибирском федеральном округе – 18,5% на II уровне 30% – в Северо-Западном федеральном округе и 65,8% в Дальневосточном федеральном округе; на III уровне 20,3% – в Дальневосточном федеральном округе и 51,7% – в Северо-Западном федеральном округе.

В 2011 году причинами антенатальной мертворождаемости со стороны матери были: экстрагенитальные заболевания матери – 20,7%; осложнения беременности – 12,1%, из них 47% – отеки, протеинурия, артериальная гипертензия беременных; патология плаценты, пуповины, аномалия хориона и амниона – 47,0%, из них преждевременная отслойка плаценты и кровотечения, связанные с повреждением плаценты; неуточненная патология плаценты – 53,1%. Причина со стороны матери не была установлена в 19,6% случаев (3).

Предотвращение потерь среди мертворожденных (от 25 до 40% по данным экспертных оценок) возможны за счет наблюдения за беременной в женской консультации и госпитализации по показаниям в отделения патологии беременных, своевременности диагностики, в том числе с привлечением смежных специалистов, мониторинга состояния плода. К факторам, которые могут снизить антенатальную рождаемость, эксперты относят:

- совершенствование управления службой в условиях модернизации.
- внедрение порядка оказания акушерской помощи.
- развитие инновационных технологий.

– улучшение качества образования акушеров гинекологов и других специалистов, оказывающим помощь женщинам в период беременности.

Таким образом, при анализе репродуктивных потерь, в том числе случаев антенатальной мертворождаемости, специалисты амбулаторной акушерской помощи должны выявить резервы их снижения и разработать систему эффективных профилактических и лечебных мероприятий.

**Резюме:** Антенатальная мертворождаемость – критерий качества амбулаторной акушерской помощи. Существенно снизить антенатальную мертворождаемость, которая составляет 86,1% от общей мертворождаемости или добиться ее ликвидации – не легкая задача для амбулаторной акушерской помощи. Вместе с тем ряд субъектов добились снижения антенатальных потерь в 1,5 раза, что свидетельствует о наличии реальных возможностей по их профилактике.

The rate of antepartum stillbirths is a criteria of the primary obstetrics care quality. Cutting antepartum stillbirth, which makes 86,1% of the general stillbirths, or achieving its elimination – is not an easy problem for obstetrics care.





The antepartum losses have been decreased in some regions in 1,5 times, that justifies there are real opportunities for their prevention.

## КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Хорошавина Н.Г., Гайдуков С.Н.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия*

Терапия беременных женщин с синдромом задержки развития плода (СЗРП) включает в себя широкий комплекс лечебных мероприятий, связанных как с использованием лекарственных препаратов, так и физиотерапевтическим воздействием. Плацентарная недостаточность и СЗРП сопровождают практически все осложнения беременности. Большое значение имеют сроки выявления СЗРП и начала медицинских мероприятий. Исходя из этого необходимо выявление среди беременных женщин факторов риска развития СЗРП.

**Цель исследования** – оценить критерии показаний к госпитализации в дневной стационар беременных женщин с СЗРП.

**Материалы и методы.** Проведены клинико-статистические исследования беременных женщин. Из них 96 имели СЗРП. Эхографическое исследование плода, плаценты и доплерометрию фетоплацентарного комплекса осуществляли при помощи ультразвукового сканера с цифровым считыванием сигнала и цветным доплеровским картированием. Кардиотокография плода производилась на фетальном мониторе SONICAID Team Care (Великобритания).

**Результаты и их обсуждение.** На основании полученных данных к группе низкого риска относятся соматически здоровые женщины от 18–20 до 30 лет с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом. К группе высокого риска – женщины в возрасте до 18–20 и старше 30 лет, с экстрагенитальной патологией, наличием очагов инфекции, гинекологическими заболеваниями (воспаление матки и придатков, миома матки, эндометриоз, аномалии развития матки), имеющиеотягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, рубец на матке, невынашивание, преждевременные роды, перенашивание и др.), осложнение настоящей беременности (гестоз, угроза прерывания, многоплодная беременность, аномальное расположение плаценты и др.), женщины с макро- и микросоматическим типом питания. Поэтому при выявлении женщин из групп риска необходимо более частое динамическое



наблюдение в амбулаторных условиях с целью предупреждения прогрессирования осложнений и возникновения СЗРП. Начальным этапом при обследовании беременных, входящих в группу риска по развитию СЗРП, является клинико-анамнестическое обследование (в т.ч. измерение размеров окружности живота и высоты стояния дна матки). Так как без применения дополнительных методов обследования СЗРП удастся диагностировать только в 25% случаях, требуются дополнительные инструментальные методы обследования. Прежде всего, это относится к УЗ-фетометрии, которая считается одним из самых надежных источников пренатальной диагностики в акушерской практике. На основании результатов исследования лечения беременных женщин с СЗРП I степени в дневном стационаре и получении результатов, свидетельствующих об одинаковой эффективности проводимого лечения беременных с СЗРП как в условиях круглосуточного пребывания в отделении патологии беременных, так и в условиях амбулаторно-поликлинической помощи дневного стационара, рекомендуется сразу направлять беременных с СЗРП легкой компенсированной формы в дневной стационар без рассмотрения стационара круглосуточного наблюдения. В случае диагностирования СЗРП II–III степени целесообразна госпитализация в стационар круглосуточного наблюдения.

**Резюме.** На основании результатов, свидетельствующих об одинаковой эффективности проводимого лечения беременным с синдромом задержки развития плода СЗРП I степени как в условиях круглосуточного пребывания в отделении патологии беременных, так и в условиях амбулаторно-поликлинической помощи дневного стационара, мы составили критерии госпитализации женщин с данной патологией в дневной стационар.

Based on the results indicating the same efficacy of the treatment pregnant women with intrauterine growth retardation (FGRS) degree I were provided both under 24 hour hospital stay settings and in a day patient facility we have prepared the admission criteria for women with this pathology into a day patient facility.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Хутиева М.Я., Чеботарева Ю.Ю., Петров Ю.А., Подгорный И.В.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Считают, что наиболее благоприятным для деторождения является возраст женщин с 18 до 35 лет, при этом в возрасте после 35 лет («критический воз-



растной период»), когда у большинства женщин отмечается угасание репродукции, нередко беременность протекает осложненно (Коваленко М.С., 2009). Хотелось бы обратить внимание на паритет родов. У женщин старшей возрастной группы при объяснении причин относительно позднего рождения первого ребенка было выявлено наличие своеобразной «психологической защиты» (Жаркова О.С. и соавт., 2013). По мнению авторов, беременность в субоптимальном репродуктивном возрасте становится фактором снижения «риска утраты возможности материнства». Однако, у клинически здоровых первородящих старшего возраста часто отмечается эмоциональная лабильность и даже истерия как реакция на психотравмирующие переживания, связанные с относительно поздним материнством. Все вышеуказанное отражает актуальность изучения особенностей беременности, родов у первобеременных женщин позднего репродуктивного возраста.

С целью изучения факторов риска развития гестационных осложнений проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов, состояния здоровья новорожденных у 125 первобеременных женщин позднего репродуктивного возраста. Изучали анамнестические данные, включая соматический, гинекологический и пренатальный анамнез, особенности родов и состояние здоровья новорожденных. Проводили статистический анализ, используя программы Excel фирмы Microsoft, Statistica 6,0.

В результате проведенного исследования выявлено, что средний возраст обследуемых женщин составил  $39,4 \pm 1,5$  лет. По социальному статусу большинство были домохозяйки (56,6%), из них с высшим образованием – 26,7%, со средним образованием – 16,7%. Брак был зарегистрирован у 70%. Вредные привычки (курение во время беременности) отмечены у 16,7%. Правильной диеты придерживались 12% обследованных. Практически у каждой второй первобеременной позднего репродуктивного возраста отмечалась эндокринная, сердечно-сосудистая патология, что подразумевало наличие у данных женщин патологической системы регуляции репродуктивной функции. Так, избыточную массу тела до беременности имели – 64,1%, недостаток веса – 2,5%. Гипотиреоз отмечен в 23,3% случаев. Из соматических заболеваний, лидирующую позицию занимала хроническая артериальная гипертензия, которая имела место у 46,6%. Обращали на себя внимание хронические заболевания почек. Хронический пиелонефрит отмечен у 16,2%. У большинства первобеременных женщин позднего репродуктивного возраста (70,2%) имела гинекологическая патология. Так, миома матки встречалась у 16,6%, СПКЯ – 6,6%, эрозия шейки матки – 6,6%, кольпит – 16,9%, хронический аднексит – 23,3%, прооперированны по поводу доброкачественных кистозных образований яичников – 4,8%. Следует отметить, что у 32,2% обследованных имелись функциональные расстройства репродуктивной функции: гипоменструальный синдром (12,8%), первичная дисменорея (12,7%), дисфункциональных маточных кровотечений (6,7%). Нарушенная нейроэндокринная регуляция возможно являлась одной из причин развития гестационной патологии в данной когорте беременных. Пренатальное обследование в 11–14 недель беременности выявило анемию у 42,3%, фетоплацентарную недостаточность



у 57,7%. У 34% беременность осложнилась преэклампсией, симптомы которой диагностировались с 24–26 недели беременности. Кесарево сечение проведено у 53%, показания – прогрессирующее ухудшение течения беременности за счет преэклампсии. Наиболее частыми осложнениями новорожденных при преэклампсии были асфиксия, хроническая внутриутробная гипоксия плода различной степени тяжести. Не редко встречались указания на гипотрофию (вес менее 3 кг) или гипертрофию новорожденной (вес более 4 кг). 7,1% новорожденных родились в асфиксии, из них у 6 имелось поражение ЦНС гипоксического генеза, у 4 – пневмопатия. Клинические признаки синдрома задержки внутриутробного развития плода по гипотрофическому типу встречались у 3,2%. Состояние новорожденных по шкале Апгар показало, что оценка 8–10 баллов была у 64,7% детей, 7–8 баллов у 35,2% детей и 1,1% новорожденных оценены на 6 баллов. Средняя оценка детей по шкале Апгар на 5 мин после рождения составила –  $7,6 \pm 0,6$  балла.

Таким образом, при анализе состояния соматического и репродуктивного здоровья первобеременных женщин позднего репродуктивного возраста показано, что большинство из них были соматически ослаблены, имели различные гинекологические заболевания, во время беременности отмечались признаки ранней плацентарной недостаточности, возможно приводящие к преэклампсии. Это требует проведения комплексного лечения на этапе прегравидарной подготовки, а во время беременности – проведения коррекции ранней фетоплацентарной недостаточности.

**Резюме.** В статье представлены данные о течении беременности и родов у первобеременных женщин в позднем репродуктивном возрасте (35–49 лет). Рассматриваются вопросы возрастных изменений женской репродуктивной системы, влияния сочетанной соматической и гинекологической патологии на течение беременности и родов и состояние здоровья новорожденных у пациенток данной возрастной группы. Подчеркивается необходимость прегравидарной подготовки и тщательного мониторинга во время беременности.

The paper presents data about pregnancy and childbirth in women late reproductive age (35–49 years). The article considers the questions of the psychological status, age-related changes of the female reproductive system and combined extragenital pathologies on the course of pregnancy and childbirth and on a further development of children in patients of this age group. Emphasizes the need careful monitoring during pregnancy.



## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

**Чернигова И.В., Седая Л.В., Подолян О.Ф., Климов С.В.**

*ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» г. Балашиха,  
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им А.И. Бурназяна ФМБА России, кафедра акушерства,  
гинекологии и перинатологии, Балашиха, Россия.*

Вопросы прогнозирования, профилактики и лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний остаются одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота послеродового эндометрита после самопроизвольных родов составляет 7–8%, после кесарева сечения 30–35%. Средние сроки лечения послеродового эндометрита составляют 2–3 недели, лечение сопряжено со значительными материальными затратами и высокой медикаментозной нагрузкой на организм кормящей матери. Поэтому остается актуальным вопрос прогнозирования гнойно-воспалительных заболеваний после родов, существенное значение в котором имеет выявление факторов риска у беременных, рожениц и родильниц с целью проведения у них своевременных профилактических и лечебных мероприятий.

**Цель исследования** – оценка эффективности применения низкочастотного (НЧУЗ) аппарата ФОТЕК АК100–25 в профилактике послеродовых эндометритов у родильниц группы риска по развитию данного осложнения.

Нами проведен анализ течения послеродового периода у 188 пациенток, родоразрешенных в ГБУЗ МО «МОПЦ» в 2012–2013 гг., относящихся в группу риска по развитию послеродового эндометрита (лохиометра; гипертермия в родах; длительный безводный промежуток; ношение акушерского пессария, коррегирующие швы на шейке матки, оперативное родоразрешение).

В зависимости от метода профилактики послеродового эндометрита пациентки были разделены на 2 группы: группу I (основную) составили 88 женщин, которым дополнительно к традиционному лечебно-профилактическим мероприятиям проводилась обработка полости матки НЧУЗ, группу II (сравнения) составили 100 женщин с традиционным лечебно-профилактическим мероприятием в послеродовом периоде. Обе группы пациенток были сопоставимы по возрасту, паритету, соматическим и гинекологическим заболеваниям. Обследование проводилось с помощью общеклинических, бактериологического и ультразвукового методов до и после лечения. Результаты лабораторного обследования, проводимого у всех родильниц в послеродовом периоде, не выявили патологических изменений и не имели достоверной разницы в группах. Сущность методики обработки полости матки кавитированным («озвученным») раствором заключается во введении в полость матки ультразвукового инструмента с внутренним ирригационным каналом малого диаметра в защитном кожухе. Устройство для осуществления этого способа лечения (ФОТЕК АК 100–25 производитель ООО «ФОТЕК») содержит ультра-



звуковой генератор, акустический узел с внутренним ирригационным каналом, волновод-инструмент с внутренним ирригационным каналом малого диаметра, защитный кожух специальной формы с дренажными отверстиями и инфузионную систему для подачи лекарственного раствора. Параметры: частота ультразвуковых колебаний 25 кГц, расход лекарственного раствора 200–250 мл/мин, экспозиция 3–5 мин. Используемый антисептик – раствор хлорида натрия 0,9% 200 мл + раствор диоксидина 1% 10 мл. Через наконечник подается «озвученный» лекарственный раствор. Процедура обработки полости матки проводилась на 2–3 сутки после родов, ежедневно один раз в день, среднее количество процедур  $2,0 \pm 1,2$ . Показателем эффективности профилактики послеродового эндометрита являлась частота развития эндометрита и продолжительность койко-дня.

Исследования показали, что в группе I не было ни одного случая послеродового эндометрита, в отличие от группы II, где у четырех пациенток (4%,  $p < 0,05$ ) развились клинические и лабораторные симптомы эндометрита, потребовавшего проведения гистероскопии и вакуум-аспирации содержимого полости матки. Пациентки I группы, перенесшие самопроизвольные роды, находились в стационаре  $3,6 \pm 0,4$  койко-дней, во II группе –  $4,8 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ). При оценке длительности койко-дня после абдоминального родоразрешения, обращал на себя внимание тот факт, что 49 (83%) женщин I группы были выписаны на 4–5-е сутки, 8 (13,5%) – на 6–7-е сутки и 2 (3,5%) женщин на 8-е сутки, при этом средний показатель составил 5,2 койко-дней. В то время как во II группе после операции кесарева сечения на 4–5-е сутки были выписаны только 34 (50,7%) родильниц, на 6–7-е – 23 (34,3%), на 7–9 сутки – 10 (15%) женщин. Таким образом, средняя продолжительность составила 6,7 койко-дней, что достоверно больше ( $p < 0,05$ ), чем в I группе.

Таким образом, наши данные свидетельствуют, что применение обработки полости матки и влагалища антисептическим раствором каветированным низкочастотным ультразвуком в послеродовом периоде у родильниц с высоким риском реализации гнойно-воспалительных осложнений, приводит к снижению частоты развития эндометрита, уменьшению количества послеоперационных койко-дней, что в свою очередь снижает медикаментозную нагрузку на организм кормящей матери, уменьшает затраты на последующее лечение.

**Резюме.** Авторами проведена сравнительная оценка эффективности применения низкочастотного ультразвука в профилактике послеродового эндометрита у родильниц группы высокого риска в сравнении с традиционными методами профилактики. У женщин группы риска по развитию послеродового эндометрита, перенесших самопроизвольные роды, в группе применения низкочастотного ультразвука эффективность методики заключалась в отсутствии развития эндометрита и снижении среднего койко-дня до  $3,6 \pm 0,4$  дней в отличие от контрольной группы, где эндометрит развился в 4%, а средний койко-день составил  $4,8 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ).

The authors have carried out the comparative assessment of the low-frequency ultrasound application (LFUS) efficiency in the prevention of postpartum



endometritis in puerperas risk groups compared to the traditions medical methods. In the risk group, tending to result in the development of postpartum endometritis of women undergoing spontaneous labour, under the application of (LFUS) the efficiency of this method was reflected in the lack of endometritis development and reduction of the average number of hospital days to  $3,2 \pm 0,4$  in contrast to the control group, where endometritis developed in 4%, and the average number of hospital days amounted to  $4,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,05$ ).

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Шапиев Ш.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К.

*Дагестанский научный центр РАМН ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России, Махачкала, Россия*

Для решения поставленных задач под нашим наблюдением находились 170 женщин с рубцом на матке. Все обследованные разделены на 2 группы: I – основная группа – 120 многорожавших женщин (МРЖ) с кесаревым сечением в анамнезе. II – группа сравнения – 50 беременных впервые родоразрешенных путем кесарева сечения по различным показаниям. Возраст обследованных женщин в 1-й группе колебался от 21 до 43 лет, составляя в среднем  $32,0 \pm 5,7$ , во 2-й группе – от 18 до 40 лет, в среднем  $27,5 \pm 5,2$ . Большая часть женщин, которым предстояло повторное кесарево сечение (56,6%), находились в возрасте 25–34 лет. Средний рост обследованных женщин 1-й группы составил  $168,1 \pm 0,8$  см, 2-й группы –  $167,3 \pm 1,2$  см. Средняя масса тела до беременности у женщин 1-й группы составила  $63,7 \pm 1,2$  кг, у 2 группы –  $62,8 \pm 1,1$  кг. Показатели достоверно отличались ( $p > 0,05$ ). Анализ морфометрических данных производился нами из учета показателей роста и веса, по индексу массы тела (рассчитанного по формуле Брея). Исходя из полученных данных, установлено, что по росту все обследованные женщины были сопоставимы. МРЖ с рубцом на матке отличались несколько большей массой тела в сравнении с впервые родоразрешенными путем кесарева сечения, однако статистически значимых отличий выявлено не было. Анализ характеристик менструального цикла показал, что возраст менархе основной массы пациенток находился в диапазоне от 13 до 15 лет, составив в среднем  $13,2 \pm 0,1$  и  $13,7 \pm 0,7$ , соответственно. Вариационный размах начала менструаций – от 11 до 16 лет. Менархе в 11–12 лет отмечала более чем каждая третья беременная (27,6%) с рубцом на матке, что в полтора раза чаще, чем во второй группе (18,3%), однако статистически значимых отличий выявлено не было. Средняя продолжительность менструаль-



ного цикла у МРЖ с рубцом на матке оказалась несколько большей ( $29,5 \pm 1,6$  дня), чем у женщин без КС в анамнезе ( $28,6 \pm 2,6$  дня). Аналогичная тенденция прослеживалась и в отношении длительности менструального кровотечения ( $4,7 \pm 0,1$  и  $4,35 \pm 0,2$ , соответственно), однако статистически значимых отличий между показателями исследуемых групп выявлено не было. Анализ характеристик менструального цикла показал, что у подавляющего большинства женщин обеих исследуемых групп имели место умеренные менструальные выделения (71,2% в среднем). На наличие обильных менструации указывали каждая пятая МРЖ с рубцом на матке (19,5%) и каждая четвертая беременная (25%), в анамнезе которой КС отсутствовало.

Известно, что на 2–5 день после родов наблюдается более или менее выраженное нагрубание молочных желез, которое связывают с началом повышенной секреции молока в период перехода от молозивного к зрелому. Чаще всего грудное вскармливание начинается с 3–6 суток послеродового периода. Это связано с операционной травмой, особенностями течения, послеоперационного периода, необходимостью проведения антибактериальной терапии. Максимальное количество младенцев в обеих группах были приложены к груди на 5 (31% и 37,5%) и 4 (25,5% и 22,9%) сутки. Особого внимания заслуживает тот факт, что четверть новорожденных основной группы (25,5%) были приложены к груди позже 6 суток жизни, тогда как в группе сравнения количество таких детей составило всего 10,4%. Причиной тому послужило введение антибиотиков некоторым женщинам в течение 5 суток, а также рождение некоторых детей преждевременно или в состоянии гипоксии. Чтобы оценить продолжительность грудного вскармливания через 12 месяцев после родоразрешения были опрошены 50 женщин основной группы и 50 женщин группы сравнения. Частота гипогалактии после оперативного родоразрешения, по данным ряда авторов достигает 48–86%, а средняя продолжительность грудного вскармливания составляет 1,5–6 мес. В нашем исследовании гипогалактия на момент выписки имело место у 30% женщин 1 группы и у 28% женщин 2 группы. При опросе пациенток о продолжительности грудного вскармливания, было выяснено, что более 6 мес, в основной группе кормили детей 54% женщин, в группе сравнения – 42%. Таким образом, результаты изучения лактационной функции после повторного кесарева сечения оказались не столь удручающими. Возможно это объясняется тем, что у большинства пациенток применялась эпидуральная анестезия, которая благоприятнее для становления лактации, по сравнению с эндотрахеальным наркозом, а также более уверенным психологическом настроем женщин.

**Резюме.** Работ посвященных лактации после кесарева сечения немало. В доступной литературе нет исследований, посвященных изучению лактационной функции после повторного кесарева сечения. Поэтому, проблема грудного вскармливания после повторного абдоминального родоразрешения остается актуальной.

Devoted to a lactation after Cesarean section it is a lot of works. In available literature there are no the researches devoted to studying of laktatsionny function





after repeated Cesarean section. Therefore, the problem of chest feeding after a repeated abdominal rodorazresheniye remains actual.

## ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

**Шапиев Ш.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К.**

*Дагестанский научный центр РАМН ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России, Махачкала, Россия*

Всего обследовано 170 женщин, которые в соответствии с поставленной задачей разделены на II группы: I – основная группа – 120 многорожавших женщин (МРЖ) с кесаревым сечением в анамнезе. II – группа сравнения – 50 женщин, впервые родоразрешенных путем кесарева сечения по различным показаниям. Возраст обследованных женщин в 1-й группе колебался от 21 до 43 лет (в среднем  $32,0 \pm 5,7$ ), во 2-й группе – от 18 до 40 лет (в среднем  $27,5 \pm 5,2$ ). Большая часть женщин, которым предстояло повторное кесарево сечение (56,6%), находились в возрасте 25–34 лет. Выявлено, что до первой операции КС на наличие самопроизвольных родов в анамнезе указывала треть женщин с рубцом на матке (32,7%) и только каждая четвертая (28,3%) – без абдоминального разрешения. При сравнительном анализе частота как единственных, так и неоднократных родов в первой группе оказалась практически в полтора раза больше в сравнении с таковой во второй. В группе беременных без рубца на матке, роды имели место лишь у четверти женщин (28,4%): одни роды – у каждой шестой (16,7%), двое родов – у каждой девятой (1 1,7%). Частота искусственных абортов у женщин первой группы оказалась практически в два раза большей (46%), чем во второй (24,4%). Аналогичная тенденция имела место и в отношении послеабортных осложнений (13,8% и 5,6%, соответственно). Среди всех пациенток только 9,2% беременных с рубцом на матке имели в анамнезе трое родов. Анамнез беременных с рубцом на матке показал: одну операцию кесарева сечения перенесли 88% женщин, две – каждая десятая (10,3%), три абдоминальных родоразрешения – 1,7%. У всех исследуемых пациенток первое кесарево сечение было произведено в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. Факт самопроизвольного прерывания беременности в ранние сроки в полтора раза чаще был отмечен пациентками первой группы (15% и 8,9%, соответственно). Суммация репродуктивного неблагополучия – не только искусственные аборты, но и самопроизвольные выкидыши, нераз-



живающиеся беременности, нередко их сочетание, трубная беременность являлись прерогативой каждой третьей 33,2% пациентки с рубцом на матке. Основными показаниями к проведению первого оперативного родоразрешения являлись – аномалии родовой деятельности (18,4%), клинически узкий таз (14,6%), преэклампсия тяжелой степени при неподготовленных родовых путях (19,5%), неэффективность родовозбуждения при ПИОВ и программированных родах (16,1%), ПОНРП (11,8%). Плановое кесарево сечение было выполнено у 38,5% женщин, что практически в полтора раза реже, чем экстренное. Следует отметить высокую частоту соматической отягощенности пациенток обеих групп: более чем у 75% из них имелись экстрагенитальные заболевания, а у каждой третьей — сочетание двух и более нозологических форм. Частота болезней органов дыхания, как и заболеваний желудочно – кишечного тракта оказалась большей у пациенток первой группы – таковые имели место у каждой третьей (33,3%) и только у каждой четвертой (26,7%) во второй группе. Беременные с рубцом на матке в полтора раза чаще женщин второй группы указывали на перенесенные воспалительные заболевания гениталий, что является статистически значимым (40,2% против 27,8%, соответственно). Частота функциональных кист и истинных опухолей яичников в исследуемых группах достоверно не отличалась, составив в среднем 18,1%. Преобладает частота доброкачественных заболеваний шейки матки (52,9 и 40,6%, соответственно) и гиперпластических заболеваний матки (31% и 20%), имевших место у беременных с рубцом на матке. Частота оперативных вмешательств (тубэктомия, консервативная миомэктомия, аднексэктомия, резекция яичников) оказалась наибольшей у пациенток с рубцом на матке – 35%, тогда как во второй группе – 17,9%.

Таким образом, большая половина беременных женщин с кесаревым сечением в анамнезе находятся в возрасте 25–34 года, имеют экстрагенитальную (58,3%) и гинекологическую (52,9%) патологию и составляют группу риска по развитию угрозы прерывания (38,5%) и хронические гипоксии плода (36,8%), сочетание хронической гипоксии плода и задержки его роста (12,1%). Показанием к плановому повторному абдоминальному родоразрешению в 44,5% случаев послужил только рубец на матке.

**Резюме.** У значительного числа многорожавших женщин беременность протекает с различными осложнениями. Причина такого течения зависит от воздействия на организм беременной ряда факторов, среди которых определенное значение имеют возраст, сопутствующая экстрагенитальная патология, измененная иммунологическая реактивность и т.д. В этих условиях реальной становится возможность возникновения патологии, причинно связанной уже с самой беременностью.

A significant number of multiparous women pregnancy is different complications. The reason for such a flow depends on the effects on the body of a pregnant number of factors, among them a certain value are age, concomitant extra genital pathology, altered immunological reactivity, etc. In these circumstances, it becomes a real possibility of pathology, cause related to pregnancy itself already.



## РАЗДЕЛ №2

# Гинекология

## ТЕРАПИЯ ЗГТ ПРИ НАРУШЕНИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

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

*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 17 β-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 отмеча-



ется уменьшение распространенности недержания мочи и никтурии, причем в наибольшей степени улучшения качества никтурии. Доза дидрогестерона не влияет на частоту нарушений мочеиспускания.

**Резюме.** Из 82 женщин, включенных в исследование, 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. В качестве ЗГТ пациентки ежедневно получали по 2 мг 17 β-эстрадиола в комбинации с различными дозами дидрогестерона (5, 10 мг 1 раз в неделю). 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.

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 17 β-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.

## ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аминодова И.П., Посисеева Л.В.

ООО «Клиника Современной Медицины», г. Иваново РУДН, г. Москва

В структуре гинекологических заболеваний патология шейки матки составляет от 15 до 40%. В последние годы отмечается прогрессирующее увеличение заболеваний шейки матки, развившихся на фоне инфицирования вирусом папилломы человека. Высокая частота персистенции ВПЧ, недостаточная эффективность медикаментозной терапии, высокий риск канцерогенеза обуславливают необходимость поиска новых методов лечения с целью профилактики развития рака шейки матки.

**Цель исследования:** оценить противовирусную эффективность фотодинамической терапии заболеваний шейки матки.

**Материалы и методы:** проведено комплексное обследование и лечение 112 небеременных женщин с патологией шейки матки, развившейся на фоне



инфицирования ВПЧ высокого онкогенного риска в возрасте от 23 до 46 лет, в т.ч. 41 – с фоновыми процессами шейки матки, (лейкоплакия, папилломатоз, цервицит) и 71 – с дисплазией эпителия шейки матки: из них 12 пациенток с легкой интраэпителиальной неоплазией (CIN I) и 59 женщин с тяжелым поражением эпителия (CIN II–III). Среди пациенток с фоновыми заболеваниями шейки матки нарушение влагалищного биотопа имело место в 36,6% наблюдений, у женщин с дисплазией – в 67,6%. В обеих группах проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее ПЦР-диагностику ВПЧ высокого онкогенного риска (14 типов), кольпоскопию, цитологическое исследование. При тяжелом поражении эпителия проводилось гистологическое исследование биоптатов экзо- и эндоцервикса. В зависимости от проводимой терапии пациентки были разделены на 2 подгруппы: в первой (n=62) использована только медикаментозная терапия ВПЧ (инозин пранобекс, интерфероны), во второй (n=50) – фотодинамическое лечение в сочетании с интерферонами (Генферон местно). Фотосенсибилизатор наносился на пораженную зону в форме геля или вводился внутривенно в дозе 1мг/кг веса. Лазерное воздействие осуществлялось через 2 ч при помощи полупроводникового лазерного аппарата «Аткус-2» с длиной волны 662 нм. У женщин с тяжелой дисплазией проводилась деструкция патологического очага на шейке матки в сочетании с применением инозина пранобекса или ФДТ. У всех женщин осуществлялась коррекция влагалищного биотопа. Критериями выздоровления служили отрицательные результаты ПЦР-исследования после лечения. Наблюдение за женщинами велось в течение года.

**Полученные результаты.** При фоновых заболеваниях шейки матки, развившихся на фоне ВПЧ (лейкоплакия, папилломатоз, эктопия ш/матки, цервицит) отрицательные результаты типирования на высокоонкогенные типы ВПЧ при контрольном ПЦР-исследовании через 3, 6 и 9 месяцев отмечены после медикаментозного лечения соответственно у 85,7%, 71,3 и 71,3% обследованных. У пациенток, прошедших ФДТ, аналогичные показатели составили 85,7%, 82,7% и 100,0%. Таким образом, ФДТ оказывала сопоставимый по эффективности, но более продолжительный по времени противовирусный эффект по сравнению с традиционной медикаментозной терапией. У пациенток с CIN I противовирусный эффект фотодинамической терапии был отмечен в 100% случаев через 3 месяца после проведенной терапии и сохранялся у всех женщин через 6 и 12 месяцев наблюдения. После проведения медикаментозной терапии отрицательные данные ПЦР отмечены через 3 месяца у 75% женщин, через 6 месяцев – у 66,7%, через 9 месяцев – у 66,7%, что может быть связано с реактивацией вируса. При тяжелом поражении эпителия шейки матки (CIN II–III) противовирусный эффект отмечен через 3 месяца у 93,1% женщин основной и у 76,6% – контрольной группы. Через 6 месяцев отрицательный ПЦР-тест на ВПЧ был у 96,6% у пациенток основной группы, в то время как в контрольной – у 73,3% ( $p < 0,05$ ). Спустя 9 месяцев после лечения у 100% женщин, прошедших ФДТ, отмечены отрицательные результаты тестирования на ВПЧ. В контрольной группе противовирусный эффект сохранился лишь у 70,0% пациенток ( $p < 0,001$ ).



**Заключение.** ФДТ оказывает сопоставимый по эффективности, но более продолжительный по времени противовирусный эффект по сравнению с традиционной медикаментозной терапией.

**Резюме.** Оценена роль фотодинамической терапии в антивирусном лечении фоновых и диспластических процессов шейки матки. ФДТ оказывает сопоставимый по высокой эффективности, но более продолжительный по времени противовирусный эффект по сравнению с традиционной медикаментозной терапией. Ключевые слова: дисплазия шейки матки, фотодинамическая терапия, ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки.

PDT in treatment HPV-associated cervical diseases. The study deals optimization of treatment of HPV-associated diseases cervix uteri. The research presents data about the role of PDT (photodynamic therapy) in the antiviral effect of CIN. The studies confirmed the high efficacy of PDT in the treatment of HPV-associated cervical disease. Key words: CIN, PDT, HPV-associated cervical disease.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММ ICSI У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Андреев А.В., Трубникова О.Б., Татарина Л.В., Рудакова Е.Б.

*Московский областной перинатальный центр, отделение вспомогательных репродуктивных технологий*

В соответствии с приказом Минздрава России от 30.08.2012 №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» обследование мужчин при отборе пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий включает в себя обследование мужчины на наличие урогенитальных инфекций, а также исследование эякулята мужа (партнера). В случае выявления агглютинации сперматозоидов проводится смешанная антиглобулиновая реакция сперматозоидов (MAR-тест). Положительный MAR-тест является основанием для постановки диагноза иммунологического бесплодия. Были проанализированы результаты обследования мужчин, готовящихся к вступлению в программу вспомогательных репродуктивных технологий в отделении ВРТ ГБУЗ Московский областной перинатальный центр за 2013 год.

**Цель исследования:** выявить взаимосвязь между показателями спермограммы и положительными значениями MAR-теста и качеством эмбрионов, полученных после проведения ICSI (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов) у мужчин с иммунологическим и другими факторами мужского бесплодия, такими как олиго-, астено- и тератозооспермиями.



**Материалы и методы:** проанализировано 306 MAR-тестов, проведенных в отделении вспомогательных репродуктивных технологий ГБУЗ МОПЦ за 2013 год. Всего за 2013 год в отделении было проведено 44 ICSI. Все пары были разбиты на 2 группы: 7 пар, где пациентам выставлен диагноз иммунологическое бесплодие (1 группа) и 34 пары с иными факторами мужского бесплодия (2 группа). Женщины в обеих группах были соотносимы по возрасту и причинам бесплодия.

**Результаты и их обсуждение:** 11 тестов из 306 проведенных в отделении за 2013 год дали положительный результат (>50% Ig A,G). Ни у одного из обследованных с положительным MAR-тестом не было выявлено уrogenитальных инфекций. При этом у 10 из 11 обследуемых по спермограмме был поставлен диагноз нормозооспермия, у 4 была выявлена спермаглютинация. В результате 44 проведенных программ ICSI было получено 97 эмбрионов, из них 16 (16.5%) у пар с диагнозом иммунологическое бесплодие (1 группа), и 81 (83.5%) с мужским фактором бесплодия иного генеза 37 (83.5%) – (2 группа). При этом категории А в первой группе соответствовало 10 (62,5%) эмбрионов, 2 (12.5%) – категории АВ и 4 (25%) категории В. Во второй группе разделение произошло следующим образом: А-39 (48%), АВ-15 (18.5%) и В-27 (37.5%), то есть качество эмбрионов во 2-й группе было хуже. Полученные данные не выявили взаимосвязи между данными спермограммы и показателями MAR-теста и косвенно свидетельствуют о том, что проведение MAR-тестов целесообразно проводить всем мужчинам, обратившимся в клинику в связи с проблемами с репродукцией, независимо от показателей спермограммы, а качество эмбрионов при проведении процедуры ICSI у пациентов с иммунологическим бесплодием значимо лучше, чем у пациентов сравнительной группы других факторов бесплодия.

Полученные данные требуют дальнейших исследований.

**Резюме.** Проведено исследование взаимосвязи между иммунологическим фактором мужского бесплодия, показателями спермограмм и качеством эмбрионов, полученных при проведении процедуры ICSI у пар с данным видом мужского бесплодия. Взаимосвязи между положительным MAR-тестом и спермограммой выявлено не было, качество эмбрионов у пар с иммунологическим фактором мужского бесплодия выше, чем в контрольной группе с прочими факторами мужского бесплодия.

A study of association between immunological factor of male infertility, sperm measures and the quality of the embryos obtained during the ICSI procedure, in couples with this type of male infertility was conducted. There were no correlation between positive MAR-test and semen analysis, and the quality of the embryos of couples with immunological factor of male infertility was higher then in the control group with other male infertility factors.



## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Андреева М.В., Гладкова Н.А., Узденова З.Х., Андреев В.А.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград,  
Россия, Кабардино-Балкарский государственный университет,  
Нальчик, Россия*

Несмотря на большое количество исследований по оценке эффективности различных методов лечения климактерического синдрома (КС), в настоящее время частота и тяжесть его не имеют тенденции к снижению. У 33% больных проявления КС носят умеренный характер, что дает возможность выбора адекватной тактики ведения таких пациенток в условиях женской консультации.

**Цель.** Усовершенствование тактики лечения больных с КС путем применения современных негормональных и неинвазивных методов лечения.

Одним из них, как альтернатива заместительной гормональной терапии, является применение негормонального препарата клималанина, другим – как альтернатива инвазивного метода иглорефлексотерапии – метод транскраниальной электростимуляции защитных механизмов мозга (ТЭС-терапия).

**Материалы и методы.** Проведено обследование и лечение 54 женщин с КС средней степени тяжести. Средний возраст пациенток составил  $50,89 \pm 0,28$  года. Длительность проявлений патологических симптомов колебалась от 1 года до 5 лет. Контрольную группу составили 53 женщины с физиологическим течением климактерического периода. Всем пациенткам проводились общее и гинекологическое исследования, а также определение гормонального профиля; ультразвуковое исследование органов малого таза; оценка степени тяжести КС и клинического состояния с помощью модифицированного менопаузального индекса. Состояние ЦНС оценивалось с помощью ЭЭГ; вегетативной нервной системы – на основе проведения вегетативных проб и электропунктурной диагностики, психической адаптации – на основе использования психодиагностического теста ПДТ-25 и др. Обследование пациенток проводилось до, в динамике лечения и через 6 месяцев после его окончания. Оценка качества жизни пациенток определялась на основе вопросника «Качество жизни женщин». Клималанин является противоклимактерическим препаратом, который содержит аминокислоту  $\beta$ -аланин. Последний противодействует резкому высвобождению гистамина, но не обладает антигистаминной активностью, т.к. не вызывает блокаду гистаминовых H1-рецепторов. Препарат оказывает прямое воздействие на расширение периферических кожных сосудов, которое обуславливает вегетативные реакции при климаксе (приливы, ощущение тепла, жара, головную боль). Эти вазомоторные реакции обусловлены активностью тер-





морегуляторных центров в гипоталамусе вследствие нарушений баланса церебральных нейротрансмиттеров, возникающих при прекращении секреции гормонов яичниками. Препарат способствует насыщению периферических рецепторов нейротрансмиттеров. Основными эндорфинными эффектами ТЭС-терапии являются: антистрессорный, анальгетический, репаративный, иммуномодулирующий.

**Результаты исследования.** Пациенткам с КС средней тяжести, которые имели все три симптомокомплекса и умеренное патологическое изменение гормонального профиля, проводилась комбинированная терапия. На первом этапе применялась ТЭС-терапия для быстрого купирования основных климактерических расстройств. Лечение методом ТЭС проводилось ежедневно или через день прибором «Трансаир-01». Курс лечения состоял из 10–15 сеансов. Затем проводилось лечение клималанином, который эффективен при нейровегетативных расстройствах. После проведенного комплексного лечения больных с умеренной формой КС уменьшилось количество пациенток с астеноневротическим и ипохондрическим синдромами, в поведенческой сфере появились жизнерадостность, жизнеутверждение, укрепилось волевое стремление для преодоления жизненных препятствий. При анализе показателей ЭЭГ выявлена тенденция к их нормализации. После лечения со стороны вегетативного статуса обнаружено улучшение показателей, характеризующих функцию ВНС. На этом фоне выявлено снижение уровня ЛГ и ФСГ и повышение уровня эстрадиола и прогестерона. Результаты оценки качества жизни пациенток с КС подтвердили достоверное улучшение у них психической адаптации, соматического и репродуктивного здоровья после лечения.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о нормализующем влиянии ТЭС совместно с приемом препарата клималанин у больных с КС умеренной формы на психоэмоциональный профиль личности, психологическое состояние, функциональное состояние ЦНС и ВНС, гормональный профиль, что способствует уменьшению симптомов заболевания и повышению качества жизни пациенток в 93% случаев.

**Резюме.** Изучены особенности комбинированного воздействия препарата клималанин и ТЭС-терапии на больных с КС средней степени тяжести. Установлено нормализующее влияние проведенного лечения на психическую адаптацию, функциональное состояние ЦНС и ВНС, гормональный профиль этих пациенток, что способствовало уменьшению симптомов заболевания и повышению их качества жизни в 93% случаев.

The authors studied specific features of a combined effect of the drug klimalanin and TES-therapy on patients with climacteric syndrome of moderate severity. It was established that the therapy has a normalizing effect on the patients' emotional adaptation, the functional state of the central nervous system and vegetative nervous system, the hormonal profile in these patients, which has helped to reduce the symptoms and improve their quality of life in 93% of cases.



# ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ

Андреева М.В., Боголепова Н.Ю.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия*

**Актуальность.** Причины возникновения воспалительных заболеваний матки различны (ВЗМ). Наиболее частой причиной этих заболеваний являются инфекции, передающиеся половым путем и длительное использование (более 5 лет) внутриматочных контрацептивов, реже внутриматочные вмешательства и оперативное родоразрешение (кесарево сечение).

**Цель исследования.** Изучить особенности микробного пейзажа в очаге воспаления у женщин с воспалительными заболеваниями матки для обоснования схемы рациональной антибактериальной терапии.

**Материал и методы исследования.** Было проведено обследование и лечение 81 больной с ВЗМ различного генеза. Учитывая различные механизмы развития ВЗМ все пациентки были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 35 больных, у которых заболевание развилось на фоне длительного применения внутриматочного контрацептива. Вторую группу составили 46 женщин с воспалением матки после искусственного аборта, неразвивающейся беременности, осложненных родов и оперативного родоразрешения (кесарево сечение). Всем больным была произведена хирургическая санация матки (вакуум-аспирация). С целью изучения микрофлоры при воспалительных заболеваниях матки выполнено два этапа исследований. На первом этапе производился забор материала из цервикального канала, полости матки и его бактериальный посев с последующей идентификацией микроорганизмов. На втором этапе изучали антибиотикочувствительность выделенных культур микроорганизмов.

**Результаты исследования.** Установлено, что у больных с ВЗМ на фоне внутриматочного контрацептива чаще высевались строгие анаэробы. У пациенток второй группы высевались либо только аэробы, либо ассоциации факультативных аэробов с анаэробами.

Кроме того, у женщин первой группы достоверно чаще микрофлора в очаге воспаления была представлена микроорганизмами рода *Eubacterium* и *Fusobacterium nucleatum*. При этом *Chlamydia trachomatis* была обнаружена лишь в 11% случаев.

Во второй группе преобладали микроорганизмы рода *Staphylococcus* (29,4%) и *Chlamydia trachomatis* (42,4%).



Почти в 94% случаев выделенные анаэробные микроорганизмы у женщин первой группы были устойчивы к метронидазолу, в 12,5% случаев – к клиндамицину, в 6,2% случаев – к амоксициллину. Микроорганизмы рода *Staphylococcus* были устойчивы в 40% случаев к линкомицину и эритромицину, в 20% – к доксициклину.

Все анаэробные культуры были чувствительны к цефалоспорином II поколения (цефотетану, цефокситину), тикарциллину/клавуланату, амоксициллину/клавуланату, имипенему.

Выделенные аэробные культуры у пациенток второй группы были чувствительны к цефалоспорином II, III и IV поколений, ципрофлоксацину, линкомицину, аминогликозидам.

Микрофлора цервикального канала у женщин обеих групп в основном была представлена *Corynebacterium*, *Staphylococcus*, *Streptococcus* (в том числе и анаэробными), дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

На основании проведенного исследования нами были предложены различные схемы антибактериальной терапии больных с воспалительными заболеваниями матки различного генеза с учетом особенностей этиологии заболевания.

**Выводы.** Таким образом, на современном этапе в развитии воспалительных заболеваний матки этиологическую роль играют как аэробные, так и анаэробные возбудители с преобладанием анаэробных микроорганизмов у больных на фоне внутриматочного контрацептива.

Препаратами выбора при лечении больных с воспалительными заболеваниями матки на фоне внутриматочного контрацептива можно считать ингибиторзащищенные пенициллины, у женщин без внутриматочного контрацептива – цефалоспорины III поколения в сочетании с нитроимидазолами и антихламидийными препаратами.

**Резюме.** Изучены особенности микрофлоры в очаге воспаления у 81 женщины с воспалительными заболеваниями матки (ВЗМ) различной этиологии. Установлено, что основную роль в развитии ВЗМ играют как аэробные, так и анаэробные возбудители с преобладанием анаэробных микроорганизмов у больных на фоне внутриматочного контрацептива. На основании проведенного исследования нами были предложены различные схемы антибактериальной терапии больных с ВЗМ различного генеза с учетом этиологии заболевания.

The authors studied the specific features of microflora in inflammation foci in 81 women with uterine inflammation of varying etiology. It was established that both aerobic and anaerobic pathogens prevail in the development of uterine inflammation, while anaerobic pathogens predominate in patients with intrauterine contraception. On the basis of the study we propose various antibacterial therapy regimens for patients with uterine inflammation of different origin, with consideration paid to etiology of the disease.



## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ

Анташян Г.Г., Рыжков В.В., Ионова Р.М.,  
Папикова К.А., Федосова Г.Н.

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь, Россия*

Главной особенностью папилломавирусной инфекции (ПВИ) является ее широкое распространение. По данным различных авторов до 70% юных женщин инфицированы этим вирусом. Исследованиями последних лет доказано прямое участие вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки.

**Целью исследования** явилась оценка эффективности применения препарата GG-17 («Панавир») в комплексном лечении заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека.

**Материал и методы.** Проведено обследование и лечение 56 пациенток с экзофитными формами ПВИ гениталий. Выделено 2 группы наблюдения – основная и контрольная, сопоставимые по полу, возрасту и имеющейся гинекологической патологии. Средний возраст пациенток составил  $23,14 \pm 0,69$  года. В основной группе (30 чел.) проводилось лечение препаратом GG-17 сразу после удаления папиллом методом криодеструкции: назначался раствор GG-17 – 0,04% внутривенно струйно по 5,0 мл через 48 часов 3 инъекции, затем 2 инъекции через 72 часа (курс – 5 инъекций) и аппликации с гелем GG-17 – 3 раза в сутки 14 дней. В группе сравнения (26 чел.) – была выполнена только криодеструкция.

Пациенткам обеих групп проведен комплекс исследований, включающий в себя: визуальный тест, взятие мазков на флору, ПЦР-диагностику, кольпоскопию, цитологическое и иммунологическое исследования, обследование полового партнера на наличие папилломавирусной инфекции.

Результаты лечения оценивали по следующим показателям – количество деструктивных процедур, продолжительность межрецидивного периода, количество рецидивов. Установлено, что в основной группе отмечено достоверное снижение количества деструктивных процедур (3–5), по сравнению с контрольной (6–8), отсутствие рецидивов через 6 месяцев в 84,6% случаев (в контрольной – 59,9% случаев), увеличение межрецидивного периода до 5,5–6,2 месяца (в контрольной 1,2–1,6 месяца),

Иммунологическое обследование пациенток показало достоверное повышение содержания CD3, CD4-лимфоцитов, индекса соотношения CD4/CD8 в основной группе по сравнению с контрольной ( $p < 0,05$ ), что свидетельствовало об активации Т-звена иммунитета. В основной группе показатели IgA, комплемента, НСТ теста отмечались статистически значимо выше, а показатели IgM, IgG, ЦИК достоверно ниже показателей в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Указанные изменения свидетельствуют о выраженном иммуносупрессивном



действии ВПЧ на состояние гуморального иммунитета и истощение адаптационных механизмов.

**Выводы.** Полученные результаты исследования показали необходимость применения препарата GG-17 в комплексном лечении ПВИ гениталий, что обеспечивало более высокую эффективность лечения, стабилизацию показателей иммунной системы и значительно улучшало качество жизни пациенток.

**Резюме. Цель исследования** – оценка эффективности применения препарата GG-17 в комплексном лечении заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека. Было обследовано 56 женщин. У 30 из них проведено комплексное лечение ПВИ, с использованием криодеструкции генитальных папиллом и препарата GG-17. Контрольную группу составили 26 пациенток, получивших только хирургическое лечение. Использование препарата GG-17 позволило достоверно снизить количество деструктивных процедур в 1,5–2 раза, добиться отсутствия рецидивов через 6 месяцев в 84,6% случаев, увеличить межрецидивный период до 5,5–6,2 месяца. Применение препарата GG-17 в комплексном лечении папилломавирусной инфекции гениталий обеспечивает стабилизацию показателей иммунной системы и высокую эффективность лечения.

Aim of this study was to evaluate the efficiency of the drug GG-17 («Panavir») in the complex treatment of diseases caused by the human papilloma virus (HPV). 56 patients with genital exophytic forms of HPV were observed. The main group consist of 30 women, which used to do complex therapy: cryo-destruction procedures of genital papilloma tissues plus medicine. Control group – 26 women, which received only surgical treatment. Drug use GG-17 allowed significantly reduce the amount of destructive procedures 1,5–2 times, achieve no recurrence after 6 months in 84,6% of cases, increase interrecurrent period 5,5–6,2 months. Our results clearly demonstrated the need for drug GG-17 in the complex treatment of papilloma virus infection that stabilizes the immune system parameters and high efficiency of treatment .



## ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ И СОСУДАХ МИОМЕТРИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

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

*ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический  
Медицинский Университет  
ГБУЗ Ленинградской области Сертоловская Городская Больница*

В структуре генитального эндометриоза наиболее часто встречающейся формой является аденомиоз, частота которого составляет от 12 до 50%. Данные литературы свидетельствуют, что ультразвуковое сканирование является наиболее информативным методом диагностики аденомиоза. Однако, ценность диагностического поиска при аденомиозе заключается не только в выявлении патологических очагов, но и определении их морфологической структуры. В связи с этим целью нашего исследования явилось выявление зависимости маточного кровотока от морфологической степени аденомиоза.

**Материал и методы.** Обследовано 59 женщин, среди которых 49 были с аденомиозом и 10 были практически здоровыми. Пациенткам было проведено эхографическое, доплерометрическое, гистероскопическое обследование и им была произведена пункционная биопсия миометрия. У этих женщин были сопоставлены данные доплерографии с КСК с данными гистологического исследования послеоперационного материала. Длительность клинических проявлений заболевания была от нескольких месяцев до 10 лет (в среднем  $6,5 \pm 1,7$  года). Контрольную группу составили 10 здоровых женщин репродуктивного возраста. Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили с помощью ультразвукового диагностического прибора Sonoline G40, фирмы Siemens с использованием трансвагинального датчика (частота 6,7 МГц). После проведения биометрии матки и яичников осуществляли цветное доплеровское картирование (ЦДК) с последующей оценкой кривых скоростей кровотока в маточных, аркуатных, радиальных артериях. У всех женщин контрольной группы и у больных с аденомиозом определение параметров, характеризующих кровотоки, проводили однократно на 20–23-й день менструального цикла. Операционную гистерорезектоскопию (фирмы Olympus) с биопсией миометрия выполняли пациенткам с монополярной петлей резектоскопа. При оценке глубины проникновения островков аденомиоза в толщу миометрия, выделяли три морфологических степени аденомиоза. Для выяснения состояния гемостаза у пациенток в зависимости от степени аденомиоза нами было проведено исследование некоторых показателей (Индекс тромбоцитарной активности капиллярной крови (%), активированное парциальное тромбиновое время (с), фибриноген В положительный, ПДФ в плазме крови, протромбиновый индекс (по Квику, %), гемостаза у здоровых женщин и у 49 пациенток с аденомиозом.



**Результаты.** Из 49 обследованных женщин у 34 был подтвержден аденомиоз II–III степени послеоперационным морфологическим исследованием (2-я группа), а у 15 – аденомиоз I степени после пункционной биопсии (1-я группа). Результаты доплерометрического исследования показали, что у 15 женщин с аденомиозом I степени по сравнению со здоровыми женщинами в маточных артериях и сосудах миометрия значения индекса резистентности (ИР) был достоверно ниже. У этих женщин, при ЦДК в миометрии регистрировались множество сосудов. А у 34 пациенток с аденомиозом II–III степени при доплерографии наблюдался высокорезистентный кровоток, как в маточных артериях, так и в сосудах миометрия. При этом в миометрия сосуды регистрировались очень редко (низкая васкуляризация миометрия). При анализе результатов показателей гемостаза выявили, что у пациенток с аденомиозом II–III степени все показатели гемостаза были выше по сравнению со здоровыми женщинами и пациентками с аденомиозом I степени.

**Выводы.** Таким образом, проведенные исследования позволили получить достоверные доказательства патогенетически опосредованных связей между особенностями кровообращения матки, процессами неоангиогенеза в миометрия, морфологической степени заболевания, что позволит выбрать адекватные методы консервативного лечения.

**Резюме.** Целью нашего исследования явилось выявление зависимости маточного кровотока от морфологической степени аденомиоза. Обследовано 59 женщин, среди которых 49 были с аденомиозом и 10 были практически здоровыми. Результаты доплерографии показали, что у больных с аденомиозом I степени наблюдался низкорезистентный маточный кровоток, а у больных с аденомиозом II–III степени наблюдался высокорезистентный кровоток как в маточных артериях, так и в сосудах миометрия.

The aim of our study was to identify the uterine blood flow, depending on the morphological extent of adenomyosis. We examined 59 women, among which 49 were with adenomyosis and 10 were apparently healthy. Doppler results showed that in patients with adenomyosis first degree was observed low resistant uterine blood flow, and in patients with adenomyosis II–III degree highly resistant blood flow was observed in the uterine arteries and vessels in the myometrium.



## ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Асеев А.В., Новицкая А.Р., Демидова М.А.**

*Тверская медицинская академия, Тверь, Россия*

Одним из направлений терапии женщин с доброкачественными изменениями в молочных железах является использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ). Были изучены пути оптимизации применения средств ЗГТ, потребность, стоимость и экономическая доступности ЗГТ.

Проведено тематическое анкетирование 100 пациенток женского пола в возрасте от 45 до 65 лет, обратившихся в женские консультации и маммологические центры города Твери по различным вопросам. Мониторинг розничных цен на гормональные препараты проводился в аптеках г. Твери. Исследование включало оценку доли затрат на ЗГТ в общей структуре расходов на лечение климактерических нарушений, расчет экономической доступности гормональных препаратов для курсового лечения, изучение структуры назначения средств ЗГТ. Экономический анализ эффективности медицинских вмешательств был проведен несколькими методами: анализ стоимости болезни (cost of illness analysis) и анализ минимизации затрат (cost minimization analysis). Статистическая обработка проведена с применением стандартного пакета программ Microsoft Office Excel 2007.

В результате анкетирования оказалось, что 57 человек на момент опроса не испытывали проблем, которые могли быть основанием для проведения ЗГТ. Ответы еще 34 женщины были объединены в другую группу – незначительная степень выраженности различных климактерических нарушений или эффективное использование средств негормональной терапии. В этих двух группах в прошлом испытывали выраженные климактерические расстройства 78 человек, заместительная гормональная терапия у них не была проведена, а длительность психологически значимых расстройств составляла от 6 месяцев до 15 лет. Только 9 обратившихся пациенток на момент анкетирования отметили выраженные климактерические расстройства при неэффективности методов негормонального лечения. Среди них 3 использовали препараты ЗГТ, а 6 испытывали значительный психологический и физиологический дискомфорт без коррекции состояния.

Стоимость средств ЗГТ на месячный курс лечения климактерических нарушений варьировала от 605 до 1 212 руб. Следует отметить, что только для 6 пациенток цена на препараты не имела значения, 36 женщин готовы платить за лекарственный препарат до 500 руб. в месяц. Потенциально могут





тратить от 500 до 1 000 рублей в месяц на препараты дл ЗГТ 58 женщин. Цена на препарат является значимым критерием выбора для большинства пациенток – 57 человек.

При опросе врачей-гинекологов об известных и рекомендуемых ими пациенткам препаратах для ЗГТ наиболее частыми были указания на Климонорм, Фемостон, Анжелик. Стоимость 1 месяца лечения составляет от 500 до 1 тысячи рублей. Чем меньшую долю составляют расходы на приобретение лекарственного препарата в доходах потребителей, тем выше их доступность. Доступными считают препараты, расходы на покупку которых составляют не более 5–10% доходов пациента. На месячный курс лечения гормональными препаратами приходится более 10% доходов пациентов, что свидетельствует о низкой доступности средств ЗГТ.

Таким образом, фактическая потребность в проведении ЗГТ достаточно высока и достигает 80% женского населения соответствующей возрастной группы. Однако реальное использование средств ЗГТ значительно меньше ввиду недостаточной информированности населения о возможности коррекции климактерических расстройств и высокой цены на большинство препаратов для ЗГТ. Одним из направлений оптимизации применения ЗГТ является распространение информации о более дешевых формах препаратов для ЗГТ.

**Резюме.** Проведено анкетирование 100 пациенток женского пола в возрасте от 45 до 65 лет. Среди них 9 на момент анкетирования отметили выраженные климактерические расстройства при неэффективности методов негормонального лечения, а у 78 они были в прошлом. Цена одного месяца лечения наиболее известными препаратами превышает 10% дохода, что свидетельствует о низкой доступности средств ЗГТ.

Conducted a survey of 100 patients females in the age of from 45 till 65 years. Among them 9 at the time of the survey noted expressed climacteric frustration with the ineffectiveness of the methods негормонального treatment and the 78 they were in the past. The price of one month of treatment of the most well-known drugs exceeds 10% of the income, which indicates the low availability of funds hormone replacement.



# МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Асеев А.В., Серяков В.Н., Соколов А.А., Цветкова Н.В.

*Тверская медицинская академия, Тверь, Россия*

Широкое распространение УЗИ молочных желез с профилактической целью сопровождается выявлением непальпируемых УЗИ-образований молочной железы, в отношении которых требуется морфологическая верификация диагноза, что явилось целью настоящей работы.

Наблюдали 250 женщин в возрасте 24–72 лет, у которых при проведении профилактического УЗИ молочных желез было обнаружено непальпируемое образование. Аспират, полученный при пункции под УЗИ-контролем, подвергли цитологическому исследованию с окраской по Романовскому-Гимза.

Непальпируемые УЗИ-образования молочной железы, выявленные при профилактическом обследовании, имели размер 5–8 мм у 63 (25,2%) женщин, 8–10 мм – у 163 (65,2%), более 10 мм – у 24 (9,6%). Форма этого образования была неправильной у 26 (10,4%), неправильно-округлой – у 115 (46,0%), округлой – у 109 (43,6%). Контур был нечетким в 178 (71,2%) наблюдениях, четким – в 72 (28,8%). Нарушение обычной экоструктуры связочного аппарата молочной железы было у 15 (6,0%) пациенток, в остальных случаях деструкция связочного аппарата не выявлена. При цитологическом исследовании аспирата, полученного при пункции под УЗИ-контролем, у 6 человек цитологическая картина соответствовала раку молочной железы, а у трех женщины требовалась дифференциальная диагностика пролиферативной формы мастопатии и рака. У 14 человек обнаружен кубический эпителий обычного строения, в 121 случае в пунктате был жир, что соответствовало локальному скоплению жировой ткани в структуре липофиброза, у 80 женщин были опорожнены мелкие непальпируемые кисты молочной железы с неизменной выстилкой, у 16 – гипозоженная зона без четкой границы оказалась локальным скоплением множества мелких кист. Ни утвердительное, ни сомнительное заключение цитолога о наличии рака в пунктате из непальпируемого образования не может быть основанием для выполнения мастэктомии. Поэтому во всех подобных случаях операцию начинали как иссечение измененной ткани молочной железы с экспресс-гистологическим исследованием удаленного препарата. Для фиксации положения непальпируемого УЗИ-образования молочной железы использовали повторную пункцию этого образования на операционном столе под контролем мобильного УЗИ-аппарата тонкой иглой с оставлением ее на время операции. Последующее экономное иссечение проводили в соответствии с расположением иглы. Недостатком этого способа была возможность миграции иглы в процессе анестезии или начальных этапов опера-



ции. В последнее время у 23 пациенток для маркировки использовали металлический «гарпун», первоначально расположенный в просвете иглы, которой проводили пункцию с УЗИ-контролем, и фиксируемый в «зоне интереса» при извлечении иглы. Дальнейшее иссечение ткани железы проводили в соответствии с расположением «гарпуна». У 5 прооперированных женщин при экспресс-гистологическом исследовании подтвержден диагноз рака молочной железы, выполнена радикальная мастэктомия по Маддену, у двух больных оказалась пролиферативная форма мастопатии с наличием внутритротоковых пролифератов. При гистологическом исследовании после мастэктомии метастатические изменения в подмышечных лимфатических узлах не были выявлены ни в одном случае.

Таким образом, проведение тонкоигольной пункции непальпируемых УЗИ-образований молочной железы, подозрительных на рак, позволило морфологически подтвердить диагноз злокачественного новообразования молочной железы у 5 из 250 обследованных женщин, причем во всех случаях опухоль была отнесена к I стадии заболевания. В остальных случаях на основании результатов цитологического исследования была выбрана тактика дальнейшего ведения больных: хирургическое лечение узловой пролиферативной мастопатии, динамическое наблюдение при жировых фрагментах, опорожнение солитарных кист, медикаментозное лечение при воспалительных или мелкокистозных локализованных изменениях. Это позволило повысить качество медицинской помощи этой категории больных.

**Резюме.** У 250 женщин произведена пункция с УЗИ-контролем и морфологическая верификация непальпируемого образования молочной железы. На основании результатов цитологического исследования была выбрана тактика дальнейшего ведения больных.

In 250 women made puncture with ultrasound control and morphological verification breast tumors. Based on the results of cytology was chosen tactics further patient management.



## ФИТОПРЕПАРАТЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА

Аскерова М.Г., Аскеров Р.А., Обоскалова Т.А.,  
Ткаченко Е.А., Чиркова Л.В.

*Уральский Государственный Медицинский Университет, 9 детская городская  
клиническая больница, Екатеринбург, Россия*

Последние годы в связи с ростом общей заболеваемости, ухудшением экологической ситуации, снижением социально–бытовых условий жизни некоторых групп населения увеличивается частота различных клинических форм нарушений менструальной функции (НМФ), нет тенденции к снижению частоты маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП). Среди этиологических факторов НМФ у подростков значимая роль отводится особенностям антенатального периода развития, а также длительно существующим очагам хронической инфекции. Для лечения НМФ наряду с гормональными препаратами применяются и негормональные методы терапии. Целью работы явилось изучение возможности применения фитопрепаратов в комплексной терапии подростков на этапе реабилитации больных МКПП.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 78 девочек в возрасте от 12 до 17 лет: 12–14 лет – 38, 14–17 лет – 40. С целью выявления возможных этиологических факторов проводился сбор анамнеза юной пациентки и ее мамы, лабораторное, функциональное обследование, по показаниям МРТ гипофиза, консультации врачей педиатров: гастроэнтеролога, нефролога, отоларинголога и других специалистов. Из 78 девочек 47 госпитализированы с МКПП сразу после ОРИ. После выписки из стационара проводились обследование, начатое в стационаре и терапия, включавшая нормализацию режима дня, физических и эмоциональных нагрузок, масса-ростовых показателей, санацию очагов хронической инфекции с включением в терапию фитопрепаратов – синупрета, канефрона. При уровне пролактинина от 700 до 1 000 МЕ/л назначали препараты Витекса священного – таблетированные формы – Циклодинон, Мастодион. При жалобе на дисменорею и масталгию предпочтение отдавалось Мастодиону. Курс терапии препаратами Витекса священного – 3 месяца с повторным определением уровня пролактинина. Снижение уровня пролактинина до нормы не требовало дополнительного обследования и назначения синтетических ингибиторов пролактинина.

**Результаты.** В течение 3 циклов 45 девочек продолжали прием КОК с содержанием ЭЭ 30 мкг. После проведения контрольного УЗИ малого таза назначалась циклическая витаминотерапия (Цикловита). При сохранении угрозы рецидива кровотечения гормонотерапия – дидрогестерон или КОК – продолжалась от 3 до 9 циклов с учетом контрольного УЗИ малого таза 1 раз в 3 месяца. За время наблюдения в течении 2 лет в связи с рецидивом кровотечения госпитализировано 2 пациентки, не выполнившие рекомендации врача.



**Выводы.** В заключении можно сделать вывод о положительном эффекте комплексного подхода к профилактике МКПП, включающего кроме гормонотерапии применение фитопрепаратов, что подтверждается низкой частотой рецидивов.

**Резюме** Цель работы. Оценить возможность применения фитопрепаратов при проведении этапа реабилитации больных маточными кровотечениями пубертатного периода (МКПП).

Основные положения. МКПП значительно снижают качество жизни. Необходимо проведение этапа реабилитации.

**Заключение.** На этапе профилактики рецидива МКПП могут быть назначены фитопрепараты.

Ключевые слова: Маточные кровотечения пубертатного периода. Препараты для фитотерапии.

### Summary

Objective: to estimate the possibility of the herbal therapy usefulness for rehabilitation in pubertal age women with an abnormal uterine bleeding (AUBPA).

Key Points: AUBPA decreases the quality of life significantly. Carrying out a stage of rehabilitation is necessary.

Conclusion: At the stage of prevention of the recurrence of AUBPA the herbals can be prescribed.

Keywords: abnormal uterine bleeding, herbal therapy.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Асланян К.О.<sup>1</sup>, Аполихина И.А.<sup>1,2</sup>, Холодцова М.Н.<sup>3</sup>

1 – ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, РФ

2 – ФГБУ «НЦ АГ и П им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ

3 – Институт Общей физики РАН, Москва

В настоящее время частота выявления вульвовагинального кандидоза (ВВК) составляет 25–40%, а число женщин с хроническим течением ВВК (хрВВК) увеличилось в мире на 9–10% и не имеет тенденции к снижению. Снижение чувствительности дрожжеподобных грибов рода *Candida* к современным медикаментозным средствам определяет актуальность данной работы.

**Цель исследования:** оценка эффективности фотодинамической терапии с 5-аминолевулиновой кислотой у женщин с хроническим вульвовагинальным кандидозом.



**Материалы и методы исследования:** в ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» были обследованы и пролечены 108 женщин хрВВК, которые методом случайной выборки были разделены на 2 группы: I группа – 78 женщин с хрВВК, получившие направленную фотодинамическую терапию (ФДТ) 4 сеанса, II группа – 30 женщин с хрВВК, получившие местное лечение ара-сертаканазолом по схеме.

**Результаты:** согласно культуральному исследованию у 60% женщин обеих групп выявлена ассоциация 2-х видов дрожжеподобных грибов: *Candida albicans* в сочетании с *Glabrata* (25 и 34%), с *Candida tropicalis* (18 и 17%) или *Geotrichum candidum* (17 и 10%). Полученные данные подтверждены методом ПЦР с помощью тест-системы «Фемофлор».

Определены физические характеристики используемой ФДТ-диодный лазер длиной волны 405 нмв синей области спектра и выходной мощностью 30 мВт, доза светового излучения 50–100 Дж/см<sup>2</sup>, среднее время воздействия 10 минут. Полученные результаты микробиоценоза влагалища после каждой процедуры указывали на достоверное уменьшение количества лейкоцитов и частоты выделения дрожжеподобных грибов при увеличении количества микроаэрофильных лактобацилл. После 1–3 процедуры изменения статистической значимости не имели, только после 4 процедуры количество лактобацилл увеличилось в 2 раза и соответствовало нормативному значению. Реакция влагалищного содержимого у женщин оценена как кислая уже после 3 процедуры ФДТ.

**Заключение.** Проведение фотодинамической терапии с 5-аминолевулиновой кислотой у женщин с хроническим вульвовагинальным кандидозом эффективно и можно использовать как альтернативное лечение.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОГЕНОН» У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Юнусова Д.Х.

*Андижанский Государственный медицинский институт.  
Андижан, Узбекистан.*

Остеопороз – развивается на фоне эстрогенной недостаточности и гиперандренокортицизме. С возрастом наблюдается снижение костной массы, как у женщин, так и у мужчин. У женщин особенно после 50 лет, то есть в перименопаузальном периоде



**Цель работы:** Изучение эффективности препарата остеогенона для лечения остеопороза у женщин в перименопаузальном периоде, для уменьшения болевого синдрома и переломов костей.

**Материалы и методы исследования:** В исследование включены 62 пациенток в перименопаузальном периоде после 50 лет с остеопорозом. Исследуемые женщины разделили на II группы. I группа – сравнения, составила 30 женщин, которые применяли кальцийсодержащие препараты. II группа – основная, 32 женщин, которые в ходе исследования получали препарат Остеогенон по 2 таб. 2 раза в сутки в течение 6 месяцев.

Остеогенон состоит из оссеина – 291 мг, гидроксиапатита – 444 мг. Оссеин – органический матрикс состоит из аминокислоты, коллагена, остеокальцина, неколлагенных белков и пептидов. Гидроксиапатит – неорганический компонент состоит из кальция, фосфора. Остеогенон в отличие от солей кальция оказывает полное воздействие на формирования костной ткани.

**Результаты обсуждения.** У больных I группы после лечения, клинические симптомы через 3 месяца уменьшились на 11 (36,6%), а у 19 (63,4%) женщин без эффекта, через 6 месяца у 16 (53,3%) женщин клинические симптомы уменьшились, а у 14 (46,7%) без эффекта. Во II группе через 3 месяца у 24 (75%) женщин уменьшились клинические симптомы, а через 6 месяца 12 (37%) женщин исчезли симптомы остеопороза, у 18 (56,2%) женщин уменьшились болевые симптомы и у 4 (12%) женщин без эффекта.

**Вывод.** Остеогенон эффективный препарат, имеет двойной механизм действия – формирования кости и резорбция кости, то есть оказывает полное воздействие на формирования костной ткани.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФЕМОСТОН» У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ

**Асранкулова Д.Б, Ахмедова Н.М., Юнусова Д.Х.**

*Андижанский Государственный Медицинский Институт,  
Андижан, Узбекистан*

Климактерический синдром или патологическое течение перименопаузального периода встречается у 20–40% женщин. Наиболее частыми ранними симптомами климактерического синдрома являются: приливы жара и ночная потливость, раздражительность, нервозность, депрессивное состояние, бессонница, утомляемость, нерегулярные и болезненные менструации, нарушение концентрации внимания и забывчивость, сухость влагалища, диспареуния, частые мочеиспускания.



У 51% женщин в период менопаузы встречается тяжелое течение климактерического синдрома требующие неотложного лечебного воздействия. Своевременное назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) позволяет предотвратить развитие затяжных и осложненных форм климактерического синдрома.

**Целью данной работы** явилось применение препарата фемостона для устранения тяжелого течения клинических симптомов. Методом исследования использован комбинированный двухфазный препарат фемостон, состоящий из аналогов натуральных половых гормонов 17<sub>β</sub> эстрадиола + дидрогестерона (дюфастона), состоящий из 28 таблеток 2\10.

**Материалом исследования** взяты женщины в возрасте 45–50 лет с климактерическим синдромом, получавшие препарат фемостон 2\10 в течении 6 месяцев. Произведены следующие методы исследования: время свертываемости крови, количество тромбоцитов, ПТИ, количество фибриногена, УЗИ эндометрии, мамография. Нами были исследованы 22 женщин в возрасте 45–50 лет. У 10 женщин был диагностирован климактерический синдром средней степени тяжести, а у 12 – тяжелой степени. Женщины предъявляли жалобы на приливы жара в голове и в верхней половине туловища – 100%, на раздражительность, нервозность, головную боль – 89%, на сердцебиение – 96%, на бессонницу и утомляемость – 88,9%, нерегулярные и болезненные менструации отмечались у 44,5%, сухость влагалища, диспареуния 28,5%.

**Результаты.** После лечения фемостонем 2\10 наблюдалось нормализация клинических симптомов. Например у 88,2% женщин уменьшились приливы, у 25% женщин уменьшилась сухость влагалища, 75% нормализовались менструации.

Данные лабораторных исследований показало, что фемостон практически не влияет на время свертываемости крови, на количество тромбоцитов, ПТИ и на показатели фибриногена. У 94% женщин указанные показатели оставались в пределах физиологических норм, тогда как у 6% женщин наблюдалось незначительное изменение показателей в сторону гиперкоагуляции, что корригировалось антикоагулянтами.

**Выводы.** Таким образом, при применении фемостона 2\10 произошла нормализация гормонального фона и устранение клинических симптомов климактерического синдрома.





## РАННИЙ КАНЦЕРОГЕНЕЗ, КАК ХРОНИЧЕСКОЕ И СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Ашрафян Л.А., Киселев В.И., Кузнецов И.Н.,  
Муйжнек Е.Л., Друх В.М.

Одно из очевидных несоответствий современной онкологии – достаточно частое прогрессирование злокачественного процесса после т.н. радикального лечения при I–II стадиях. Причем, более чем в 70% наблюдений при этом прогрессирование заболевания выражается в виде отдаленного метастазирования. Накопление наблюдений подобного ряда неминуемо обозначили два важных положения:

- местное лечение (хирургическое, лучевое) не всегда может обеспечить стабильное, длительное выживание;
- на момент лечения относительно локального процесса уже имелись очаги отдаленного метастазирования.

Если к этим положениям добавить наше представление о длительном периоде времени (10–15 лет) охватывающем ранний канцерогенез до момента клинического проявления заболевания, то очевидны два очень важных концептуальных выводов:

1. Рак – это хроническое заболевание;
2. Рак – это преимущественно системное (первичная опухоль + регионарные и отдаленные метастазы) заболевание.

Эти два вывода по сути кардинальным образом меняют стратегию и тактику противоопухолевой терапии, формируя принципы пролонгированного и системного варианта лечения. Немаловажен также и другой аспект, достаточно универсальный для канцерогенеза, обозначенный еще Вирховым Р. (1862), но не учтенным до сих пор в терапии злокачественного процесса. В частности, реакция организма на рак процесс не уникальный, а имеет множество параллелей с реакцией на воспаление и заживление ран.

Исходя из многочисленных исследований, а также опираясь на собственный опыт, мы считаем, что клетки воспаления и цитокины, обнаруженные при опухолях, скорее способствуют злокачественному процессу, прогрессии и иммунодепрессии, чем формированию эффективной антиопухолевой реакции организма. Более того, предрасположенность к раку и его осложнениям может быть связана с функциональным полиморфизмом генов, контролирующих воспаление, а блокада провоспалительных цитокинов останавливает развитие экспериментальных форм рака. Все вышесказанное сформировало основные три принципа (направления) противоопухолевой терапии:

1. терапия должна быть длительной (пролонгированные курсы);
2. терапия должна быть системной;
3. терапия должна сопровождаться мощным и длительным противовоспалительным компонентом (промисан).



## ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ КОРПОРАЛЬНОЙ МИОМЫ МАТКИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Бабкина А.В., Наумова Н.В., Ильченко Н.Ю., Наумов А.А.**

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ  
Минздрава России*

**Целью исследования** послужило определение зависимости УЗ-маркеров дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей корпоральной миомы матки от величины интрамурального компонента миоматозного узла.

Произведен ретроспективный анализ историй болезней и амбулаторных карт 296 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст составил  $35,2 \pm 5,6$  лет), с корпоральной миомой матки, за исключением миоматозных узлов подслизистой локализации, подвергшихся оперативному лечению в Базовой акушерско-гинекологической клинике КубГМУ Минздрава России в период с 2009 по 2013 год. Проанализированы эхографические, доплерометрические, гистографические параметры и результаты хирургического лечения: 121 больным была произведена лапароскопическая миомэктомия 105 – операции из мини-лапаротомического доступа; 70 – комбинированная лапаро-вагинальная миомэктомия. Из них 98 пациенток с интерстициальной (2 тип), 95 с субсерозно-интерстициальной (1 тип) и 103 с субсерозной (0 тип) локализацией миомы. Для определения диагностической ценности изучаемых параметров в качестве «золотого стандарта» использовали результаты, полученные при гистологическом исследовании морфологии удаленных миоматозных узлов. В 204 случаях имела место простая миома, в 92 – пролиферирующая. Исследование внутренних половых органов осуществляли на сканерах экспертного класса. Для стандартизации условий все исследования проводились на 5–7 дни менструального цикла с использованием методики трансабдоминального и трансвагинального сканирования 1 раз в 6 месяцев. Производился сравнительный комплексный анализ полученных данных простых и пролиферирующих миоматозных узлов в группах по локализации.

Выполнено сравнение качественных и количественных УЗ-параметров в зависимости от величины интрамурального компонента узла. Группы с интерстициальной и субсерозно-интерстициальной миомой не отличались между собой по распределению по типам гистограммы, экзогенности и васкуляризации. Группа с субсерозным расположением миомы отличалась от остальных распределением по экзогенности и типам васкуляризации ( $p < 0,05$ ). По количественным данным между группами не наблюдалось значимых различий. На основании полученных результатов, объединены группы



для оценки гистологического типа миомы с интерстициальной и субсерозно-интерстициальной локализацией, и выделена отдельная группа для субсерозной, поскольку при данной локализации выявлены достоверные различия качественных УЗ-признаков.

Таким образом, для дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей корпоральной миомы матки при помощи эхографических маркеров необходимо учитывать величину интрамурального компонента узла, так как группа с интерстициальной, субсерозно-интерстициальной локализацией достоверно отличается от группы с субсерозной локализацией по распределению качественных признаков.

**Резюме.** Сопоставлены эхографические, доплерометрические, гистографические параметры дифференциальной диагностики простой и пролиферирующей корпоральной миомы матки различной локализации. Определена целесообразность оценки величины интрамурального компонента узла.

Compared echographic, dopplerometric, gistografic settings differential diagnosis of simple and proliferating corporal uterine fibroids different localization. An expediency of the measure of the magnitude of intramural host component.

## КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

**Байрамова Г.Р., Муравьева В.В., Анкирская А.С., Прилепская В.Н.**

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

На протяжении последних десятилетий возросла заболеваемость оппортунистическими инфекциями, среди которых ведущую роль играет вульвовагинальный кандидоз (ВВК). Особое внимание исследователей привлечено к различным аспектам рецидивирующего вульвовагинального кандидоза (РВВК).

**Цель исследования:** оценить клинико-микробиологические особенности рецидивирующего вульвовагинального кандидоза.

**Материал и методы:** в исследование включены 289 пациенток в возрасте от 18 до 52 лет (средний возраст составил  $27,6 \pm 3,4$  лет), у которых выявлен РВВК (4 и более эпизодов вульвовагинального кандидоза в течение 1 года). Методы исследования: клинико-анамнестическое обследование, микроскопия вагинального мазка окрашенного по Граму для оценки состояния вагинального микроценоза, культуральное исследование, которое включало количественную оценку и видовую идентификацию грибов с определе-



нием чувствительности к антимикотикам, а также выявление сопутствующей микрофлоры. Чувствительность дрожжевых грибов к антимикотикам определяли с помощью тест-системы «Fungitest» (BioRad).

**Результаты исследования:** жалобы на обильные выделения из половых путей предъявляли 124 (42,9%) пациентки, зуд во влагалище, в области вульвы и преддверия влагалища беспокоили 127 (43,9%) и 121 (41,9%) пациенток соответственно. Жаловались на дизурию 82 (28,4%) и диспареунию – 98 (33,9%) пациенток. Наличие эрозивно-язвенных участков в области наружных половых органов отмечали 7 (2,4%) больных.

При объективном исследовании выявлены изменения слизистых, характерные для вульвовагинита: отечность – у 117 (40,5%), гиперемия слизистых влагалища и вульвы – у 201 (69,5%), иногда изъязвления и трещины в области наружных половых органов – у 78 (27%), мацерация половых губ и аногенитальной зоны – 54 (18,7%) женщин. У 198 (68,5%) пациенток выявлены психосоматические расстройства (раздражительность, отсутствие нормального сна, боязнь интимных отношений и венерических заболеваний, канцерофобия), с которыми пациентки связывали конфликты в семье. Депрессивные расстройства у больных с РВБК встречались в 56 (19,4%) случаях.

У 289 пациенток с РВБК при микробиологическом исследовании вагинального отделяемого было выделено 294 штамма дрожжевых грибов, как в монокультуре, так и в составе ассоциаций. Идентифицировано 11 видов, относящихся к 5 родам: *Candida*, *Geotrichum*, *Trichosporon*, *Saccharomyces* и *Rhodotorula*. Ведущее место среди этих возбудителей занимал вид *C. albicans* (88,4%), на долю не-*albicans* видов приходилось 11,6%.

Подавляющее большинство штаммов (97,6%) принадлежало к роду *Candida*. Частота грибковых моноинфекций составила 98,3%. Среди возбудителей моноинфекции наиболее часто выделяли *Candida albicans* (88,2%), реже *Candida glabrata* (5,2%), *Saccharomyces cerevisiae* (1,0%) и *Candida krusei* (1,0%).

Из 294 штаммов грибов 262 (89,7%) были чувствительны ко всем изученным антимикотикам (флуконазол, итраконазол, кетоконазол, миконазол). Наибольшее количество чувствительных штаммов наблюдали у вида *C. albicans* (97,7%). Среди 34 штаммов не-*albicans* видов ко всем препаратам были чувствительны 13 (38,2%). Наименьший удельный вес чувствительных штаммов отмечен у *C. glabrata* и *C. krusei* (17,6 и 0% соответственно).

При оценке микробиоты влагалища у 216 (74,7%) женщин диагностирован классический вариант ВБК. У 71 (24,6%) пациентки выявлено сочетание ВБК с бактериальным вагинозом.

**Выводы:** Таким образом, РВБК характеризуется стертой клинической симптоматикой, зачастую без характерных жалоб и симптомов заболевания. При РВБК установлено видовое многообразие дрожжевых грибов с преобладанием вида *C. albicans*, подавляющее большинство штаммов которого были чувствительны к современным антимикотикам; в то же время не-*albicans* виды были чувствительны к тем же антимикотикам лишь в трети наблюдений.



## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

**Баринаева Е.В., Чекалова М.А., Паниченко И.В**

*ФГБУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва, Россия*

Соноэластография является важным дополнительным методом исследования в определении местной распространенности рака шейки матки (РШМ).

**Целью исследования** являлось определение значения соноэластографии в диагностике рака шейки матки.

Проанализированы результаты обследования 17 пациенток с верифицированным диагнозом РШМ. Ультразвуковое обследование включало исследование органов малого таза с использованием как серошкального режима, так и ЦДК и ЭД, помимо этого нами использован метод эластографии с оценкой как качественных, так и количественных показателей.

По стадиям больные распределились следующим образом: рассмотрено 4 больных с T1a1 (2) – T1a2 (2), с T1b1 стадией – 3 пациентки. В одинаковом количестве были больные с T1b2 и T2A – T2B стадиями, соответственно 4 и 4. В 2 случаях была установлена T3A – T3B стадия заболелования.

У всех больных морфологически верифицирован плоскоклеточный рак.

12 больных обследованы при первичном обращении, 5 – после проведенного лечения (химиолучевая терапия).

Из 12 первичных больных у 5 нами выявлены новообразования, характеризующиеся смешанным типом анатомического роста, у 4 – эндофитным, у 3 – экзофитным. При T1b1 стадии (3 пациентки) протяженность опухоли в среднем составила  $2,3 \pm 1,5$  см., ширина –  $2,4 \pm 1,5$  см, толщина  $0,6 \pm 1,5$  см. При T1b2 стадии – 4 больных: протяженность опухоли составила  $4,1 \pm 1,5$  см, ширина  $4,0 \pm 1,5$  см, толщина  $2,4 \pm 1,5$  см. В одном случае, при T3A стадии, протяженность опухоли составила 5,9 см., ширина 5,7 см., толщина  $3,7 \pm 1,5$  см. Минимальные размеры опухоли были выявлены у одной пациентки: протяженность 0,5 см, толщина 0,4 см, ширина 0,5 см. В трех наблюдениях – при T1a1 (2), при T1a2 (1) опухоль выявить не удалось.

Патологическая васкуляризация, снижение индексов резистентности в первичной опухоли было выявлено у большинства – 9 больных.

По нашим данным, преобладающий тип эластограмм, наиболее часто характеризующий РШМ – синий цвет. Эти изменения выявлены у большинства (6) больных с визуализируемой опухолью. В двух наблюдениях определялся смешанный вариант цветовой шкалы (синезеленый). В тех случаях, когда в серошкальном режиме опухоль шейки матки не визуализировалась, при эластографии дополнительной информации не получено (3 наблюдения). Соноэластография может служить дополнением к серошкальному методу при определении степени местнораспространенного РШМ, но этот вопрос является предметом дальнейшего изучения.



Средний коэффициент жесткости составил 8,97. Причем следует отметить значительную вариабельность показателей от 2,5 до 48,0, что, вероятно, может зависеть от размеров, варианта роста и от выраженности некротических изменений в опухоли.

У всех больных с T2–T3 стадиями РШМ была установлена параметральная инвазия при гинекологическом осмотре. При УЗИ в комплексе с эластографией были выявлены признаки инфильтрации параметральной клетчатки у 4 женщин. В В-режиме определялось смещение шейки матки в сторону поражения, «стертая» граница между шейкой матки и параметральной клетчаткой. При ЦДК и ЭД визуализировалось расширение сосудов на стороне поражения, патологическое скопление сосудов, формирование артериовенозных шунтов, уменьшение сосудистого сопротивления: IR – 0,5, RI – 0,6. В 2 случаях в проекции параметральной клетчатки было выявлено картирование синим цветом на участке без четких контуров, причем в В режиме явные опухолевые образования в этой области визуализировать не удалось.

Обследование пациенток с диагнозом РШМ, получивших химиолучевую терапию показало: у 4 больных в серошкальном изображении визуализировалась остаточная опухоль смешанной изогипоэхогенной эхоструктуры, кровоток при ЦДК и ЭД не картировался. Были сопоставлены эластограммы, на которых определялся несколько более плотный тип картирования в опухоли в сравнении с неизменным миометрием, среднее значение коэффициента жесткости составило 2,95, в 1 случае при эластографии, также как и при серошкальном исследовании не выявлено дополнительных образований, изменений структуры в проекции ранее определяемой опухоли, что свидетельствовало о полном регрессе.

По нашим данным, соноэластография может служить дополнением к серошкальному методу при определении степени местнораспространенного РШМ, но этот вопрос является предметом дальнейшего изучения.

**Резюме.** Проанализированы результаты обследования 17 пациенток с верифицированным диагнозом рак шейки матки (РШМ). Ультразвуковое обследование включало исследование органов малого таза с использованием как серошкального режима, так и ЦДК и ЭД, помимо этого нами использован метод эластографии с оценкой как качественных, так и количественных показателей. В 6 наблюдениях преобладал синий цвет эластограммы. В двух наблюдениях определялся смешанный вариант цветовой шкалы (синезеленый). В тех случаях, когда в серошкальном режиме опухоль шейки матки не визуализировалась, при эластографии дополнительной информации не получено (3 наблюдения). Средний коэффициент жесткости составил 8,97.

The results of ultrasound examination were analyzed in 17 patients with confirmed diagnosis of cervical cancer. Transvaginal ultrasound examination was performed with the use in the B-mode, Doppler ultrasound methods, qualitative and quantitative sonoelastography. Elastogram with blue color dominant was prevailed in 6 cases. Heterogeneous, blue-green lesion was observed



in 2 patients. In 3 cases the tumor tissue was not visualized in B-mode, and elastography did not provide an additional information.

The mean strain ratio was 8,97.

Sonoelastography can be a complement to the B-mode for determining the degree of local distribution of cervical cancer, but this problem is a subject of further studying.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

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

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия*

Среди множества факторов, ограничивающих деторождение, важную роль имеет проблема бесплодного брака. Эта проблема возведена в разряд приоритетных общегосударственных задач, поскольку имеет не только медико-биологическое, но и большое социальное значение, существенно влияя на формирование демографических показателей. Забайкальский край занимает 12-е место в стране и одно из ведущих мест в Восточно-Сибирском регионе по площади территории (431,9 тыс. км<sup>2</sup>), имея при этом крайне низкую и неуклонно снижающуюся за последние годы плотность населения (2,54 чел./км<sup>2</sup>). 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 распространности 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  $p \leq 0,05$ , при величине  $\chi^2 > 3,84$ .

**Результаты и их обсуждение.** В результате анализа данных анкетного опроса 2400 женщин репродуктивного возраста (543 горожанки и 1 857 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.** 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.





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 exceeds the 15% critical level defined by WHO. 43,7% of couples suffered from primary infertility and 56,3% from secondary infertility.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ЦИКЛОСПОРИНОМ И КОМБИНИРОВАННЫМ ФИТОПРЕПАРАТОМ У ПАЦИЕНТКИ С ПОЧЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Бердникова Н.Г., Зорина Л.А.**

*1-й МГМУ И.М. Сеченова*

В клинической практике любого врача широко используется комбинированная фармакотерапия. Предпочтительное использование комбинаций обусловлено потенцированием терапевтического эффекта, а также для уменьшения риска возникновения нежелательных побочных реакций. Также один пациент может иметь несколько заболеваний, в связи с чем обращается к разным специалистам. Нередки случаи, когда пациенты занимаются самолечением или принимают биологически-активные добавки (БАД). Если о межлекарственном взаимодействии можно прочесть на специализированных сайтах или в инструкции к препарату, то информации о взаимодействии БАД и ЛС крайне мало. Наравне с ЛС, компоненты БАДов могут быть активными участниками фармакокинетических и/или фармакодинамических взаимодействий, что может иметь как положительное, так и отрицательное значение. Наибольшее клиническое значение имеет способность соединений, входящих в состав фитопрепаратов, индуцировать или ингибировать изоферменты цитохрома P-450 и/или транспортеры (гликопротеин-P и некоторые другие). Профессиональные врачебные сообщества по-прежнему настороженно относятся к БАДам. Однако, качественные и хорошо зарекомендовавшие себя БАДы, как с позиций технологии производства, так и клинически, активно используются в разных областях медицины, в т.ч. в гинекологии. Например, БАД («Стелла»), содержащий индол-3-карбинол (I3C), эпигаллокатехин-3-



галата (EGCG) и изофлавоны сои (генистеин и дзадзеин), применяется при заболеваниях репродуктивной женской системы. Доказано, I3C и изофлавоны сои способны индуцировать CYP1A1 и CYP1A2, что приводит к увеличению количества антипролиферативного 20HE. EGCG блокирует CYP 19 и взаимодействует с рецепторами эстрогенов Era, так называемый «эффект запечатывания». Также EGCG способен блокировать P-gp, что ведет к увеличению проницаемости ЛС для субстратов P-gp. Методы и результаты: женщина 39 лет, диагноз: хронический гломерулонефрит, терминальная ХПН, состояние после аллотрансплантации трупной почки в 2002 г. Дисфункция трансплантата IgA-нефропатия, СNI-нефротоксичность (морфологически верифицированная). С 2002 г. иммуносупрессивная терапия преднизолон, неорал, азатиоприн, в 2005 г. азатиоприн отменен в связи с планируемой беременностью, 2006 г. – роды. С 2007 г. микрогематурия, белка в моче не было. С 2008 г. получает метилпреднизолон 4 мг/сут., циклоспорин 150 мг/сут., микофенолат мофетил 2 000мг/сут. Креатинин плазмы крови 100 мкмоль/л, мочевины 5,3 ммоль/л, К 3,7 ммоль/л. Концентрация циклоспорина в крови 120 нг/мл, (целевые значения 120–140 нг/мл). В 2010 г. диагностирован эндометриоз матки, дважды РДВ по поводу кровотечения. Контрацептивы не рекомендованы, от «Мирены» пациентка отказалась. Принято решение рекомендовать БАД, содержащий I3C200мг, генистеин и дзадзеин 120 мг, EGCG 120 мг. Через 4 недели концентрация циклоспорина 170 нг/мл, протеинурия (2 г/л). БАД был отменен, через 2 недели концентрация циклоспорина 110 нг/мл, протеинурии нет. Других лекарственных препаратов не принимала, изменений в иммуносупрессивной терапии не было. На фоне использования БАД уменьшился объем матки, неоднородность эндометрия, повторных кровотечений не было.

**Выводы:** циклоспорин является субстратом и ингибитором P-gp и CYP3A4. Мы предполагаем, что основным механизмом, приведшим к увеличению концентрации циклоспорина, явилось ингибирование P-gp эпигалокатехин-3-галлатом, входящим в состав БАД. При этом отмечено четкое положительное влияние при использовании комбинированного БАД на течение эндометриоза.

Чтобы избежать подобных ситуаций, необходимо повысить уровень информированности врачей и пациентов о возможных взаимодействиях лекарственных средств и фитопрепаратов. (Согласие пациентки на публикацию получено)

**Резюме.** На сегодняшний день имеется достаточно доказательств возможности фармакокинетического взаимодействия между лекарственными средствами и фитопрепаратами. Наибольшее клиническое значение имеет способность соединений, входящих в состав фитопрепаратов, индуцировать или ингибировать изоферменты цитохрома P-450 и/или транспортеры (гликопротеин-P (P-gp)). Фитопрепараты способны снижать эффективность совместно применяемых с ними лекарств и провоцировать возникновение нежелательных лекарственных реакций.

Drug metabolizing enzymes (CYP P450) and P-glycoprotein (P-gp) play important role in the metabolism, elimination and detoxification of xenobiotics and drugs.



We know that phytochemical supplements are also exposed transformation and can influence CYP P450 and P-gp. Epigallocatechin-3-gallate (EGCG), green tea catechins, is reported to be an inhibitor of both P-gp and CYP3A. Indol-3-carbinol (I3C), cruciferous vegetables, is reported as a strong inducer of CYP1A2, and less CYP1A1 and 3A4. Phytochemical combination of I3C, EGCG and soy is cancer chemoprevention and widely used for treatment proliferative diseases of reproductive system of women.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНКРОФТОНА В ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ ПО МАТЕРИАЛАМ ООО МИНИ-КЛИНИКИ «ПАНАЦЕЯ»

**Бехтева Т.Ф., Губарь Е.А.**

*ООО Мини-клиника «Панацея», Красноярский край, г. Зеленогорск, Россия*

В России до настоящего времени основным методом регуляции рождаемости продолжает оставаться аборт. Артифициальный (хирургический) аборт, выполненный в медицинском учреждении квалифицированными специалистами, не является гарантией его «безопасности», т.к. число осложнений, возникающих в момент его производства или в отдаленном периоде достаточно велико (3–5%), что приводит к развитию гинекологических заболеваний: бесплодию, невынашиванию последующей беременности, осложнениям беременности и родов. Поэтому внедрение и широкое распространение новых медицинских технологий прерывания беременности в ранние сроки являются актуальными. В настоящее время стал доступен медикаментозный аборт с помощью препаратов, действующим веществом которых является мифепристон.

Под нашим наблюдением в течение 5 лет находилось 282 женщины в возрасте от 16 до 38 лет. Из них: 120 женщин – первобеременные (43%), у 23-х в анамнезе от 1 до 3 прерываний беременности (8%), остальные 139 (49%) женщин имели в анамнезе от 1 до 3-х родов и от 1 до 7 мед. аборт. Всем женщинам до прерывания беременности проводилось общее клиническое обследование. Срок беременности устанавливали по продолжительности аменореи, гинекологического осмотра и УЗИ-исследования. По нашим наблюдениям и УЗИ-исследованию: аменорея от 37–49 дней, средний диаметр плодного яйца  $12,2 \pm 0,5$  мм, гестационный срок  $3,6 \pm 0,2$  недели. Пенкрофтон назначали однократно в виде таблеток в дозе 600 мг в сочетании с приемом мизопростола в дозе 400 мг через 36–48 часов перорально, сублингвально



или вагинально. В 40% случаев экспульсия плодного яйца сопровождалась схваткообразными болями в низу живота. Следует отметить, что выраженным болевой синдром чаще наблюдался у нерожавших женщин, который купировался приемом спазмолитиков. Продолжительность кровянистых выделений составляла от 9 до 14 дней у 277 пациенток (98,2%). У 5 пациенток (1,8%) кровянистые выделения продолжались до 3-х недель. Переносимость пенкрофтона была хорошая, и только в 3-х случаях (1,1%) сохранялась тошнота от 3 до 6 часов. Побочные явления были отмечены при приеме простагландинов у 12% женщин гипертермией, которая купировалась самостоятельно в течение 1–6 часов. Тошнота отмечалась у 11%, рвота – у 5% женщин. Контрольное УЗИ-исследование выполнялось на 10–14 сутки после экспульсии плодного яйца, состояние эндометрия не отличалось от нормы в 75% случаев, к 18-м суткам – в 95%, в одном случае – к 21-м суткам. Хирургическое вмешательство (вакуум-аспирация) с целью гемостаза или неполного аборта потребовалось в 9 случаях (3,2%). Из них первобеременные – 2 женщины (0,7%), имели в анамнезе от 1 до 3 аборт – 3 (1,1%), 4 (1,4%) женщин имели в анамнезе 1–2 родов и от 1 до 7 прерываний беременности. По нашим наблюдениям вакуум-аспирация чаще использовалась у повторнобеременных, что, вероятно, можно объяснить изменением рецепторного аппарата матки и сократительной способности миометрия. Показаниями для хирургического вмешательства были: продолжающаяся беременность в 1 случае (0,3%), острая кровопотеря после приема мизопростола – у 3 женщин (1,1%), обильные кровянистые выделения более 7 дней у 2 женщин (0,6%), неполный аборт в 3 случаях (1,1%). Кровотечения, потребовавшие проведения консервативной гемостатической терапии в течение 1–3 дней (окситоцин, дицинон, викасол), были отмечены у 15 пациенток (5,3%). Нарушений менструального цикла, а также инфекционных осложнений не было отмечено ни в одном случае.

Таким образом: медикаментозное прерывание беременности хорошо переносится женщинами, не имеет существенных побочных эффектов, почти полностью исключает риск возникновения восходящей инфекции, кроме того, при данном методе прерывания беременности отсутствует психологическая травма, чаще всего сопровождающая искусственный аборт, что повышает качество жизни. Можно сделать вывод, что высокая эффективность и безопасность медикаментозного аборта позволяет рекомендовать его для широкого применения, особенно первобеременным и нерожавшим женщинам.

**Резюме.** Внедрение медикаментозного прерывания беременности актуально с позиций сохранения репродуктивного здоровья женщин. Результаты собственных наблюдений показали приемлемый уровень осложнений и побочных эффектов при использовании пенкрофтона/мизопростола для прерывания ранних сроков беременности. Частота вакуум-аспирации для завершения медикаментозного аборта отмечалась чаще у повторнобеременных. Высокая эффективность и безопасность медикаментозного аборта позволяет рекомендовать его для широкого применения у первобеременных и нерожавших женщин.



The implementation of medical termination of pregnancy is important in terms of preserving female reproductive health. The conducted research results revealed an appropriate level of complication and side effects in using Pencroftonum/Misoprostol for early pregnancy termination. Vacuum aspiration has been used more to complete medical abortion of multigravidas. High efficiency and reliability of medical abortion allows it to be recommended for a wide use for primigravidas and nonporous females.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА С ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ МИКСТИНФЕКЦИИ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Васильева Т.П., Малышкина А.И., Бойко Е.Л.,  
Посисеева Л.В., Филькина Е.В., Чумаков А.С.

*ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства  
и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия  
ОБУЗ «Городская больница №8 г. Иванова»  
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия*

Известно, что инфекционный фактор является ведущей причиной нарушений репродуктивного здоровья женщин и мужчин, репродуктивной функции в семье: спонтанных аборт, преждевременных родов, внематочной беременности, перинатальной патологии и смертности. Смешанная этиология инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, в том числе вирусной этиологии, представляет определенные трудности лечения, поскольку протекают часто в клинически невыраженной форме. Патоморфоз патогенной влагалищной флоры и образование микробных ассоциаций с условно-патогенными микроорганизмами заставляет искать новые комбинации лекарственных препаратов. Особую значимость приобретают препараты, действующие на весь комплекс имеющихся у женщины возбудителей. Оправданным является включение в комплексную терапию смешанных инфекций интерферонов.

**Целью работы** явилась сравнительная оценка препаратов для местного лечения вагинитов у женщин: отечественного «Вагиферон®» суппозитории вагинальные (ЗАО «ФИРН М», Москва, РФ) и «Нео-Пенотран» (Эмбил Фармацевтикал Ко.Лтд). «Вагиферон®» в отличие от «Нео-Пенотран», кроме



веществ с противомикробным, противопротозойным и противогрибковым действием, содержит интерферон альфа-2b с противовирусной и иммуномодулирующей активностью, а также борную кислоту, которая выполняет свойства консерванта и является средством поддержания pH влагалищного содержимого, а также оказывает антисептическое действие.

**Материал и методы.** Проведено обследование и лечение 120 небеременных женщин с вагинитом бактериально-вирусной этиологии в возрасте от 18 до 45 лет. Наблюдение за женщинами продолжалось в течение 4-х недель. 1-я основная группа пациенток (№40) получала интравагинально «Вагиферон®», по 1 свече 1 раз в день на ночь в течение 10 дней и дополнительно per os «Вильпрафен» по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней. 2-я опытная группа (№40) получала только интравагинально препарат «Вагиферон®» суппозитории вагинальные, по 1 свече 1 раз в день на ночь в течение 10 дней. Контрольная группа пациенток (№40) получала интравагинально препарат «Нео-Пенотран» по 1 свече 1 раз (на ночь) в течение 10 дней и «Вильпрафен» по 0,5 г 2 раза в день per os в течение 7 дней.

**Результаты.** Оценка динамики клинических симптомов выявила более раннее их исчезновение и уменьшение продолжительности заболевания при использовании в терапии препарата «Вагиферон®», которая составила соответственно в 1-й, 2-й основной и контрольной группах: 10,2, 10,4 и 12,12 дней. Трихомонады до лечения были обнаружены у 30% женщин 1-й основной группы, 32,5% – 2-й основной и 12% группы контроля. На 7-й день терапии трихомонады в мазках отсутствовали у всех женщин. Частота выявления *Candida albicans* в динамике лечения уменьшилась более значительно у женщин, получавших «Вагиферон®» (33,5% до лечения и 7,5% на 7 день и 0% на 14-й и 24-й в 1 – основной группе; 25% до лечения и 2,5% на 7-й день и 0% на 14-й и 24-й – во 2-й основной группе; в контроле: 32,5% до лечения, 27,5% на 7-й день, 12,5% на 14-й и 24-й дни). По результатам ПЦР обнаружена положительная динамика частоты выявления вируса герпеса с 32,5% и 52,2% в основных группах до лечения до 0% на 14-й день наблюдения, в то время как в контроле это снижение было менее выраженным (с 35% до лечения и 22,5% на 14-й день). Отмечено также более выраженное снижение частоты выявления уреоплазменной и микоплазменной инфекций у женщин 1-й и 2-й основных групп. Хламидийная инфекция отсутствовала у 100% женщин всех 3-х групп к 14 дню наблюдения. Итоговая оценка свидетельствовала о более высокой эффективности «Вагиферон®», в т.ч. в виде монотерапии при одинаковой переносимости сравниваемых препаратов.

**Выводы.** Таким образом, высокая эффективность препарата «Вагиферон®» в сочетании с препаратом «Вильпрафен» сопоставима с таковой при использовании монотерапии препаратом «Вагиферон®» суппозитории вагинальные при лечении пациенток с бактериально-вирусной микстинфекцией.

**Резюме:** Проведено сравнительное обследование 120 небеременных женщин с вагинитом бактериально-вирусной этиологии, получавших терапию препаратами «Вагиферон®» суппозитории вагинальные (40 чел.) и «неопенотран» (40 чел.) в сочетании с вильпрафеном, а также монотерапию



«Вагифероном» (40). Показана более высокая эффективность «Вагиферон®» суппозитории вагинальные, в т.ч. в виде монотерапии при одинаковой переносимости сравниваемых препаратов.

A comparative inspection is conducted 120 unpregnant women with the vaginitis of bacterial-viral etiology, getting therapy preparations of "Vagiferon®" (40) and "neopenotran" (40) in combination with vilprafenom, and also monotherapy "of Vagiferonom" (40). Higher efficiency of "Vagiferon®" is shown, including as monotherapy at identical bearableness of the compared preparations.

## СВЯЗЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ (ВПР) ПЛОДА

**Грабарь В.В., Арбузова С.Б., Феськов А.М., Пивоваров Н.П.**

*Центр репродукции человека «Сана-Мед», Харьков, Украина  
Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Харьков, Украина  
КЛПУ «Донецкий областной специализированный центр медицинской  
генетики и пренатальной диагностики, МОЗ Украины», Донецк, Украина*

Данные о частоте ВПР плода и новорожденного после применения ВРТ неоднозначны, они варьируют от отсутствия существенного риска, до его повышения в 2–5 раз. При этом рассматриваются вопросы о преимущественной ВПР с самими техниками ВРТ или с наследственностью родителей.

**Целью исследования** явилось выявление связи между разными методами ВРТ и формированием ВПР плода.

**Материал и методы.** Нами проводилась пренатальная ультразвуковая диагностика и постнатальный осмотр 1 381 плодов и новорожденных от ВРТ и 966 от спонтанных беременностей, проанализирована связь различных методов ВРТ с риском формирования ВПР. Статистическая обработка результатов проводилась по t-критерию,  $\chi^2$  (Statistica, Statgraf). Достоверными считали различия при значениях  $P \leq 0,05$ .

**Результаты.** Плодов и новорожденных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО/ЭКО + intracytoplasmic sperm injection (ICSI)), всего было 776, от других ВРТ (индукции овуляции (ИО) и внутриматочной инсеминации (ВМИ) + ИО) всего было 605. У плодов и новорожденных после ВРТ чаще регистрировались ВПР, чем при спонтанных беременностях. Из 1 381 плодов и новорожденных от ВРТ у 2,9% (40) были выявлены ВПР, при спонтанных беременностях – у 1,8% ВПР (17 из 954) ( $P < 0,01$ ). У пациенток после ИО



ВПР встречались в 1,7% (5 из от 289); после ВМИ – в 2,3% (7 из 307), после ЭКО – в 3,6% (28 из 776) ( $P < 0,05$ ). У женщин после ВРТ пороки сердечно-сосудистой системы регистрировались в 3 раза чаще (9 (0,66%)), скелетно-мышечные дефекты в 2,5 раза (8 (0,58%)), хромосомные синдромы в 1,6 раз (7 (0,51%)), урогенитальные аномалии в 4 раза чаще (6 (0,43%)), чем при спонтанных беременностях (соответственно 3 (0,31%); 2 (0,21%); 3 (0,31%); 1 (0,10%)) ( $P < 0,05$ ). Нами не выявлено повышение частоты ВПР ЦНС, респираторных аномалий, множественных врожденных пороков развития, орфациальных аномалий ( $P > 0,05$ ). Нами отмечено увеличение частоты ВПР с возрастанием «инвазивности» ВРТ: частота ВПР при ИО не отличалась от спонтанных беременностей, при ВМИ частота ВПР была выше в 1,3 раза, при ЭКО/ЭКО+ИКСИ – в 2 раза.

Проанализирована частота рождения детей с ВПР в зависимости от пола детей и многоплодия. Наибольшая частота ВПР отмечена у плодов мужского пола при одноплодных ЭКО-беременностях: общая частота ВПР при одноплодной беременности составила 3,3% (15), среди девочек 2,1% (5), среди мальчиков 4,5% (10). При спонтанных одноплодных беременностях общая частота ВПР составила 1,70% (16), среди девочек – 1,74% (8), среди мальчиков – 1,66% (8). Нами также отмечено повышение частоты ВПР у мальчиков после других ВРТ (ИО и ВМИ), хотя и менее выраженное, чем после ЭКО – 2,41% (6). Наибольший «вклад» в формирование высокой частоты ВПР у мальчиков от одноплодных ЭКО-беременностей внесли урогенитальные аномалии, которые встречались в 1,36% (3) и не зафиксированы в наших наблюдениях у ЭКО-девочек ( $P < 0,05$ ); а также хромосомная патология у мальчиков от одноплодных ЭКО-беременностей – 1,36% (3), что было в 3 раза чаще, чем у девочек (0,42% (1)). Выявлено, что частота ВПР сердца и сосудов, а также скелетно-мышечных аномалий у мальчиков от одноплодных ЭКО-беременностей была в 1,4 раза чаще, чем при спонтанных беременностях и в 2 раза чаще (0,91% (2)), чем у девочек (0,4% (1)). При многоплодных беременностях частота ВПР у мальчиков и девочек не имела различий (соответственно 3,9% (6) и 4,2% (7)). Как и при одноплодных ЭКО-беременностях среди ЭКО-мальчиков из многоплодных беременностей лидировали урогенитальные аномалии (1,31% (2)), которые не были зафиксированы у девочек от спонтанных многоплодных и ЭКО-беременностей. У плодов и новорожденных, рожденных от других многоплодных ВРТ-беременностей (ИО, ВМИ+ИО) не выявлено повышения частоты ВПР ( $P > 0,05$ ).

Нами проанализирована встречаемость ВПР в зависимости от генеза бесплодия. Плодов и новорожденных, рожденных в семьях с эндокринными нарушениями у женщин было 481, с ТПБ – 265, с мужской инфертильностью – у 298, идиопатическим бесплодием – 337; от спонтанных беременностей – 966. При эндокринном и идиопатическом бесплодии она оказалась наиболее низкой в сравнении с другими категориями – 2,5% (12) и 2,7% (9) ( $P < 0,05$ ), при ТПБ и мужском бесплодии она была выше – соответственно 3,4% (9) и 3,4% (10). Повышение частоты ВПР при ТПБ можно объяснить тем, что у данной категории пациенток в 100% было применено ЭКО, а, как нами было показано выше, при





этом методе ВРТ частота ВПР оказалась наиболее высокой. Повышение частоты ВПР при мужском бесплодии (преимущественно за счет урогенитальных и хромосомных аномалий) было выше, вероятно, в связи с тем, что мужское бесплодие ассоциировано с более высокой частотой хромосомных и генных мутаций.

**Выводы.** Таким образом, мы установили, что ВРТ-беременности сопряжены с риском ВПР. Риск развития ВПР повышается при увеличении «инвазивности» ВРТ и является наиболее высоким при ЭКО/ЭКО+ICSI. Выявлено повышение частоты ВПР у плодов мужского пола при одноплодной ЭКО-беременности. В семьях с мужским фактором риск ВПР у плодов и новорожденных выше, чем при других формах бесплодия.

**Резюме.** Проведено изучение встречаемости ВПР при 1 152 индуцированных беременностях. Нами выявлено повышение частоты ВПР до 2,9% после ВПР (ИО – 1,7%, ВМИ+ИО – 2,3%, ЭКО/ЭКО+ICSI – в 3,6%), при спонтанной беременности – 1,8%. Наибольшая частота ВПР выявлена у мальчиков, рожденных от одноплодных ЭКО-беременностей.

Investigation of the frequency of congenital malformations in 1152 induced pregnancies was made. We found increase of frequency of CM to 2,9% in assisted pregnancies (after ovulation induction – 1,7%, intrauterine insemination with ovulation induction – 2,3%, in vitro fertilization (IVF/ IVF+ICSI) – 3,6%), in spontaneous pregnancy – 1,8%. The highest frequency of CM was found in the boys born from singleton IVF pregnancies.

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Грачева О.Н.

*Россия, г. Самара, ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ*

**Актуальность.** На сегодняшний день установлено, что диспластические морфофункциональные изменения систем и органов существенным образом сказываются на течении сопутствующих заболеваний, определяя затяжное течение и хронизацию острых процессов, меньшую эффективность традиционных схем лечения, более длительный период реконвалесценции (Яковлев В.М., 1990; Мартынов А.И., 1996; Нечаева Г.И., 2002; Glesby M.J., Pyeritz R.E., 1989).

Особенности манифестации клинических проявлений в течение жизни, полиорганность и полисистемность поражения требуют совместной курации различными специалистами и комплексного подхода к лечению.



**Цель исследования:** выработать программу комплексного обследования и лечения гинекологических заболеваний у женщин с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

**Материал и методы исследования.** Основную группу составили 500 женщин с признаками ДСТ в возрасте от 20 до 37 лет. Выяснялись анамнестические данные, состояние соматического профиля, проводилась оценка внешних маркеров дисплазии соединительной ткани и их связь с гинекологической заболеваемостью.

**Результаты исследования.** Полученные логит-регрессионные модели, корреляционные связи ДСТ с гинекологической заболеваемостью позволили сформировать комплекс лечебных мероприятий для пациенток с патологией соединительной ткани.

Изучая гинекологическую патологию у женщин с дисморфизмом соединительной ткани, следует подчеркнуть высокую частоту нарушения менструального цикла и дисменореи. Известно, что менструальная функция – чувствительный индикатор состояния общего и репродуктивного здоровья женщины. В основной группе нашего исследования, у 19% женщин менструальный цикл был нерегулярным, в контрольной группе – у 10,7% ( $p < 0,05$ ). При коррекции нарушений менструального цикла необходимо использовать не только гормональную терапию, хорошо поддается терапии негормональными методами лечения (физиотерапия, иглорефлексотерапия, грязе- и бальнеолечение, фитотерапия). Цикличность и физиология менструального цикла особенно уязвимы на фоне недостаточности эссенциальных микронутриентов (Громова О.А. Торшин И.Ю., 2012). Если причиной возникновения нарушения менструальной функции у конкретной пациентки лежит глубокий дефицит эссенциальных микронутриентов – даже гормональная терапия, как правило, малоэффективна, так как не убирает патогенетических причин возникших нарушений. Назначение витаминно-минеральных препаратов безопасно и востребовано нормальной физиологией репродуктивной системы. В группе женщин с диспластическими проявлениями у 30% определялся дефицит ионов магния. Наши исследования показали эффективность интеграции в программу лечения циклической витаминно- и минералотерапии препаратом Цикловита (Лиманова О.А., Лисицына Е.Ю., Грачева О.Н., Громова О.А., 2011).

Дисменорея является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний у девочек. Болезненные менструации в нашем исследовании отмечены в 60,4% случаев, что в 1,7 раза чаще, чем у женщин контрольной группы. Хорошо известно, что хронический болевой синдром способствует формированию аномалий личности – от легких невротических состояний до тяжелых психоподобных синдромов. Образ жизни, стрессы, экологические факторы, заболевания провоцируют гормональные нарушения, которые накладываются на естественные перепады, усугубляют общий гормонально-метаболический фон и формируют замкнутый круг. Разнообразие симптомов дисменореи определяется хронической соматической патологией, возникающей вследствие дисморфизма соединительной ткани, в том числе вегето-сосу-



дистыми и висцеральными проявлениями ДСТ. При выявлении дисменореи у пациенток с ДСТ диагностический комплекс необходимо расширить определением содержания магния в плазме крови или суточной моче, проведением УЗИ сердца, органов брюшной полости, консультацией терапевта и психолога. Базовой терапией дисменореи у таких пациенток должно быть комбинированное назначение антиоксидантов и препаратов, содержащих соли магния.

Это только некоторые примеры комплексного обследования и лечения гинекологической патологии у женщин с ДСТ.

**Выводы.** При ведении пациенток с ДСТ должна осуществляться преемственность на всех этапах оказания акушерско-гинекологической помощи. Наблюдение должно быть комплексным со специалистами различного профиля. Необходимо внедрить модель межведомственного и междисциплинарного взаимодействия всех структур, обеспечивающих влияние на репродуктивное здоровье.

**Резюме.** Ведение пациенток с дисплазией соединительной ткани должно включать диагностику заболевания, комплексное лечение с целью коррекции выявленных нарушений, профилактические мероприятия. Лечение гинекологической патологии у данной группы пациенток должно проводиться совместно со специалистами различного профиля с учетом диспластических особенностей пациентки.

Management of patients with connective tissue dysplasia should include diagnosis of the disease, complex treatment for the correction of violations, preventive measures. Treatment of gynecologic pathology in this group of patients should be carried out in conjunction with experts in various fields, taking into account the patient's dysplastic features.

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Грачева О.Н.

*Россия, г. Самара, ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ*

**Актуальность.** Отличительной особенностью дисплазии соединительной ткани (ДСТ) является разнообразность клинических симптомов, длительное прогредиентное течение, что способствует развитию заболеваний в акушерско-гинекологической практике. Принимая во внимание широкий диапазон проявлений ДСТ, независимо от непосредственной причины обращения пациента к врачу необходимо прогнозировать динамику течения заболевания и риск возможных осложнений.



**Цель исследования:** выработать программу комплексного обследования, дегестационной подготовки и превентивного лечения женщин с нДСТ, что позволит одновременно провести профилактические мероприятия, снизить гинекологическую заболеваемость и значительно улучшить исход беременности.

**Материал и методы исследования.** Основную группу составили 610 пациенток с признаками ДСТ в возрасте от 20 до 37 лет. Выяснялись анамнестические данные, состояние соматического профиля, проводилась оценка психологического статуса, внешних маркеров дисплазии соединительной ткани. Контрольную группу составили 100 женщин без дисплазии соединительной ткани.

Результаты анализа взаимосвязи наследственности, особенностей анамнеза, психологического статуса, характера питания женщин, физических нагрузок с ДСТ, полученные с высокой степенью статистической значимости, позволили выявить факторы риска и выработать принципы ведения пациенток с ДСТ. Наблюдение за пациентками должно начинаться до наступления у них беременности. Необходим тщательный и целенаправленный сбор анамнеза. При сборе анамнеза следует учитывать наличие ДСТ у родственников, время появления отдельных признаков и указания на прогрессивность их течения, наследственную отягощенность по случаям ранней или внезапной смерти, наличие сопутствующей врожденной и приобретенной патологии. Особое пристальное внимание акцентировать на возрасте менархе, пороках развития половых органов, аномалиях костного таза, невынашивания беременности, истмико-цервикальной недостаточности, преждевременных родах, несостоятельности рубца, случаях симфизита. Следует выяснить характер питания пациентки, приоритетные продукты в рационе, увлечение диетами, соблюдение постов. При промежутках между родами менее 2 лет риск рождения ребенка с ДСТ возрастает. При выявлении признаков ДСТ в детском возрасте по совокупности клинических проявлений, анамнестических данных, рождение ребенка с врожденным пороком развития, неблагоприятное протекание беременности: спонтанные аборт, выкидыши, мертворождение следует провести медико-генетическое консультирование. Выбор супруга по «генетическим предпочтениям». В связи с тем, что костные проявления дисплазии передаются потомству по аутосомно-доминантному типу и если проявления имеются у обоих родителей, то в каждом последующем поколении происходит их «накопление» в большем количестве случаев. Безусловно, риск ДСТ профилактируется при отказе от деторождения в браках с кровными родственниками.

Помимо планирования деторождения, следует учитывать риск вновь возникающих мутаций вследствие неблагоприятной экологической обстановки, производных вредностей пациентки, вредных привычек. В связи с чем, необходимо рациональное трудоустройство, гигиена труда, пропаганда здорового образа жизни, прекращение курения, отказ от приема алкогольных напитков, наркотических и психотропных веществ. Тренировка для лиц с ДСТ важна как для физического, так и для психического благополучия. Основной задачей тренировок является укрепление мышц спины, суставов, а также тре-



нировка сердечно-сосудистой системы. Регулярная умеренная тренировка важна для сохранения общего здоровья.

Необходима проведение исследования на наличие инфекционных заболеваний мочеполовой сферы, санация очагов хронической инфекции. При неблагоприятных воздействиях на организм повышается вероятность усиленного распада соединительной ткани и осложнений.

Проведенный нами анализ показал непреходящую важность различных микроэлементов, и прежде всего магния, обеспечивающих поддержку структуры соединительной ткани. Для определения дефицита магния следует предложить пациентке заполнить анкету, а при необходимости назначить лабораторное исследование с определением уровня магния в суточной моче или в сыворотке крови.

В обязанности врача входит проведение догестационной подготовки супругов, выбор оптимального срока зачатия, знание медицинских показаний к прерыванию беременности, рациональное трудоустройство беременных. С целью профилактики рождения ребенка с ДСТ необходимо целенаправленно проводить прегравидарную подготовку.

Конституция соединительной ткани имеет принципиальное значение для поддержания нормальной физиологии всех тканей организма. Врач первичного звена (акушер гинеколог, педиатр, терапевт) обязан дать пациенту с ДСТ обоснованные рекомендации по образу жизни, планированию деторождения и составить индивидуальный план лечебно-профилактических мероприятий.

**Резюме.** Принимая во внимание широкий диапазон проявлений дисплазии соединительной ткани, независимо от непосредственной причины обращения пациента к врачу необходимо прогнозировать динамику течения заболевания и риск возможных осложнений. Рекомендации, выработанные по результатам исследования, позволят своевременно провести диагностику прогностически важных состояний, профилактические мероприятия, выбрать верную тактику ведения пациентки, что, в итоге приведет к улучшению здоровья женщин и детей.

Given the wide range of manifestations of patients with connective tissue dysplasia, regardless of the immediate causes of the patient's treatment to the doctor is necessary to predict the dynamics of the disease and the risk of possible complications. The recommendations made by the study, allow for a timely diagnosis of prognostically important conditions, preventive measures, to choose the right tactics for the patient that will ultimately lead to better health for women and children.



# ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНА

Гречканев Г.О., Пономарева И.В., Мотовилова Т.М.

*Нижегородская государственная медицинская академия,  
Н. Новгород, Россия*

Хронический эндометрит (ХЭ) является одной из наиболее сложных для диагностики и лечения патологий, имеет несомненную медико-социальную значимость, поскольку является одной из важных причин бесплодия, неудачных попыток ЭКО, невынашивания беременности. Патогенез ХЭ сложен, есть данные о том, что его характеризуют в т.ч. нарушения в системе «перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита» (ПОЛ-АОСЗ), которые требуют коррекции.

**Целью исследования** было выявить изменения в системе «перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита» при ХЭ и установить возможности их коррекции.

Для выполнения поставленных в работе цели и задач обследовано 40 пациенток фертильного возраста с ХЭ, подтвержденным данными гистологического исследования (1 группа). Контролем (2 группа) служили 20 здоровых женщин.

Для оценки интенсивности свободно-радикального окисления использовался метод индуцированной хемилюминесценции сыворотки крови на приборе биохемилюминометре БХЛ-06 по показателю I max (максимальная интенсивность свечения), S (светосумма за 30 секунд), tg 2á; также изучали содержание молекулярных продуктов ПОЛ-диеновых конъюгатов (ДК), триеновых конъюгатов (ТК), оснований Шиффа (ОШ), активность антиоксидантных ферментов каталазы (Кат) и супероксиддисмутазы (СОД).

Статистическую обработку материала проводили с помощью пакетов прикладных программ Statistica 6.0, Biostat, Microsoft Excel.

Установлено, что I max был равен в 1-й группе  $0,26 \pm 0,02$  мВ/сек, что на 36,8% раза больше, чем во 2-й группе. Показатель S, соответственно составил  $1,12 \pm 0,003$  мВ/сек, что больше на 40% ( $p < 0,05$ ). Показатель tg 2á находился в среднем в 1-й группе на уровне  $0,47 \pm 0,01$ , т.е. был на 30,5% ( $p < 0,05$ ) выше, чем во 2-й группе. Исследования ДК в крови больных ХЭ показали, что их уровень составлял в среднем в первой группе  $0,253 \pm 0,005$  ед. опт. плот./мг ОЛ, что больше по сравнению со здоровыми женщинами на 39,7% ( $p < 0,05$ ). Содержание ТК у пациенток с эндометритом превосходило данный показатель в контрольной



группе на 22,2%, ОШ оказались в первой группе выше на 41,5%. Активность каталазы у больных, страдающих хроническим эндометритом, была ниже на 23,6%, СОД, соответственно на 13,6% ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у пациенток с ХЭ нами было выявлено значимое снижение активности антиоксидантных ферментов и интенсификация перекисного окисления липидов, что требует соответствующей коррекции.

С этой целью нами в амбулаторных условиях проводились внутриматочные орошения озонированной дистиллированной водой, приготовленной с использованием насыщающей концентрации озона 1 200 мкг/л озонородной смеси. Выбор данной концентрации был сделан в силу того, что высокая всасывающая способность слизистой полости матки позволяет оценивать этот метод как вариант системной озонотерапии, а для ее реализации названная концентрация давно и успешно апробирована в методике внутривенного введения озонированного физраствора. В результате проведения 5-дневного курса процедур (по 1 в день без интервалов), была отмечена нормализация исследуемых параметров.

Проведенные исследования позволили сделать выводы о необходимости воздействовать на ПОЛ у больных с ХЭ и возможности этого путем внутриматочной озонотерапии.

**Резюме.** Обследовано 40 пациенток с хроническим эндометритом и 20 здоровых женщин. Установлено снижение у них активности антиоксидантных ферментов и интенсификация перекисного окисления липидов. Для коррекции этих нарушений мы использовали озонотерапию в виде внутриматочных орошений озонированной дистиллированной водой. В результате был достигнута значительная коррекция ПОЛ

There were investigated 40 patients with chronic endometritis and 20 healthy women. Analysis of all lipid peroxidation (LP) products in patients' blood showed their level to be higher and antioxidant blood potential lower than the normal one. For the correction we used intrauterine irrigation by ozonized distilled water. As the result it was achieved significant effect in the correction of LP processes.



## КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НИЗКОДОЗИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Громова В.А., Ворохобина Н.В., Малыгина О.Ф.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

**Актуальность темы.** У женщин раннего постменопаузального периода манифестация заболеваний щитовидной железы приходится на менопаузальный период. На фоне гормональных сдвигов у женщин в климактерии с предрасположенностью к заболеванию щитовидной железы и в условиях йодного дефицита может происходить развитие и дальнейшее прогрессирование заболеваний щитовидной железы, нередко приводящих к гипотиреозу и дислипидемии. Комбинированная терапия низкодозированными формами эстрогенов в сочетании с прогестагенами в непрерывном режиме является патогенетически обусловленным способом методом коррекции климактерических расстройств, способных снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

**Цель:** определить влияние заместительной гормональной эстроген-гестагенной терапии на течение различных заболеваний щитовидной железы у женщин в постменопаузе и разработать методику подбора и показания к ее применению.

**Материал исследования:** Обследована 61 женщина в пре и постменопаузе с патологией щитовидной железы: диффузно-узловым нетоксическим зобом, узловым нетоксическим зобом, аутоиммунным тиреоидитом с гипотиреозом, компенсированным L-тироксинотерапией и в эутиреозе в возрасте от 45 до 58 лет. Длительность менопаузы составила от 1 года до 4-х лет. Контрольную группу составили 40 женщин без эндокринной патологии. Всем пациенткам с патологией щитовидной железы проводилась гормональная коррекция 1 мг 17 β эстрадиолом в сочетании 2 мг дроспиренона в течение 12 месяцев в постоянном режиме.

**Методы исследования:** В процессе исследования оценивался объективный статус больных, выяснялись жалобы и анамнез, проводился расчет индекса массы тела (ИМТ), а также расчет соотношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ). Степень тяжести климактерического синдрома оценивалась путем расчета менопаузального индекса Куппермана в модификации В.И. Кулакова (ММИ).

Всем женщинам проводился осмотр гинеколога, цитологическое исследование мазков на атипию, УЗ-сканирование органов малого таза, щитовидной железы, маммография.





Из лабораторных методов исследования проводились гормональный мониторинг (ЛГ, ФСГ, эстрадиол (Э2), тестостерон (Т), пролактин (Пр), прогестерон (Пг), свТ3, свТ4, ТТГ), оценка липидного профиля (Хс, ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, ТГ, КА), коагуляционный гемостаз (АПТВ, фибриноген, протромбин, МНО, протеин S, антитромбин-III). Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз оценивался при использовании индукторов агрегации АДФ-1,25 мкМ, АДФ-0,625 мкМ, АДФ-5мкМ, адреналином 5 мкМ

**Результаты исследования:** Было установлено преобладание среднетяжелых и тяжелых форм течения климактерического синдрома. После лечения отмечалось уменьшение проявлений климактерия, что подтверждалось достоверным снижением ММИ ( $p < 0,001$ ). На фоне лечения не выявлено увеличения ИМТ и соотношения ОТ/ОБ, отмечалось достоверное снижение уровней ЛГ, ФСГ и увеличение уровня Э2 и Пг ( $p < 0,001$ ), а также повышение свТ<sub>4</sub> (до лечения  $15,78 \pm 0,24$ ; после лечения  $16,93 \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$ ) и тенденцию к повышению свТ<sub>3</sub> (до лечения  $4,7 \pm 0,09$ , после лечения  $5,2 \pm 0,09$ ,  $p < 0,01$ ), уровень ТТГ существенно не изменился. Показаний к изменению доз тиреоидных препаратов у пациенток не было. После лечения препаратами эстрогенов в сочетании с прогестагенами отмечалось снижение уровня общего холестерина на 8% и ЛПНП на 6% ( $p < 0,001$ ). Изменений уровня ТГ не зафиксировано, уровниАПТВ, антитромбина III, протеина С находились в пределах границ лабораторных норм, достоверных различий сосудисто-тромбоцитарного гемостаза не выявлено.

**Выводы:** при отсутствии противопоказаний к назначению ЗГТ целесообразно положительно оценивать назначение низкодозированных форм эстрогенов в сочетании с прогестагенами для коррекции климактерических расстройств и дислипидемии у женщин пре и постменопаузального периода с заболеваниями щитовидной железы.

**Резюме.** При лечении 61 женщины в климактерии с заболеваниями щитовидной железы 1 мг эстрадиола и 2 мг дроспиренона в течение 12 месяцев отмечалось уменьшение приливов, снижение уровней ЛГ, ФСГ, увеличение уровней прогестерона и эстрадиола снижение ХС и ЛПНП ( $p < 0,001$ ). Изменений коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза на фоне лечения не выявлено. Отмечалось увеличение уровней свТ<sub>4</sub> и свТ<sub>3</sub>, уровень ТТГ значительно не изменился. Показаний к повышению доз L-тироксина у пациенток с гипотиреозом не было.

During the 12 months treatment of 61 thyroid diseases women in climacteric with 1 mg of estradiol and 2 mg of drospirenone were mentioned decreasing of hot flashes, levels of luteinizing hormone and FSH, increasing of progesterone and estradiol levels, decreasing of cholesterol and LDP ( $p < 0,001$ ). Coagulation and vascular-platelet hemostasis changes were no detected during the treatment. Were found out increasing of free thyroxin and free triiodothyronine. TSH level didn't change much. Indications for L- thyroxin dose increasing for patients with hypothyroidism weren't found.



## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Данильчук М.А., Куценко И.Г.

*ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Нередко перед клиницистом встает вопрос «Что делать?», когда у женщины в постменопаузе определяется объемное образование яичника диаметром 2–3 см. Ряд зарубежных специалистов (Wolf SI, 1990; Conway C, 1998; Goldstein SR, 1990; Miller RC, 1991) высказывают мнение, о возможности динамического наблюдения за женщинами постменопаузального периода при размерах объемного образования менее 5 см, без хирургического вмешательства. Вместе с тем, пик заболеваемости раком яичников приходится на период постменопаузы. Если у молодых женщин выявленные образования в яичниках являются злокачественными в 13% случаев, то в постменопаузе этот показатель составляет уже 45%.

**Цель исследования:** сравнить гистологическую структуру объемных образований яичников менее 5 см и более 5 см в диаметре у женщин в постменопаузе.

**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациенток гинекологической клиники СибГМУ, поступивших на оперативное лечение по поводу объемных образований яичников, длительность постменопаузы у которых составляла не менее 2-х лет. Анализ полученных результатов проводился с использованием программы SPSSVersion 20.

Общая характеристика группы: хирургическому лечению подверглись 93 женщины постменопаузального периода. Для достижения поставленной цели, группа была разделена. Основную группу составили 65 женщин с размерами объемных образований яичников по данным УЗИ менее 5 см, группу сравнения составили 28 пациенток с объемными образованиями яичников размером более 5 см. Средний возраст пациенток основной группы составил  $59 \pm 4$  года (от 51 до 82 лет), в группе сравнения –  $62 \pm 5$  лет (от 51 до 87 лет) ( $p=0,12$ ). В ранней постменопаузе (менее 5 лет) находились 21,5% женщин основной группы и 18% женщин группы сравнения ( $p=0,69$ ). В поздней постменопаузе (длительностью более 5 лет) находились 78,5% женщин основной группы и 82% женщины группы сравнения ( $p=0,69$ ).

**Результаты.** По результатам гистологического исследования в основной группе истинные доброкачественные опухоли были выявлены у 45 (69,3%) пациенток, опухолевидные образования у 11 (16,9%), опухолевидные процессы у 9 (13,8%) женщин. Согласно гистологической классификации в основной группе преобладали поверхностные эпителиально-стромальные опухоли – 71,1% (серозные цистаденомы), у 20% женщин выявлены опухоли



полового тяжа и стромальные (текомы – 11,1%, фибромы – 6,7%, гранулезоклеточные опухоли – 2,2%), у 8,9% – герминогенные опухоли яичников (зрелые кистозные тератомы). Опухоловидные образования были представлены параовариальными кистами – 72,7% и фолликулярными кистами яичников – 27,3%. Опухоловидные процессы были представлены стромальным гипертекозом яичника, стромальной гиперплазией яичника, фиброматозом.

В группе сравнения истинные доброкачественные опухоли были обнаружены у 23 (82,1%) пациенток, опухоловидные образования – у 4 (14,3%). Опухоловидных процессов в группе сравнения выявлено не было. Рак яичников диагностирован у 1 женщины (3,6%). В группе сравнения, как и в основной группе, преобладали поверхностные эпителиально-стромальные опухоли яичников – 49,9% (серозные цистаденомы – 37,4%, муцинозные цистаденомы, которые не встречались в основной группе – 12,5%), чаще встречались опухоли полового тяжа и стромальные (33,4%) (текомы – 25%, гранулезоклеточные опухоли – 8,4%), герминогенные опухоли яичников (12,5%) (зрелые кистозные тератомы). Опухоловидные образования были представлены фолликулярными кистами.

**Выводы:** Вне зависимости от размеров, структура объемных образований яичников у женщин постменопаузального периода была представлена истинными опухолями (как доброкачественными, так и злокачественными), опухоловидными образованиями и опухоловидными процессами. Истинные доброкачественные опухоли яичников достоверно реже определялись у женщин с объемными образованиями яичников менее 5 см ( $p=0,01$ ). Среди истинных доброкачественных опухолей преобладала серозная цистаденома. У женщин с объемными образованиями яичников менее 5 см злокачественные опухоли не выявлены. Пограничные опухоли в группе исследования не выявлены.

**Резюме.** Вне зависимости от размеров, структура объемных образований яичников у женщин постменопаузального периода была представлена истинными опухолями (как доброкачественными, так и злокачественными), опухоловидными образованиями и опухоловидными процессами. Истинные доброкачественные опухоли яичников достоверно реже определялись у женщин с объемными образованиями яичников менее 5 см ( $p=0,01$ ). Среди истинных доброкачественных опухолей преобладала серозная цистаденома. У женщин с объемными образованиями яичников менее 5 см злокачественные опухоли не выявлены. Пограничные опухоли в группе исследования не выявлены.

The structure of ovary neoplasms in postmenopausal women was represented by true tumors (benign and malignant), tumor-like neoplasms and tumor-like processes regardless of the neoplasms size. True benign ovarian tumors were detected more rarely in women with ovary neoplasms less than 5 cm. Serous cystadenoma prevailed among true benign tumors. Malignant tumors were not identified in women with ovarian neoplasms less than 5 cm. Borderline ovarian tumors in the study group were not identified.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ МИОМЕТРИЯ

Девицкий А.А.

Москва, 1-й МГМУ им. Сеченова

На основании результатов гистологического строения опухоли, полученных при хирургическом лечении 72 пациенток, страдающих миомой матки, проведен ретроспективный анализ  $V_{\max}$ ,  $V_{\min}$ ,  $V_{\text{mean}}$ , PI, IR, объемного кровотока (Vvol) обеих маточных артерий, индекса артериальной перфузии (ИАП), являющегося отношением суммарного Vvol к объему матки, а также васкуляризации индекса (VI), индекса потока (FI) и васкуляризации-потокowego индекса (VFI). Все оперированные больные разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациентки с опухолями, имеющими низкую степень пролиферативного процесса (простая миома), которых было 67 (93,1%) человек. 2 группу составили 5 (6,9%) женщин с опухолью, обладающей высокой степенью пролиферативного процесса, в том числе злокачественными.

Возраст оперированных женщин с доброкачественными опухолями колебался от 23 до 56 лет (med 42 года) и злокачественными – от 37 до 54 лет (med 41 год). Простая миома как единичный узел обнаружен у 14 (20,9%) больных, два узла – также у 14 (20,9%) и множественные узлы – у 39 (58,2%) больных. Опухоли, входящие во 2 группу, были множественными у 4 (80,0%) больных и единичный узел интерстициально-субмукозной локализации, исходящий из задней стенки диагностирован у 1 (20,0%) женщины. Минимальный средний диаметр простой миомы был 12 мм (субмукозной локализации), максимальный – 90 мм (med 35 мм) и среди опухолей с высокой пролиферативной активностью минимальный средний диаметр составлял 30 мм (интерстициально-субмукозный), а максимальный – 95,5 мм (med 38 мм). Все удаленные опухоли были неоднородной структуры. Дегенеративные изменения обнаружены в 24 (35,8%) узлах 1 группы и в 1 (20,0%) – 2 группы. При цветовом картировании в обеих группах преобладал смешанный тип васкуляризации опухолей: в 1 группе он выявлен в 54 (80,6%) случаях и во 2 группе – в 4 (80,0%). Во 2 группе в 1 (20,0%) узле выявлен только внутриопухольевый кровоток. В доброкачественных опухолях минимальный IR был 0,40, максимальный – 0,80 (0,56±0,09) и  $V_{\max}$  в сосудах узла колебалась от 5 до 63 см/с со средним значением 18,0 см/с. В опухолях с высокой степенью пролиферативных процессов интервал IR составлял 0,30–0,64 (0,49±0,11) с  $V_{\max}$  от 22 до 45 см/с (med 33,2 см/с). Все скоростные показатели маточных артерий, в том числе их диаметр, индексы периферического сопротивления, объемный кровоток, а также потоковый и васкуляризации-потокowego индекс не имели достоверного отличия ( $p>0,05$ ) между характером опухоли.



Васкуляризационный индекс доброкачественных опухолей имел колебания от 1,4% до 6,7% со средним значением 3,0%, в то время как среди пациенток 2 группы диапазон оказался гораздо шире, от 0,4% до 44,0% со средним значением 7,6% ( $p < 0,05$ ). Другим доплерографическим параметром, который достоверно ( $p < 0,05$ ) отличался в опухолях с высоким уровнем пролиферативных процессов, оказался индекс артериальной перфузии со средним значением 0,031 и диапазоном 0,028–0,037. Опухоли с низкой степенью пролиферации имели среднее значение ИАП 0,014 с диапазоном от 0,001 до 0,029.

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ЗА 23-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.

*ФГБУ Поликлиника Управления делами Президента РФ, Москва  
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России*

**Введение.** Диагностика различных неопластических процессов имеет важное практическое значение, поскольку нередко они являются причиной кровотечений, бесплодия, а доброкачественные образования в значительном числе случаев могут подвергаться злокачественной трансформации.

**Цель исследования.** Оценка изменения частоты встречаемости различных неопластических процессов эндометрия за длительный период наблюдения.

**Материал и методы.** Проведен анализ частоты встречаемости неопластических процессов в одной из ведомственных поликлиник г. Москвы за 23-летний период наблюдения. Длительность первого этапа наблюдения составила 10 лет и второго 12 лет. Число прикрепленных к поликлинике на первом и втором этапах наблюдения было приблизительно одинаковым и составило соответственно 14800 и 14750 женщин. Неопластические процессы в основном диагностировались при проведении ультразвукового исследования, а также на основании клинических проявлений заболевания и при оперативных вмешательствах, проведенных по другому поводу. Верификация результатов во всех случаях производилась на основании морфологического исследования.

**Результаты.** Выполненные исследования показали, что на первом этапе наблюдения железисто-кистозная гиперплазия встретилась в 41,6%, ати-



пическая – в 1,1%, железисто-кистозные полипы – в 22,5%, железисто-фиброзные полипы – в 29,7%, фиброзные – в 0,2%, аденоматозные – в 0,4%, рак эндометрия – в 4,4%. На втором этапе наблюдения частота выявления патологических процессов была следующая: железисто-кистозная гиперплазия – в 13,7%, атипическая – в 1,2%, железисто-кистозные полипы – в 8,6%, железисто-фиброзные полипы – в 65,4%, фиброзные – в 4%, аденоматозные – в 2,3%, рак эндометрия – в 4,6%.

**Выводы.** Из представленных данных следует, что наиболее частой патологией эндометрия на первом этапе наблюдения являлась железисто-кистозная гиперплазия и на втором – железисто-фиброзные полипы. Наряду с этим было отмечено, что на втором этапе наблюдения по сравнению с первым отмечалось значительное увеличение встречаемости железисто-фиброзных, аденоматозных и фиброзных полипов и уменьшение железистой гиперплазии и железисто-кистозных полипов. В то же время частота выявления атипической гиперплазии и рака эндометрия оставалась приблизительно на одном и том же уровне.

## ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

**Дзюбий Т.И., Раскин Г.А., Протасова А.Э., Цыпурдеева А.А.**

*Городская поликлиника №109, Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербургский государственный университет, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта СЗО РАМН Санкт-Петербург, Россия*

Иммуноцитохимический (ИЦХ) метод определения экспрессии молекулярных маркеров эндометрия на клеточном уровне приобретает все большее практическое значение. Иммуноцитохимия не требует больших временных затрат, выполняется быстро в течение 2–3 ч. В целях повышения информативности цитологического исследования применяется метод жидкостной цитологии, при котором аспирированный эндометрий вносят в транспортную среду накопления и затем центрифугируют ее для концентрации малого количества клеток в одном миниполе на стекле.

При ИЦХ исследовании эндометрия определяется экспрессия стероидных гормонов (эстрогена и прогестерона); маркера клеточной пролиферации Ki-67; антионкогенов PTEN, участвующего в контроле клеточной адгезии, и p53, транскрипционного фактора, участвующего в негативном контроле клеточного цикла и апоптозе; маркера плазматических клеток CD138 (показателя воспалительного процесса эндометрия).



**Целью исследования** являлось изучение возможностей использования иммуноцитохимического исследования с целью дифференциальной диагностики патологических процессов и раннего выявления рака эндометрия.

**Материал и методы.** В исследование было включено 204 женщины. Средний возраст пациенток составил  $39 \pm 2$  года. Всем больным проводились: сбор анамнеза, трансвагинальное УЗИ, аспирация эндометрия, цитологическое исследование методом жидкостной цитологии с последующим иммуноцитохимическим исследованием.

Забор материала из полости матки осуществляли методом аспирации эндометрия пайпелом или шприцем-аспиратором в амбулаторных условиях, что не требовало расширения цервикального канала и анестезиологического пособия. Эндометрий помещался в транспортную среду, обрабатывался на цитоцентрифуге Cytospin 4. Полученные цитопрепараты окрашивались гематоксилином и эозином. Оценивалась цитологическая картина  $\wedge 20\ 000$  клетках, после чего формировались 6 цитопрепаратов, соответствующих числу используемых антител (рецепторов эстрогена и прогестерона, PTEN, p53, Ki67, CD138).

**Результаты.** При иммуноцитохимическом исследовании выраженная экспрессия PTEN выявлялась в следующих группах женщин: у здоровых 100%, при воспалительных процессах 96–98%, при железистой гиперплазии эндометрия 94–96%. Уровень экспрессии PTEN у больных с атипичической гиперплазией эндометрия составил 77%. Наименьшие уровни экспрессии PTEN отмечены у больных с подозрением на аденокарциному 6–9% (негативная реакция).

При проведении иммуноцитохимических реакций с антителами к стероидным рецепторам (эстрогена и прогестерона) отмечалась значительная вариабельность показателей. Высокая экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона наблюдалась при различных видах железистой гиперплазии эндометрия.

В 28 случаях (13,7%) выявлены плазматические клетки (маркер CD138), что соответствовало воспалительной цитологической картине.

Усиление экспрессии маркеров Ki67 и p53 отмечалось у 16 пациенток (7,8%) с атипичической гиперплазией эндометрия и 10 больных (4,9%) с подозрением на аденокарциному.

**Выводы.** Таким образом, иммуноцитохимическое исследование эндометрия расширяет возможности проведения дифференциальной диагностики патологических процессов эндометрия, раннего выявления предопухолевых и опухолевых его заболеваний, своевременного назначения патогенетического лечения. Антионкоген PTEN является важным, перспективным прогностическим маркером, легко оценивается, но методики его определения требуют последующего изучения. Исследование эндометрия методом жидкостной цитологии с последующим иммуноцитохимическим исследованием целесообразно проводить независимо от возраста женщины и состояния менструальной функции с целью дифференциальной диагностики патологических процессов эндометрия и назначения патогномоничного лечения. Метод позволяет значительно снизить показания к гистероскопии и разделенному диагностическому выскабливанию.



**Резюме.** Показана целесообразность использования иммуноцитохимического исследования с целью дифференциальной диагностики патологических процессов и раннего выявления рака эндометрия. У 204 женщин определялись экспрессия рецепторов эстрогена и прогестерона, антионкогенов PTEN, участвующего в контроле клеточной адгезии, и p53, транскрипционного фактора, участвующего в негативном контроле клеточного цикла и апоптозе; маркеров клеточной пролиферации Ki-67 и плазматических клеток CD138 (показателя воспалительного процесса эндометрия).

The expediency of using immunocytochemical studies for the differential diagnosis of pathological processes and early detection of endometrial cancer was proved. 204 women have determined the expression of estrogen receptor and progesterone, anti-oncogenes PTEN, involved in the control of cell adhesion, and p53, a transcription factor involved in the negative control of the cell cycle and apoptosis, cell proliferation marker Ki-67 and plasma cell CD138 (indicator of inflammation of endometrium).

## ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НОВОГО 4-ГО ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Дробченко С.Н.<sup>1</sup>, Марголин О.<sup>2</sup>

1 – ЗАО «Биоград», Санкт-Петербург, Россия,

2 – Alere Medical Co Ltd, Япония

Тесты 3-го поколения, к которому относятся большинство выпускаемых экспресс-тестов, не позволяют определять раннюю стадию инфицирования ВИЧ, так называемый период серонегативного окна. Период серонегативного окна может длиться от нескольких дней до 13 месяцев после инфицирования. Именно на эту стадию приходится пик концентрации вируса в крови, когда организм еще не выработал антитела к вирусу. Поэтому вероятность передачи ВИЧ-инфекции на этой стадии выше, чем на последующих этапах, до развития выраженной иммуносупрессии. Для принятия решения о применении антиретровирусной терапии во время родов по результатам экспресс-теста, особенную важность приобретает сокращение серонегативного окна. Так как вероятность вертикальной передачи ВИЧ-инфекции при родах будет наиболее высокой именно на ранней стадии инфицирования. Именно поэтому компанией Alere были разработаны инновационные тесты на ВИЧ 4-го поколения – экспресс-тест Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo (Alere, Япония).

ИХА экспресс-тест на ВИЧ 4-го поколения Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo выявляет ВИЧ-инфекцию в ранней стадии, еще до появления антител. Данный экспресс-тест определяет наличие как антител, так и антигена p24





ВИЧ. Высокая точность теста подтверждена испытаниями на тысячах образцов. В данной работе описаны результаты исследования образцов сероконверсионных панелей первыми в мире экспресс-тестами 4-го поколения Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo.

**Методы:** Исследования были проведены на сероконверсионной панелях: панель Zeptometrix (BCP) 6246, США и 33 панели BBI, США. Тесты Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo, производства корпорации Alere, Япония, выпускаются в формате тест-карт – по 10 тест-полосок, герметично упакованных в фольгу. Для проведения анализа отделяли одну тест-полоску от тест-карты, удаляли защитную фольгу с тест-полоски и наносили 50 мкл образца. Результат проявлялся в виде окрашенных полос в зоне результата через 20 минут. Если антиген p24 ВИЧ присутствовал в образце, красная линия появлялась в области окна антигена (Ag). При наличии в образце антител к ВИЧ-1, ВИЧ-1 группы 0 и/или ВИЧ-2 проявлялась красная полоса в области окна антител (Ab). Во всех образцах появлялась контрольная полоса в области Control.

**Результаты.** На панели BCP тест Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo сначала определял наличие антигена p24, при этом полоса антигена выявлялась слабой, затем интенсивность полосы антигена росла (15,16 образец) и начиная с 16 образца появлялась слабая полоса антител. Далее интенсивность полосы антител возрастала, а полоса антигена исчезала полностью. Тесты 3-го поколения на данной панели определяли ВИЧ, начиная с 16 образца, когда появлялась слабая полоса антител. Тесты 3-го поколения не определяли ВИЧ-положительные образцы 14 и 15, на которые приходится наибольшая концентрация вируса в крови. На образцах данной панели применение теста 4-го поколения позволило выявить ВИЧ на 7 дней раньше. На 10 панелях BBI тест Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo определял ВИЧ инфекцию, начиная с одного и того же образца, что и тест 3-го поколения и на 23 панелях опережал тест 3-го поколения на 2–20 дней. Тест показал совпадение результатов при исследовании различных видов образцов (сыворотка, плазма, цельная кровь), получаемых от одних и тех же ВИЧ-положительных пациентов.

**Выводы.** Тесты 4-го поколения Alere Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo, чувствительность 100%, специфичность по антигену 99,66%, способны выявлять ВИЧ-инфекцию на ранней стадии, еще до появления определяемых титров антител. Это особенно важно, поскольку наибольший риск передачи ВИЧ приходится именно на раннюю стадию. Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo дифференцирует выявление антигена ВИЧ p24 и антител к ВИЧ в одном анализе, что позволяет определить статус каждого из маркеров. Тесты Детермин зарегистрированы Росздравнадзором, имеют CE-марку, разрешены FDA для использования в США. По результатам испытаний и инспекций производства включены в список превалифицированных диагностических продуктов ВОЗ. Поставляется в рамках программ ВОЗ, ЮНИСЕФ, Глобального Фонда. 56% от объема закупок Глобального фонда и 87% закупок ВОЗ составляют экспресс-тесты Determine™ HIV-1/2 (выявляют антитела к ВИЧ) и Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo (выявляют антитела и антиген p24).



**Резюме.** Описаны результаты исследования образцов сероконверсионных панелей первыми в мире экспресс-тестами 4-го поколения Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo. На 10 панелях BBI тест Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo определял ВИЧ инфекцию, начиная с одного и того же образца, что и тест 3-го поколения Determine™ HIV-1/2 и на 23 панелях опережал тест 3-го поколения на 2–20 дней.

The results of the study samples seroconversion panels the world's first rapid test 4th generation Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo. 10 panels BBI Determine™ HIV-1/2 Ag/Ab Combo defined HIV infection, since one and the same sample and test 3rd -generation Determine™ HIV-1/2 and 23 panels ahead 3rd – generation for 2–20 days.

## РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕВОЧЕК К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ

Елгина С.И.

*Кемерово. Кемеровская государственная медицинская академия*

Проблема невынашивания беременности является одной из актуальных в акушерстве и неонатологии. Она становится особенно актуальной при регистрации детей с экстремально низкой массой тела.

Репродуктивная система недоношенных новорожденных девочек клинически ни чем себя не проявляет при рождении. Но в более поздних периодах жизни может стать причиной тяжелых репродуктивных потерь.

В многочисленных исследованиях на морфологическом материале показано, что при невынашивании беременности изменяются органомерметрические параметры и гистологическая структура органов репродуктивной системы [1, 2, 3, 4, 5]. Однако функциональные показатели системы репродукции недоношенного ребенка к моменту рождения остаются недостаточно изученными.

**Цель исследования:** оценить состояние репродуктивной системы недоношенных новорожденных девочек в сравнении с доношенными здоровыми новорожденными девочками.

Обследованы: 33 недоношенные новорожденные девочки и 50 доношенных здоровых девочек. Клиническое обследование новорожденных проводилось по единому общепринятому стандарту, включая антропометрическое измерение, лабораторное (гормональное) исследование путем иммуно-ферментного анализа, системный анализ полученных показателей.

По возрасту женщин группы были сопоставимы, средний возраст беременных – соответственно  $25,50 \pm 4,45$  и  $24,00 \pm 4,50$  ( $p=0,138$ ) года. Средний гестационный срок недоношенных плодов – 32 (28–36) недели. Однако недо-



ношенные девочки чаще рождались в неполных семьях, среди соматической патологии матери значимо чаще встречались заболевания дыхательной системы и ЛОР-органов. Беременность и роды протекали с осложнениями. Наиболее частыми осложнениями беременности были угроза прерывания, ХГП, ФПН. В родах – дородовое излитие околоплодных вод.

Матери недоношенных девочек чаще являлись носителями хронических инфекций, перенесли ОРВИ во время беременности, анемию, кольпит.

Все недоношенные новорожденные девочки родились больными с высокой долей перинатального поражения ЦНС.

Критериями оценки репродуктивной системы явились лабораторные показатели гонадотропно-гонадной оси (ФСГ, ЛГ, ХГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон) и тиреотропно-тиреоидной (ТТГ, трийодтиронин (Т<sub>3</sub>), тироксин (Т<sub>4</sub>)).

Для оценки зрелости репродуктивной системы предстояло ответить на следующие вопросы:

Являются ли гормоны новорожденных собственными (различия с материнскими)?

Имеются ли половые различия в гормонах?

Есть ли зависимость от функции плаценты (корреляции с ХГ)?

Сформированы ли отношения между тропными и гормонами периферических желез?

У доношенных здоровых новорожденных девочек установлено: что содержание гонадотропно-гонадных гормонов статистически значимо отличается от материнских (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

Имеются статистически значимые половые различия в содержании ФСГ и ЛГ (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

Гонадотропно-гонадная система у доношенных новорожденных девочек функционирует независимо от плаценты (корреляции со статистическими данными будут на слайде).

Тиреотропно-тиреоидная система: Все тиреотропно-тиреоидные гормоны новорожденных девочек отличаются от материнских (столбиковые диаграммы со статистическими данными на будут слайде).

Обнаружены половые различия в содержании ТТГ.

Половые различия в содержании гормонов щитовидной железы, также как и гонад, отсутствуют (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

Отсутствуют корреляции между ФСГ, ЛГ гормонами и половыми гормонами, ТТГ и гормонами щитовидной железы. Взаимоотношения между гипофизом и периферическими железами у доношенных здоровых новорожденных девочек не сформированы (корреляции со статистическими данными будут на слайде).

Таким образом: репродуктивная система здоровых доношенных девочек на момент рождения имеет свои собственные гормоны, отличающиеся от материнских по величине, не зависит от функции плаценты и функционально готова к постнатальному периоду. Взаимоотношения между гипофизом и периферическими железами не сформированы.



Исследование функционального состояния репродуктивной системы недоношенных девочек показало, что содержание гонадотропных и половых гормонов у недоношенных девочек статистически значимо не отличается от материнских (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

Половые различия в содержании гонадотропных и половых гормонов у недоношенных новорожденных девочек отсутствуют (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

Установлена зависимость гонадотропно-гонадной системы от плаценты (корреляции со статистическими данными будут на слайде).

Все гормоны тиреотропно-тиреоидные недоношенных новорожденных девочек так же как гонадотропно-гонадные не отличаются от материнских (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

Половые различия в содержании тиреотропного и тиреоидных гормонов у недоношенных новорожденных девочек отсутствуют (столбиковые диаграммы со статистическими данными будут на слайде).

У недоношенных новорожденных девочек не сформированы связи между фетальным гипофизом и периферическими железами (корреляции со статистическими данными будут на слайде).

Таким образом: репродуктивная система недоношенных новорожденных девочек не является самостоятельной, зависит от функции плаценты. Взаимоотношения в системе гипофиз – периферические железы у недоношенных девочек не сформированы.

В целом, гонадотропно-гонадная система у недоношенных новорожденных девочек не готова к физиологическому становлению в постнатальном периоде.

У недоношенных новорожденных девочек высоки риски репродуктивных потерь в более поздних периодах жизни. Уменьшить их можно было бы в системе мониторинга за становлением репродуктивной системы в постнатальном периоде с момента рождения недоношенной девочки. Нами таковой мониторинг предлагается.



## СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ И САНАТОРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ – ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**Жаркин Н.А., Остапенко И.А.**

*Волгоградский государственный медицинский университет.  
Волгоград. Россия*

В условиях проводимых преобразований в здравоохранении стационар-замещающие технологии приобретают все большую актуальность вследствие медико-социальной предпочтительности. В женской консультации ГУЗ «Клинический родильный дом №2» г. Волгограда, являющейся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ВолгГМУ и рассчитанной на 200 посещений в смену, дневной стационар организован 5 лет назад. Мощность стационара составляет 5 коек, работающих в 2 смены.

Стационар имеет 2 входа, один из которых совмещен с предоперационной и операционной, предназначенной для проведения малых гинекологических операций. Динамика выполнения плановых показателей убедительно показывает, что стационар востребован, о чем свидетельствует заполняемость коек во все сезоны года. Сменная работа позволяет разделить потоки беременных (1-я смена) и гинекологических больных (2-я смена). В 2013 году работа койки составила 368, а оборот – 109,6 дней. Средняя длительность пребывания на койке составила 4,4 дня.

Преобладающим контингентом дневного стационара являются беременные, которые составляют более 60% от всех пролеченных в стационаре пациенток ежегодно. Наиболее часто госпитализируются пациентки с угрозой прерывания для токолиза, ранним токсикозом, истмико-цервикальной недостаточностью для подготовки к введению акушерского пессария, для профилактического лечения после ВРТ и др.. Целенаправленная работа по снижению числа хирургических абортс привела к сокращению их в дневном стационаре за 3 года в 6 раз.

Эффективность лечения беременных в дневном стационаре оказалась более 95%. Помимо этого выявлены дополнительные положительные результаты в виде удовлетворенности беременных отсутствием необходимости изоляции в стационаре круглосуточного пребывания, минимизация риска инфицирования ВБИ, освобождение коек стационара круглосуточного пребывания для гинекологических больных, требующих оперативного лечения. Наличие физиотерапевтического кабинета позволяет в период пребывания в дневном стационаре получать физиопроцедуры прямо на месте.

Показаниями для госпитализации гинекологических больных явились воспалительные заболеваниями органов малого таза, реабилитация после оперативных вмешательств, а также необходимость проведения малых гинекологиче-



ческих операций. Наличие в дневном стационаре операционной с возможностью общего обезболивания позволяет проводить широкий спектр амбулаторных оперативных вмешательств: диагностическую и лечебную гистероскопию, биопсию тканей, полипэктомии, деструктивные вмешательства на шейке матки. В перспективе внедрение лазерных технологий позволит лечить в амбулаторных условиях пациенток с инконтиненцией и пролапсами.

Использование физиотерапевтических и бальнеологических процедур позволяет осуществлять принцип демедикализации как во время беременности, так и у гинекологических больных. Благодаря внедрению санаторных технологий в условиях дневного стационара имеется возможность достижения снижения спайкообразования и болевого синдрома, тем самым повышения качества жизни после операции. В кабинете ФТЛ безусловно подавляющим контингентом являются гинекологические больные. Имеется возможность проведения электролечения, магнитотерапии, ультразвуковой терапии, полостного электрофореза, лазеротерапии, электросна и др..

В 2013 году в работу физиотерапевтического кабинета внедрены технологии бальнеолечения нативной лечебной грязью и рапой известного озера Эльтон. За 6 месяцев этими технологиями пролечены 56 человек с положительными результатами.

В условиях дефицита финансирования активная работа дневного стационара женской консультации имеет заметную экономическую целесообразность как для пациенток, так и для ЛПУ.

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО

**Захаров И.С., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А.,  
Ван Вай-Чен, Мигаль О.В., Архарова О.М.**

*Кемерово, Кемеровская государственная медицинская академия,  
Медицинский центр «Элигомед»*

По данным проведенных исследований (Аверкиева Ю.В., Раскина Т.А. 2010, 2012) в городе Кемерово у женщин 50-и лет и старше частота переломов бедра составляет 335,96 на 100 000 населения, частота переломов дистального отдела предплечья – %21,6 на 100 000 населения и частота переломов позвонков – 21,29 на 100 000 населения. Переломы дистального отдела предплечья и бедренной кости у женщин встречаются достоверно чаще, чем у мужчин.



Изучение распространенности остеопороза, на основании оценки частоты низкоэнергетических переломов является доступным, но недостаточно чувствительным методом. При выявлении остеопороза методом рентгеновской денситометрии, переломы возникают не более чем в 40% случаев (Schuit S.C.E., et al., 2004; Sornay-Rendu E., et al., 2005).

Распространенность остеопороза имеет региональные особенности и зависит от популяционных, географических характеристик, а так же прочих экзогенных факторов. В связи с этим, изучение региональной распространенности остеопороза методом рентгеновской денситометрии у женщин города Кемерово в возрасте 50-ти лет и старше является актуальным.

**Цель исследования.** Проведение анализа частоты остеопороза у женщин города Кемерово в возрасте 50-ти лет и старше.

**Материалы и методы исследования.** Сотрудниками Кемеровской государственной медицинской академии и медицинского центра «Элигомед» был проведен ретроспективный анализ 1284 исследований двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии за период 2007–2013 гг. Денситометрия проводилась женщинам европеоидной расы 50-летнего возраста и старше, проживающим в городе Кемерово не менее 10 лет. В исследовании использовался рентгеновский костный денситометр Lunar-DPX-NT. Областями интереса явились: поясничные позвонки L1–L4 и проксимальный отдел бедренной кости. Оценка минеральной плотности кости осуществлялась с учетом рекомендаций ВОЗ (1994 г.) и Международного общества по клинической денситометрии (2007 г.). У женщин 50-ти лет и старше рекомендуется использовать Т-критерий – количество стандартных отклонений (SD) выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых людей. Обследуемые были распределены на возрастные группы: I группа – женщины 50–59 лет (n=642); II группа – 60–69 лет (n=468); III группа – женщины 70 лет и старше (n=174).

**Результаты и обсуждение.** В общей группе женщин в возрасте 50-ти лет и старше Т-критерий в пределах от -1 до -2,5 SD был у 41,9% пациенток, Т-критерий -2,5 SD и ниже был у 19,5%.

В возрасте от 50 до 59 лет Т-критерий от -1 до -2,5 SD определялся у 39,4% женщин, Т-критерий ниже -2,5 SD отмечался – у 13,6%, в группе 60–69 лет Т-критерий от -1 до -2,5 SD выявлен у 38,3%, а Т-критерий ниже -2,5 SD – у 24,4% пациенток и в группе 70 лет и старше Т-критерий от -1 до -2,5 SD определялся у 58,6%, Т-критерий ниже -2,5 SD – у 30,5% обследуемых.

Таким образом, у жительниц города Кемерово, находящихся в возрасте 50-ти лет и старше, остеопения наблюдалась у 41,9%, остеопороз – у 19,5%. При этом, с увеличением возраста, процентное соотношение смещалось в сторону остеопороза. После 70-летнего возраста остеопороз был диагностирован у каждой третьей женщины.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой распространенности остеопороза среди жительниц города Кемерово, находящихся в возрасте 50-и лет и старше, что требует активных мероприятий по проведению своевременной диагностики данного заболевания и профилактики возможных переломов.



**Резюме.** В представленной работе показана частота остеопороза у женщин в постменопаузе. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте остеопоротических изменений у женщин 50-и лет и старше. После 70-летнего возраста остеопороз был диагностирован у каждой третьей пациентки. Изучение частоты остеопороза позволит подчеркнуть медицинскую, социальную и экономическую значимость данной проблемы.

The present work shows the frequency of osteoporosis in postmenopausal women. The data indicate a high frequency of osteoporotic changes in women 50 years and older. After 70 years of age osteoporosis was diagnosed in every third women. Studying the frequency of osteoporosis will highlight medical, social and economic importance of this problem.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ЗОЭЛИ» У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Захарова В.Е., Гонзюсь С.Н., Кулиш Ю.Б.

МАО «Перинатальный центр», Новороссийск, Россия

**Актуальность:** Аборт у женщин в позднем репродуктивном возрасте чаще сопровождается осложнениями, влечет за собой более тяжелое течение предменструального и климактерического синдрома.

**Целью настоящего исследования** было оценить эффективность, безопасность и приемлемость микродозированного препарата «Зоэли» у данной категории женщин.

**Материал и методы.** «Зоэли» – инновационный микродозированный пероральный контрацептив, содержащий гормоны (17β-эстрадиол, идентичный натуральному эстрогену, который вырабатывается в организме женщины и высокоселективный прогестаген с периодом полувыведения 46 часов), имеющий новую схему применения 24±4. Таким образом, при его приеме сокращается безгормональный интервал с 7 до 4 дней, что уменьшает колебания гормонального уровня, повышает контрацептивный эффект, улучшает переносимость и приемлемость этого метода контрацепции, а также способствует уменьшению пролиферативных процессов в органах-мишенях.

В группу исследования были включены 73 женщины в возрасте 38–48 лет (средний возраст составил 42±1,4 года), не курящих, не имеющих противопоказаний для использования КОК, не использовавших гормональные контрацептивы в течение последних 6 месяцев.





Перед назначением «Зозли» всем пациентам проведено общеклиническое, лабораторные исследования. В результате обследования у 45 женщин (61%) была выявлена анемия, средняя масса тела составила  $68,3 \pm 4,1$  кг.

Динамическое наблюдение проводилось до приема «Зозли», через 3 и 6 месяцев. За период наблюдения не было зарегистрировано ни одного случая беременности, что свидетельствует о 100% контрацептивной эффективности препарата.

**Результаты.** Существенных изменений массы тела на фоне приема препарата «Зозли» отмечено не было ( $67,4 \pm 4,6$  кг). При исследовании липидного спектра крови до начала приема контрацепции все показатели были в норме. Через 6 месяцев уровень триглицеридов не изменился (до –  $0,86 \pm 0,38$  ммоль/л, после –  $0,84 \pm 0,41$ ); произошло увеличение показателей ЛПВП, обладающих антиатерогенным эффектом (до приема  $1,60 \pm 0,32$  ммоль/л, через 6 месяцев  $1,87 \pm 0,19$ ) и снижение ЛПНП, обладающих атерогенным эффектом (до  $2,89 \pm 0,18$  ммоль/л, через 6 месяцев –  $2,81 \pm 0,21$ ). Отмечено небольшое снижение уровня общего холестерина (до –  $4,78 \pm 0,17$  ммоль/л, после –  $4,50 \pm 0,28$ ). Таким образом, анализ липидного спектра показывает о снижении риска атерогенеза.

Изменение глюкозы крови до начала приема препарата и через 6 месяцев (соответственно  $4,4 \pm 0,3$  ммоль/л и  $4,0 \pm 0,2$ ) были незначительны. Изменения АД отмечено не было.

Препарат «Зозли» оказал регулирующее влияние на менструальный цикл, который в среднем составил  $28 \pm 2$  дня. Уменьшилось количество дней менструации с 6 до 3,8. Уменьшение менструальной кровопотери отметили все 24 женщины (100%), имевшие до начала приема препарата обильные менструации. У всех женщин было отмечено увеличение гемоглобина (до –  $112 \pm 4,2$  г/л, после –  $128 \pm 3,4$ ). Через 6 месяцев анемии выявлено не было.

У всех 9 женщин (100%) с вегетативными и психоневротическими нарушениями на фоне приема «Зозли» улучшилось самочувствие, реже стали проявляться климактерические расстройства (бессонница, плаксивость, ощущение жара, раздражительность).

Побочные явления в виде мажущих кровянистых выделений были в первый месяц у 9 (12%) женщин. При исследовании показателей гемостаза ни у одной пациентки достоверных изменений в свертывающей системе крови на фоне приема препарата выявлено не было: фибриноген  $3,79 \pm 0,38$  г/л, через 6 месяцев  $4,10 \pm 0,20$ ; АЧТВ  $32,1 \pm 0,40$  с, после  $28,0 \pm 0,54$ ; тромбоциты  $247,3 \pm 4,05$ , через 6 месяцев  $252,2 \pm 3,94$ .

Все женщины отметили хорошую переносимость «Зозли».

На основании проведенного клинического исследования можно сделать следующий вывод: микродозированный контрацептивный препарат «Зозли» является высокоэффективным и безопасным для женщин в позднем репродуктивном периоде, не оказывает существенного влияния на показатели крови, липидный спектр, гемостаз, углеводный обмен, массу тела, артериальное давление. В то же время обладает лечебным эффектом, так как умень-



шает проявления предменструального и климактерического синдромов, регулирует менструальный цикл.

**Резюме.** Представлен клинический опыт использования контрацептива «Зоэли», оценка эффективности, безопасности, влияния на липидный спектр и углеводный обмен.

In this article you can see clinical experience with contraceptive «Zoely» its efficiency and safety assessment, influences on a lipidic range and carbohydrate exchange.

## НАРУШЕНИЕ РЕОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ – НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Илизарова Н.А., Мурадова Ш.Ш.,  
Недопекина Е.В., Мунавинова А.А.

*Казань, КГМУ, кафедра акушерства и гинекологии 2*

Среди известных факторов бесплодия на патологию шейки матки приходится от 5 до 7%. При нарушении реологических свойств цервикальной слизи (вязкости, растяжимости, кристаллизации, изменении pH, клеточного состава) и/или изменении биохимического состава – образуется «враждебная слизь», являющаяся причиной шеечного бесплодия.

Цервикальная слизь – это гидрогель, сложный биологический субстрат, который вырабатывается glanduloцитами однорядного цилиндрического эпителия. Схожее строение и состав имеет продукт бронхиального дерева – мокрота. Когда эти 2 секрета становятся вязко-эластичными, малоподвижными и трудноудоляемыми из-за нарушения процентного взаимоотношения между гидрофобными фукомуцинами и гидрофильными сиаломуцинами, то речь идет о патологическом процессе в бронхиальном дереве и в шейке матки. Логично, что препаратом выбора для устранения препятствия и восстановления функции органа должен быть муколитик (флуимуцил).

**Цель исследования:** оценить предложенный метод терапии шеечного бесплодия муколитиками по физикальным, химическим свойствам цервикальной слизи и поскоитальному тесту, а так же изучить состояние показателей гуморального звена иммунитета (ИЛ 17А, ИЛ6, ИЛ8), как маркеров локального иммунного воспаления, до и после лечения.

Основную группу составили 30 пациенток с шеечным фактором бесплодия. В группу контроля вошли 10 здоровых женщин перед планируемой беременностью, без патологии шейки.



Средний возраст пациенток  $32,2 \pm 0,3$  г. Длительность бесплодия от 1 до 5 лет. В 80% (24 пац.) случаев в анамнезе микстовые кольпиты, эндоцервициты, у 54% (16 пац.) – патология шейки (эктопия, эрозированный эктропион, наботовы кисты, папилломатоз), в 30% (10 пац.) выявлена ПВЧ инфекция. Все обследованы в соответствии с алгоритмом, исключены другие факторы бесплодия, сперма полового партнера фертильна, центральные и периферические гормоны в норме, острофазовых процессов нет, мазок на флору не воспалительного хар-ра, но у 60% (18 пац.) пациенток с признаками дисбиоза, антиспермальные антитела в сыворотке крови и в цервикальной слизи не обнаружены. Диагноз шеечного бесплодия поставлен по 2 посткоитальным тестам. В 100% у пациенток исследуемой группы цервикальная слизь была высокой вязкости и плотности, малорастяжима, упруга с атипичной кристаллизацией, у 80% женщин наблюдалось изменение pH в сторону защелачивания ( $>8,5$ ). При биохимическом исследовании обнаружено, что белковая фракция  $> 3\%$ , с преобладанием гидрофобных нейтральных фукомуцинов.

Нами предложена и проведена патогенетически обоснованная терапия: с 5 по 15 д.м.ц. – цервикальные турунды с флуимуцилом (жидкая форма 300 мг 3 мл для в/м инъекций), экспозиция 10 мин. в сочетании с Вагинормом-С в течении 15 дней во влагалище.

После проведенного курса терапии физикальные и биохимические показатели цервикальной слизи значительно улучшились. На фоне применения Вагинорма-С исчезли признаки дисбиоза и биопленки, не потребовалось назначения дополнительного курса антибиотикотерапии.

До местной терапии флуимуцилом, в основной группе, содержание ИЛ 17А, ИЛ6, ИЛ8 в цервикальной слизи было достоверно выше, чем в контрольной, что свидетельствовало о наличии локального иммунного воспаления. Через 1 месяц после местной терапии -средние показатели приблизились к контролю.

В 50% (15 пац.) случаев посткоитальный тест стал положительным. У 30% (10 пац.) пар наступила самопроизвольная беременность, которая успешно вынашивается.

Таким образом, местное использование флуимуцила в сочетании с Вагинормом-С является эффективным способом восстановления реологических свойств цервикальной слизи и методом лечения шеечного варианта бесплодия.

**Резюме.** Причиной шеечной формы бесплодия может быть нарушение реологических свойств цервикальной слизи за счет гиперпродукции муцина. Подтверждением иммунного воспаления является повышение ИЛ 17А, ИЛ6, ИЛ8. Патогенетически обосновано и клинически оправдано местное использование муколитиков (флуимуцил) в сочетании с вагинормом–С. Снижение вязкости слизи – в 30% случаев восстанавливает фертильность.

Hyperproduction of mucin may cause disturbance in reological properties of cervical mucus which may result in cervical infertility. Elevation of IL17A, IL6, IL8 confirms the immune inflammation. Pathogenetically and clinically justified the



local usage of mucolytics in combination with vaginorm-C. Decrease of viscosity of cervical mucus regains fertility.

## АНАЛИЗ АДЕКВАТНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Качалина О.В., Качалина Т.С., Каткова Н.Ю., Елисеева Д.Д.,  
Микаилова Г.А., Засыпкина С.В., Михайлова Е.М., Кабатин Н.А.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования** состояла в проведении анализа совпадений клинических диагнозов и морфологических заключений при различных состояниях шейки матки среди жительниц Нижегородской области.

**Материал и методы.** Нами было проанализировано 956 направлений на гистологическое исследование фрагментов шейки матки, полученных в результате эксцизий, произведенных пациенткам с цервикальной патологией в Областной клинической больнице им. Н.А. Семашко г. Нижнего Новгорода за период 2008–2011г.

При анализе полученных материалов было выявлено, что пациентки репродуктивного возраста составили 31% обследуемых.

По данным клинических диагнозов, указанных в направлениях, было сформировано 3 группы: первая группа (Т1) – доброкачественные заболевания шейки матки (382 случая), вторая группа (Т2) – прединвазивные заболевания – ЦИН различной степени тяжести и carcinoma in situ (449 случаев), третья группа (Т3) – РШМ (125 случаев).

Группа Т1 была подразделена на 3 подгруппы: первая (287 случаев – 30,1%) – состояния, объединенные понятием «эктопия» (эктопия, эктропион и устаревший термин «эрозия», который, к сожалению, до настоящего времени используемого врачами для обозначения цервикальных изменений при преимущественном несоответствии истинному значению данного понятия); вторая (67 случаев – 7%) включала другие доброкачественные заболевания шейки матки (кисты, гипертрофия, полип, эндометриоз, рубцовая деформация шейки матки); третья подгруппа – лейкоплакии – 28 больных (2,9%).

Следует отметить, что до сих пор основным термином, используемым для обозначения вида патологии шейки матки, остается термин «эрозия», который встретился в 201 случае. Не смотря на то, что единственным показанием для гистологического исследования в группе Т1 являлась лейкоплакия, заве-



домо необоснованные эксцизии шейки матки были произведены всем пациенткам. По данным морфологии лишь в 19 случаях (5%) диагностирована ЦИН I–II (из них 10 случаев – 2,6% приходится на лейкоплакию с атипией ЦИН I–II); в 9 случаях (2,3%) выявлена ЦИН III (из них, лейкоплакия с атипией ЦИН III – в 5 случаях – 1,3%) и в 2 случаях (0,5%) установлен РШМ. Из вышеизложенного следует, что злокачественная патология среди столь высокого процента эксцизий была обнаружена лишь в 2,9%.

Таким образом, только в отношении 30 из 382 пациенток группы T1 (7,8%) была выбрана адекватная диагностическая тактика. Необоснованные эксцизии при клинической картине доброкачественных состояний шейки матки составили 92,2%.

В группу T2 вошли 449 (47%) клинических случаев ЦИН различной степени тяжести, из них 302 (67,2%) – ЦИН I-II, 147 (32,8%) – ЦИН III. Клиническое и морфологическое совпадение диагнозов при ЦИН I–II составило – 35% (108 случаев), при ЦИН III – 63,2% (93 случая). Соответственно, клиническая ошибка при ЦИН I–II составила 65%, при ЦИН III – 36,8%.

Группа T3 представлена 125 клиническими случаями подозрения на инвазивный РШМ (13%). Морфологическое подтверждение диагноза получено в 73 случаях (58,4%), в 20 случаях (16%) был выявлен ВПЧ-цервицит, а в 14 случаях (11%) – ЦИН I. Таким образом, в данной группе 27% гистологических исследований оказались неоправданными.

Всего клинически было поставлено 382 (40%) диагноза доброкачественных состояний, 449 (47%) ЦИН и 125 (13%) РШМ. По данным морфологического исследования структура заболеваний оказалась следующей: доброкачественные заболевания выявлены – в 652 случаях (68,2%), ЦИН – в 229 случаях (24%), РШМ – в 75 случаях (7,8%).

**Результаты.** На основании проведенного анализа выявлено, что практикующие врачи при постановке клинических диагнозов используют устаревшую терминологию и не придерживаются МКБ-X. Установлено также, что для верификации доброкачественной патологии шейки матки в 92,2% случаев была использована биопсия. Чрезвычайно важно отметить, что в 68,2% случаев у пациенток с цервикальной патологией в Нижегородской области проведение биопсии оказалось необоснованным – это особенно критично в группе женщин репродуктивного возраста. Выявлен так же высокий процент расхождения клинического и морфологического диагнозов при ЦИН и подозрении на РШМ: при ЦИН I–II – 65%, при ЦИН III – 36,8%, при подозрении на рак шейки матки – 41,6%.

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ убедительно показал, что в реальной клинической практике для более объективной неинвазивной верификации состояния шейки матки врачу необходимы дополнительные методы исследования, а диагностическая агрессия не повышает компетентности и не способствует более эффективной диагностике ЦИН и РШМ.

**Резюме:** Проведен анализ совпадений клинических диагнозов и морфологических заключений при различных состояниях шейки матки среди жительниц Нижегородской области. В 39% случаев выявлено расхождение



клинических диагнозов с гистологическими. В 92,2% случаев при исследовании биопсийного материала выявлены доброкачественные заболевания шейки матки, что свидетельствует о необоснованности проведенной инвазивной диагностики.

The analysis of the clinical diagnoses of coincidences and morphological findings in various states of the cervix among women living in the Nizhny Novgorod region. In 39% of cases, a discrepancy of clinical diagnoses with histological. In 92.2% of cases in the study of biopsies revealed benign cervical disease, which indicates the invalidity of an invasive diagnostics.

## МУЛЬТИТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Киселев В.И.

В настоящее время становится все более очевидно, что для качественного прорыва в лечении гиперпластических заболеваний репродуктивной системы необходимо использовать принципиально новые подходы, направленные на целевую коррекцию патологических молекулярных механизмов, контролирующих процессы аномального клеточного роста и выживаемости.

С этой точки зрения крайне перспективными представляются препараты, разработанные на основе нетоксичных соединений с выраженными противоопухолевыми свойствами – индол-3-карбинола и эпигаллокатехин-3-галлата. Особую значимость приобретает недавно обнаруженная способность данных соединений специфически воздействовать на процессы эпигенетической регуляции (ДНК-метилирование, деацетилирование гистонов и регуляция посредством микро-РНК), блокирующие гены противоопухолевой защиты. Согласно современным представлениям, аномальные эпигенетические механизмы играют важнейшую роль в развитии не только различных опухолевых и предопухолевых заболеваний, но и доброкачественных пролиферативных заболеваний гормон-зависимых органов и тканей. Стремительно растет количество информации, свидетельствующей о том, что нарушения эпигенетических механизмов могут приводить к появлению дисфункциональных маточных кровотечений, бесплодия, а также лежат в основе патогенеза таких широко распространенных доброкачественных пролиферативных заболеваний репродуктивной системы как миома, эндометриоз и гиперпластические процессы эндометрия.

Индинол Форто® – лекарственный препарат для патогенетической и противорецидивной терапии гиперпластических процессов – избира-



тельно модулирует активность широкого спектра молекулярных мишеней, ответственных за процессы опухолеобразования в тканях молочной железы и других гормон-зависимых органов. В основе терапевтического эффекта данного препарата лежит его антиэстрогенное и антипролиферативное действие. Препарат эффективно купирует процессы патологической клеточной пролиферации, вызывает избирательную гибель клеток с аномальной высокой пролиферативной активностью, а также нормализует уровень эстрогенной стимуляции тканей, корректируя соотношение метаболитов эстрогенов. Доказана эффективность препарата Индинол Форто® для лечения фиброзно-кистозной мастопатии, а также для коррекции функциональных состояний молочных желез, обусловленных данной патологией. Индинол Форто® в сочетании с препаратом Эпигаллат® эффективен в комплексном терапевтическом лечении эндометриоза, аденомиоза, миомы матки и гиперплазии эндометрия без атипии, а также для профилактики рецидивов указанных заболеваний после хирургического лечения. Получены данные о высокой терапевтической активности препарата Индинол Форто® при комплексном лечении заболеваний генитальной сферы у женщин, ассоциированных с вирусом папилломы человека: дисплазии шейки матки (внутриэпителиальной цервикальной неоплазии) и аногенитальном кондиломатозе.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Клинышкова Т.В., Самосудова И.Б., Чмут О.Е., Буян М.С.

*Омская государственная медицинская академия, БУЗОО «ЖК №1»,  
Омск, Россия*

Известно, что распространенность различных генотипов ВПЧ в разных регионах варьирует. Изменение эпидемиологической ситуации диктует деление ВПЧ на «европейские» и «азиатские» типы, обладающие высоким онкогенным потенциалом. Данные по исследованию частоты выявления «азиатских» типов ВПЧ у женского населения в РФ немногочисленны, что определило цель и задачи данного исследования.

**Цель исследования** – определить возрастные особенности частоты выявления «азиатских» типов ВПЧ у женщин с цервикальной ПВИ.

**Материалы и методы.** Группу исследования составили 60 ВПЧ-инфицированных пациенток. Критерии включения в исследование: репродуктивный возраст, позитивный цервикальный ВПЧ-тест на наличие «азиат-



ских» типов, информированное согласие пациентки. Критерии исключения: несоответствующий возраст больных, беременность и лактация, рак шейки матки, отказ от участия в исследовании. Выделено три группы пациенток: 1-я группа включала пациенток раннего репродуктивного возраста (18–25 лет) ( $n=16$ ); 2-я группа – пациенток среднего репродуктивного возраста (26–35 лет) ( $n=34$ ); 3-ю группу составили женщины старшего репродуктивного возраста (36–45 лет) ( $n=10$ ). Средний возраст пациенток составил  $21,9 \pm 2,25$ ;  $28,7 \pm 2,63$  и  $42,2 \pm 3,08$  лет соответственно. Комплексная диагностика включала жидкостную цитологию (Betesda, 2001); кольпоскопическое исследование; гистологическое исследование цервикальных биоптатов и эндоцервикальных образцов и расширенный скрининг для дифференциального выявления ДНК ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типов высокого канцерогенного риска методом ПЦР в режиме реального времени (тест-система РеалБест ДНК ВПЧ ВКР генотип, Россия). Статистический анализ данных проводился с применением пакета STATISTICA-6, пакета EpiInfo (версия 3.3), возможностей MS Excel.

**Результаты исследования.** Проведен сравнительный анализ частоты выявления моно- и сочетанного ВПЧ-инфицирования «азиатскими» типами ВПЧ. В целом среди инфицированных женщин частота сочетанного ВПЧ-инфицирования «азиатскими» типами (два и более «азиатских» типа либо сочетание «европейских» и «азиатских» типов) была выше частоты моноинфекции ( $p=0,009$ ). Наиболее значимое доминирование сочетанного инфицирования отмечено в 1-й (87,5%) группе, ( $p=0,001$ ).

Сравнительный анализ частоты выявления различных форм ПВИ, ассоциированной с «азиатскими» типами ВПЧ свидетельствовал о доминировании CIN (34) в сравнении с латентной (17) ( $p=0,002$ ) и субклинической формой (9) ( $p=0,001$ ). Нами не установлены различия по частоте латентной формы ПВИ между исследуемыми группами ( $p>0,05$ ). В группе пациенток раннего репродуктивного возраста доминировала субклиническая форма ПВИ в сравнении с группами женщин среднего и позднего репродуктивного возраста ( $p=0,02$ ). В группе женщин среднего репродуктивного возраста установлено статистически значимое преобладание CIN относительно пациенток других сравниваемых групп ( $p=0,001$ ). Не установлено существенных различий тяжести CIN (I–III степени) в зависимости от возраста.

**Закключение.** Среди женщин репродуктивного возраста с цервикальной папилломавирусной инфекцией, ассоциированной с азиатскими типами ВПЧ, установлено преобладание сочетанной формы инфекции, наиболее значимое в раннем репродуктивном возрасте в сравнении с моноинфекцией ( $p<0,05$ ). Распространение латентной формы ПВИ, ассоциированной с азиатскими типами, не имеет различий в зависимости от возраста, в то время как ассоциированные CIN преобладают у женщин 26–35 лет в отличие от других возрастных групп ( $p<0,05$ ).

**Резюме.** С целью определения особенностей инфицирования женщин репродуктивного возраста «азиатскими» типами ВПЧ в исследование включено 60 инфицированных пациенток, разделенных на группы раннего, сред-





него и позднего репродуктивного возраста. Среди инфицированных женщин установлено преобладание сочетанной формы папилломавирусной инфекции (ПВИ), наиболее значимое в раннем репродуктивном возрасте ( $p < 0,05$ ). Распространение латентной формы ПВИ, ассоциированной с азиатскими типами, не имеет различий в зависимости от возраста, в то время как ассоциированные CIN преобладают у женщин 26–35 лет в отличие от других возрастных групп ( $p < 0,05$ ).

60 infected women were divided into groups of early, middle and late childbearing age to determine peculiarities of “Asian” HPV infection types. Prevalence of the infection (PVI) combined forms (the most significant in the early reproductive age) was found ( $p < 0,05$ ). Latent form of PVI extension associated with Asian types has no based on age differences whereas that of CIN associated prevail in 26–35 aged women in contrast to other age groups ( $p < 0,05$ ).

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У НЕОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Клинышкова Т.В., Перфильева О.Н.

*ГБОУ ВПО Омская Государственная Медицинская Академия Минздрава  
России, Омск, Россия*

Проблема эндометриоза как фактора, влияющего на фертильность женщины и приводящего к изменению овариального резерва и дисфункции яйцеклетки, обсуждается в литературе последних лет. Полагают, что не только хирургическое лечение по поводу эндометриоидной кисты яичника (ЭКЯ) приводит к редукции овариального резерва, но и ее наличие может влиять на его показатели в сравнении со здоровыми женщинами.

**Цель:** сравнить биохимические маркеры овариального резерва у женщин с односторонними ЭКЯ в зависимости от их размера.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 104 женщины в возрасте от 20 до 40 лет. В зависимости от диаметра ЭКЯ выделено на 2 группы пациенток: 1 группа – пациентки с эндометриомами менее 3 см ( $n=38$ ), 2 группа – пациентки с эндометриомами более 3 см ( $n=36$ ), группу контроля составили пациентки репродуктивного возраста ( $n=30$ ). Комплексное обследование включало оценку анамнестических данных, ультразвукового исследования органов малого таза, исследования базаль-



ного уровня ФСГ, ЛГ, эстрадиола, антимюллера гормона (АМГ), ингибина-В, активина А в сыворотке крови методом ИФА.

**Результаты.** Средний возраст женщин в группах был сопоставим, составил  $30,97 \pm 0,66$  и  $30,28 \pm 0,92$  лет соответственно, группы контроля –  $30,52 \pm 0,99$  лет. Стаж впервые выявленного эндометриоза яичников не превышал одного года, у большинства больных период от момента выявления ЭКЯ до включения в исследование составил от 2 до 6 месяцев. В исследование были включены женщины без оперативного вмешательства на яичниках в прошлом.

По данным ультразвукового исследования органов малого таза размер ЭКЯ колебался от 10 до 120 мм. Правосторонние эндометриомы наблюдались в 39,2% ( $n=29$ ) случаев, левосторонние – в 60,8% ( $n=45$ ). Число антральных фолликулов (ЧАФ) среди обследованных составило 7 (5; 8,5) фолликулов на стороне поражения, 7 (3; 8,5) фолликулов в правом и 8,5 (6; 10) в левом яичниках. ЧАФ в группе контроля составило 9 (8,5; 10) фолликулов. Снижение ЧАФ явилось статистически значимым на стороне поражения в сравнении с группой контроля ( $p=0,004$ ; критерий Данна, Н-критерий=8,66;  $p=0,034$ ). Диагноз гистологически верифицирован в последующем.

Проведена оценка овариального резерва в исследуемых группах ( $n=48$ ). Уровень ФСГ и активина А в обеих группах не подвергался существенным изменениям в сравнении с контролем. В отличие от пациенток 1-й группы во 2-й группе отмечалась тенденция к повышению уровня ЛГ (на 60%) в сравнении с группой контроля: 8,0 (4,4; 11,2) против 5,0 (3,4; 6,7) мМЕ/л ( $p=0,195$ ). Повышение ингибина В (на 21%) не являлось статистически значимым: 119,6 (91,5–162,7) против 98,9 (77,4–116,3) пг/мл ( $p=0,256$ ). Установлена прямая средней силы статистически значимая корреляционная связь между ЛГ и размером ЭКЯ более 3см ( $r_s=+0,41$ ;  $p=0,029$ ). Отмечалось относительное снижение уровня АМГ (на 27% и 24% соответственно) в исследуемых группах независимо от размера эндометриомы в сравнении с контролем: 2,7 (1,2; 4,0) и 2,8 (1,9; 3,9) против 3,7 (1,9; 4,7) нг/мл ( $p_{1-3}=0,289$ ,  $p_{2-3}=0,690$ ). В исследуемых группах отмечалась гиперэстродиолемия в сравнении с контролем. Прослеживалась зависимость между наличием гиперэстродиолемии и размером ЭКЯ. Так, у пациенток 2-й группы установлено повышение (на 96%) уровня эстрадиола в сравнении с группой контроля: 266 (229; 361) против 136 (95,5; 209,4) пмоль/л ( $p=0,028$ ). У пациенток 1-й группы повышение уровня эстрадиола (на 49%) не являлось статистически значимым: 203,5 (177; 251) пмоль/л против 136 (95,5; 209,4) пмоль/л ( $p=0,108$ ). Была установлена прямая статистически значимая корреляционная связь средней силы между эстрадиолом и размером ЭКЯ более 3см ( $r_s=+0,43$ ;  $p=0,045$ ).

**Заключение.** При исследовании биохимических маркеров овариального резерва у неоперированных больных с односторонними эндометриомами на фоне бесплодия не установлены различия в зависимости от ее размера относительно здоровых пациенток. Выявлено повышение уровня сывороточного эстрадиола у больных с ЭКЯ, превышающими 3 см, и прямая корреляционная связь гиперэстродиолемии и размера эндометриомы.



**Резюме.** При сравнении биохимических маркеров овариального резерва у неоперированных пациенток с односторонними эндометриодными кистами (ЭКЯ) и бесплодием, не установлены различия в зависимости от размера эндометриомы относительно здоровых пациенток. Выявлено повышение уровня сывороточного эстрадиола у больных с ЭКЯ, превышающими 3 см, и прямая корреляционная связь гиперэстрадиолемии и размера эндометриомы ( $p < 0,05$ ).

The authors compared the biochemical markers of ovarian reserve in patients of reproductive age with unilateral endometriomas and infertility, surveyed prior to surgery, not installed the differences depending on the size of endometriomas relatively healthy patients. Established the increase of serum estradiol in patients with endometriomas more than 3 cm, and the direct correlation the increase of serum estradiol and size endometriomas ( $p < 0,05$ ).

## ФУЗ-МРТ АБЛАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Коваленко М.В.

*Россия, г. Москва, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова*

Миома матки является наиболее частой и социально значимой проблемой здоровья женщин. Одним из перспективных методов лечения больных с миомой матки является фокусированное воздействие ультразвуковой энергии на миоматозные узлы под контролем МРТ (метод ФУЗ-МРТ аблации). В результате образуются площади протеино-вой денатурации, коагуляционного некроза и необратимого клеточного разрушения миомы без повреждения окружающих тканей.

**Цель исследования:** оценить эффективность метода ФУЗ-МРТ аблации в лечении больных миомой матки.

**Клинический материал и методы исследования:** Направление на ФУЗ-МРТ аблацию миомы получили 45 больных репродуктивного возраста (средний возраст –  $36,0 \pm 1,2$  г). Длительность заболевания составляла  $6,5 \pm 1,4$  лет. В комплекс диагностических мероприятий были включены: анализ анамнеза и клиническое исследование; трансвагинальная эхография в сочетании с доплеровским исследованием; гистероскопия с выскабливанием эндометрия и эндометрия; гистологическое исследование соскобов. С целью морфологической идентификации миоматозной ткани и дифференциальной диагностики с узловой формой аденомиоза или саркомой выполняли чрезкожную пункционную биопсию узла. Затем выполнялась МРТ малого таза для уточнения локализации узлов, их размеров и количества, топографического взаимодействия



с кожей передней брюшной стенки, крестцом, петлями кишечника. Показаниями к ФУЗ-МРТ абляции миомы матки были определены: меноррагии (25%), болевой синдром (56%), симптомы сдавления тазовых органов (15%), размеры миоматозных узлов от 3 до 10 см; по локализации: интерстициально – субсерозные, интерстициальные и интерстициально-субмукозные узлы; по количеству миоматозных узлов: от 2 до 5. Противопоказаниями для ФУЗ-МРТ абляции миомы явились: грубые послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке, ожирение II–III степени, размеры миоматозных узлов менее 2 см, тяжелые аллергические реакции на контрастные вещества. Во время лечения на магнитно-резонансных термограммах постоянно контролировали изменения температуры в области лучевого воздействия, что давало возможность контролировать процедуру в режиме реального времени. Процедура лечения осуществлялась на установке ExAblate-2000 (InSightec\*), объединенной в единую систему с МРТ 1,5 Тесла (General Electric) Лечебно-реабилитационного Центра Росздрава.

**Результаты:** У 35 (77,7%) из 45 пациенток ФУЗ-МРТ абляция миомы матки проведена без технических трудностей. ФУЗ-МРТ абляция миомы матки оценена эффективной у 41 (91,2%) пациенток; у 4 женщин – не эффективной (в т.ч. у 2-х – в связи с расположением петель кишечника между передней стенкой матки и передней брюшной стенкой и у 2-х – наличие «серого» и «белого» МРТ-типов). Средняя интраоперационная эффективность ФУЗ-МРТ абляции миомы матки оценивалась на основании объема зоны «без перфузии», т.е. зоны воздействия ФУЗ на участок миомы матки и в среднем составила 85,2%. У 36 (87,8%) больных интраоперационная эффективность ФУЗ-МРТ абляции миомы матки составила в сред.  $70,0 \pm 0,3\%$  (от 50 до 90%), у 2 больных –  $50,0 \pm 0,2\%$ . Объем матки уменьшился в сред. на  $23,6 \pm 0,4\%$  и объем доминантного узла – на  $21,0 \pm 0,6\%$ . По данным МРТ органов малого таза, через 3 мес. после ФУЗ-МРТ абляции объем матки уменьшился на  $31,1 \pm 1,3\%$  ( $252,4 \pm 29,9$  против  $173,9 \pm 19,4$  см<sup>3</sup>), объем доминантного узла – на  $40,0 \pm 1,6\%$  ( $132,8 \pm 10,1$  против  $79,7 \pm 6,9$  см<sup>3</sup>). Через 6 мес. после ФУЗ-МРТ абляции объем матки сократился на  $36,3 \pm 0,9\%$ , доминантного узла – на  $43,7 \pm 1,3\%$  (от первоначальных размеров). Через 12 мес. у всех пациенток отмечалось сокращение объемов матки и доминантных миоматозных узлов в сред. на  $42,2 \pm 1,3\%$  и  $46,4 \pm 1,2\%$ . Эффективность ФУЗ-МРТ абляции миомы матки (по данным УЗИ с доплерометрией) была достаточно высокой на основании прекращения кровотока в центре миоматозного узла у 100% больных и уменьшения кровотока по периферии узла у 63% больных. Все пациентки были трудоспособны на вторые сутки после ФУЗ-МРТ – абляции миомы матки. Таким образом, анализ результатов лечения подтверждает эффективность ФУЗ-МРТ – абляции миомы матки как альтернативного метода лечения при соблюдении показаний и условий его применения.

**Резюме.** В статье описаны результаты оценки эффективности ФУЗ-МРТ абляции в лечении миомы матки. ФУЗ-МРТ абляция миомы матки приводила к прекращению кровотока в центре миоматозного узла у 100% больных и уменьшению кровотока по периферии узла у 63% больных, что позволяет использовать данный метод при лечении миомы матки.



The article describes the results of evaluating the effectiveness of FUS-MRT ablation in the treatment of uterine myoma. FUS-MRT ablation of uterine myoma led to the cessation of blood flow in the center of myoma node 100% in patients and reduce the blood flow to the periphery of the node in 63% of patients, which allows you to use this method for treatment uterine myoma.

## СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ

Комарова А.Н., Аверкина Е.Н.

*НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул, Барнаул, Россия.  
ГБУЗ Алтайский онкологический диспансер, Барнаул, Россия*

Одной из основных причин развития рака молочной железы является дисгормональные нарушения в органах репродуктивной системы. Данные нарушения могут иметь место также при бесплодии. При этом не только бесплодие может привести к развитию заболевания молочной железы, но также существенное влияние могут оказывать препараты, используемые для коррекции данной патологии. Применение индукторов овуляции в циклах вспомогательных репродуктивных технологий изменяет нормальные механизмы отбора и созревания яичниковых фолликулов. Уровень эстрадиола в фолликулиновую фазу в несколько раз выше, чем в спонтанных циклах, и сохраняется таким в течение длительного времени. Что не может не оказывать отрицательного влияния на молочную железу. Несмотря на то, что данные технологии применяются в течение длительного времени до сих пор нет четких критериев отбора женщин с патологией молочной железы и дальнейшего их диспансерного наблюдения.

**Цель работы:** Оценить состояние молочных желез у женщин с различными формами бесплодия в программах экстракорпорального оплодотворения.

**Материалы и методы исследования:** Нами было проведено обследование 53 женщин с различными формами бесплодия. Средний возраст пациенток составил 29 лет $\pm$ 1,2 года. Оценка состояния молочных желез включала в себя осмотр, пальпацию, УЗИ молочных желез, маммографию по показаниям до проведения процедуры стимуляции суперовуляции и через 3 и 6 месяцев после. Все женщины были разделены на 3 группы. В контрольную группу вошли 18 пациенток, у которых при первичном обследовании патология молочных желез не была выявлена. Во вторую группу были включены 16 женщин с узловой формой мастопатии, в третью – 19 пациенток с диффузной формой мастопатии.



Через 3 месяца после проведения стимуляции суперовуляции у 2 (11,1%) женщин контрольной группы по данным пальпации и ультразвукового исследования были выявлены диффузные изменения структуры молочных желез, а также расширение протоков молочных желез. У 3 (18,7%) пациенток второй группы отмечен рост и увеличение количества узловых образований в молочных железах. У 5 (26,3%) женщин 3 группы отмечено увеличение количества и размеров кист и протоков.

Через 6 месяцев после стимуляции отмечено, что у женщин контрольной группы наблюдалось исчезновение диффузных изменений в молочных железах и нормализация ширины протоков. У пациенток второй группы сохранились прежние размеры выявленных узловых образований в молочной железе. При этом в 6,2% случаев потребовалось оперативное вмешательство по поводу данных образований в связи с ухудшением цитологической картины. У женщин третьей группы также сохранялись выявленные изменения с присоединением болевого синдрома, потребовавшего специфического лечения.

**Закключение.** Исследование молочных желез должно быть обязательным пунктом обследования пациенток с бесплодием различного генеза при подготовке к проведению программ ВРТ. У здоровых женщин стимуляция суперовуляции не вызывает каких либо выраженных изменений состояния молочной железы. При наличии узловой и диффузной патологии в молочных железах необходимо обязательное динамическое наблюдение, для исключения развития рака молочной железы.

**Резюме.** Бесплодие может являться одной из причин, приводящих к развитию рака молочной железы. Существенное влияние на молочную железу могут также оказывать препараты, используемые для коррекции данной патологии. После проведения процедуры стимуляции суперовуляции необходим тщательный мониторинг за состоянием молочных желез.

Infertility may be one of the reasons leading to the development of breast cancer. Significant impact on the mammary gland may also have drugs used for correction of this pathology. After the procedure superovulation stimulation requires careful monitoring of the state of the mammary glands.



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ

**Кононова И.Н.**

*ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет МЗ,  
Екатеринбург, Россия*

Рост предраковой и раковой патологии шейки матки диктует необходимость поиска новых факторов риска развития цервикальных неоплазий для формирования групп риска и разработки профилактических мероприятий.

**Цель:** Оценить значение медико-социальных факторов в развитии цервикальных неоплазий

**Материалы и методы.** С целью определения медико-социальных факторов, способствующих прогрессированию пролиферативных процессов в шейке матки, нами проведен анализ материалов анкетирования 228 пациенток с гистологически подтвержденным диагнозом «цервикальная интраэпителиальная неоплазия I, II, III степени», составившие 1 группу, с помощью специально разработанных автором стандартизированных анкет. С целью сравнения на вопросы анкет ответили 132 женщины без ПШМ, составившие группу контроля.

**Результаты и обсуждение.** Как показал анализ результатов анкетирования, распределение по возрасту было примерно идентичным в обеих группах, наибольший удельный вес составили женщины 26–35 лет.

По семейному положению обследованных женщин статистические различия между группами оказались недостоверны.

Взаимоотношения с мужем большинство женщин обеих групп расценили как хорошие, указали на редкие ссоры в семье. Однако пациентки с CIN достоверно чаще сильно переживают семейные неурядицы (58%) против 31% среди женщин без ПШМ. При этом 94% пациенток с ПШМ указывают на перенесенные стрессовые ситуации вне семейных отношений.

Распределение обследованных лиц в зависимости от уровня образования показало, что в 1-й группе преобладают женщины с высшим образованием, тогда как во 2-й группе – со средним специальным образованием, статистически достоверной разницы не получено.

При анализе общественно-профессиональной принадлежности выявлено, что в 1-й группе преобладают женщины, занятые на промышленном производстве. Обращает на себя внимание наличие производственных вредностей у 52,6% женщин 1-й группы против 27,7% в группе контроля; психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности у каждой третьей пациентки с CIN, у каждой 6-й – в группе контроля; воздействие продуктов промышленного производства (загазованность, электромагнитное излучение, вибрация, радиационный фактор у 35,5% пациенток с CIN. Около 5% женщин 1-й группы заняты тяжелым физическим трудом.



В 1-й группе 22% женщин живут в отдельной, но тесной квартире, а 14,5% имеют комнату в коммунальной квартире, что расценивается ими как стрессовый фактор, в группе контроля данные показатели составили 5% и 2,3% соответственно.

По-разному женщины 1-й и 2-й групп подходят к снятию психоэмоционального напряжения. Пациентки с CIN чаще прибегают к употреблению алкоголя (10,5%), выкуриванию нескольких сигарет (31% против 4,6% женщин 2-й группы,  $p=0,01$ ). При этом только 35% женщин 1-й группы показали свою осведомленность о пагубном вреде курения. Обследованные 1-й группы достоверно чаще используют дневной сон в качестве антистрессового фактора (26%), тогда как всего 11% женщин группы контроля заявили о необходимости дневного сна ( $p=0,04$ ). Вероятно, это свидетельствует о более быстром истощении нервной системы у пациенток с CIN и более низкой стрессоустойчивости у данного контингента больных. Достоверно больше женщин 2-й группы снимает стресс тяжелой работой по дому ( $p=0,02$ ).

Пациентки с ПШМ были достоверно менее активны физически: прогулки более 4-х ч в неделю отмечали 26% женщин этой группы против 48% пациенток группы контроля ( $p=0,01$ ); посещали бассейн 8% женщин 1-й группы и 20% женщин 2-й группы ( $p=0,04$ ); регулярно занимались фитнесом 4% женщин 1-й группы, тогда как пациентки группы контроля – в 14% наблюдений ( $p=0,05$ ).

Лишь 25% обследованных 1-й группы, страдая от материального неблагополучия, вынуждены выполнять рекомендации врача только при наличии денежных средств. Во 2-й группе такая ситуация встретилась лишь в 9% наблюдений,  $p=0,03$ .

Таким образом, проведенное обследование позволило выделить особенности медико-социальных факторов у пациенток с цервикальными неоплазиями, включающие низкий уровень дохода семьи, психоэмоциональное напряжение в процессе повседневной трудовой деятельности, конфликтные ситуации в семье; низкую физическую активность, табакокурение, невыполнение рекомендаций врача.

**Резюме.** Медико-социальная характеристика пациенток с CIN включает. низкий уровень дохода семьи, психоэмоциональное напряжение в работе и дома, низкую физическую активность, табакокурение, невыполнение рекомендаций врача.

**Summary.** Medico-social characteristics of the patients with CIN includes. the low level of family income, psycho-emotional stress at work and at home, low physical activity, Smoking, non-fulfillment of recommendations of the doctor.





## АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Кононова И.Н.

*Кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО Уральский государственный  
медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия*

**Актуальность** анализа причин запоздалой диагностики рака шейки матки определяется неуклонным ростом данной патологии, особенно среди пациенток репродуктивного возраста, несмотря на усилия врачей акушеров – гинекологов по выявлению и лечению цервикальных интраэпителиальных неоплазий.

**Цель исследования:** анализ причин запоздалой диагностики рака шейки матки для оптимизации мероприятий по организации профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное сравнительное исследование 86 амбулаторных карт пациенток с раком шейки матки и проанализированы причины запоздалой диагностики онкопатологии. Пациентки разделены на 2 группы по датам постановки диагноза. В 1-ю группу вошли 43 пациентки, диагноз «рак шейки матки» которым был поставлен в 1996–2000 гг., 2-ю группу составили 43 женщины, дата постановки диагноза «рак шейки матки» у которых отмечалась в 2009–2013 гг. Проведена сравнительная характеристика следующих параметров: возрастная характеристика, социальный статус пациенток, соматическая патология в анамнезе, акушерско-гинекологический анамнез, гинекологическая заболеваемость ПШМ в анамнезе, последняя явка в женскую консультацию перед постановкой диагноза, последнее цитологическое исследование перед постановкой диагноза (дата и результат), место установки диагноза.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный анализ показал, что за истекший период возрастной состав пациенток с раковой ПШМ изменился, «помолодел»: в 1-й группе средний возраст составил  $50,95: [49,99 \div 54,41]$ , что значительно выше, чем во 2-й группе –  $50,95: [45,31 \div 52,1]$ . По результатам исследования более подвержены риску возникновения РШМ – пенсионерки. Частота и структура соматических заболеваний у пациенток с РШМ за последние 10 лет практически не изменилась.

Анализ гинекологической заболеваемости ПШМ в анамнезе у обследованных пациенток выявил достоверное увеличение так называемой «эрозии шейки матки» в обеих группах, и «нелеченой эрозии шейки матки» во 2-й группе, что свидетельствует о неправильной диагностике у этих пациенток и неправильной тактике, что завершилось впоследствии онкотрансформацией шеечного эпителия. В 1-й группе у 22,2% пациенток в анамнезе имелась ДЭК, что свидетельствует о повреждающем действии инвазивной манипуляции на эндотелий, с возможным осложнением в виде малигнизации.



Анализ последней явки в женскую консультацию перед установленным диагнозом онкопатологии шейки матки продемонстрировал наибольший удельный вес пациенток с РШМ 2-й группы, не посещавших врача акушера-гинеколога более 5 лет по сравнению с данным показателем в 1-й группе (47,3% и 27,9% соответственно).

Однако, даже посещение врача акушера-гинеколога в женской консультации и взятие мазка из цервикального канала на онкопатологию в течение последнего года перед постановкой диагноза не гарантирует, по нашим данным, выявление раковой патологии шейки матки в 21,1% случаев за последнее десятилетие и в 33,3% случаев в прошлом десятилетии.

Важным показателем работы службы по профилактике рака шейки матки является место выявления онкопатологии шейки матки. За последнее десятилетие это, в основном, женская консультация (21,6% случаев). Но если в прошлом десятилетии женщины с жалобами обращались в женскую консультацию, то в настоящее время в 2 раза снизилось количество обращений, также снизилось и количество выявления онкопатологии в смотровых кабинетах, на что необходимо обратить внимание. Появление частных медицинских центров накладывает огромную ответственность на работающий там персонал, поскольку 10,5% РШМ выявлено именно в МЦ. По результатам проведенного исследования выявлены ошибки в диагностике и проведении неадекватной терапии в 36,8% случаев у пациенток 2-й группы, что значительно ниже, чем в прошлом десятилетии (44,4% случаев).

Таким образом, причинами запоздалой диагностики на современном этапе являются в основном неявка в женскую консультацию более 5 лет, но имеются ошибки в диагностике и тактике ведения пациенток с CIN, что требует анализа и дальнейшего совершенствования.

**Резюме.** Для выявления причин запоздалой диагностики рака шейки матки проведен сравнительный анализ 86 амбулаторных карт пациенток с раком шейки матки. Выявлено, что причинами запоздалой диагностики на современном этапе являются неявка в женскую консультацию более 5 лет и ошибки в диагностике и тактике ведения пациенток с цервикальными неоплазиями.

To determine the reasons for late diagnosis of cervical cancer comparative analysis of 86 out-patient cards of patients with cervical cancer. It is revealed that the reasons for late diagnosis at the present stage are the absence in female consultation over 5 years and errors in diagnostics and tactics of patients with CIN.



# ОСОБЕННОСТИ ЭСТРОГЕННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕВОЧЕК-ДОШКОЛЬНИЦ

Костоева З.А., Чеботарева Ю.Ю., Григорян А.А.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Детский возраст – наиболее важный период для изучения эндокринных расстройств. Гормональные дисфункции в детские годы могут изменять рост и дифференциацию тканей, вызывая заметные отклонения от нормативов соматического и полового развития. Стероиды, выявляемые в детские годы, скорее образуются надпочечниками, чем яичниками, при этом в периоде детства имеет место базальная гонадотропная секреция и базальная секреция гонадальных стероидов. Вульвовагинит (ВВ) – воспаление наружных половых органов в сочетании с воспалением влагалища, занимает первое место в структуре гинекологических заболеваний девочек дошкольного возраста. Низкая эффективность терапии указывает на больший процент хронических форм. За кажущейся простотой клинических случаев у девочек с ВВ, нередко скрывается многокомпонентный патологический процесс. Хронические ВВ способствуют формированию синехий, образованию рубцовых изменений во влагалище, возможен переход воспалительного процесса на матку и придатки, что чревато возникновением в дальнейшем нарушений менструальной функции, развитием первичного бесплодия и невынашивания беременности. Отмечена роль низкого эстрогенного статуса в возникновении неспецифических ВВ. При хроническом ВВ на фоне дефицита эстрогенов лечение антибиотиками, антисептическими препаратами нередко оказывает временный эффект. Особое значение в развитии хронического и рецидивирующего ВВ имеет перенапряжение защитных систем организма девочки, опосредованное частыми острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Часто болеющие дети (ЧБД) являются серьезной, не до конца решенной проблемой в педиатрической практике. Это обуславливает актуальность изучения данной проблемы.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей отдельных показателей гормонального статуса у ЧБД, страдающих ВВ. Обследованы 120 девочек в возрасте от 3 до 6 лет, из них: основная группа – 90 девочек с ВВ на фоне частых простудных заболеваний (более 6 эпизодов ОРЗ в год) и контрольная группа (30 человек) – девочки аналогичного возраста, I-II групп здоровья. Для анализа материала были использованы клинические наблюдения, поликлинические карты, результаты основных и дополнительных методов исследования. Проведены ультразвуковое исследование матки и яичников, определение гормонов в сыворотке периферической крови иммуноферментным методом. Статистическая обработка результатов исследования



проведена с помощью лицензионного пакета программ Statistica (версия 8,0 фирмы StatSoft.Inc ).

В результате проведенного исследования выявлено, что все пациентки основной группы, при обращении к детскому гинекологу предъявляли жалобы на выделения из половых путей (100%); 65% девочек беспокоили отечность, гиперемия вульвы; 46% – дискомфорт, зуд в области вульвы. В основной группе острый ВВ имел место у 36,1%, подострый – 11,1%, хронический рецидивирующий – 52,8%. По данным ультразвукового исследования у пациенток основной группы имелась тенденция к увеличению яичников, при этом в строге имелись множественные (от 5–7) мелкокистозные образования (от 2 до 5 мм в диаметре). Средний диаметр кистозных образований составил  $3,1 \pm 0,11$  мм. Не исключено, что выявленные признаки мультифолликулярной картины яичников связаны с активацией гормональной функции яичников на фоне частых простудных заболеваний. При изучении гормонального статуса у пациенток основной группы, по сравнению с контрольной, отмечалось достоверное повышение возрастного уровня эстрадиола ( $E_2$ ) ( $p < 0,05$ ). Однако уровень эстриола ( $E_3$ ) был достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).  $E_3$  является одним из трех основных эстрогенов. По степени активности он значительно уступает эстрадиолу и эстрону. Следует отметить довольно высокую специфичность связывания  $E_3$  с эстрогенными рецепторами в уретре и мочевом пузыре, матке и влагалище при сравнительно малом связывании с эстрогенными рецепторами в других тканях. На этом свойстве  $E_3$  базируется возможность применения крема, содержащего эстриол, при хронических ВВ, осложненных синехиями малых половых губ. Можно предположить, что низкий уровень  $E_3$  является одним из ведущих факторов, приводящих к хроническому рецидивирующему течению ВВ у большинства пациенток основной группы. При нормальных возрастных уровнях ЛГ, ФСГ, в основной группе выявлена тенденция к повышению уровня ПРЛ и значимое повышение уровня кортизола, что свидетельствует о развитии в организме данных пациенток напряженных адаптационно-компенсаторных реакций. Повышение уровня кортизола у пациенток основной группы может быть вызвано частыми простудными заболеваниями, индуцирующими активацию глюкокортикоидной функции коры надпочечников. Повышение ПРЛ у пациенток основной группы, видимо, связано с тем, что высокий уровень кортизола снижает уровень пролактинингибирующего фактора гипоталамуса (дофамин).

Таким образом, девочки-дошкольницы, страдающие ВВ на фоне частых простудных заболеваний, имеют характерные расстройства гормонального статуса, приводящие к нарушению репродуктивного здоровья, требующие комплексного лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации.

**Резюме.** В статье представлено изучение особенностей гормонального статуса у часто болеющих девочек, страдающих вульвовагинитами. Проведено изучение гормонального статуса при ВВ у 90 часто болеющих девочек в возрасте от 3 до 6 лет. Контрольную группу составили 30 девочек аналогичного возраста. У пациенток основной группы отмечалось повыше-



ние возрастного уровня эстрадиола, при снижении эстриола, что является одним из ведущих факторов, приводящих к хроническому рецидивирующему течению вульвовагинитов.

For the reason studies clinical and functional particularities of the reproductual system, authors examined 90 frequently sick girls with the vulvovaginites aged 3–6 years old. The control group had 30 practycaly healsy girls the same age with normal physical and sexual development. It was determined that the frequently sick girls with the vulvovaginites had different exchange of hormonal status.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Краснопольский В.И., Зароченцева Н.В., Белая Ю.М.

*Московский областной научно-исследовательский институт акушерства  
и гинекологии, Москва, Россия*

**Актуальность.** Кондиломы половых органов, вызываемые вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются одним из самых распространенных в мире заболеваний, передающихся половым путем. Проблема их диагностики и лечения привлекает внимание исследователей различных специальностей многих стран ввиду высокой контагиозности и отмеченной тенденции к росту частоты данного заболевания, а также способности ВПЧ инициировать злокачественные процессы нижних отделов половых путей женщины. Эпидемиологические исследования последних лет убедительно показали, что неоспоримым фактором риска возникновения предраковых изменений и рака шейки матки (РШМ), вульвы и влагалища является папилломавирусная инфекция. В Российской Федерации показатели заболеваемости аногенитальными бородавками в 2011 году составили 29,4 на 100 тысяч населения. Наиболее уязвимой для инфицирования является возрастная группа до 29 лет, среди которой регистрируются высокие интенсивные показатели заболеваемости аногенитальными бородавками, составляющие в общей структуре ИППП 55–65%. Наиболее эффективным средством первичной профилактики ВПЧ-инфекции является вакцинация, как способ воздействия на третье звено эпидемического процесса – восприимчивое население. В мире и в России зарегистрировано две вакцины против вируса папилломы человека – бивалентная (Церварикс<sup>®</sup> производства ГлаксоСмитКляйн Байолоджикалз с.а., Бельгия) и квадριвалентная (Гардасил<sup>®</sup> производства Мерк Шарп и Доум Б.В., Нидерланды). Обе вакцины в установленном порядке



зарегистрированы Министерством здравоохранения РФ, имеют достаточный опыт применения, а также одобрены и рекомендованы для программ массовой вакцинации Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время известно, что профилактическая вакцина зарегистрирована более, чем в 117 странах мира. Национальные программы ВПЧ-вакцинации рекомендованы в 44 странах, причем в 39 странах за счет государственного финансирования. Данные американских и австралийских ученых говорят о практически полном исчезновении аногенитальных бородавок после внедрения вакцины в Национальный календарь прививок. Снижение заболеваемости РШМ, вульвы и влагалища, а также анальным раком возможно оценить через 10–15 лет после внедрения вакцинации против ВПЧ в календарь прививок. Поэтому ближайшим наглядным положительным эффектом вакцинопрофилактики можно считать динамику заболеваемости аногенитальными кондиломами.

**Цель.** Оценить эффективность вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний у девочек, проживающих в Московской области, по данным ежегодных статистических отчетов детских гинекологов.

**Материалы и методы.** По результатам ежегодных статистических отчетов детских гинекологов Московской области в период с 2008 по 2012 г.г. проведен анализ заболеваемости аногенитальными кондиломами у девочек от 0 до 17 лет в муниципальных районах после вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний.

**Полученные результаты.** Московская область стала первым регионом РФ, где была принята Областная программа иммунизации девочек 12–13 лет против РШМ (2007–2010 гг.) «Вакцинопрофилактика онкологических заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека». В 2007 году по результатам оценки заболеваемости РШМ у женщин были выбраны муниципальные районы с высокой заболеваемостью. В период с 2007 по 2012 гг. вакцинированы 10 843 девочки. А в 2013 году вакцинация продолжилась в 5 муниципальных районах МО, что позволит провести иммунизацию еще 4 312 девочек.

**Заключение.** По результатам вакцинации в Московской области проведен анализ заболеваемости аногенитальными кондиломами среди девочек в возрасте от 0 до 17 лет. На основании данных статистических отчетов детских гинекологов Московской области в результате проведенной вакцинации девочек-подростков 12–13 лет было отмечено снижение заболеваемости аногенитальными кондиломами в 2012 году по сравнению с 2009 годом с 14,2 до 8,03 на 100 000 девочек в возрасте от 0 до 17 лет, по сравнению с районами, где вакцинация не проводилась.

**Резюме.** В тезисах представлен опыт вакцинопрофилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний у девочек-подростков Московской области. Показана эффективность проведения вакцинации в снижении заболеваемости аногенитальными кондиломами у девочек.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА КЛИМАКТЕРИЯ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ

**Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Зайдиева Я.З.,  
Зароченцева Н.В., Древаль А.Н., Чечнева М.А., Иловайская И.А.**

*ГБУЗ МО МОНИИАГ, ГБУЗ МО МОНИКИ, Москва, Россия*

В последнее время во всем мире большое внимание стали уделять редким (орфанным) заболеваниям. Так в России в 2012 году был принят перечень из 230 редких болезней, т.е. имеющих распространенность не более 10 случаев на 100 тысяч населения (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В этот перечень входит и такое заболевание, как акромегалия.

С целью определения встречаемости и структуры нарушений органов репродуктивной системы ретроспективно проанализированы данные о состоянии органов половой системы у 111 пациенток с акромегалией, включенных в регистр МО в возрасте от 25 до 80 лет (медиана 58 лет), из числа которых в активной фазе акромегалии находились 40,5% обследованных. Женщины в возрасте 50 лет и старше составили 54% от общего числа больных акромегалией женского пола. Все пациентки наблюдались в отделении терапевтической эндокринологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Детальное обследование проведено у 50 пациенток (медиана возраста 57 лет) с акромегалией, включенных в регистр Московской области (клиническое и гормональное обследование, осмотр гинеколога, трансвагинальное УЗИ органов малого таза с ЦДК).

Из 50 пациенток у 24 по поводу акромегалии проводилось комбинированное лечение (аналоги соматостатина + аденомэктомия), у 26 – медикаментозная терапия, в редких случаях – лучевая терапия. 16 больных (медиана 45 лет) имели хирургическую менопаузу (в 6 случаях операции были произведены до появления характерных симптомов акромегалии). При обследовании органов малого таза из 35 пациенток (медиана 47 лет) у 21 выявлены бессимптомные опухоли матки малых размеров с отсутствием кровотока в маточных сосудах и в сосудах, питающих миоматозный узел. Данные УЗИ и ЦДК: матка  $V-41,6\pm 12,2$  см<sup>3</sup>, миоматозный узел  $V-4,4\pm 2,7$  см<sup>3</sup>, «м-Эхо»- $0,28\pm 0,11$  см, правый яичник  $V-1,78\pm 0,9$  см<sup>3</sup>, левый яичник  $V-1,89\pm 0,7$  см<sup>3</sup>; правая маточная артерия: PSV-21, 35±12,3, ИП-4,98±2,3, IP-0,75±0,06; левая маточная артерия: PSV-21,5±10,5, ИП-6,15±4,0, IP-0,73±0,28; артерия, питающая миому: PSV-12,25±3,45, ИП-2,43±1,15, IP-0,91±0,74. Миомы матки сочетались с аденомиозом (n=6), полипами (n=5) и гиперплазией эндометрия (ГЭ) (n=2). У 4-х пациенток выявлены зрелые тератомы яичников. Двум пациенткам рекомендовано оперативное лечение (одной с подсли-



зистым расположением узла миомы; двум с кистой яичника в сочетании с миомой матки и ГЭ).

Тяжесть климактерического синдрома (КС) оценивали по шкале Грина, средний балл составил 23. Большинство пациенток жаловались на сильные головные боли (70,3%), усталость (70,3%), мышечные и суставные боли (70,3%). Приблизительно половина пациенток жаловались на тахикардию (44,4%), чувство напряжения и нервозность (51,8%), нарушение сна (51,8%), напряжение и тяжесть в голове и теле (48,1%), слабость в конечностях (40,7%), затрудненное дыхание (40,7%), ночную потливость (40,7%), потерю интереса к сексу (51,8%). Только у немногих пациенток были умеренные или выраженные признаки, такие как панические атаки (33,3%), нарушение концентрации внимания (14,8%), потеря интереса ко многим вещам (29,6%), депрессия (3,7%), плаксивость (14,8%), раздражительность (18,5%), головокружение или обмороки (18,5%), чувство онемения и дрожь в теле (7,4%).

Таким образом, многие симптомы в активной фазе акромегалии совпадают с жалобами, характерными для КС, что вносит свой вклад в высокий средний балл по шкале Грина. Однако следует особо подчеркнуть, что основной симптом «прилив жара», характерный для климактерического синдрома, практически не встречался у пациенток с акромегалией. Урологические нарушения (стрессовое недержание мочи), которые потребовали дальнейшего лечения, были обнаружены у 51,8% женщин. Урологические нарушения чаще возникали у пациенток с хирургической менопаузой по сравнению с женщинами с естественной менопаузой (12 из 16 против 15 из 25 пациенток соответственно,  $p=0,02$ ).

Распространенность миомы матки (73,4%) была намного выше при акромегалии, чем в популяции (около 40%). У подавляющего большинства обследованных пациенток диагностированы изменения органов репродуктивной системы, причем у 35% впервые, требующие лечения, в том числе оперативного. Алгоритм обследования пациенток с акромегалией любого возраста должен включать оценку состояния органов репродуктивной системы.

**Резюме:** изучено состояние органов женской репродуктивной системы у больных акромегалией. Обследовано 50 пациенток с акромегалией, включенных в регистр Московской области (клиническое и гормональное обследование, осмотр гинеколога, трансвагинальное УЗИ органов малого таза с ЦДК).





## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

**Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Наследникова И.О., Ткачев В.Н.**

*Томск, ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет  
Минздрава России*

Повышение эффективности лечения бесплодия при эндометриозе является актуальной проблемой, поскольку частота наступления беременности у пациенток данной группы не превышает 30–33%. Перспективным направлением терапии является поиск генетических маркеров иммунологического дисбаланса при эндометриозе [1, 2, 3]. В связи с этим целью настоящего исследования явилась оценка эффективности лечения бесплодия при эндометриозе, в зависимости от генетических особенностей пациенток. В программу исследования вошли 236 женщин в возрасте от 21 до 40 лет (средний возраст  $31 \pm 1,2$  года), страдающих бесплодием, которые были госпитализированы в гинекологическую клинику ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ в 2009–2012 гг. для проведения диагностической, либо оперативной лапароскопии и гистероскопии. Лапароскопию и гистероскопию выполняли по стандартной методике с использованием аппаратуры фирмы «Karl Storz» (Германия). После чего все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 145 женщин у которых во время проведения лапароскопии был обнаружен генитальный эндометриоз. Группу сравнения составила 91 пациентка с бесплодием без эндометриоза. Всем пациенткам после подтверждения диагноза во время лапароскопии проводились молекулярно-генетические исследования. Исследование семи полиморфных участков генов цитокинов – 511C/T гена IL1B (rs16944), T-330G гена IL2 (rs2069762), C-590T гена IL4 (rs2243250), – 174G/C гена IL6 (rs1800795), C-592A гена IL10 (rs1800872), C-509T гена TGFB (rs1800469), G-308A гена TNFA (rs1800629) проводили с использованием аллель-специфической полимеразной цепной реакции. Частоты аллелей и генотипов в группах женщин сравнивали, используя критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса на непрерывность. Об ассоциации разных генотипов и аллелей с заболеванием судили по величине отношения шансов (OR).

Через 6–12 месяцев после окончания комбинированного лечения мы оценили его эффективность по частоте наступления маточной беременности. Частота наступления беременности в группе сравнения составила 57% (52 пациентки). При этом в основной группе данный показатель был в два раза ниже – 28% (41 пациентка). Наилучшие результаты были достигнуты после приема агонистов гонадотропин-рилизинг гормона – 43% (18 пациенток), реже – после лечения комбинированными оральными контрацептивами – 26%, без лечения – не превышала 9% ( $p < 0,05$ ).



Результаты проведенного иммуногенетического исследования позволили нам сделать заключение, что неэффективность комбинированного лечения бесплодия у пациенток с эндометриозом зависит от наличия «так называемых рискованных генотипов» цитокинов. Комбинация генотипов CC гена IL1B, TT гена IL2, TT гена IL4, GG гена IL6, CC гена IL10, TT гена TGFB, GG гена TNFA увеличивает показатели относительного риска неэффективности лечения более чем в 8 раз (OR=8,2) (p02C20,0001).

Таким образом, наиболее эффективным методом медикаментозной терапии эндометриоза является назначение агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов в сочетании с предварительной хирургической коррекцией. Низкая эффективность лечения бесплодия, сочетанного с эндометриозом, ассоциирована с носительством комбинации рискованных генотипов: CC гена IL1B TT гена IL2 TT гена IL4 GG гена IL6 CC гена IL10 TT гена TGFB GG гена TNFA. Целесообразно назначение медикаментозной терапии эндометриоза с учетом иммуногенетических особенностей пациентки. При наличии рискованной комбинации генотипов, ассоциированных с неэффективностью лечения целесообразно планирование беременности при помощи ВРТ.

**Резюме.** Проведено клиническое и молекулярно-генетическое обследование и лечение 236 больных с бесплодием. Низкая эффективность лечения бесплодия, ассоциированного с эндометриозом, связана с носительством рискованных генотипов: генотипов CC гена IL1B, TT гена IL2, TT гена IL4, GG гена IL6, CC гена IL10, TT гена TGFB, GG гена TNFA.

Clinical and molecular-genetic analysis and treatment of 236 patients with infertility were made. Low efficiency of endometriosis associated infertility treatment correlates with the risk CC genotype IL1B gene, TT genotype IL2 gene, TT genotype IL4 gene, GG genotype IL6 gene, CC genotype IL10 gene, TT genotype TGFB gene, GG genotype TNFA gene.

## КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ НОВОГО АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Кузнецова И.А., Боровкова Л.В., Качалина Т.С., Качалина О.В.,  
Шахова Н.М., Елисева Д.Д., Ионова Е.Б., Аксенова И.В.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии, г. Н. Новгород

Стабильно высокий уровень заболеваемости патологией шейки матки обуславливает необходимость разработки и внедрения новых более эффек-



тивных диагностических технологий. Наиболее перспективными являются методы медицинской визуализации и молекулярно-биологические технологии, в частности, оптическая когерентная томография и иммуноцитохимическое исследование с определением онкобелка p16ink4a. Оптическая когерентная томография (ОКТ) – новый высокоэффективный метод прижизненной визуализации покровных биологических тканей. Проведенные ранее исследования доказали высокую эффективность ОКТ в прижизненной визуализации морфологических структур слизистой оболочки шейки матки, а также диагностическую роль молекулярных маркеров клеточной пролиферации и инициации канцерогенеза в плоском эпителии шейки матки.

**Цель исследования:** разработать и провести клиническую апробацию нового алгоритма обследования женщин с заболеваниями шейки матки с включением метода оптической когерентной томографии и иммуноцитохимического исследования с определением онкобелка p16ink4a в рамках реальных проспективных рандомизированных клинических исследований.

**Материалы и методы:** ОКТ, кольпоскопия, цитология, иммуноцитохимическое исследование с определением онкобелка p16ink4a, ВПЧ-тест, биопсия, морфологическое исследование. Обследовано 100 пациенток с патологией экзоцервикса. В основной группе пациенток решение вопроса о необходимости и о месте биопсии было основано на данных ОКТ и кольпоскопии, в контрольной группе – на основании данных только кольпоскопии. За пациентками в течение трех лет проводилось динамическое наблюдение.

**Результаты исследования:** установлено, что применению ОКТ наиболее эффективно при обнаружении аномальных кольпоскопических картин с целью определения риска возможной малигнизации эпителия шейки матки. Разработан новый алгоритм обследования пациенток с патологией шейки матки с включением ОКТ и иммуноцитохимического исследования с определением онкобелка p16ink4a. При сопоставимых условиях включения у пациенток основной группы по сравнению с контрольной группой при определении показаний к биопсии было сделано 21% ложно-положительных заключений. В контрольной группе необоснованная биопсия была произведена у 60% пациенток. Включение ОКТ в комплексное обследование женщин с заболеваниями шейки позволило снизить количество необоснованных биопсий шейки матки на 39%. Статистическая обработка результатов исследования доказала, что различия между группами является статистически достоверными ( $p=0,041$ ). При наблюдении в течение трех лет ни в одном случае отказа от биопсии в основной группе случаев ЦИН 2+ не выявлено. При выборе места биопсии применение ОКТ в основной группе обеспечило повышение точности диагностики тяжелой неоплазии шейки матки на 26.7%. Более высокая точность диагностики в основной группе была достигнута при уменьшении среднего количества биоптатов у одной пациентки. В группе пациенток с положительными результатами цитологического исследования и отрицательными результатами кольпоскопии и ОКТ в комплексное обследование пациенток было включено иммуноцитохимическое исследование с определением p16ink4a, что позволяет снизить



количество инвазивных лечебно-диагностических электрохирургических процедур на 45%.

**Заключение:** клиническая апробация разработанного диагностического алгоритма статистически достоверно доказала, что включение ОКТ и иммуноцитохимического исследования с определением онкобелка p16ink4a в комплексное обследование обеспечивает улучшение качества неинвазивной диагностики заболеваний шейки матки за счет повышения точности при значительном уменьшении количества необоснованных инвазивных методов обследования и лечения.

**Резюме.** Разработан новый алгоритм обследования женщин с заболеваниями шейки матки с включением новых диагностических технологий: оптической когерентной томографии и иммуноцитохимического исследования. Диагностическая эффективность предложенного алгоритма достоверно доказана в рамках проспективных рандомизированных клинических исследований.

There was developed the new algorithm of survey of women with cervix illnesses including new diagnostic technologies: optical coherent tomography and immunocytochemical investigation. The diagnostic effectiveness of suggested algorithm was authentically proved within the framework of prospective randomized clinical investigations.

## ПОЛИГАМНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Куриленок С.А., Крутова В.А., Авагимова О.В.,  
Трантин А.Н., Подмогильный Н.Н.

*БАГК ВПО ГБОУ КубГМУ Минздрава России*

**Актуальность** данной темы продиктована не только статистическими данными, но и трудностями в диагностике. Все больше пациенток с предменструальным синдромом (ПМС) обращаются за помощью к смежным врачам-специалистам. Первыми специалистами, к которым обращаются больные с ПМС, довольно часто являются психиатры, невропатологи и, даже, психологи.

**Целью данного исследования** является выявление взаимосвязи экстрагенитальной патологии с развитием предменструального синдрома.

С августа 2010г по май 2013 г. были обследованы 1067 женщин в возрасте от 18 до 39 лет, которые были ранжированы согласно предъявляемым



жалобам: нарушения менструальной функции 345 (32,3%), профилактический осмотр 195 (18,3%), необходимость решения вопроса о контрацепции 159 (14,9%), дискомфортные ощущения в области наружных половых органов 129 (12,1%), подозрение на наличие инфекций, передаваемых половым путем 69 (6,5%), боли внизу живота 66 (6,2%), подозрение на беременность 76 (7,1%), снижение либидо 9 (0,8%). После комплексного обследования у 88 (8%) пациенток был диагностирован ПМС. В правильной диагностике ПМС большую роль играет простой, но очень эффективный метод – самонаблюдение. Желательно рекомендовать пациентке ведение дневника в течение не менее 2–3 МЦ, где женщина сама отмечает свои жалобы и интенсивность их проявления. Классическим на сегодня является Менструальный дистресс-опросник (МДО) Рудольфа Муса (Menstrual distress Questionnaire – MDQ), представляющий собой 8-компонентную шкалу, которая включает 47 симптомов.

Легкая степень ПМС имела место у 27 (32,6%) пациенток, средняя степень тяжести – у 49 (56%), тяжелая – у 10 (10,8%). Возраст этих пациенток колебался от 19 до 46 лет. У пациенток с верифицированным ПМС из перенесенных экстрагенитальных заболеваний существенное место занимают нейроциркуляторная дистония – у 36 (40,9%) больных, гипотиреоз – у 11 (12,5%), а также травма головы – у 2 (2,3%), 69 (78,5%) из них не принимали ранее препараты. У 38 (42,9%) женщин отмечены болезненные менструации, у 26 (30%) – обильные, 83 (93,8%) женщин отмечали появление раздражительности за 4–10 дней до наступления менструации, 56 (63,9%) – плаксивость, 48 (54,3%) – депрессию, 77 (87,5%) – болезненность и нагрубание молочных желез, 64 (73%) – вздутие живота, 50 (57%) – повышенную чувствительность к запахам, 34 (38,1%) – головную боль, 44 (50%) – отечность и усиление потоотделения, 37 (41,7%) – сердцебиение и мышечные судороги. В структуре экстрагенитальных заболеваний у пациенток молодого и среднего возраста превалирует патология ЖКТ, с возрастом на первый план выходят эндокринопатии и нарушения обмена веществ. Кроме того, среди фоновых процессов при ПМС имеет место значительная распространенность воспалительных процессов различной локализации. Так, ВЗОМТ встречается у 58,8% женщин с ПМС, пиелонефрит – у 4,3%, цистит – у 8,4%, что достоверно превышает аналогичные показатели у соответствующей возрастной категории женщин без ПМС. Следует отметить, что ПМС не только тяжелее протекает на фоне гинекологической и экстрагенитальной патологии, но и ухудшает течение ряда других заболеваний. Так, на последние 4 дня МЦ у женщин приходится 33,0% случаев острого аппендицита, 31,1% – острой респираторной вирусной инфекции, 30,0% – острых воспалительных заболеваний мочевыводящих путей.

Симптоматическая терапия, проводимая в таких случаях, вероятно, дает облегчение, в особенности в I фазу цикла, когда наступает закономерная ремиссия заболевания. Поэтому при анализе анамнеза заболевания иногда достаточно трудно выявить основную черту ПМС – цикличность его проявлений и связь с фазами менструального цикла.



Принимая во внимание изменчивость и многочисленность гетерогенных проявлений предменструального синдрома целесообразнее использовать следующие этапы диагностического поиска:

- исключить наличие органической патологии ЦНС;
- исключить наличие психических заболеваний;
- установить четкую взаимосвязь симптоматики с фазами МЦ – появление клинических проявлений за 7–14 дней перед месячными и исчезновение их к концу цикла.

## ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТА ГОНАДОТРОПИН-РИЛИЗИНГ ГОРМОНОВ НА МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Куриленок С.А., Крутова В.А., Авагимова О.В.,  
Наумова Н.В., Трантин А.Н.

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника ВПО ГБОУ КубГМУ  
Минздрава России*

Мастопатия возникает у 30–70% женщин репродуктивного возраста, при гинекологических заболеваниях частота ее возрастает до 70–98% (Антонова А.В. и соавт. 1996). В последние годы отмечается неуклонный рост этой патологии во всем мире (Егорова А.Г., 1998; Кулаков В.И. и соавт., 2003). В пременопаузе встречается у 20% женщин. После наступления менопаузы новые кисты и узлы, как правило, не появляются, что доказывает участие гормонов яичников в возникновении болезни. Известно, что развитие молочных желез, регулярные циклические изменения в них в половозрелом возрасте, а также изменения их функции в период беременности и лактации происходит под влиянием целого комплекса гормонов: гонадотропинрилизинг гормона (ГнРГ) гипоталамуса, гонадотропинов (лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны), пролактина, хорионического гонадотропина, тиротропного гормона, андрогенов, кортикостероидов, инсулина, эстрогенов и прогестерона.

**Целью исследования** явилось изучение влияния применения антагониста гонадотропинрилизинг-гормона (ант-ГнРГ) на изменение кистозных образований и соотношения структурных компонентов молочной железы у больных с фиброзно-кистозной мастопатией и возможность использования его для лечения пациенток с данной патологией.

Согласно поставленным задачам, проведен анализ клинических данных 68 пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией, страдающих различной патологией половой системы: субмукозной миомой матки, сопровождающейся кровотечениями – 29 (42,6%), рецидивирующей гиперплазией эндо-



метрия – 23 (33,8%), наружным генитальным эндометриозом различной локализации – 16 (23,5%). Возраст больных колебался от 35 до 46 лет. Для реализации модели эстрогенодефицита использовался бусерелин.

Женщины в течение 4 мес. получали бусерелин внутримышечно в дозе 3,75 мг в месяц, после чего была достигнута устойчивая аменорея. Через 6 мес устойчивая аменорея сохранилась у 14 (21%) женщин, у 25 (38%) имели место скудные циклические менструальноподобные выделения, у 29 (43%) менструальный цикл восстановился полностью. Был отмечен постепенный регресс патологических изменений в полости матки (атрофия эндометрия, уменьшение размеров миоматозных узлов, исчезновение ациклических кровотечений). Проводилась оценка изменений, происходящих с кистозными образованиями в молочных железах в условиях относительного эстрогенодефицита, создающегося при длительном применении ант-ГнРГ.

За пациентками в течение 1 года проводилось наблюдение. Состояние молочных желез контролировалось с помощью ультразвукового исследования. С целью стандартизации кистозных изменений через 6 и 12 мес. оценивался объем полости только наибольшей (при наличии нескольких) или единственной киста.

**Результаты исследования** показывают, что создание эстрогенодефицита приводит к изменению структуры молочной железы, которое выражается в постепенном доминировании фиброзно-жировой инволюции. Следует отметить, что при контрольном ультразвуковом исследовании через 6 мес. после начала лечения бусерелином в 55 (81%) случаях выявлено уменьшение объема кистозных полостей, при этом у 13 (19%) женщин динамика не отмечена. Через 12 мес. после начала лечения уменьшение объема кист установлено уже у 63 (93%) женщин и лишь у 3 (7%) пациенток, у которых восстановились циклические изменения уровня половых гормонов и восстановились менструации, динамики отмечено не было.

Создание эстрогенодефицита посредством применения ант-ГнРГ ведет к уменьшению объема кистозных образований и изменению структуры молочных желез в виде фиброзно-жировой инволюции.

У пациенток, страдающих вышеперечисленной гинекологической патологией, антагонисты ГнРГ могут использоваться и как средство лечения фиброзно-кистозной мастопатии.



# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА (по данным эпидемиологического исследования)

Ледина А.В.<sup>1</sup>, Прилепская В.Н.<sup>1</sup>, Акимкин В.Г.<sup>2</sup>

1 – ФГБУ «Научный Центр АГИП им. В.И. Кулакова» Минздрава России,  
Москва;

2 – ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский  
университет им. И.М. Сеченова» Росздрава, г. Москва;  
ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, г. Москва

Несмотря на большое количество работ и широкий интерес к проблеме предменструального синдрома (ПМС), многие аспекты в настоящее время остаются не достаточно изученными. Это касается высоких цифр распространенности изучаемого патологического состояния. Показатели распространенности в различных исследованиях варьируют от 30 до 95% и отличаются в зависимости от региона проживания: по данным Singh BB et al (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 T et al., 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 апробированной анкеты. Анкетирование проводилось на базе высших и средних учебных заведений, предприятий и организаций Центрального (ЦФО), Северо-Западного (СЗФО), Приволжского (ПФО), Сибирского (СФО), Уральского (УФО) и Дальневосточного (ДФФО) Федеральных Округов.

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

Подавляющее количество опрошенных 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.

## МЕЖМЕНСТРУАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Линева О.И., Портянникова Н.П.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница №2» Министерства  
здравоохранения Самарской области, Самара, Россия*

Межменструальный болевой синдром (МБС) встречается с частотой от 3 до 40%, сопровождается различными вегетативно-сосудистыми и психоэмоциональными расстройствами, являясь частой причиной необоснованных оперативных вмешательств. Патогенетические аспекты развития синдрома недостаточно изучены, что затрудняет проведение терапии и профилактики, снижает качество жизни пациенток.

**Целью настоящего исследования** явилась оценка сравнительной эффективности применения различных методов гормональной контрацепции после индивидуального подбора в лечении больных с МБС.

Дизайн и методы исследования: проведено проспективное исследование 100 женщин в возрасте 27–39 лет, из них 70, страдающих МБС. Обследование включало общепринятые клинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические методы исследования, определение уровня ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона и кортизола с обязательной оценкой психосоматического статуса и интенсивности болевого синдрома.

Основная группа женщин, страдающих МБС, была разделена на три подгруппы. 30 пациенток первой подгруппы принимали КОК (30 мкг ЭЭ и 150 мкг дезогестрела) в пролонгированном режиме (63±7 дней); 20 пациенток второй подгруппы использовали влагалитскую релизинг-систему (15 мкг ЭЭ и 120 мкг этногестрела); 20 пациенток третьей подгруппы получали КОК с дроспериноном (20 мкг ЭЭ + 3 мг ДРСП). Длительность курса лечения – 6 месяцев. Контрольная группа подбиралась по принципу «случай-контроль» и составила 30 женщин, идентичных по возрасту, наличию сопутствующей соматической и гинекологической патологии, но не страдающих МБС.



**Результаты исследования и обсуждение:** Проведенные нами исследования выявили, что МБС преимущественно встречается в активном репродуктивном возрасте (средний возраст больных составил 32,4 года) при длительности заболевания от 1,2 до 6,3 лет. В анамнезе половина обследованных (51,4%) отмечали необоснованные госпитализации в различные стационары с диагнозом «внематочная беременность», «аппендицит», «апоплексия яичника», «острый аднексит», «острый живот» и т.д.

Особое внимание мы обращали на наличие нервно-психических, эмоциональных и вегетативных нарушений у больных с МБС. Установлено, что у всех 70 больных с разной частотой диагностируются эмоциональные, когнитивные, вегетативные, мотивационные, диссомнические, эндокринно-обменные и алгические симптомы по шкале Спилберга-Ханина, Мельзака, Бека, Гамильтона, ВАШ боли и др. Аналогичные клинические симптомы в контрольной группе встречались с частотой 30% (разница статистически достоверна). Кроме того, у 35 больных (50%) мы выявили симптомы активации симпатической нервной системы, у 10 (14,2%) – симптомы активации парасимпатической нервной системы, а у 25 (35,8%) – астенодепрессивный синдром. Эти данные подчеркивают первостепенное значение эмоционального восприятия боли и особенностей личности пациентки в формировании МБС.

При проведении анализа эффективности КОК в пролонгированном режиме в купировании основных клинических симптомов МБС следует отметить, что данная схема лечения достаточно эффективно нормализует психосоматический и вегетативный статус, снимает явления астении и болевой синдром. Так, ВАШ боли снизился с 10 баллов до 2–3 баллов через 3 месяца проводимой терапии; ВАШ астении с 10 до 4 баллов; оценка степени астении по шкале MFI – с 20 баллов до 6–7 и т.д.

Что касается пациенток второй подгруппы, то следует отметить хорошую комплаентность использования влагалищного кольца, также нормализацию психосоматического статуса, улучшение качества жизни, но менее выраженный анальгезирующий эффект. Это диктует необходимость включения нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексную терапию МБС. Обращает на себя внимание купирование предменструального синдрома и хороший косметический эффект у пациенток третьей подгруппы, принимавших КОК с ДРСП. Через 6 месяцев констатировано почти полное исчезновение клинических проявлений МБС у больных всех трех подгрупп.

Таким образом, полученные нами данные позволяют считать основным методом патогенетического лечения МБС индивидуальный подбор гормональной контрацепции с учетом уже доказанных терапевтических эффектов современных препаратов.

**Резюме.** Оценка сравнительной эффективности применения различных методов гормональной контрацепции после индивидуального подбора в лечении больных с МБС. Под наблюдением находилось 70 больных с МБС, разделенных на 3 подгруппы. 30 из них получали в пролонгированном режиме (63+7) КОК, содержащий ЭЭ 30 мкг + 150 мкг дезогестрела; 20 – использовали влагалищное кольцо (15 мкг ЭЭ + 120 мкг этонгестрела); 20 – КОК с дросперино-



ном; 30 женщин контрольной группы. Всем проводилось комплексное клиническое и лабораторное обследование до лечения, через 3 и 6 месяцев. После проведенного лечения через 6 месяцев у всех больных практические исчезли основные симптомы МБС, улучшилось качество жизни. Результаты, полученные нами в ходе исследования, позволяют считать назначение гормональной контрацепции основным патогенетическим методом терапии МБС.

To clinically evaluate effects different methods of hormonal contraception in coping intermenstrual pain syndrome (IMPS). One hundred patients, including 70 women with IMPS, were followed up. All underwent a comprehensive clinical, laboratory examination, psychoemotional and autonomic assessments before and 6 month after treatment. Three months following complex treatment, major symptoms of IMPS disappeared in all groups of patients. The findings suggest that the use of combined hormonal contraception is the method of choice in the pathogenetic therapy IMPS.

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.

**Логинава К.Б.<sup>2</sup>, Доброхотова Ю.Э.<sup>2</sup>, Дюкова Г.М.<sup>1</sup>**

*1 – Кафедра неврологии факультета постдипломного профессионального образования врачей Первого Московского Государственного Медицинского Университета имени И.М. Сеченова*

*2 – Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета 21162 Российского Национального Исследовательского Медицинского Университета имени Н.И. Пирогова.*

С современной точки зрения предменструальный синдром (ПМС) сложное циклическое психонейроэндокринное расстройство, которое влияет на эмоциональное и физическое благополучие женщин, снижает работоспособность и нарушает качество жизни. Различают три степени тяжести ПМС: легкая, средняя и тяжелая. С 1994 года тяжелая форма ПМС, с доминирующими эмоциональными и аффективными расстройствами, была обозначена как «предменструальное дисфорическое расстройство» (ПМДР). Критерии диагностики ПМС сформулированы в практическом руководстве американского колледжа акушеров гинекологов (ACOG 2000 г) и МКБ 10, для ПМДР критерии диагностики отражены в приложении к диагностическому и статистическому руководству по психическим заболеваниям (DSM IV 1994, DSM V 2013). В качестве отдельных клинических единиц обе формы предменструальных расстройств включены в общепринятые классификационные руководства (ACOG, МКБ-10 и DSM-V).



Вопросы распространенности как ПМС, так и ПМДР до сих пор вызывают большие дискуссии. Соответственно ряду публикаций частота ПМС колеблется от 25 до 90%, а ПМДР страдают от 3 до 18% женщин репродуктивного периода. Полученные данные касаются зарубежных стран. В то же время в отношении женщин Российской Федерации, отсутствовали данные о распространенности ПМС и ПМДР, которые бы основывались на исследованиях с применением общепринятых международных критериев.

**Цель настоящего исследования** – оценка распространенности ПМС и ПМДР среди женщин Российской Федерации, выявленной на основе общепринятых критериев диагностики ПМС (ACOG, 2000) и ПМДР (DSM IV, 1994), разработка и улучшение диагностических критериев и методов лечения больных с ПМС и ПМДР.

Для проведения эпидемиологического исследования была разработана анкета, учитывающая социо-демографические данные, гинекологический и репродуктивный анамнез. В анкету были включены критерии ПМС (7 соматических симптомов) и ПМДР (9 эмоционально-мотивационных симптомов), оценивалось их появление в предменструальном периоде. Анонимное анкетирование с помощью специально разработанной анкеты было проведено 1326 женщинам Москвы и других регионов России (Ростовская область, Уральский регион, Новосибирск). 113 пациенткам ПМС различной степени тяжести, проведено комплексное лабораторное, клинико-проспективное обследование и лечение. В зависимости от степени тяжести ПМС и необходимости в контрацепции, пациентов разделили на следующие группы: 1-я группа – 36 пациентов с ПМС легкой и средней степени тяжести, не нуждающихся в контрацепции, им проводилась немедикаментозная коррекция состояния, 2-я группа – 48 пациентов с ПМС средней степени тяжести, имеющих регулярную половую жизнь и нуждающихся в контрацепции, для терапии им был выбран комбинированный оральный контрацептив (КОК), содержащий 20 мкг этилнилэстрадиола и 3 мг дроспиренона (20 мкг ЕЕ 3 мг ДРСП), 3 группа – 19 пациентов с тяжелой формой ПМС (ПМДР), получающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (флуоксетин 20 мг) в непрерывном или в циклическом режиме.

Анализ результатов показал, что 74% женщин Российской Федерации имеют ПМС (т.е. не менее 1 соматического симптома различной степени тяжести из списка предложенного ACOG). У 18,3% опрошенных женщин обнаружено наличие ПМДР (не менее 5 из 9 пунктов предложенных DSM-IV). Через 6 месяцев терапии снижение проявлений ПМС по количеству баллов в ежедневном проспективном календаре ПМС больше в группе принимающих КОК, чем в группе, принимающих СИОЗС.

Проведенное нами эпидемиологическое исследование частоты ПМС и ПМДР в репрезентативной популяции 1 326 Российских женщин подтвердило результаты, полученные Halbreich U, с соавт. (2003) на популяции 481 американских женщин. Т.о. предложенные стандартизированные диагностические критерии подтверждают свою надежность при изучении предменструальных расстройств на разных континентах и в разных социокультурных



группах женщин. Наше исследование подтвердило более высокую частоту ПМДР у женщин репродуктивного возраста, чем предполагалось ранее.

Выбор тактики ведения пациентов с ПМС напрямую зависит от степени тяжести ПМС, наличие или отсутствие необходимости контрацепции.

**Резюме.** Принципы лечения пациентов с предменструальным синдромом.

В Российской Федерации 74% женщин репродуктивного периода страдает предменструальным синдромом различной степени тяжести. 18% больных с ПМС составляют пациентки с тяжелой формой ПМС предменструального дисфорического расстройства. Тактика лечения больных с ПМС зависит от степени тяжести ПМС, и в наличии или отсутствии необходимости в контрацепции.

Principles of treatment patients with premenstrual syndrome.

74% women reproductive age suffers premenstrual syndrome in the Russian Federation,. 18% patients with PMS have severe form of PMS, premenstrual dysphoric disorder. Treatment of patients with PMS depends on the severity of PMS, and the presence or absence of the need for contraception.

## АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Магакян С.Г., Степанян Л.В., Синчихин С.П., Арутюнян А.А.

*ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»  
Минздрава РФ, Астрахань, Россия*

В своей практической работе врач женской консультации часто сталкивается с пациентками, которые имеют такое гормонозависимое заболевание как миома матки. Вопросы этиопатогенеза продолжают оставаться дискуссионными. Не исключается влияние медико-социальных факторов, нервно-психических напряжений на состояние пациенток с указанной гинекологической патологией.

**Цель исследования** – изучить анамнестические данные пациенток с миомой матки.

**Материал и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ 200 медицинских амбулаторных карт женщин с миомой матки. Отмечена тенденция роста частоты встречаемости заболевания с увеличением возраста женщины. С симптомами миомы матки пациентки реже обращались к врачу женской консультации в возрасте 18–28 лет (5,1%) и в 28–35 лет – (12,6%). Основной контингент пациенток с миомой матки находился в возрасте 35 – 40 лет – 82,3% женщин

**Результаты.** Умственный труд, связанный с частым эмоциональным перенапряжением, малоподвижным образом жизни отмечали 68,9% пациенток.



Пациенток, связанных с физическим трудом было 14,1%; к домохозяйкам себя относили 17% пациенток.

По нашим данным в зарегистрированном браке состояли 32,8% пациенток, а в незарегистрированном – 67,2%. Нами выявлена прямая корреляционная зависимость между частотой диагностирования миомы матки у женщин и поздним началом половой жизни (после 25 лет), реализацией детородной функции (старше 29 лет), а также с нерегулярными сексуальными отношениями (76,4%).

Наличие бесплодия при миоме матки наблюдалось у 44,2% пациенток. Вместе с тем наблюдаемым нами женщинам, имеющих в анамнезе одну (30,8%), две и более (25%) беременности, ранее проводили инструментальные вмешательства по поводу искусственного аборта (66,3%) или самопроизвольного выкидыша (24,5%). Оперативное родоразрешение отмечено в 36,7% клинических случаях. Послеродовые эндометриты наблюдались у 15% женщин, имевших в анамнезе роды. Различные варианты внематочной беременности встречались у 18%. Нельзя исключить, что наряду с воздействием других факторов, хирургические вмешательства могли также способствовать развитию миомы матки.

Среди соматической патологии в порядке убывания встречались: эндокринная патология (96%) и, в частности, различные степени выраженности нарушения липидного обмена и заболевания щитовидной железы у 89% и 7% пациенток, соответственно; патология сердечно-сосудистой системы (56,2%) и, в частности, железодефицитная анемия и гипертоническая болезнь у 92% и 62% женщин, соответственно; заболевания почек и мочевыводящих путей (34,3%), желудочно-кишечного тракта (15,4%), органов дыхания (7,6%).

Выявлено, что у пациенток с миомой матки наблюдалось поздние менархе (81%), дисфункции яичников (55,7%), гиперполименорея (69,9%). Различные виды сопутствующей гинекологической патологии, таких как заболевания влагалища и шейки матки, генитальный эндометриоз, опухолевидные образования яичников встречались у 70,3%, 42,2%, 21,2% пациенток, соответственно. Сочетание миомы матки и патологии молочных желез наблюдалось у 27,7% женщин. Указывали на ранее перенесенные инфекции, передаваемые половым путем 49,4% пациенток. При этом урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, трихомониаз, гонорея встречались в 24,6%, 36,2%, 28,4% и 10,5% случаях, соответственно.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования показали, что миома матки чаще наблюдается у пациенток с нервно-психическими напряжениями на работе или в семье, нарушениями становления менструальной функции, поздним сексуальным дебютом и реализацией детородной функции, а также наличием экстрагенитальной и гинекологической патологий, которые приводят к гормональным нарушениям.

**Резюме.** Установлено, что пациентки с миомой матки часто находятся в психологически напряженных ситуациях, а также имеют сопутствующие гинекологические заболевания и соматическую патологию, которые приводят к гормональным нарушениям.



It is established that patients with uterus myoma often are in psychologically intense situations and have the accompanying somatic and gynecologic pathologies leading to hormonal violations.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОК, СОДЕРЖАЩИХ ДРОСПИРЕНОН, В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Мазур И.А.

*Государственный университет медицины и фармации имени  
Н. Тестемицану Республики Молдова, Кафедра акушерства и гинекологии,  
Кишинев, Молдова*

Большинство женщин репродуктивного возраста испытывают физические и психоэмоциональные симптомы в течение 1–2 недель до менструации, однако тяжесть данных симптомов позволяет отнести их к патологическому состоянию – предменструальный синдром (ПМС). Лечение ПМС зависит от количества и интенсивности симптомов. Основу одной из главных стратегий лекарственной терапии ПМС составляет супрессия овуляции, наиболее часто при этом используют КОК, эффективность которых достигает 61–82%. Многочисленные исследования отдают предпочтение КОК, содержащим дроспиренон, который, благодаря своим особенностям действует на различные патогенетические звенья ПМС: предотвращает задержку жидкости, уменьшает соматические и психоэмоциональные предменструальные симптомы. Целью данного исследования было определение эффективности КОК, содержащего дроспиренон в отношении различных форм ПМС.

**Материал и методы.** В исследование были включены 136 пациенток с ПМС, которые составили две группы: группа А 67 пациенток – с преобладанием предменструальных головных болей, группа В 69 пациенток – с преобладанием предменструальных болевых симптомов различной локализации. У участниц исследования параметры менструального цикла соответствуют норме. Диагноз ПМС был установлен на основании диагностических критериев (Американский Колледж Акушеров и Гинекологов, Королевский Колледж Акушеров и Гинекологов, Лондон). Все пациентки получали КОК Мадiana (3 мг дроспиренон/30 мкг этинил-эстрадиол) в течение 3 последовательных менструальных циклов по схеме 21/7 дней.

**Результаты.** В результате назначенного лечения значительно уменьшились продолжительность, количество и интенсивность предменструальных симптомов, достигая статистически значимого изменения показателей.



Антиандрогенный эффект дроспиренона проявляется снижением психоэмоциональных расстройств, характерных для ПМС. Результаты исследования показали значительное снижение данных симптомов уже в течение первого месяца приема КОК. Между группами А и В не было отмечено статистически значимых различий.

Анти-минералокортикоидный эффект дроспиренона способствует снижению задержки жидкости. Оценка результатов лечения показала уменьшение симптомов, связанных с задержкой жидкости: тяжесть/боль в молочных железах, головная боль, вздутие живота и т.д. Наиболее очевидные изменения были отмечены у показателя тяжесть/боли молочной железе: в группе А в 1-й месяц лечения частота проявления симптомов снизилась от 82,08% до 58,2% ( $p < 0,001$ ) и к 3-му месяцу уменьшилась в три раза – 25,37% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с исходным показателем; подобная динамика наблюдалась в группе В: 84,05% → 55,07% ( $p < 0,001$ ) → 26,08% ( $p < 0,001$ ) соответственно. В группе А на фоне лечения отмечалось снижение предменструальных головных болей до 37,31% в 3-м лечения ( $p < 0,001$ ). У пациенток в группе В на фоне лечения также было зафиксировано улучшение, хотя головные боли не были из числа доминирующих симптомов. Несмотря на значительную позитивную клиническую динамику, более чем треть (37,31%) пациенток в группе А по-прежнему испытывают головные боли, тем не менее после 3 месяцев лечения отмечалось снижение интенсивности и частоты приступов. Симптомы тазовых болей и вздутие живота значительно уменьшились к 3-му месяцу лечения; в группе В установлена положительная клиническая динамика 75,36% → 44,92% ( $p < 0,001$ ) → 17,39% ( $p < 0,001$ ); в группе А клиническая динамика была менее очевидна, облегчение симптомов было отмечено в 1-й месяц, но статистически значимое снижение показателей было достигнуто к 3-му месяцу 70,14% → 56,71 ( $p > 0,05$ ) → 28,35% ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Благодаря эффектам дроспиренона, КОК Мидиана (3mg DRSP/30µg EE2) является препаратом выбора в лечении предменструальных симптомов, с минимальными побочными эффектами. Представленные результаты подтверждают преимущества данного препарата в лечении болевых симптомов ПМС, а также в лечении головных болей, связанных с менструацией, учитывая тот факт, что головные боли, связанные с менструацией отличаются устойчивостью к лечению.

**Резюме.** Накопленные знания о клинических проявлениях и механизмах развития ПМС способствуют выделить патогенетический подход к лечению. Целью данного исследования было определение эффективности КОК, содержащего дроспиренон в отношении различных форм ПМС. Полученные результаты свидетельствуют о том, что КОК (3mg DRSP/30µg EE2) является препаратом выбора в лечении как общих болевых симптомов ПМС так и головных болей, связанных с менструацией.

The accumulated knowledge of the clinical manifestations and the mechanisms that contribute to PMS highlight pathogenetic approach to treatment. The purpose of this study was to determine the effectiveness of drospirenone-containing COC





in the treatment of various forms of PMS. The results indicate that the COC (3mg DRSP/30µgEE2) is the drug of choice in the treatment of premenstrual pain symptoms and menstrually related headaches (migraine).

## ВИТАМИН D И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

**Мальцева Л.И., Гафарова Е.А.**

*Казань, ГБОУ ДПО КГМА Минздрава России*

Витамин D пересек границы метаболизма кальция и фосфатов и стал важным фактором обеспечения важнейших физиологических функций. Это стероидный гормон с эндокринным, паракринными и аутокринным эффектом. В настоящее время установлено, что дефицит витамина D затрагивает широкий спектр острых и хронических заболеваний. Витамин D играет ключевую роль в метаболизме костной ткани и минерального гомеостаза. Активные формы витамина D – 25 (ОН) D3 и 1α,25 (ОН) 2D3 – играют решающую роль в других биологических процессах, включая регуляцию клеточного роста, дифференцировку и модуляцию метаболических процессов.

Поскольку рецепторы к витамину D (VDR) обнаружены в тканях репродуктивных органов, включая яичники, матку, плаценту, яички и гипофиз, очевидна ассоциация роли витамина D с репродуктивным здоровьем. Витамин D регулирует более 3000 генов, многие из которых играют значимую роль в развитии плода, в том числе ингибирование клеточной пролиферации, индукции ангиогенеза, ренина и апоптоза, стимуляции выработки инсулина и производства макрофагов. Целью данного исследования явилось обобщение последних достижений в исследовании влияния дефицита витамина D на репродуктивное здоровье женщин. Витамин D имеет важное значение для снижения риска диабета 1 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, депрессии, осложнений течения беременности, аллергии, повышает результативность ЭКО. Лучшим методом для определения статуса витамина D является уровень в крови 25 (ОН) D. Однако, критерии дефицита витамина D является предметом дискуссии. В настоящее время нет консенсуса в отношении оптимального уровня 25 (ОН) D3, но большинство экспертов рекомендуют использовать его плазменную концентрацию в 25 нмоль/л (10 нг/мл) в качестве нижней границы обеспеченности. Дефицит витамина D обуславливает неблагоприятные исходы беременности. Гипертензия во время беременности, и особенно преэклампсия (ПЭ), являются наиболее изученными осложнениями течения беременности, связанными с дефицитом витамина D у женщин. У женщин с преэклампсией (ПЭ) циркулирующие уровни 25 (ОН) D3 ниже, чем у беременных с нормальным артериальным давлением. Уровень 25



(ОН) D3 во время беременности менее 20 нг/мл связан с 4-кратным, а менее 15 нг/мл – с 5-кратным увеличением тяжелой ПЭ. Исследование, проведенное M. Naugen и соавт. (2009) в когорте 23% 2У первородящих женщин в Норвегии, показало снижение на 27% риска развития ПЭ у женщин, которые получали 400–600 МЕ витамина D в день по сравнению с женщинами, не получавшими добавок. Есть данные, что назначение витамина D в течение первого года жизни девочки связано с уменьшением на 50% частоты ПЭ при первой беременности в дальнейшем, что связывают с влиянием витамина D в младенчестве на процессы программирования иммунной системы. В другом исследовании установлено, что частота дефицита 25 (ОН) D3 во втором триместре беременности была выше при гестационном сахарном диабете (ГСД) по сравнению с беременными, имевшими нормальное содержание глюкозы. После дополнительного приема витамина D отмечено снижение уровня глюкозы и инсулина в крови. Использование дополнительно витамина D в начале беременности способствовало снижению заболеваемости и тяжести ГСД. Получены данные, что достаточное содержание витамина D может защитить от преждевременных родов. Установлена большая частота беременности и имплантации при высоком уровне 25 (ОН) D3 в фолликулярной жидкости у 84 бесплодных женщин, проходящих ЭКО. Предлагается использование определение уровня 25 (ОН) D3 в фолликулярной жидкости в качестве независимого предиктора успеха ЭКО-цикла. Исследования, касающиеся обеспеченности витамина D у пациенток с СПКЯ, показали обратную корреляцию между уровнем витамина D и метаболическими факторами риска, резистентностью к инсулину и положительную корреляцию с чувствительностью к инсулину. Повышение содержания витамина D в сыворотке крови с одновременным его снижением в эпителии брюшины найдено у женщин с эндометриозом. Проведенный мета-анализ профилактики онкологической заболеваемости (рака толстой кишки у 1 822 и прямой кишки у 868 пациентов) показал, что назначение витамина D и увеличение содержания на 4 нг/мл в крови уровня 25 (ОН)D обеспечивает снижение риска колоректального рака на 6%. Участники исследования, с базовым уровнем витамина D 25 (ОН) менее 12 нг/мл имели достоверно больший риск развития колоректального рака. Нормы потребления для витамина D, опубликованные в США и Канаде (600 МЕ для беременных/кормящих женщин), основаны, в первую очередь, для обеспечения скелетного здоровья. Уровни 25 (ОН) D3 в 30–45 нг/мл в крови, оптимальные для профилактики многих заболеваний и осложненной беременности, могут быть обеспечены ежедневными дозами от 2000 до 4000 МЕ. Таким образом дефицит витамина D не может считаться проблемой прошлого, так как существуют доказательства неблагоприятных последствий для репродуктивного здоровья женщин, связанных с низкой обеспеченностью витамином D и исследования в этом направлении важны для практического здравоохранения.



# ПРОГРАММА «ИДЕАЛЬНЫЙ СПЕРМИЙ ДЛЯ ЯЙЦЕКЛЕТКИ» НА ЭАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МУЖЧИН (ППМ) ПОВЫШАЕТ РОЖДАЕМОСТЬ И СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. НАШ ОПЫТ ЗА 2006–2013 гг.

**Маркарян Д.С., Маржакова Н.Б., Кадошникова М.Ю.**

*Мед. Центр «Линия жизни», Москва, Россия*

В истории эволюции человека как биологического вида, мутационный процесс в гаметогенезе всегда играл, играет и будет играть важнейшую роль, так как за счет этих мутаций обеспечивается прогрессивная эволюция человека. (Геодакян В.А. 1965, 2010). Одновременно хорошо известно, что мутации в гаметах, прежде всего в спермиях, являются главной причиной возникновения мутантных эмбрионов, их гибели, генных и хромосомных болезней у потомства, являются важной причиной мертворождений, недоношенности, пороков развития, объединяемых общим понятием- перинатальная патология. При оценке здоровья школьников у 96% были выявлены отклонения в здоровье, значительная часть которых берет начало от момента зачатия и вынашивания и связана с генными и эпигеномными мутациями в спермиях и яйцеклетках (Баранов, 2013). Для снижения уровня перинатальной патологии с начала 21 века в моду стала входить прегравидарная подготовка женщин (ППЖ) и буквально в последние годы и мужчин (ППМ). В последние 50 лет отмечается прогрессивное ухудшение качества эякулята мужчин (минус 1,5–3,0% в год) и рост числа мужчин с инфертильной спермой, как следствие воздействия на спермтогенез большого списка вредных внешних и внутренних факторов. Если в прошлом доминировало женское бесплодие, то на 2012 г. уже до 60% семейного бесплодия связано с мужским фактором, с ухудшением качества эякулята мужчин, в том числе с уменьшением вплоть до нуля пропорции морфологически нормальных спермиев. В общепринятом варианте ППЖ и ППМ направлены на нормализацию питания и быта, устранение видимых и скрытых инфекций, опасных для беременности и плода, устранение мутагенных влияний на гаметогенез- алкоголь, курение табака, наркотики и лекарственные средства, профессиональные вредности, эндокринные нарушения и др. Касательно ППМ ко всему вышеперечисленному мы с 2006 г. впервые добавили проведение лечебнопрофилактических мероприятий, направленных на увеличение в эякуляте будущих отцов пропорции спермиев с идеальной головкой, шейкой, хвостом по строгим морфологическим критериям до 30% и более. (Вспомним поговорку – «Хочешь



получить здоровое племя,посей здоровое семя»). Работа проводилась на базе МедЦентра «Линия жизни» в совместно с районной женской консультацией в районе Солнцево г.Москвы, с населением 90–100 тысяч человек с 2006 по 2013 гг. Женская консультация занималась женским бесплодием и ППЖ и направляла к нам всех мужчин из бесплодных семей, где решающим был мужской фактор. Всего лечение по поводу мужского бесплодия и ППМ в нашем центре прошли более 700 инфертильных мужчин. ППМ включала подробный сбор анамнеза с целью поиска и устранения вредных факторов риска, клинические обследования, анализы на видимые и скрытые урогенитальные инфекции, на гормоны и многократные спермограммы до, во время и после окончания восстановительного лечения. Оценку спермограммы производили по стандартам ВОЗ (WHO 1999, 2010),качество спермиев, их мутагенную опасность и риск для плода оценивали по вышеупомянутым строгим критериям Крюгера (Kruger, 1986, 1988). Лечебно-профилактические мероприятия носили персонифицированный характер и были направлены на устранение установленных факторов риска (инфекции, табакокурение и другие факторы,с доказанными мутагенными и тератогенными свойствами, здоровый образ жизни, полноценное питание, нормализация гормонального баланса и гомеостаза в целом) и нормализацию спермограммы по критериям WHO (1999) – объем эякулята более 2,0 мл, количество спермиев более 25 млн/мл, быстрых спермиев (группа а) более 25%,спермиев с идеальной морфологией головки-шейки-хвоста до 30% и выше. При наличии генитальной инфекции (в спермоплазме, в уретре, на головке и крайней плоти) ее устранение. На этапе нормализации спермограммы использовали комплекс средств, в том числе такие средства с доказанным эффектом на качество сперматогенеза и увеличения пропорции идеальных по морфологии спермиев как СпермАктин (Фармамед) и ПроФертил (ПроФарма). Длительность ППМ 3–4 месяца, реже больше. После устранения факторов риска и нормализации спермограммы семье разрешалось естественное зачатие. Следует особо отметить, что желание мужчин иметь здорового ребенка и осознание личной ответственность за его настоящее и будущее имело большой общеоздоровительный эффект для будущих родителей-отказ от табака и алкоголя, занятие фитнесом, нормализация питания и быта и др. На сегодняшний день в 442 семьях прошедших ППМ уже родились здоровые дети без какой-либо видимой патологии. Всего за период 2006–2013 гг. в районе родилось 5 619 детей. Таким образом,за счет пролеченных нами семей с мужским фактором бесплодия рождаемость выросла примерно на 8,0%. Падение практически до нуля перинатальной патологии в семьях прошедших ППМ и ППЖ внесло свой вклад в снижение общей перинатальной патологии в районе с 6,2% (2006) до 2,8% (2013) т.е. в 2,2 раза, ранних самоабортов и гибели плода в 3 раза, пороков развития в 4 раза, хромосомных болезней до нуля, перинатальной смертности на 60%. Создание условий для рождение здорового потомства, свободного от наследственной и врожденной патологии -важнейшая задача и для семьи и для общества на данном этапе жизни человечества. В связи с этим ППМ мужчин готовящихся к деторождению, расширенная персонифи-



цированными лечебнопрофилактическими мероприятиями для нормализации сперматогенеза и увеличения пропорции морфологически идеальных спермиев до 30% и более должна стать нормой для всех семей планирующих деторождение.

**Резюме.** В 2006–2013 гг. в районе с населением до 100 тысяч человек, ППМ прошли более 700 инфертильных мужчин из семей с бесплодием. В 442 семьях уже родились здоровые дети, без видимой патологии. Элиминация факторов риска для беременности и плода, нормализация сперматогенеза до пропорции спермиев с идеальной морфологией головки, шейки, хвоста до 30% и более у будущих отцов увеличило на ~ 8.0% рождаемость в районе, в 2.2 раза снизила уровень общей перинатальной патологии, снизила частоту самоабортов, ранней гибели плода, пороков развития и мертворождений в 3–4 раза, хромосомных болезней до нуля.

In 2006–2013 in district with 90–100 thousand population PPM got done more than 700 infertile families with male factors. In 442 families after PPM had born healthy babies without visible pathology. Elimination of risk factors for pregnancy and fetal, normalization of spermatogenesis to the proportion of sperm with ideal morphology up to 30% or more in future fathers, increased by 8.0% the number of newborns in district, in 2,2 fold reduced of overall perinatal pathology, reduced the incidence of miscarriage, early death malformations, stillbirths in 3–4 times and chromosomal diseases to zero.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ

Мартусова Ю.С., Чекалова М.А.

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.И. Блохина»

До сих пор диагностика трофобластических опухолей представляет значительную сложность для клиницистов, недостаточно владеющих информацией об этой редкой патологии. На сегодняшний день ультразвуковое исследование является ведущим методом ранней диагностики трофобластической болезни, что связано с относительной его доступностью, неинвазивностью и, в то же время, высокой информативностью. Одной из новейших технологий в ультразвуковой диагностике является соноэластография – методика, позволяющая в реальном времени оценить физическую плотность и эластич-



ность тканей. Несмотря на то, что в литературе за последнее время появилось достаточно большое количество публикаций, посвященных применению эластографии в диагностике различных новообразований, подобные исследования в области онкогинекологии единичны, в т.ч. в мировой практике. Работ же, посвященных возможностям соноэластографии в диагностике трофобластических опухолей, нами не найдено.

В РОНЦ было проведено обследование 5 пациенток с диагнозом трофобластическая опухоль матки. Исследования проводились на ультразвуковом сканере «Хитачи» (Япония) HI Vison Ascendus, оснащенном программным обеспечением для проведения эластографии. Двум женщинам уже были проведены 2 курса химиотерапии, однако при эхографии в В-режиме существенной динамики в структуре и размерах опухоли отмечено не было. В одном случае опухолевый узел имел ячеистую структуру и представлял собой скопление патологически измененных сосудов, образующих артерио-венозные шунты и крупные лакуны диаметром до 3 см. При использовании ЭД и ЦДК лакуны полностью картировались, в сосудах опухоли регистрировался низкорезистентный кровоток. В режиме эластографии просвет самых крупных лакун не окрашивался. Подобный эффект наблюдается при эластографии крупных сосудов. Интересно, что при кистозных образованиях, например, в яичниках, с геморрагическим либо серозным содержанием обычно описывается трехцветный тип эластограммы («BGR-симптом» – blue-green-red).

Во всех остальных случаях опухолевые узлы имели преимущественно солидное и солидно-кистозное строение, с выраженной внутриузловой и периферической васкуляризацией. При эластографии у этих больных мы наблюдали неоднородное, картирующееся преимущественно зеленым и желто-зеленым цветом, окрашивание опухоли. При этом визуализировались мелкие участки красного цвета, соответствующие многочисленным сосудам в структуре узла. В этих случаях была проведена количественная оценка плотности опухолевых узлов. Вычислялся коэффициент жесткости (strain ratio) – соотношение между степенью деформации окружающего миометрия и аналогичным показателем в зоне опухолевой ткани – он составил от 0,25 до 0,44 (средний – 0,32).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, в отличие от других злокачественных образований матки, трофобластическая опухоль имеет меньшую, в сравнении с окружающим миометрием, плотность. Это не противоречит стандартному макроскопическому описанию опухолевых узлов, как мягкоэластичных, рыхлых, обильно васкуляризированных образований.

Изучение возможностей соноэластографии в онкологии в целом находится еще на начальных стадиях, количество же обследованных при помощи этого метода пациенток с трофобластической болезнью исчисляется пока только единицами. Поэтому рано судить об информативности и диагностической ценности эластографии в отношении данной патологии и о ее преимуществах в сравнении со стандартным ультразвуковым исследованием, в т.ч. с доплеровским методом. Однако очевидно, что эта современная техноло-



гия визуализации вполне может служить в качестве уточняющего и дополняющего исследования и требует дальнейшего всестороннего изучения.

**Резюме.** Описывается первый опыт исследования пациенток с трофобластической опухолью матки с применением эластографии (5 случаев). В 1 случае узел имел ячеистое строение, при этом крупные лакуны картировались при доплеровском исследовании, но не окрашивались при эластографии. В 4 наблюдениях отмечалось неоднородное окрашивание опухоли в желто-зеленые цвета с включениями красного. Коэффициент жесткости в среднем составил 0,32, что не противоречит морфологическим особенностям трофобластической опухоли.

The first experience of examination in patients with a trophoblastic tumor using elastography (5 cases) is described. In 1 case the tumor had cellular structure, with large vascular lacunae mapped with Doppler methods, but not stained by elastography. In 4 cases lesion area was stained in the yellow-green color with red impregnations. The strain ratio was quite low, averaged 0,32, which is consistent with the morphological features of trophoblastic tumor.

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

Махмеджанова Ф.Н., Аполихина И.А.

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

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – описательный термин, включающий urgency, учащенное мочеиспускание, ноктурию и urgentные позывы с или без недержания мочи. Диагноз ГМП в большинстве случаев ставится эмпирически, в представленном алгоритме изложены этапы исключения инфекции или другой патологии мочевого пузыря, которые могут явиться причиной появления дизурических расстройств.

1. При наличии жалоб на:

- учащенное мочеиспускание
- боль, дискомфорт и жжение при мочеиспускании

В лабораторную диагностику входит: общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко. Наличие лейкоцитурии свидетельствует в пользу инфекции мочевыводящих путей.

2. Анамнез заболевания

Если жалобы связаны с:

- перенесенным оперативным вмешательством
- травмой



В клиническое обследование входит: УЗИ органов брюшной полости и мочевого пузыря, рентген (LII – LIV, S2-S4)

3. Анамнез жизни (данные о патологии, которая может объяснить наличие клинических проявлений ГМП):

- заболевания мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, интерстициальный цистит, пороки развития мочеполовой системы)
- заболевания нервной системы
- тяжелые хронические заболевания и прием лекарств, влияющих на мочеиспускание

4. В эту группу исключения относятся:

- стрессовое недержание мочи – положительная «кашлевая» проба, тест на гипермобильность уретры
- инфравезикальная обструкция – абдоминальное УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи.
- экстрауретральное недержание мочи (свищи) – осмотр на зеркалах.

5. После исключения вышеописанных пунктов:

- повышение уровня фактора роста нервов в моче.

Пациенты, у которых после последовательного обследования, не обнаружилось патологии из критериев исключения алгоритма диагностики ГМП и выявилось повышение уровня фактора роста нервов в моче, могут начать симптоматическую терапию.

**Резюме.** Диагноз гиперактивного мочевого пузыря в большинстве случаев ставится эмпирически. В представленном алгоритме изложены этапы исключения инфекции или другой патологии мочеполовой системы, которые могут явиться причиной появления дизурических расстройств.

Diagnosis of overactive bladder is placed in most cases the empirically. Centuries presented algorithm outlined steps exceptions infection or other pathology of the genitourinary system, which can cause the appearance of dizuricheskih disorders.





## ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Мачаева И.М., Омаров Н.С.-М., Кантаева Д.К., Бабаева Д.О.

*Дагестанский научный центр РАМН  
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия  
Минздрава России, Махачкала, Россия.*

Исследовали состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и ферментативного звена антиоксидантной системы организма. Об интенсивности ПОЛ судили по содержанию в сыворотке крови диеновых конъюгат (ДК) и малонового диальдегида (МДА).

Содержание ДК оценивали по УФ-спектру поглощения раствора липидов в метал-гексане при длине волны 233 нм и выражали в единицах относительной плотности на 1 мг общих липидов. Использовался спектрофотометр СФ-26 фирмы «ЛОМО» (г. Санкт-Петербург).

Содержание в сыворотке МДА определяли методом, основанным на реакции между МДА и тиобарбитуровой кислотой с образованием сокращенного триметинового комплекса.

О суммарной антиоксидантной активности судили по степени торможения биологическим материалом перекисного окисления экзогенного субстрата (линоленовой кислоты) за один час инкубации.

Об активности фермента каталазы судили по скорости убывания перекиси водорода в среде инкубации. Метод основан на способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойкий комплекс, окрашенный в желтый цвет.

Интенсивность ПОЛ оценивали по содержанию в сыворотке крови продуктов ПОЛ-диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА).

**Результаты проведенных исследований** показали, что уровень малонового диальдегида (МДА) был достоверно большим в группе девушек страдающих эпилепсией. Определение концентрации диеновых конъюгатов (ДК) в сыворотке крови также выявило существенную разницу в показателях между группой сравнения и основной группой.

Суммарную антиоксидантную активность оценивали по степени торможения биологическим материалом перекисного окисления экзогенного субстрата (линоленовой кислоты). Активность фермента каталазы определяли по скорости убыли перекиси водорода в среде инкубации.

При изучении антиоксидантной активности выявлено, что показатели активности каталазы повышены у девушек с эпилепсией в сравнении с девушками контрольной группы ( $0,059 \pm 0,004$  и  $0,055 \pm 0,002817$ ). Возрастание активности каталазы в группе девушек с эпилепсией, по-видимому, отражает



перестройку обменных процессов, направленную на поддержание усиленного ПОЛ в приемлемых для жизнедеятельности организма рамках. В основной группе суммарная антиоксидантная активность (САА) повышена у девушек-подростков с эпилепсией ( $76,9 \pm 0,02$ ). В сравнительном аспекте уровень САА ниже у девушек группы контроля и составляли  $75,0 \pm 6,6$ , что свидетельствует о неблагоприятном накоплении свободных радикалов в организме у девушек с эпилепсией, а также о недостаточности адаптивных возможностей антиоксидантных ферментов.

**Выводы.** Таким образом, результаты изучения перекисного окисления продемонстрировали картину усиления свободнорадикального окисления у девушек-подростков с эпилепсией. Это можно объяснить неблагоприятным накоплением свободных радикалов в организме у них, а также недостаточностью и несовершенством адаптивных возможностей антиоксидантных ферментов.

**Резюме.** Для клеток организма человека наибольшую опасность представляет цепное окисление полиненасыщенных жирных кислот, или перекисное окисление липидов (ПОЛ). В биологических системах антиоксидантами называются вещества способные ингибировать процессы свободнорадикального окисления. В реакциях ПОЛ образуется большое количество липидных гидроперекисей, которые обладают высокой реакционной способностью и оказывают мощное повреждающее действие на клетку. Они предотвращают перекисное окисление липидов и не дают свободным радикалам накапливаться в организме. Однако, естественная антиоксидантная система организма часто оказывается перегруженной и буквально «захлебывается» лавиной свободных радикалов.

Метаболические изменения, происходящие в организме девушек с эпилепсией, в свою очередь создают благоприятные условия для активации ПОЛ, ввиду снижения уровня окислительно-восстановительных процессов. Поэтому мы изучали процессы перекисного окисления липидов и особенности антиоксидантной системы у них.

For human body cages the greatest danger is constituted by chain oxidation of polynonsaturated fatty acids, or the perekisny oxidation of lipids (POL). In biological systems substances capable to inhibit processes of free radical oxidation are called as antioxidants. In reactions the FLOOR is formed a large amount of lipidic hydroperoxides which possess high reactionary ability and have powerful damaging effect on a cage. They prevent perekisny oxidation of lipids and don't allow free radicals to collect in an organism. However, the natural antioxidant system of an organism often is overloaded and literally "chokes" with an avalanche of free radicals.

The metabolic changes happening in an organism of girls to epilepsy, in turn create favorable conditions for activation the FLOOR, in view of decrease in level of oxidation-reduction processes. Therefore we studied processes of perekisny oxidation of lipids and feature of antioxidant system at them.



## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

**Мачаева И.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К., Бабаева Д.О.**

*Дагестанский научный центр РАМН  
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия  
Минздрава России, Махачкала, Россия*

Изучение проводилось путем анализа нарушений ритма менструаций (аменорея, опсоменорея, дисфункциональное маточное кровотечение). Нарушение менструального цикла исследовали в следующих клинических группах: I – гинекологические больные, не имеющие экстрагенитальных заболеваний, и III – девушки, страдающие эпилепсией в сочетании с гинекологической патологией. Выявлена достоверная разница в частоте нарушений менструального цикла в сравниваемых группах. Большая частота нарушений менструального цикла у девушек-подростков, имеющих сочетанную патологию по сравнению с гинекологически больными проявилась в виде дисфункциональных маточных кровотечений ( $111,8 \pm 13,2$  против  $83,9 \pm 4,2$  на 1000 обследованных), аменореи первичной ( $62,9 \pm 6,1$  против  $34,9 \pm 4,4$  на 1000 обследованных), и вторичной ( $34,9 \pm 7,2$  против  $20,9 \pm 3,2$  на 1000 обследованных), опсоменореи ( $202,7 \pm 17,3$  против  $132,8 \pm 13,4$  на 1000 обследованных). Среди гинекологически больных девушек, не имеющих соматической патологии, менструальный цикл нарушен у каждой четвертой (27,3%), в группе гинекологически больных, страдающих эпилепсией, менструальный цикл нарушен у каждой второй девушки (68,2%). Это объясняется тем, что при наличии сочетанной патологии усугубляется гормональная дисфункция, т. к. механизм регуляции репродуктивной системы в этот период не является окончательно сформированным и характеризуется повышенной чувствительностью к действию различных неблагоприятных факторов. При анализе структуры гинекологической заболеваемости девушек-подростков страдающих эпилепсией выявлено, что наибольший удельный вес занимают нейроэндокринные синдромы. Удельный вес данной патологии составляет 49,0%. Разнообразие форм нейроэндокринных синдромов и их рост предполагает заинтересованность в их генезе гипоталамо-гипофизарной области, дисфункция которой достоверно возрастает к периоду деторождения. Такие больные составляют группу риска по бесплодию, различным видам нейроэндокринных расстройств, формированию гормонально-зависимых заболеваний и осложненного течения беременности в силу нарушения адаптационных процессов у них. Второе место занимают воспалительные заболевания – 15,3%, что, вероятно, связано с началом половой жизни, характером микрофлоры половых путей, зависящей от функционирования яичников, сексуальной актив-



ности и особенностей макроорганизма подростка. Доброкачественные опухоли занимают третье место – 13,9%. Это кистомы, эндометриоз, мастопатии. Можно предположить, что фоном для развития данной патологии служат гормональные нарушения. Дисфункциональные маточные кровотечения составляют 12,8%, занимая в структуре гинекологической патологии четвертое место. Нарушения полового развития у данной категории составляют 5,9%. С целью выявления степени влияния соматической патологии на состояние репродуктивного здоровья, изучена частота гинекологической патологии девушек в зависимости от наличия или отсутствия у них эпилепсии. Так у девушек страдающих эпилепсией по сравнению с подростками, не имеющими таковой, достоверно чаще наблюдаются: дисфункциональные маточные кровотечения ( $162,8 \pm 21,8$  против  $107,0 \pm 21,1$  на 1000 обследованных); воспалительные заболевания ( $178,7 \pm 21,3$  против  $107,0 \pm 13,1$  на 1000 обследованных); поликистозные изменения яичников ( $402,2 \pm 30,2$  против  $238,0 \pm 34,1$  на 1000 обследованных), гиперпролактинемии ( $142,1 \pm 14,4$  против  $84,8 \pm 11,8$  на 1000 обследованных), мастопатии ( $131,1 \pm 12,3$  против  $21,2 \pm 3,8$  на 1000 обследованных), задержка полового развития ( $131,1 \pm 22,8$  против  $42,4 \pm 3,2$  на 1000 обследованных).

Частота гинекологической заболеваемости среди девушек с эпилепсией оказалась достоверно выше, чем среди соматически здоровых девушек  $1599,9 \pm 68,3$  против  $989 \pm 58,3$  на 1000 обследованных.

**Выводы.** Таким образом, пубертатный период у девушек подростков с эпилепсией протекает патологически, осложняясь различными репродуктивными нарушениями и гинекологическими заболеваниями. Отмечаемое ухудшение состояния здоровья подростков требуют мониторинга частоты и структуры гинекологических заболеваний в период, непосредственно предшествующий деторождению.

**Резюме.** Нарушение менструальной функции является важной клинической формой нарушения функции репродуктивной системы, нами проведен анализ частоты различных форм нарушений менструального цикла у девушек-подростков и возможной зависимости его от соматического здоровья. Не менее важным является изучение гинекологической заболеваемости девушек, страдающих эпилепсией и их взаимное влияние на репродуктивный потенциал.

Violation of menstrual function is an important clinical form of the violation of the functions of the reproductive system, we have analyzed the frequency of different forms of menstrual disorders in adolescent girls and possible depending on the somatic health. Not less important is the study of gynecological morbidity girls with epilepsy and their mutual influence on reproductive potential.



# ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

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

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 микроорганизмов с 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, противозудовым 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-anamnestическое обследование, аминотест, Ph-метрию вагинального отделяемого, расширенную вульвовагино- и кольпоскопию, цитологическое исследование, микроскопическое исследование мазков содержимого влагалища, бактериологический посев из влагалища, количественное определение условно-патогенной, патогенной и нормальной микрофлоры методом полимеразной цепной реакции (Фемофлор-16 и Фемофлор-7) и количественное определение 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 и неприятные 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 отличий между 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 на ночь в течение 10 дней. Оценка 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 на выделения из половых путей предъявляли 9 (20,9%) женщин, дискомфорт в области вульвы – одна (2,3%), диспареунию две (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 мес после окончания терапии пациентки были приглашены на контрольное 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 рецидивами повторно назначен курс лечения. Через 6 месяцев после окончания лечения выявлено 2 случая рецидива ВВК, 1 – БВ, у 1 пациентки выявлена смешанная инфекция.

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

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

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.

## ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Мельников В.А., Самыкина О.В., Зазулина Я.А.

*ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет,  
Самара, Россия*

В последние годы ученые обратили внимание, что не только манифестный, но и латентный дефицит железа (ЛДЖ) способствует осложненному течению периода гестации. Учитывая данный факт, а так же то, что в группах риска по ДЖ, в том числе среди женщин репродуктивного возраста и беременных, распространенность ЛДЖ достигает 92%, большую практическую значи-



мость приобретает своевременная диагностика данного состояния на амбулаторно-поликлиническом этапе. До сих пор остается дискуссионной возможность клинического распознавания ЖДС на стадии ЛДЖ.

**Целью настоящей работы** явилось изучение диагностической точности сидеропенических симптомов у женщин с трубным бесплодием и ЛДЖ с позиций доказательной медицины. Нами было обследовано 123 женщины в возрасте от 26 до 35 лет, направленные на процедуру ЭКО в ГБУЗ «Самарский областной центр планирования семьи и репродукции» (директор – к.м.н., Тюмина О.В.) с верифицированным диагнозом «женское бесплодие трубного происхождения». Материалом для исследования послужили образцы венозной крови пациенток. Для лабораторного подтверждения ЛДЖ использовались критерии, разработанные Серовым В.Н. и соавт. (2007) для женщин репродуктивного возраста: гемоглобин – 115–125 г/л; эритроциты –  $3,75\text{--}3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ ; гематокрит – 35,5–37%; сывороточный ферритин – 16–30 нг/мл; коэффициент насыщения трансферрина железом  $\leq 20\%$ ; железо сыворотки  $\leq 12,5$  мкмоль/л. Кроме того, у каждой пациентки, включенной в исследование, тщательно собирался анамнез и проводился клинический осмотр, направленный на выявление признаков сидеропении, а так же предлагалась специально разработанная анкета, учитывающая социальные аспекты, условия труда, особенности привычного рациона питания, особенности менструальной функции, акушерско-гинекологический анамнез, состояние кожного покрова, нервной системы, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, иммунной системы. Далее рассчитывался показатель отношение шансов (ОШ) и его доверительный интервал (ДИ) для оценки связи между предикторами ДЖ и развитием ЛДЖ. Диагностические характеристики симптомов сидеропении оценивали с помощью построения так называемого латинского квадрата – четырехпольной таблицы сопряженности. При определении чувствительности (Se) и специфичности (Sp) симптомов сидеропении за патологию принимали ЛДЖ, результат считали положительным при наличии сидеропенического симптома, а отрицательным – при его отсутствии.

Согласно полученным нами результатам, вероятность формирования ЛДЖ, вычисленная по ОШ и его ДИ, существенно возрастает при наличии таких факторов, как более низкий социальный статус (ОШ=4,9, 95% ДИ 2,1–16,4,  $p=0,003$ ), чрезмерное употребление кофе – более 4 чашек в день (ОШ=3,8, 95% ДИ 1,7–9,5,  $p=0,007$ ), интенсивные занятия спортом (ОШ=2,8, 95% ДИ 1,3–6,9,  $p=0,03$ ), а так же длительные (более 5 дней) и обильные менструации (ОШ=5,2, 95% ДИ 3,1–14,6,  $p=0,002$ ). Se большинства признаков сидеропении оказалась не более 40%, за исключением таких проявлений гипосидероза, как ломкость, истончение, поперечная исчерченность ногтей, головные боли, общая слабость, утомляемость частые простудные заболевания (>4 раз в год). Для данных симптомов Se составила 46%, 59%, 49% и 64%, Sp 78%, 52%, 59% и 68% соответственно. Учитывая, что минимальные операционные характеристики скринингового метода диагностики ДЖ, это Se 80% и Sp 50% (Ullrich C. et al., 2005), становится ясно, что даже наиболее чувстви-





тельные, согласно нашим данным, симптомы не могут быть использованы для надежной диагностики ДЖ.

Таким образом, несмотря на полученные достоверные различия по ряду клинических проявлений гипосидероза у женщин с трубным бесплодием при наличии и отсутствии ЛДЖ, все изученные симптомы, по нашим данным, обладают недостаточными операционными характеристиками для того, чтобы использоваться в качестве диагностических тестов для надежного отбора пациенток, нуждающихся в проведении лабораторного обследования на наличие ЛДЖ.

**Резюме.** Для выяснения диагностической точности симптомов гипосидероза было обследовано 123 женщины с трубным бесплодием. Se большинства описанных в литературе признаков сидеропении оказалась не более 40%, что не может гарантировать надежный отбор пациенток, нуждающихся в проведении лабораторного обследования на наличие ЛДЖ.

The cohort of 123 women with tubal sterility was examined to evaluate the diagnostic accuracy of hyposiderosis symptoms. The sensitivity of sideropenia known signs is detected to be under 40 percent. Therefore it is impossible to establish reliable set of patients for laboratory screening of latent iron deficiency.

## ПРЕГРВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ

Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан*

Септические осложнения связанные с беременностью часто становятся причиной материнской и детской смертности и заболеваемости. От септических осложнений в послеродовом периоде в мире ежегодно погибает около 150 тысяч женщин.

Хроническая инфекция (ХИ) в организме формирует сложный иммунопатологический процесс, на течение которого влияет исходная функциональная активность иммунокомпетентных клеток, продукция ими тех или иных иммуноглобулинов, цитокинов, патогенных иммунных комплексов и адгезивных молекул. Включение в состав лечение ХИ для предгравидарной подготовки иммуномодуляторами ограничивает активность воспалительных процессов и модулирует физиологическую защитную реакцию организма.



В связи с этим целью нашего исследования было оценить роль иммуномодуляторов при предгравидарной подготовке, для снижения случаев гнойно-септических осложнений во время беременности и родов.

**Материал и методы исследования:** В группу наблюдения вошли 89 женщин фертильного возраста 19–42 лет (средний возраст  $25,8 \pm 0,6$  лет), обратившихся в стационар или поликлинику родильных комплексов г. Ташкента и области.

Из 89 женщин в анамнезе: беременности 1–2 у 22 женщин, 3 и 4 – у всех остальных. 56,7% женщин указали в анамнезе на неразвивающуюся беременность в сроках 3–19 недель, самопроизвольные выкидыши причиной которого явилась ХИ у 34,9%. Преждевременные роды у 32 (35,9%) и разрыв плодных оболочек у 43 (48,3%), на осложнение в родах (ручное обследование полости матки по поводу дефекта последа, оболочек) указали – 39 (43,8%). Послеродовый период осложнился гнойно-септическими состояниями у 43 (48,3%). Хронические инфекции мочевыводящих путей у 21 пациентки, желчевыводящих путей – у 36.

При исследовании посевов из цервикального канала была выявлена различная условно-патогенная и сапрофитная микрофлора в 55% случаев, у остальных пациенток посевы были стерильны.

О наличии ХИ свидетельствует картина общего анализа крови, а также бактериологические и бактериоскопические исследования, и результаты ИФА анализа также показывают присутствие ХИ в организме.

Для определения в сыворотке крови концентрации цитокинов (ИЛ–1b, ИЛ–4, ИЛ–8) использована иммуноферментная тест-система производства фирмы BRANMS, (Германия). Забор крови производился в день поступления на стационарное лечение и на 14-е сутки после проведения комплексной терапии.

Для проведения оценки терапии все пациентки были разделены на 2 группы: 1 (основная) – наряду с противовоспалительной терапией (в составе антибиотика, НПВС, протеолики, антимикотические препараты) получали иммуномодулятор с противовоспалительным действием Галавит® («Сэлвим», Россия) в дозе 200 мг в виде ректальных суппозиторий в течение 3-х суток, далее по 100 мг 10–12 дней; 2 группа (контроль) – вошли 45 женщин, прошедших лечение без Галавита.

**Результаты исследования и обсуждение.** Содержание ИЛ–1b в крови женщин контрольной группы было  $65,32 \pm 2,13$  пг/мл и не превышало 78,2 пг/мл. У пациенток с ХИ уровень ИЛ–1b превышал таковой в контрольной группе в 6,12 раза и составил  $425,3 \pm 20,11$  пг/мл. При обострении или рецидивирующей ХИ концентрация ИЛ–8 в сыворотке крови была снижена до  $35,41 \pm 2,23$  пг/мл, а в группе контроля этот показатель составил  $110,5 \pm 4,33$  пг/мл, минимум 79,072 пг/мл, концентрация которого имеет компенсаторный характер и его высокие концентрации не играют особенной роли на системном уровне. Содержание ИЛ–4 в сыворотке крови женщин контрольной группы составило  $49,1 \pm 1,16$  пг/мл, в основной группе этот показатель был снижен до  $40,14 \pm 2,76$  пг/мл.

Таким образом, изменение показателей цитокинового статуса у больных с ХИ являются прогностически значимыми. Уровень провоспалительного цито-



кина ИЛ–1b, противовоспалительного цитокина ИЛ–4, хемокина ИЛ–8 в сыворотке крови представляют собой достоверные критерии в прогнозировании осложнений еще до возникновения заболевания, а также вероятности развития рецидива. Исследование этих показателей дает возможность выбора рациональной патогенетически обоснованной терапии, в данном случае – иммунотерапии с Галавитом®.

Положительные результаты в процессе лечения позволили сократить также пребывание больных в стационаре в среднем на 34–48 часов, что имеет также немаловажное значение.

Включение Галавита® в комплексную терапию при лечении ХИ обеспечивает уменьшение количества гинекологических осложнений – до 3,5 раза, акушерских осложнений, таких как преждевременные роды и дородовый разрыв плодных оболочек до 3,5–2,7 раза, в родах задержка частиц плаценты и водных оболочек в 3,8 раза, а в послеродовом периоде случаев метроэндометрита и других гнойно-септических осложнений до 3,5 раза, тем самым способствует значительному снижению материнской и перинатальной смертности и заболеваемости.

**Резюме.** Включение иммуностимуляторов в состав предгравидарной подготовки женщин с хронической инфекцией будет способствовать снижению случаев материнской и перинатальной смертности и сокращению заболеваемости во время беременности и родов, связанных с гнойно-септическими состояниями в родах и послеродовом периоде.

Enabling immunostimulation composed pregravid preparation women with chronic infection, will help reduce maternal and perinatal mortality and morbidity during pregnancy and childbirth-related purulent-septic states in childbirth and postpartum periods.

## ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ

Набиева К.Р., Межевитинова Е.А., Бурлев В.А.,  
Парфенов А.С., Довлетханова Э.Р.

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени ак.  
В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Актуальность.** В литературе широко обсуждается вопрос о связи гормональной контрацепции с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что все факторы сердечно-сосудистого риска (гиперхолесте-



ринемия, артериальная гипертензия, курение, возраст, избыточный вес и др.) приводят к нарушению функции эндотелиальных клеток, т.е. эндотелий является органом – мишенью этих факторов. Дисфункция эндотелия обычно развивается за годы до клинической манифестации заболевания у пациентов с сопутствующими факторами риска. Данное обстоятельство диктует необходимость объективных критериев оценки общего сосудистого здоровья, ранней диагностики ССЗ, предотвращения их прогрессирования и стратификации риска, что позволит разработать индивидуальный подход к назначению гормональной контрацепции с учетом состояния эндотелиальной системы с целью повышения ее приемлемости и безопасности.

**Целью данного исследования** явилось изучить влияние комбинированного гормонального контрацептива содержащего эстрадиола валерат и диеногест на состояние эндотелия, на основании измерения скорости распространения пульсовой волны в плечевой артерии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 женщин репродуктивного периода, возраст которых колебался от 19 до 38 лет. 20 пациенток из их числа принимали КОК (Клайра) по контрацептивной схеме (1 группа) и 10 женщин являлись группой контроля и имели спонтанный овуляторный цикл (2 группа). Критерием отбора являлось отсутствием противопоказаний к назначению гормональной контрацепции. Средний возраст пациенток составил  $29,10 \pm 4,98$  лет. Исследование проводили на неинвазивном диагностическом приборе «АнгиоСкан» (Россия), перед началом приема КОК на 21–24 день менструального цикла и через 6 и 9 циклов приема КОК на 21–24 таблетке. Прибор позволяет оценить жесткость артериальной стенки и состояние эндотелия.

**Результаты.** Скорость распространения пульсовой волны в плечевой артерии у женщин принимающих КОК, была сопоставима с контрольной группой.

**Выводы.** Результаты исследования показали, что прием КОК (6–9 месяцев), содержащего эстрадиола валерат и диеногест, не оказывает отрицательного влияния на функцию эндотелия.

## РОЛЬ ВПЧ 52 И 58 ТИПОВ В РАЗВИТИИ ГЕНИТАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ

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

*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 клинко-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.

## ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ

Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Бобылева И.В., Жирняков А.И.

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия*

Постепенно накапливающиеся в период менопаузы структурные и функциональные изменения артерий способствуют формированию устойчивой артериальной гипертензии (АГ).

**Целью работы** явилась оценка структурно-функционального состояния сосудистого русла у пациенток с АГ в зависимости от вида менопаузы.



В кросс-секционное исследование было включено 136 пациенток с АГ I–II степени с длительностью менопаузы  $5,21 \pm 1,1$  лет.

В зависимости от характера менопаузы нами были сформированы две группы: I группа включала 66 женщин с хирургической менопаузой, во II группу вошли 70 женщин с естественной менопаузой. Сформированные группы были сопоставимы по тяжести АГ, продолжительности заболевания, индексу массы тела и проводимому лечению (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики) ( $p > 0,05$ ). Контрольная группа включала 50 практически здоровых женщин, сопоставимых по возрасту с вышепредставленными пациентками ( $p > 0,05$ ).

Верификация диагноза АГ проводилась в соответствии с Российскими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (2008 г.).

При сравнительном анализе диаметра общей сонной артерии (ОСА) отмечено его повышение у пациенток с АГ: до  $7,04 \pm 0,5$  мм в первой группе и до  $6,4 \pm 0,2$  мм во второй группе по сравнению с контрольной группой, где диаметр ОСА составил в среднем  $5,84 \pm 0,39$  мм ( $p \text{ I–к} < 0,05$ ;  $p \text{ II–к} < 0,05$ ;  $p \text{ I–II} < 0,05$ ).

Толщина комплекса интима-медиа сонной артерии была достоверно выше у пациенток с АГ в первой группе ( $0,76 \pm 0,31$  ед) по сравнению с пациентками с АГ второй группы ( $0,66 \pm 0,25$  ед.) и женщинами группы контроля ( $p \text{ I–к} < 0,05$ ;  $p \text{ II–к} < 0,05$ ;  $p \text{ I–II} < 0,05$ ).

Скорость кровотока в ОСА оказалась достоверно выше у пациенток первой группы ( $97,12 \pm 13,1$  см/с) по отношению к аналогичному показателю у пациенток второй группы ( $80,3 \pm 12,6$  см/с) и группы контроля ( $72,2 \pm 11,2$  см/с).

Индекс резистентности был достоверно выше у пациенток первой группы в сравнении с контролем ( $0,83 \pm 0,06$  и  $0,72 \pm 0,02$  соответственно;  $p \text{ I–к} < 0,05$ ) и достоверно не различался у пациенток в первой и во второй группах ( $p \text{ I–II} > 0,05$ ).

В случаях артериальной гипертензии эластические свойства стенки общей сонной артерии у женщин с естественной менопаузой были выше ( $37,9 \pm 8,5 \times 10^3$  кПа) по сравнению с женщинами с хирургической ( $33,2 \pm 7,9 \times 10^3$  кПа) ( $p \text{ I–II} < 0,05$ ).

Индекс жесткости у пациенток при гипертензии оказался достоверно выше в сравнении с контролем как в первой группе, так и во второй ( $7,8 \pm 0,32$  и  $6,9 \pm 0,36$  соответственно;  $p \text{ I–к} < 0,05$ ;  $p \text{ II–к} < 0,05$ ;  $p \text{ I–II} < 0,05$ ).

Таким образом, полученные данные убедительно свидетельствуют о снижении эластичности стенки ОСА и повышении ее жесткости у пациенток с АГ в менопаузе, а также о более тяжелом течении данных патологических процессов у женщин в случаях хирургической менопаузы. Более того, у пациенток с хирургической менопаузой в отличие от женщин с естественной наблюдается большее увеличение толщины комплекса интима-медиа сонной артерии, прямого маркера субклинического атеросклероза.

**Резюме.** Многие известные факторы риска развития сердечнососудистых заболеваний реализуют себя через изменение свойств сосудистой стенки. В нашем исследовании представлены данные, свидетельствующие об отри-



цательном действии гипоестрогении на структурно-функциональное состояние сосудистой стенки.

Many well-known risk factors for cardiovascular disease are manifested by changes in the properties of the vascular wall. In our study, presented results showing the negative effect of reducing the level of estrogen on the structural and functional state of the vascular wall.

## АУТОИММУННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ И РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Овчарук Э.А.

*Россия, г. Тула, Тульский Государственный университет,  
медицинский институт*

Аутоиммунный хронический эндометрит (ХЭ) – одна из самых актуальных причин бесплодия маточного генеза и привычных имплантационных потерь, для которого характерна тенденция к малосимптомному и бессимптомному течению. Триггерную роль в развитие аутоиммунных ХЭ играют бактериальные и вирусные агенты, химические препараты, которые первоначально активируют лимфоциты, а затем аутоантигены продолжают поддерживать их активацию даже после полного удаления первичного инфекционного агента, течение заболевания приобретает хроническую форму. Антигенная стимуляция иммунокомпетентной системы приводит к ее функциональной перегрузке, истощению и развитию аутоиммунных реакций, вызывающих дополнительное повреждение ткани эндометрия. Дезадаптация иммунной системы усугубляет процесс и является важным патогенетическим звеном в развитии аутоиммунного ХЭ. В воспалительный процесс вовлекается функциональный, и базальный слои эндометрия.

**Цель исследования** – изучение иммунных изменений в эндометрии при аутоиммунном хроническом эндометрите у женщин с бесплодием и привычным невынашиванием.

**Материалы и методы.** Обследованы 113 женщин в возрасте от 22 до 40 лет и продолжительностью заболевания от 2 до 7 лет. Всех пациентов разделено на 3 группы.

I группа – 33 (29.2%) женщины с первичным бесплодием, II группа – 43 (38.1%) женщины с вторичным бесплодием. В анамнезе обследуемых было неоднократное лечение урогенитальной инфекции, острых эндометритов, острых и хронических сальпингоофоритов, инвазивные вмешательства



в полость матки с целью обследования, а также неудачные попытки беременности как самостоятельно, так и после применения методов высокотехнологических репродуктивных технологий (ВРТ). III группа – 22 (19.5%) женщины, с привычным невынашиванием, в анамнезе неоднократно беременности, остановившиеся в развитии и самопроизвольные выкидыши с отдельным диагностическим выскабливанием (РДВ) полости матки. IV контрольная группа – 15 (13.4%) здоровых пациенток у которых мужа бесплодны.

Все пациентки обследованы на инфекции передающиеся половым путем. Проводилось ультразвуковое мониторирование функционального слоя эндометрия и сопоставление его изменений яичниковому циклу фолликулогенеза в яичниках. С помощью иммуногистохимического исследования (ИГХИ) биоптата эндометрия в пролиферативную (7–10 дни) фазу МЦ оценивались количество маркеров иммунокомпетентных клеток: активные NK – больших гранулярных лимфоцитов, несущих маркеры CD56, CD16, Т-хелперы и Т-супрессоры экспрессирующие маркеры – CD4, – CD8 и маркеры активации – HLA-DR (II)+, маркеры плазматических клеток – CD138. Подсчитывался иммунно-регуляторный индекс (ИРИ), как показатель активности иммунной системы и представляющий соотношением уровней Т-хелперов к Т-супрессорам (CD4/CD8). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) пациенток выявлено истончение срединного М-эхо во II фазу МЦ, что подтверждало отсутствие синхронизации маточного и яичникового цикла, в проекции базального слоя определялись мелкие гиперэхогенные включения, сохраняющиеся независимо от фазы МЦ.

По результатам ИГХИ в 1-й, 2-й и 3-й группах наблюдалось преобладание, более 10 в поле зрения, маркеров иммунокомпетентных клеток CD56, CD16, маркеров активации – HLA-DR (II)+, наличие плазматических клеток – CD138, что соответствовало воспалительным процессам в эндометрии. В большинстве случаев ИРИ снижен, за счет увеличения Т-хелперов и снижение или соответствие нормы Т-супрессоров (CD4/CD8). По количеству иммунокомпетентных клеток диагностирован ХЭ: I группе – 6 (18,2%); II группе – 8 (18,6%); III группе – 6 (27,3%); аутоиммунный ХЭ: I группе – 17 (51,5%); II группе 20 (46,5%); III группе – 10 (45,5%); ХЭ с аутоиммунным компонентом: I группе – 10 (30,3%); II группе 15 (34,9%); III группе – 6 (27,3%). ИРИ при ХЭ во всех трех группах соответствовал норме, за счет незначительного увеличения количества Т-хелперов (CD4) и без существенных изменений Т-супрессоров (CD8). При аутоиммунном ХЭ и ХЭ с аутоиммунным компонентом ИРИ во всех трех группах снижен, количество Т-хелперов и цитотоксических Т-лимфоцитов резко повышено, CD4>CD8 в 1,5–2 раза.

Пациенткам обеих групп проводилось лечение комплексно в несколько этапов. Терапия направлена на элиминацию инфекционных агентов из эндометрия, нормализацию уровня иммунокомпетентных клеток, восстановление морфологической структуры эндометрия. Отличительной особенностью в программах лечения – использование антибиотиков. Антибактериальная и противовирусная терапия назначалась тем пациенткам, у которых была выявлена инфекция. Поэтапное лечение направленно на восстановление полноценной пролиферации и секреторной трансформации эндометрия.





Применялись препараты, улучшающие микроциркуляцию, гепатопротекторы, энзимотерапия, метаболическая терапия, иммуномодуляторы, циклическая гормонотерапия эстрогенгестагены, физиотерапия: электрофорез с Zn, Cu, лазеротерапия, общесистемная магнитотерапия и пелоидотерапия, фитотерапия: биофлавоноид – фламена, как противовоспалительное и иммуномодулирующее средство, для саморегуляции механизмов адаптации – фитоэкдистероиды, Омега-3. В комплекс лечения, для обеспечения детоксикационного эффекта и снижения вязкости крови, имеющих место при аутоиммунных процессах, использовался плазмофорез и озонотерапия.

Контроль излеченности оценивался по данным ИГХИ биоптатов эндометрия. ХЭ отсутствовал в 3-х группах. Аутоиммунный ХЭ из 47 пациенток у 9 выявлен ХЭ с аутоиммунным компонентом, где наблюдалось снижение ИРИ за счет резкого повышения Т-супрессоров, и снижения Т-хелперов. ХЭ с аутоиммунным компонентом из 31 обследуемых у 3 наблюдались остаточные явления аутоиммунного процесса. ИРИ снижен из-за увеличения количества цитотоксических лимфоцитов.

**Заключения.** Активация локальных иммунных реакций, вызванная инфекционными агентами, с изменением состава эндометриоидных лейкоцитов: увеличение NK (CD16,CD56), уменьшения цитотоксических Т-супрессоров, повышение количества Т-хелперов, с преобладанием иммунной реакция Th-1 типа, приводит к формированию неадекватной секреторной трансформации и нарушению процессов инвазии и развитию хориона. В итоге – отсутствие беременности или ее доклинические выкидыши. Диагностика аутоиммунных процессов в эндометрии обеспечивает правильный подбор терапии, направленной на восстановление функции эндометрия и его полноценной гравидарной трансформации.

## ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОСТАЗА И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ

Озолина Л.А., Лапина И.А.

ГБОУ ВПО «РНИМУ им Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

В настоящее время гиперкоагуляционные и тромбофилические нарушения системы гемостаза могут быть выявлены еще до наступления беременности и, в ряде случаев, они настолько выражены, что могут стать препятствием для нормальной имплантации и течения беременности. Одной из часто встречающихся причин гиперкоагуляции и тромбофилии является ГГЦ. Умеренное повышение уровня данной аминокислоты в плазме крови приводит к разви-



тию окклюзивных заболеваний сосудов, нервно-психических заболеваний, акушерских осложнений, возникновения дефектов нервной трубки, пороков сердца и других врожденных аномалий у плода и новорожденного. Врожденная ГГЦ может возникать вследствие генного полиморфизма, наиболее частый ферментный дефект – это точечная мутация в кодирующем регионе гена фермента метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР). Приобретенная ГГЦ, по данным литературы, может возникнуть при ряде хронических заболеваний, вследствие неправильного питания, вредных привычек, при низкой физической активности, стрессе. У здоровых женщин уровень ГЦ в крови снижается в конце первого триместра беременности, что способствует нормальному фето-плацентарному кровотоку. У пациенток с ГГЦ возникает тромбирование сосудов хориона, что приводит к невынашиванию беременности и другим ее осложнениям. В многочисленных исследованиях, проведенных за последние двадцать лет, доказано, что повышенный уровень ГЦ в крови снижается при назначении пациентам фолиевой кислоты и витаминов группы В.

**Цель исследования:** оценить эффективность предгравидарной подготовки у женщин с гиперкоагуляционными нарушениями гемостаза и ГГЦ для последующей беременности.

**Материалы и методы исследования.** Критерием включения в исследование явилось выявление у пациенток, планирующих беременность, ГГЦ, всем пациенткам была выполнена гемостазиограмма. При наличии повышенной концентрации ГЦ проводили обследование на наличие мутации в гене фермента МТГФР (С677Т). В первую группу были включены 30 женщин с ГГЦ на фоне мутации МТГФР, во вторую группу – 71 пациентка с ГГЦ без наличия данной мутации. Кроме того, в исследование были включены 35 беременных с нормальным уровнем ГЦ в плазме крови (контрольная группа). При выявлении ГГЦ у пациенток, планирующих в ближайшие месяцы беременность, им назначали корректирующую терапию фолиевой кислотой и витаминами группы В. Одновременно, при выявлении в процессе обследования изменений в гемостазиограмме, обусловленных активацией системы гемостаза, проводилась и коррекция данных нарушений. Нами было выявлено, что значительное уменьшение средней концентрации ГЦ в плазме крови отмечалось уже через 1 месяц от начала лечения. В первые 3 месяца от начала лечения беременность наступила у 85% обследованных пациенток с ГГЦ. Тем не менее, витаминотерапию и контроль за уровнем ГЦ и системой гемостаза продолжали до конца беременности. Течение беременности было физиологическим у 70% обследованных женщин, имевших ГГЦ до беременности, у 30% – были выявлены различные осложнения. Благодаря проводимому лечению беременность закончилась родами в 86% наблюдений.

**Выводы:** при проведении адекватной предгравидарной подготовки и коррекции гемостаза у большинства пациенток удается нормализовать уровень ГЦ в крови и снизить риск акушерских осложнений при возникновении желанной беременности.

**Резюме.** Актуальным направлением современной медицины является снижение частоты осложнений беременности, вызванных тромбофилией.



Тромбофилия может быть врожденной и приобретенной и часто связана с наличием гипергомоцистеинемии (ГГЦ).

**Цель исследования:** оценить эффективность предгравидарной подготовки у женщин с гиперкоагуляционными нарушениями гемостаза и ГГЦ для последующей беременности.

Обследовано 136 пациенток, планирующих беременность: у 30 – выявлена ГГЦ, обусловленная наличием мутации МТГФР, у 71 – ГГЦ не связана с данной мутацией. Все пациентки с ГГЦ получали профилактическое лечение, включающее витаминотерапию и, по показаниям – антикоагулянтную и дезагрегантную терапию. 35 беременных без ГГЦ составили контрольную группу. Установлено, что ранняя диагностика гиперкоагуляции и ГГЦ со своевременным назначением корректирующей гемостаз терапии позволяют существенно снизить уровень осложнений во время беременности.

The actual direction of modern public health service is the reduction of the level of diseases in pregnancy. Hypercoagulable state is one of the major causes of complications and often associated with hyperhomocysteinemia. The purpose of this study was to determine whether prevention treatment including vitamins and anticoagulation therapy reduce risk of thrombosis and pregnancy loss. Materials and methods: 136 women (30 with hyperhomocysteinemia and mutation MTHFR, 71 with hyperhomocysteinemia, but free of mutation MTHFR, all of them were getting prevention therapy, and 35 healthy pregnant women with normal homocysteine level). We conclude that the methods of early diagnostics, complex prevention treatment of thromboembolism before pregnancy decrease maternal and perinatal morbidity rates.

## ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТАЗОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ АДЕНОМИОЗОМ

Оразов М.Р.

*НИИ медицинских проблем семьи Донецкого Государственного  
медицинского университета имени М. Горького. Донецк. Украина*

Аденомиоз является широко распространенным заболеванием. Частота его выявления в популяции варьирует от 10 до 53%. Эта патология является одной из существенных, а по данным некоторых авторов, основной причиной тазового болевого синдрома, дисменореи и гиперменореи. «Тазовой» обозначают боль, локализирующуюся в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, а также в промежности, в области наружных поло-



вых органов, влагалища, прямой кишки. Нередко наблюдается иррадиация по передне–внутренней поверхности бедер и нижнему краю ягодиц. Обычно пациентки не могут указать точную локализацию боли, она, скорее, носит разлитой характер, и не всегда просто отделить эпицентр болезненности от зоны иррадиации. Хроническая тазовая боль – рецидивирующая или постоянная боль, которая беспокоит пациента не менее 6 мес. Характер болезненных ощущений может быть различным: жжение, рези, колющая, ноющая боль, ощущение давления или тяжести. Интенсивность боли у одного и того же пациента может существенно варьировать.

**Целью нашего исследования** явилось изучение преморбидного фона и клиничко-anamнестических особенностей тазовой боли обусловленной аденомиозом.

В исследовании участвовали 150 женщин с аденомиозом, в зависимости от выраженности тазового болевого синдрома которые подразделены на 3 подгруппы. Оценку степени тяжести болевого синдрома определяли по шкале ВАШ. Шкала выглядит как линейка, на которой нанесены цифры от 0 (нет боли) до 10 (нестерпимая боль). В зависимости от выраженности болевого синдрома (по системе ВАШ) пациентки основной группы (n=150) подразделились на три подгруппы: 1 подгруппа (n=50) – со слабовыраженным болевым синдромом; 2 подгруппа (n=50) – с умеренно выраженным болевым синдромом; 3 подгруппа (n=50) – с резко выраженным болевым синдромом. Изучение преморбидного фона с обращением особого внимания на заболеваемость в детстве показало, что подавляющем большинстве случаев в детстве перенесли ряд инфекционных заболеваний, таких как: корь – 14 (9,3%), краснуха – 27 (18,1%), ветряная оспа – 35 (23,3%), частые острые респираторные вирусные инфекции – 68 (45,2%), все это говорит о том, что индекс здоровья обследованных женщин был достоверно низким, связанное с ослаблением общих и местных защитно-приспособительных механизмов организма, этому тоже мы нашли литературное подтверждение. Детальный анализ основных факторов, влияющих на развитие болевого синдрома показал, что воспалительные заболевания гениталий имелись, у 32 (64%) и 44 (88%) больных в I и II подгруппах соответственно. Оперативные вмешательства на органах малого таза осложненный спаечным процессом перенесли 66 (44,3%), что еще раз подтверждает мнение многих исследователей о ноциогенной роли спаечного процесса при аденомиозе. Анализ частоты экстрагенитальных заболеваний среди исследованных выявил: хронический тонзиллит 11,3%, хронический пиелонефрит 6,3%, хронический цистит 8,5%, заболевания желудочно-кишечного тракта 21,8%, заболевания сердечно-сосудистой системы 13,2% вегетососудистая дистония 9,6%. На первом месте остается патология ЖКТ, а после нее заболевания ССС, эти данные согласуются с общепопуляционными, согласно которым заболевания сердечно-сосудистой системы стоят на первом месте среди сопутствующей патологии и среди причин смертности населения.

Изложенные данные свидетельствует о том, что отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющиеся низким индексом здоро-



вья, более выраженная наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями ( генетические факторы) являются способствующими факторами, а высокая частота перенесенных оперативных вмешательств, хронические, длительно текущие воспалительные процессы органов малого таза и оперативные вмешательства на матке, спаечный процесс создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования болевого синдрома аденомиоза.

**Резюме.** Аденомиоз является широко распространенным заболеванием. Частота его выявления в популяции варьирует от 10 до 53% и является основной причиной тазового болевого синдрома. В исследовании изучалось состояние фоновых факторов и клинико- анамнестических особенностей тазовой боли обусловленной аденомиозом. Доминирующим симптомом заболевания в исследуемой группе являлся синдром хронической тазовой боли. Включены 150 женщин репродуктивного возраста с тазовым болевым синдромом аденомиоза. Анализ частоты экстрагенитальных заболеваний среди исследованных выявил: хронический тонзиллит 11,3%, хронический пиелонефрит 6,3%, хронический цистит 8,5%, заболевания желудочно-кишечного тракта 21,8%, заболевания сердечно-сосудистой системы 13,2% вегетососудистая дистония 9,6%. Результаты работы свидетельствует о том, что отягощенный гинекологический и соматический анамнез, проявляющиеся низким индексом здоровья, более выраженная наследственная отягощенность опухолевыми заболеваниями (генетические факторы) являются способствующими факторами, а высокая частота перенесенных оперативных вмешательств, хронические, длительно текущие воспалительные процессы органов малого таза и оперативные вмешательства на матке, спаечный процесс создают благоприятный фон для дальнейшего прогрессирования болевого синдрома аденомиоза.

Adenomyosis is widespread illness. The frequency of detection of the population varies from 10 to 53% and is the main cause of pelvic pain syndrome. The study covered the state of the background factors and clinical and anamnestic features of pelvic pain caused by adenomyosis. The dominant symptom of the disease in the study group was a syndrome of chronic pelvic pain. Includes 150 reproductive age women with pelvic pain syndrome of adenomyosis. The analysis of frequency of extragenital diseases among the surveyed revealed: chronic tonsillitis, and 11,3%, chronic pyelonephritis 6,3%, chronic cystitis 8,5%, diseases of the gastrointestinal tract 21,8%, diseases of the cardiovascular system 13,2% of vegetovascular dystonia of 9,6%. Thus, the presented data testify to the fact that burdened gynecological and somatic history, manifested by low health index, which is more expressed hereditary load tumor diseases (genetic factors) are all contributing factors, and high frequency transferred surgical interventions, chronic, long-term current inflammation of the pelvic organs and surgery on the uterus, adhesions create a favorable environment for the further progression of pain syndrome of adenomyosis.



## ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ТАЗОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Оразов М.Р.

*НИИ медицинских проблем семьи Донецкого Государственного  
медицинского университета имени М. Горького*

Генитальный эндометриоз представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Поражая от 7 до 50% женщин, эндометриоз отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние женщин, наносит физический и моральный ущерб и значительно снижает качество жизни. Кроме того, в течение последнего десятилетия отмечено возрастание частоты заболевания генитальным эндометриозом, требующим хирургического лечения (от 12 до 27% оперированных гинекологических больных).

Одну из форм эндометриоза – аденомиоз Адамян Л.В. и Андреева Е.Н. (2001) считают особой формой генитального эндометриоза, в развитии которой существенную роль играют перенесенные ранее заболевания матки и экстрагенитальная патология, высокая частота внутриматочных вмешательств и генетическая предрасположенность.

Проблема тазового болевого синдрома аденомиоза имеет особую актуальность для пациенток репродуктивного возраста, так как заболевание сопровождается значительными нарушениями гормонального гомеостаза.

**Целью исследования** явилось изучение клинико-анамнестических и гормональных параметров эндокринного гомеостаза у женщин с тазовым болевым синдромом аденомиоза.

В настоящее исследование были включены 68 женщин аденомиозом репродуктивного возраста как основная группа, а группу сравнения составили 50 условно здоровых женщин аналогичного возраста.

Изучение гормонального профиля крови показало достоверное повышение уровня эстрадиола у женщин основной группы в фолликулярную фазу менструального цикла по сравнению с относительно здоровыми женщинами  $522,7 \pm 41,8$  пмоль/л и  $396,1 \pm 44,2$  пмоль/л соответственно,  $p < 0,01$ ), у женщин с первой группы с регулярным менструальным циклом ( $509,6 \pm 41,3$  пмоль/л и  $316,7 \pm 39,6$  пмоль/л соответственно,  $p < 0,01$ ). У женщин основной группы в 50,4% случаев выявили нормогонадотропную овариальная недостаточность, из них у 78,8% проявляющаяся недостаточностью лютеиновой фазы, у 21,2% – ановуляцией, а у остальных 49,6% женщин наблюдался полноценный овуляторный менструальный цикл. Полученные результаты свидетельствуют о несомненной участии половых стероидов в развитии аденомиоза и важности гормональной коррекции этих нарушений.

Однако отмечено достоверное повышение уровня пролактина у больных первой группы  $576,8 \pm 3,1$  мМЕ/л по сравнению с контролем



367,5±48,6 мМЕ/л, соответственно,  $p < 0,01$ . Полученные данные были расценены нами как проявления функциональной гиперпролактинемии.

Результаты проведенного исследования гормонального гомеостаза у пациенток с тазовым болевым синдромом аденомиоза свидетельствуют, по нашему мнению, о функциональных нарушениях гормонального статуса, которые являются вторичными и возникли на фоне основного заболевания. Полученные данные позволяют оптимизировать подходы к диагностике нарушения эндобаланса и помогут в дальнейшем для терапии используемой в реализации репродуктивных планов данной категории женщин.

**Резюме.** Статья посвящена одной из актуальных проблем современной гинекологии- проблеме эндометриоза, в частности аденомиоза. Эндометриоз, в том числе аденомиоз является гормонозависимым заболеванием. Известно, что развитие различных форм эндометриоза происходит на фоне нарушений функционирования «гипоталамо-гипофизарно-яичниковой» системы. В статье подробно описаны показатели гормонального баланса женщин с данной патологией. В исследование включены 68 женщин аденомиозом репродуктивного возраста, контрольную группу составили 50 условно здоровых женщин аналогичного возраста. Результаты проведенного исследования гормонального гомеостаза у пациенток с тазовым болевым синдромом аденомиоза показали о функциональных нарушениях гормонального статуса, которые являются вторичными и возникли на фоне основного заболевания, которые являются вторичными и возникли на фоне основного заболевания. Полученные данные позволяют оптимизировать подходы к диагностике нарушения эндобаланса и помогут в дальнейшем для терапии используемой в реализации репродуктивных планов данной категории женщин.

The article is devoted to an actual problem of modern gynecology – the problem of endometriosis, in particular adenomyosis. Endometriosis, including adenomyosis is hormone-dependent disease. It is known that the development of different forms of endometriosis occurs against the background of violations of the functioning "of the hypothalamic-pituitary-ovarian" system. The article describes indicators hormonal balance of women with this pathology. The study included 68 women adenomyosis of reproductive age, the control group consisted of 50 apparently healthy women of similar age. The results of the study of hormonal homeostasis in patients with pelvic pain syndrome adenomyosis showed on functional disorders of the hormonal status, which are secondary and came against the background of the main disease. The data obtained allow to optimize approaches to the diagnosis of violations endo balance and help in the future for therapy used in the realization of the reproductive plans of this category of women.



## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНЫХ ФОРМ МАСТОПАТИИ

Пинчук Ю.Н., Одринская Е.В.

В последние годы интерес к доброкачественным заболеваниям значительно возрос, в связи с тем, что рак молочной железы встречается в 3–5 раз чаще на фоне доброкачественных заболеваний молочной железы и в 30–40 раз чаще при узловых формах мастопатии с явлениями пролиферации эпителия молочной железы. Следовательно, снижение заболеваемости мастопатией – реальный путь к снижению частоты рака молочной. В последнее время наблюдается тенденция к увеличению доброкачественных заболеваний молочной железы, которые диагностируются у каждой 3-й женщины в возрасте до 30 лет. Важно определить тактику лечения различных форм мастопатии и методы контроля состояния молочной железы на фоне терапии.

**Цель исследования:** изучить эффективность различных методов обследования молочной железы на фоне проведения медикаментозного лечения при наиболее распространенных формах диффузной мастопатии.

**Материалы и методы:** наблюдались 388 женщин от 20 до 62 лет. Среди них фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) различной степени выраженности диагностирована у 269 (69%), фибroadеноз молочных желез – у 65 (17%), аденоз – у 35 (9,1%), склерозирующий аденоз – у 19 (5%). Всей рабочей группе проводилось клиническое обследование молочных желез, ультразвуковое исследование молочных желез, из них 241 пациентки была сделана маммография; 188 женщинам была сделана прицельная тонкоигольная аспирационная биопсия, из них, под УЗИ контролем – 133 пациенткам, под рентген-контролем – 55 пациенткам; толстоигольная трепан-биопсия системой «пистолет-игла» – 55 пациенткам. 270 женщин в зависимости от формы мастопатии получали различные медикаментозные схемы противомастопатийной терапии. 122 (45%) женщины получали в течение 3 месяцев мастодинон, триовит с селеном, мастопатийный сбор трав; 47 человек (17%) получали прожестожель, триовит с селеном, мастопатийный сбор трав; 66 женщин (24%) – триовит с селеном, мастопатийный сбор трав, 20 (7%) – бромкриптин, 15 (5%) – БАД «индол-хелп» и очищающий чай «атлант» (фирмы «Глорион», Новосибирск). Контрольный осмотр и УЗИ молочных желез производили через 3, 6, 12 месяцев. Пациенткам проводилось 2 курса противомастопатийной терапии с интервалом в 2 месяца.

**Результаты:** из 270 женщин, находившихся под наблюдением, у 173 (64%) через 3 месяца от начала лечения отмечено существенное улучшение состояния, выражающееся в уменьшении болей, чувства нагрубания и тяжести; из





них при контрольных осмотрах на фоне лечения отмечается положительная динамика у 121 (44,6%) женщины, которая подтверждается положительной УЗ-картиной, 52 женщины (30%) субъективно отмечают улучшение при стабильной УЗ-картине. Временный положительный эффект отмечается у 59 человек (21%), отрицательная динамика на фоне лечения подтверждающаяся физикальным обследованием и УЗ-картиной у 38 (15%). При контрольных маммограммах через год отрицательная динамика не определялась.

**Выводы:** Положительный эффект от проведенной терапии при мастопатии в основном субъективный. Ультразвуковая диагностика является основным методом для оценки состояния молочных желез на фоне лечения, так как дает возможность проследить динамику процесса и является безопасным методом в плане дозовой нагрузки. Важную роль в диагностике и дифференциальной диагностике играет биопсия образований молочных желез. Динамика процесса на фоне лечения по маммографической картине не прослеживается, при этом контрольное исследование сопряжено с лучевой нагрузкой.

**Резюме.** За 2013 г. на базе онкологического центра маммологического профиля Сургутской окружной клинической больницы была изучена эффективность методов обследования молочной железы при наиболее распространенных формах диффузной мастопатии. Наблюдалось 380 пациенток, их них 270 в зависимости от формы мастопатии получали различное медикаментозное лечение. Результаты проведенного лечения наиболее наглядно прослеживаются по данным ультразвуковой диагностики, по маммографической картине динамика процесса не прослеживается и контрольное исследование сопряжено с лучевой нагрузкой.

During the 2013 the efficacy of different diagnostic methods of the breast with the most common forms of diffuse mastopathy was studied. The research was performed in oncologic breast center of Surgut regional clinic. We observed 380 patients, 270 of them were treated from different types of mastopathy. Ultrasound is the most obvious method of control over treatment. The result of the treatment was impossible to evaluate by mammography in most cases, moreover this method of examination is associated with radiation exposure.



## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ТЕРРИТОРИИ Г. ЯКУТСКА

Платонова М.В.<sup>1</sup>, Афанасьева Л.Н.<sup>1,2</sup>, Саввина Н.В.<sup>1</sup>,  
Алиева В.М.<sup>2</sup>, Ярыгина Л.А.<sup>2</sup>

*1 – ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» ФПОВ, кафедра детских болезней с курсом организации здравоохранения и общественного здоровья*

*2 – ГКУ «Управление здравоохранения г. Якутска при МЗ РС (Я)», г. Якутск*

**Актуальность.** Диспансеризация является одним из приоритетных методов мониторинга за состоянием здоровья определенных групп населения с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного их лечения и профилактики. Разработаны специальные стандарты для оптимального выполнения этой задачи. Основным и наиболее перспективным направлением борьбы с этим заболеванием является его профилактика, которая заключается в своевременном выявлении и адекватном лечении фоновых, предраковых процессов.

**Цель исследования:** изучение динамики заболеваемости предраковыми заболеваниями шейки матки на территории города Якутск

**Материалы и методы:** Статистическому анализу подвергнуты амбулаторные карты диспансерных больных за период с 2010–2012 годы, состоящих на учете в женских консультациях города Якутска

**Результаты:** В структуре гинекологической заболеваемости по г. Якутску: на I месте – воспалительные заболевания; на II месте – патология шейки матки; на III месте – доброкачественные новообразования матки.

Проведен ретроспективный анализ качества диспансеризации женщин с предраковым заболеванием шейки матки на территории города Якутск. Для оценки особенностей течения и определения инициирующих факторов проводилось изучение анамнеза заболевания, особенностей менструальной и репродуктивной функции. Анализ показал: что на учете по предраковым заболеваниям шейки матки состоит 1 220 женщин. Из них с диагнозом CIN I – 39,3%, CIN II – 42,7% и с CIN III – 18%.

Женщины, страдающие этим заболеванием, относятся к совершенно разным возрастным группам. У большинства женщин заболевание было обнаружено в возрасте старше 40 лет – 67,2%, 27,3% составляет группа в возрасте от 30 до 39 лет, 9,8% – группа от 20 до 29 лет и 1,7% – это женщины, возраст моложе 20 лет. По национальному признаку саха (якутки) – 49%, русские – 42%, другие – 19%.

Особенности менструальной функции не зависит от национальной принадлежности женщины. У большинства женщин большое количество (по



3–4) половых партнеров, и раннее начало половой жизни (16,7 лет). 46,4% женщин не используют какой либо методов контрацепции. Из применяемых методов контрацепции использовались: оральные (17,4%), внутриматочные (9%) и остальные женщины (27,2%) применяли барьерную контрацепцию. В акушерско-гинекологическом анамнезе: ОАА (аборты, выкидыши)- 63% женщин, гинекологические заболевания – 72% (в том числе эрозия шейки матки выявлена у 84% женщин). Наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии в 64,3%. ИППП (хламидии, микоплазма, уреаплазма и др.) выявлена у 78% женщин, из них *mixt* инфекция у 62,5%.

Учитывая, что основным этиологическим фактором дисплазии шейки матки является ВПЧ. Это обследование прошли только 44%, из них 56,5% – отрицательный результат, у 43,5% положительный. Этим женщинам предложено хирургического лечения. Стойкой ремиссии заболевания добились у 45% больных, улучшения состояния у 22,5%, оперативное лечение в связи с сопутствующими гинекологическими заболеваниями получили 4,9% женщин, и только у 8,1% пациенток лечение не дало положительной динамики. Следует отметить что, 19,5% женщин после лечения не появились на приеме для контрольного исследования, что является негативным моментом диспансеризации.

Полученные нами данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Заболеваемость ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки (дисплазии) на территории города Якутска высокая. Данный факт объясняется ОАА, не леченными фоновыми заболеваниями, низким процентом профилактических осмотров.

2. Группами риска развития дисплазии шейки матки явились женщины старше 40 лет (67,2%). Факторы риска: раннее начало половой жизни (41,9%) и аборты в анамнезе (63%), наличие сопутствующих экстрагенитальных (64,3%) и гинекологических (72%) заболеваний (в том числе, фоновой патологии шейки матки (84%).

3. У пациенток с ВПЧ-ассоциированной патологией шейки матки выявляются *mixt* инфекции передающиеся половым путем в 62,5%.

**Резюме.** Среди гинекологических заболеваний особого внимания заслуживают заболевания шейки матки, поскольку среди женских онкологических заболеваний злокачественные новообразования шейки матки занимают второе место. В целом, в большинстве стран заболеваемость раком шейки матки не имеет тенденции к снижению, в России она остается выше, чем в развитых странах.

Among gynecological diseases deserve special attention as cervical diseases among women's oncological diseases malignant neoplasms of the cervix are second. In General, in most countries, the incidence of cervical cancer is declining, in Russia it remains higher than in developed countries.



## УЗИ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ВСТУПАЮЩИХ В ПРОГРАММУ ВРТ

Порубова Я.П., Пестрикова Т.Ю.

*ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет МЗ  
РФ г. Хабаровск, Россия*

Важным условием для успешной имплантации и реализации беременности является нормальное развитие эндометрия и его адекватная трансформация в течении лютеиновой фазы менструального цикла. Инвазия – основной этап имплантации, который сопровождается ремоделированием сосудов эндометрия, активным процессом ангиогенеза и играет решающую роль в становлении адекватного кровоснабжения формирующегося эмбриона. Отклонение в формировании сосудистой сети являются ведущим компонентом в патогенезе ведущих акушерских осложнений и неудач вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). На практике, показатели эндометрия, которые могут быть объективно оценены и проанализированы без использования инвазивных методик, являются толщина, ультразвуковая структура эндометрия, а также доплерометрическое исследование характера кровотока в сосудах эндометрия.

**Целью нашего исследования** – оценить возможности ультразвукового сканирования и доплерометрии кровотока эндометрия у групп женщин планирующих беременность, а также, вступающих в программы ВРТ.

**Материалы и методы исследования:** Обследованы 82 женщины с бесплодием, вступающие в программу ВРТ. Пациентки основной группы (ОГ) были разделены на две подгруппы: ОГ-1 – пациентки с трубно-перитонеальной формой бесплодия и ОГ-2 – пациентки, носители наследственного полиморфизма генов тромбофилий. Группу сравнения (ГС) составили женщины (41 чел.), планирующие наступление беременности (в период предгравидарной подготовки). Всем пациенткам проводилось проспективное трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое сканирование и доплерометрия основных маточных сосудов на аппарате «Аloka SSD-1 000». На основании полученных при доплерометрии кривых скоростей артериального кровотока вычисляли значения S/D (систола-диастолическое отношение), PI (пульсационный индекс), RI (индекс резистентности) для всех исследуемых сосудов матки. После проведенного исследования, пациенткам ОГ проведено патогенетическое лечение и повторное ультразвуковое и доплерометрическое исследование. Контроль эффективности терапевтических мероприятий проводился через 3 месяца. Статистическая обработка данных выполнена



с применением прикладных программ для статистической обработки «Excel 7.0», и «Statistika 6.0» Для оценки достоверности и различий между группами использовали критерий Стьюдента – Фишера.

**Результаты исследования:** Пациентки ОГ и ГС были сопоставимы по возрастному критерию (до 35 лет). При трансвагинальной эхографии матки на 19–21 день менструального цикла средние показатели толщины эндометрия были достоверно ниже в ОГ ( $p < 0,01$ ), по сравнению с ГС и составили  $8,3 \pm 1,2$  мм в ОГ-1,  $10,7 \pm 2,13$  мм в ОГ-2 и  $12,8 \pm 2,67$  мм в ГС соответственно. Признаки хронического эндометрита (ХЭ), выявленные в нашем исследовании, были представлены расширением полости матки, наличием в полости элементов газа, неравномерным утолщением эндометрия. Морфологическое исследование подтверждало наличие ХЭ, у 33 ( $80,49 \pm 3,05\%$ ) пациенток ОГ-1 и у 5 ( $12,20 \pm 5,11\%$ ) пациенток ОГ-2 ( $P < 0,01$ ). Возможность визуализации мелких артериальных сосудов (спиральных) была ограничена в ОГ, и определялась лишь у 12 ( $29,2 \pm 7,11\%$ ) пациенток ОГ-1 и у 28 ( $68,3 \pm 7,27\%$ ) пациенток ОГ-2. Значение индексов периферического сопротивления было достоверно снижено в ОГ ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ), что подтверждает снижение тканевой перфузии в матке у женщин с бесплодием. При этом в трех случаях ( $7,32\%$ ) в ОГ-1 у пациенток отсутствовал конечный диастолический кровоток в маточных артериях, в одном – в аркуатных. По нашим исследованиям у пациенток ОГ-2 зарегистрированы высокие показатели IR в сравнении с показателями ГС ( $P < 0,05$ ). При оценке изменений эндометрия по данным УЗИ на фоне лечения в ОГ-1 выявлено увеличение толщины эндометрия по сравнению с исходными значениями с  $8,3 \pm 1,2$  мм до  $10,6 \pm 2,1$  мм, а в ОГ-2 с  $10,7 \pm 2,13$  мм до  $13,5 \pm 2,9$  мм ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ). На фоне терапии положительные эхографические изменения отмечены у 37 ( $90,2 \pm 4,63\%$ ) пациентов ОГ-1 и у 36 ( $87,8 \pm 5,11\%$ ) в ОГ-2. В обеих подгруппах ОГ выявлено снижение частоты неоднородной структуры эндометрия, расширения полости матки, наличия в полости матки газа или свободной жидкости. В процессе проводимого нами лечения снизились, по сравнению с исходными данными, средние значения величины углозависимых индексов кривых скоростей кровотока артерий матки у подавляющего большинства женщин ОГ, что свидетельствовало о восстановлении кровотока в матке. Улучшилась визуализация спиральных артерий эндометрия до 24 случаев ( $58,5 \pm 7,69\%$ ) в ОГ-1 и до 31 случая ( $75,6 \pm 6,71\%$ ) в ОГ-2 ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Таким образом, проведенное исследование показало, что УЗИ сканирование и доплерометрия сосудов матки может быть использованы как дополнительный метод с целью диагностики исходных гемодинамических нарушений и оценки эффективности терапии. Допплерометрия кровотока сосудов матки не только позволяет получить характеристику кровотока, но и дает возможность получить критерии готовности эндометрия к имплантации.

**Резюме.** Обследовано 82 пациентки с бесплодием, из которых была сформирована основная группа. В группу сравнения были включены пациентки (41 чел.), обследовавшиеся на этапе подготовки к беременности. Проведено исследование ультразвуковых критерий и состояние сосудистого русла эндометрия всех пациентов. Определены количественные пока-



затели маточного кровотока. Уровень тканевой перфузии у женщин с бесплодием достоверно ниже здоровых женщин, что подтверждают данные голгезависимых индексов.

We examined 82 patients with infertility, which was formed from the main group. A control group included patients (41 pers.) Surveyed in preparation for pregnancy. A study of the ultrasonic test and the state of of bloodstream of the endometrium in all patients. Quantitative indicators of uterine blood flow. Thickness and ultrasonic structure differed significantly in the intervention group relative to the control group. The data obtained are correlated with the morphological study. Level of tissue perfusion in women with infertility was significantly lower in healthy women, which is confirmed by the data vascular indexes.

## АТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Ледина А.В., Суламанидзе Л.А.

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

В постменопаузе у 42% женщин возникают изменения, причиной которых является снижение продукции эстрогенов. Гипоэстрогения является фактором, запускающим механизм развития атрофических процессов и в последующем поддерживающим прогрессирование атрофии половых органов. Наиболее выраженные изменения происходят в урогенитальном тракте.

**Цель исследования:** изучение состояния влагалища и шейки матки у женщин старшего возраста с атрофическими процессами нижнего отдела половых путей.

**Методы исследования:** Обследовано 63 женщин в постменопаузе в возрасте 54–62 лет с атрофическими процессами нижнего отдела половых путей. Состояние урогенитальной системы оценивали по совокупности самых информативных методов исследования: расширенная кольпоскопия, вульвоскопия, рН влагалищного содержимого, бактериоскопическое исследование, исключение ИППП, молекулярно-биологические методы, цитологическое исследование, УЗИ органов малого таза.

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:** Наиболее частыми клиническими проявлениями атрофических процессов являлись: вульводиния (зуд, жжение, боль, сухость, диском-



форт) у 88%, диспареуния у 29%, дизурия и недержание мочи у 18%, контактные кровянистые выделения у 5%.

Нами изучена структура заболеваний шейки матки у женщин в постменопаузе: атрофический экзоцервицит выявлен у 88%, экзо- и эндоцервициты инфекционной этиологии у 33%, полипы цервикального канала у 7%, Ovula Nabothi у 25%. При цитологическом исследовании выявлено: атрофический цервицит у 42%, ASCUS – 4.2%, LSIL – 21%, HSIL – 5.8%. При NILM ВПЧ был выявлен у 3% пациенток, при ASCUS – 6.2%, при LSIL – у 9.4%, при HSIL – у 25%.

Лечение атрофических процессов нижнего отдела половых проводилось с использованием препарата содержащего 500 мкг эстриола (Овипол Клио, «Акрихин») в виде вагинальных суппозиториев ежедневно в течение 3 недель с постепенным снижением дозы в соответствии с улучшением состояния до достижения поддерживающей дозы 1 раз в неделю. Эффективность лечения была высокой и составила 87%.

Таким образом, местное лечение эстриолом дает высокий клинический эффект, который проявляется в усилении пролиферативных процессов, улучшение трофики и pH влагалища, а также цитологической картины у большинства пациенток.

## ВНЕДРЕНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ В РОССИИ

Прилепская В.Н.

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

Россия в течение многих лет занимает одно из ведущих мест по числу аборт, последствия которых приводят к материнской смертности и нарушению репродуктивного здоровья. Неоценимую роль в сохранении репродуктивного здоровья играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики нежеланной беременности, а следовательно и аборт, трудно переоценить. Как известно, значительного снижения числа аборт и материнской смертности можно добиться при охвате контрацепцией до 50% супружеских пар. В России сегодня современными методами контрацепции пользуются 23,3% супружеских пар, что является недостаточным. Вместе с тем, с каждым годом в России растет число пользователей контрацептивными средствами. Это, в первую очередь, относится к гормональной контрацепции, которая стала внедряться с начала 1980-х годов и долгое время оставалась непопулярной в виду сложившихся традиций – множества мифов и предубеждений (прибавка в весе, риск рака молочной железы, риск бесплодия). Более положительное отношение к ней населения было связано не с предупреждением беременности, а с неконтрацептивными, лечеб-



ными эффектами. Вместе с тем, динамика использования как гормональной, так и внутриматочной контрацепции на протяжении всех последующих лет была положительной (1992 году гормональную контрацепцию использовали только 2,1%, в 2012 – 13,4%) наряду с параллельным снижением числа абортов и их осложнений.

Внутриматочная контрацепция ранее занимала лидирующее место в структуре современных методов контрацепции, но в настоящее время оба метода пользуются почти одинаковой популярностью. Экстренная контрацепция также играет важную роль в снижении незапланированной беременности и абортов. Препараты, использующие для экстренной контрацепции нашли широкое применение в России. В недавно проведенных исследованиях было показано, что «окно эффективности» может быть расширено с 72 часов до 120 часов, благодаря препарату экстренной контрацепции – улипристал ацетат (УПА), который начал применяться и нашей стране.

В эволюции внедрения контрацепции в России можно выделить 3 этапа:

1. Внедрение гормональной контрацепции в клиническую практику (1960–1980 гг).

2. От аборта к контрацепции (1980–2000 гг), когда было отмечено значительное снижение числа абортов и их осложнений (1992 г – 3.60 млн., 2010 г. – 1.06 млн).

3. От контрацепции к репродуктивному здоровью (2000–2020 гг). Третий этап предусматривает еще большее расширение использование различных методов контрацепции с акцентом на улучшение репродуктивного здоровья женщин.

Россия являлась участником первой международной многоцентровой научно-образовательной программы «CHOICE». Как показали результаты исследования, в том числе и в нашей стране, консультирование явилось одним из главных факторов в выборе пациентками метода контрацепции. Подробное консультирование изменяет окончательное решение пациентки и увеличивает приемлемость контрацепции: число женщин, использовавших гормональную контрацепцию после консультирования составило 92,5% (до консультирования 13%).

Таким образом, анализируя этапы внедрения контрацепции в России, следует отметить, что она становится частью политики репродуктивного здоровья и демографической политики в целом, решается на государственном уровне, в частности, путем создания новых центров здоровья, работы с молодежью, совершенствования системы консультирования женщин и улучшения образования врачей в области контрацепции и репродуктивного здоровья.





# ПРОВЕДЕНИЕ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО- ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

**Протасова А.Э., Орлова Р.В., Дзюбий Т.И.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургский государственный университет,  
Городская поликлиника №109 Санкт-Петербург, Россия*

Развитие амбулаторной онкологии является одним из приоритетных направлений в концепции развития здравоохранения РФ (Чиссов В.И., 2007; Старинский В.В., 2009). В современных условиях амбулаторное звено может охватить более 70% онкогинекологических больных на этапах диагностики, лечения и диспансеризации.

В настоящем исследовании ставилась задача сравнить фармакоэкономическую целесообразность проведения стандартных схем химиотерапевтического лечения больных раком эндометрия (РЭ), раком яичника (РЯ) и раком шейки матки (РШМ) в стационарных и амбулаторных условиях. Использовалась методика расчетов, отраженная в отраслевых стандартах «Клинико-экономического исследования», утвержденных Приказом МЗ РФ от 27 мая 2002 г. №163. При проведении клинико-экономической оценки использованы описательный и фармакоэкономический анализ (Белуосов Ю.Б. и соавт., 2000; Авксентьев М.А. и соавт., 2004).

В исследование вошли 198 пациенток, получавших противоопухолевое (химиотерапевтическое) лечение по рекомендованным стандартам в амбулаторных условиях, и 226 аналогичных госпитализированных больных. Средний возраст пациенток составлял 53,1 и 54,0 года. В амбулаторной группе 102 больные (51,5%) получали адьювантное, а 96 (48,5%) – паллиативное лечение. В стационарной группе – соответственно 120 (53,1%) и 106 (46,9%). 51,0% и 51,8% пациенток обеих групп страдали РЯ, 33,8% и 33,2% – РЭ и 15,0–15,2% – РШМ. Сравнимые группы пациенток были полностью сопоставимы по основным прогностическим признакам (возраст, локализация и степень распространения опухолевого процесса, схемы лечения).

По результатам наблюдения, при применении адьювантной химиотерапии показатели наблюдаемой пятилетней выживаемости в амбулаторной группе составили 57,2% (РШМ), 78,0% (РЭ) и 32,1% (РЯ) – в среднем 44,7%, а в стационарной группе – 60,8%, 78,1% и 31,5% соответственно; достоверных раз-



личий нет ( $p > 0,05$ ). Частота объективного ответа при проведении химиотерапии с паллиативной целью в амбулаторной группе равнялся 27,3% (РШМ), 33,2% (РЭ) и 69,5% (РЯ), а в стационарной группе – 25,6%, 35,1% и 71,2% соответственно; значимые различия отсутствуют ( $p > 0,05$ ). Сравнительная оценка частоты и выраженности гематологических и негематологических осложнений цитостатической терапии, проведенной в амбулаторных и стационарных условиях, также показала отсутствие значимых различий ( $p > 0,05$ ).

Рассчитаны суммарные прямые затраты на противоопухолевое лекарственное лечение в каждой из групп, включавшие затраты на диагностику, пребывание в стационаре, на лекарственные средства (ЛС) и коррекцию нежелательных побочных реакций (НПР). Суммарные прямые затраты (ПЗ) в группе стационарного лечения составили 3144876 руб., а в группе амбулаторного лечения – 2 374 209 руб., что меньше на 770 667 руб., или на 24,5%.

Максимальная доля затрат на проведение противоопухолевого лечения приходится на ЛС как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В группе стационарного лечения доля затрат на ЛС составила 54,9%, в группе амбулаторного лечения – 72,6%. Суммарные затраты на купирование НПР в группе стационарного лечения составили 52 424,57 руб., что выше на 13 255,74 руб., чем в группе амбулаторного лечения (39 168,83 руб.). Несмотря на то, что затраты на купирование того или иного осложнения одинаковы для обеих групп, вероятности возникновения НПР отличаются. Например, наиболее велики затраты на купирование НПР «Лейкопения, анемия, тошнота и рвота», но вероятность возникновения данной комбинации в группе стационарного лечения составляет 0,023, а в амбулаторной группе – 0,012.

При одинаковой эффективности адъювантной химиотерапии амбулаторное лечение было менее затратным. Поэтому, с точки зрения оценки затрат и эффективности, амбулаторное лечение экономичнее, что подтверждает коэффициент CER (cost-effectiveness ratio). На 1% эффективности (или на 1 успешно пролеченную пациентку из 100) приходится 70 966,43 руб. при стационарном лечении и 53 114,30 руб. при амбулаторном лечении. Расчет коэффициента ICER (incremental cost-effectiveness ratio) подтвердил сделанный вывод: амбулаторное лечение доминировало над стационарным, имея меньшие затраты при равной эффективности.

Аналогичный расчет был проведен в отношении групп пациенток, получавших паллиативную химиотерапию. Расчет коэффициента CER подтверждает, что с точки зрения затрат и эффективности, амбулаторное лечение целесообразнее: на 1% эффективности (или на 1 успешно пролеченную пациентку из 100) приходится 74 400,05 руб. при стационарном лечении и 57 119,54 руб. при амбулаторном лечении. Расчет коэффициента ICER также подтвердил сделанный вывод: амбулаторное лечение доминировало над стационарным, имея существенно меньшие затраты при одинаковой эффективности (стационарное лечение было более затратным, но эффективнее на 0,7%).

Таким образом, проведение стандартных режимов химиотерапевтического лечения онкогинекологических больных в амбулаторных условиях является обоснованным и целесообразным в связи с одинаковой эффективно-



стью и токсичностью, а также меньшей затратностью в сравнении со стационарным лечением. Использование методов фармакоэкономического анализа необходимо проводить для сравнительной оценки инновационных клинических и организационных технологий в том числе и в онкогинекологии.

**Резюме.** Фармакоэкономическая оценка результатов стандартной химиотерапии, проведенной в группах онкогинекологических больных в стационарных (226 пациенток) и амбулаторных (198 пациенток) условиях, показала, что данный вид лечения (цитостатическая терапия) онкогинекологических больных в амбулаторных условиях является целесообразным и обоснованным в связи с одинаковой эффективностью и токсичностью, а также менее затратным в сравнении со стационарным лечением.

The pharmacoeconomical assessment of results of the standard chemotherapy which has been carried out in groups of oncogynecological patients in hospital (226 patients) and out-patient (198 patients) conditions, showed that this type of treatment (cytostatic therapy) oncogynecological patients in out-patient conditions is expedient and reasonable in connection with identical efficiency and toxicity, and also smaller cost intensity in comparison with hospitalization.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОЛОВЫХ ПАР

**Рищук С.В., Дробченко С.Н.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, ЗАО «Биоград», Санкт-Петербург, Россия*

По оценке ВОЗ урогенитальный хламидиоз, наряду с гонореей, является наиболее распространенной бактериальной инфекцией, передаваемой половым путем. Более 100 млн. новых случаев урогенитального хламидиоза в год регистрируется среди взрослого населения во всем мире, в том числе в США около 5 млн., в Западно-Европейском регионе – 10 млн, а экономический ущерб от данного заболевания составляет миллиарды долларов. В Российской Федерации отсутствуют реальные цифры заболеваемости предположительно из-за неадекватности лабораторной диагностики по причине ее использования без учета особенностей инфекционного процесса, абсолютизации прямых тестов и низкого качества используемых серологических тест-систем. Настораживающими являются 10-кратно низкие уровни выявления инфекции у населения репродуктивного возраста России при их сопоставлении с уровнями пораженности аналогичного контингента в Европейских странах и США. Можно предполагать, что по этой причине у многих бесплодных семейных пар хламидийная инфекция, как причинный



фактор, остается нераспознанной. В связи с этим устанавливается диагноз «идиопатическое бесплодие» и предпринимаются попытки применения вспомогательных репродуктивных технологий со всеми вытекающими последствиями в виде осложнений для матери и плода.

**Целью работы** явилась оптимизация диагностики хламидийной инфекции у половых пар с учетом особенностей инфекционного процесса и качества применяемых тест-систем.

Обследовано 468 женщин и 760 мужчин, в составе которых были 353 пары, с различными нарушениями в репродуктивной системе.

Указанный контингент больных был обследован на хламидийную инфекцию с помощью двух лабораторных комплексов. Первый (традиционный) включал общепринятые в России лабораторные диагностические подходы: световую микроскопию соскобов из цервикального канала и вагины – у женщин; соскобов из уретры и секрета предстательной железы – у мужчин; определение ДНК *Chlamydia trachomatis* в ПЦР производства «АмплиСенс» ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора (Москва) в соскобе из уретры у мужчин, а также из цервикального канала и уретры у женщин. Определение специфических противохламидийных IgG и IgA в сыворотке крови на тест-системах ИФА производства Вектор-Бест с использованием пероксидазной реакции.

Альтернативный оптимизированный диагностический комплекс был сформирован с учетом результатов собственных исследований, а также Рекомендаций ВОЗ 2013 г. и включал:

1. определение патогенов методом real-time ПЦР производства «АмплиСенс» ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора (Москва) в цервикальном канале и вагине (в одной пробе), в мужской уретре и эякуляте (в разных пробах).

2. серологическое исследование сыворотки крови у мужчин и женщин на тест-системах с использованием фосфатазно-щелочного конъюгата: доступные в России ImmunoComb Chlamydia Bivalent IgG и ImmunoComb Chlamydia trachomatis Monovalent IgA. У мужчин дополнительно проводилось исследование эякулята в тест-системах ImmunoComb Chlamydia trachomatis Monovalent IgA. Подтверждающими хламидийную инфекцию тестами у женщин и мужчин являлись положительные IgA в сыворотке, IgA в эякуляте, ПЦР (один из них или их различные сочетания).

Подтверждение диагноза хламидийной инфекции с использованием традиционного и альтернативного комплексов было следующим: у женщин – соответственно у 4,3% и 48,5% ( $p < 0,0001$ ), у мужчин – у 1,8% и 50,9% ( $p < 0,0001$ ) случаев. У обследованного контингента больных инфекция была представлена в виде хронической формы. При сопоставлении лабораторных тестов с клинической проблематикой в парах определение специфических противохламидийных иммуноглобулинов в сыворотке крови на тест-системах с использованием пероксидазного конъюгата у женщин и мужчин не коррелировало ни с одной клинической ситуацией. Обнаружение возбудителя в real-time PCR у данного контингента больных имело место у женщин только в 3,7% случаев, у мужчин – у 4,4% и также не коррелировало ни с одной клинической ситуацией. В то же время получены достоверные корреляции положительных серо-



логических тестов на тест-системах с использованием фосфатазно-щелочного конъюгата с клиническими проблемами у женщин и мужчин. Используя альтернативный подход, был проведен анализ частоты подтверждения хламидийной инфекции в парах. При этом количество пар с подтверждением диагноза у обоих партнеров было 28,3%, только у женщины – 20,3%, только у мужчины – 22,7%. Отсутствовали признаки инфекции только у 28,8% пар. Обращает внимание достаточно большое количество пар с доказанной инфекцией только у одного из партнеров. На примере 23 пар была изучена динамика клинико-лабораторных показателей по хламидийной инфекции при лечении одного (10 пар) и одновременно обоих партнеров (13 пар). Было доказано повторное инфицирование женщин нелеченными мужчинами с отрицательными тестами и отсутствие случаев реинфекции у женщин в парах с лечением обоих партнеров. Таким образом, была подтверждена правомочность постановки диагноза «по контакту» при половой жизни пары без презерватива. С учетом данного подхода уровень пораженности обследованного контингента половых пар составил 71,2%, что было сопоставимо с уровнем заболеваемости соответствующего контингента больных в США и Европейских странах по данным Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, USA, 2013. Исследование, исключающее гипердиагностику при применении альтернативного подхода, было проведено на 52 парах с «идиопатическим бесплодием» и неудачным ЭКО в анамнезе, у которых в 29% случаев была выявлена хламидийная инфекция. При этом традиционный подход до проведения ЭКО инфекции не подтвердил.

Применение оптимизированного лабораторного комплекса существенно повысило выявляемость хламидийной инфекции, которая стала сопоставима с заболеваемостью в зарубежных странах. Однако большое количество случаев установления диагноза «по контакту» требует его дальнейшего совершенствования.

**Резюме.** Проведено обследование на хламидийную инфекцию 468 женщин и 760 мужчин с различными нарушениями в репродуктивной системе, из которых были 353 пары. Были использованы два диагностических подхода: традиционный и альтернативный – основанный на результатах нашей оптимизации и рекомендаций ВОЗ. Было доказано, что применение оптимизированного лабораторного комплекса существенно повысило выявляемость хламидийной инфекции, которая стала сопоставима с заболеваемостью в зарубежных странах. Однако большое количество случаев установления диагноза «по контакту» требует его дальнейшего совершенствования.

Investigation chlamydial infection 468 women and 760 men with various governmental disorders of the reproductive system, of which there were 353 pairs. We used two diagnostic approach: traditional and alternative – based on the results of our optimization and recommendations of the WHO. It was proved that the application of optimized laboratory complex has significantly increased the detection rate of chlamydial infection, which was comparable to the incidence of in foreign countries. However, a large number of cases, the diagnosis of «contact» requires further improvement.



## РОЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В УЛУЧШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЕЙНЫХ ПАР

Ришук С.В., Татарова Н.А.

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

В числе задач по обеспечению национальной безопасности России и ее динамичного социально-экономического развития важнейшее место занимает преодоление демографического кризиса, обусловленного низкой рождаемостью, высокой заболеваемостью и преждевременной смертностью населения. Сложная демографическая ситуация во многом обусловлена низким репродуктивным потенциалом молодежи, вступающей в семейную жизнь. Распространенность бесплодного брака в некоторых регионах России превышает критический уровень и составляет от 8 до 19,6%. Особое беспокойство вызывает увеличение детской и подростковой заболеваемости, которая напрямую зависит от состояния здоровья самих беременных женщин, течения беременности, а главное – от подготовки семейных пар к реализации детородной функции и способа зачатия. В качестве меры увеличения рождаемости широкомасштабно реализуется идея вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Имеются официальные данные о том, что у 75% детей, рожденных в результате ВРТ, имеются те или иные отклонения в их состоянии здоровья, что намного больше, чем у детей, рожденных при естественном зачатии. Основной причиной осложнений со стороны матери, новорожденных и детей при естественном и особенно при искусственном зачатии является отсутствие отлаженной системы подготовки семейных пар к беременности, адекватной диагностики и лечения бесплодия на этапе до применения ВРТ.

В связи с этим целью нашей работы была разработка системы подготовки семейных пар к рождению здорового ребенка с целью профилактики осложнений у женщин во время беременности и после родов, уменьшения смертности новорожденных, а также профилактики заболеваний у новорожденных, детей и подростков.

В связи с этим было обследовано 1 626 человек репродуктивного возраста и 170000 детей и подростков в различных регионах страны. Из обследованных 1 626 человек (1 026 мужчин и 600 женщин) – 1056 составили 528 половые пары с различными заболеваниями репродуктивной системы. Из данной совокупности пар 350 были бесплодны, причем доля мужского бесплодия составила 45%, женского – 40%, сочетанного – 15%. Остальные 178 пар обратились с целью подготовки к беременности.

В результате проведенной многолетней организационной и клинико-диагностической работы были сформированы предложения в виде Проекта по



оздоровлению детей, подростков и семейных пар в России и странах СНГ, который включал: 1) введение специальности «репродуктолог» в нормативные документы на базе основной специальности «акушер-гинеколог»; 2) подготовка врачей-репродуктологов на последипломном уровне из акушеров-гинекологов (профессиональная переподготовка или ординатура по репродуктологии); 3) регламентация деятельности репродуктологов прежде всего в амбулаторно-поликлинических учреждениях практического здравоохранения; 4) введение стандартов для репродуктологов по обследованию и лечению бесплодных семейных пар и семейных пар, готовящихся к беременности; 5) участие репродуктологов в диспансеризации подростков с целью своевременного выявления репродуктивных нарушений и профилактики бесплодия.

Из выше представленных положений нами был разработан паспорт специальности «репродуктолог». С учетом результатов собственных исследований и Рекомендаций ВОЗ, подготовлены учебные пособия и методические рекомендации по оптимизации клиничко-лабораторной диагностике и лечению бесплодных пар на этапе до применения ВРТ, а также оптимизированы методические подходы по подготовке пар к естественному и искусственному зачатиям. Разработаны образовательные программы и открыты циклы по тематическому усовершенствованию специалистов (прежде всего, акушеров-гинекологов) по репродуктологии, которые в дальнейшем должны составить основу подготовки акушеров-гинекологов в процессе их обучения в ординатуре по данной специальности.

В течение многолетней отработки Проекта получены следующие результаты. Уровень репродуктивно значимой инфекционной патологии в различных сочетаниях (хламидийной, микоуреаплазменной и трихомонадной) имел высокие цифры и не отличался в группе пар с бесплодием и в группе подготовки к зачатию – 78% и 77% соответственно, что может свидетельствовать о появлении предпосылок к формированию бесплодия у молодых людей еще до формирования их брачных отношений. Уровень эндокринной патологии у женщин составил 33,8% и 23,3% соответственно у бесплодных пар и в парях с подготовкой к беременности. При этом у женщин преобладала патология щитовидной железы, заболевания надпочечников, гиперпролактинемия и синдром поликистозных яичников. В результате проведенной комплексной терапии инфекционно-эндокринной патологии естественное зачатие в группе с бесплодием в течение 1–2 лет наступило примерно в 75% случаев с вынашиванием и рождением здорового ребенка при доношенной беременности. В группе с неудачным ЭКО после комплексного лечения репродуктивной (в 70% инфекционной) патологии в течение 1–2 лет у 44 из 52 пар (84,6%) наступило естественное зачатие. Остальные 6 пар (11,5%) были направлены по абсолютным показаниям повторно на ЭКО. Большинство случаев с естественным и искусственным зачатиями закончились рождением здорового ребенка при доношенной беременности.

Таким образом, обоснованный и разработанный Проект по оздоровлению детей, подростков и семейных пар, предполагающий введение системы подготовки пар к зачатию с участием врачей-репродуктологов амбулаторно-



поликлинического звена практического здравоохранения является дееспособным и высокоэффективным. Он позволит остановить, а со временем и выйти из усугубляющейся с каждым днем критической ситуации в репродуктологии, что подтверждается полученными результатами его применения на контингентах семейных пар. Проект направлен на рассмотрение в Правительство Российской Федерации.

**Резюме.** Обоснован и разработан Проект по оздоровлению детей, подростков и семейных пар в России и странах СНГ. Он предполагает введение системы подготовки семейных пар к зачатию с участием репродуктологов амбулаторно-поликлинического звена практического здравоохранения. На большом контингенте семейных пар, детей и подростков была доказана его дееспособность и высокая эффективность. Проект направлен на рассмотрение в Правительство Российской Федерации.

Justified and has developed a Project on rehabilitation of children, adolescents and families in Russia and CIS countries. He assumes introduction of the system of training of couples to conceive with participation of fertility outpatient care, practical health care. On a large contingent couples, children and adolescents has been proved to its capacity and high efficiency. The project is directed on consideration in the Government of the Russian Federation.

## ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММАХ ЭКО

**Рудакова Е.Б., Стрижова Т.В., Трубникова О.Б., Замаховская Л.Ю.**

*Московский областной перинатальный центр г. Балашиха, Россия*

Доброкачественные образования яичников являются достаточно распространенной патологией и составляют 25–30% всех оперативных вмешательств в гинекологических стационарах (Кудрявцева Л.И., Дурасов В.В., Полякова Т.В., Шепелева Е.В., 2003; Кулаков В.И., Волков Н.И., Назаренко Т.А. и др., 2003; Кулаков В.И., Серебренникова К.Г., Лопатина Т.В. и др., 2003; Сидорова И.С., Леваков С.А., Швецов С.Э., 2003).

Наиболее часто из кистозных образований яичников встречаются фолликулярные кисты и кисты желтого тела. Эти кисты объединяют общим понятием – функциональные, так как их формирование обусловлено циклическими изменениями в яичниках, и они имеют транзиторный характер существования (Хмельницкий О.К., 1994; Гумеров А.А., Хасанов Р.Ш., Глебова Н.Н., Латыпова Г.Г., 1997; Резников А.Г., Синицин П.В. и др., 2002, Ефименко Ю.В.,





2004, Полякова В.А., 2004). Фолликулярные кисты и кисты желтых тел относятся к опухолевидным образованиям и имеют достаточно четкие морфологические критерии (Scully R.E., Sobin L.H., 1999).

Выявление функциональных кист у женщин, страдающих бесплодием, в программе экстракорпорального оплодотворения вызывает множество дискуссий по поводу выбора тактики ведения: оперативная (пункция кисты) или консервативная (повторное введение агонистов гонадотропных релизинг гормонов).

**Цель исследования:** определить частоту возникновения функциональных кист у женщин, страдающих бесплодием в программах экстракорпорального оплодотворения и оценить результативность программ в зависимости от выбранной тактики ведения.

Критерии включения: женщины репродуктивного возраста, страдающие бесплодием смешанного генеза, нормальный овариальный резерв, формирование функциональных кист яичников в циклах ЭКО и ПЭ.

Критерии исключения: мужской фактор бесплодия, низкий овариальный резерв.

В исследовании приняли участие 33 пациентки с бесплодием смешанного генеза, проходившие процедуру ЭКО и ПЭ по длинному протоколу с агонистами ГТ-РГ (диферелин 3,75 мг) со 2-го или 21-го дня менструального цикла. Выбран диферелин 3,74 мг с учетом удобства его применения. Исходя из общего количества циклов в момент исследования, частота возникновения «функциональных» кист, в программах ЭКО и ПЭ, составила 13%. Стимуляция суперовуляции проводилась по стандартной схеме гонадотропинами в средней дозировке 225 МЕ.

Все пациентки были репродуктивного возраста, средний возраст  $32 \pm 1,2$  лет. Длительность бесплодия в среднем  $7,2 \pm 1,3$  лет. По клиническим характеристикам пациентки были сопоставимы.

В первой группе – 21 пациентка, при возникновении «функциональных» кист яичников и отсутствия их реализации через 28 дней после введения агониста ГТ-РГ вводили вторую инъекцию диферелина 3,75 мг, затем через 14–17 дней при ультразвуковом контроле регистрировался регресс кисты на фоне менструальноподобного кровотечения. С этого момента пациенткам начинали проводить стимуляцию суперовуляции гонадотропинами, дозу которых подбирали индивидуально для каждой пациентки. Далее процедура ЭКО не отличалась от стандартной схемы.

Во второй группе – 12 пациенток, которым при выявлении «функциональных» кист на фоне введения агонистов ГТ-РГ проводили трансвагинальную пункцию кисты под внутривенным наркозом с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости. Стимуляция суперовуляции в этой группе пациенток начинали после ультразвукового и лабораторного контроля (отсутствия рецидива кисты и снижение уровня эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови). Дозы гонадотропинов подбирались также индивидуально. Далее процедура ЭКО проводилась по принятой схеме.



**Результаты и их обсуждение.** Изучены эмбриологические аспекты программ у пациенток первой и второй группы, которые свидетельствуют о сопоставимом качестве яйцеклеток и эмбрионов как в первой, так и во второй группах. В результате проведенных программ количество беременностей в первой группе составило 8, все они закончились своевременными родами, а во второй – зарегистрировано 3 случая беременности, завершившиеся родами. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о тенденции повышения эффективности (оценивается по количеству наступивших беременностей) так называемого консервативного ведения программ ВРТ у пациенток с функциональными кистами яичников, (повторное введение агонистов ГТ-РГ). Однако следует учитывать экономические аспекты: удорожание процедуры при повторном введении препаратов, а также увеличение длительности самого цикла ЭКО. При оперативной тактике длительность самого цикла практически не меняется, что положительно сказывается на итоговой стоимости программы ЭКО. На данном этапе для окончательных выводов и выработки оптимального алгоритма проводятся дальнейшие исследования.

**Резюме.** Проведенное исследование выявило, что при проведении программы ЭКО и ПЭ по длинному протоколу с агонистом рилизинг гормона (диферелин 3,75 мг) функциональные кисты возникали в 3% случаев. У всех пациенток программу продорлжали. При этом в первой группе пациенток вводилась вторая инъекция диферелина 3,75 мг, а во второй группе проводилась TVP и эвакуация содержимого кисты желтого тела с последующим цитологическим исследованием. В последующем проводилась ССО. В первой группе результативность составила 38%, а во второй – 25%. Исследование в этом направлении продолжается.

The study revealed that during IVF cycles with long protocol with releasing hormone agonist (diferelin 3.75 mg), functional cysts occurred in 3% of cases. In all the patients the program was continued. The first group of patients was introduced with the second injection of diferelin 3.75 mg, while the second group was TVP and evacuation the content of yellow body cysts with subsequent cytological analisys was performed. Subsequently the SSO was carried out. In the first group effectiveness amounted to 38%, and in the second to 25%. Research in this area continues.



## ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ МАТКИ

Рыжков В.В., Елисеева М.Ю., Анташян Г.Г.,  
Лаврешина Э.В., Черномазов С.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет,  
г. Ставрополь, Россия*

Острые воспалительные заболевания матки являются одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний, которые приводят к нарушениям менструальной и генеративной функциям.

**Цель исследования** состояла в повышении эффективности лечения и реабилитации больных с острыми воспалительными заболеваниями матки.

**Материал и методы.** Проведено обследование и лечение 106 больных первично острым воспалением матки. Все обследованные были соматически здоровы в возрасте от 18 до 38 лет. Помимо традиционных методов обследования проводились исследования содержания в плазме крови гормонов гипофиза – ЛГ, ФСГ, АКТГ; яичников – эстрадиола и прогестерона; надпочечников – кортизола. Морфофункциональные изменения в гипофизе, яичниках и надпочечниках в процессе индуцированного воспаления в матке изучали экспериментально. Использовали 44 половозрелых самок морских свинок. У 30 из них вызывали экспериментальный острый эндомиометрит, 14 – были контрольными. Животных забивали на 3-е, 6-е и 12-е сутки эксперимента, что соответствовало острой, началу и концу подострой стадиям воспалительной реакции в матке. Срезы гипофиза, яичников и надпочечников подвергали гистохимической обработке. У большинства женщин (75,5%) начало заболевания было острым с ярко выраженной общей и очаговой симптоматикой. Патологическая микрофлора высевалась у 84,9% больных, причем у каждой третьей определялись микробные ассоциации. Среди факторов, способствующих возникновению воспалительного заболевания, видное место занимали аборт и другие внутриматочные вмешательства, применение внутриматочных контрацептивных средств. Клинические проявления нарушений менструальной функции имели 65,1% больных. Наиболее часто встречалась гиперполименорея (46,2%).

Результаты работы показали, что у 73,6% больных имели место нарушения в системе гипофиз – яичники и у 84,9% в системе гипофиз – кора надпочечников. У 30 больных с тяжелым течением воспалительного заболевания гормональные нарушения выявлены в 97% случаев. В острой стадии процесса у них отмечалось угнетение гонадотропной функции гипофиза и яичников (65%). Вместе с тем, резко возрастала адренкортикотропная функция гипофиза и глюкокортикоидная активность коры надпочечников. У 76 больных со среднетяжелым и легким течением воспалительного процесса отмечали повышение гонадотропной активности гипофиза при одно-



временном снижении функции яичников. Наблюдали увеличение активности гипофизарно-надпочечниковой системы (82%). Корреляционный анализ показал, что с увеличением тяжести воспалительного процесса зарегистрировано достоверное увеличение содержания АКТГ ( $r=0,865\pm 0,183$ ) и кортизола ( $r=0,860\pm 0,181$ ), а так же ЛГ ( $r=0,653\pm 0,168$ ). Концентрации эстрадиола ( $r=0,667\pm 0,163$ ) и прогестерона ( $r=0,633\pm 0,174$ ) достоверно снижались. У лиц с рецидивом воспалительного заболевания (16 человек) уровень ЛГ составил  $36,5\pm 5,6$  ед/л, в группе без рецидива –  $23,5\pm 3,4$  ед/л ( $P\leq 0,05$ ). Уровень ФСГ –  $12,1\pm 1,6$  ед/л и  $6,6\pm 0,6$  ед/л соответственно ( $P\leq 0,01$ ). Содержание АКТГ в группе с рецидивом воспаления  $96\pm 4,4$  нг/л, против  $71,6\pm 3,5$  нг/л в группе сравнения. Уровень кортизола соответственно составил  $867,7\pm 17,9$  нм/л, против  $450,4\pm 15,0$  нм/л ( $P\leq 0,01$ ). Содержание эстрадиола в группе с рецидивом воспалительного заболевания  $85,9\pm 5,2$  нг/л, против  $135,5\pm 7,6$  нг/л в группе без рецидива заболевания. Концентрация прогестерона  $12,0\pm 1,3$  нм/л и  $20,8\pm 1,5$  нм/л – соответственно ( $P\leq 0,01$ ). Полученные клиничко-лабораторные данные коррелировали с морфологическими изменениями в гипофизе, яичниках и надпочечниках в процессе острого экспериментального эндометрита у лабораторных животных. В начале острой стадии воспаления, в указанных эндокринных органах, преобладали «реактивные» изменения, которые к концу воспалительной реакции приобретали дистрофический характер.

**Выводы.** Таким образом, в процессе острого воспаления в матке возникают нарушения в гипофизарно-яичниковой и гипофизарно-надпочечниковой системах, которые носят стойкий характер и требуют коррекции путем назначения адаптогенов в стационаре и синтетических монофазных низко дозированных эстроген-гестагеновых препаратов в условиях женской консультации.

**Резюме.** В процессе исследования выявлены нарушения в системах гипофиз-яичники и гипофиз-надпочечники при остром эндометрите в клинике и эксперименте. Гормональные исследования проведены у 106 женщин фертильного возраста, страдающих эндометритом. Морфологические исследования состояния аденогипофиза, яичников и надпочечников в процессе острого воспаления в матке проведены у 30 самок морских свинок. Степень нарушения функциональной активности указанных систем коррелировала с тяжестью заболевания, носила стойкий характер и требовала коррекции.

Pituitary-ovarian and pituitary- adrenal system condition were research in clinic of 106 women with acute inflammatory process in uterine and 44 Guinea pigs females in experiment. Hormonal and morphological disorders were observed. Synthetic estrogen-gestagena pills and adaptogens remedies used to do in complex therapy to women with acute inflammatory process in uterine.



## ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ПЕРИОДА

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

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

**Цель:** изучить качественные и количественные показатели микробиоценоза влагалища и цервикального канала у женщин перименопаузального периода.

**Материалы и методы:** нами обследовано 20 женщин в возрасте от 47 до 56 лет, средний возраст 51,2 года. Проведено комплексное культуральное исследование отделяемого влагалища и цервикального канала, а также определение методом ПЦР наличия урогенитальной инфекции.

**Результаты:** В цервикальном канале лактобациллы, являющиеся основными представителями нормальной микрофлоры половых путей, были выявлены у 10 женщин (50%) в средней концентрации  $5,0 \pm 1,4$  lg КОЕ/г. Во влагалище данные микроорганизмы выявлены у 15 женщин (75%) в средней концентрации  $5,3 \pm 1,2$  lg КОЕ/г и были представлены *Lactobacillus brevis*, *L. acidophilus*, *L. casei*. Аэробные грамположительные и грамотрицательные бактерии в цервикальном канале были представлены *Enterococcus* spp. у 3 женщин в концентрации  $4,0 \pm 1,5$  lg КОЕ/г, *Streptococcus* spp. у 5 женщин в концентрации  $2,5 \pm 1,2$  lg КОЕ/г, анаэробные грамположительные бактерии были представлены *Peptostreptococcus* у 5 женщин в концентрации  $5,5 \pm 1,1$  lg КОЕ/г. Видовой состав микрофлоры влагалища был более разнообразен и включал *Enterococcus* spp. у 5 женщин в концентрации  $4,2 \pm 0,56$  lg КОЕ/г, *Streptococcus* spp. у 7 женщин в концентрации  $4,3 \pm 0,57$  lg КОЕ/г, *Staphylococcus* spp. у 3 женщин в концентрации  $5,2 \pm 1,3$  lg КОЕ/г, *E.coli* у 3 женщин в концентрации  $3,2 \pm 0,45$  lg КОЕ/г; анаэробные грамположительные бактерии были представлены *Peptostreptococcus* у 5 женщин в средней концентрации  $5,1 \pm 1,2$  lg КОЕ/г. Урогенитальная инфекция была представлена *Ureaplasma urealyticum* у 11 женщин и *Mycoplasma hominis* у 2 женщин.

**Выводы:** Снижение синтеза эстрогенов в перименопаузальном периоде приводит к атрофическим изменениям урогенитального тракта, что, в свою очередь, обуславливает наблюдаемое уменьшение содержания лактобактерий и возрастание количества условно-патогенных микроорганизмов. Поэтому при лечении воспалительных процессов нижних отделов генитального тракта у пациенток данной группы целесообразно применение средств, нормализующих микробиоценоз влагалища («Вагинорм-С»).

**Резюме.** Показатели микробиоценоза влагалища и цервикального канала у женщин перименопаузального периода свидетельствуют об умень-



шении содержания лактобактерий и возрастании количества условно-патогенных микроорганизмов, что доказывает необходимость применение средств, нормализующих микробиоценоз влагалища.

During the perimenopausal period the figures of microbiocenosis in vagina and cervix show decrease lactobacilli and increase the number of opportunistic pathogens that proves the need for medicines normalizing vagina's microbiocenosis.

## КОРРЕКЦИЯ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ С ПОМОЩЬЮ ТЭС-ТЕРАПИИ

Смолова Н.В., Андреева М.В.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоград, Россия*

Данные о функционировании систем адаптации организма женщин с воспалительными заболеваниями гениталий малочисленны.

Известно, что транскраниальная электростимуляция стволовых структур мозга (ТЭС-терапия) обладает выраженным комплексным гомеостатическим и саногенетическим эффектами, что приводит к нормализации нарушенных нервных механизмов регуляции и восстановлению процесса адаптации.

Работ о влиянии ТЭС-терапии на адаптационные возможности организма больных с воспалительными заболеваниями гениталий в доступной нам литературе не найдено. Это явилось основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель работы.** Усовершенствование комплексного метода лечения женщин с воспалительными заболеваниями гениталий с использованием ТЭС-терапии на основе изучения их общей адаптации.

**Материалы и методы.** Обследование проведено в двух группах больных с воспалительными заболеваниями гениталий. Основную группу составили 68 больных, которым проводилось комплексное лечение с включением ТЭС-терапии.

В группу сравнения вошли 49 пациенток, получавших комплексную терапию по общепринятым схемам лечения данной патологии. Терапия методом ТЭС проводилась ежедневно с помощью прибора «Трансаир-01» стационар-



ного, разработанного в Центре ТЭС. На курс требовалось 8–10 процедур, продолжительностью по 60 минут каждая, силой тока до 0,8–2,5 мА.

Адаптационные возможности организма пациенток исследовались в динамике лечения на основании изучения индекса функциональных изменений (ИФИ).

**Результаты исследования.** Адаптационные возможности у больных основной группы были исследованы до и после лечения.

Всего у 7,35% пациенток основной группы до лечения наблюдалась удовлетворительная адаптация, в группе сравнения – у 6,12% больных ( $p > 0,05$ ). Функциональное напряжение обнаружено у 20,59% женщин, в группе сравнения – у 20,41% пациенток ( $p > 0,05$ ).

Нарушения процесса адаптации у больных основной группе до лечения выявлены в виде неудовлетворительной адаптации в 47,06% случаев и срыва адаптации в 25,0% случаев (в группе сравнения в 48,98% и 24,49% случаев соответственно,  $p < 0,05–0,01$ ).

Показатели адаптационных возможностей у пациенток основной группы после окончания лечения с применением ТЭС-терапии свидетельствовали о достоверном увеличении среди них числа женщин с удовлетворительной адаптацией (14,71%) и с ее напряжением (41,18%).

В группе сравнения таких пациенток было достоверно меньше – 10,20% и 32,65% соответственно ( $p < 0,05$ ).

Частота неудовлетворительной адаптации у пациенток основной группы после проведенной терапии снизилась до 36,76%, а срыв адаптации – до 7,35%.

В группе сравнения такого положительного лечебного эффекта не выявлено. Так количество женщин с неудовлетворительной адаптацией (40,82%) и срывом адаптации (16,33%) после стандартной терапии было достоверно больше, чем в основной группе ( $p < 0,05–0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, ТЭС-терапия оказывает выраженное положительное влияние на общие механизмы адаптации у больных с воспалительными заболеваниями гениталий.

**Резюме.** С целью оценки эффективности транскраниальной электростимуляции головного мозга (ТЭС-терапии) в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями гениталий проведено обследование и терапия 117 женщин, из которых 68 применялся метод ТЭС. В результате проведенного исследования достоверно доказана высокая эффективность ТЭС-терапии в лечении адаптационных нарушений у пациенток, страдающих воспалительными процессами гениталий.

117 women were examined and treated for assessment of effectiveness of transcranial electrical stimulation of the brain (TES-therapy) in complex treatment of patients with inflammatory diseases of genitals. 68 of them were received the method TES in complex treatment of inflammatory diseases of genitals. The results of the research confirmed high effectiveness of TES-therapy in treatment of adaptation disorders in patients with inflammatory diseases of genitals.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИКО- ЭЛЕКТРОННОЙ МЕТОДИКИ TRUSCREEN В ЦЕРВИКАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ

**Согилян А.С., Федотова О.И., Строганова Г.В., Стельмахова Н.Ю.**

*НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный «ОАО РЖД»,  
Ростов-на-Дону, Россия*

**Актуальность:** рак шейки матки остается распространенным заболеванием во всем мире. В качестве цервикального скрининга традиционно используется цитологический метод, чувствительность которого составляет от 60 до 80%.

**Цель исследования:** оценка эффективности оптико-электронного сканирования шейки матки в диагностике предраковых процессов.

**Материалы и методы исследования:** в качестве скрининга цервикального рака и предраковых состояний использовался портативный диагностический сканер «TruScreen», созданный на основе оптико-электронной технологии. Исследование проводилось с помощью легких прикосновений к поверхности шейки матки ручным зондом. Сигналы зонда, проходя через ткани шейки матки, идентифицируют изменения в базальном и стромальном слоях. Система TruScreen является цифровой, имеет встроенный контроль качества исследования, что позволяет достичь наивысшей объективности результатов.

Сканирование проведено 891 пациентке. Исследование проводилось с помощью легких прикосновений к поверхности шейки матки ручным зондом. Исследовалось до 32 точек в определенной последовательности. Результаты оценивались в режиме реального времени, имели 2 варианта заключения: «normal» и «abnormal». «Normal» – 516 сл. «abnormal» – 375.

Пациенткам с результатами «normal» проводился цитологический контроль.

С «abnormal» – комплексное обследование шейки матки, включающее кольпоскопическое исследование, цитологическое, ПЦР на ВПЧ, радиоволновая биопсия шейки матки. При цитологическом исследовании сквамозное интраэпителиальное поражение выявлено в 224 случаях. Низкой степени (L-SIL) обнаружены в 102 сл. H-SIL-26 сл., ASCUS-4 0, в 56 сл. результаты цитологических мазков отнесены к «норме». Чувствительность «TruScreen» составила 75%.

При кольпоскопическом исследовании у пациенток с результатами «abnormal» в 85% случаях выявлена аномальная кольпоскопическая картина (нежный и грубый АБЭ, мозаика, пунктация). L SIL – 190 сл., H SIL – 34 сл.

Радиоволновая биопсия шейки матки произведена в 226 случаях – 77,5%  
Плоская кондилома – 54 случая





CIN I – 78 случаев CIN II – 66 случаев

CIN III – 26 случаев

РШМ – в 2 случаях.

На основании анализов полученных данных, чувствительность TruScreen в обнаружении SIL составляет 75–77,5%.

В 154 случаях «abnormal» не выявлены кольпоскопические и цитологические признаки цервикального интраэпитального поражения.

Ложноположительные результаты были связаны с наличием воспалительного процесса шейки матки. Для наиболее точной диагностики целесообразна предварительная санация. При контрольном сканировании после проведенного лечения 85% – normal.

**Заключение:** оптическое – электронное сканирование “TruScreen” является высокочувствительным методом диагностики цервикальных интраэпитальных поражений, дает возможность получения быстрого и объективного результата непосредственно во время обследования.

Применение сканера “TruScreen” в дополнении к цитологическому исследованию позволяет повысить эффективность цервикального скрининга.

**Резюме.** Представлены данные об эффективности использования сканера TruScreen в диагностике предраковых процессов шейки матки. Преимущество метода – моментальный результат в режиме реального времени, высокая чувствительность и специфичность. Применение цервикального скрининга.

Electrooptic scanning is a high-sensitivity method of versical cervix pathology diagnostics. TruScreen scanner application in addition to cytologic screening allows to increase the cervical screening efficiency.

## СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Столярова У.В., Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф., Нейфельд И.В.

*Саратовский государственный медицинский университет  
имени В.И. Разумовского, Саратов, Россия*

Метаболический синдром (МС) характеризуется наличием у больной тканевой инсулинорезистентности (ИР), гиперинсулинемии (ГИ), нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), первичной артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, а также абдоминального ожирения и гиперурикемии. МС рассматривается как совокупность факторов риска сердечно-сосудистых забо-



леваний (ССЗ), вследствие единого комплекса эндокринно-метаболических нарушений. Известно, что риск возникновения ССЗ через 5 лет у больных с МС увеличивается в зависимости от количества входящих в него компонентов: в 2,5% – при однокомпонентном МС, в 14,9% – при наличии 4 и более компонентов [Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Целиковская А.Л., 2006].

**Цель исследования:** Изучить частоту встречаемости клинических показателей со стороны сердечно-сосудистой системы у пациенток репродуктивного возраста в зависимости от выраженности эндокринно-метаболических нарушений.

**Материалы и методы:** Проведен анализ клинических и анамнестических показателей нарушений сердечно-сосудистой системы у 74 пациенток репродуктивного возраста (20–45 лет), страдающих МС. МС диагностировался при наличии трех и более из следующих критериев (по ВОЗ): 1. Уровень инсулина натощак >75 перцентиля для данного возраста и пола; 2. Нарушение толерантности к глюкозе; 3. Повышение глюкозы в плазме крови натощак >5,6 ммоль/л; 4. Окружность талии >80 см; 5. Артериальная гипертензия (20–29 лет – АД>121/79 мм рт. ст.; 30–39 лет – АД>127/84 мм рт. ст.; 40–45 лет – АД>141/91 мм рт. ст.) 6. Дислипидемия (20–29 лет – ТГ>0,96 ммоль/л и/или ХСЛПВП<1,37 ммоль/л; 30–39 лет – ТГ>0,99 ммоль/л и/или ХСЛПВП<1,37 ммоль/л; 40–45 лет – ТГ>1,20 ммоль/л и/или ХСЛПВП<1,24 ммоль/л).

**Результаты исследования.** Основными клинико-анамнестическими показателями нарушения функции ССС явились: кардиалгии, головокружения, головные боли, боли ангинозного характера, одышка и нарушение сердечного ритма. Чувство «покалывания», «давления» в левой половине грудной клетки отмечались у 42 пациенток (57%), боли ангинозного характера у 3 пациенток (4%). Жалобы на кардиалгии увеличивались с возрастом пациенток и сопровождались повышением САД и ДАД, ИМТ, ОТ, уровня общего ХС и ХС ЛПНП, уровня ТГ, базального уровня инсулина, увеличением продолжительности восстановления АД после физической нагрузки. Головокружение отмечали 36 пациенток (50%). Жалобы на головокружение усиливались с увеличением возраста пациенток и сопровождались повышением САД и ДАД, ИМТ и окружности талии, постнагрузочного уровня глюкозы, базального и постнагрузочного уровня инсулина, увеличением продолжительности восстановления ЧСС и АД после физической нагрузки. Жалобы на одышку, «чувство нехватки воздуха» предъявляли 15 пациенток (20%). Присутствие этих жалоб отмечалось с увеличением возраста пациенток и сопровождалось повышением САД и ДАД, ИМТ и окружности талии, уровня ТГ, базального и постнагрузочного уровня глюкозы, базального и постнагрузочного уровня инсулина, уровня общего тестостерона, уровня фибриногена, размера ЛП, ИММЛЖ и АД после физической нагрузки, общего за сутки количества желудочковых экстрасистол. Головные боли отмечались у 52 пациенток (70%) и сопровождались повышением САД и ДАД, ИМТ и окружности талии, ОТБ, уровня общего ХС и ХС ЛПНП, уровня ТГ, уровня мочевой кислоты, базального и постнагрузочного уровня инсулина, увеличением продолжительности восстановления АД после физической нагрузки. Нарушения ритма сердца (сердцебиение, «перебои»,



«чувство переворачивания») отмечались у 22 пациенток (30%). Эти нарушения отмечались с увеличением возраста пациенток и сопровождалось повышением САД, уровня ТГ, базального уровня глюкозы, длительности менструального цикла по типу олигоменореи, глубины и продолжительности депрессии сегмента ST, общего количества за сутки одиночных, парных и пароксизмальных желудочковых нарушений ритма.

**Заключение.** Жалобы со стороны ССС характерны для женщин репродуктивного возраста с МС. Отмечено нарастание клинических проявлений с увеличением возраста пациенток и сопровождалось выраженными проявлениями МС.

**Резюме.** Для женщин репродуктивного возраста с МС характерны жалобы со стороны ССС. Отмечено нарастание клинических проявлений с увеличением возраста пациенток и сопровождалось выраженными проявлениями МС. Изучена частота встречаемости клинических показателей в зависимости от выраженности эндокринно- метаболических нарушений.

**Summary.** For women of reproductive age with metabolic syndrome is characterized by complaints from the cardiovascular system. Clinical manifestations observed increase with increasing age of the patients and were accompanied by severe manifestations of MS. Studied the frequency of occurrence of clinical parameters depending on the severity of endocrine and metabolic disorders.

## ЗГТ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМАХ

Столярова У.В., Хворостухина Н.Ф.

*Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов, Россия*

Метаболический синдром встречается у 35–49% женщин в постменопаузе (NHANES III) и частота этого синдрома неуклонно увеличивается (Ansell V.J., 2003). Основными компонентами метаболического синдрома являются: инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия, предрасположенность к тромбообразованию. В 1998 году группа экспертов ВОЗ предложила критерии метаболического синдрома, включающие: 1. Инсулинорезистентность, наличие которой основывается на выявлении хотя бы одного из перечисленных признаков: сахарный диабет типа 2; повышение уровня глюкозы крови натощак; нарушение толе-



рантности к глюкозе; нарушение транспорта глюкозы в ткани при проведении ауликемического гиперинсулинового клэмп-теста у лиц с уровнем глюкозы в крови натощак  $<110$  мг/дл или  $<6,1$  ммоль/л. 2. Наличие не менее 2 признаков из перечисленных ниже: АД  $\geq 140/90$  мм рт. ст. или прием антигипертензивных препаратов; гипертриглицеридемия ( $\geq 150$  мг/дл или  $\geq 0,7$  ммоль/л); снижение уровня холестерина ЛПВП ( $<35$  мг/дл или  $<0,9$  ммоль/л у мужчин и  $<39$  мг/дл или  $<1,0$  ммоль/л у женщин); индекс массы тела  $> 30$  кг/мг или соотношение окружности талии к окружности бедер  $>0,9$  у мужчин или  $>0,85$  у женщин; экскреция альбумина с мочой  $>20$  мкг/мин или отношение альбумина к креатинину  $>30$ .

**Целью исследования** явилось исследование уровня артериального давления на фоне применения антигипертензивных препаратов и их сочетание с препаратами ЗГТ у женщин с климактерическим синдромом в сочетании с метаболическим синдромом.

**Задачи:** определить эффективность двух методов терапии гипертензивных состояний, течение климактерического синдрома и метаболического синдрома.

**Материалы и методы:** обследована группа женщин 45–52 лет ( $N=86$ ), страдающие климактерическими проблемами и имеющие метаболический синдром. У каждой исследованы: сахар крови, толерантность к глюкозе, АД в динамике 2-кратно в сутки, уровень холестерина и триглицеридов, определен ИМТ, определение тяжести климактерического синдрома по индексу Куппермана. Согласно критериям ВОЗ каждая имела метаболический синдром и артериальную гипертензию 1–2 ст. Климактерический синдром в 98% случаев был определен как средней тяжести. В последующем пациентки были поровну разделены на 2 группы: первой группе проводилась монотерапия антигипертензивными препаратами, выбор которых осуществлял терапевт по показаниям, второй группе проводилась комплексная терапия антигипертензивными препаратами и заместительная гормональная терапия (комбинированные эстроген-гестагенные препараты). Обсуждение: В первой группе уровень АД стабилизировался менее быстро, климактерические жалобы сохранялись на прежнем уровне, метаболический синдром по всем показателям сохранялись неизменными. Во второй группе уровень АД стабилизировался быстрее, отмечалось отсутствие гипертонических кризов, купирование климактерических жалоб и положительная динамика по проявлениям метаболического синдрома (снижение АД, уменьшение ИМТ, снижение уровня холестерина и улучшение профиля триглицеридов).

**Выводы:** учитывая патогенез развития артериальной гипертензии у женщин с климактерическим синдромом, связанный с гипозэстрогенным состоянием, назначение комплексной терапии, включающей ЗГТ, позволяет более эффективно купировать гипертензивные состояния и положительно влиять на течение климактерического и метаболического синдромов.

**Резюме:** при проведении комплексной терапии антигипертензивными препаратами и заместительной гормональной терапии комбинированными эстроген-гестагенными препаратами отмечено, что уровень АД стабилизи-



ровался быстрее, отмечалось отсутствие гипертонических кризов, купирование климактерических жалоб и положительная динамика по проявлениям метаболического синдрома.

After complex therapy, antihypertensive drugs and hormone replacement therapy combined estrogen-progestin preparations noted that the blood pressure has stabilized quickly noted the absence of hypertensive crises, relief of menopausal complaints and positive dynamics on the manifestations of the metabolic syndrome.

## ОСОБЕННОСТИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА

Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Шахламова М.Н.,  
Волощук И.Н., Смирнов А.А.

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия*

Апоплексия яичника (АЯ) – одно из самых часто встречающихся ургентных заболеваний в гинекологии. Причиной внутрибрюшного кровотечения в большинстве наблюдений является кровоизлияние в желтое тело или кисту желтого тела с деструкцией стенки. Многие аспекты патогенеза апоплексии яичника требуют уточнения. Не исключается, что в основе указанных процессов лежат нарушения овариального ангиогенеза. Яичник является уникальным органом, в котором происходит циклический ангиогенез, приводящий к развитию сосудистой сети, как зреющего фолликула, так и формирующегося желтого тела. Данный процесс по своей интенсивности сравним с ангиогенезом в злокачественной опухоли, но является физиологическим. До настоящего времени отсутствуют четкие представления об особенностях сосудистой сети желтого тела при апоплексии яичника. CD34 – антиген, который экспрессируется на эндотелии и стромальных периваскулярных клетках вновь образованных сосудов. По уровню экспрессии CD34 можно судить о развитии сосудистой сети в изучаемой ткани. Большинство исследований посвящено выявлению антигена CD34 в онкологии для оценки ангиогенеза в опухолях.

**Целью исследования** явилась оценка сосудистой сети в желтом теле при апоплексии яичника.

Обследованы 52 больные раннего репродуктивного возраста с АЯ с внутрибрюшным кровотечением. Всем больным производилась резекция и/или биполярная коагуляция яичника лапароскопическим доступом. Источником внутрибрюшного кровотечения явилась киста/кистозное желтое тело с кровоизлиянием и разрывом стенки. Проводилось гистологическое и в 17



наблюдениях иммуногистохимическое исследование резецированной ткани яичника с применением антител к CD34. Контролем служили исследования нормальных желтых тел пациенток раннего репродуктивного возраста, оперированных в связи с другими гинекологическими заболеваниями.

Имуногистохимическое исследование проводили на парафиновых срезах толщиной 4–6 мкм. Использовали моноклональные антитела к CD34 (DAKO). Для визуализации первичных антител использовали безбиотинную систему детекции «Super Sensitive Polymer-HRP Detection System» (Biogenex). Оценка количества, размеров сосудов и их средней площади в поле зрения проводили с помощью программы анализа изображений, предоставленной кафедрой Медицинской Статистики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Площадь сечения сосудов и их площадь в поле зрения оценивались в пикселях.

Результаты иммуногистохимического исследования овариальной ткани с применением антител к CD34 свидетельствуют о достоверном ( $t=3$ ) увеличении площади сечения сосудов (размеров сосудов) у пациенток с АЯ (757,4 пикселя) по сравнению с группой контроля (320,13 пикселей). Среднее количество сосудов в поле зрения у больных с АЯ (59,14+6,71) достоверно ( $t=2$ ) уменьшено по сравнению с нормальными желтыми телами (76,11+3,9). Общая площадь сечений сосудов в поле зрения у больных с АЯ была больше по сравнению с контролем за счет более крупного диаметра сосудов.

Таким образом, характер васкуляризации желтого тела при АЯ имеет ряд особенностей – сосуды имеют более крупные размеры, однако количество их на единицу площади уменьшено. Возможно, нарушение формирования капиллярной сети с образованием крупных сосудов играет определенную роль в патогенезе АЯ, способствуя кровоизлиянию в желтое тело и разрыву его стенки.

**Резюме.** В статье говорится об изменениях сосудистой сети желтого тела у пациенток с апоплексией яичника в сравнении с нормой. Овариальная ткань исследовалась иммуногистохимическим методом с применением антител к CD34. По результатам исследования выявлено, что у пациенток с апоплексией яичника в ткани желтого тела сосуды имеют более крупные размеры, однако количество их на единицу площади уменьшено.

The article deals with the changes of the vascularization of the corpus luteum in patients with rupture of the corpus luteum cyst in comparison with the norm. Ovarian tissue was investigated by immunohistochemistry using antibodies to CD34. The study showed that in the tissue of the corpus luteum in patients with ruptured luteal cysts vessels are larger, but the amount of them is reduced.



## ДИАГНОСТИКА АНАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ У ЖЕНЩИН С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М., Демура Т.А.,  
Коган Е.А., Трофимов Д.Ю., Павлович С.В.

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

Актуальность. В 90% случаев причиной генитальной и анальной неоплазии является ВПЧ инфекция. Одним из факторов риска развития анальной интраэпителиальной неоплазии (AIN) является наличие генитальных неоплазий (CIN, VIN, VAIN). У пациенток с генитальными неоплазиями был выявлен высокий риск развития анального рака. Исследователи предполагают, что у более чем 19% женщин с тяжелым предраком и раком шейки матки есть сопутствующая AIN, которая не диагностируется и не лечится своевременно.

**Цель:** Изучить эффективность аноскопии, ВПЧ-типирования и анальной цитологии у женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями аногенитальной области.

**Материалы и методы.** Обследовано 30 женщин с ВПЧ-ассоциированными заболеваниями аногенитальной области в возрасте от 18 до 45 лет. Осуществляли клинко-anamnestическое, гинекологическое исследование, расширенную кольпоскопию, аноскопию, молекулярно-биологические и морфологические методы исследования (цитологические, иммуноцитохимические, гистологические). 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. На данном этапе было выделено II группы пациенток: I группа – 18 (60%) с гистологически верифицированным CIN I–III; II группа – 12 (40%) пациенток без цитологических признаков патологии шейки матки, с генитальным ВПЧ-носительством.

**Результаты.** Предварительные результаты исследования показали, что у 15 (83%) пациенток I группы при аноскопии были выявлены изменения: ацето-белый эпителий (АБЭ) с грубой мозаикой у 7 (46%), нежный АБЭ – у 8 (54%). У 3 (16%) пациенток изменений не было выявлено. Анальная ВПЧ в I группе была выявлена у 10 (66%) пациенток, при этом преобладающим был ВПЧ 16 типа – 70%. Во II группе пациенток только у 5 (41%) были выявлены изменения при аноскопии – нежный АБЭ. Анальная ВПЧ во II группе выявлена у 28% пациенток. Предварительные результаты анального цитологического исследования у пациенток I группы показали, что у 3 (16%) пациенток был выявлен NILM, у 3 (16%) – ASCUS, у 7 (38%) – L-SIL, у 5 (27%) – H-SIL. Во II



группе пациенток при анальной цитологии было выявлено у 7 (58%) пациенток – NILM, у 5 (41%) пациенток – ASCUS.

**Заключение.** Анальная ВПЧ инфекция высокого риска встречается у женщин с гистологически верифицированным CIN. Предварительный анализ результатов показывает высокую эффективность проведения аноскопии, ВПЧ-типирования, анальной цитологии для выявления анальной неоплазии у пациенток с генитальными неоплазиями и ВПЧ-носительством. Исследования в этом направлении продолжаются.

## МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Султанова Д.А., Петров Ю.А.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) – распространенная и тяжелая форма нарушения менструального цикла у подростков. В основе патогенеза МКПП лежит ановуляция и дефицит прогестерона, в 10–12% случаев отмечают дефекты свертывающей системы, различные заболевания системы крови, при этом остаются неизученными проблемы микроэлементозных расстройств. Микроэлементоз – патологическое состояние, индуцированное повышенным, пониженным содержанием химических элементов (ХЭ) или их дисбалансом в организме. Кроме прямого определения ХЭ в тканях, диагностировать их уровень косвенно можно с помощью соответствующих биохимических показателей (концентрация биологически активных веществ – ферменты, гормоны и др.). Эти соединения являются металлолигандами. Избыток или дефицит меди отражается соответствующим образом на показателях церулоплазмينا, а содержание железа – на уровне ферритина, гемоглобина. При дефиците цинка снижается активность щелочной фосфатазы, карбонгидразы, а селена – глутатионпероксидазы. Изменение физиологического содержания йода приводит к сдвигам в продукции гормонов щитовидной железы и т.д. 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 незрелой репродуктивной системе девочки-подростка. Поэтому изучение микроэлементозного статуса при МКПП имеет актуальное значение.

С целью изучения особенностей микроэлементозов в пубертатном периоде развития на основе определения биохимических маркеров ХЭ, проведено





обследование 63 девочек-подростков в возрасте 14–16 лет, из них основная группа – 33 пациентки с маточными кровотечениями пубертатного периода и контрольная группа – 30 условно здоровых девочек-подростков. О состоянии функции яичников судили по результатам исследований в крови половых гормонов методом иммуноферментного анализа, уровень адаптированности рассматривали по показателям кортизола. В качестве биохимических маркеров уровня ХЭ в крови определяли содержание церулоплазмينا (ЦП) – индикатор уровня меди; глутатионпероксидазы (ГЛУП) – индикатор уровня селена; щелочной фосфатазы (ЩФ) – индикатор уровня цинка; толерантность у глюкозе (Г-тест) – индикатор уровня хрома; гемоглобина – уровень железа общепринятыми методами; в моче исследовали содержание  $\Delta$  – аминокислоты (Δ-АЛК) – маркера токсичных эффектов свинца. Выраженность тревожности оценивали по психологическому тесту Спилберга-Ханина. При статистическом анализе использовали программы Statistica 6,0.

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 пациенток основной группы. Снижение уровня кортизола указывало на признаки дезадаптированности в данной когорте обследуемых. «Плоская» кривая базальной температуры, статистически значимые низкие показатели прогестерона, удлиненный межменструальный период позволяли предположить о наличии у них отсутствии лютеиновой фазы цикла, которое могло быть связано недостаточными регуляторными механизмами, обеспечивающими ритмику гормонопоза. У пациенток были более заметно снижены показатели биохимических маркеров, отражающих наличие в организме эссенциальных ХЭ (уровень церулоплазмينا, глутатионпероксидазы, щелочной фосфатазы). Уровень гемоглобина у этого контингента обследованных был ниже, чем у таковых в контрольной группе. В то же время в основной группе был значимо повышен уровень Δ-АЛК в моче, что указывало на наличие в организме более высоких концентраций свинца. Обращало на себя внимание резкое снижение церулоплазмينا (индикатора меди) у девушек основной группы. К факторам, которые могли усугублять сниженное функциональное состояние организма, относится эмоциональное перенапряжение. В основной группе показатель личностной тревожности –  $69,7 \pm 3,5$  баллов. В контрольной группе этот показатель не превышал  $40 \pm 2,9$  баллов. Регистрируемые биохимические и психологические показатели находились в обратной корреляционной зависимости. Их комплексная оценка позволяет более достоверно оценивать патологические сдвиги в организме обследуемых.

Таким образом, при МКПП протекают на фоне выраженного микроэлементоза, что необходимо учитывать при проведении комплексной коррекции данной патологии. Возможно выведение и нейтрализации соответствующих ХЭ методами сорбционной медицины. Завершение мероприятий должно осуществляться применением витаминно-минеральных комплексов, а также



физиотерапевтических средств – для повышения сопротивляемости организма, его овариального резерва. В этом плане перспективно проведение электрофореза с различными ХЭ, влияющими на гонадотропную и овариальную секрецию (медь, йод, цинк, марганец и др.).

**Резюме.** В статье представлено исследование ряда биохимических маркеров химических элементов у девочек-подростков с нормальным и нарушенным менструальным циклом. Проведено обследование 63 девочек-подростков в возрасте 14–16 лет, из них основная группа – 33 пациентки с маточными кровотечениями пубертатного периода и контрольная группа – 30 условно здоровых девочек-подростков. Рассматриваемые показатели взаимосвязаны с нарушениями гормонального статуса, что лежит в основе их использования в диагностике ранних репродуктивных нарушений.

The article presents the study of the series of biochemical markers of chemical elements in adolescent girls with normal and impaired menstrual cycle. Survey of 63 adolescent girls aged 14–16 years, from them the main group – 33 patients with uterine bleeding and a control group of 30 apparently healthy adolescent girls. The indicators examined are correlated with the disturbance of the hormonal status, which is core to their use in the diagnosis of early reproductive disorders.

## РАБОТА ШКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Сухарева Е.А.<sup>1</sup>, Бурлова Н.Г.<sup>2</sup>, Широкова Г.Л.

*МБУЗ СО Городская поликлиника, г. Сызрань, Самарская область  
1 – ГОУ СПО Сызранский медико-гуманитарный колледж  
2 – МБУЗ ЦГБ г. Сызрань, Самарская область*

**Актуальность.** На протяжении последних десятилетий в большинстве развитых стран отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них. Среди женского населения лидирующее положение занимает рак молочной железы (20%) и немеланомные опухоли кожи (13,6%). Профилактика онкологических заболеваний является одним из приоритетных направлений работы кабинета профилактики амбулаторно-поликлинической службы. В настоящее время в школах профилактики все активнее используются современные образовательные технологии, в частности ИКТ, обеспечивающие личностное, творческое развитие человека за счет уменьшения доли репродуктивной деятельности в учебном процессе.



**Цель работы:** провести сравнительную характеристику работы школ профилактики онкологических заболеваний с использованием и без использования ИКТ.

**Материал исследования** – слушатели школ здоровья по профилактике онкологических заболеваний без использования ИКТ 97 чел. в 2011 г. и с использованием ИКТ 93 чел. в 2012 г.

**Полученные результаты.** В 2011–2012 гг. на базе кабинета профилактики онкологических заболеваний МБУЗ СО «Городская поликлиника» функционировали следующие школы здоровья: «Женское здоровье», «Мужское здоровье», «Откажись от вредных привычек», «Рациональное питание», «Активный образ жизни». Обучение в школе проходило ежедневно 5 дней в неделю (с понедельника по пятницу). Одно занятие рассчитано на 30–40 минут. Обученных женщин было в 4 раза больше, чем мужчин. Что подтверждает более активную позицию женщин в отношении сохранения своего здоровья. В рамках реализации образовательных программ с 2012 г. активно использовались ИКТ. Основными задачами применения ИКТ в образовательном процессе были обозначены: реализация принципа индивидуализации учебного процесса при сохранении его целостности, развитие системности мышления, поддержка всех видов познавательной деятельности в приобретении знаний и практических навыков. Возможности ИКТ при построении интерактивных таблиц, плакатов и других цифровых образовательных ресурсов расширило содержательный аспект занятия. При этом ИКТ использовались при обучении каждого слушателя по индивидуальной программе или при фронтальной, либо подгрупповой формах работы. Особенно трудными для усвоения являются темы по анатомии и физиологии, факторах риска развития рака. Применение ИКТ позволило добиться усвоения теоретического материала у 100% слушателей. Без использования ИКТ теоретический материал усвоен полностью в 93% случаев. Мультимедиа средства значительно расширяют возможности предъявления учебной информации. Применение цвета, графики, звука позволяет создавать активный познавательный процесс. Обучающие программы дают возможность реально представить результат своих действий. Понимание материала, требующего активных действий слушателя (самообследование кожи, лимфатических узлов, самообследование молочных желез) возросло до 100%. Без использования ИКТ – 77%. Анкетирование, проведенное через 6–8 месяцев после обучения, показало, что продолжали придерживаться активной медицинской позиции и выполнять рекомендации персонала 83% слушателей, проученных с использованием ИКТ и 71% слушателей, проученных без использования ИКТ.

**Выводы.** Внедрение ИКТ в работе школ профилактики онкологических заболеваний целесообразно на всех этапах: при изложении нового материала, в закреплении программного материала, в системе контроля и проверки, в самостоятельной работе слушателей. Наиболее эффективно применение ИКТ для обучения активным практическим навыкам – самообследованию кожи, лимфатических узлов, самообследованию молочных желез.



**Резюме.** Использование информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в школах профилактики онкологических заболеваний позволило добиться усвоения учебного материала у 100% и через 6–8 месяцев сохранить медицинскую активность у 83% слушателей. При обучении без использования ИКТ соответствующие цифры составили 93% и 71%. Усвоение практических знаний, без повторения пройденного материала, с применением ИКТ составило 100%, без применения ИКТ – 77%.

The use of ICT allowed to obtain mastering of educational material at 100% and in 6–8 months to save medical activity for 83% listeners. At educating without the use of ICT corresponding numbers were 93% and 71%. Mastering of practical knowledge without the reiteration of the passed material was 100% with the use of ICT and 77% without ICT.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМЫ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА С ПРИМЕНЕНИЕМ СРЕДЫ СОДЕРЖАЩЕЙ ГРАНУЛАЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНЫЙ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЙ ФАКТОР

Сухомлинова Е.В., Юскаева С.Л., Шаова А.А.,  
Федорова А.В., Рязанцев И.И.

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

По литературным данным применение среды для оплодотворения и культивирования эмбрионов, содержащей гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор GM-CSF (далее GM-CSF), способствует созданию *in vitro* максимально естественных условий для развития эмбрионов. Добавление в среду для культивирования и переноса ростовых факторов позволяет добиться более высокого процента успешных программ вспомогательных репродуктивных технологий, т.е. частоты имплантации и частоты наступления беременности.

Сравнительный анализ эффективности стандартной схемы культивирования эмбрионов с применением сред с GM-CSF по частоте образования пронуклеусов в циклах со стимуляцией овуляции, где оплодотворение проводилось методом ИКСИ (по совокупности всех показаний), а так же частоте наступления биохимической и клинической беременностей.



В результате ретроспективного анализа результатов 42 программ ВРТ проведенных с апреля по декабрь 2013 г. у пациенток, в анамнезе которых было 1–5 неудачных попыток ЭКО, сниженный овариальный резерв, старший репродуктивный возраст, мужской фактор. Средний возраст пациенток составил  $37 \pm 3,3$  в первой группе и  $37 \pm 3,4$  – во второй. Исследование проводилось на сравнении двух схем культивирования эмбрионов после интрацитоплазматического введения сперматозоида в яйцеклетку. Среднее количество полученных ооцитов на пункцию – 3,4. Культивирование ооцитов и эмбрионов проводилось в  $\text{CO}_2$ -инкубаторах (6%  $\text{CO}_2$ ), при температуре  $37^\circ\text{C}$ , в соответствии с рекомендациями фирмы-производителя культуральных сред (рН: среда для оплодотворения 7,30–7,35; среда для культивирования до стадии 2–8 бластомеров 7,22–7,25; среда для культивирования до стадии бластоцисты 7,35–7,40; среда с GM-CSF -7,20). Перенос эмбрионов в полость матки осуществлялся на 3-и сутки после проведения оплодотворения.

1-я группа – 22 пациентки: стандартная схема культивирования, включающая среду для оплодотворения ооцитов, среда для культивирования эмбрионов до стадии 2–8 бластомеров, среда для культивирования эмбрионов до стадии бластоцисты. Перенос эмбрионов в полость матки осуществляли на 3сутки, используя среду для переноса эмбрионов. 2-я группа – 20 пациенток: культивирование проводилось согласно инструкции производителя с применением среды с GM-CSF. Перенос эмбрионов производился на 3сутки так же на среде с GM-CSF. Результаты исследования оценивались по нескольким параметрам: частота формирования пронуклеусов, частота констатации биохимической и клинической беременности на перенос.

Исследование показало, что в 1-й группе частота образования пронуклеусов составила 53,35%, в то время как во 2 группе – 65,24%. Биохимическая беременность была зафиксирована в 20,25% случаях в у первой группы. Во 2-й группе – 22,68%. Клиническая беременность: 1 группа – 15,1% и 15,9% во 2-й.

**Резюме.** Схема культивирования эмбрионов в среде с GM-CSF, по сравнению со стандартной схемой, увеличивает процент образования пронуклеусов, позволяет добиться сравнимых результатов у пациенток с отягощенным анамнезом: неудачи в предыдущих попытках ЭКО, сниженный овариальный резерв, старший репродуктивный возраст, мужской фактор. Однако из-за недостаточности накопленных материалов данное исследование статистически недостоверно и требует дальнейшего анализа и работы в этом направлении.

Granulocyte macrophage colony stimulating factor (GM-CSF) is a cytokine/growth factor produced by epithelial cells that exerts embryotropic effects during the early stages of embryo development. We examined the effect of the addition of Granulocyte macrophage colony stimulating factor (GM-CSF) on in vitro embryo development donated by women with unexplained subfertility and repeated implantation failures, recurrent miscarriage and an advanced age undergoing IVF and we found increased percentage of fertilized eggs. Presented data is limited because of small sample size and further research is needed in this direction.



# ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПЕРЕДПРОТОКОЛАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Татарова Н.А., Пустынная Е.А.,

*Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии.  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова*

В настоящее время основой профилактики репродуктивных потерь в циклах ВРТ является оптимизация подготовки и обследования женщин. В равной степени это относится и к патологии шейки матки. В этой связи представляется практически ценной проводимая работа, целью которой является оценка результативности программ ВРТ у женщин с заболеваниями шейки матки.

Всем пациенткам перед вступлением в протокол ВРТ проводится цитологический скрининг, кольпоскопический скрининг, инфекционный скрининг (обследование микробиоценоза влагалища; обследование на скрытые инфекции и вирус папилломы человека методом ПЦР; обследование на условно-патогенную флору культуральным методом) и иммунологический скрининг (обследование цервикальной слизи на антиспермальные антитела).

По результатам обследования формируются группы наблюдения: контрольная, куда включены пациентки без патологии шейки матки и группа сравнения, которую составляют пациентки с инфекционно-воспалительными заболеваниями шейки матки. Лечение шейки матки в группе сравнения проводится консервативными и/или хирургическими методами: радиоволновым методом или высокоинтенсивным лазером. В обеих группах проводится оценка результатов программ вспомогательных репродуктивных технологий.

Нами обследована 41 женщина в возрасте 28–41 лет (средний возраст 33,6 лет), с бесплодием в течение 3–10 лет (в среднем 5,5 лет); из них первичное бесплодие у 28 пациенток (68,3%), вторичное бесплодие у 13 пациенток (31,7%); с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом 9,6%, спаечным процессом малого таза 26,7%, мужским бесплодием 24,4,8%, эндокринным бесплодием 7,3%, идиопатическим бесплодием 17,1%.

Беременность в результате циклов ВРТ наступила у 11 (26,8%) женщин, включенных в исследование.

Контрольную группу пациенток, у которых по результатам обследования не выявлено патологии шейки матки составили 14 женщин, из них у 7 пациенток (50%) протокол ВРТ завершился маточной беременностью с первой попытки. У остальных пациенток из данной группы беременность не наступила. При



этом у каждой из них при обследовании влагалищного профиля выявлена условнопатогенная флора в титре  $>10^5$  КОЕ/мл, либо микоуреоплазменная флора; лечение которых перед протоколом ВРТ не проводилось.

Группу сравнения составили 27 женщин, с кольпоскопически выявленными заболеваниями шейки матки: осложненная эктопия у 6 пациенток (22,2%), эктропион у 3 пациенток (11,1%), плоская кондилома шейки матки у 9 женщин (33,3%), простая лейкоплакия у 1 пациентки (3,7%), хронический эндокцервицит у 10 пациенток (37%).

У 5 женщин (18,5%) в исследовании на инфекции передающиеся половым путем методом ПЦР выявлены *Ureaplasma urealyticum*, у 2 пациенток (7,4%) – *Mycoplasma genitalium*, у 2 (7,4%) женщин – *Chlamidia trachomatis*, у 5 (18,5%) – вирус папилломы человека 31, 33, 18, 52, 56 типов, у 6 (22,2%) культуральным методом выявлен рост *Enterococcus fecalis* и *Escherichia coli* в титре  $>10^5$  КОЕ/мл, у 6 (22,2%) выявлена ассоциация условно-патогенной и уреоплазменной флоры. При этом только в 30% случаев перед протоколом ВРТ проводилась адекватная санация половых путей. 70% пациенток группы сравнения с патологией шейки матки и неблагоприятным профилем влагалищного биоценоза не проводилась ни санация, ни хирургическое лечение шейки матки перед протоколами ВРТ, и ни у одной из них не наступила беременность после протокола ВРТ.

Пятерым женщинам (18,5%) из группы сравнения было проведено хирургическое лечение: в случаях осложненной эктопии путем лазерной вапоризации и в случае простой лейкоплакии и плоской кондиломы шейки матки – путем радиоволновой эксцизии в среднем за 7 месяцев до протокола ВРТ. Из них у четверых женщин (80%) в результате протокола ВРТ наступила маточная беременность с первой попытки.

Всем женщинам с патологией шейки матки проводится иммунологический скрининг: обследование на антиспермальные антитела цервикального отделяемого; при этом только у двоих женщин из группы сравнения выявлены антиспермальные антитела в титре 1:100. Требуется дальнейшее уточнение роли заболеваний шейки матки в формировании цервикального бесплодия и его влияния на результативность ВРТ.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют об обоснованности углубленного обследования и лечения патологии шейки матки, а так же необходимости оптимизации тактики ведения таких женщин перед проведением циклов ВРТ.

**Резюме.** Распространенность инфекционно – воспалительных заболеваний шейки матки очень высока, однако их диагностика и лечение зачастую проводится несвоевременно. При этом практически нет убедительных данных о связи между заболеваниями шейки матки и отрицательными исходами протоколов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также об улучшении результатов ВРТ после излечения патологии шейки матки.

The prevalence of infectious – inflammatory diseases of the cervix is very high and often not carried out their timely diagnosis and treatment. But while there is



little conclusive evidence on the relationship between diseases of the cervix and the negative outcomes of the protocols of assisted reproductive technology (ART), as well as improving the results of ART after treatment of cervical pathology.

## ПРИМЕНЕНИЕ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Телегина И.В.<sup>1</sup>, Павлов Р.В.<sup>2</sup>

1 – НУЗ «Медико-санитарная часть», Астрахань, Россия

2 – Астраханская государственная медицинская академия,  
Астрахань, Россия

Рост частоты кесарева сечения привел к увеличению числа женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой, ведение последующих беременностей и родов у которых представляет серьезную проблему. Одной из причин, не позволяющих достичь значимого снижения повторных операций кесарева сечения, является отсутствие критериев оценки состояния рубца на матке, обладающих достаточной прогностической значимостью в отношении течения последующих беременностей и их исхода. Офисная гистероскопия, проведение которой рекомендовано ВОЗ, недостаточно распространена в РФ. В то же время преимущества и возможности данного метода обуславливают целесообразность более широкого его применения в амбулаторных условиях.

**Цель исследования.** Изучить применение офисной гистероскопии при диагностике состояния рубца на матке после кесарева сечения в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** У 60 женщин (средний возраст 26,4±1,8 лет) через 12 месяцев после кесарева сечения произведено комплексное обследование с целью диагностики состояния рубца на матке, включавшее УЗИ органов малого таза и офисную гистероскопию, дополненную биопсией рубца. Ультразвуковое исследование проводили на 5–7 день менструального цикла с помощью диагностического прибора «Aplio MX» («TOSHIBA», Япония) по стандартной методике, дополненной оценкой толщины и структуры рубца на матке, а также доплерометрическим исследованием кровотока в радиальных артериях матки. Офисную гистероскопию проводили на 5–7 день менструального цикла с использованием соответствующего оборудования фирмы «Karl Storz Medical» (Швейцария). У 52 (87%) пациенток показанием к операции кесарева сечения являлось наличие миопии высокой степени с дегенеративными изменениями сетчатки, послеоперационный период у всех женщин протекал без осложнений. При визуальной оценке выделяли





три типа гистероскопической картины рубца на матке после операции кесарева сечения (Логутова Л.С., 2003): при I типе рубец на матке практически не визуализировался; при II типе среди мышечных элементов определялись плохо васкуляризованные элементы соединительной ткани; при III типе визуализировался широкий соединительнотканый бессосудистый рубец. В рамках изучения морфологической структуры биоптатов рубца на матке произведено окрашивание полученных биоптатов гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону, а также определение коллагена I, III и IV типов с использованием моноклональных антител («Имтек», Россия).

**Результаты исследования.** Параметры матки и яичников по данным УЗИ находились в пределах нормы: длина матки, в среднем, –  $48,78 \pm 0,39$  мм, ширина –  $49,11 \pm 0,33$  мм, переднее-задний размер –  $37,86 \pm 0,73$  мм, объем правого яичника  $6,98 \pm 2,3$  мм<sup>3</sup>, объем левого яичника –  $7,1 \pm 2,6$  мм<sup>3</sup>, м-эхо –  $2,81 \pm 0,28$ . Толщина передней стенки матки в области рубца составила, в среднем,  $8,53 \pm 0,99$  мм, «ниш» и участков истончения выявлено не было. По результатам цветного доплеровского картирования у 18 ( $30 \pm 4,2\%$ ) пациенток сосуды в области перенесенного оперативного вмешательства выявлены не были. При проведении офисной гистероскопии I тип гистероскопической картины рубца на матке наблюдался у 10 ( $16,7 \pm 2,7\%$ ) женщин, II тип – у 39 ( $65,0 \pm 5,2\%$ ) пациенток, III тип – у 11 ( $18,3 \pm 2,9\%$ ) пациенток, причем у 3-х женщин выявлены «ниши» по ходу рубца. Микроскопически биоптат рубца на матке при I типе гистероскопической картины характеризовался преобладанием равномерно окрашенных лейомиоцитов в виде упорядоченных пучков, окруженных хорошо васкуляризированной рыхлой соединительной тканью в виде тонких прослоек с выраженной экспрессией коллагена I типа. Коллаген III типа в препаратах данной группы не выявлен. Второй тип гистероскопической картины рубца на матке микроскопически характеризовался наличием неравномерно окрашенных неупорядоченных лейомиоцитов, окруженных прослойками рыхлой волокнистой соединительной ткани в виде тонких прослоек и широких полей с участками инфильтрации клетками фибробластического ряда и умеренной экспрессией коллагена I и IV типа, в 10 случаях имела место выраженная экспрессия коллагена III типа в области скопления клеток фибробластического ряда. При III типе гистероскопической картины рубец был представлен плотной неоформленной соединительной тканью, сосудистый компонент в виде единичных сосудов с запустеванием просвета, наряду с умеренным содержанием коллагена I типа и выраженной экспрессией коллагена III типа.

**Закключение.** Таким образом, применение офисной гистероскопии позволяет улучшить оценку состояния рубца на матке после кесарева сечения. Возможность проведения прицельной биопсии существенно расширяет диагностические возможности метода. Представленные иммуногистохимические особенности могут быть рекомендованы в качестве дополнительных критериев при оценке состояния рубца на матке после операции кесарева сечения на этапе планирования беременности в условиях женской консультации.



## ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАЗУЭ.

Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

Несмотря на значительные успехи в изучении этиологии и патогенеза гиперплазии эндометрия (ГЭ), многие вопросы лечения и профилактики этой патологии в настоящее время далеки от окончательного решения.

**Целью исследования** явилось обоснование дифференцированного подхода к лечению гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе на основании выявленных морфологических и иммуногистохимических особенностей эндометрия.

**Материал и методы.** Нами проведено клиничко-лабораторное обследование и лечение 108 пациенток в возрасте от 41 до 53 лет с рецидивирующей гиперплазией эндометрия. Средний возраст обследуемых составил  $48,12 \pm 2,15$  лет. Всем пациенткам была выполнена гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием и последующим гистологическим исследованием соскобов эндометрия и цервикального канала. Иммуногистохимическому исследованию были подвержены 64 образца ткани эндометрия, полученные от больных с ПГЭ и СГЭ (32 до и 32 после лечения). С этой целью использовали моноклональные антитела (Daco Cytomation, Дания) к рецепторам эстрогенов (ER- $\alpha$ ) (1:35), прогестерона (PR) (1:50) и Ki- 67 (1:40).

В структуре нарушений менструального цикла доминировала олигоменорея (у 63,9% больных), чередующаяся с менометроррагиями, у 30 (27,8%) пациенток отмечались меноррагии, а у 4,6% – олигоменорея, в то время как у 3,7% женщин клинических проявлений гиперплазии эндометрия не наблюдалось. У всех пациенток в анамнезе имелись повторные диагностические выскабливания стенок полости матки. Из 108 обследованных больных 43 (39,8%) пациентки ранее не получали гормональной терапии ввиду наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии. В структуре экстрагенитальной заболеваемости у пациенток с ГПЭ эндометрия лидирующее положение занимала сердечно-сосудистая патология, которая, в основном, была представлена артериальной гипертензией, проявляющейся как в форме гипертонической болезни (31,5%), так и в форме НЦД по гипертоническому типу, которая была зарегистрирована у 15 (13,8%) женщин. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта встречались практически у каждой второй пациентки (44,4%) с гиперплазией эндометрия. Особое место в структуре экстрагенитальной заболеваемости пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии занимает патология эндокринной системы, которая была



выявлена у 67 (62%) женщин. Практически каждая вторая пациентка страдала ожирением (46,3%). Сахарный диабет II типа встречался у 8,3% женщин.

**Результаты.** В результате гистологического исследования из 108 пациенток у 65 (60,2%) была диагностирована простая гиперплазия эндометрия (ПГЭ), у 26 (24,1%) – сложная гиперплазия эндометрия (СГЭ), а у 17 (15,7%) – атипическая гиперплазия эндометрия (АГЭ). Все пациентки с АГЭ были исключены из дальнейшего исследования ввиду необходимости проведения им оперативного лечения. В строме эндометрия преобладала децидуально-подобная реакция. В подавляюще большинстве исследуемых образцов отмечалось полнокровие сосудов. Кроме того, в 41,8% случаев наблюдалась рассеянная и очаговая инфильтрация стромы лимфоцитами, в том числе с примесью гистиоцитов. У 12,1% пациенток выявлены фиброзные изменения стромы. Согласно полученным результатам иммуногистохимического анализа, максимальный уровень рецепторов PR выявлен в клетках желез и стромы у больных с ПГЭ. Независимо от формы гиперпластического процесса, более низкая экспрессия ER-α выявлена в стромальных клетках эндометрия по сравнению с железистыми. При этом, аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении экспрессии PR. Оценка маркера пролиферации Ki-67 свидетельствует о том, что ее уровень как в железах, так и строме был более низким при ГЭ, чем в неизменном эндометрии стадии пролиферации. Независимо от формы ГЭ наиболее высокая экспрессия Ki-67 отмечена в железах эндометрия, чем в строме. При этом, достоверных различий по экспрессии данного маркера в зависимости от формы ГЭ выявить не удалось.

**Выводы.** Таким образом, определение экспрессии гормональных рецепторов и биомолекулярных маркеров ГПЭ позволяет не только прогнозировать возможность их рецидивирования, но и диктует необходимость разработки дифференцированного подхода к лечению и профилактике гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе.

**Резюме.** Проведено комплексное иммуноморфологическое исследование экспрессии ER-α, PR и маркера пролиферации Ki-67 в 64 соскобах эндометрия, полученных при отдельном диагностическом выскабливании у женщин в возрасте от 41 до 53 лет (средний возраст 48,12±2,15 лет). Обоснован дифференцированный подход к лечению гиперплазии эндометрия в перименопаузе.

Comprehensive immunomorphological study was conducted to examine the expression of ER-α PR and the proliferation marker Ki-67 in 64 endometrial scrapes obtained during separate diagnostic uterine curettage in women aged 41 to 53 years (48,12±2,15 years). The difference approach for treatment of endometrial hyperplasia in perimenopause have been warranted.



## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКТАЛЬНЫХ ФОРМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКО- УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Тютюнникова Н.С., Крутова В.А., Авагимова О.В.,  
Куриленок С.А., Слюсаренко Р.А.

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО КубГМУ  
Минздрава России*

В настоящее время одним из перспективных направлений в комплексной терапии воспалительных заболеваний женских половых органов, вызываемых урогенитальной мико-уреаплазменной инфекцией, является применение иммунных препаратов на основе специфических иммуноглобулинов человека и генно-инженерного интерферона.

**Целью нашей работы** явилось определение эффективности и целесообразности применения ректальных форм иммуномодуляторов в комплексной терапии пациенток с урогенитальной мико-уреаплазменной инфекцией.

Под нашим наблюдением находились 54 пациентки в возрасте от 18 до 38 лет с основным диагнозом обострение хронического воспалительного процесса гениталий, осложненным наличием урогенитальной мико-уреаплазменной инфекцией. Для подтверждения диагноза были проведены общеклинические исследования (ОАК, ОАМ), УЗИ органов малого таза, микроскопия мазков из трех локализаций, обследование на урогенитальные инфекции. У 40 (74,1%) пациенток отмечался умеренный лейкоцитоз (до  $10,3 \times 10^9$ /л) в общем анализе крови, у 13 (24,1%) пациенток в общем анализе мочи выявлена лейкоцитурия, у 40 (74,1%) – обнаружены признаки диффузных изменений стромы яичников, у 5 (9,3%) женщин – признаки диффузных изменений стромы яичников и миометрия. Всем пациенткам проводилось бактериологическое исследование на трихомонады, гонококки, обследование на урогенитальную инфекцию методом ПЦР. При микроскопии у 54 (100%) пациенток были выявлены лейкоцитоз, обильная полиморфная грамотрицательная и грамположительная палочковая и кокковая микрофлора, у 11 (20,4%) пациенток была обнаружена *Candida albicans*, у 1 (1,9%) – *Trichomonas vaginalis*, у 9 (16,7%) – *Gardnerella vaginalis*, у 2 (3,8%) – *Chlamidia trachomatis*. Таким образом, мико-уреаплазменная инфекция была обнаружена у 42 (77,8%) пациенток, у остальных 12 (22,2%) – микстинфекция. На момент поступления 45 пациенток (83,3%) предъявляло жалобы на выделения слизисто-гнойного характера, с неприятным запахом, дискомфорт в уретре отмечало 8 (14,8%) женщин, рези при мочеиспускании – 6 (11,1%), тянущие, тупые боли внизу живота – 42 (77,8%) пациентки. При объективном исследовании у всех паци-



енток отмечались патологические выделения из влагалища и цервикального канала, явления цервицита, вагинита, 35 (64,8%) пациенткам был поставлен диагноз «обострение хронического двустороннего сальпингоофорита», еще пяти (9%) – «обострение хронического метрита, двустороннего сальпингоофорита». Длительность хронического воспалительного процесса составила в среднем  $1,4 \pm 0,5$  года. Пациентки были разделены на 2 группы методом случайной выборки. В первой группе (основной, 27 пациенток) в комплексное лечение, кроме традиционной терапии, был включен иммунобиологический препарат (ректальная форма) по схеме: 1 свечи 2 раза в день в течение 10 дней ректально. Во второй группе (группа сравнения, 27 пациенток) применялась только традиционная терапия (антибиотики, антимикотики, гепатопротекторы, НПВС, местная терапия).

На фоне проводимого лечения уже на 3–4 сутки у пациенток основной группы отмечалось уменьшение или исчезновение болей внизу живота, дискомфорта в уретре, резей при мочеиспускании, зуда и жжения во влагалище, значительное уменьшение гиперемии и отечности влагалища и шейки матки, патологические выделения регрессировали. Только у двух (7%) пациенток отмечались явления цервицита и болезненность при бимануальном исследовании. Контроль излеченности на УГИ проводили на 28-й день и через 3 месяца после окончания приема терапии: результаты культурального метода исследования на *Ureaplasma spp.* и *Mycoplasma hominis, genitalium* были отрицательными у 27 (100%) пациенток, у 26 (96,3%) пациенток лейкоциты в мазках были единичными, а у 1 (3,7%) – до 15–20 лейкоцитов в поле зрения (наблюдались явления ОРВИ). У всех 27 пациенток через 3 месяца урогенитальных инфекций обнаружено не было. Пациентки группы сравнения отмечали улучшения состояния на 5–6 сутки, при этом наблюдались гиперемия и отечность влагалища и шейки матки у 10 (37%), болезненность при бимануальном исследовании в области придатков матки – у 4 (14,8%) пациенток. При контроле излеченности на УГИ через 28 дней результаты были отрицательны у 22 (81%) пациенток, а через 3 месяца – у 20 (74%) пациенток.

В процессе проведенного исследования выявлена высокая клиническая эффективность комплексной терапии уреа-микоплазменной и сочетанных с ней урогенитальных инфекций с применением ректальных форм иммунных препаратов на основе специфических иммуноглобулинов человека и генно-инженерного интерферона.

**Резюме.** В работе представлена эффективность применения ректальных форм иммуномодуляторов в лечении пациенток с урогенитальной мико-уреаплазменной инфекцией.

The efficiency of application of immune correction drug (rectal form) of the treatment of patients with *Mycoplasma* and *Ureaplasma* infection is presented in this work.



## «МАЛЫЕ ФОРМЫ» ЭНДОМЕТРИОЗА: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Растегаев Е.Н.,  
Погодин О.О., Иванов А.В.

*Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства  
и гинекологии, республиканская больница им. В.А. Баранова, г. Петрозаводск*

Эндометриоз является одной из основных причин бесплодия, болевого синдрома, различных нарушений менструального цикла и приводит к нарушению функции смежных органов, инвалидизации и, таким образом, приобретает социальное значение (Адамян Л.В. и др., 2012, Trealoar S.A. et al., 2005). Разнообразии клинических признаков и топографии этого заболевания предопределяет широкий диапазон поиска общего, максимально эффективного подхода к ведению пациенток (Леваков С.А., Хамошина М.Б., 2012). В 1984 году Semm L., используя эндоскопические данные, предложил выделить так называемые «малые формы» эндометриоза. Это эндометриоидные гетеротопии, не превышающие 0,5 см в диаметре, и обычно не сопровождающиеся клиническими симптомами, за исключением бесплодия.

**Цель исследования:** оценить влияние «малых форм» эндометриоза на репродуктивное здоровье женщин с целью ранней диагностики и выработки дальнейшей тактики ведения.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезней женщин, находившихся на лечении в гинекологическом отделении Республиканской больницы им. В.А. Баранова в 2011–2012 гг. с гистологически верифицированным диагнозом эндометриоза при проведении лапароскопии.

**Результаты исследования и обсуждение.** Среди обследованных женщин преобладали пациентки в возрасте 20–35 лет (68%). Основная жалоба у 28% пациенток была на хроническую тазовую боль, не связанную с менструальным циклом, 28% женщин беспокоило отсутствие беременности, в остальных случаях – межменструальные кровотечения. 26% пациенток поступило для проведения лечебной лапароскопии по поводу кисты яичника размерами до 3 см. Большая часть пациенток с хроническими тазовыми болями поступили в стационар в течение года от начала заболевания, только одна пациентка – через 3 года. Объем проведенного оперативного вмешательства включал в себя: сальпингоовариолизис в 28% случаев, в сочетании с трубэктомией в 8% случаев, односторонняя цистэктомия – в 30% случаев, двусторонняя цистэктомия – в 10% случаев и в 4% случаев – цистовариоэктомия. В 18% случаев у пациенток с хроническими тазовыми болями кисты яичников были случайной находкой во время операции. У всех пациенток с бесплодием во время операции были выявлены эндометриоидные гетеротопии брюшины, ректовагинальной перегородки, позадишеечный эндо-



метриоз и проведена коагуляция очагов с забором материала для гистологического исследования, в одном случае выявлено изменение аппендикса, что потребовало выполнения аппендэктомии. При проведении гистологического исследования операционного материала эндометриоидные кисты яичника были выявлены у 44% оперированных женщин. Хотя до операции кисты яичников по УЗИ визуализировались только 26% случаев, а наличие эндометриоидной кисты предполагалось только в 10% случаев. Эндометриоидные гетеротопии брюшины, ректовагинальной перегородки, аппендикулярного отростка, маточной трубы, позадишеечный эндометриоз были верифицированы гистологически. В послеоперационном периоде всем обследуемым была назначена гормональная терапия.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что у пациенток с хроническими тазовыми болями чаще выявлялись эндометриоидные кисты яичников, у пациенток с бесплодием – «малые формы» в виде эндометриоза брюшины, ректовагинальной перегородки, маточной трубы. Лапароскопия является «золотым стандартом» для постановки диагноза эндометриоза и позволяет провести консервативное и радикальное хирургическое лечение.

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезней женщин с верифицированным диагнозом эндометриоза. У пациенток с хроническими тазовыми болями чаще выявлялись эндометриоидные кисты яичников, у пациенток с бесплодием – «малые формы» в виде эндометриоза брюшины, ректовагинальной перегородки, маточной трубы.

The retrospective analysis of 50 medical reports of women with verified diagnosis of endometriosis has been conducted. Endometriosis ovarian cysts were more frequently revealed at the patients with chronicle pelvic pains, and “light shapes” of endometriosis in a form of peritoneum endometriosis, rectovaginal septas, uterine tube were revealed at the patients with infertility.

## БЕСПЛОДИЕ, КАК ПОКАЗАНИЕ К ЛАПАРОСКОПИИ

Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Растегаев Е.Н.,  
Иванов А.В., Погодин О.О.

*Петрозаводский государственный университет, кафедра акушерства  
и гинекологии, республиканская больница им. В.А. Баранова,  
г. Петрозаводск*

Внедрение в повседневную практику методов эндоскопического обследования позволило объективно проанализировать структуру причин женского



бесплодия и определить, что ведущее место в генезе нарушений репродуктивной функции занимает трубно-перитонеальный фактор, несколько реже встречается генитальный эндометриоз, далее эндокринное бесплодие, доброкачественные новообразования малого таза (Маргиани Ф.А., 2003, Кулаков В.И., Адамян Л.В., 2009).

**Цель:** оценить эффективность использования эндоскопического метода в диагностике и лечении различных форм женского бесплодия.

**Материалы и методы исследования.** Был проведен ретроспективный анализ 115 историй болезни пациенток, госпитализированных в гинекологическое отделение РБ для проведения диагностической и лечебной лапароскопии по поводу бесплодия в 2012 г.

**Полученные результаты.** Среди причин бесплодия по результатам нашего исследования ведущую роль занимает трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) – 52,1% женщин, эндометриоз выявлен у 16,5% женщин, эндокринное бесплодие выявлено у 15,7% пациенток. Еще одну группу составили пациентки, у которых во время проведения лапароскопии не было выявлено патологии (15,7%). Анализ возможных причин ТПБ показал, что перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) были у 86,7% пациенток, предшествующие хирургические вмешательства на органах малого таза – у 13,3% человек. Объем оперативного вмешательства при ТПБ, который проводился во время лапароскопии: тубэктомия 1-а и 2-х сторонняя проводилась у 61,7% женщин, сальпингоовариолизис – у 38,3% пациенток. Стоит отметить, что из тех пациенток, кому проводился сальпингоовариолизис 4 пациенткам с первичным бесплодием было показано удаление маточных труб в связи с гидросальпинксом, от чего они категорически отказались. При гистологическом заключении после тубэктомии в 61,7% случаев был выявлен хронический сальпингит, а в 41,7% случаев – в сочетании с сактосальпингсом. Эндокринное бесплодие выявлено у 15,6% пациенток, из них исследование гормонального профиля проводилось у 33,3% женщин. В результате проведенной лапароскопии у больных с эндокринным бесплодием, СПКЯ как случайная находка при лапароскопии был выявлен в 44,4% случаев, в сочетании со спаечным процессом – в 5,6% случаев, в сочетании с сактосальпингсом – в 5,6% случаев. Эндометриоз был выявлен у 16,5% женщин. При первичном бесплодии эндометриоз встречался у 25,9% пациенток, при вторичном – у 8,2% пациенток. Термокаутеризация очагов эндометриоза выполнялась в 63,2% случаев, цистэктомия по поводу эндометриодных кист – в 36,8% случаев. Еще в одной группа пациенток (15,6%) не было выявлено никакой патологии органов малого таза. На догоспитальном этапе эти больные были недостаточно обследованы по поводу бесплодия.

**Выводы.** ТПБ в 86,7% случаев обусловлено хроническими ВЗОМТ. СПКЯ как причина эндокринного бесплодия выявлена у 44,4% женщин. Таким образом, лапароскопия в качестве диагностического метода исследования у женщин с бесплодием является наиболее информативной и достоверной, так как позволяет одновременно провести диагностику а, при необходимости, и хирургическое лечение выявленной патологии.





**Резюме.** Был проведен ретроспективный анализ 115 историй болезни пациенток с бесплодием. Трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ) было выявлено у 52,1% женщин, эндометриоз – у 16,5% женщин, эндокринное бесплодие – у 15,7% пациенток, у 15,7% женщин во время проведения лапароскопии не было выявлено патологии. У 61,7% женщин с ТПБ была произведена тубэктомия. Гистологическое исследование подтвердило наличие хронического воспалительного процесса. У больных с эндокринным бесплодием, СПКЯ как случайная находка при лапароскопии был выявлен в 44,4% случаев.

The retrospective analysis of 115 medical reports of the patients with infertility has been conducted. Tubo-peritoneal infertility has been revealed at 52,1% of cases, endometriosis was revealed at 16,5% of cases, endocrinological infertility was revealed at 15,7% of cases and no pathologies were detected during the laparoscopy at 15,7% cases. 61,7% of women with tubo-peritoneal infertility were treated by tubectomy. Histological research has proved the chronic inflammatory process. PCO syndrome as a random find during the laparoscopy was detected in 44,4% of patients with endocrine infertility.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ КОМБИНАЦИИ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛ 30 мкг + ХЛОРМАДИНОНА АЦЕТАТ 2 мг ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО САЛЬПИНГООФОРИТА

**Уткин Е.В., Харенкова Е.Л., Иванкина В.К.**

*Кемеровская государственная медицинская академия, МБУЗ «ГКБ №2»,  
Кемерово, Россия*

Одним из факторов, способствующих возникновению первично-яичниковой недостаточности и бесплодия, после перенесенных воспалительных заболеваний придатков матки (ВЗПМ), является аутоиммунный оофорит. Появление циркулирующих антиовариальных антител является маркером гипофункции яичников аутоиммунного генеза [Серов В.Н., Царегородцева М.В., Кожин М.В., 2007]. Практически у каждой третьей пациентки с ВЗПМ даже после проведения эффективной противовоспалительной терапии и наступления клинического выздоровления сохраняются достовер-



ные критерии формирования аутоиммунного овариального синдрома, что требует продолжения проведения лечебных мероприятий и после выписки больной из стационара. При этом с целью коррекции нарушений гормональной функции яичников и нормализации менструального цикла рекомендуется использование низкодозированных монофазных эстроген-гестагенных препаратов на протяжении 6 месяцев, учитывая их способность тормозить рост доминантного фолликула и, следовательно, уменьшать аутоантигенную стимуляцию [Габелова К.А., Гэгзян А.М., Богданова М.Н. и др., 2003].

**Целью настоящей работы** явилась оценка эффективности и приемлемости применения низкодозированного монофазного эстроген-гестагенного препарата Белара (этинилэстрадиол 30 мкг + хлормадинона ацетат 2 мг), для профилактики и лечения аутоиммунного оофорита после перенесенных ВЗМП.

**Материалы и методы исследования.** Было проведено нерандомизированное клиническое исследование с историческим контролем, в котором реабилитационные мероприятия с применением комбинации этинилэстрадиол (ЕЕ) 30 мкг + хлормадинона ацетат (ХМА) 2 мг в течение 6 месяцев после перенесенного ВЗМП были проведены 35 пациенткам в возрасте  $28,5 \pm 3,3$  лет. Для данной комбинации характерно быстрое и почти полное всасывание после перорального приема, отсутствие метаболизма «первого прохождения» и 100% биодоступность, а также незначительная привязанность ХМА в плазме к глобулину, связывающему половые гормоны (SHBG), и основной аффинитет к альбумину. Указанные свойства оказались определяющими для включения низкодозированного эстроген-гестагенного препарата Белара в программу реабилитации после ВЗМП. Всем пациенткам было проведено определение содержания антиовариальных антител (АОА) с помощью иммуноферментного набора BIOSERV Ovary-Antibody-ELISA (Германия). Содержание АОА проводилось при достижении клинического выздоровления и после завершения реабилитационных мероприятий. В качестве контроля были использованы аналогичные показатели 30 больных, которые перенесли ВЗМП, но в реабилитационных мероприятиях не были использованы эстроген-гестагенные препараты. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA for Windows серия 6,0. Данные представлены как  $M \pm m$ . Статистически значимыми считали различия соответствующие  $p \leq 0,05$ .

**Результаты:** К моменту клинического выздоровления показатели содержания АОА у пациенток основной группы составили –  $8,29 \pm 0,66$  Е/мл (95% ДИ 6,93–9,65 Е/мл), у группы контроля –  $6,87 \pm 0,46$  Е/мл (95% ДИ 5,92–7,81 Е/мл). Статистически значимой разницы указанных показателей не отмечено ( $p=0,076$ ). Обращает внимание, что у каждой 5-й пациентки основной группы показатели АОА к моменту клинического выздоровления превышали нормальные показатели (0–10 Е/мл), что диктует необходимость продолжения реабилитационных мероприятий и после выписки из стационара. Через 6 месяцев, в течение которых пациентки основной группы принимали Белару, показатели АОА у них статистически значимо ( $p=0,005$ ) уменьшились и составили  $6,08 \pm 0,22$  Е/мл (95% ДИ 5,62–6,54 Е/мл). Тогда как у пациенток контрольной группы показатели содержания АОА имели тенденцию к повы-



шению и составили  $7,42 \pm 0,46$  Е/мл (95% ДИ 6,49–8,35 Е/мл), что оказалось статистически значимо выше, чем в основной группе ( $p=0,024$ ).

Как правило, все пациентки хорошо переносили прием комбинации ЕЕ 30 мкг + ХМА 2 мг на протяжении 6 месяцев. Ни у одной из них побочных реакций при применении препарата мы не наблюдали, и ни одна также не прекратила его прием досрочно.

**Выводы.** Таким образом, наш опыт применения низкодозированного монофазного эстроген-гестагенного препарата Белара (ЕЕ 30 мкг + ХМА 2 мг) в программе реабилитационных мероприятий после перенесенного сальпингоофорита подтверждает его высокую эффективность и приемлемость для профилактики и для лечения аутоиммунного оофорита, что позволяет рекомендовать его назначение молодым пациенткам после перенесенных ВЗПМ.

**Резюме.** В работе представлены результаты нерандомизированного клинического исследования, в котором оценивалась эффективность и приемлемость Белары для профилактики и лечения аутоиммунного оофорита. После 6 месяцев приема препарата констатировано уменьшение содержания антиовариальных антител, что позволяет рекомендовать его назначение молодым пациенткам после перенесенных ВЗПМ.

In work results non-randomized clinical research in which efficiency and acceptability of Belara for prophylaxis and treatments of autoimmune oophoritis are presented was estimated. After 6 months of reception of a preparation reduction of the maintenance of the contents antiovarian antibodies that allows to recommending its purpose to young patients with transferred PID is ascertained.

## НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ

Фетисова И.Н., Малышкина А.И., Бойко Е.Л.

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

Состояние системы гемостаза определяет течение и исход беременности для матери и плода. В последние годы отмечается значительное число публикаций, указывающих на большую роль тромбофилических осложнений в патологии беременности и родов: невынашивании, отслойке плаценты, развитии эклампсии, задержке внутриутробного развития или внутриутробной гибели плода. Результаты исследований противоречивы, что может быть обуслов-



лено как популяционными отличиями в частотах встречаемости аллельных вариантов, так и различным подходом авторов к формированию выборки.

**Целью нашего исследования** явилась оценка частоты полиморфизмов генов системы гемостаза и фолатного цикла у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков и нормальным деторождением в центральном регионе Российской Федерации (Ивановская, Владимирская, Костромская и Ярославская области).

Проведено исследование полиморфизма генов системы гемостаза: протромбина (F2), фактора V (F5), ингибитора активатора плазминогена I (PAI-1) и генов фолатного цикла: 5,10-метилентетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR) и метионин-синтазы-редуктазы (MTRR) методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени у 198 пациенток с невынашиванием беременности I триместра (основная группа) и 52 женщин, имеющих одного и более здорового ребенка, при указании на нормально протекавшие беременность и роды (контрольная группа). В анамнезе у женщин контрольной группы не было случаев невынашивания беременности, перинатальной смертности, рождения детей с ВПР, периодов бесплодия.

**Результаты настоящего исследования** свидетельствуют об увеличении частоты встречаемости функционально ослабленного аллеля MTHFR 677T у женщин с нарушенной репродуктивной функцией. В группе пациенток с невынашиванием беременности достоверно чаще, чем в контрольной группе отмечено гетеро- и гомозиготное носительство аллеля MTHFR 677T (53,0 и 34,6% соответственно,  $p=0,018$ ,  $OR=2,6$  (1,2–5,6)). Полиморфные аллели MTHFR 1298C и MTRR 66G у женщин с невынашиванием (53,4 и 78,7% соответственно) встречались с частотами, не отличимыми от значений контрольной группы (48,1 и 75,9% соответственно). Как известно, 5,10-метилентетрагидрофолат-редуктаза является ключевым ферментом в процессе синтеза метионина из гомоцистеина. Гомо- и гетерозиготное носительство аллеля 677T обуславливает снижение активности энзима и, соответственно, приводит к развитию гипергомоцистеинемии. Повышение уровня содержания гомоцистеина является фактором риска развития тромбофилических осложнений, вероятность которых еще более повышается в период беременности вследствие перестройки свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем организма. Можно предположить, что тромбофилический и атерогенный эффект гипергомоцистеинемии сказывается в нарушении плацентации и прерывании беременности.

**Резюме.** Частота присутствия в генотипе аллелей «риска» в генах системы гемостаза у женщин с нарушенной и нормальной репродуктивной функцией в настоящем исследовании была сходна (3,6 и 5,1% для F2 20210A; 7,1 и 7,7% для F5 1691A; 70,0 и 66,7% для PAI-1-675 4G соответственно).

The study of genetic polymorphism of the hemostatic system (F2, F5, PAI-1) and folate cycle genes (MTHFR, MTRR) in 198 women with early pregnancy loss and 52 healthy women. Established an increased incidence of allele MTHFR 677T in women with reproductive dysfunction.



# ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК КОФАКТОРЫ РИСКА ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ ВЫСОКОГО РИСКА

Фролова Н.И.<sup>1</sup>, Белокриницкая Т.Е.<sup>1</sup>, Батоева В.В.<sup>2</sup>,  
Глотова Е.Ю.<sup>2</sup>, Золотарева А.А.<sup>3</sup>, Мальцева Т.В.<sup>4</sup>,  
Анохова Л.И.<sup>1</sup>, Тарбаева Д.А.<sup>1</sup>

1 – Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

2 – Забайкальский краевой перинатальный центр, Чита, Россия

3 – Забайкальский краевой консультативно-диагностический центр, Чита,  
Россия

4 – Медицинский Центр «Академия Здоровья», Чита, Россия

Известно, что генитальные инфекции существенно облегчают трансмиссию вируса папилломы человека и могут быть дополнительным фактором риска плоскоклеточных эпителиальных поражений (SIL) (Ng B.E., Butler L.M., Horvath T., Rutherford G.W., 2011).

**Цель настоящего исследования** – определить распространенность генитальных инфекций и частоту диспластических поражений шейки матки у молодых женщин, инфицированных вирусами папилломы человека высокого онкогенного риска.

**Материалы и методы.** Поперечное исследование (Cross-sectional study) включило 2 группы женщин молодого фертильного возраста от 18 до 35 лет включительно, сопоставимых по паритету. В первую группу вошли 141 женщина, позитивная в отношении высокоонкогенных типов вирусов ВПЧ (ВПЧ-группа); вторую группу составили 145 пациенток, при обследовании которых ВПЧ не выявлены (контрольная группа). Инфекции, передаваемые половым путем, в цервикальном секрете идентифицировали методом ПЦР (real-time PCR). Кроме этого выполнялось цитологическое исследование цервикального эпителия. Статистическая обработка полученных результатов включала определение частоты распространенности изучаемого признака (% от числа n), расчет отношений рисков (ОР) и 95% доверительный интервал (ДИ). Значения считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** ВПЧ-позитивные пациентки по сравнению с женщинами контрольной группы были более колонизированы грибами *Candida albicans* (23,4% против 2,1%;  $p < 0,0001$ ; ОР=11,3; 95% ДИ 3,44–9,74) и *Gardnerella vaginalis* (14,2% против 2,8%;  $p < 0,001$ ; ОР=5,1; 95% ДИ 1,60–7,30). Общая частота выявленных ИППП в группе с ВПЧ составила 29,8%, в контрольной – 10,4% ( $p < 0,05$ ; ОР=2,9; 95% ДИ 1,40–4,35). Наиболее часто в цервикальном секрете пациенток обеих групп обнаруживались *Ureaplasma urealyticum*:



в 14,9% – при сопутствующей ВПЧ-инфекции, в 5,2% – у женщин без ВПЧ ( $p < 0,05$ ;  $OR = 3,6$ ; 95% ДИ 1,10–5,87). Положительные результаты исследования на *Chlamydia trachomatis* были получены в 6,4% и 2,1% случаев, соответственно ( $p < 0,05$ ;  $OR = 3,1$ ; 95% ДИ – 0,43–6,56). Генитальная цитомегаловирусная инфекция была выявлена у 4,3% ВПЧ-положительных пациенток и у 1,4% – в группе сравнения ( $p < 0,05$ ;  $OR = 3,1$ ; 95% ДИ – 1,24–7,37); Herpes Simplex Virus – в 4,3% и 0,7% случаях, соответственно ( $p < 0,01$ ;  $OR = 6,2$ ; 95% ДИ – 0,77–10,67). *Trichomonas vaginalis* были идентифицированы только у троих (2,1%) ВПЧ-отрицательных женщин. Частота выявления случаев SIL была в 7 раз выше в группе ВПЧ-положительных пациенток: 5% против 0,7% ( $p < 0,01$ ;  $OR = 7,2$ ; 95% ДИ – 1,24–7,37). HSIL были диагностированы только у двух (1,4%) носительниц ВПЧ. В обеих из этих случаев HSIL обнаружены ассоциации HPV 16, 18, 33, Cytomegalovirus и *Chlamydia trachomatis*. LSIL выявлены у пяти (3,6%) пациенток с ВПЧ и у одной (0,7%) в контрольной группе ( $p < 0,05$ ;  $OR = 5,1$ ; 95% ДИ – 1,35–10,25).

**Заключение.** У пациенток с ВПЧ высокого онкогенного риска по сравнению с ВПЧ-отрицательными женщинами аналогичного возраста и паритета частота колонизации генитального тракта *Candida albicans* выше в 11,3 раза, *Gardnerella vaginalis* – в 5,1 раза; распространенность ИППП больше в 2,9 раза. 16, 18, 33 типы ВПЧ ассоциируются с генитальной цитомегаловирусной и хламидийной инфекцией и увеличивают риск прогрессии от LSIL к HSIL.

**Резюме.** У пациенток с ВПЧ высокого онкогенного риска по сравнению с ВПЧ-отрицательными женщинами аналогичного возраста и паритета частота колонизации генитального тракта *Candida albicans* выше в 11,3 раза, *Gardnerella vaginalis* – в 5,1 раза; распространенность ИППП больше в 2,9 раза. 16, 18, 33 типы ВПЧ ассоциируются с генитальной цитомегаловирусной и хламидийной инфекцией и увеличивают риск прогрессии от LSIL к HSIL.

The frequency of colonization by *Candida albicans* ( $OR = 11.3$ ) and *Gardnerella vaginalis* ( $OR = 5.1$ ), the prevalence of STIs were significantly higher in high-risk HPV-positive patients compared to HPV-negative women ( $OR = 2.9$ ). The HPV-positive group revealed a higher incidence of SIL ( $OR = 7.2$ ). 16, 18, 33 HPV types in association with genital Cytomegalovirus and *Chlamydia trachomatis* infections increased the risk of a progression from low- to high-grade SIL .



# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Хашукоева А.З., Купеева Е.С., Хлынова С.А.,  
Нариманова М.Р., Бурденко М.В.

*ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России  
Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета*

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – это метод воздействия на патологические ткани путем активации фотосенсибилизатора (ФС) светом с заданной длиной волны с целью деструкции патологических клеток преимущественно по механизму апоптоза.

**Целью нашего исследования** явилось изучение эффективности метода ФДТ у пациенток дистрофическими заболеваниями вульвы.

**Материалы и методы исследования.** Эффективность ФДТ была доказана при лечении 97 пациенток с доброкачественными заболеваниями вульвы. По характеру выявленной патологии вульвы больные распределились таким образом: у 75 больной (77,3%) верифицирован склеротический лишай вульвы и у 18 – плоскоклеточная гиперплазия вульвы (18,6%), у 4-х пациенток смешанная дистрофия (4,1%). Все пациентки с патологией вульвы имели сопутствующую экстрагенитальную патологию различной степени выраженности, послужившую основанием для выбора в качестве метода лечения ФДТ. Для выявления носительства вируса папилломы человека всем пациенткам проводилась ПЦР диагностика с ДНК-типированием ВПЧ в соскобе с поверхности вульвы. Результаты обследования показали носительство ВПЧ высокоонкогенных типов в 37,1% случаев, низкоонкогенных – в 21,6% случаев, а отсутствие ВПЧ было выявлено у 41,3%. ФДТ была проведена с использованием ФС фотодитазин. 1 группу составили 64 пациентки, которым фотодитазин вводился внутривенно капельно в дозе 1 мг/кг, во 2 группу вошли 33 пациентки, которым фотодитазин наносился местно в виде геля пенетратора. Распределение по группам было достигнуто путем случайной выборки. Световое воздействие проводили в непрерывном или фракционном режиме, длительность облучения составила 30–40 минут, при плотности энергии 100–250 Дж/см<sup>2</sup> для вульвы.

**Результаты исследования.** Лечебный эффект после ФДТ при патологии вульвы оценивался визуально, а также на основании указаний на наличие или отсутствие зуда в области вульвы, а кроме того, подтверждался данными цитологического и морфологического исследований. Положительный клинический эффект был получен у всех пациенток через 2 месяца после сеанса ФДТ. Дальнейшее динамическое наблюдение проводилось 1 раз



в год на протяжении 2-х лет. Количество рецидивов через 1 год после сеанса ФДТ в 1 группе составило 9,1%, во второй группе – 22,6%. Всем пациентам в случае развития рецидива повторно проведен сеанс ФДТ с положительным эффектом. Побочные реакции были отмечены во всех случаях и заключались в болевом синдроме после проведения процедуры ФДТ, что купировалось НПВС.

**Выводы.** Полная клиническая ремиссия в группе патологии вульвы отмечена в 90,9% пациенток. Проведение повторного сеанса ФДТ потребовалось в 9,1% случаев, после чего было диагностировано клиническое излечение.

**Заключение.** Метод фотодинамической терапии вульвы представляет собой новый способ лечения и может служить существенной профилактикой развития рака вульвы. Полученные результаты метода фотодинамической терапии с использованием ФС Фотодитазин при лечении женщин с дистрофических заболеваний вульвы показали его высокую лечебную активность, минимальное количество побочных эффектов и осложнений, методическую простоту исполнения, что делает возможным реализацию фотодинамической терапии для лечения дистрофических заболеваний вульвы в амбулаторных условиях.

**Резюме.** В работе была проведена оценка эффективности лечения дистрофических заболеваний вульвы с использованием ФДТ. В исследование было включено 97 пациентки с дистрофическими заболеваниями вульвы. В качестве фотосенсибилизатора был использован препарат «Фотодитазин». Результаты исследования показали его высокую лечебную активность, минимальное количество осложнений и побочных эффектов.

The efficiency of treatment vulva dystrophic diseases with the use of Photodynamic therapy (PDT) was estimated in this work. 97 women with some vulvar epithelial diseases were involved into the study. The affected area was treated with Photoditazin. 1,5–2 hours later red light with the 662 nanometers wave length was applied for 30–40 minutes, with calculated energy intake 100–250 J/cm<sup>2</sup>. The results of the study show that PDT has a high cure activity, minimum number of complications and can be considered to be a method of choice.





# ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДА ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННОЙ ФОТОМОДИФИКАЦИИ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

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

*ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России  
Кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета  
ФГБУ «НИИВС им. И.И. Мечникова» РАМН, г. Москва*

В последнее время вырос интерес к проблеме роста заболеваемости вирусными инфекциями, особенно в акушерстве и гинекологии. Несмотря на наличие большого арсенала противовирусных препаратов пролеживается тенденция увеличения числа пациенток с носителем хронической герпесвирусной инфекции. Доказана этиологическая роль герпесвирусной инфекции, в частности, вируса простого герпеса 2 типа (ВПГ-2) и цитомегаловируса (ЦМВ) в патологии и привычном невынашивании беременности. В настоящее время в связи с недостаточной эффективностью существующих схем противовирусной терапии, жизненно важным стал поиск альтернативных методов лечения герпесвирусной инфекции. Фотодинамическая терапия (ФДТ) – высокотехнологичный метод, 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: изучить противовирусные механизмы ФДТ при герпесвирусной инфекции.

**Материалы и методы.** Проводили заражение культуры клеток Vero вирусом простого герпеса 1 (ВПГ-1) и 2 (ВПГ-2) типов. 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/см<sup>2</sup>. Также изменяли время инкубации до и после облучения.



**Результаты исследования.** Были подобраны оптимальные условия (концентрация фотосенсибилизатора «Фотодитазин» 10 мкг/мл, оптимальная доза лазерного облучения 1,8 Дж/см<sup>2</sup> (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).

**Закключение.** Таким образом, полученные результаты способствуют дальнейшему изучению противогерпетических механизмов ФДТ как на модели in vitro, так и в дальнейшем для разработки метода лечения герпесвирусной инфекции у пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.

**Резюме.** Существует тенденция к увеличению роста заболеваемости вирусными инфекциями, особенно в акушерстве и гинекологии. 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. Выявлено, 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.

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

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ

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

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
Челябинск, Россия*

Среди патологических процессов эндометрия, снижающих его репродуктивный потенциал, значительную долю занимает хронический эндометрит



(ХЭ) – клинико-морфологический синдром, при котором длительность, глубина и степень повреждения слизистой оболочки матки определяют клиническую симптоматику болезни, основанную на нарушении циклической биотрансформации и рецептивности эндометрия. Структурные изменения слизистой оболочки матки, возникающие при ХЭ, приводят к стойкому расстройству генеративной функции, обусловленному срывом процессов имплантации плодного яйца в условиях патологически измененного эндометрия. Все это проявляется в бесплодии, невынашивании беременности, неудачах использования вспомогательных репродуктивных технологий и ведет к неуклонному снижению рождаемости.

**Цель исследования** – оптимизации лечения пациенток с ХЭ и различной эндокринной функцией яичников на основе изучения рецептивности эндометрия.

Обследована 161 пациентка. I группу составили 43 женщины с ХЭ и овуляторным менструальным циклом, II – 80 пациенток с ХЭ и недостаточностью лютеиновой фазы цикла (НЛФ), III – 38 женщин с ХЭ и ановуляторной дисфункцией яичников. Группу контроля составили 20 гинекологически здоровых женщин, обратившихся по вопросу планирования беременности. Проведен сравнительный анализ состояния рецептивности эндометрия на основании изучения характера секреторных преобразований, количества пиноподий различной степени зрелости, уровня рецепторов к стероидным гормонам яичников и лейкемия-ингибирующему фактору (LIF) в эндометрии, полученном путем пайпель-биопсии на 20–22 день менструального цикла.

Установлено, что морфологическая картина слизистой оболочки матки у женщин с ХЭ характеризуется дистрофическими изменениями покровных эпителиоцитов, glanduloцитов желез и клеток стромы, полиморфно-клеточной воспалительной инфильтрацией, фибробластической трансформацией стромальных элементов и фиброзом интерстиция. Структурных особенностей ХЭ в зависимости от состояния эндокринной функции яичников у пациенток не установлено. Только у 18,6% пациенток I группы эндометрий соответствовал средней стадии фазы секреции, во II – только у 2,5%, в III группу секреторных преобразований эндометрия отмечено не было. У всех пациенток с ХЭ зарегистрировано расстройство рецептивности эндометрия в виде нарушения созревания пиноподий к моменту «окна имплантации», снижения количества их зрелых форм, гиперэкспрессии эстрогеновых рецепторов (ER), снижения уровня прогестероновых рецепторов (PR) в строме и экспрессии LIF. Эти изменения выражены тем значительнее, чем более нарушены секреторные преобразования эндометрия и эндокринная функция яичников, и могут лежать в основе расстройства репродуктивной функции у больных с ХЭ. Полученные данные обусловили целесообразность включения в комплексную терапию ХЭ всем пациенткам, независимо от характера эндокринной функции яичников, дидрогестерона. Выбор препарата был обусловлен тем, что дидрогестерон, являясь аналогом натурального прогестерона, ингибирует синтез ER, способствует преобладанию PR, что повышает чувствительность эндометрия к прогестерону. Пациенткам с ХЭ и нормальным



овуляторным менструальным циклом дюфастон назначали по 20 мг в сутки с 14 по 25-й день менструального цикла в течение трех циклов. Женщинам с ХЭ и НЛФ, равно как и больным с ХЭ и ановуляторной дисфункцией яичников, рекомендовали прием дюфастона в той же дозе с 11 по 25-й день менструального цикла. Применение дидрогестерона в комплексной терапии ХЭ позволило устранить нарушения рецептивности эндометрия у 90,7% пациенток. При проспективном наблюдении в течение 2-х лет отмечено наступление беременности у 72,7% женщин, завершившейся родами в 98,2% случаев.

Таким образом, комплексная терапия ХЭ, назначенная с учетом нарушений рецептивности эндометрия, приводит к нормализации морфофункционального состояния и восстановлению рецептивности слизистой оболочки матки в 90,7%, что создает основу для успешной реализации репродуктивной функции.

**Резюме.** Комплексная терапия хронического эндометрита, назначенная с учетом нарушений рецептивности эндометрия, приводит к нормализации морфофункционального состояния и восстановлению рецептивности слизистой оболочки матки в 90,7%, что создает основу для успешной реализации репродуктивной функции.

Combined therapy of chronic endometritis assigned based on violations of receptivity of the endometrium, leading to normalization of morphofunctional state and restoration of receptivity of the uterine mucosa in 90.7%, which forms the basis for the successful implementation of the reproductive function.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГИПЕРПЛАЗИЮ ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**Хохлова И.Д., Джигладзе Т.А., Зуев В.М.,  
Ищенко А.И., Арутюнян Н.А.**

*Россия, г. Москва, Первый Московский Государственный Медицинский  
Университет им. И.М. Сеченова*

Гиперпластические процессы эндометрия остаются чрезвычайно актуальной проблемой гинекологии в связи с широкой распространенностью, тесной взаимосвязью с нарушениями менструального цикла, ациклическими маточными кровотечениями. Несмотря на использование высокоинформативных методов исследования (эхография органов малого таза, цитологическое исследование аспирата из полости матки) в амбулаторной практике, нередко встречаются случаи гипердиагностики патологии эндометрия. Существует



также необоснованное мнение, что внутриматочные диагностические процедуры – прерогатива гинекологического стационара.

**Целью исследования** явилась оптимизация тактики ведения пациенток с подозрением на гиперплазию эндометрия в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 86 пациенток репродуктивного и перименопаузального возраста. I группу составили 47 женщин в возрасте от 24 до 43 лет, II группу – 39 пациенток в возрасте от 45 до 52 лет, которые были направлены в клинику для проведения гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания эндоцервикса и эндометрия в связи с подозрением на гиперплазию эндометрия. Диагноз базировался на данных ультразвукового исследования, при котором были выявлены эхографические признаки гиперплазии эндометрия. Ни у одной из обследованных женщин жалоб не отмечалось. Сопутствующие гинекологические заболевания (миома матки, хронический сальпингоофорит, аденомиоз, доброкачественные заболевания шейки матки) были выявлены у 14 (30%) пациенток I и у 16 (41%) пациенток II группы. В связи с отсутствием клинических симптомов большинство женщин выразили отрицательное отношение к госпитализации и оперативному вмешательству. С целью верификации диагноза и определения дальнейшей тактики ведения всем пациенткам в амбулаторных условиях была выполнена аспирационная биопсия эндометрия с цитологическим исследованием и офисная гистероскопия на 6–8 день менструального цикла.

**Результаты.** В результате цитологического исследования у 19 (40,5%) и у 14 (36%) пациенток первой и второй группы соответственно выявлены клетки пролиферирующего эндометрия, у 2 (5%) пациенток второй группы – признаки атипичной гиперплазии эндометрия, а у остальных 28 (59,5%) и 23 (59%) – признаки гиперплазии эндометрия без атипии. При офисной гистероскопии внутриматочной патологии обнаружено не было у 21 (44,6%) и у 16 (41%) пациенток первой и второй группы соответственно. При отсутствии цитологических и гистероскопических признаков гиперплазии эндометрия пациенткам было рекомендовано динамическое наблюдение (УЗИ, цитологическое исследование аспирата из полости матки, гормональный профиль) раз в 6 месяцев. 25 пациенткам первой группы и 22 пациенткам второй группы с цитологическими и гистероскопическими признаками гиперплазии эндометрия в условиях стационара было проведено оперативное вмешательство: гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса с последующим гистологическим исследованием соскобов. Диагноз подтвердился у 23 и 19 пациенток первой и второй группы соответственно, после чего была назначена противорецидивная гормональная терапия.

**Заключение.** Таким образом, включение аспирационной биопсии эндометрия и офисной гистероскопии в комплекс обследования пациенток с подозрением на гиперплазию эндометрия способствует оптимизации диагностического поиска в амбулаторных условиях и в ряде случаев позволяет избежать госпитализации и оперативного вмешательства.



**Резюме.** Для оптимизации тактики ведения пациенток с подозрением на гиперплазию эндометрия в амбулаторно-поликлинических условиях были обследованы 86 женщин репродуктивного и перименопаузального возраста, которым проводилось ультразвуковое исследование, аспирационная биопсия эндометрия с последующим цитологическим исследованием и офисная гистероскопия. Установлено, что включение аспирационной биопсии эндометрия и офисной гистероскопии в комплекс обследования пациенток с подозрением на гиперплазию эндометрия способствует оптимизации диагностического поиска в амбулаторных условиях.

To optimize the tactics for patients with suspected endometrial hyperplasia in outpatient settings we examined 86 women of reproductive and premenopausal age who underwent ultrasound examination, aspiration biopsy of the endometrium followed by cytological examination and office hysteroscopy. It was stated that the inclusion of aspiration biopsy of the endometrium and office hysteroscopy in the complex examination of patients with suspected endometrial hyperplasia helps to optimize the diagnostic results in the outpatient settings.

## ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ АСПЕКТОВ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Хуцишвили О.С., Ангалева Е.Н., Ильченко К.Н.,  
Горетая С.В., Ширина И.Г.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия*

**Актуальность.** Во всем мире отмечается неуклонное снижение возраста больных с дистрофическими заболеваниями вульвы, приводящие к резкому снижению качества жизни: истощению нервной системы, нейропсихическим расстройствам, потере трудоспособности. Низкая эффективность лечения данного заболевания диктует необходимость поиска путей решения данной проблемы.

**Цель исследования.** Изучить эффективность этиопатогенетического лечения пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы.

**Материалы и методы:** Проведено лечение 54 больных в возрасте 38–47 лет с дистрофическими заболеваниями вульвы (ДЗВ). Диагноз ставился на основании комплексного обследования, включающего изучение анамнеза, исследования микроценоза влагалища, выявления ДНК специфических инфекций методом ПЦР, вульвовагиноскопии, определения уровня глюкозы крови, цитологического исследования мазков с поверхности вульвы. Гистологическое исследование биоптатов вульвы и определение антинуклеарных антител в сыворотке крови (ANA) проводилось по индивидуальным пока-



заниям. Изучение анамнеза показало, что средний возраст больных с ДЗВ составил  $43 \pm 3,6$  лет. Возраст менархе у пациенток был несколько выше среднестатистических показателей в популяции –  $15 \pm 0,4$  лет. Нарушения менструального цикла по типу олигоменореи отмечались у каждой пятой пациентки (13–24,1%). У 12 (22,2%) больных нарушение репродуктивной функции было представлено невынашиванием беременности, неразвивающейся беременностью, вторичным бесплодием. Среди гинекологических заболеваний преобладали хронические сальпингофорит, эндометрит и их сочетание в 36 (66,6%) случаях, внутренний эндометриоз – в 17 (31,4%), а так же – упорное течение кандидовагинита – у 44 больных (81,4%). Наличие в анамнезе хирургического лечения фоновых заболеваний шейки отмечено практически у каждой второй больной – 24 (44,5%). Более чем у половины пациенток – 32 (59,2%) установлен факт длительного многолетнего использования спермицидов. 11 (20,3%) женщин принимали КОК на момент обследования. Менструальный цикл не был нарушен у 12 (22,2%) женщин. Пременопаузальная опсоменорея – у 10 (18,5%), мено- и постменопауза – у 21 (38,8%). Преждевременная менопауза отмечена у 9 (16,6%), ранняя у – 2 (3,7%) пациенток. Больные предъявляли жалобы на жжение, зуд, дискомфорт в области вульвы, в четверти случаев симптомы усиливались после полового контакта (13–24,1%). При осмотре больных обнаружены: послеродовая рубцовая деформация промежности с зиянием стенок влагалища (21–38,8%), втянутость вульварного кольца и отсутствие задней комиссуры (18–33,2%), гипоплазия больших и малых половых губ и «размытость» линии Харта (13–24,1%), витилиго (2–3,7%). При изучении показателей глюкозы повышение ее уровня выше 7,0 ммоль/л выявлено у 5 (9,2%) больных. ANA были выявлены у 1 (1,8%) больной. Исследование микроценоза влагалища выявило в половине случаев вагинальный кандидоз (28–51,8%), неспецифический и синильный вагинит у 9 (16,6%) и 17 (31,4%) больных соответственно. Вирус папилломы человека (геномы 6,18,31,34 типа) и простого герпеса 2 типа диагностированы у каждой третьей больной (17–31,4% и 21–38,8%), что предполагает равнозначную долю их влияния на развитие вульвовагинальных воспалительных и дистрофических процессов. У 9 (16,6%) пациенток выявлено сочетания данных вирусов. По результатам цитологических исследований преобладала картина плоскоклеточной гиперплазии с явлениями паракератоза над гиперкератозом без атипии (38–70,3%), в 3 (5,5%) случаях – крауроз вульвы, в 1 (1,8%) – склеродермия, диагностированная гистологическим методом исследования. Учитывая наиболее значимые звенья развития заболевания, лечение включало наружное применение «дермовейт» на пораженные участки вульвы 2–3 раза в день 30 дней, в последующие 2 месяца 1–2 раза в день. Эстриолсодержащие мази (орто-гинест, овестин) присоединяли после стихания явлений отека вульвы по 1–2 мг/сут.; после улучшения состояния по 0,5 мгв течение 7–14 дней. С целью иммунокоррекции назначали Иммунофан по 50 мг в/м 10–15 инъекций, повторное введение проводили через 6 месяцев. Изопринозин принимали 8 пациенток с диагностированным вирусом папилломы человека высокоонкогенного риска тремя курсами. Вобензим по общепринятой схеме



назначался в течении 1–2 месяцев. С целью регенерации эпителия, повышению обменных процессов в коже внутримышечно вводили масляный раствор витамина «А» ежедневно или через день по 10000–100000 МЕ, на курс лечения – 20–30 инъекций. Динамическое обследование с контрольной вульвоскопией и цитологическим исследованием через 6 и 12 месяцев после лечения показало отсутствие жалоб и специфической клиники у больных, а также – стойкую ремиссию заболевания у 85,2% пациенток.

**Закключение.** Дистрофические заболевания вульвы имеют мультифакториальное происхождение, включающее эстрогендефицитные и вторичные иммунодефицитные состояния на фоне воспалительных процессов специфической и неспецифической этиологии, а так же нарушения анатомической целостности вульварного кольца вследствие генитального инфантилизма или родовой травмы. Комплексное этиопатогенетическое лечение способствовало эффективному купированию симптомов и профилактике дальнейшего развития процесса у 46 (85,2%) больных с ДЗВ.

54 patients were treated with degenerative diseases of the vulva at the age of 38–47 years. Result of examination of the patients showed multifactorial genesis of the disease. The regime of the treatment was considered much efficient if we follow the etiopathogenesis of the disease. Thus, in this way we can prevent serious possible complications.

## ЭНДОГЕННЫЕ И ЯТРОГЕННЫЕ ФОРМЫ ОЖИРЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МЕНСТРУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Югай А.М.

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

Ожирение – серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. Актуальность ее определяется в первую очередь высокой распространенностью.

Нарушения репродуктивной функции – частый симптом, сопровождающий прибавку массы тела. В частности у женщин отмечаются нарушения менструальной функции, ановуляция, что неизбежно приводит к бесплодию. Вместе с тем, сходный симптомокомплекс со стороны репродуктивной системы отмечается при применении противосудорожной терапии. Если механизм патологических изменений при полифагии, нарастании массы тела и метаболических нарушений при эндогенном ожирении понятен, то на фоне использова-





нии противосеипептических препаратов, при отсутствии изменений образа жизни остается неясным.

Для подтверждения взаимосвязи ожирения с нарушениями менструальной и репродуктивной функции независимо от причины прибавки массы тела нами проведено исследование, целью которого явилось изучение влияния противосудорожной терапии на массу тела и менструальную функцию женщин.

**Материалы и методы:** В группы наблюдения были включены: 1-я группа 56 женщин с эпилепсией. Средняя масса тела  $66,4 \pm 0,4$  кг. Средний возраст  $25,7 \pm 0,2$  лет. 2-я группа 68 относительно здоровых женщин. Средняя масса тела  $64,5 \pm 0,2$  кг. Средний возраст  $26,7 \pm 0,4$  лет. Пациенткам первой группы в качестве лечения назначен препарат вальпроевой кислоты. Женщинам обеих групп даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни и заполнению дневника питания. Объем проводимого мониторинга включал в себя гормональный профиль сыворотки крови, липидный спектр, уровень гликемии, измерение массы тела, ведение менструального календаря. Точки контроля – исходно, через 6 и 12 месяцев.

**Результаты исследования:** через 6 месяцев наблюдения из первой группы выделены 34 пациентки с прибавкой массы тела. При исследовании гормонального профиля выявлен рост андрогенов и изменение соотношения ЛГ/ФСГ в первую фазу. Параллельно у той же группы отмечены нарушения менструального цикла (удлинение менструального цикла). Со стороны массы тела и метаболизма статистически значимых изменений не отмечено. Средняя масса тела  $66,8 \pm 0,2$  кг. Среди пациенток второй группы выделено 28 пациенток с прибавкой массы тела. Средний показатель  $68,8 \pm 0,5$  кг. По результатам гормонального профиля в данной группе женщин статистически значимых отличий по сравнению с исходными, не отмечено. Вместе с тем выявлен рост гликемии, дислипидемии, гиперинсулинемии. Изменений со стороны менструального цикла не отмечено.

Через 12 месяцев у 34 пациенток первой группы отмечен дальнейший рост гиперандрогении, снижение уровня эстрогенов. Со стороны менструального цикла у 23,5% женщин развилась аменорея, у 76,5% – олигоменорея. Прибавка массы тела до  $78,4 \pm 0,4$  кг. Отмечен рост гликемии, дислипидемии, гиперинсулинемии. У 28 женщин второй группы отмечен дальнейший рост массы тела ( $74,3 \pm 0,2$  кг). По результатам гормонального профиля рост гиперандрогении, нарушение соотношения ЛГ/ФСГ в первую фазу менструального цикла. Выявлен дальнейший рост дислипидемии, гиперинсулинемии. Со стороны менструального цикла у 28,6% сохранялся нормальный менструальный цикл, у 53,6% отмечались нарушения менструального цикла по типу олигоменореи, у 17,8% наступила аменорея.

**Выводы:** Таким образом, изменения в организме женщин при эндогенном и ятрогенном ожирении имеют различные механизмы. У женщин с ятрогенным ожирением в первую очередь изменяется стероидогенез, влекущий за собой нарушения менструального цикла, метаболизма и массы тела. У пациенток с эндогенным ожирением именно рост массы тела вызывает метаболические нарушения, изменение стероидогенеза и нарушения менструального цикла.



# СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Цаллагова Л.В., Ревазова М.Р., Кабулова И.В.

*ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия  
Минздрава России, Владикавказ, Россия*

**Актуальность проблемы** гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет своего значения как с позиций восстановления и сохранения репродуктивной функции, так и профилактики онкопатологии.

По литературным данным, в структуре гинекологической заболеваемости удельный вес гиперпластических процессов эндометрия составляет от 12 до 20% (Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В., 2008; Кузнецова И.В., 2009 и др.), прежде всего за счет дисфункциональных маточных кровотечений (Межевитинова Е.А. и соавт., 2001; Чернуха Г.Е., 2009 и др.). Гиперпластические процессы эндометрия также одна из частых причин выполнения гистерэктомии и связанной с потерей репродуктивного органа инвалидизации и снижения качества жизни женщин (Романовский О.Ю., 2006; Манухин И.Б., Геворкян М.А., 2009; Адамян Л.В. и соавт., 2010 и др.). Вместе с тем, имеющиеся на сегодняшний день методы лечения гиперпластических процессов эндометрия недостаточно эффективны, о чем свидетельствует высокий процент рецидивов (Чернуха Г.Е., 1999; Серов В.Н., и соавт., 2003; Гаспарян Н.Д., 2004; Прилепская В.Н. и соавт., 2009; Доброхотова Ю.Э., Капралов С.А., 2011 и др.). Между тем, своевременная диагностика и адекватная терапия гиперплазии эндометрия является залогом успешной профилактики рака эндометрия.

**Целью исследования** явилась оптимизация системы обследования, профилактики и лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах с помощью современных диагностических методов и современной гормонотерапии.

Для определения наиболее оптимальных методов исследования и лечения гиперпластических процессов эндометрия использованы общие клинические методы обследования больных с изучением преморбидного фона, наследственности, перенесенных заболеваний, особенностей менструальной и репродуктивной функции, клинических проявлений основного заболевания; комплекса дополнительных диагностических мероприятий, таких как трансвагинальное ультразвуковое исследование, гистероскопия,



макро- и микроскопическое исследование препаратов матки и соскобов ее слизистой.

**Резюме.** Было обследовано 137 больных с гиперпластическими процессами эндометрия в возрасте от 35 до 55 лет, изучены анамнез, клиническая картина, диагностические и лечебные мероприятия, проводимые в условиях женских консультаций и гинекологических стационаров.

В результате исследования был сформирован алгоритм отбора пациентов группы риска развития гиперпластических процессов эндометрия, разработана система диагностических и лечебных мероприятий, позволяющая в максимально сжатые сроки с минимальными экономическими затратами не только обследовать больных, но и обосновать рациональную тактику их лечения.

As a result of research the algorithm of selection of patients of group of risk of development of endometrial hyperplastic processes was created, the system of diagnostic and medical actions allowing in most short time with the minimum economic expenses not only to survey patients is developed, but also to prove rational tactics of their treatment.

## АНТИТЕЛА К ГОРМОНАМ РЕПРОДУКЦИИ – ФАКТОР РИСКА В ЦИКЛАХ ЭКО

Цигулева О.А.<sup>1</sup>, Смольянова В.В.<sup>1</sup>, Симонова О.Г.<sup>2</sup>, Кухарева Н.В.<sup>2</sup>

*1 – Алтайский государственный медицинский университет,*

*2 – Алтайский краевой диагностический центр,*

*г. Барнаул, Россия*

Для роста жизнеспособных ооцитов, используемых в программах ЭКО, необходимы фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны, тестостерон, эстрадиол, а также прогестерон, который играет особую роль в формировании ооцита. Столь же важную роль на этапах имплантации играет хорионический гонадотропин человека (ХГЧ).

**Целью нашего исследования** являлось изучение уровня антител к ХГЧ и прогестерона (ПГ) у женщин с первичным и вторичным бесплодием и неудавшимися попытками ЭКО (1–4). Кроме того, у них проведен анализ иммунограммы и ряда биохимических показателей.

**Материал и методы.** В контрольной группе, которую составили женщины, с физиологически протекавшей беременностью и родившие здоровых детей, проведены те же исследования. Получившиеся результаты подвергнуты сравнению. Первую группу (женщины с неудачными попытками ЭКО) составили 32 пациентки от 28 до 38 лет с разными формами бесплодия: 15 – с



первичным, 17 – с вторичным. Вторую группу (контроль) составили 30 пациенток в возрасте от 25 до 37 лет, не имеющие гинекологических заболеваний и родившие от 1 до 3 здоровых детей.

Для определения титра антител к ХГЧ и ПГ использовался иммуноферментный анализ (ИФА), сыворотки крови. Она разводилась в соотношении 1/100. Из параметров иммунограммы исследованы: CD3, CD4, CD8, CD4/CD8 (иммуно-регуляторный индекс), CD20, CD16, CD56 – методом проточной цитофлуорометрии. Методом ИФА оценены иммуноглобулины сыворотки крови: IgG, IgM, IgA. Изучен фагоцитоз путем определения фагоцитарного индекса (ФИ), а также нитро-синий тетразолевым тест до- и после стимуляции. Из биохимических показателей исследованы С-реактивный белок, фибриноген и продукты деградации фибриногена (ПДФ). Также всем пациенткам проведены общепринятые клинические и инструментальные исследования, оценка влагалищного мазка.

**Результаты.** Антитела к ХГЧ выявлены у пациенток первой группы в 85% случаев: IgM – у 8, IgG – у 19. Антитела к ПГ – у 60%, IgM – у 15, IgG – у 4. Между уровнями антител к ХГЧ и ПГ выявлена положительная корреляция ( $r \approx 0,57$ ). В контрольной группе антитела к ХГЧ обнаружены только у 6 женщин (20%). Антитела к ПГ у 3 (10%).

При анализе иммунограммы у пациенток первой группы, с высоким уровнем антител к ХГЧ и ПГ определялся аутоиммунный синдром: рост количества CD3, увеличение ИРИ свыше 2,5 усл. ед., активация CD20 и CD56. Фагоцитарный индекс достоверно не изменялся, но резерв секреции фагоцитов (разница между НСТ-2 и НСТ-1) увеличивался. А вот значительного увеличения сывороточных IgA, IgM, IgG не установлено.

С-реактивный белок был положителен у 50% (16 пациенток), фибриноген и ПДФ превышали норму почти в 1,5 раза. У пациенток второй (фертильной) группы изменения в иммунограмме обнаружены в 7 случаях. Сами изменения носили разноплановый характер и не были достоверны ( $p < 0,5$ ). Биохимические показатели были в норме.

Одним из важных этапов программы ЭКО является получение жизнеспособных ооцитов для дальнейшего оплодотворения *in vitro*. ПГ является одним из важнейших гормонов, участвующих в созревании ооцитов и формировании желтого тела. Ооцит развивается в фолликулярной жидкости, содержащей высокие концентрации стероидных гормонов, иммуноглобулинов и цитокинов. На раннем этапе развития беременности огромное значение имеют ХГЧ и ПГ. Обнаружение у женщин с бесплодием и неэффективными попытками ЭКО антител к ХГЧ и ПГ позволяет предположить, что именно данные антитела являются причиной самопроизвольного прерывания беременности. Все это происходит на фоне аутоиммунизации, которую подтверждают данные иммунограммы и биохимических показателей. Кроме того, сами половые гормоны являются усилителями гуморального иммунитета и поддерживают аутоиммунизацию организма.

Риск нарастания продукции антител тем выше, чем больше попыток ЭКО (в анамнезе) было у пациентки. При сравнении пациенток с неблагоприятными



исходами в цикле ЭКО и с высоким уровнем антител к ХГЧ и ПГ оказалось, что у пациенток с удачными попытками ЭКО уровень антител к ХГЧ и ПГ ниже в 2,5 раза.

Что касается гормонов, то речь о стероидных препаратах приходится вести практически с каждой пациенткой, потому что перед решением предпринять ЭКО каждая такая женщина получала лечение половыми гормонами, причем прошла один, два и более курсов.

**Выводы.** Таким образом, у женщин с бесплодием, получавших лечение методом ЭКО с неудовлетворительным результатом, с высокой частотой выявляются антитела к ХГЧ и ПГ. Они встречаются гораздо чаще, чем у фертильных женщин или у пациенток с положительными результатами лечения после ЭКО. Аутоиммунизация становится хроническим процессом и все последующие попытки ЭКО также заканчиваются неблагоприятно. Опираясь на эти данные можно утверждать, что высокие титры антител к ХГЧ и ПГ при попытке ЭКО являются фактором риска неблагоприятного исхода экстракорпорального оплодотворения.

**Резюме.** У 32 пациенток с неудачными попытками ЭКО найдены высокие титры антител к хорионическому гонадотропину человека и прогестерону. У этих женщин по данным иммунограммы обнаружен хронический аутоиммунный процесс, рост С-реактивного белка и фибриногена. Сделано предположение, что высокие титры антител к гормонам, хроническая аутоиммунизация являются факторами риска при ЭКО и маркерами возможного выкидыша.

In 32 patients with failed attempts at IVF found high titers of antibodies to human chorionic gonadotropin and progesterone. These women according immunogrammy detected chronic autoimmune process, the growth of C-reactive protein and fibrinogen. It is suggested that high titers of antibodies to hormones, chronic autoimmunization are risk factors and markers of IVF possible miscarriage.



# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ И ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Чебакова Ю.В.<sup>1</sup>, Тетерина Т.А.<sup>2</sup>, Иванова Е.С.<sup>1</sup>,  
Сарыглар С.И.<sup>1</sup>, Стеняева Н.Н.<sup>2</sup>, Аполихина И.А.<sup>2,3</sup>

- 1 – ГБОУ ВПО РНИМУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,  
2 – ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова» Минздрава России,  
3 – ГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,  
Москва, Россия

Несмотря на отсутствие единых взглядов на этиопатогенез дизурических расстройств, его сложность и многофакторность, можно выделить общее поле психологических феноменов, связанных с их хроническим течением и изменением жизнедеятельности больных. В медицинской литературе имеются данные, что любые формы нарушений мочеиспускания резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы (например, чувство стыда, потерю уверенности в себе), способствуют макро- и микросоциальной дезадаптации как в сфере профессиональных, так и семейных отношений.

**Целью исследования** являлось изучение особенностей структуры сексуальности и представлений о гендерных ролях у женщин с нарушениями мочеиспускания.

**Материал и методы.** Обследовано 60 женщин, из них 20 женщин с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП), 20 женщин с хроническим циститом и 20 – без нарушений мочеиспускания с использованием метода клинико-психологической беседы, анкеты индекса женской сексуальной функции (ИЖСФ), опросника установок к сексу Айзенка Г., психосемантической методики «Представления о сексуальных ролях» (ПСР), методики «Рисунок человека», полоролевого опросника С. Бэм в модификации Ю.В. Чебаковой.

**Результаты.** Показано, что у женщин с ГМП нарушаются все компоненты сексуальной функции, в то время как у женщин с хроническим циститом физиологические составляющие остаются в пределах показателей, сопоставимых с данными контрольной группы. Выявлено, что у женщин с данными нарушениями мочеиспускания сексуальность характеризуется дезадаптивными качествами: дисфункциональными представлениями о партнерских сексуальных ролях со снижением фемининного компонента, ригидностью сексуальных стереотипов, снижением эмоциональной заряженности и оценки конструк-



тивности сексуальных отношений. Обнаружено, что пациентки с ГМП имеют регрессивную динамику структуры сексуальности с общей инфантилизацией личности. В ходе исследования продемонстрирован психологический механизм феминизации гендерной роли как компенсации сексуальной дезадаптации в подгруппах пациенток с ГМП и хроническим циститом.

**Выводы.** Таким образом, необходимо отметить важную роль и необходимость оказания квалифицированной психологической помощи женщинам, страдающим ГМП и хроническим циститом. Полученные результаты исследования могут служить основой для построения дифференцированной системы психологической помощи пациенткам с нарушениями мочеиспускания. Данная система должна включать оценку степени нарушений сексуальной функции, дезадаптации в сфере партнерских отношений, субъективной удовлетворенности качеством интимных отношений, дефицита женской сексуальной роли, механизмов компенсации «ненадежной» женственности в более широкой социальной сфере межличностных отношений.

**Резюме.** С целью изучения особенностей структуры сексуальности и представлений о гендерных ролях у женщин с нарушениями мочеиспускания были обследованы 60 женщин, из них 20 женщин с гиперактивным мочевым пузырем (ГМП), 20 женщин с хроническим циститом и 20 – без нарушений мочеиспускания с использованием специальных психолого-сексологических методов. Нами обнаружено, что пациентки с ГМП имеют регрессивную динамику структуры сексуальности с общей инфантилизацией личности. В ходе исследования продемонстрирован психологический механизм феминизации гендерной роли как компенсации сексуальной дезадаптации в подгруппах пациенток с ГМП и хроническим циститом.

Aim of this study was to evaluate the sexuality and gender roles in women with urinary disorders. For this purpose 60 women were examined using special psychological and sexological methods: 20 women with overactive bladder (OAB), 20 women with chronic cystitis and 20 – without urinary disorders. We found that patients with OAB have regressive dynamics of sexuality with the infantilization of the individual. The study demonstrated the psychological mechanism of feminization of gender roles as compensation for sexual deadaptation in the subgroups of patients with OAB and chronic cystitis.



## ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ РМЖ, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН

**Чекалова М.А., Колпакова М.Н.**

*ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва*

Одной из важнейших проблем в онкологии остается разработка вопросов современной диагностики злокачественных новообразований. Разработка критериев ранней диагностики необходима для формирования оптимальной лечебно-диагностической тактики при различной онкопатологии.

В настоящее время для гормонотерапии РМЖ широко используется антиэстроген-тамоксифен, являющийся «золотым стандартом» адъювантной гормонотерапии. В постменопаузе назначение тамоксифена, является 1-й линией терапии злокачественных новообразований молочной железы. Однако, использование тамоксифена в адъювантном режиме ассоциировано с возможным появлением побочных эффектов.

За период с 2011 по 2013 гг. в поликлинике РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН обследовано 120 больных РМЖ. Из них 49% – первично обратившихся, 51% находящихся под наблюдением длительностью от 6 месяцев до 10 лет. Средний возраст пациенток составил  $52,8 \pm 1,7$  года, практически половина из них была в возрасте от 40 до 63 лет, в состоянии постменопаузы находились более 50% женщин. У большинства пациенток установлена I–II стадия заболевания (17,8% и 53% соответственно), в 28,5% наблюдений III–IV стадия. Морфологическая верификация диагноза РМЖ получена в 100% наблюдений. В числе гистологических вариантов преобладал инфильтративный протоковый РМЖ (62,5%); на долю инфильтративного долькового рака пришлось 25%; в 4,1% диагностирован тубулярный рак; в 4,1% – крупноальвеолярный и медуллярный. 44% опухолей молочной железы содержали рецепторы прогестерона, а 56% – рецепторы эстрогенов. Комплексное лечение проведено 23% больным, комбинированное – 42,3%, оперативное – 34,6%. 54,5% больных получали лечение антиэстрогенными препаратами (тамоксифен) или ингибиторами ароматазы (аримидекс, фемара). В 23% наблюдений была произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками, в 14,1% – экстирпация матки с придатками; у 11% – овариэктомия, 17% имели в анамнезе операцию по поводу заболеваний гениталий. Ультразвуковое исследование осуществляли по стандартной методике на аппаратах «Acuson X300» (Siemens) и «Aplio» (Toshiba).

В обследование женщин были включены: молочные железы с регионарными областями, область послеоперационного рубца, печень, внутренние гениталии. В настоящей работе нами проанализированы данные ультразвуковой томографии (УЗТ) внутренних гениталий, которые были сопоставлены





с результатами цитологического исследования эндометриальных аспиратов, гистологического исследования материала, полученного при выскабливании полости матки или другой операции. В большинстве наблюдений были диагностированы доброкачественные процессы внутренних гениталий, такие как множественная миома матки (24,6%), аденомиоз (15%) (в т.ч. сочетание миомы матки и аденомиоза (20,4%)), киста яичников (9,7%), хронический сальпингофорит (19,3%), гиперплазия эндометрия (16,5%), полип эндометрия (6,3%). Вместе с тем, у 10,7% больных комплексное обследование позволило выявить злокачественную патологию: рак яичников (3,1%), рак шейки матки (2,3%), рак маточной трубы (1,2%), рак эндометрия (2,8%), саркома матки (1,3%). Помимо того, по данным цитологического и гистологического исследования материала из полости матки диагностировано: клетки эндометрия индифферентно-маточного типа, железистая гиперплазия или пролиферирующий эндометрий в постменопаузе, железисто-фиброзный полип, эндометрий с признаками секреции, дистрофия или кистозная атрофия эндометрия, метаплазия эпителия эндометрия в многослойный плоский с лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией, регенерирующий эндометрий.

В нашем исследовании утолщение срединных маточных структур обнаружено в 56% наблюдений, при этом большая часть (31,3%) из них пришлась на долю ложноположительных заключений.

Нами было отмечено, что на фоне приема тамоксифена ТЭ может возрастать от атрофичного (0,1 см) до 1,5–2,0 см.

Утолщенные срединные маточные структуры имели солидную гиперэхогенную структуру (57%), полиповидную (15%), гетерогенную с множественными анэхогенными включениями (28%).

Высокий процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов УЗИ объясняется своеобразными морфологическими изменениями, происходящими в эндометрии под воздействием тамоксифена. Этим изменениям при гистологическом исследовании макроскопически соответствуют множественные интраэндометриальные кисты различных размеров, микроскопически – кистозно-гландулярная дилатация и стромальный отек.

Подобные изменения эндометрия (соответствующие кистозной атрезии) обуславливают высокий процент ложноположительных заключений при УЗИ.

Несмотря на низкую специфичность при дифференциальной диагностике патологии эндометрия, развившуюся на фоне приема тамоксифена, тем не менее, УЗТ эхография остается самым доступным и легко выполнимым исследованием. Следовательно, эхографию по-прежнему следует считать ведущим методом ранней диагностики патологии эндометрия у больных РМЖ.



# АНДРОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Чулкова А.М., Асланян И.Э., Замуриева Е.В.,  
Ванян Д.Л., Галустян В.С., Каспарян Р.А.

*Базовая акушерско-гинекологическая клиника Кубанского  
Государственного Медицинского университета, Краснодар, Россия*

В исследование включены 165 пациенток, которым проводилась рекомендованная Европейским руководством антимикробная терапия в период обострения воспалительного процесса, с учетом выявленных урогенитальных инфекций (УГИ), включала не менее 2 препаратов, с положительным эффектом по окончании лечения. Половые партнеры обследовались и получали лечение у андролога. По предоставленным заключениям: 22 пациентам (13,3%) антимикробные препараты не назначались, у 23 (13,9%) – по поводу УГИ проведена моноантибиотикотерапия, в 84 случая (50,9%) – антибактериальная терапия соответствовала Европейскому руководству, в 19 случаях (11,5%) – половой партнер не получал лечения в период обострения у супруги, терапия проводилась ранее, в 17 наблюдениях (10,3%) – лечение не проводилось вообще. По назначениям андролога пациенток распределили на группы А, В, С, D, Е соответственно. Результаты лечения ВЗОМТ оценивали через 2 месяца по динамике жалоб, данных бактериоскопии вагинальных мазков, влагалищного исследования, эхографии. Присутствие минимальных и дополнительных признаков активности процесса трактовались нами как отрицательный результат лечения. Лечение оказалось неэффективным: в группе А у 16 пациенток (72,7%), В – у 15 (65,2%), в 5 случаях (6%) в группе С, в 13 (68,4%) – в группе D и в 13 наблюдениях (76,5%) в группе Е. Таким образом, при обострении ВЗОМТ проведение антибактериальной терапии по принятым Европейским руководством схемам обязательно обоим половым партнерам, желательно параллельно, условия и время проведения определяются в каждом конкретном случае индивидуально, монотерапия УГИ по эффективности сопоставима с отсутствием лечения вообще.

**Резюме.** Согласованность лечебных мероприятий гинеколога и андролога при воспалительных заболеваниях гениталий у половых партнеров является одним из главных факторов, способных повлиять на ближайшее и отдаленное состояние репродуктивного здоровья. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности антимикробной терапии пациенток, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) в зависимости от назначения соответствующего лечения половому партнеру андрологом.



Coordination of methods between a gynecologist and an andrologist in their treatment of genital inflammatory diseases of sexual partners is one of the main factors that can influence the immediate and the far-reaching consequences of the reproductive health. The purpose of this research is the evaluation of the effectiveness of the antimicrobial therapy of female patients diagnosed with inflammatory pelvic diseases, as a result of the similar treatment of their sexual partners with the coordinating specialist.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ЭФФЕКТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Чурикова М.С., Гречканев Г.О., Мотовилова Т.М.

*Нижегородская государственная медицинская академия,  
Н. Новгород, Россия*

Острые воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) постоянно находятся на острие внимания акушеров-гинекологов, т.к. частота их не снижается, а неблагоприятные последствия для половой, репродуктивной функции женщины многочисленны и очевидны. Появление новых поколений антибактериальных препаратов не в состоянии остановить рост заболеваемости ВЗОМТ, что объясняет интерес исследователей к методам и средствам, позволяющим минимизировать побочные действия основного (антибактериального) лечения за счет комплексного влияния на гомеостаз, улучшить результаты терапии.

**Целью исследования** было изучить влияние различных методов лечения на клиническую картину, состояние про- и антиоксидантной систем крови, иммунные показатели у больных с острыми ВЗОМТ.

Для выполнения поставленных в работе цели и задач было обследовано 110 пациенток с острым неосложненным аднекситом, средний возраст которых составил  $24,5 \pm 0,11$  года. Все обследованные женщины были разделены на 4 рандомизированные по возрасту группы в зависимости от проводимого лечения: в I группу вошли 30 пациенток, которым наряду с традиционной противовоспалительной терапией в комплексное лечение включали гепатопротектор и антиоксидант тиотриазолин (ТТА), производства Украины. II группа из 30 больных получала совместно с базисной противовоспалительной терапией КВЧ-терапию на аппарате «СЕМ ТЕСН LCD». В лечении III группы пациенток (30 женщин) использовали как ТТА,



так и КВЧ-терапию. У 20 пациенток IV группы (сравнения) проводилось традиционное лечение.

Наряду с общепринятыми исследованиями изучали состояние процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантную систему (АОС) организма по показателям  $I_{max}$  в  $mv/c$ ,  $S$  в  $mv/c$  и  $tg2\alpha$ , которые отражают интенсивность перекисного окисления. Иммунологическое исследование включало изучение абсолютного количества в крови лейкоцитов и лимфоцитов, относительного содержания Т- и В-лимфоцитов с субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров, концентрации сывороточных иммуноглобулинов основных классов, содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Клинически все три метода лечения показали сопоставимую эффективность – был отмечен выраженный положительный результат в виде быстрого купирования болевого синдрома, нормализации температуры тела, сна, улучшения психо-эмоционального фона. Общеклинические лабораторные исследования также отражали сходную динамику в виде нормализации лейкограммы, уровня С-реактивного белка, СОЭ. При этом заметно отличались специальные показатели, характеризующие ПОЛ-АОСЗ и иммунитет. Так,  $I_{max}$  в I группе уменьшился на 20,1%, во II группе снижение составило 9,1%, в III группе 25,9% ( $p < 0,05$ ). Уровень  $S$  в I группе оказался ниже исходного на 17%, во II группе снижение произошло на 8%, в III группе на 31% ( $p < 0,05$ ). Аналогичные тенденции были выявлены и при динамическом исследовании других показателей, характеризующих ПОЛ-АОСЗ, что позволяет говорить о значительном корригирующем воздействии ТТА на данную систему и слабых возможностях в этом отношении у КВЧ-терапии. В группе сравнения существенных изменений вообще не отмечалось.

Напротив, иммунологические параметры оказались наиболее чувствительны именно к КВЧ-терапии. После проведенного лечения с включением КВЧ-терапии и комбинации КВЧ-терапии и ТТА происходило улучшение показателей иммунограммы: увеличилось количество  $CD3+$ ,  $CD20+$  и  $CD4+$  клеток, повышался ИРИ за счет оптимального соотношения  $CD4+$  и  $CD8+$  лимфоцитов, повышался НСТ-тест в базовых и стимулированных условиях, снижался уровень  $Ig G$  и ЦИК. Использование только ТТА не влияло на иммунные показатели.

Таким образом, сочетание КВЧ-терапии и ТТА оказывает максимальное оптимизирующее воздействие как на систему ПОЛ-АОСЗ, так и на иммунологические параметры, что делает этот вариант лечения предпочтительным у больных острыми ВЗОМТ.

**Резюме.** Обследовано 110 больных с острыми сальпингоофоритами, в лечении которых были использованы гепатопротектор тиотриазолин, КВЧ-терапия или их комбинация. Оказалось, что наиболее позитивное влияние на иммунные и биохимические показатели оказывает комбинация КВЧ-терапии и тиотриазолина.

We have used hepatoprotector Tiotriazoline, EHF-therapy and their combination in 110 cases of acute salpingooforitis. Based on the received results, we have



concluded that in the course of combined treatment all patients demonstrated a best results in the correction of immunity and biochemical changes.

## НОВЫЙ МЕТОД УВЕЛИЧЕНИЯ ТОЛЩИНЫ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА

**Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Долгушина Н.В.,  
Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Гус А.И.,  
Аполихина И.А., Левков Л.А., Бурдули А.Г., Алиева К.У.,  
Казарян Л.М., Аксененко А.А., Куземин А.А., Дюжева Е.В.,  
Гависова А.А., Фатхудинов Т.Х., Макаров А.В., Щеголев А.И.**

*ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ*

Для достижения желаемой беременности необходимо сочетание нормального эмбриона и рецептивного эндометрия, в котором происходит имплантация развивающегося эмбриона. Считается, что толщина эндометрия по данным УЗИ менее 7 мм (период существования окна имплантации) дает минимальные шансы на зачатие (Gonen и соавт, 1991 г.).

До настоящего времени непонятно, почему тонкий эндометрий является неблагоприятным фактором для имплантации эмбриона, однако сам факт существенного снижения возможности наступления беременности заставляет исследователей все глубже изучать эту проблему и искать новые методики в применении ЭКО. Причины, по которым эндометрий становится тонким, могут обуславливаться рядом патологических факторов: гормональный дисбаланс, нарушение кровоснабжения в матке, которой присущ как наследственный (врожденный), так и приобретенный фактор (после воспаления, искусственного аборта, травмы), генитальный инфантилизм. 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.

Медикаментозное лечение (с преобладанием гормональной терапии), хирургическое – с непосредственным удалением слоя эндометрия и физиотерапевтическое лечение не всегда приводят к желаемому результату.. Поиски альтернативных методов лечения тонкого эндометрия являются актуальными и своевременными. До настоящего времени в современной литературе и в медицинской практике мы не встретили данных о лечении женщин с тонким эндометрием путем обработки эндометрия смесью газов (CO<sub>2</sub>+N)



под воздействием которой происходит значительное повышение кровообращения в слизистой, усиление репаративных процессов и активация фибробластов а, следовательно, и увеличение толщины базального и функционального слоев.

CO<sub>2</sub> обладает сосудорасширяющим действием, повышение уровня которого способствует расширению мелких артерий (тонус которых определяет количество функционирующих капилляров) и увеличению кровотока. Доказано, что локальное воздействие CO<sub>2</sub> на ограниченный участок тканей сопровождается увеличением объемного кровотока, повышением скорости экстракции кислорода тканями, усилением их метаболизма, восстановлением рецепторной чувствительности. 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 применения газовой смеси (CO<sub>2</sub>+N) в лечении тонкого эндометрия в процессе подготовки пациентки к программе ЭКО.

Методика исследования Толщина эндометрия (УЗИ) измерялась до первой процедуры орошения а затем трижды: в цикле введения газовой смеси и в следующем цикле после проведения процедуры.

Орошение эндометрия газовой смесью (CO<sub>2</sub>+N) проводилось на 7, 9, 13 дни менструального цикла, а УЗ-мониторинг с измерением толщины эндометрия на 9, 13, 13 и 15 дни при 28-дневном цикле, т.е. через каждые два дня после проведенной процедуры орошения.

В полость матки через специально сконструированный катетер с 6 микроскопическими отверстиями в дистальном отделе под давлением 1,3 атм. вводилась дозированная воздушная смесь (CO<sub>2</sub>+N) в количестве 6–8 куб см, 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 (CO<sub>2</sub> и N). В исследование были включены 32 пациентки репродуктивного возраста (25–40 лет) с диагностированным первичным или вторичным бесплодием и наличием тонкого эндометрия, не поддающегося лечению другими методами. Всем пациенткам выполнено клиникалабораторное 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 газозового 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 7,3–10,8 мм. Учитывая, что в исследовании принимали участие женщины, ранее проходившие неоднократную безуспешную стимуляцию роста эндометрия гормональными препаратами и физиотерапевтическими процедурами, прослеживается четкая тенденция увеличения толщины эндометрия под влиянием газовой смеси (CO<sub>2</sub>+N). Параллельно с клиническими исследованиями проводилось изучение влияния газовой смеси на эндометрий матки интактных крыс в фазу проэструса. В конце эстрального цикла: высота эндометрия, количество и размер маточных желез не изменялись в течение одного цикла после введения газа; не было выявлено патологических изменений, сохранялась нормальная структура эндометрия, миометрия и периметрия, что обуславливает необходимость экспериментального исследования на модели повреждения матки (например, с 10% раствором трихлоруксусной кислоты), что и проводится в настоящее время.

Продолжение исследования с применением доплерометрии сосудов матки и гистологического исследования эндометрия позволит разработать методику лечения тонкого эндометрия с помощью орошения газовой смесью (CO<sub>2</sub>+N).

The thin endometrium often turns out to be the cause of the considerable decrement of the pregnancy after the IVF procedure. It is considered that the endometrium thickness which is less than 7 mm (in the implantation window) provides the minimal chance for the efficient conception. Up to the present time in the modern scientific literature we did not find any facts about the treatment of the patients with the thin endometrium by means of the gas mixture (CO<sub>2</sub>+N) processing of the endometrium, which provides the considerable blood circulation enhancement and, as a result, the rising of the thickness of the basal and functional layers.

CO<sub>2</sub> appears to be the great vasorelaxant. It is proved that the local impact of the carbon dioxide on the circumscribed portion of the tissues is accompanied by the blood flow enhancement, the 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 ablation, its thickness made from 3,1 mm to 5,9 mm. During the following ultrasonography tests it turned out, that in 2 days after the first ablation the endometrium thickness raise for 2,7–3,3 mm, in 2 days after the second ablation – for 1,8–3,4 mm more, and after the third ablation 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 (CO<sub>2</sub>+N).

## ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

**Эседова А.Э., Хашаева Т.Х-М., Абусуева З.А.,  
Гасанова А.Б., Гамзаев А.К., Аттаева А.М.**

*Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия.*

Общепринятым считается мнение, что наступление постменопаузы является физиологическим процессом, тем не менее, падение уровня эстрогенов приводит к выраженному ухудшению самочувствия и снижению качества жизни, вызывая климактерические и урогенитальные расстройства (УГР) у женщин, и повышая риск отдаленных осложнений.

Одним из важнейших и до конца нерешенных аспектов проблемы (УГР) является заместительная гормональная терапия.

Особый интерес представляет назначение ЗГТ женщинам с ИНСД.

**Целью настоящего исследования** явились изучение выраженности (УГР) у женщин в постменопаузе и эффективности дифференцированной терапии этих пациенток при наличии и отсутствии ИНСД.

**Материал и методы.** В исследование были включены 140 пациенток с симптомами вагинальной атрофии в возрасте 45–65 лет с длительностью постменопаузы до 15 лет. Основную группу составили 80 пациенток с установленным ранее диагнозом ИНСД, а контрольную группу – 60 пациенток без ИНСД.

Женщинам с УГР легкой степени был назначен пероральный прием препарата, содержащего 2 мг дроспиренона и 1 мг эстрадиола по 1 таблетке в день в течение 6 месяцев. При УГР средней степени тяжести и тяжелой степени в обеих группах помимо препарата системного действия был назначен эстриол 0,5 мг по 1 свече вагинально в течение 3 нед., затем по 1 свече в неделю в течение 6 месяцев.

**Результаты.** Клинико-лабораторное обследование, проведенное к концу 6-го месяца терапии, показало отсутствие различий основных критериев урогенитальной атрофии в обеих группах больных. Расширенная кольпоскопия у большинства наблюдаемых в обеих группах уже через 3 мес. показала исчезновение и уменьшение явлений неспецифического воспаления слизи-





стой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки. При окончании курса лечения через 6 мес. терапии интенсивность цисталгии уменьшилась с 3–4 до 1–2 баллов по Барлоу у женщин с легкой и средней степенью УГР и с 5 до 3 баллов – у женщин с тяжелой степенью УГР.

Максимальное микроскопическое исследование вагинального содержимого женщин в обеих группах продемонстрировало положительный эффект ЗГТ, выражающийся в снижении выраженности признаков вагинальной атрофии, у женщин с легкой и средней степенью УГР. Независимо от пути введения гормонального препарата, отсутствовала лейкоцитарная реакция, превалировали лактоморфиты (до 107 КОЕ/мл), отсутствовали морфотипы других бактерий и единичные лейкоциты в поле зрения. Общая микробная обсемененность достигала умеренных значений, титр УПМ не превышал 10<sup>3</sup>, 10<sup>4</sup> КОЕ/мл. Изменения показателя ЗЗВЭ, уровня pH и ИСВ отмечены уже через 3 мес. терапии, более выраженные положительные эффекты были достигнуты на 6-м месяце лечения. Они проявлялись в снижении pH до 5,0–6,0 ( $p < 0,01$ ), увеличении показателя ЗЗВЭ до  $72,1 \pm 1,4$  – в основной группе и  $73,8 \pm 2,5$  в контрольной ( $p < 0,01$ ) и увеличении ИСВ до 5 в обеих группах ( $p < 0,01$ ).

В ходе работы установлено, что эффективность терапии при легкой степени урогенитальных расстройств составила 88,2%, при средней степени – 75,8%, при тяжелой степени – 36,1%.

**Выводы.** Достигнутые результаты лечебного эффекта предложенной нами терапии убедительно доказали ее высокую эффективность в нормализации общего состояния больных и повышении качества жизни как у пациенток без ИНСД, так и у страдающих ИНСД.

**Резюме.** Обследовано 140 пациенток в постменопаузе, из которых 80 страдали инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД). Всем женщинам проведена заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Установлена высокая эффективность предложенной ЗГТ в купировании урогенитальных расстройств и повышении качества жизни, как у пациенток с ИНСД, так и без него.

80 of 140 inspected postmenopausal patients suffer from insulin independent diabetes mellitus (IIDM). All the women held hormone replacement therapy (HRT). It was noted that the offered HRT is highly effective in relief of urogenital disorders and improving the quality of life, both in patients with IIDM and without it.



## КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЛАГАЛИЩА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Юдина М.А., Гречканев Г.О.

*Нижегородская государственная медицинская академия,  
Н. Новгород, Россия*

Одним из наиболее распространенных видов инфекций нижнего отдела репродуктивного тракта считается бактериальный вагиноз (БВ), характеризующийся нарушениями в состоянии местного иммунитета влагалища, выраженными отклонениями в биохимическом составе вагинального секрета.

**Целью работы** было исследовать возможности коррекции данных нарушений бактериального вагиноза путем использования препарата на основе гуминовых соединений Томед-аква, препарата Деринат для местного применения в сочетании с общей магнитотерапией.

**Материал и методы.** Была обследована 81 пациентка с диагнозом БВ, все они на первом этапе лечения получали вагинальные свечи Нео-Пенотран форте по 1 свече на ночь во влагалище в течение 7 дней. На втором этапе лечение было различным: у 22 женщин (I группа) использовали вагинальные ванночки с раствором препарата Томед-аква по 20 мл 10–15 минут (10 процедур через день) в сочетании с общей магнитотерапией на аппарате Cosmogamma R980 (Emildue, Италия), 41 пациентка II группы получала вагинальные орошения 0,25% Деринат-раствором для наружного и местного применения по 10 мл (10 процедур через день) в комбинации с общей магнитотерапией, III группа пациенток (18 человек) получала курс эубиотиков интравагинально.

Клиническая оценка непосредственных результатов лечения показала сопоставимые результаты, данные же биохимического анализа представляют определенный интерес. Изучались следующие параметры вагинального секрета: содержание натрия, хлоридов, глюкозы и трансферрина.

**Результаты.** Оказалось, что в I и II группах имеются выраженные отклонения от нормы, но на фоне лечения происходит существенная динамика изучаемых показателей.

Так, в I группе содержание  $\text{Na}^+$  исходно было повышенным, что характерно для БВ, а после проведения лечебных мероприятий уменьшилось с  $121,2 \pm 4,92$  ммоль/л до  $76,9 \pm 2,8$  ммоль/л, т.е. в 1,57 раза, во II группе оно снизилось с  $128,34 \pm 5,95$  ммоль/л до  $66,46 \pm 3,7$  ммоль/л т.е. в 1,93 раза ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Хлориды в I группе исходно также ожидаемо превышало нормативные уровни, на фоне лечения было отмечено их снижение с  $116,5 \pm 5,38$  ммоль/л до  $82,7 \pm 3,2$  ммоль/л, т.е. в 1,4 раза. во II группе – с  $112,58 \pm 5,33$  ммоль/л до  $69,06 \pm 2,26$  ммоль/л, т.е. в 1,62 раза ( $p < 0,05$



в обоих случаях). Восстановление ионного состава влагалищного секрета является важным условием обеспечения трансудации веществ через слизистую оболочку влагалища, нарушенной при БВ.

Определение содержания глюкозы в вагинальном секрете выявило, что ее уровень находится на низких цифрах, что опять-таки типично для БВ. На фоне терапии в I группе произошло увеличение данного показателя с  $2,42 \pm 0,14$  ммоль/л до  $4,05 \pm 0,06$  ммоль/л, т.е. в 1,6 раза, во II группе глюкоза увеличилась с  $2,41 \pm 0,24$  ммоль/л до  $3,91 \pm 0,09$  ммоль/л, т.е. в 1,67 раза ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Данное обстоятельство чрезвычайно важно, поскольку недостаточное содержание глюкозы в секрете влагалища приводит к компенсаторному повышению  $\text{Ca}^{+}$  и задержке воды. Напротив, обратный процесс является позитивным.

Среди факторов, определяющих биохимический состав вагинального секрета при БВ особое значение придают содержанию трансферрина. Кира Так. Е.Ф. (2012) считает типичным для данной патологии значительное, до 30 раз превышение данного белка в отделяемом влагалища, что связывают с нарушением функции вагинального эпителия и его повышенной десквамацией. В нашем исследовании уровень трансферрина был значительно повышен (в 27–28 раз), однако в процессе терапии снизился в I группе с  $112,7 \pm 4,89$  г/л до  $5,7 \pm 0,4$  г/л, т.е. в 19,6 раза, во II группе с  $107,2 \pm 2,39$  г/л до  $3,61 \pm 0,16$  г/л, т.е. в 29,7 раза ( $p < 0,05$  в обоих случаях).

**Выводы.** Следует подчеркнуть, что исследуемые показатели в I и II группах не только имели положительную динамику, но пришли к нормативному уровню. В III группе направленность изменений была сходной, но нормы изучаемые параметры не достигли.

С этим мы связываем и различную частоту рецидивов, она оказалась наименьшей во II группе, составив 17%, в I группе рецидивы были отмечены у 27% женщин, в III – у 38% пациенток.

**Резюме.** Исследована динамика некоторых биохимических параметров вагинального секрета у пациенток с бактериальным вагинозом на фоне различных методов лечения. Установлено, что использование вагинальной терапии препаратом Томед-аква и Деринат в сочетании с общей магнитотерапией приводит к нормализации уровней  $\text{Na}^{+}$ , хлоридов, глюкозы, трансферрина, снижению частоты рецидивов заболевания.

It was investigated dynamics of some biochemical parameters of vaginal secret in women with bacterial vaginosis on background of different methods of treatment. It was established that the use of vaginal therapy with Tomed-Aqua and Derinat, combined with a General magnetotherapy leads to the normalization of the  $\text{Na}^{+}$ , chloride, glucose, transferrin, to reduce the frequency of relapses.



## К ВОПРОСУ ОБ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ

Юпатов Е.Ю., Мальцева Л.И.

*ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия,  
Казань, Россия*

**Введение:** Гистероскопия – это золотой стандарт в исследовании полости матки на протяжении 143 лет. Необходимо отметить, что все это время гистероскопия непрерывно совершенствуется, и в настоящее время мы обладаем всем необходимым набором инструментов, чтобы данная технология приносила максимальную пользу как в диагностике, так и в лечении. Нам доступны такие высокоточные технологии как иммуногистохимическое исследование эндометрия, цитологический и гистологический анализ ткани, что позволяет создать «репродуктивный паспорт» эндометрия, понять и исправить неудачи с беременностью.

Опыт проведения обучающих циклов по гистероскопии с уверенностью позволяет сказать, что офисная гистероскопия это ценная, но мало применяющаяся в России технология, что впрочем, не отличается от данных мировой литературы, где указывается, что всего лишь 15–20% гинекологов применяют офисную гистероскопию в своей рутинной практике. Вместе с тем, Всемирная организация здравоохранения рекомендует применять офисную гистероскопию во всех случаях обнаружения патологического процесса при УЗИ или ГСГ, а так же у женщин после неудавшихся вспомогательных репродуктивных технологий.

Мы проанализировали 142 случая офисной гистероскопии, выполненных на клинической базе нашей кафедры. Для проведения офисной гистероскопии использовали офисные гистерорезектоскопы Versascope и Alfascop (Джонсон и Джонсон, США) в сборе гистероскопической стойки «Эндомедиум» (Россия, Казань), с обязательным применением гистеропомпы с весами. Для гистерорезекции применяли 5 Fr. электроды системы Versapoint (Джонсон и Джонсон, США). Все офисные гистероскопии были проведены одним гинекологом в амбулаторных условиях, без анестезии, гистологические исследования проводились одним гистологом. При проведении офисной гистероскопии соблюдалась общепринятая для данной методики последовательность действий: после соответствующей обработки промежности и влагалища без применения влагалищных зеркал и пулевых щипцов вводили гистероскоп Alfascop в операционном тубусе. Последовательно осматривали стенки влагалища, цервикальный канал, проводили обзорную гистероскопию. При выявлении патологических изменений брали биопсию с помощью 5 Fr., биопсийных щипцов, проводили удаление патологических образований 5 Fr., гистероскопическим зажимом или ножницами, по необходимости проводили коагуляцию 5 Fr., электродами типа «шарик» и «спираль». Все процедуры записывались на видеоноситель.



**Результаты:** среди 142 проведенных офисных гистероскопий мы не наблюдали осложнений в виде перфорации стенок матки, кровотечения, ТЭЛА, отека легких. Время ожидания гистероскопии составило 2 1 дня, средняя длительность процедуры составила 11,3 2,5 минут. Обсуждение: офисная гистероскопия позволила выявить внутриматочную патологию у всех обследованных женщин. Интересно, что вся выявленная внутриматочная патология может быть причиной неудачных беременностей. Выполнение процедур одним гинекологом позволило избежать многообразия вариантов трактовки гистероскопической картины. Однако наличие видеозаписи позволило согласовывать полученные видеокартинки с гистологом, проводившим исследование материала и экспертами-гинекологами, что уменьшало возможность ошибочного трактования увиденного на мониторе. Применение офисных гистероскопов диаметром 3,5 мм позволило проводить процедуры в амбулаторных условиях, без какой-либо анестезии, без применений пулевых щипцов, расширителей Гегара, влагалищных зеркал. Все процедуры хорошо переносились пациентками, в том числе и нерожавшими. Более того женщина «присутствует» во время операции, активно участвует в обсуждении выявленной патологии и видит как проходит лечение и его результат.

На данный момент времени исследование не является законченным, поэтому пока не представляется возможным сделать заключение о влиянии офисной гистероскопии, как метода диагностики и лечения причин приводящих к проблемной беременности на дальнейшую репродуктивную функцию женщин, однако перспективным представляется возможность одномоментной диагностики и лечения внутриматочной патологии у женщин с неудачной беременностью в амбулаторных условиях без анестезии и длительной госпитализации.

**Заключение:** Офисная гистероскопия, иммуногистохимическое, цитологическое, гистологическое исследование эндометрия внедрены в практику на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии 21 161 КГМА с 2011 года. В 59,1% случаев у женщин с различной внутриматочной патологией, неудачными исходами беременности нам удалось помочь пациентке, обнаружить и устранить проблему, получить успешную беременность и роды.



## СОДЕРЖАНИЕ

### ЧАСТЬ 1. АКУШЕРСТВО

- 3** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ ПО РАЗНЫМ  
КЛАССИФИКАЦИЯМ  
*Абдурахманова Р.А., Омаров Н.С.-М., Омарова П.М.*
- 5** ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ  
*Алегина Е.В., Тетрашвили Н.К., Агаджанова А.А., Трофимов Д.Ю.,  
Донников А.Е.*
- 6** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ФЕТАЛЬНОГО  
МОНИТОРИРОВАНИЯ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА  
*Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Фролова Н.И.,  
Шиляева Ю.Н., Ярославцева Т.Г., Веригин В.Г.*
- 8** НОВАЯ МОДЕЛЬ АКУШЕРСКИХ ПЕССАРИЕВ – ПРОФИЛАКТИКА  
И ЛЕЧЕНИЕ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
И ПРИВЫЧНОГО ВЫКИДЫША  
*Аполихина И.А., Шнейдерман М.Г., Тетрашвили Н.К., Кан Н.Е.,  
Клименченко Н.И., Павлович С.В., Ходжаева З.С., Тютюнник В.Л.,  
Агаджанова А.А., Милушева А.К., Ломова Н.А., Ходова С.И., Тетерина Т.А.*
- 11** ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ  
БЕРЕМЕННЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА  
*Бадриева Ю.Н., Тетелютина Ф.К., Сушенцова Т.В.*



- 13**      ЗНАЧЕНИЕ УЗКТ В МОНИТОРИНГЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
С ДИАГНОЗОМ РАК ШЕЙКИ МАТКИ  
*Баринаева Е.В., Чекалова М.А., Короленкова Л.И.*
- 15**      ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VDR НА МИНЕРАЛЬНУЮ ПЛОТНОСТЬ  
КОСТНОЙ ТКАНИ У РОДИЛЬНИЦ  
*Бибкова О.С., Шапорова Н.Л., Зазерская И.Е., Судаков Д.С., Леонтьева К.А.,  
Соловьева Н.А.*
- 17**      ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТКА И ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д НА МИНЕРАЛЬНУЮ  
ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У РОДИЛЬНИЦ.  
*Бибкова О.С., Шапорова Н.Л., Зазерская И.Е., Судаков Д.С., Соловьева Н.А.,  
Леонтьева К.А.*
- 19**      ИММУНОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТАРНЫХ  
НАРУШЕНИЙ  
*Бондаренко К.Р., Озолиня Л.А., Мавзютов А.Р.*
- 21**      БЕСПЛОДИЕ, КАК ФАКТОР РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ  
*Буренкова И.А., Самчук П.М., Торубаров С.Ф.*
- 23**      GESTАЦИОННАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ  
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С ИСХОДНО НОРМАЛЬНЫМ ВЕСОМ  
*Вахрушина А.С., Покусаева В.Н., Никифоровская Е.Н., Мельникова А.Б.*
- 25**      ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО, СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСОВ  
И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ  
*Ведощенко Т.В., Лазарева Г.А., Клычева О.И., Хурасева А.Б.*
- 27**      ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ  
*Воронин С.В., Воронина В.Г., Капацкая О.В.*



- 29** ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ  
*Вышелесский О.В., Райкова А.М., Леваков С.А., Габитова Н.А.*
- 31** ОМЕГА-3-ПНЖК КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Гуменюк Е.Г., Карпеченко А.В.*
- 33** ВОЗМОЖНО ЛИ ПОВЫСИТЬ ЧАСТОТУ ВАГИНАЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ? ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ  
*Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Боженков К.А.*
- 35** КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ  
*Данилова Е.В., Царегородцева М.В., Серова О.Ф.*
- 37** ПРИМЕНЕНИЕ ДОППЛЕРОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ПРИ RH-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Демидов В.Н., Белоусов Д.М., Воронкова М.А., Хорошкеева О.В.*
- 38** КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА  
*Денисова Т.Г., Герасимова Л.И., Грузинова Е.Н., Сидорова Т.Н., Мноян Э.А.*
- 40** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ  
*Дымарская Ю.Р., Лаврова О.В., Петрова М.А., Шаповалова Е.А.*
- 42** ИСХОДЫ БЫСТРЫХ И СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН  
*Железова М.Е., Зефирова Т.П., Яговкина Н.Е., Чистякова Н.Ю.*





**44** ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РАЙОНЕ

*Зайналова С.А., Синчихин С.П.*

**46** ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА С РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

*Замалеева Р.С., Лазарева В.К., Черепанова Н.А.*

**48** ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ГИБЕЛЬ ПЛОДА

*Иванова Л.А., Шмидт А.А., Долгов Г.В., Атласов В.О., Ярославский В.К.*

**49** ДИНАМИКА ГОРМОНОВ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ЁПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

*Иозефсон С.А., Ерофеев Б.Б.*

**51** РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖИЗНЕСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Карнеева Л.В., Бирина Н.А.*

**53** ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ

*Карпеченко А.В., Гуменюк Е.Г.*

**55** КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ВРТ

*Козленко К.С., Буйнова А.Н., Мотовилова Н.О.*

**57** МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

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



- 59** СОСТОЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БЕРЕМЕННЫХ НАКАНУНЕ РОДОВ  
*Курчакова Т.А., Меджидова М.К., Тютюнник В.Л.*
- 61** ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ  
*Логунова Л.С., Ахведиани К.Н., Травкина А.А., Власов П.Н., Лубнин А.Ю., Коваленко Т.С.*
- 63** ПЕРСОНИФИЦИРОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИРЕЗУС-ИММУНОГЛОБУЛИНА ПРИ РИСКЕ РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ  
*Махмудова С.М., Трофимов Д.Ю., Файзуллин Л.З., Павлович С.В., Карнаухов В.Н.*
- 65** КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БОЛЬНОЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИЕЙ ПЬЕРА МАРИ  
*Михайлин Е.С.*
- 67** СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРЕПАРАТОМ ГАЛАВИТ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ  
*Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д., Арипов А.Н.*
- 69** РЕЗУЛЬТАТЫ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА, ПРОИЗВЕДЕННОГО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ  
*Мусаев О.Х., Мусаева К.О., Аскерханова Э.Р.*
- 71** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ  
*Никитина Н.А., Сидорова И.С., Милованов А.П.*



- 73** ЧРЕЗМЕРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ  
ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К ОЖИРЕНИЮ  
*Покусаева В.Н., Никифоровский Н.К.*
- 75** ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПУПОВИНЫ  
*Омаров Н.С.-М., Абдурахманова Р.А., Омарова П.М., Мусаева К.Б.,  
Галимова З.Д.*
- 77** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН  
С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА  
*Папкина Т.И., Тарбаева Д.А., Анохова Л.И., Кирилова К.А., Онзуль Д.В.*
- 79** РОЛЬ ДОППЛЕРОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА  
У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
*Петров Ю.А., Подгорный И.В.*
- 81** ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО АБОРТОВ  
НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ  
*Петров Ю.А., Колесникова О.М.*
- 83** ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ  
ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА  
*Подольн О.Ф., Царегородцева М.В.*
- 85** МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ  
*Посисеева Л.В., Васильева Т.П., Перетятко Л.П., Кулида Л.В., Филькина Е.В.*
- 87** СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ  
С РУБЦОМ НА МАТКЕ  
*Райкова А.М., Вышелесский О.В., Леваков С.А., Габитова Н.А.*



- 89** ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ  
*Рыжков В.В., Деревянко Т.И., Анташян Г.Г., Контлокова О.Р., Черномазов С.В.*
- 91** ПУТИ СНИЖЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА В ЦЕНТРАЛЬНОМ АДМИНИСТРАТИВНОМ ОКРУГЕ (ЦАО) ГОРОДА МОСКВЫ  
*Самарина Е.А.*
- 93** ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ  
*Самчук П.М., Торубаров С.Ф.*
- 95** ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РИСКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СНИЖЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ  
*Самчук П.М., Торубаров С.Ф.*
- 97** ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ  
*Серова О.Ф., Чернигова И.В., Данилова Е.В., Еременко Е.Е., Толокнов В.*
- 99** ПРЕЭКЛАМПСИЯ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ ВРАЧА-ПРАКТИКА  
*Сидорова И.С., Никитина Н.А., Королева Н.С.*
- 100** КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ  
*Сироткина Е.А., Кан Н.Е.*
- 103** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНА  
*Смирнова Т.Л.*



- 105** ПРОБЛЕМЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТРОМБОФИЛИИ  
*Согибян А.С., Иващенко А.В., Самсонова И.П.*
- 106** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Соколова Т.М., Усова А.В., Даценко Н.С.*
- 108** КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НИЗКОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА УБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
*Стрельцова В.Л., Маркина Л.Д., Маркин В.В., Гаркуша Н.А., Кизей Е.Н., Золотухина А.В.*
- 110** МАРКЕР ВЫСОКОГО РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
*Стрельцова В.Л., Маркина Л.Д., Маркин В.В., Василевская Е.С., Рослая А.А., Федорова Н.Ю.*
- 112** РОЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ  
*Тарбаева Д.А., Белокриницкая Т.Е., Анохова Л.И., Фролова Н.И., Кошмелева Е.А.*
- 114** ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ  
*Ткаченко Л.В., Линченко Н.А.*
- 116** ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА.  
*Тоноян Л.А., Алиева Г.А.*



- 118** НЕИНВАЗИВНАЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В ВЫЯВЛЕНИИ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА  
*Торубаров С.Ф., Самчук П.М.*
- 120** ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА  
*Торубаров С.Ф., Самчук П.М.*
- 122** ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ МАЛЫХ ГОРОДОВ ЮГА РОССИИ  
*Фетисова Е.С., Андреева М.В.*
- 124** ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ  
*Фофанова И.Ю.*
- 125** АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ  
*Фролова О.Г., Гребенник Т.К.*
- 127** ОТСУТСТВИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ – КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ  
*Фролова О.Г., Письменская Т.В., Гребенник Т.К.*
- 129** КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР  
*Хорошавина Н.Г., Гайдуков С.Н.*
- 130** ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
*Хутиева М.Я., Чеботарева Ю.Ю., Петров Ю.А., Подгорный И.В.*

**133** НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

*Чернигова И.В., Седая Л.В., Подолян О.Ф., Климов С.В.*

**135** ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

*Шапиев Ш.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К.*

**137** ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

*Шапиев Ш.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К.*

## ЧАСТЬ 2. ГИНЕКОЛОГИЯ

**139** ТЕРАПИЯ ЗГТ ПРИ НАРУШЕНИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

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

**140** ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

*Аминова И.П., Посисеева Л.В.*

**142** ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММ ICSI У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

*Андреев А.В., Трубникова О.Б., Татарина Л.В., Рудакова Е.Б.*

**144** ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

*Андреева М.В., Гладкова Н.А., Узденова З.Х., Андреев В.А.*



- 146** ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ  
*Андреева М.В., Боголепова Н.Ю.*
- 148** НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ  
*Анташян Г.Г., Рыжков В.В., Ионова Р.М., Папикова К.А., Федосова Г.Н.*
- 150** ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ И СОСУДАХ МИОМЕТРИЯ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ  
*Арутюнян А.Ф., Гайдуков С.Н., Костюшов Е.В., Костюшов В.Е.*
- 152** ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
*Асеев А.В., Новицкая А.Р., Демидова М.А.*
- 154** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
*Асеев А.В., Серяков В.Н., Соколов А.А., Цветкова Н.В.*
- 156** ФИТОПРЕПАРАТЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА  
*Аскерова М.Г., Аскеров Р.А., Обоскалова Т.А., Ткаченко Е.А., Чиркова Л.В.*
- 157** РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ  
*Асланян К.О., Аполихина И.А., Холодцова М.Н.*
- 158** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОГЕНОН» У ЖЕНЩИН С ОСТЕОПОРОЗОМ В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ  
*Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Юнусова Д.Х.*





- 159** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФЕМОСТОН» У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ  
*Асранкулова Д.Б., Ахмедова Н.М., Юнусова Д.Х.*
- 161** РАННИЙ КАНЦЕРОГЕНЕЗ, КАК ХРОНИЧЕСКОЕ И СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ  
*Ашрафян Л.А., Киселев В.И., Кузнецов И.Н., Муйжнек Е.Л., Друх В.М.*
- 162** ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОСТОЙ И ПРОЛИФЕРИРУЮЩЕЙ КОРПОРАЛЬНОЙ МИОМЫ МАТКИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
*Байкина А.В., Наумова Н.В., Ильченко Н.Ю., Наумов А.А.*
- 163** КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА  
*Байрамова Г.Р., Муравьева В.В., Анкирская А.С., Прилепская В.Н.*
- 165** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ  
*Баринаева Е.В., Чекалова М.А., Паниченко И.В.*
- 167** ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ  
*Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Анохова Л.И., Тарбаева Д.А., Ананьина Д.А., Базарова Д.Ж., Банзаракшеева Д.Б., Демидович А.Н., Кадалова Н.В., Крыжнова О.В., Сапрыгина Н.В., Селезнева Е.Б., Слесивцев А.С., Федосеева А.П., Филиппова Л.Б., Якимова Ю.В.*
- 169** КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ЦИКЛОСПОРИНОМ И КОМБИНИРОВАННЫМ ФИТОПРЕПАРАТОМ У ПАЦИЕНТКИ С ПОЧЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ И СОПУТСТВУЮЩИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ  
*Бердникова Н.Г., Зорина Л.А.*



- 171** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНКРОФТОНА В ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ ПО МАТЕРИАЛАМ ООО МИНИ-КЛИНИКИ «ПАНАЦЕЯ»  
*Бехтева Т.Ф., Губарь Е.А.*
- 173** СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА С ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТЬЮ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ МИКСТИНФЕКЦИИ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
*Васильева Т.П., Малышкина А.И., Бойко Е.Л., Посисеева Л.В., Филькина Е.В., Чумаков А.С.*
- 175** СВЯЗЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВРТ) С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ (ВПР) ПЛОДА  
*Грабарь В.В., Арбузова С.Б., Феськов А.М., Пивоваров Н.П.*
- 177** ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
*Грачева О.Н.*
- 179** ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ  
*Грачева О.Н.*
- 182** ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНДОМЕТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНА  
*Гречканев Г.О., Пономарева И.В., Мотовилова Т.М.*
- 184** КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НИЗКОДОЗИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
*Громова В.А., Ворохобина Н.В., Малыгина О.Ф.*



- 186** МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ  
*Данильчук М.А., Куценко И.Г.*
- 188** ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ МИОМЕТРИЯ  
*Девицкий А.А.*
- 189** ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ЗА 23-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ  
*Демидов В.Н., Портнова Н.И., Полякова Ю.В., Байцур М.В.*
- 190** ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА  
*Дзюбий Т.И., Раскин Г.А., Протасова А.Э., Цыпурдеева А.А.*
- 192** ЭКСПРЕСС-ТЕСТ НОВОГО 4-ГО ПОКОЛЕНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
*Дробченко С.Н., Марголин О.*
- 194** РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА НЕДОНОШЕННЫХ ДЕВОЧЕК К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ  
*Елгина С.И.*
- 197** СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ И САНАТОРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ –ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ  
*Жаркин Н.А., Остапенко И.А.*
- 198** АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО  
*Захаров И.С., Колпинский Г.И., Ушакова Г.А., Ван Вай-Чен, Мигаль О.В., Архарова О.М.*



- 200** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ЗОЭЛИ» У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ  
*Захарова В.Е., Гонзюсю С.Н., Кулиш Ю.Б.*
- 202** НАРУШЕНИЕ РЕОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ – НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ  
*Илизарова Н.А., Мурадова Ш.Ш., Недопекина Е.В., Мунавирова А.А.*
- 204** АНАЛИЗ АДЕКВАТНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ  
*Качалина О.В., Качалина Т.С., Каткова Н.Ю., Елисеева Д.Д., Микаилова Г.А., Засыпкина С.В., Михайлова Е.М., Кабатин Н.А.*
- 206** МУЛЬТИТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ  
*Киселев В.И.*
- 207** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА  
*Клинышкова Т.В., Самосудова И.Б., Чмут О.Е., Буян М.С.*
- 209** СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У НЕОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ  
*Клинышкова Т.В., Перфильева О.Н.*
- 211** ФУЗ-МРТ АБЛАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ  
*Коваленко М.В.*
- 213** СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ БЕСПЛОДИЯ  
*Комарова А.Н., Аверкина Е.Н.*



- 215** МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ НЕОПЛАЗИЯМИ  
*Кононова И.Н.*
- 217** АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ  
*Кононова И.Н.*
- 219** ОСОБЕННОСТИ ЭСТРОГЕННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕВОЧЕК-ДОШКОЛЬНИЦ  
*Костоева З.А., Чеботарева Ю.Ю., Григорян А.А.*
- 221** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
*Краснопольский В.И., Зароченцева Н.В., Белая Ю.М.*
- 223** ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА КЛИМАКТЕРИЯ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ  
*Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Зайдиева Я.З., Зароченцева Н.В., Древаль А.Н., Чечнева М.А., Иловайская И.А.*
- 225** МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ЭНДОМЕТРИОЗОМ  
*Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Наследникова И.О., Ткачев В.Н.*
- 226** КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ НОВОГО АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ  
*Кузнецова И.А., Боровкова Л.В., Качалина Т.С., Качалина О.В., Шахова Н.М., Елисеева Д.Д., Ионова Е.Б., Аксенова И.В.*



- 228** ПОЛИГАМНОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ  
*Куриленок С.А., Крутова В.А., Авагимова О.В., Трантин А.Н., Подмогильный Н.Н.*
- 230** ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТА ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНОВ НА МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ  
*Куриленок С.А., Крутова В.А., Авагимова О.В., Наумова Н.В., Трантин А.Н.*
- 232** РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА (ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)  
*Ледина А.В., Прилепская В.Н., Акимкин В.Г.*
- 233** МЕЖМЕНСТРУАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ  
*Линева О.И., Портянникова Н.П.*
- 235** ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.  
*Логинова К.Б., Доброхотова Ю.Э., Дюкова Г.М.*
- 237** АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ  
*Магакян С.Г., Степанян Л.В., Синчихин С.П., Арутюнян А.А.*
- 239** ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОК, СОДЕРЖАЩИХ ДРОСПИРЕНОН, В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА  
*Мазур И.А.*
- 241** ВИТАМИН D И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН  
*Мальцева Л.И., Гафарова Е.А.*



- 243** ПРОГРАММА «ИДЕАЛЬНЫЙ СПЕРМИЙ ДЛЯ ЯЙЦЕКЛЕТКИ» НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МУЖЧИН (ППМ) ПОВЫШАЕТ РОЖДАЕМОСТЬ И СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. НАШ ОПЫТ ЗА 2006–2013 ГГ.  
*Маркарян Д.С., Маржакова Н.Б., Кадошникова М.Ю.*
- 245** ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ МАТКИ  
*Мартусова Ю.С., Чекалова М.А.*
- 247** АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН  
*Махмеджанова Ф.Н., Аполихина И.А.*
- 249** ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ  
*Мачаева И.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К., Бабаева Д.О.*
- 251** НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ  
*Мачаева И.М., Омаров Н.С-М., Кантаева Д.К., Бабаева Д.О.*
- 253** ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ  
*Межевитинова Е.А., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Бровкина Т.В., Погосян Ш.М.*
- 255** ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ТРУБНЫМ БЕСПЛОДИЕМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ  
*Мельников В.А., Самыкина О.В., Зазулина Я.А.*



- 257** ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АКУШЕРСТВЕ  
*Муминова Н.Х., Каримова Ф.Д.*
- 259** ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ  
*Набиева К.Р., Межевитинова Е.А., Бурлев В.А., Парфенов А.С., Довлетханова Э.Р.*
- 260** РОЛЬ ВПЧ 52 И 58 ТИПОВ В РАЗВИТИИ ГЕНИТАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ  
*Назарова Н.М., Трофимов Д.Ю., Бестаева Н.В., Бурменская О.В., Коган Е.А., Суламанидзе Л.А., Мзарелуа Г.М.*
- 261** ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ЕСТЕСТВЕННОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗЕ  
*Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Бобылева И.В., Жирняков А.И.*
- 263** АУТОИММУННЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ КАК ПРИЧИНА БЕСПЛОДИЯ И РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ  
*Овчарук Э.А.*
- 265** ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОСТАЗА И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ  
*Озолия Л.А., Лапина И.А.*
- 267** ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТАЗОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ АДЕНОМИОЗОМ  
*Оразов М.Р.*
- 270** ЭНДОКРИННЫЕ АСПЕКТЫ ТАЗОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ АДЕНОМИОЗЕ  
*Оразов М.Р.*





- 272** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНЫХ ФОРМ МАСТОПАТИИ  
*Пинчук Ю.Н., Одринская Е.В.*
- 274** ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ТЕРРИТОРИИ Г. ЯКУТСКА  
*Платонова М.В., Афанасьева Л.Н., Саввина Н.В., Алиева В.М., Ярыгина Л.А.*
- 276** УЗИ И ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ВСТУПАЮЩИХ В ПРОГРАММУ ВРТ  
*Порубова Я.П., Пестрикова Т.Ю.*
- 278** АТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ  
*Прилепская В.Н., Назарова Н.М., Ледина А.В., Суламанидзе Л.А.*
- 279** ВНЕДРЕНИЕ КОНТРАЦЕПЦИИ В РОССИИ  
*Прилепская В.Н.*
- 281** ПРОВЕДЕНИЕ СТАНДАРТНЫХ СХЕМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ  
*Протасова А.Э., Орлова Р.В., Дзюбий Т.И.*
- 283** ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОЛОВЫХ ПАР  
*Рищук С.В., Дробченко С.Н.*



- 286** РОЛЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В УЛУЧШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЕЙНЫХ ПАР  
*Рищук С.В., Татарова Н.А.*
- 288** ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ПРОГРАММАХ ЭКО  
*Рудакова Е.Б., Стрижова Т.В., Трубникова О.Б., Замаховская Л.Ю.*
- 291** ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ МАТКИ  
*Рыжков В.В., Елисеева М.Ю., Анташян Г.Г., Лаврешина Э.В., Черномазов С.В.*
- 293** ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА И ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА  
*Савченко Т.Н., Мельников А.В., Агаева М.И., Дергачева И.А.*
- 294** КОРРЕКЦИЯ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ С ПОМОЩЬЮ ТЭС-ТЕРАПИИ  
*Смолова Н.В., Андреева М.В.*
- 296** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИКО-ЭЛЕКТРОННОЙ МЕТОДИКИ TRUSCREEN В ЦЕРВИКАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ  
*Согиян А.С., Федотова О.И., Строганова Г.В., Стельмахова Н.Ю.*
- 297** СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ  
*Столярова У.В., Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф., Нейфельд И.В.*
- 299** ЗГТ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМАХ  
*Столярова У.В., Хворостухина Н.Ф.*



- 301** ОСОБЕННОСТИ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА  
*Стрижаков А.Н., Пирогова М.Н., Шахламова М.Н., Волощук И.Н., Смирнов А.А.*
- 303** ДИАГНОСТИКА АНАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ У ЖЕНЩИН С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
*Суламанидзе Л.А., Назарова Н.М., Демура Т.А., Коган Е.А., Трофимов Д.Ю., Павлович С.В.*
- 304** МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА  
*Султанова Д.А., Петров Ю.А.*
- 306** РАБОТА ШКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ  
*Сухарева Е.А., Бурлова Н.Г., Широкова Г.Л.*
- 308** ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМЫ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА С ПРИМЕНЕНИЕМ СРЕДЫ СОДЕРЖАЩЕЙ ГРАНУЛАЦИТАРНО-МАКРОФАГАЛЬНЫЙ КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЙ ФАКТОР  
*Сухомлинова Е.В., Юскаева С.Л., Шаова А.А., Федорова А.В., Рязанцев И.И.*
- 310** ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ПЕРЕД ПРОТОКОЛАМИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
*Татарова Н.А., Пустынная Е.А.,*
- 312** ПРИМЕНЕНИЕ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ  
*Телегина И.В., Павлов Р.В.*



- 314** ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИМENOПАЗУЗЕ.  
*Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И.*
- 316** ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКТАЛЬНЫХ ФОРМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ МИКО-УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН  
*Тютюнникова Н.С., Крутова В.А., Авагимова О.В., Куриленок С.А., Слюсаренко Р.А.*
- 318** «МАЛЫЕ ФОРМЫ» ЭНДОМЕТРИОЗА: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ  
*Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Растегаев Е.Н., Погодин О.О., Иванов А.В.*
- 319** БЕСПЛОДИЕ, КАК ПОКАЗАНИЕ К ЛАПАРОСКОПИИ  
*Уквальберг М.Е., Кормакова Т.Л., Растегаев Е.Н., Иванов А.В., Погодин О.О.*
- 321** ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПРИЕМЛЕМОСТЬ КОМБИНАЦИИ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛ 30 МКГ + ХЛОРМАДИНОНА АЦЕТАТ 2 МГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО САЛЬПИНГООФОРИТА  
*Уткин Е.В., Харенкова Е.Л., Иванкина В.К.*
- 323** НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ  
*Фетисова И.Н., Малышкина А.И., Бойко Е.Л.*
- 325** ГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ КАК КОФАКТОРЫ РИСКА ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ВПЧ ВЫСОКОГО РИСКА  
*Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е., Батоева В.В., Глотова Е.Ю., Золотарева А.А., Мальцева Т.В., Анохова Л.И., Тарбаева Д.А.*



- 327** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
*Хашукоева А.З., Купеева Е.С., Хлынова С.А., Нариманова М.Р., Бурденко М.В.*
- 329** ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДА ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРОВАННОЙ ФОТОМОДИФИКАЦИИ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ  
*Хашукоева А.З., Свитич О.А., Маркова Э.А., Хлынова С.А., Нариманова М.Р.*
- 330** ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ С НАРУШЕНИЕМ РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ  
*Хелашвили И.Г., Воропаева Е.Е., Казачкова Э.А., Казачков Е.Л.*
- 332** ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГИПЕРПЛАЗИЮ ЭНДОМЕТРИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ  
*Хохлова И.Д., Джибладзе Т.А., Зуев В.М., Ищенко А.И., Арутюнян Н.А.*
- 334** ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ АСПЕКТОВ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ  
*Хуцишвили О.С., Ангалева Е.Н., Ильченко К.Н., Горетая С.В., Ширина И.Г.*
- 336** ЭНДОГЕННЫЕ И ЯТРОГЕННЫЕ ФОРМЫ ОЖИРЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МЕНСТРУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ  
*Цаллагова Е.В., Генералов В.О., Югай А.М.*
- 338** СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА  
*Цаллагова Л.В., Ревазова М.Р., Кабулова И.В.*



- 339** АНТИТЕЛА К ГОРМОНАМ РЕПРОДУКЦИИ – ФАКТОР РИСКА В ЦИКЛАХ ЭКО  
*Цигулева О.А., Смольянова В.В., Симонова О.Г., Кухарева Н.В.*
- 342** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ЦИСТИТОМ И ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ  
*Чебакова Ю.В., Тетерина Т.А., Иванова Е.С., Сарыглар С.И., Стеняева Н.Н., Аполихина И.А.*
- 344** ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ РМЖ, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН  
*Чекалова М.А., Колпакова М.Н.*
- 346** АНДРОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА  
*Чулкова А.М., Асланян И.Э., Замуриева Е.В., Ванян Д.Л., Галустян В.С., Каспарян Р.А.*
- 347** ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ЭФФЕКТОВ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА  
*Чурикова М.С., Гречканев Г.О., Мотовилова Т.М.*
- 349** НОВЫЙ МЕТОД УВЕЛИЧЕНИЯ ТОЛЩИНЫ «ТОНКОГО» ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОЦЕДУРЕ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА  
*Шнейдерман М.Г., Калинина Е.А., Долгушина Н.В., Смольникова В.Ю., Мишиева Н.Г., Абубакиров А.Н., Гус А.И., Аполихина И.А., Левков Л.А., Бурдули А.Г., Алиева К.У., Казарян Л.М., Аксененко А.А., Куземин А.А., Дюжева Е.В., Гависова А.А., Фатхудинов Т.Х., Макаров А.В., Щеголев А.И.*
- 352** ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОСТМЕНОПАУЗЕ  
*Эседова А.Э., Хашаева Т.Х.-М., Абусева З.А., Гасанова А.Б., Гамзаев А.К., Аттаева А.М.*



**354** КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЛАГАЛИЩА  
ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

*Юдина М.А., Гречканев Г.О.*

**356** К ВОПРОСУ ОБ ОФИСНОЙ ГИСТЕРОСКОПИИ

*Юпатов Е.Ю., Мальцева Л.И.*